

# Sağlıkta Akreditasyon Standartları

## Hastane Seti

Hastane Seti – v4.0/2025



Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı  
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü



TÜSKA Sağlıkta Akreditasyon Standartları  
Hastane Seti – v4.0/2025

ISBN: 978-605-70938-6-8

Yazarlar – TÜSEB  
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

© Bu kitabın her türlü yayın hakkı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı-Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'ne aittir. Enstitünün yazılı izni olmadan, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim  
Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı  
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü  
E-posta: [tuskastandart@tuseb.gov.tr](mailto:tuskastandart@tuseb.gov.tr)  
Web: <https://www.tuseb.gov.tr/tuska/>

Kapak ve Sayfa Tasarımı  
Mimas Ajans  
Hasan Çelikten

## Editörler

Ümit KERVAN, Prof. Dr.  
Bayram DEMİR, Doç. Dr.  
Hasan GÜLER, Dr.  
Umut BEYLİK, Prof. Dr.



Abdullah ÖZTÜRK, Dr.  
Ahmet ASLANCAN  
Ali ARSLANOĞLU, Doç. Dr.  
Ayşe Sibel ÖKSÜZ GÜLTÜRK, Uzm.  
Bahar AYDINLI, Doç.Dr.  
Basri BUDAK, Dr.  
Başak YALÇIN BURHAN  
Bayram DEMİR, Doç. Dr.  
Beste İNCEOĞLU, Dr.Dt.  
Birkan TAPAN, Prof.Dr.  
Burcu ELİTEZ  
Canan CENGİZ, Uzm.  
Cemile YILMAZ KOLAT  
Ceren CAN, Uzm.  
Cevdet Gökmen ATABEY  
Çağlayan SARIOĞLAN  
Çiğdem ERHAN, Uzm. Dr.  
Demet GÖKMEN KAVAK, Dr.  
Deniz UĞURLU  
Derya KÜSPECİ  
Didem İNCEGİL, Mühendis  
Dilek TARHAN, Uzm.Dr.  
Doğan ÜNAL, Uzm. Dr.  
Duygu PERÇİN, Prof.Dr.  
Elif KESEN  
Elif ÖZYURT, Uzm.  
Emine ÖNAR  
Emine YILDIZ  
Ercan KOCA, Ecz.  
Erdoğan YAYLA, Uzm.Dr.  
Erol YALÇIN  
Esengül PURKULOĞLU  
Fatoş KORKMAZ, Doç.Dr.  
Figen ÇİZMECİ ŞENEL, Prof. Dr.  
Filiz Denizli ERGEN, Uz.Dr.  
Ganime SEVİNÇ  
Gül HAKBİLEN  
Gülay YAZICI, Doç.Dr.  
Gülşen KORALAY, Dr.  
Hacer KUNDAKÇI  
Halim Ömer KAŞIKÇI, Uz.Dr.  
Hasan EVİRGEN  
Hasan GÜLER, Dr.

## Hazırlayanlar

Hasan Onur ŞİMŞEK, Doç.Dr.  
Hasip YALÇIN, Mühendis  
Hesna ÖZBEK ÜLKÜTAŞ  
İbrahim DOLUKÜP  
İbrahim Halil KAYRAL, Doç.Dr.  
İbrahim TURAN, Doç.Dr.  
İkliba ÖZSÖZ  
İlhan AYDIN, Dr.  
İrfan Şencan, Prof. Dr.  
Keziban AVCI, Prof.Dr.  
Kübra KELEŞ  
M. Emin ÇELİK, Uzm. Dr.  
Meltem Gülhan HALİL, Prof. Dr.  
Murat YILMAZ  
Nagihan AYAR  
Nedim HAVLE, Uzm.Dr.  
Nermin DEMİR  
Nesrin DEMİR EREN  
Nurcan AZARKAN  
Oğuz Okan İLHAN  
Özlem PALANCIOĞLU  
Öznur ÖZEN  
Sabahat TAŞKIN ERDİN, Uz.Dr.  
Sergül DUYGULU, Prof.Dr.  
Seval ÇİFTÇİ  
Sultan ÇAĞAN  
Süleyman Hafız KAPAN  
Şenol DEMİRCİ, Dr.  
Şerife ENGELOĞLU  
Şule AYDIN  
Şükriye YÜKSEL BAĞIRSAKÇI  
Tayfun YAMAN  
Tunçay PALTEKİ, Prof.Dr.  
Uğur IŞIK  
Umut BEYLİK, Prof. Dr.  
Yeşim UYUTAN, Dr.  
Zekeriya GÜMÜŞ, Uzm.Dr.  
Zeynep EKİCİ  
Zöhre ALTUN  
Zuhal ÇAYIRTEPE, Dr.

\* İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.

Abdulvahit SÖZÜER, Dr.  
Abdurrahman ATLI  
Abdurrahman KARA, Uzm. Dr.  
Abdülkadir KURŞUN  
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 KORKMAZ  
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  
Erdoğan ÖZKURT, Dr.  
Ergun KARAHALLI, Uzm. Dr.  
Ferzane MERCAN, Uzm. Dr.  
Filiz SALIŞ  
Gökhan DARILMAZ, Op. Dr.  
Gül KURTULUŞ, Dr.  
Gülay DİNÇ  
Gülfidan DÜZGÜN  
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.  
Levent SONGUR  
Mana SEZDİ, Doç. Dr.  
Mesut SODAN  
Murat BİÇİMLİ  
Mücahit AVCİL, Prof. 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.  
Selami TAVUKÇUOĞLU  
Selcen DURMAZ  
Sema KARADUMAN  
Sibel BAYRAKTAR  
Songül KAYNAR  
Songül YORGUN  
Şakire ŞAHİNBAŞ  
Şuule GÜNDÜZ  
Tuncay KOYUNCU, Dt.  
Ü. Gül ERDEM, Doç. Dr.  
Zeynep ASLAN KESMÜK  
Zöhre ÜNLÜCE

\* İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.

## Teşekkür

TÜSKA Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) Hastane Seti v4'ün hazırlanması ve geliştirilmesi sürecinde, SAS Çalışma Grubu üyeleri başta olmak üzere, standartların oluşturulmasına katkı sunan tüm kişi ve kurumlara en içten teşekkürlerimizi sunarız. Bu süreçte, farklı kamu kurumları, kamu, özel ve üniversite hastaneleri, uzmanlık dernekleri, meslek örgütleri, sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları, akademisyenler, hasta hakları savunucuları ile hasta ve hasta yakınlarının değerli görüşlerinden yararlanılmıştır. Görüş ve Öneri Platformları aracılığıyla iletilen geri bildirimler ve öneriler, standartların kapsamlı ve kapsayıcı bir şekilde geliştirilmesinde önemli bir referans olmuştur.

SAS Hastane Seti v4'ün geliştirilmesine katkı sunan tüm kamu kurum ve kuruluşlarına, sivil toplum örgütlerine, üniversitelere ve bireysel düzeyde katkı sağlayan tüm paydaşlarımıza; sağlık hizmetlerinde kaliteyi önceleyen, bu sürece gönülden destek veren herkese teşekkür ederiz.

**Türkiye Sağlık Hizmetleri  
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü**

GİRİŞ .....	1
Sunuş.....	3
Standartların Geliştirilmesi.....	4
STANDARTLAR ve KILAVUZLAR.....	15
▶ YÖNETİM ve ORGANİZASYON.....	71
Organizasyon Yapısı ve İşleyişi.....	73
Kalite Yönetimi.....	88
İnsan Kaynakları Yönetimi.....	94
Doküman Yönetimi .....	100
İstenmeyen Olay Bildirimi.....	105
Risk Yönetimi.....	106
Eğitim Yönetimi.....	115
▶ SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI.....	123
Sağlıklı Çalışma Yaşamı.....	125
▶ HASTA DENEYİMİ.....	131
Hasta Deneyimi.....	133
Hasta Güvenliği Hedefleri.....	144
Yaşam Sonrası Hizmetler.....	163
▶ SAĞLIK HİZMETLERİ.....	165
Hasta Bakımı.....	167
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü.....	181
İlaç Yönetimi.....	189
Güvenli Anestezi ve Cerrahi Bakım.....	201
Kan ve Kan Bileşenleri Yönetimi.....	211
Temizlik Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon.....	220
Laboratuvar Hizmetleri.....	237
Radyoloji, Radyasyon Onkolojisi ve Nükleer Tıp Hizmetleri.....	256
Acil Servis Hizmetleri.....	264
Diyaliz Hizmetleri.....	278
Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri.....	288
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri.....	291
▶ DESTEK HİZMETLERİ.....	297
Tesis Yönetimi ve Otelcilik.....	299
Bilgi Yönetim Sistemi.....	314

## İçindekiler

Kayıtların Kontrolü ve Arşiv Hizmetleri.....	322
Malzeme ve Cihaz Yönetimi.....	327
Atık Yönetimi.....	337
▶ AFET ve ACIL DURUM YÖNETİMİ.....	343
Afet ve Acil Durum Yönetimi.....	345
▶ İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ VE SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK.....	357
İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik.....	359
▶ PERFORMANS ÖLÇÜMÜ ve KALİTE İYİLEŞTİRME.....	363
Gösterge Yönetimi.....	365
▶ Tanımlar.....	371
▶ TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025) Değişiklikler Tablosu.....	383
▶ Kaynaklar.....	385
▶ TÜSKA SAS Gösterge Listesi .....	403

# Giriş



Tıp teknolojileri ve klinik uygulamalarda yaşanan hızlı gelişmeler, sağlık hizmetlerinin fiziksel, fonksiyonel ve yönetsel yapılanmalarında köklü dönüşümleri beraberinde getirmiştir. Tanı ve tedavi olanaklarının artan başarısı, sağlık hizmetlerine duyulan talepteki yükseliş, bireylerin ve toplumların sağlık konusundaki farkındalık düzeyinin yükselmesi; sağlık hizmeti sunumunda daha etkili, güvenli ve hasta merkezli yaklaşımları zorunlu kılmıştır.

Sağlık hizmetlerindeki dönüşüm, yalnızca hizmet sunum modellerini değil; aynı zamanda sağlık kurumlarının yönetim yapılarından klinik süreç tasarımlarına, çalışan rollerinden hasta güvenliğine kadar pek çok alanda sistematik iyileştirmeleri gerektirmiştir. Küresel ölçekte, hasta bakım kalitesini artırmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak, organizasyonel riskleri azaltmak ve sağlık hizmetlerinde kaliteyi sürdürülebilir kılmak amacıyla çeşitli akreditasyon sistemleri geliştirilmiştir. Bu sistemler, sağlık kurumlarının performanslarının tarafsız ve standartlara dayalı biçimde değerlendirilmesini sağlayarak, kaliteli sağlık hizmetinin yaygınlaştırılmasında önemli bir araç hâline gelmiştir.

Türkiye’de sağıkta kalite ve akreditasyon çalışmaları, 2005 yılında T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından başlatılan Sağıkta Dönüşüm Programı ile kurumsal bir zemine oturtulmuştur. Bu programın temel bileşenlerinden biri olan **“Nitelikli ve Etkili Sağık Hizmeti İçin Kalite ve Akreditasyon”** vizyonu doğrultusunda geliştirilen Sağıkta Akreditasyon Sistemi, sağık kuruluşlarının kalite odaklı dönüşümünü destekleyen ulusal bir çerçeve sunmanın yanı sıra uluslararası geçerliliğe sahip standartların oluşturulması ve uygulanmasına da öncülük etmiştir.

Bu kapsamda hazırlanan SAS Hastane Seti v4, kamu, özel ve üniversite hastanelerinde uygulanmak üzere hazırlanmış; uluslararası akreditasyon yaklaşımlarıyla uyumlu, kanıta dayalı ve uygulanabilir standartlar, değerlendirme ölçütleri ve gereklilikleri içeren kapsamlı bir standarttır. Setin ilk bölümünde akreditasyon standartlarının tarihsel gelişimi ve temel kavramlarına yer verilmiş; ikinci bölümde ise standartların yorumlanmasını ve sahada uygulanmasını kolaylaştırmak amacıyla standart gerekliliklerine yönelik rehber nitelikteki bilgilere yer verilmiştir. Bu yapı, hastanelerin yalnızca mevcut hizmet düzeylerini korumalarına değil, aynı zamanda kurumsal kaliteyi sürekli iyileştirmelerine de katkı sağlamaktadır.

SAS Hastane Seti v4, sağık hizmetlerinin uluslararası rekabet gücünü artıracak şekilde tasarlanmış; özellikle sağık turizmi, akreditasyon belgelendirmesi ve kurumsal kalite farkındalığı açısından önemli fırsat sunmaktadır. Sağıkta Kalite Sistemi ve Akreditasyon Sistemi’nin birlikte hayata geçirilmesiyle Türkiye’de hasta ve çalışan güvenliğini önceleyen, sürekli gelişime açık ve dünya standartlarında bir sağık hizmeti altyapısı inşa edilmiştir.

SAS Hastane Seti v4, sağıkta kalite ve akreditasyon alanında bilgi, deneyim ve uygulama bütünlüğünü bir araya getirerek; ulusal ve uluslararası uygulayıcılara/paydaşlara rehberlik etmeyi amaçlamaktadır. Sağık sistemlerinin geleceği, küresel iş birliği, yerel deneyim ve evrensel standartların bütüncül bir yaklaşımla harmanlanmasına bağlıdır. Bu bağlamda, yalnızca Türkiye’de değil, uluslararası alanda da kalite odaklı sağık hizmetlerinin geliştirilmesine katkı sunacağına inancımız tamdır.

### Standartların Geliştirilmesi

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kaliteyi artırmaya yönelik kurumsal çabaların temelleri, 2003 yılında başlatılan **Sağlıkta Dönüşüm Programı** ile atılmıştır. Bu programda “kalite” ve “akreditasyon” kavramları, sağlık politikalarının temel öncelikleri arasında yer almış; T.C. Sağlık Bakanlığı, sağlık hizmetlerinin planlayıcı ve denetleyici rolünü üstlenerek hizmet standartlarını belirleme, uygulamaları yönlendirme ve değerlendirme sorumluluğunu kurumsallaştırmıştır.

Programın altıncı bileşeni olan “**Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon**” ilkesi çerçevesinde, Türkiye’de uluslararası bir akreditasyon sisteminin yapılandırılması yönünde sistematik adımlar atılmıştır. Bu doğrultuda, kalite yönetim sisteminin uluslararası geçerliliğe sahip bir yapıya kavuşması gerektiği anlayışıyla, 2012 yılı mayıs ayında T.C. Sağlık Bakanlığı öncülüğünde **Sağlıkta Akreditasyon Sistemi** oluşturulmuştur.

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon sisteminin uluslararası standartlarla uyumlu bir yapıya kavuşturulması amacıyla, küresel ölçekte referans kabul edilen International Society for Quality in Health Care (ISQua) ile iş birliği süreci başlatılmıştır. Bu kapsamda yürütülen teknik ve stratejik görüşmelerin ardından, 20 Mart 2013 tarihinde resmî iş birliği protokolü hayata geçirilmiştir. Sürecin ilk aşamasında, ISQua tarafından yayımlanan “International Principles for Healthcare Standards” ayrıntılı biçimde analiz edilmiş ve Türkiye’de geliştirilecek kalite standartları için temel bir çerçeve olarak benimsenmiştir.

Sağlık hizmetlerinde akreditasyon sisteminin uluslararası standartlarla uyumlu hale getirilmesi amacıyla, küresel ölçekte referans kabul edilen International Society for Quality in Health Care (ISQua) ile temasa geçilmiş; bu kapsamda yürütülen görüşmeler sonucunda, 20 Mart 2013 tarihinde resmî iş birliği süreci başlatılmıştır. Sürecin ilk aşamasında, **ISQua tarafından yayımlanan ISQua Sağlık Hizmetleri Standartları için Uluslararası İlkeler** (International Principles for Healthcare Standards) ayrıntılı şekilde incelenmiş ve Türkiye’de geliştirilen standartlarının bilimsel ve metodolojik temelini oluşturarak sürece yön vermiştir.

2012–2014 yılları arasında sürdürülen çalışmalar sonucunda, sağlık hizmetlerinin farklı düzeylerinde kullanılmak üzere SAS’lar hazırlanmıştır. Bu kapsamda geliştirilen en önemli standart setlerinden biri olan **SAS Hastane Seti**, ilk kez 2014 yılında ISQua tarafından akredite edilmiş ve her dört yılda bir yenilenmek üzere düzenli olarak güncellenmeye başlanmıştır. Bu yaklaşım, SAS’nın uluslararası düzeyde tanınırlığını ve güvenilirliğinin teminatıdır.

Akreditasyon faaliyetleri kapsamında tüm bilgi, belge ve süreçler; 18.10.2015 tarihli ve 26325996/147 sayılı Bakanlık Oluru ile sistematik bir yapıya kavuşturulmuştur. Sürecin kurumsallaşması amacıyla, 05.10.2021 tarihli ve E-26325996-804.01-194 sayılı Bakanlık onayı doğrultusunda, sağlıkta akreditasyon faaliyetleri ve buna ilişkin sorumluluklar, Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TÜSEB) bünyesinde kurulan Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA)’ne devredilmiştir. Kanunla kurulmuş yapısı, uluslararası geçerliliğe sahip standartları ve denetçi eğitim programlarıyla TÜSKA, Türkiye’de sağlık hizmetleri alanında akreditasyon faaliyetlerini yürüten hiçbir şekilde kar amacı gütmeyen ilk ve tek ulusal kurum olarak görev yapmaktadır.

**SAS Hastane Seti**, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) ve ISQua ilkeleri başta olmak üzere, sağlıkta ulusal ve uluslararası kalite yaklaşımları esas alınarak geliştirilmiştir. Türkiye’nin sağlıkta kalite altyapısıyla tam uyumlu şekilde tasarlanan bu set, sağlık kurumlarında tüm hizmet

alanlarını kapsayan, hedefe ve amaca yönelik yorumlamaya olanak tanıyan, bütüncül bir yapıya sahiptir. Ayrıca söz konusu setin, hizmet süreçlerine ve çıktılarına odaklanan, inovasyonu teşvik eden, uygulanabilirliği yüksek, kullanıcı dostu ve kapsamlı bir model olmasına özen gösterilmiştir.

Bu yapısıyla SAS Hastane Seti, sadece ulusal sağlık sistemine değil, aynı zamanda sağlık hizmetlerinin uluslararası standartlara uyumlu şekilde gelişimine katkı sağlayacak güçlü bir kaynak niteliğindedir.

## **SAS Hastane Seti (v4): Amacı ve Kapsamı**

SAS, DSÖ ve ISQua tarafından belirlenen temel ilkeler doğrultusunda geliştirilmiştir. Bu ilkeler; hasta güvenliğinin sağlanması, hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi, hasta ve hizmet kullanıcı odaklı yaklaşımın benimsenmesi, kurumsal planlama süreçlerinin güçlendirilmesi ve sağlık hizmetlerinin performansa dayalı yönetimi gibi başlıklara odaklanmaktadır. Söz konusu standartlar, **minimum risk, optimum kalite ve maksimum güvenlik** ilkeleri çerçevesinde yapılandırılmıştır.

SAS Hastane Seti (v4), özellikle hastanelerde kalite standartlarının karşılanmasına yönelik kurumsal hedeflerin belirlenmesini teşvik etmeyi amaçlamaktadır. Ulusal ve uluslararası düzeyde; kamu, özel ve üniversite hastaneleri dâhil olmak üzere tüm mülkiyet türündeki hastanelere yönelik hazırlanmış olan bu set, sağlık kuruluşlarının kalite yönetimi alanındaki sistematik gelişim süreçlerine katkı sağlamayı hedeflemektedir.

## **SAS Hastane Seti (v4): Hedefleri**

SAS Hastane Seti (v4), DSÖ Hasta Güvenliği Hedefleri, ISQua'nın Kalite İlkeleri, uluslararası akreditasyon programlarının kapsamı ve Türkiye'nin sağlık sistemine özgü gereksinimleri göz önünde bulundurularak oluşturulmuştur. Bu setin temel hedefi, hastanelerde **kalitenin sürdürülebilir şekilde güvence altına alınmasını sağlamaktır. Bunun yanı sıra; hasta ve çalışan güvenliğinin artırılması**, hizmet sunumunda mükemmelliğin teşvik edilmesi, kurumsal performansın izlenmesi ve iyileştirilmesi ile hasta odaklı bir hizmet anlayışının güçlendirilmesi de başlıca hedefler arasında yer almaktadır. Bu hedefler şekil 1'de yer almaktadır.

Şekil 1. Kalite Hedefleri



Bir sağlık kuruluşunun sunduğu hizmetlerin nitelikli ve güvenilir olarak değerlendirilebilmesi, belirli kalite hedeflerine ulaşılması ile mümkündür. Bu hedefler genel olarak iki ana kategori altında sınıflandırılabilir.

**Birinci kategori**, sağlık kuruluşunun hizmet sunum biçimini doğrudan ilgilendiren ve kurumsal işleyişe odaklanan **organizasyonel hedefleri** kapsamaktadır. Bu kapsamda *etkililik*, *etkinlik*, *verimlilik* ve *sağlıklı çalışma yaşamı* gibi kavramlar öne çıkar. Kurumun iç işleyişine ve hizmet üretim süreçlerine ilişkin bu hedefler, sürdürülebilir kalite yönetimi açısından temel bir çerçeve sunar.

**İkinci kategori** ise doğrudan hizmetten yararlanan bireyleri ilgilendiren **hizmet odaklı hedefleri** içerir. Bunlar arasında *hasta güvenliği*, *hakkaniyet*, *hasta odaklılık*, *uygunluk*, *zamanlılık*, *sürdürülebilirlik* ve *süreklilik* gibi kullanıcı deneyimi ve hizmetin etkisini ölçen bileşenler yer alır.

Bu sınıflandırma, hedeflerin daha net ve sistematik bir şekilde ele alınmasını sağlamak amacıyla yapılmıştır. Bununla birlikte, sağlıklı bir çalışma ortamının bulunmadığı bir

kurumda hasta odaklı hizmet sunumunun mümkün olmaması gibi durumlar göz önünde bulundurulduğunda, bu hedeflerin birbirinden bağımsız olarak değerlendirilmesi mümkün değildir. Bu bağlamda, hedeflerin önceliklendirilmesinden ziyade, birbirleriyle uyumlu ve eş zamanlı olarak gerçekleştirilmesi, SAS'ın temel yaklaşımını oluşturmaktadır.

SAS hedeflerinin tanımları aşağıda yer almaktadır:

- **Etkililik:** Belirlenen hedeflere ulaşma derecesidir.
- **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretiminde kullanılan kaynaklar arasındaki ilişkiyi belirtir; hedeflere minimum kaynak kullanımıyla ulaşılmasıdır.
- **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için güvenli, destekleyici ve ideal bir çalışma ortamının sağlanmasıdır.
- **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmesine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir risklerin, kabul edilebilir seviyede tutulması amacıyla alınan önlemler ve yürütülen iyileştirme faaliyetleridir.
- **Hakkaniyet:** Hizmet alan bireylerin, tedavi ve bakım ihtiyaçları doğrultusunda, herhangi bir ayırım gözetilmeksizin eşit haklardan yararlanmasının teminat altına alınmasıdır.
- **Hasta Odaklılık:** Kanıta dayalı tıp uygulamalarına bağlı kalarak, sağlık hizmetlerinin hastanın güvenliği, memnuniyeti ve tercihleri göz önünde bulundurularak planlanması ve uygulanmasıdır.
- **Uygunluk:** Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın sağlığı açısından en faydalı tercihlerinin yapılması ve uygulanmasıdır.
- **Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin, hastanın ihtiyaçlarına uygun ve kabul edilebilir zaman dilimleri içerisinde sunulmasıdır.
- **Süreklilik:** Hastanın ihtiyaç duyduğu teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin disiplinlerarası koordinasyon ile tedavinin tamamlanmasının ardından da kesintisiz şekilde sağlanmasıdır.
- **Sürdürülebilirlik:** SAS hedeflerine yönelik faaliyetlerde kurumun gelecek yönelimini garanti altına alacak şekilde süreçlerin planlanması ve yürütülmesidir.

## SAS Hastane Seti (v4): Yapısı

SAS Hastane Seti v4 kapsamında toplam 8 boyut, 31 bölüm, 87 standart ve 395 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır.

SAS Hastane Seti, standartlar, değerlendirme ölçütleri ve bunlara ilişkin kılavuzlardan oluşmaktadır. Kılavuzlarda, standartların amaçları, hedefleri ve gereklilikleri açıklanmaktadır.

Standartlar, değerlendirme ölçütleri ve ilgili kılavuzlar birbirinden bağımsız olarak değil, bütüncül bir yaklaşımla ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

### **SAS Hastane Seti (v4): Boyutları**

SAS'ta yer alan 8 boyut aşağıda sıralanmıştır:

1. Yönetim ve Organizasyon
2. Sağlıklı Çalışma Yaşamı
3. Hasta Deneyimi
4. Sağlık Hizmetleri
5. Destek Hizmetleri
6. Afet ve Acil Durum Yönetimi
7. İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik
8. Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme

### **Boyutların Genel Amaçları ve Kapsamı**

SAS kapsamında yer alan boyutlar, hastanelerde sunulan hizmetler, yönetim faaliyetleri ve hizmet süreçleri dikkate alınarak, kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

#### **Yönetim ve Organizasyon**

Bu boyut, hastane işleyişinde sürekliliğin sağlanması ve faaliyetlerin sistematik bir biçimde yürütülmesini temin edecek yönetim yapısının oluşturulmasını amaçlamaktadır. Bu kapsamda, üst yönetim ve tüm çalışanların katılımıyla etkin bir kurumsal kalite yönetim sistemi kurulması hedeflenmektedir. Bu amaca ulaşmak için; hastane organizasyon yapısının tanımlanması, temel politika ve değerlerin belirlenmesi, kalite yönetim sisteminin kurulması, doküman yönetiminin sağlanması, istenmeyen olay bildirim sisteminin oluşturulması, risk ve eğitim yönetimi faaliyetlerinin yürütülmesi, sağlık teşviki ve geliştirilmesine yönelik çalışmaların gerçekleştirilmesi ile kurumsal iletişimin sağlanması gerekmektedir.

#### **Sağlıklı Çalışma Yaşamı**

Bu boyut, kaliteli sağlık hizmetinin sunulabilmesi için çalışanların sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamında bulunmalarını sağlamak ve hastane organizasyonunu çalışan perspektifinden değerlendirmeyi amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, insan kaynakları yönetimi yapılandırılmalı, çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit eden riskler önlenmeli ve çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik gereklilikler tanımlanmalıdır.

#### **Hasta Deneyimi**

Hasta Deneyimi boyutu, temel hasta haklarının, hasta güvenliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanmasını hedefleyerek hizmetlere hasta perspektifinden yaklaşmayı amaçlamaktadır. Bu hedeflere ulaşmak için, hastanenin sunduğu hizmetler hasta ve hasta yakınlarının haklarına saygı gösteren, hizmetlere zamanında erişim sağlayan, hasta konforunu temin eden ve hasta güvenliğini garanti altına alan şekilde düzenlenmelidir.

#### **Sağlık Hizmetleri**

Bu boyut, hastanede sunulan tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SAS hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilmesini sağlamayı amaçlamaktadır. Bu kapsamda; enfeksiyon kontrolü, sterilizasyon hizmetleri, ilaç ve transfüzyon yönetimi, radyasyon güvenliği, hasta bakımı, laboratuvar hizmetleri, güvenli cerrahi uygulamaları ve acil sağlık hizmetleri gibi alanlarda kapsamlı çalışmalar yapılmalıdır.

## Destek Hizmetleri

Destek Hizmetleri boyutunda, tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliği ve sürekliliği için gerekli altyapının oluşturulması hedeflenmektedir. Bu kapsamda; otelcilik hizmetlerinin planlanması, tesis yönetimi, atık yönetimi, bilgi yönetimi ile malzeme ve cihaz yönetiminin sağlanması ve dış kaynak kullanımı süreçlerinin düzenlenmesi gerekmektedir.

## Afet ve Acil Durum Yönetimi

Bu boyut, doğal afetler (deprem, sel vb.), yangın, patlama gibi acil durumlar ile bebek veya çocuk kaçırma riski, solunum ya da kardiyak arrest olayları ve çalışanların şiddete maruz kalması durumlarında, en hızlı ve etkin müdahalenin gerçekleştirilmesini; böylece potansiyel tehlike ve zararların önlenmesini amaçlamaktadır.

## İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik

Bu boyut, iklim değişikliği ve çevresel faktörlerin sağlık sistemleri üzerindeki olumsuz etkilerini azaltmayı; topluma ve doğaya duyarlı, sürdürülebilir ve dengeli işleyen sağlık hizmetlerinin sunulmasını hedeflemektedir.

### Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme

Bu boyut, idari, finansal ve tıbbi süreçlerde ortaya çıkabilecek sorunların zamanında tespiti ve giderilmesi ile kalite iyileştirme müdahalelerinin gerçekleştirilmesini amaçlamaktadır. Bu doğrultuda, kurumsal göstergeler ile SAS tarafından belirlenen performans göstergelerinin etkin kullanımı sağlanarak sürekli gelişim hedeflenmektedir.

## 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 karşılanma 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 karşılanma 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 karşılanma düzeyi kararı “karşılıyor,” “kısmen karşılanıyor,” “karşılanmıyor” olarak üç kategoride belirlenir.

Standartların/değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi kategorileri aşağıda tanımlandığı şekildedir;

- **Karşılıyor (K):** Uygunsuzluk yok ise ya da var olsa bile Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucu karşılanıyor 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 karşılanma 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&yanlışlık) 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 düşünülmelidir.

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

Değerlendirme Ölçütü Karşılama Düzeyi Kriterleri Matrisi

FAKTÖR	ŞİDDET	KARŞILAMA DÜZEYİ KARARI*		ŞİDDET	FAKTÖR
<b>RİSK BOYUTU</b>	YÜKSEK	KM	KM	Yüksek	<b>SIKLIK DÜZEYİ</b>
	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	KM	Az	
	ORTA	K	KM/KK	Az	
	AZ	K	K/KK	Az	
<b>FAKTÖR</b>	ŞİDDET	BİREYSEL	SİSTEMSEL	ŞİDDET	<b>FAKTÖR</b>
<b>ETKİ ALANI</b>					

» 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 » 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.

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

» Akreditasyon kararı ve standartların denetim sürecine ilişkin tüm hususlar TÜSKA Hastane Akreditasyon Program Rehberi doğrultusunda yürütülmektedir.



# Standartlar ve Kılavuzlar



Boyutlar ve Bölümler		
<b>1. Yönetim ve Organizasyon</b>		
1. Organizasyon Yapısı ve İşleyişi	5. İstenmeyen Olay Bildirimi	
2. Kalite Yönetimi	6. Risk Yönetimi	
3. İnsan Kaynakları Yönetimi	7. Eğitim Yönetimi	
4. Doküman Yönetimi		
<b>2. Sağlıklı Çalışma Yaşamı</b>		
8. Sağlıklı Çalışma Yaşamı		
<b>3. Hasta Deneyimi</b>		
9. Hasta Deneyimi	11. Yaşam Sonrası Hizmetler	
10. Hasta Güvenliği Hedefleri		
<b>4. Sağlık Hizmetleri</b>		
12. Hasta Bakımı	19. Radyoloji, Radyasyon Onkolojisi ve Nükleer Tıp Hizmetleri	
13. Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	20. Acil Servis Hizmetleri	
14. İlaç Yönetimi	21. Diyaliz Hizmetleri	
15. Güvenli Anestezi ve Cerrahi Bakım	22. Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri	
16. Kan ve Kan Bileşenleri Yönetimi	23. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	
17. Temizlik Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon		
18. Laboratuvar Hizmetleri		
<b>5. Destek Hizmetleri</b>		
24. Tesis Yönetimi ve Otelcilik	27. Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
25. Bilgi Yönetim Sistemi	28. Atık Yönetimi	
26. Kayıtların Kontrolü ve Arşiv Hizmetleri		
<b>6. Afet ve Acil Durum Yönetimi</b>		
29. Afet ve Acil Durum Yönetimi		
<b>7. İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik</b>		
30. İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik		
<b>8. Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme</b>		
31. Gösterge Yönetimi		
<b>Hedefler</b>		
» Etkililik	» Zamanlılık	» Sağlıklı Çalışma Yaşamı
» Etkinlik	» Hakkaniyet	» Süreklilik
» Verimlilik	» Hasta Güvenliği	» Sürdürülebilirlik
» Uygunluk	» Hasta Odaklılık	

## Bölüm Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütü Sayısal Dağılımı

<b>TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025)</b>		
<b>Bölüm Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütü Sayısal Dağılımı</b>		
<b>Boyut 1 Yönetim ve Organizasyon</b>		
<b>Bölüm</b>	<b>Standart Sayısı</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü Sayısı</b>
1. Organizasyon Yapısı ve İşleyişi	5	22
2. Kalite Yönetimi	2	7
3. İnsan Kaynakları Yönetimi	1	10
4. Doküman Yönetimi	1	6
5. İstenmeyen Olay Bildirimi	2	5
6. Risk Yönetimi	2	5
7. Eğitim Yönetimi	2	6
<b>Boyut 2 Sağlıklı Çalışma Yaşamı</b>		
8. Sağlıklı Çalışma Yaşamı	2	13
<b>Boyut 3 Hasta Deneyimi</b>		
9. Hasta Deneyimi	3	19
10. Hasta Güvenliği Hedefleri	8	22
11. Yaşam Sonrası Hizmetler	1	7
<b>Boyut 4 Sağlık Hizmetleri</b>		
12. Hasta Bakımı	4	18
13. Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	3	11
14. İlaç Yönetimi	5	17
15. Güvenli Anestezi ve Cerrahi Bakım	3	14
16. Kan ve Kan Bileşenleri Yönetimi	4	14
17. Temizlik Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon	3	19
18. Laboratuvar Hizmetleri	6	23
19. Radyoloji, Radyasyon Onkolojisi ve Nükleer Tıp Hizmetleri	3	9
20. Acil Servis Hizmetleri	4	18
21. Diyaliz Hizmetleri	4	19
22. Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri	1	3
23. Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	2	8

## Bölüm Bazlı Standart ve Değerlendirme Ölçütü Sayısal Dağılımı

Boyut 5		Destek Hizmetleri	
24. Tesis Yönetimi ve Otelcilik	2	20	
25. Bilgi Yönetim Sistemi	2	18	
26. Kayıtların Kontrolü ve Arşiv Hizmetleri	2	8	
27. Malzeme ve Cihaz Yönetimi	3	17	
28. Atık Yönetimi	1	5	
Boyut 6		Afet ve Acil Durum Yönetimi	
29. Afet ve Acil Durum Yönetimi	3	20	
Boyut 7		İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik	
30. İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik	1	4	
Boyut 8		Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	
31. Gösterge Yönetimi	2	8	
<b>Toplam</b>	<b>31</b>	<b>87</b>	<b>395</b>



<b>BOYUT 1</b>	
<b>YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 1</b>	
<b>Organizasyon Yapısı ve İşleyişi (OYİ)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
OYİ.1	Organizasyon yapısına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.1.1	Tüm yönetsel süreçleri içerecek bir organizasyon yapısı tasarlanmalı ve yönetim kademeleri ile dikey ve yatay ilişkiler tanımlanmalıdır.
OYİ.1.2	Organizasyon yapısına ilişkin yönetim kademeleri, kurumsal, mali ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalı; ilgili sorumlular belirlenmelidir.
OYİ.1.3	Organizasyon yapısında yer alan birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı; birim sorumluları belirlenmelidir.
OYİ.1.4	Organizasyon yapısında yer alan birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı; birim sorumluları belirlenmelidir.
OYİ.1.5	Organizasyon yapısına ilişkin süreçlerde etkin bir liderlik, ekip çalışması ve iletişim sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
OYİ.2	Yönlendirme stratejileri belirlenmeli ve kaynak planlaması yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.2.1	Misyon, vizyon ve etik değerler belirlenmeli ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.
OYİ.2.2	Kurum/kuruluşun misyonu ile uyumlu stratejik amaçlar ve hedefler belirlenmeli, bu doğrultuda bir stratejik plan oluşturulmalıdır.
OYİ.2.3	Organizasyonel süreçlere yönelik politikalar oluşturulmalı ve tüm faaliyetler belirlenen politikalar doğrultusunda yürütülmelidir.
OYİ.2.4	Bütçe planlaması yapılmalı ve düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
OYİ.2.5	Stratejik hedeflerle uyumlu, tanımlanmış hizmet hedeflerini içeren bir operasyonel plan geliştirilmeli ve bu hedeflere ulaşmada kaydedilen ilerleme ölçülmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
OYİ.3	Kurumsal iletişim faaliyetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.3.1	Kurumsal paydaşlar belirlenmeli ve etkili iletişimin sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
OYİ.3.2	Kurumsal paydaşların iyileştirme süreçlerine katılımları sağlanmalıdır.
OYİ.3.3	Kurumsal yapı, temel politika ve değerler doğrultusunda hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim süreci ve stratejileri tanımlanmalıdır.
OYİ.3.4	Paydaşlar kurumsal organizasyon ve faaliyetler hakkında bilgilendirilmelidir.
OYİ.3.5	Paydaşlarda olumlu kurumsal imaj oluşturmaya yönelik faaliyetler gerçekleştirilmelidir.
OYİ.3.6	Sağlığı geliştirici ve teşvik edici sosyal sorumluluk programları düzenlenmeli, uygulanan program sonuçları izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
OYİ.4	Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.4.1	Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
OYİ.4.2	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
OYİ.4.3	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin ilgili TÜSKA SAS'a uygunluğu sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 5</b>
OYİ.5	Bilimsel araştırmaların etkin yönetilmesi sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.5.1	Bilimsel araştırmaların yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
OYİ.5.2	Bilimsel araştırmaların koordinasyonuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
OYİ.5.3	Bilimsel araştırmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>BOYUT 1 YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 2 Kalite Yönetimi (KY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
KY.1	Kalite yönetim yapısı tanımlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KY.1.1	Kalite yönetimine ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
KY.1.2	Kalite yönetimi kapsamında kalite iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.
KY.1.3	Öz değerlendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
KY.2	Kalite yönetimine ilişkin komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların işleyişi sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KY.2.1	Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların işleyişine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
KY.2.2	Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
KY.2.3	Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar düzenli aralıklarla toplantılar gerçekleştirmelidir.
KY.2.4	Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların faaliyetleri değerlendirilmeli ve sürekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

<b>BOYUT 1</b>	
<b>YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 3</b>	
<b>İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
İKY.1	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İKY.1.1	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.
İKY.1.2	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
İKY.1.3	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin yıllık hedefler belirlenmeli ve çalışma planları oluşturulmalıdır.
İKY.1.4	Çalışanlar, iş tanım ve gerekliliklerine uygun birim ve pozisyonlarda istihdam edilmelidir.
İKY.1.5	Personel temin planı oluşturulmalı ve işe alım süreçleri tanımlanmalıdır.
İKY.1.6	Çalışanlar iş gereklilikleri ve yetkinlikleri doğrultusunda istihdam edilmeli, istihdam edilen personelin diploma ve yetki belgeleri doğrulanmalıdır.
İKY.1.7	Çalışanların performansının değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İKY.1.8	Çalışanlar, hakları ve kurumsal olanaklar konusunda bilgilendirilmelidir.
İKY.1.9	Çalışanlar, hakları ve kurumsal olanaklar konusunda bilgilendirilmelidir.
İKY.1.10	Her çalışan için bir personel dosyası oluşturulmalıdır.

<b>BOYUT 1 YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 4 Doküman Yönetimi (DY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
DY.1	Doküman yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
DY.1.1	Doküman yönetimine ilişkin kurallar belirlenmelidir.
DY.1.2	Dokümanlar belirlenen kurallara göre dağıtılmalı ve duyurulmalıdır.
DY.1.3	Dokümanlar güncel olmalıdır.
DY.1.4	Dokümanlar belirlenen kurallara göre muhafaza edilmeli, arşivlenmeli ve imha edilmelidir.
DY.1.5	Dış kaynaklı dokümanlar takip edilmeli ve güncel olmalıdır.
DY.1.6	Doküman yönetimine ilişkin gerekli eğitimler verilmelidir.

<b>BOYUT 1</b>	
<b>YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 5</b>	
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi (İOB)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
İOB.1	İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İOB.1.1	İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
İOB.1.2	İstenmeyen olay bildirimine ilişkin bir sistem oluşturulmalıdır.
İOB.1.3	İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
İOB.2	Ramak kala ya da gerçekleşen her türlü istenmeyen olay izlenmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İOB.2.1	Sisteme yapılan bildirimler analiz edilmeli ve analiz sonrası gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
İOB.2.2	Tüm çalışanlar, analiz ve iyileştirme çalışmaları hakkında bilgilendirilmelidir.

<b>BOYUT 1</b>	
<b>YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 6</b>	
<b>Risk Yönetimi (RY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
RY.1	Risk yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
RY.1.1	Risk yönetimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
RY.1.2	Risk yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
RY.1.3	Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.
RY.1.4	Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
RY.2	Risk yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
RY.2.1	Risk yönetimine ilişkin göstergeler belirlenmeli, analiz edilmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.

<b>BOYUT 1</b>	
<b>YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 7</b>	
<b>Eğitim Yönetimi (EY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
EY.1	Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
EY.1.1	Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
EY.1.2	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir yapı oluşturulmalıdır.
EY.1.3	Bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik hasta/hasta yakını eğitimlerine ilişkin süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
EY.1.4	Çalışanların eğitimine yönelik süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
EY.1.5	Mesleki eğitim programları (lisans, lisansüstü, staj vb.) kapsamında yürütülen eğitim ve denetim faaliyetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
EY.2	Eğitim yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
EY.2.1	Eğitimlerin etkinliği ve etkililiği değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

<b>BOYUT 2</b>	
<b>SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI</b>	
<b>Bölüm 8</b>	
<b>Sağlıklı Çalışma Yaşamı (SÇY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
SÇY.1	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
SÇY.1.1	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
SÇY.1.2	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
SÇY.2	Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
SÇY.2.1	Çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklerin yönetilmesi sağlanmalıdır.
SÇY.2.2	Kişisel koruyucu ekipman kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
SÇY.2.3	Çalışanların sağlık gözetimi yapılmalıdır.
SÇY.2.4	Çalışanın psikolojik iyi oluş hali sağlanmalıdır.
SÇY.2.5	Çalışma ortamı; çalışanın güvenliği, ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda düzenlenmelidir.
SÇY.2.6	Çalışanın bireysel ve mesleki gelişimi desteklenmelidir.
SÇY.2.7	Çalışanın manevi ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
SÇY.2.8	Çalışan motivasyonunu artırıcı faaliyetler yapılmalıdır.
SÇY.2.9	Çalışanın özel gereksinim, kronik hastalık gibi sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
SÇY.2.10	Kapsayıcılık ve çeşitliliğin gözetilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
SÇY.2.11	Çalışan sağlığını ve güvenliğini geliştirmeye yönelik eğitimler verilmelidir.

<b>BOYUT 3 HASTA DENEYİMİ</b>	
<b>Bölüm 9 Hasta Deneyimi (HD)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
HD.1	Hastanın hizmete erişimi sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HD.1.1	Karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunumuna ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.1.2	Hizmet kullanımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.1.3	Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.1.4	Tanı, tetkik, tedavi ve bakıma ilişkin işlem sürelerinin optimal düzeyde tutulması ve etkinliğin artırılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.1.5	Transfer hizmeti ve uygulama süreçleri tanımlanmalıdır.
HD.1.6	Acil sağlık hizmeti vermeyen kurum/kuruluşlarda hastanın acil sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
HD.2	Hasta haklarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HD.2.1	Hasta haklarına yönelik süreçler dokümante edilmelidir.
HD.2.2	Hasta haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
HD.2.3	Hasta hakları, sorumlulukları ve hizmet süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.
HD.2.4	Hizmet süreçlerinde hasta katılımı sağlanmalıdır.
HD.2.5	Hasta rızasının alınmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

HD.2.6	Tedavi/işlemi kabul etmeme, geri çekme ve devam ettirmeme gibi etik ikilemlerin zamanında ele alınması ve çözümlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
HD.2.7	Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
HD.2.8	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarını sürdürmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.2.9	Hastanın bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır.
HD.2.10	Ziyaret ve refakat süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.2.11	Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
HD.3	Geri bildirim süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HD.3.1	Hasta ve hasta yakını geri bildirimlerine yönelik bir sistem kurulmalıdır.
HD.3.2	Hasta ve hasta yakını geri bildirimleri değerlendirilmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

<b>BOYUT 3</b>	
<b>HASTA DENEYİMİ</b>	
<b>Bölüm 10</b>	
<b>Hasta Güvenliği Hedefleri (HGH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
HGH.1	Hasta güvenliğini sürdürmeye yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.1.1	Hasta güvenliğini sürdürmeye yönelik süreçler ulusal / uluslararası hasta güvenliği hedefleri kapsamında dokümente edilmelidir.
HGH.1.2	Hasta güvenliğinin sürdürülmesine yönelik bir yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
HGH.1.3	Hasta güvenliğine yönelik riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.
HGH.1.4	Hasta güvenliğinin sürdürülmesine yönelik çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
HGH.2	Hasta kimliğinin doğrulanması sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.2.1	Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
HGH.2.2	Kimlik doğrulama araçları ve yöntemleri tanımlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
HGH.3	Düşmelerin önlenmesi sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.3.1	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
HGH.3.2	Hastalar düşme riski açısından değerlendirilmelidir.
HGH.3.3	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
HGH.4	Çalışanlar arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.4.1	Çalışanlar arasında etkili iletişimin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
HGH.4.2	Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devir teslimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HGH.4.3	Panik/kritik değer bildirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HGH.4.4	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HGH.4.5	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve sembolere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HGH.4.6	Konsültasyon süreçlerinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 5</b>
HGH.5	Yüksek riskli ilaçların güvenliği sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.5.1	Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
HGH.5.2	Yüksek riskli ilaçların güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 6</b>
HGH.6	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.6.1	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
HGH.6.2	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

## Standartlar

<b>Kod</b>	<b>Standart 7</b>
HGH.7	El hijyeni sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.7.1	El hijyeninin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
HGH.7.2	El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 8</b>
HGH.8	Hasta güvenliği hedeflerine ilişkin uyum izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.8.1	Hasta güvenliği hedeflerine ilişkin göstergeler belirlenmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.

<b>BOYUT 3 HASTA DENEYİMİ</b>	
<b>Bölüm 11 Yaşam Sonrası Hizmetler (YSH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
YSH.1	Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
YSH.1.1	Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
YSH.1.2	Cenazenin birimden morga transferi, morgda hazırlanması, muhafazası ve morgdan teslim edilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.3	Morg alanına yönelik fiziksel düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.4	Yaşam sonrası hizmet süreçlerinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.5	Cenaze muhafaza dolaplarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.6	Cenaze ve cenaze yakınlarının ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.7	Yaşam sonrası hizmetlere yönelik ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

## BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ

### Bölüm 12 Hasta Bakımı (HB)

Kod	Standart 1
HB.1	Hasta bakımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
HB.1.1	Hasta bakımına ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
HB.1.2	Hastanın güvenli transfer, sevk ve taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
HB.1.3	Konsültasyon sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
Kod	Standart 2
HB.2	Hasta değerlendirme ve bakım sürecinin etkin yönetilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
HB.2.1	Hasta ilgili sağlık çalışanları tarafından bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
HB.2.2	Hasta ilgili sağlık çalışanları tarafından klinik riskleri açısından değerlendirilmelidir.
HB.2.3	Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik multidisipliner hasta bakım planı hazırlanmalıdır.
HB.2.4	Multidisipliner yaklaşım gerektiren olguların değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HB.2.5	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.
HB.2.6	Hastanın klinik durumundaki değişikliklerin zamanında fark edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması sağlanmalıdır.
HB.2.7	Hasta bakım sürecinde kullanılan tıbbi cihaz alarm sistemlerinin etkin kullanılması sağlanmalıdır.
HB.2.8	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.

HB.2.9	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaların yönetilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
HB.3	Klinik kalitenin iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HB.3.1	Kanıtı dayalı klinik rehber, protokol ve kılavuzların geliştirilmesi, kullanılması, yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
HB.3.2	Kanıtı dayalı klinik rehber, protokol ve kılavuzların etkin ve güvenli kullanımı sağlanmalı ve yaygınlaştırılmasına yönelik farkındalık artırıcı ve iyileştirici faaliyetler yürütülmelidir.
HB.3.3	Klinik kalitenin iyileştirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
HB.4	Hasta değerlendirme ve bakım süreçlerinde kullanılan dijital sağlık uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HB.4.1	Dijital sağlık uygulamalarının kullanımına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
HB.4.2	Dijital sağlık uygulamalarının güvenli, etkili ve verimli kullanımı sağlanmalıdır
HB.4.3	Dijital sağlık uygulamalarının etkinliği değerlendirilmeli, uygulama izlem sonuçları raporlanmalı ve sürekli iyileştirme çalışmaları yürütülmelidir.

<b>BOYUT 4</b>	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 13</b>	
<b>Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü (EÖK)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
EÖK.1	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
EÖK.1.1	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin bir yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
EÖK.1.2	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
EÖK.1.3	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
EÖK.1.4	Salgın veya nadir görülen enfeksiyonların yönetimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
EÖK.1.5	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü hakkında hasta, hasta yakınları ve çalışanlara eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
EÖK.2	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışmalar bir program dahilinde yürütülmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
EÖK.2.1	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.
EÖK.2.2	İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.
EÖK.2.3	Enfeksiyon kontrol demetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
EÖK.2.4	Akılcı antibiyotik kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
EÖK.2.5	Tesis kaynaklı enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
EÖK.3	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
EÖK.3.1	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

## BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ

### Bölüm 14 İlaç Yönetimi (İY)

Kod	Standart 1
İY.1	İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
İY.1.1	İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
İY.1.2	İlaç yönetimine ilişkin bir yönetsel yapı oluşturulmalıdır.
İY.1.3	İlaç yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalı ve etkin bir iletişim sağlanmalıdır.
İY.1.4	İlacın dahil olduğu tüm süreçlerde ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
Kod	Standart 2
İY.2	İlacın temini, muhafazası ve stok yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
İY.2.1	Doğru ilacın doğru zamanda temin edilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.2.2	İlaçlar niteliklerine uygun şekilde muhafaza edilmeli, gerekli fiziksel koşullar sağlanmalıdır.
İY.2.3	Özel nitelikli ilaçların muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.2.4	İlaçların stok seviyeleri ve miat takiplerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
Kod	Standart 3
İY.3	İlacın istemi, hazırlanması ve transferine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İY.3.1	İlaç istem sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.3.2	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.3.3	İlaçların güvenli transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
İY.4	Güvenli ilaç uygulamasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İY.4.1	İlaçların uygulama öncesi hazırlığı ve uygulanmasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.4.2	Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü sağlanmalıdır.
İY.4.3	İlaç uygulamalarına ilişkin advers etkilere yönelik olarak düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.4.4	İlaçların imhasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 5</b>
İY.5	İlaç yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İY.5.1	İlacın dahil olduğu süreçlerin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.
İY.5.2	İlacın dahil olduğu süreçlerin performansının değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

<b>BOYUT 4</b>	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 15</b>	
<b>Güvenli Anestezi ve Cerrahi Bakım (GAC)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
GAC.1	Güvenli anesteziye ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
GAC.1.1	Güvenli anestezi uygulamalarına ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
GAC.1.2	Anestezi uygulamasının güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.1.3	Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.1.4	Anestezik ilaçların ve gazların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.1.5	Anestezi uygulamalarında cihazların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
GAC.2	Güvenli cerrahi bakıma ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
GAC.2.1	Güvenli cerrahi bakıma ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
GAC.2.2	Cerrahiye hazırlık sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.2.3	Cerrahi uygulama sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.2.4	Tanı amaçlı alınan doku örneklerinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.2.5	Cerrahi sonrası hasta bakımına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
GAC.3	Ameliyathane süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
GAC.3.1	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.3.2	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.3.3	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.3.4	Ameliyathanede ilaç, malzeme ve cihaz yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>BOYUT 4</b>	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 16</b>	
<b>Kan ve Kan Bileşenleri Yönetimi (KBY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
KBY.1	Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KBY.1.1	Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
KBY.1.2	Kan ve kan bileşenlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
KBY.1.3	Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalı, belirlenen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
KBY.2	Kan ve kan bileşenlerinin temin edilmesi/bağış süreci yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KBY.2.1	Kan ve kan bileşenlerinin temin edilmesi/bağış sürecine ilişkin işleyiş kuralları dokümente edilmelidir.
KBY.2.2	Bağışçının tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi, bağışın kabul veya reddine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
KBY.2.3	Bağış sürecinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
KBY.3	Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, muhafaza edilmesi, transferi ve imhasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KBY.3.1	Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanmasına ilişkin süreçler dokümente edilmelidir.

KBY.3.2	Kan ve kan bileşenlerinin muhafazasına ilişkin önlemler alınmalıdır.
KBY.3.3	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.
KBY.3.4	Kan ve kan bileşenlerinin imhasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
KBY.4	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KBY.4.1	Kan ve kan bileşenleri istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.
KBY.4.2	Transfüzyon sürecinde hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
KBY.4.3	Transfüzyon işlemine bağlı gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.
KBY.4.4	Kan ve kan bileşenlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen/ istenmeyen etkilerin takibi sağlanmalıdır.

## BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ

### Bölüm 17

#### Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon Hizmetleri (TDS)

Kod	Standart 1
TDS.1	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
TDS.1.1	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
TDS.1.2	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar tanımlanmalıdır.
TDS.1.3	Temizlik ve dezenfeksiyona yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı, temizlik ve dezenfeksiyon planı oluşturulmalıdır.
TDS.1.4	Alan, zemin ve çevresel yüzeylerin temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.1.5	Malzeme ve cihazların temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik düzenlemeler bulunmalıdır
TDS.1.6	Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kontrolüne yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.
TDS.1.7	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
Kod	Standart 2
TDS.2	Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
TDS.2.1	Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
TDS.2.2	Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlar tanımlanmalı ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.2.3	Yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanacak tıbbi cihazlar tanımlanmalı ve işleyişe özgü düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.2.4	Yüksek düzey dezenfektanların hazırlık, uygulama, kontrol ve bertaraf süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

TDS.2.5.	Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
TDS.3	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
TDS.3.1	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
TDS.3.2	Merkezi Sterilizasyon Ünitesine (MSÜ) yönelik fiziksel ve işlevsel düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.3	Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.4	Paketleme ve yükleme süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.5	Sterilizasyon işleminin etkinliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.6	Steril malzemelerin muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.7	Sterilizasyon sürecinin izlenebilirliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

## BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ

### Bölüm 18 Laboratuvar Hizmetleri (LH)

Kod	Standart 1
LH.1	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
LH.1.1	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin süreç ve kurallar dokümante edilmelidir.
LH.1.2	Laboratuvar hizmet sunum alanları belirlenmeli ve bu alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar sağlanmalıdır.
LH.1.3	Laboratuvar hizmetlerine yönelik bilgilendirici rehber hazırlanmalıdır.
LH.1.4	Laboratuvarda sağlıklı çalışma ortamı oluşturulmalıdır.
LH.1.5	Laboratuvar hizmetlerinde kullanılan reaktifler ile malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.
LH.1.6	Laboratuvar hizmetlerinde istenmeyen olay bildirimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.1.7	Hasta başı test cihazlarının kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.1.8.	Laboratuvar hizmetlerine yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
Kod	Standart 2
LH.2	Pre-analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır
Kod	Değerlendirme Ölçütü
LH.2.1	Numune ve test istemine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.2.2	Numune alımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.2.3	Numune transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.2.4	Numunelerin laboratuvara kabulü ve reddine yönelik düzenlemeler yapılmalı ve izlenebilir olmalıdır.

LH.2.5	Laboratuvara kabul edilen numunelere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.2.6	Preanalitik süreçlerde kimlik doğrulamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
LH.3	Analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
LH.3.1	Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçleri tanımlanmalıdır.
LH.3.2	Laboratuvar testlerine yönelik kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
LH.4	Postanalitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
LH.4.1	Laboratuvar sonuçlarının yorumlanması ve raporlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.4.2	Laboratuvar sonuç verme süreleri belirlenmeli, sonuçların zamanında raporlanması sağlanmalıdır.
LH.4.3	Analiz numunelerinin, artan biyolojik materyalin, test verilerinin ve sonuçlarının saklanması ve arşivlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 5</b>
LH.5	Laboratuvar hizmet süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
LH.5.1	Laboratuvar hizmet süreçlerinin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.
LH.5.2	Laboratuvar hizmet süreçlerinde bilgi yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.5.3	Dış kaynak kullanımı yoluyla çalışılan testlere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

## Standartlar

<b>Kod</b>	<b>Standart 6</b>
LH.6	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
LH.6.1	Laboratuvar hizmetlerinin performansının değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

<b>BOYUT 4</b>	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 19</b>	
<b>Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyasyon Onkolojisi Hizmetleri (RNR)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
RNR.1	Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
RNR.1.2	Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
RNR.1.3	Radyoloji ve radyasyon onkolojisi hizmetlerinin sunulduğu alanlara ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
RNR.1.4	Nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlara ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
RNR.2	Radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
RNR.2.1	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine yönelik çalışmalar bir program dahilinde yürütülmelidir.
RNR.2.2	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda hasta, hasta yakınlarına yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
RNR.2.3	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda çalışanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
RNR.3	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
RNR.3.1	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.
RNR.3.2	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin periyodik alan değerlendirmeleri yapılmalı, raporlar komite ve üst yönetim ile paylaşılmalıdır.

## BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ

### Bölüm 20 Acil Servis Hizmetleri (ASH)

Kod	Standart 1
ASH.1	Acil servis hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
ASH.1.1	Acil servis hizmet sunum alanları tanımlanmalıdır.
ASH.1.2	Acil servis hizmet süreçleri ve kuralları dokümante edilmelidir.
ASH.1.3	Acil servis bulunmuyor ise acil sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik süreç tanımlanmış olmalıdır.
ASH.1.4	Acil servis hizmet süreçlerine yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
Kod	Standart 2
ASH.2	Acil servis hizmetlerinin sunulduğu alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
ASH.2.1	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.2	Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.3	Acil servis hizmeti vermek üzere tanımlanan alanların işleyişine özgü düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.4	Acil servisle ilişkili olabilecek hizmet sunum alanlarına erişimi kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.5	Afet, salgın, büyük kaza gibi durumlarda acil servisin genişlemesini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.6	Acil serviste bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.7	Acil serviste emniyetin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
ASH.3	Acil serviste hasta bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ASH.3.1	Acil servise başvuru yapan hastaların önceliklendirilmesine (triyaj) yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.3.2	Acil serviste muayene, müdahale, tedavi, konsültasyon ve gözlem süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.3.3	Acil serviste hizmet verilen kritik hasta gruplarının tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.
ASH.3.4	Acil servisteki tüm hizmet süreçlerinde güvenli hasta transferi sağlanmalıdır.
ASH.3.5	Acil servisten hastanın yatışı, sevki ve taburculuğuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.3.6	Acil servis süreçlerinde etkili iletişim sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
ASH.4	Acil servis hizmetlerine yönelik süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalı, izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ASH.4.1	Acil servis hizmet süreçlerinin tüm aşamaları izlenebilir olmalı, performansın değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

<b>BOYUT 4</b>	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 21</b>	
<b>Diyaliz Hizmetleri (DH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
DH.1	Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
DH.1.1	Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
DH.1.2	Diyaliz hizmeti yeterli ve nitelikli sağlık çalışanları tarafından verilmelidir.
DH.1.3	Diyaliz hizmeti sunulan fiziksel alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
DH.1.4	Diyaliz hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
DH.1.5	Diyaliz hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve donanıma yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
DH.1.6	Diyaliz hizmetlerinde kullanılan saf su sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
DH.1.7	Diyaliz hizmetlerinde ulaşım hizmeti verilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
DH.1.8	Diyaliz hizmetlerine ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
DH.2	Diyaliz hizmetlerinde hasta bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
DH.2.1	Diyaliz tedavisi sunulan hastaların bakım ihtiyaçları değerlendirilerek diyaliz reçetesi oluşturulmalıdır.
DH.2.2	Hastanın işlem öncesi hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
DH.2.3	Diyaliz makinelerinin işlem öncesi hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

DH.2.4	İşlem esnasında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
DH.2.5	Diyaliz seansının sonlandırılması ve hastanın çıkışına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
DH.2.6	Diyaliz hasta/hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
DH.3	Diyaliz hizmetlerinde tıbbi takip sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
DH.3.1	Diyaliz hizmeti sunulan hastalar için tıbbi takip dosyası oluşturulmalıdır.
DH.3.2	Tüm hastalar ilgili uzman hekim tarafından düzenli olarak takip edilmelidir.
DH.3.3	Hastaların laboratuvar tetkiklerinin yapılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
DH.3.4	Hasta ve hasta yakınlarının organ ve doku nakli merkezlerine yönlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
DH.4	Diyaliz hizmetlerine yönelik izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
DH.4.1	Diyaliz hizmetlerine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

<b>BOYUT 4</b>	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 22</b>	
<b>Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri (ÖPS)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
ÖPS.1	Özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ÖPS.1.1	Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanları belirlenmeli, ilgili hizmet süreçleri ve kuralları dokümente edilmelidir.
ÖPS.1.2	Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanlarına özgü hizmet sunum süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ÖPS.1.3	Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanlarına özgü fiziki ortam şartları ve gerekli malzeme, cihaz ve ekipman sağlanmalıdır.

<b>BOYUT 4</b>	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 23</b>	
<b>Organ, Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri (ODH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
ODH.1	Organ, doku ve/veya hücre bağışına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ODH.1.1	Organ, doku ve/veya hücre bağışına ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
ODH.1.2	Organ, doku ve/veya hücre bağış sürecini yürütecek sorumlular ve sorumlulukları belirlenmelidir.
ODH.1.3	Organ, doku ve/veya hücre bağış hakkında farkındalık artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
ODH.2	Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ODH.2.1	Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
ODH.2.2	Nakil hizmetlerinin yönetiminden sorumlu bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
ODH.2.3	Nakil programlarına özel multidisipliner ekipler bulunmalıdır.
ODH.2.4	Nakil adaylarının uygunluğunun değerlendirilmesine yönelik nakil programına özel kriterler belirlenmelidir.
ODH.2.5	Canlı vericiden yapılan nakil programlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 24 Tesis Yönetimi ve Otelcilik Hizmetleri (TYO)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
TYO.1	Tesis yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
TYO.1.1	Tesis yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
TYO.1.2	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlaması ve koordinasyonundan sorumlu bir yapı oluşturulmalıdır.
TYO.1.3	Tesis yönetimine ilişkin riskler tespit edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.
TYO.1.4	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.5	Tesis yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve tesis içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.6	Acil çıkışlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.7	Yaşlı ve özel gereksinimli bireylere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.8	Asansör, yürüyen merdiven ve bantların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.9	Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.10	Bina dış cephe ve çevre düzenlemesi yapılmalıdır.
TYO.1.11	Fiziksel durum ve işleyişe yönelik bina turları ve teknik saha ziyaretleri yapılmalıdır.
TYO.1.12	Tesis yönetimine ilişkin süreçler hakkında ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
TYO.2	Otelcilik hizmetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
TYO.2.1	Hizmet sunulan tüm alanlarda, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını, ergonomisini ve konforunu sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.2	Hasta odaları, muayene odaları ve bekleme alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.3	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.4	Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.5	Bebek bakım ve emzirme odalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.6	Hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal emniyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.7	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.8	Çamaşır hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 25 Bilgi Yönetim Sistemi (BYS)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
BYS.1	Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
BYS.1.1	Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
BYS.1.2	Bilgi yönetim sistemine ilişkin sorumlular belirlenmeli; görev, yetki, sorumluluklar tanımlanmalıdır.
BYS.1.3	Hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.
BYS.1.4	Bilgi yönetim sisteminde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.
BYS.1.5	Bilgi yönetim sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.
BYS.1.6	Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.
BYS.1.7	Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.
BYS.1.8	Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.
BYS.1.9	Bilgi yönetim sisteminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
BYS.2	Bilgi güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
BYS.2.1	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
BYS.2.2	Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.
BYS.2.3	Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır.

BYS.2.4	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
BYS.2.5	Veri tabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
BYS.2.6	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.
BYS.2.7	Bilgi yönetim sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
BYS.2.8	Hata bildiri ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
BYS.2.9	Bilgi yönetim sistemi ve altyapısının teknolojik yeniliklere, gerekliliklere uyumu sağlanmalıdır.

<b>BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 26 Kayıtların Kontrolü ve Arşiv Hizmetleri (KAH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
KAH.1.	Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KAH.1.1	Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
KAH.1.2	Kayıtların kontrolüne yönelik sorumlular belirlenmeli, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
KAH.1.3	Tıbbi ve yönetsel kayıtların hazırlanması ve kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
KAH.1.4	Kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
KAH.1.5	Hasta dosyalarının tanımlanması ve içeriğine yönelik standart bir plan oluşturulmalıdır.
KAH.1.6	Elektronik hasta kayıtlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
KAH.2	Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KAH.2.1	Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
KAH.2.2	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 27 Malzeme ve Cihaz Yönetimi (MCY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
MCY.1	Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
MCY.1.1	Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
MCY.1.2	Malzeme yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki sorumlulukları tanımlanmalıdır.
MCY.1.3	Malzemelerin ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.1.4	Malzemelerin muhafazası ve stok kontrol sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.1.5	Malzemelerin birimlere güvenli şekilde transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
MCY.2	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
MCY.2.1	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
MCY.2.2	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki sorumlulukları tanımlanmalıdır.
MCY.2.3	Tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır.

## Standartlar

MCY.2.4	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
MCY.3	Cihaz yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
MCY.3.1	Cihaz yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
MCY.3.2	Cihaz yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
MCY.3.3	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.
MCY.3.4	Tıbbi cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.3.5	Hasta Başı Test Cihazlarının kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
MCY.3.6	Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.3.7	Cihaz arıza bildirim ve onarımına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.3.8	Tıbbi cihazlara ilişkin istenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 28 Atık Yönetimi (AY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
AY.1	Atık yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
AY.1.1	Atık yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
AY.1.2	Atık yönetim sorumluları belirlenmeli, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
AY.1.3	Atıkların kaynağında ayrıştırılması, toplanması ve taşınması, geçici depolanması ve azaltılması sağlanmalıdır.
AY.1.4	İklim değişikliğinin etkilerini azaltmaya yönelik uygulamalar yapılmalıdır.
AY.1.5	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

**BOYUT 6**  
**AFET ve ACIL DURUM YÖNETİMİ**

**Bölüm 29**  
**Afet ve Acil Durum Yönetimi (ADY)**

<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
ADY.1	Afet ve acil durum yönetim süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ADY.1.1	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
ADY.1.2	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
ADY.1.3	Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.
ADY.1.4	Acil durum plan krokileri bulunmalıdır.
ADY.1.5	Afet ve acil durumlarda tahliye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ADY.1.6	Depreme yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
1.7.	Yangına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ADY.1.8	Tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
ADY.2	Acil durum uyarı sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ADY.2.1	Acil durumlara yönelik uyarı sistemleri oluşturulmalıdır.
ADY.2.2	Acil uyarı sistemlerinin yönetiminden sorumlu kişiler ve sorumlulukları belirlenmelidir.
ADY.2.3	Acil durumlara yönelik müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
ADY.2.4	Acil durumlara müdahalede kullanılacak gerekli ilaç ve ekipman tanımlanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.

ADY.2.5	Yapılan müdahaleler ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
ADY.2.6	Acil uyarı sistemlerine ilişkin eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
ADY.3	KBRN tehditlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ADY.3.1	KBRN tehlikelerin yönetimine ilişkin süreçler dokümente edilmelidir.
ADY.3.2	KBRN tehlikelerin yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
ADY.3.3	KBRN arındırma alanları tanımlanmalıdır.
ADY.3.4	KBRN tehditlerinin yönetim sürecine ilişkin tanımlanan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.
ADY.3.5	KBRN tehditlerinin yönetim sürecinde gerçekleştirilen işlemler ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
ADY.3.6	KBRN konusunda ilgili çalışanlara eğitimler verilmelidir.

<b>BOYUT 7</b>	
<b>İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ ve SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK</b>	
<b>Bölüm 30</b>	
<b>İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik (İDS)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
İDS.1	İklim değişikliği ve hizmetin sürdürülebilirliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İDS.1.1	İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanmasına yönelik bir plan oluşturulmalıdır.
İDS.1.2	Kaynakların kullanımına ilişkin çevre dostu düzenlemeler yapılmalıdır.
İDS.1.3	İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanması konusunda farkındalık artırmaya yönelik faaliyetler yürütülmelidir.
İDS.1.4	Verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>BOYUT 8</b>	
<b>PERFORMANS ÖLÇÜMÜ ve KALİTE İYİLEŞTİRME</b>	
<b>Bölüm 31</b>	
<b>Gösterge Yönetimi (GY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
GY.1	Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
GY.1.1	Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
GY.1.2	Gösterge yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
GY.1.3	Performans ölçümüne yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.
GY.1.4	Belirlenen göstergelerin izlenmesine yönelik gösterge kartları oluşturulmalıdır.
GY.1.5	Gösterge verilerinin doğru ve kaliteli olarak uygun yöntemle toplanması sağlanmalıdır.
GY.1.6	Gösterge yönetimine ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
GY.2	Gösterge yönetiminin etkinliği sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
GY.2.1	Göstergeler analiz edilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
GY.2.2	Gösterge verileri, hedefleri ve sonuçları ilgili bilgi yönetim sistemlerine gönderilmelidir.



# BOYUT 1

## Yönetim ve Organizasyon



<b>BOYUT 1 YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 1 Organizasyon Yapısı ve İşleyişi (OYİ)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
OYİ.1	Organizasyon yapısına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.1.1	Tüm yönetsel süreçleri içerecek bir organizasyon yapısı tasarlanmalı ve yönetim kademeleri ile dikey ve yatay ilişkiler tanımlanmalıdır.
OYİ.1.2	Organizasyon yapısına ilişkin yönetim kademeleri, kurumsal, mali ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalı; ilgili sorumlular belirlenmelidir.
OYİ.1.3	Organizasyon yapısında yer alan birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı; birim sorumluları belirlenmelidir.
OYİ.1.4	Tüm faaliyet alanlarına ilişkin ülke mevzuatına uygun yetki ve izin belgeleri bulunmalı ve bu belgeler güncel, geçerli ve izlenebilir olmalıdır
OYİ.1.5	Organizasyon yapısına ilişkin süreçlerde etkin bir liderlik, ekip çalışması ve iletişim sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
OYİ.2	Yönlendirme stratejileri belirlenmeli ve kaynak planlaması yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.2.1	Misyon, vizyon ve etik değerler belirlenmeli ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.
OYİ.2.2	Kurum/kuruluşun misyonu ile uyumlu stratejik amaçlar ve hedefler belirlenmeli, bu doğrultuda bir stratejik plan oluşturulmalıdır.
OYİ.2.3	Organizasyonel süreçlere yönelik politikalar oluşturulmalı ve tüm faaliyetler belirlenen politikalar doğrultusunda yürütülmelidir.
OYİ.2.4	Bütçe planlaması yapılmalı ve düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
OYİ.2.5	Stratejik hedeflerle uyumlu, tanımlanmış hizmet hedeflerini içeren bir operasyonel plan geliştirilmeli ve bu hedeflere ulaşmada kaydedilen ilerleme ölçülmelidir.

## Bölüm 1: Organizasyon Yapısı ve İşleyişi (OYİ)

<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
OYİ.3	Kurumsal iletişim faaliyetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.3.1	Kurumsal paydaşlar belirlenmeli ve etkili iletişimin sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
OYİ.3.2	Kurumsal paydaşların iyileştirme süreçlerine katılımları sağlanmalıdır.
OYİ.3.3	Kurumsal yapı, temel politika ve değerler doğrultusunda hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim süreci ve stratejileri tanımlanmalıdır.
OYİ.3.4	Paydaşlar kurumsal organizasyon ve faaliyetler hakkında bilgilendirilmelidir.
OYİ.3.5	Paydaşlarda olumlu kurumsal imaj oluşturmaya yönelik faaliyetler gerçekleştirilmelidir.
OYİ.3.6	Sağlığı geliştirici ve teşvik edici sosyal sorumluluk programları düzenlenmeli, uygulanan program sonuçları izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
OYİ.4	Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.4.1	Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.
OYİ.4.2	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
OYİ.4.3	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin ilgili TÜSKA SAS'a uygunluğu sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 5</b>
OYİ.5	Bilimsel araştırmaların etkin yönetilmesi sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
OYİ.5.1	Bilimsel araştırmaların yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.
OYİ.5.2	Bilimsel araştırmaların koordinasyonuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
OYİ.5.3	Bilimsel araştırmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

## Genel Bilgi

Sağlık tesislerinin insan sağlığının korunması, geliştirilmesi ve iyileştirilmesinde üstlendiği kritik rol sebebiyle etkili ve verimli bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. Sağlık hizmetlerinde yönetim; planlama, örgütleme, yönlendirme, koordinasyon ve denetim işlevlerini içermektedir. Dinamik bir çevrede faaliyet gösteren sağlık tesislerinin başarılı olabilmesi söz konusu işlevlerin planlı ve organize bir şekilde yerine getirmesi ile mümkündür. Bahsi geçen işlevler, organizasyon yapısının tasarlanması, görev, yetki ve sorumlulukların belirlenmesi, mali süreçlerin planlanması, iç ve dış paydaşlar ile iletişimin sağlanması, stratejilerin belirlenmesi, kaynakların etkili bir şekilde kullanılması açısından gerekli planlamaların yapılması, araştırma ve geliştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesi gibi faaliyetlerin yürütülmesi ile gerçekleştirilmektedir. Sağlıkta Akreditasyon Standartları, yönetsel faaliyetlerin etkili, etkin ve verimli bir şekilde yerine getirilmesini sağlamada yönlendiricidir ve tüm sağlık hizmet sunum alanlarını kapsamaktadır.

Bu standardın uygulanmasında yönetim, yönetim ve liderliği üstlenen bireyler yetki ve sorumluluk sahibidirler. Yöneticiler ve liderler, Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının yürütülmesinden birinci derecede sorumlu olup yönetimin gerekliliği olarak bütün süreçlerde doğrudan veya dolaylı olarak yer almalıdırlar. Yönetişim ve liderlik; sağlık kurum ve kuruluşlarının performansı, faaliyetlerini yürütme biçimi, sektördeki rolü ve diğer aktörlerle olan ilişkisi üzerinde etkiye sahip önemli unsurlardır. Yönetişim, “örgütsel amaçların mükemmel olarak gerçekleştirilmesi için güçlendirilmiş kişilerin, ortak çıkarları kişisel çıkarlarının önüne alarak davrandığı, iletişim ve etkin bilgi paylaşımı, karşılıklı güven ve şeffaflığı benimsemiş, müşterek karar verebilen, duygusal zekası yüksek, empatik, proaktif ve sinerjik davranarak gerçekleştirilen örgütsel etkinlikler” olarak tanımlanmaktadır. Yönetişim, tek aktörlü yönetim yaklaşımı yerine çok aktörlü ve etkileşimli bir yönetim süreci olarak ifade edilmektedir. Sağlık tesislerinin büyüklüğü ve türüne bağlı olarak farklı yönetim yapıları bulunmaktadır. Makro düzeydeki sağlık tesislerinde yönetim olarak bir yönetim kurulu bulunurken, mikro düzeydeki tesislerde başkan olarak sadece hekim ve daha az yapılandırılmış bir yönetim sistemi bulunabilmektedir.

Başarılı bir yönetim için liderlik ekibi ile birlikte hareket edilmesi önemlidir. Liderlik, bir bireyin örgütsel amaçlar doğrultusunda çalışanları veya diğer kişileri etkilediği ya da yönlendirdiği bir süreç olarak tanımlanmaktadır. Dinamik ve sürekli değişen bir çevrede faaliyet gösteren ve sağlık tesislerinin etkili bir şekilde yönetilebilmesi için sağlık kurum ve kuruluşlarının her kademesinde etkili liderlerin varlığı önemlidir. Etkili bir liderlik için çalışanların gereksinimlerinin ve davranışlarının iyi derecede bilinmesi, ortak bir vizyona sahip olunması, lider ve çalışanlar arasında güvenilir bir iletişimin sağlanması, sonuçları etkilemeye yönelik davranışlar sergilenmesi, bilginin etkin bir şekilde kullanılması, tesisin ilke ve değerlerine bağlı kalarak riskler alınması, çalışanlar ve ekiplerin gelişmesini sağlayacak olanaklar oluşturulması, amaç ve hedeflere ulaşmak için akılcı çözümler geliştirilmesi ve sürekli iyileştirme çalışmaları yürütülmesi gereklidir.

### Amaç

Bu bölümün amacı:

- » Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk, yükümlülükler ile iletişim ve onay mekanizmalarının tanımlanması, sağlık tesisinin işleyişinde sürekliliğin sağlanması, iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesini sağlamak
- » Sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, ilgili ülke mevzuatı kapsamında sunulması ile kontrolü ve izlenebilirliğini sağlamak
- » Temel politika ve değerlerin belirlenmesi suretiyle kurumun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanmasını sağlamak
- » Hedef kitlede olumlu tutum, davranış ve güven oluşturmak; hedef kitleden edinilen bilgilerle sunulan hizmetlerin etkililiğini ve kalitesini artırmak
- » Sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin kurumun temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve SAS kapsamında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasını sağlamak
- » Sunulan hizmetlerin çevreye zarar vermesini önlemek ve tesis kaynaklarının verimli bir şekilde kullanılmasını sağlamaktır.

### Hedefler

- » Etkililik
- » Etkinlik
- » Verimlilik

## Standart Gereklilikleri

### Standart 1

#### OYİ.1

Organizasyon yapısına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

##### OYİ.1.1

**Tüm yönetsel süreçleri içerecek bir organizasyon yapısı tasarlanmalı ve yönetim kademeleri ile dikey ve yatay ilişkiler tanımlanmalıdır.**

- » Organizasyonun büyüklüğü, hizmet çeşidi, hedef kitlesi, diğer ilgili kurumlar ve konumları, iç ve dış gereklilikler gibi temel unsurlar değerlendirilerek, tesise uygun organizasyonel yapılanma (işlevsel, bölümsel, matriks vb.) tasarlanmalıdır.
  - Organizasyon şeması üst yönetimin katılımı ile hazırlanmalıdır.
  - Organizasyon şeması üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.
  - Çalışanlar organizasyon şeması hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Organizasyon şeması, en üst birimden en alt birime kadar dikey ve yatay ilişkileri gösterecek şekilde tanımlanmalıdır. Dokümanda asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
  - İş bölümü ve uzmanlaşma
  - Sorumluluk ve ilişkiler
  - Yetki devri yolları
  - Koordinasyon ve entegrasyon noktaları
- » Organizasyon şeması hazırlanırken aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:
  - Organizasyon şemasında iletişim ve ilişki yolları farklı görsel öğelerle ifade edilebilir.
  - Yetki devri yolları görev tanımları veya görevlendirme yazıları üzerinde ifade edilebilir.
- » Organizasyon yapısı, temel politika ve değerler çerçevesinde belirlenen amaç ve hedeflere en etkili biçimde ulaştıracak şekilde tasarlanmalıdır.
- » Organizasyon yapısı, tesisin idari, mali, klinik, destek vb. yapılarını içermelidir.

##### OYİ.1.2

**Organizasyon yapısına ilişkin yönetim kademeleri, kurumsal, mali ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalı; ilgili sorumlular belirlenmelidir.**

- » Organizasyon yapısına ilişkin yönetim kademeleri tanımlanmalıdır.
  - Yönetim kademeleri; üst yönetim (başhekim, genel müdür vb.), orta düzey yönetim kademeleri ve alt düzey yönetim kademelerini (birim/klinik ve departman sorumluları) içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
- » Tanımlanan yönetim kadrolarının sorumlulukları belirlenmelidir.
- » Kurumsal yönetim ile ilgili sorumluluklar aşağıdaki temel unsurları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Şeffaflık
  - Hesap verebilirlik
  - Katılımcılık
  - Cevap verebilirlik

- Hukukun üstünlüğü
- Etkinlik
- Eşitlik
- Stratejik vizyon
- » Klinik yönetim ile ilgili sorumluluklar asgari aşağıdaki temel unsurları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Klinik etkinlik
  - Klinik denetim
  - Risk yönetimi
  - Hasta ve toplum katılımı
  - İnsan 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, etkin ve verimli kullanımının sağlanması
  - Harcamaların ve gelir gider dengesinin kontrolü ve izlenmesi
- » Yönetim kademelerinde görev alan tüm yöneticileri (başhekim, genel müdür, hemşirelik hizmetleri müdürü, idari/mali hizmet yöneticileri, departman/bölüm sorumluları, klinik ve klinik dışı yöneticiler vb.) kimin atadığı ve kime karşı sorumlu oldukları tanımlanmalıdır.
- » Kurumsal, mali ve klinik yönetimin başarılı bir şekilde uygulanması için idari, ekonomik, politik ve klinik süreçlerde etkin bir liderlik, ekip çalışması ve iletişim sağlanmalıdır.

### OYİ.1.3

#### **Organizasyon yapısında yer alan birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır; birim sorumluları belirlenmelidir.**

- » Organizasyonun en alt biriminden en üst yöneticisine kadar sorumluların görevlendirme yöntemleri tanımlanmış ve duyurulmuş olmalıdır. Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:
  - Tüm yönetim kademelerinde görev yapanlar için üst, orta ve alt kademe yönetime ait görevlendirme/atama yazıları geçerli ve güncel olmalıdır.
  - Görevlendirme yazıları yetkili makam veya üst yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.
  - Çalışan ve yöneticiler atama/görevlendirme yazıları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
- » Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerin ve çalışanların görev tanımları yapılmalı, yetki ve sorumlulukları açıkça ortaya konmalıdır.
- » Görev tanımları birimler arası ilişkileri de içermeli, belirsizlik ve karmaşıklık önleyecek şekilde düzenlenmelidir. Birim ve kişilere verilen yetki ile sorumluluklar arasında uyum olmalıdır.
- » Çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanırken gizlilik, mahremiyet ve tarafsızlık vb. gibi etik ilkeler ve değerler gözetenmelidir.

### OYİ.1.4

**Tüm faaliyet alanlarına ilişkin ülke mevzuatına uygun yetki ve izin belgeleri bulunmalı ve bu belgeler güncel, geçerli ve izlenebilir olmalıdır.**

- » Tüm faaliyetleri kapsayan, ülke mevzuatına uygun, güncel yetki ve izin belgeleri bulunmalıdır.
- » Tüm çalışanları kapsayan, ülke mevzuatına uygun, güncel yetki ve izin belgeleri bulunmalıdır.
- » Yetki ve izin belgeleri belirli aralıklarla ve ihtiyaç durumunda kontrol edilmeli ve izlenebilirliği sağlanmalıdır.

### OYİ.1.5

**Organizasyon yapısına ilişkin süreçlerde etkin bir liderlik, ekip çalışması ve iletişim sağlanmalıdır.**

- » Tüm süreç ve kademelerde etkin ve etkili bir liderlik sergilenmelidir.
- » Sağlık tesisinin misyon, vizyon, amaç ve hedeflerinin belirlenmesi sürecinde liderlerin katılımı sağlanmalıdır.
- » Sağlık tesisinin amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlamada her kademede liderin sürece dahil olması sağlanmalıdır.
- » Liderler, çalışanların koordineli şekilde çalışmasını sağlamalıdır.
- » Liderler, güvenlik ve kalite iyileştirme kültürünün geliştirilmesini sağlamalıdır.
- » Liderler, hastalar, çalışanlar ve diğer paydaşlar ile kurum/kuruluş arasındaki iletişimin sağlanmasında rol üstlenmelidir.

## Standart 2

### OYİ.2

**Yönlendirme stratejileri belirlenmeli ve kaynak planlaması yapılmalıdır.**

### OYİ.2.1

**Misyon, vizyon ve etik değerler belirlenmeli ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.**

- » İç ve dış çevresel koşulların analizi sonucunda elde edilen bilgiler çerçevesinde kurum/kuruluş misyon ve vizyonu belirlenmelidir.
  - Misyon ve vizyon ifadeleri, iç paydaşlara yönelik asgari; bölüm yöneticileri, birim yöneticileri, kalite sorumluları ve çalışanların katılımı ile hazırlanmalı ve üst yöneticiler tarafından kabul edilerek onaylanmış olmalıdır.
  - Tüm çalışanlar kendileri ile yapılacak görüşmelerde hastanenin misyon, vizyon ve etik değerlerini söyleyebiliyor olmalıdır.
  - Misyon vizyon ve etik değerlerin belirlenmesi çalışanların katılımı ile sağlanmalı ve izlenebilir olmalıdır.
  - Misyon, vizyon ve değerlerin kurum/kuruluş kültürüne yansımış olmalı, tüm süreçlerde gözlemlenebiliyor olmalıdır.
  - Misyon, vizyon ve değerler kurum tarafından belirlenen çeşitli iletişim araçları vasıtası ile (web sitesi, ilan panoları, tanıtım faaliyetleri vb.) kamuoyuna duyurulmalıdır.
- » Gerçekleştirilecek tüm faaliyetlerde temel alınacak ilke ve kuralları içeren değerler belirlenmelidir.

# Bölüm 1: Organizasyon Yapısı ve İşleyişi (OYİ)

- Etik ilke ve davranış kuralları, hasta ve çalışan odaklılığı ön plana çıkaran ilkeler gibi konular kurumsal değerler kapsamında ele alınabilir.
- » Temel politika ve değerlerin çalışanlar ve hizmet alanların asgari değerleri ile uyuşmasına özen gösterilmelidir.
- » Etik değer ve ilkeler sunulan hizmet alanı da dikkate alınarak belirlenmiş ve izlenebilir olmalıdır.
- » Çalışan ve hastaların beklentileri ve geri dönüşleri temel politika ve değerlere yansıtılmış olmalıdır.

## OYİ.2.2

### **Kurum/kuruluşun misyon ve vizyonu ile uyumlu stratejik amaçlar ve hedefler belirlenmeli, bu doğrultuda bir stratejik plan oluşturulmalıdır.**

- » Temel politika ve değerler paralelinde, kısa, orta, uzun vade için kurumsal ve bölüm bazlı stratejik amaç ve hedefler belirlenmelidir.
- » Amaç ve hedeflere yönelik analizler yapılmış ve-varsa- revizyonlar izlenebilir olmalıdır.
- » Amaç ve hedeflerin sonuçlarının ölçülmesi ve bu amaç ve hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının takibi yapılmalıdır.
- » Bölüm bazındaki amaç ve hedefler kurumsal amaç ve hedeflere uygun olmalıdır.
- » Faaliyetlerin planlanmasında kurumsal ve bölüm bazlı belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.
- » Kurumsal planlama yapılırken iç (insan kaynakları, finansal durum, büyüklük, hizmet çeşitliliği, yapısal koşullar vb.) ve dış (hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler vb.) çevre faktörleri ile hasta/hizmet kullanıcısı, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geri bildirimleri dikkate alınmalıdır.
- » Politik, ekonomik, sosyal, çevresel ve yasal faktörler dikkate alınarak stratejik plan hazırlanmalıdır.
- » Stratejik plan belirlenmiş periyotlarla gözden geçirilmeli ve bu süreçlere hizmet kullanıcıları dahil olmak üzere paydaş katılımı sağlanmalıdır.
- » Stratejik plan asgari yılda bir kez gözden geçirilmeli ve gerektiğinde revize edilmelidir.

## OYİ.2.3

### **Organizasyonel süreçlere yönelik politikalar oluşturulmalı ve tüm faaliyetler belirlenen politikalar doğrultusunda yürütülmelidir.**

- » Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik asgari aşağıdaki kurumsal politikalar oluşturulmalıdır:
  - Kalite politikası
  - Hasta ve çalışan güvenliği politikası
  - Eğitim politikası
  - İnsan kaynakları politikası
  - Bilgi yönetimi ve güvenliği politikası
  - İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilirlik politikası
- » Tüm faaliyetler oluşturulmuş olan politikalar doğrultusunda yürütülmelidir.

## OYİ.2.4

### **Bütçe planlaması yapılmalı ve düzenli olarak gözden geçirilmelidir.**

- » Bütçeleme faaliyetleri yönetsel bir yapı tarafından yürütülmelidir.
- » Bütçe belirlenmiş periyotlarla gözden geçirilmeli ve raporlanmalıdır.
- » Bütçe ihtiyaç durumunda revize edilmelidir.
- » Bütçe planlaması kurumsal amaç ve hedefler ile uyumlu olmalıdır:
  - Her bir amaç ve hedef bir bütçe kalemi ile ilişkilendirilmiş olmalıdır.
- » Gözden geçirme ve kontrol sonrası finansal kaynak teminine yönelik sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

## OYİ.2.5

### **Stratejik hedeflerle uyumlu, tanımlanmış hizmet hedeflerini içeren bir operasyonel plan geliştirilmeli ve bu hedeflere ulaşmada kaydedilen ilerleme ölçülmelidir.**

- » Plan, planlanan hedeflere/faaliyetlere ulaşmak için gereken zaman çerçevelerini, sorumlulukları ve kaynakları içerebilir.

## Standart 3

## OYİ.3

### **Kurumsal iletişim faaliyetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

## OYİ.3.1

### **Kurumsal paydaşlar belirlenmeli ve etkili iletişimin sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

- » Kurum/kuruluş iç ve dış paydaşları tanımlanmalıdır.
- » Paydaşlarla iletişim; hizmetlerin planlanması, örgütlenmesi, yürütülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesi süreçlerini ve iletişim yöntemini içerecek şekilde tanımlanmalı ve iletişim süreci paydaşlarla paylaşılmalıdır.
- » Kurumsal iletişim konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

## OYİ.3.2

### **Kurumsal paydaşların iyileştirme süreçlerine katılımları sağlanmalıdır.**

- » Kurumsal faaliyetler ile ilgili iç ve dış paydaşlardan geri bildirim alınmalıdır.

## OYİ.3.3

### **Kurumsal yapı, temel politika ve değerler doğrultusunda hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim süreci ve stratejileri tanımlanmalıdır.**

- » Hedef kitle; kurum/kuruluş türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, temel politika ve değerler ile iç ve dış paydaşlar dikkate alınarak belirlenmelidir.
- » Hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.
- » İletişim stratejisi çerçevesinde kurum/kuruluş içinde ve dışında yer alan hedef kitleye yönelik asgari aşağıdaki konuları kapsayan iletişim kuralları belirlenmelidir;
  - Bölüm ve öğeler 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
- İç ve dış paydaşlar ile iletişim

### OYİ.3.4

#### **Paydaşlar kurumsal organizasyon ve faaliyetler hakkında bilgilendirilmelidir.**

- » Belirlenen paydaşlara özgü bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
- » Kurum/kuruluşun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.
- » Kurum/kuruluşun web sitesi güncel, kolay erişilebilir/kullanılabilir olmalı ve asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
  - Misyon, vizyon, temel politika ve değerler
  - Organizasyon yapısı
  - Hizmet verilen bölümler/branşlar
  - Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık alanına ilişkin spesifik ilgi alanları
  - Özellikli hizmetlere yönelik bilgiler
  - Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler
  - İnsan kaynakları
  - Halkla ilişkiler faaliyetleri
  - Acil hizmetler
  - Randevu alma ve sonuç verme
  - Ziyaret saatleri ve uyulması gereken kurallar
  - İletişim ve ulaşım
  - Geri bildirim verilebilecek alanlar vb.

### OYİ.3.5

#### **Paydaşlarda olumlu kurumsal imaj oluşturmaya yönelik faaliyetler gerçekleştirilmelidir.**

- » Olumlu bir kurumsal imaj oluşturmaya yönelik mevcut durum değerlendirmesi yapılmalıdır.
- » Değerlendirme sonucunda tespit edilen ihtiyaçlara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Kurumsal imaj düzenli periyotlarla değerlendirilmeli ve sonuçlar raporlanmalıdır.
- » Kurumsal imaj oluşturmaya yönelik faaliyetler; afiş, broşür, web tabanlı vb. bilgilendirme kanalları ile gerçekleştirilebileceği gibi, çalışanların hasta ve yakınları ile etkili iletişim kurması, kaliteli hizmet sunulması, kurum/kuruluşun etkili temsil edilmesi gibi yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.

### OYİ.3.6

#### **Sağlığı geliştirici ve teşvik edici sosyal sorumluluk programları düzenlenmeli, uygulanan program sonuçları izlenmeli ve değerlendirilmelidir.**

- » Kurum/kuruluş tarafından lokal, ulusal ve küresel sağlık sorunları araştırılmalı ve aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılmalıdır:
  - Nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik veriler
  - Morbidite, mortalite ve epidemiyolojik verileri içeren sağlık istatistikleri
  - Sosyal ve kültürel özellikler

- Yapılan durum tespiti esas alınarak, hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler bir program dâhilinde planlanmalıdır.
- Bu kapsamda en az iki programa sahip olunmalıdır.
- Programlar aşağıda örnek gösterilen konu başlıkları çerçevesinde oluşturulabilir;
  - Sigara ile mücadele
  - Obezite ile mücadele
  - Toplumun ağız ve diş sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması
  - Organ bağışının teşvik edilmesi
  - Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenmenin teşvik edilmesi
  - Sağlıklı yaşam için fiziksel aktivitelerin teşvik edilmesi
  - Hastaların psikolojik, sosyal ve kültürel gelişimlerinin teşvik edilmesi
  - Anne sütü ile beslenmenin teşvik edilmesi
  - Gebe hastalara yönelik eğitim faaliyetleri
  - Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği
  - Akılcı ilaç kullanımı
  - Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler
  - İklim değişikliği ile mücadele
  - Sağlık hizmetlerinin gelecek nesiller için sağlanabilirliği
  - Sürdürülebilir sağlık hizmetleri için kaynakların verimli kullanımı
  - Yapay zekâ teknolojilerinin insan sağlığı yararına kullanılması
- » Program sonuçları, kurum tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkinliği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.
- » Sağlığın geliştirilmesi ile ilgili yapılacak programların nasıl belirleneceği, kapsamı, kimlerin katılacağı, etkililiği ve sonuçları izlenebilir olmalıdır.
- » Değerlendirme sonuçlarına göre hedeflere ulaşmak için program faaliyetlerinde iyileştirmeler yapılmalıdır.

### Standart 4

#### OYİ.4

**Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

#### OYİ.4.1

**Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Dış kaynak kullanımına ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki hususları içermelidir;
  - Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler
  - Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri
  - Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak malzeme ve cihazlar
  - Dış hizmet sağlayıcısının kuruma sağlayacağı hizmetler ile ilgili kontrol ve iş tamamlama süreçleri
- » Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetlere yönelik asgari aşağıdaki

düzenlemeler yapılmalıdır;

- Dış kaynak kullanımına ihtiyaç duyulma nedenleri ve sağlanacak hizmet ile hedeflenen amaçlar, sağlık tesisinin temel politika ve değerleri esas alınarak belirlenmelidir.
  - Dış kaynak kullanımına ilişkin strateji belirlenmiş olmalı ve buna yönelik yapılan çalışmalar izlenebilir olmalıdır.
  - Dış kaynak kullanımı kararları üst yönetimce kurumun iş akış prosedürlerine yansıtılmalı ve tüm çalışanlarla kaynak kullanımı başlangıcında ve kaynak kullanımı devam ederken paylaşılmalıdır.
  - Dış kaynak kullanımı yapılan alanlar vb. hakkında çalışanlar bilgilendirilmeli ve sürece ilişkin geribildirimleri alınmalıdır.
- » Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçlerine yönelik asgari aşağıdaki düzenlemeler yapılmalıdır;
- Dış hizmet sağlayıcısının kuruma sağlayacağı hizmetler ve çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.
    - Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı belirlenmeli ve iş akış şemaları oluşturulmalıdır.
    - İş süreçleri açık ve net olarak tanımlanmalıdır.
    - Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.
  - Dış hizmet alımı sürecine geçiş, kullanım, anlaşma süreleri vb. gösteren her türlü şartname vb. belge izlenebilir olmalıdır.
  - Dış kaynak kullanımına ilişkin faaliyet çıktıları ve bunların sürekliliği izlenebilir olmalıdır.

### OYİ.4.2

**Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Tanımlanan kapsam ve iş süreçlerine uygun olarak dış kaynak kullanımı ile sağlanan hizmetlerin sürekli kontrolüne yönelik yöntemler ile kontrol kriterleri ve performans göstergeleri belirlenmelidir.
- Kurum/kuruluş tarafından şartnameye göre oluşturulmuş kontrol kriterleri ve performans göstergeleri bulunmalı, kayıt ve analizleri izlenebilir olmalıdır.

### OYİ.4.3

**Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin ilgili TÜSKA SAS'a uygunluğu sağlanmalıdır.**

- Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin, kurum/kuruluşun temel politika ve değerleri ile TÜSKA SAS'a uyumu sözleşmeler aracılığıyla garanti altına alınmalıdır.
- Dış kaynaklı hizmet sağlayıcıları ile yapılan sözleşmeler, ilgili TÜSKA standartlarını karşılayan hükümler içermelidir.
- Sözleşmelerde, dış kaynaklı hizmet sağlayıcının bu standartlara uyumunu denetleme ve raporlama yükümlülükleri net bir şekilde belirtilmelidir.
- Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin düzenli değerlendirmesi yapılmalıdır.
  - Kurum/kuruluş dış kaynak sağlayıcılarının ilgili TÜSKA standartlarına

- uygunluğunu düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.
- Değerlendirme sonuçlarına dayalı olarak, hizmet sağlayıcıların performansı belirlenen anahtar performans göstergeleri ile düzenli olarak izlenmeli ve raporlanmalıdır. Bu göstergeler ve uygulama, ilgili TÜSKA standartlarına uyumu yansıtacak nitelikte olmalıdır.
  - Performans raporları hem kurum/kuruluş yönetimine hem de dış kaynak hizmet sağlayıcısına sunulmalıdır.
- » Dış kaynak kullanımı yolu ile alınan hizmetlere yönelik tespit edilen uygunsuzluklar için düzeltici ve iyileştirici faaliyetler (DİF) planlanmalı ve bu faaliyetlerin etkinliği düzenli olarak değerlendirilmelidir.
- » Dış kaynak sağlayıcıları sundukları hizmetlerle ilgili TÜSKA standartları hakkında eğitilmeli ve bilgilendirilmelidir.

### Standart 5

#### OYİ.5

#### **Bilimsel araştırmaların etkin yönetilmesi sağlanmalıdır. \***

\* Bu standart bilimsel araştırma yürütülen kurum/kuruluşlarda değerlendirilir.

#### OYİ.5.1

#### **Bilimsel araştırmaların yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.**

#### OYİ.5.2

#### **Bilimsel araştırmaların koordinasyonuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Bilimsel araştırmaların yönetilmesi için sorumlu bir yapı oluşturulmalıdır.
- » Bilimsel araştırmaların yönetilmesine yönelik görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
- » Bilimsel araştırmaların yürütülmesi için detaylı politika ve prosedürler geliştirilmelidir.
- » İnsan araştırma olgularının korunmasından kurum yönetimi sorumlu olmalıdır.
- » Kurum yönetimi mevzuatla ilişkili ve mesleki tüm gerekliliklere uymalıdır.
- » Kurum bünyesinde yürütülen araştırmalarla ilgili çıkar çatışmaları tanımlanmalı ve yönetilmelidir.
- » Bilimsel araştırmalarda veri güvenliği, hasta hakları ve etik kurallara uyumun sürekliliği sağlanmalıdır.

#### OYİ.5.3

#### **Bilimsel araştırmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Bilimsel araştırmalar, ulusal ve uluslararası etik standartlara ve yasal düzenlemelere uygun olarak yürütülmeli ve standartlara uyumun sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.
- » Bilimsel araştırmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hastaların sözlü ve yazılı olarak rızası alınmalıdır.

## Bölüm 1: Organizasyon Yapısı ve İşleyişi (OYİ)

- » Klinik araştırmalar, kurum/kuruluşun kalite ve hasta güvenliği programıyla uyumlu olmalıdır.
- » Hastalar ve hasta yakınları klinik araştırmalara, klinik incelemelere veya klinik denemelere nasıl katılabilecekleri konusunda bilgilendirilmeli ve olası zorlama ya da etki altında kalma ihtimalinin en aza indirilmesi için savunmasız gruplara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
- » Bilimsel araştırmaların sürekliliği sağlanmalı ve izlenebilir olmalıdır.
- » Bilimsel araştırmalar yönetim tarafından desteklenmeli ve teşvik edilmelidir.
- » Çalışanlar bu uygulamaları biliyor ve uyguluyor olmalıdır.

<b>BOYUT 1 YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 2 Kalite Yönetimi (KY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
KY.1	Kalite yönetim yapısı tanımlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KY.1.1	Kalite yönetimine ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
KY.1.2	Kalite yönetimi kapsamında kalite iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.
KY.1.3	Öz değerlendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
KY.2	Kalite yönetimine ilişkin komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların işleyişi sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KY.2.1	Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların işleyişine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
KY.2.2	Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
KY.2.3	Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar düzenli aralıklarla toplantılar gerçekleştirmelidir.
KY.2.4	Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların faaliyetleri değerlendirilmeli ve sürekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Kalite Yönetim Sistemleri (KYS), sağlık kurum ve kuruluşlarının etkinliği, etkililiği ve verimliliğinin artırılması, hizmet kalitesinin iyileştirilmesi, hasta memnuniyetinin artırılması ve hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla yapılandırılmış ve sistematik yaklaşımlar sunmaktadır. Bu sistem, sağlık kurum veya kuruluşlarının süreçlerini ve faaliyetlerini sürekli iyileştirme amacına yönelik olarak yönetme ve denetleme mekanizmaları ile kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması, politika ve prosedürlerin belirlenmesi, kalite çalışma alanlarının saptanması, kalite kültürünün geliştirilmesi gibi süreçleri ve uygulamaları içerir. Kaliteli sağlık hizmeti sunumunun önemi dikkate alındığında bu bölümde yer alan standartlar tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Yönetişim kademesinden bölüm çalışanlarına kadar tüm çalışanların kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanması
- » Kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması
- » Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu
- » Kurumda kalite kültürünün geliştirilmesi
- » Sürekli kalite iyileştirmenin sağlanmasıdır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### KY.1

**Kalite yönetim yapısı tanımlanmalıdır.**

##### KY.1.1

**Kalite yönetimine ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

- » Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere, kurumsal dinamikler göz önünde bulundurularak, üst yönetiminin liderliğinde bir kalite yönetimi yönetsel yapısı (kalite direktörlüğü, kalite müdürlüğü, kalite yönetim birimi, kurul vb) oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapıda yer alan kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ile bu yapının dikey ve yatay ilişkileri tanımlanmalıdır.
  - Kalite yönetim yapısının konumu organizasyon şemasında açıkça belirtilmeli, görev yetki ve sorumluluklar belirlenmelidir.
- » Bu yönetsel yapı ile koordineli çalışacak şekilde bölüm ve/veya süreçler bazında kalite sorumluları belirlenmelidir.

##### KY.1.2

**Kalite yönetimi kapsamında kalite iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.**

- » Kalite iyileştirme faaliyetleri bir plan doğrultusunda yürütülmelidir.
  - Plan; açıkça tanımlanmış hedefleri, amaçları ve sorumlulukları içermelidir.
- » Faaliyetler bu plan üzerinden düzenli olarak takip edilmeli, güncellenmeli ve ilgili paydaşlarla paylaşılmalıdır.
- » Kalite yönetim sistemi kapsamında doküman yönetim sistemi oluşturulmalıdır.
- » Bölüm ve/veya süreç bazlı yapılan kalite çalışmaları izlenmeli ve koordinasyonu sağlanmalıdır.
- » Komite çalışmaları izlenmeli ve ilgili komiteler arasında koordinasyon sağlanmalıdır.
- » Ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve izleme çalışmaları planlanmalı; uygulanması ve sürdürülmesi sağlanmalıdır.
  - Hasta/çalışan deneyimi anketlerine yönelik kapsam ve süreçler; yılda en az iki kez ve kurumun hizmet türüne göre farklı hizmet alanlarını (ayaktan hasta, yatan hasta, acil hizmetler, gününbirlik girişimsel işlem yapılan hastalar, kemoterapi hastaları vb.) kapsayacak ve bu hizmet alanlarına özgü beklenti ve algıyı yansıtabilecek şekilde tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
  - Hasta/çalışan görüş ve önerilerinin alınması ve değerlendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
  - Kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik performans göstergeler aracılığı ile izlenmeli, elde edilen sonuçların iyileştirme amaçlı kullanılmasına yönelik çalışmalar planlanmalı ve takibi sağlanmalıdır.
  - Performans ve kalite iyileştirme verileri üst yönetim ile periyodik olarak paylaşılmalıdır.
  - Dış değerlendirmelere ilişkin sonuçlar izlenmeli ve kurum yararına kullanılması sağlanmalıdır.

## Bölüm 2: Kalite Yönetimi (KY)

- » Kalite kültürünün geliştirilmesine yönelik eğitimler verilmelidir.
  - Eğitimler, uyum eğitiminden itibaren her yıl güncellenecek bir plan dahilinde yürütülmelidir.
  - Tüm çalışanlara asgari aşağıdaki konularda eğitimler verilmeli ve eğitimlerin etkinliği izlenmelidir:
    - Kalite Yönetim Sistemleri
    - Doküman Yönetimi
    - Ulusal ve Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri
    - Kalite İyileştirme Yöntemleri
    - Gösterge Yönetimi

### KY.1.3

#### Öz değerlendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

- » Öz değerlendirmeye ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
- » Öz değerlendirmeler, yılda en az iki kez olacak şekilde ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.
- » Öz değerlendirmeler tüm süreç ve bölümleri kapsayacak şekilde uygulanmalıdır.
- » Öz değerlendirmeler öncesinde sürece ilişkin plan yapılmalıdır.
  - Öz değerlendirme ile ilgili ekip ya da ekipler belirlenmelidir.
  - Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır.
  - Bölümler öz değerlendirme takvimi hakkında önceden bilgilendirilmelidir.
- » Öz değerlendirmeler tüm TUSKA SAS bölümlerini kapsamalıdır.
- » Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.
- » Üst yönetim öz değerlendirmeler sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

## Standart 2

### KY.2

#### Kalite yönetimine ilişkin komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların işleyişi sağlanmalıdır.

### KY.2.1

#### Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların işleyişine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların işleyişine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir;
  - Çalışma yürütülecek konular
  - Görev, yetki ve sorumluluklar
  - Komite kurul, birim vb. yapıların işleyiş, usul ve esasları

### KY.2.2

#### Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

- » TUSKA SAS kapsamında aşağıdaki konulara yönelik komite kurul, birim, ekip vb. yapılar oluşturulmalıdır;
  - Eğitim Yönetimi
  - Çalışan Güvenliği
    - Bünyesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu yapılanması bulunan kurum/

kuruluşlarda çalışan sağlığı ve güvenliği alanındaki sorumluluklar bu kurul tarafından yürütülebilir.

- Hasta Güvenliği
  - Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
  - Tesis Yönetimi
  - Radyasyon Güvenliği
  - İlaç yönetimi
  - Kan ve kan bileşenlerine yönelik süreçlerin yürütülmesi ve koordinasyonu
  - İnsan kaynakları yönetimi
  - Bütçe planlama
  - İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakım
  - Risk yönetimi
  - Etik ikilemlerin çözümü
  - Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesi
  - Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetleri
    - Radyasyondan Korunma Programı kapsamında iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları kullanılarak yapılan radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi uygulamalarının en az ikisinin varlığında oluşturulur.
  - Atık yönetimi
  - Afet ve acil durum yönetimi
  - KBRN tehlikelerinin yönetimi
  - Organ, doku ve/veya hücre bağıışı
  - Organ, doku ve/veya hücre nakli
    - Organ, doku ve/veya hücre nakli programları uygulanan sağlık kurum/ kuruluşlarında oluşturulur.
- » İhtiyaç halinde hizmet kapsamına göre yeni komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar oluşturulabilir.
- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların multidisipliner olarak çalışması sağlanmalıdır.
- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılarda görev alacak kişiler, amaca uygun nitelikte ve yeterli sayıda olmalıdır.
- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılarda yer alacak kişilerin sorumlulukları ve yetki alanları, çalışma alanına uygun olacak şekilde belirlenmeli ve görev tanımları bu doğrultuda yapılmalıdır.
- Sürekli iyileştirme faaliyetleri için yeni göstergelerin belirlenmesi, verilerin toplanması, analiz edilmesi, raporlanması ve üst yönetime raporlanması ilgili komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların sorumlulukları arasında yer almalıdır.
- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların işleyiş, usul ve esasları belirlenmiş ve duyurulmuş olmalıdır.
- » Diğer komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar ile iş birliği ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

### KY.2.3

#### **Komite, kurul, birim, ekip vb. yapılar düzenli aralıklarla toplantılar gerçekleştirilmelidir.**

- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların toplantı yönetimine yönelik toplantı sıklığı ve gündeminin belirlenmesi, kimlerin katılacağı vb. süreçler tanımlanmalı ve etkin uygulanması sağlanmalıdır.

## Bölüm 2: Kalite Yönetimi (KY)

- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların toplantı tutanakları geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapı üyelerinin toplantılara katılımı sağlanmalıdır.
- » Toplantı sonuçları üst yönetime bildirilmelidir.

### KY.2.4

#### **Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların faaliyetleri değerlendirilmeli ve sürekli iyileştirmeler yapılmalıdır.**

- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların amaç ve hedefler doğrultusunda faaliyet gösterip göstermediği değerlendirilmelidir.
- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların toplantı tutanakları ve çalışma raporları üst yönetime iletilerek üst yönetimin sürece katılımı sağlanmalıdır.
- » Komite, kurul, birim, ekip vb. yapıların faaliyetleri her yıl sonunda değerlendirilmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları üst yönetimin katılımıyla planlanmalı ve yürütülmelidir.

<b>BOYUT 1 YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 3 İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
İKY.1	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İKY.1.1	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.
İKY.1.2	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
İKY.1.3	İnsan kaynakları yönetimine ilişkin yıllık hedefler belirlenmeli ve çalışma planları oluşturulmalıdır.
İKY.1.4	Çalışanlar, iş tanım ve gerekliliklerine uygun birim ve pozisyonlarda istihdam edilmelidir.
İKY.1.5	Personel temin planı oluşturulmalı ve işe alım süreçleri tanımlanmalıdır.
İKY.1.6	Çalışanlar iş gereklilikleri ve yetkinlikleri doğrultusunda istihdam edilmeli, istihdam edilen personelin diploma ve yetki belgeleri doğrulanmalıdır.
İKY.1.7	Çalışanların performansının değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İKY.1.8	Çalışanlar, hakları ve kurumsal olanaklar konusunda bilgilendirilmelidir.
İKY.1.9	Çalışanlar, hakları ve kurumsal olanaklar konusunda bilgilendirilmelidir.
İKY.1.10	Her çalışan için bir personel dosyası oluşturulmalıdır.

### Genel Bilgi

Sağlık kurum/kuruluşlarının en temel görevi kaliteli sağlık hizmeti sunumu olup sağlık hizmetinin etkin ve etkili şekilde sunulmasında en önemli unsur donanımlı ve yetkin insan kaynağıdır. Sağlık kurum ve kuruluşlarının insan kaynağını, en üst yöneticiler dahil tüm sağlık çalışanları oluşturmaktadır ve insan kaynağının doğru yönetilmesi ve sürekli geliştirilmesi, doğru pozisyonlarda istihdam edilmesi, motivasyonunun ve performansının artırılması, eğitim ve gelişim ihtiyaçlarının karşılanması ve iş memnuniyetinin artırılması insan kaynakları yönetiminin en önemli işlevleridir. Sağlık kurum ve kuruluşlarında insan kaynakları yönetimi, personel planlaması, işe alım, eğitim, performans değerlendirme, kariyer planlama, ücret ve sosyal hakların yönetimi gibi çeşitli fonksiyonları kapsar. Bu bölümde yer alan standartlar insan kaynağının etkin yönetilmesinde sağlık kurum/kuruluşları açısından yol göstericidir.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Sağlıklı çalışma yaşamı için gerekli iş ve işlemlere yönelik görev tahsisi, koordinasyon ve değerlendirme gibi faaliyetleri yürütecek bir yönetim yapısını tanımlamak
- » Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri için yapılması gerekenlerin ve çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesine yönelik gereklilikleri tespit etmek ve uygulanmasını sağlamaktır.

### Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### İKY.1

**İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### İKY.1.1

**İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.**

- » İnsan kaynakları yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - İş tanımları
  - İş gereklilikleri
  - İşe alım
  - İşe uyum
  - Çalışanların geliştirilmesi ve desteklenmesi
  - Çalışanlara fiziksel ve sosyal imkânlar sağlanması
  - Çalışan güvenliğine yönelik risklerinin en aza indirilmesi
  - İş motivasyonlarının artırılması

##### İKY.1.2

**İnsan kaynakları yönetimine ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » İnsan kaynaklarının planlanması, organizasyonu, yönlendirme, koordinasyonu ve kontrolüne yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapı en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkileri gösterecek şekilde tanımlanmalıdır.
- » İnsan kaynakları yönetim yapısında yer alan tüm personelin görev tanımları yapılmalı, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

##### İKY.1.3

**İnsan kaynakları yönetimine ilişkin yıllık hedefler belirlenmeli ve çalışma planları oluşturulmalıdır.**

- » Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanması için üst yönetim ve bölüm sorumlularıyla birlikte yıllık hedefler belirlenmelidir.
- » Belirlenen hedeflere ulaşmak için gerçekleştirilecek faaliyetler ve bu faaliyetler için bütçe, zaman, fiziki koşullar gibi unsurlar dikkate alınarak çalışma planı oluşturulmalıdır.
- » Belirlenen hedeflere ulaşmak için oluşturulan çalışma planında; iyileştirmeler belirlenmeli, uygulanmalı ve takip edilmelidir.
- » Belirlenen hedeflerin yılda en az bir kez üst yönetim ve bölüm sorumlularının katılımıyla değerlendirmesi yapılmalıdır.

### İKY.1.4

#### **Çalışanlar, iş tanım ve gerekliliklerine uygun birim ve pozisyonlarda istihdam edilmelidir.**

- » Çalışanların görevleri, görevlerine ilişkin yetki ve sorumluluk alanları hizmet süreçleri ile uyumlu olarak belirlenmeli ve düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
  - Bu değerlendirme ölçütünün gereklilikleri, görev tanımı gereken her türlü “çalışan/personel” için geçerlidir (örneğin tam zamanlı, yarı zamanlı, kadrolu, gönüllü, geçici görevlendirme ve sözleşmeli statüsündeki çalışanlar).
  - Bağımsız olarak uygulama yetkisi olmayan klinik personelin sorumlulukları mevcut iş tanımlarında tanımlanmış olmalıdır. Yasa ve yönetmelikler ile hastane tarafından bağımsız olarak çalışmasına izin verilen, dolayısıyla resmi bir iş tanımı değil, klinik yetkiler kapsamında çalışan tıbbi kadro üyeleri ve diğer klinik personel için, bazı rollerin resmi bir iş tanımı gerektireceği durumlar olabilir. Bu durumlara örnek olarak, bölüm yöneticisi gibi idari bir rol, gözetim gerektiren yeni bir klinik becerinin edinilmesi; gözetim gerektiren teorik veya pratik bir eğitim programına katılım veya geçici personel gösterilebilir. İş tanımının türü ne olursa olsun, her bir iş tanımının ne sıklıkla gözden geçirilip güncelleneceğini belirleyen ve iş tanımının hastane politikasına uygun olmasını sağlayan bir politikanın oluşturulup güncel tutulması hastanenin sorumluluğundadır.

### İKY.1.5

#### **Personel temin planı oluşturulmalı ve işe alım süreçleri tanımlanmalıdır.**

- » İnsan kaynakları ihtiyaçları; iş analizleri (iş tanımları ve iş gereklilikleri), birim talepleri, yeni açılması veya kapasite değişikliği olan birimler doğrultusunda belirlenmelidir.
- » İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.
- » Hizmet alanlarında ihtiyaç duyulan personelin nitelikleri, istihdam edilecek personel sayısı, personelin temin edilmesi ve eğitilmesi gibi temel süreçler planlamalıdır.
- » Temin planında, ilgili ülke mevzuatı, farklı disiplinler ve meslek grupları da göz önünde bulundurularak sunulacak hizmetlere ilişkin ihtiyaçları karşılayabilecek personel sayısına ve niteliğine yer verilmelidir.
- » Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmeli ve insan kaynakları planlaması gerçekleştirilmelidir. Tespit edilen ihtiyaçlar doğrultusunda hangi nitelik ve sayıdaki personelin nasıl temin edileceğine yönelik tedbirler belirlenmelidir.
- » İşe başvuru ve alım süreçlerinde gerekli olan bilgi ve belgeler, değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmeli ve işe alım süreçleri ilan edilmelidir.

### İKY.1.6

#### **Çalışanlar iş gereklilikleri ve yetkinlikleri doğrultusunda istihdam edilmeli, istihdam edilen personelin diploma ve yetki belgeleri doğrulanmalıdır.**

- » Çalışanlar, kurum/kuruluş ihtiyaçları, iş gereklilikleri ve çalışanların yetkinlikleri dikkate alınarak istihdam edilmelidir.
  - İş gereklilikleri; eğitim, lisanslar, beceriler, yetkinlikler, özel eğitim ve deneyim

- vb. bilgileri içermelidir.
- » Her türlü faaliyet ilgili ülke mevzuatı çerçevesinde mesleki yetkinliği tanımlanmış kişilerce sunulmalıdır.
- » İşe yeni başlayan personelin diploma ve yetki belgeleri doğrulanmalıdır.
  - Yetki belgeleri, belgenin geçerlilik süresine göre düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
  - Bu belgeler personel dosyasında muhafaza edilmelidir.
  - Çalışan yetkinlikleri düzenli olarak değerlendirilmelidir.
  - Yetkinlik değerlendirmesinde standart yöntemler ve araçlar kullanılabilir. Örneğin, gözleme dayalı değerlendirme formları, 360° geri bildirim anketleri, bilgi testleri, simülasyon egzersizleri vb.
  - Eksik veya yetersiz bulunan yetkinlik alanları için bir eğitim ve mentorluk planı hazırlanmalıdır.
  - Değerlendirme sonuçları gizli tutulmalı ve yalnızca yetkili kişilerin erişimine açık olmalıdır.
  - Değerlendirme sonuçlarının ilgili çalışanlarla paylaşılması süreci tanımlanmalıdır.
  - Yetkinlik değerlendirme sonuçları, performans yönetim sistemi ve kalite göstergeleriyle ilişkilendirilmelidir.

### İKY.1.7

#### **Çalışanların performansının değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Çalışanların performans değerlendirme kriterleri, çalışanların görüşleri dikkate alınarak belirlenmeli ve çalışanlara duyurulmalıdır.
- » Belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır.
  - Düşük performans etkili bir şekilde yönetilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
  - Bu süreçlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.
- » Ölçüm sonucunda performansın artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.

### İKY.1.8

#### **Çalışanlar, hakları ve kurumsal olanaklar konusunda bilgilendirilmelidir.**

- » Tüm personel, kurumsal imkân ve olanaklar ile çalışan hakları konusunda bilgilendirilmelidir.

### İKY.1.9

#### **Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerinin alınmasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Çalışan geri bildirimlerinin kapsamı ve geribildirimlerin alınmasında kullanılacak araçlar tanımlanmalıdır.
- » Çalışanların ihtiyaç ve beklentileri dikkate alınmalı ve karar mekanizmalarına katılımları sağlanmalıdır.
- » Çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki gereklilikleri kapsamalıdır:
  - Periyodik memnuniyet anketleri (en az üç (3) ayda bir)

## Bölüm 3: İnsan Kaynakları Yönetimi (İKY)

- Birebir ve yüz yüze görüşmeler (en yakın amirlerin en az ayda bir)
- Görüş, öneri ve şikayetlerinin alınması
- » Çalışan geri bildirimleri en üç (3) ayda bir kez değerlendirilmeli, bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalı ve iyileştirmeler planlanmalıdır.

### İKY.1.10

**Her çalışan için bir personel dosyası oluşturulmalıdır.**

<b>BOYUT 1 YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 4 Doküman Yönetimi (DY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
DY.1	Doküman yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
DY.1.1	Doküman yönetimine ilişkin kurallar belirlenmelidir.
DY.1.2	Dokümanlar belirlenen kurallara göre dağıtılmalı ve duyurulmalıdır.
DY.1.3	Dokümanlar güncel olmalıdır.
DY.1.4	Dokümanlar belirlenen kurallara göre muhafaza edilmeli, arşivlenmeli ve imha edilmelidir.
DY.1.5	Dış kaynaklı dokümanlar takip edilmeli ve güncel olmalıdır.
DY.1.6	Doküman yönetimine ilişkin gerekli eğitimler verilmelidir.

### Genel Bilgi

Sağlık hizmetlerinde kullanılan dokümanlar, kurumsal hafızayı koruyan, mesleki uygulamaların doğru ve düzenli bir şekilde yürütülmesini sağlayan ve süreçlerle ilgili kuralları belirleyen kapsamlı belgelerdir. Etkili sağlık hizmeti sunumu için etkin bir doküman yönetim sistemi gereklidir. Doküman yönetimi, belge sayısının ve çeşitliliğinin artışıyla birlikte daha da kritik hale gelmektedir. Bu nedenle, belgelerin hazırlanması, düzenlenmesi, muhafazası ve doğru kullanımı büyük bir özen gerektirir. Dokümanların etkin bir şekilde yönetilmesi; karar verme sürecinin planlanmasını sağlar, olası hataları ve eksik kayıtları azaltarak maliyetleri düşürür, hukuki süreçlerde kullanılabilir belgeler oluşturur, yeni belgeler için referans sağlar ve sistematik bir yaklaşım sunarak belge ve kayıtların düzenli bir şekilde yönetilmesine katkıda bulunur. Bu bölümde yer alan standartlar, TÜSKA SAS'a uygun bir doküman yönetim sistemi kurma ve işletme sürecini yönlendirir.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Dokümanların kontrolünü, erişilebilirliğini, güvenli muhafazasını, güncelliğinin korunmasını ve kurumsal bellek oluşturularak bilgi akışının desteklenmesini sağlamaktır.

### Hedefler

- » Etkililik
- » Etkinlik

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### DY.1

**Doküman yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### DY.1.1

**Doküman yönetimine ilişkin kurallar belirlenmelidir.**

- » Dokümanların yönetimine yönelik süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Gerekli dokümanların belirlenmesi
  - Doküman içeriğinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
    - Adı
    - Kodu
    - Yayın Tarihi
    - Revizyon Tarihi
    - Revizyon Numarası
    - Sayfa No/ Sayfa Sayısı
    - Hazırlayan, Kontrol Eden, Onaylayan bilgileri
    - Dokümanların orijinal nüshalarında kişi(ler)in, unvan ve imzaları yer almalıdır.
  - Dokümanların;
    - Hazırlanması
    - Kontrolü ve onaylanması
    - Dağıtılması ve duyurulması
    - Değerlendirilmesi ve güncellenmesi
    - Revizyonlarda yapılan değişiklikler
    - Muhafazası
    - Güvenliğinin sağlanması
    - Arşivlenmesi
    - Kullanımdan kaldırılması
    - İmhası
  - Dış kaynaklı dokümanların belirlenmesi ve takibi
- » Kurum/kuruluşun tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politika, prosedür, süreç ve planlar dokümante edilmelidir.
- » Hazırlanması gereken dokümanlar; kurumun büyüklüğü, hizmet sunum alanları ve süreçleri dikkate alınarak belirlenmelidir.
  - Doküman hazırlamada temel hedef; etkin kullanılan, gerekli, faydalı ve gerektiğinde kanıt niteliğinde sunulmak üzere tutulan kayıtlara ulaşılabilen en az sayıda dokümanın hazırlanmasıdır.
- » Hazırlanan dokümanlar belirli aralıklarla değerlendirilmeli ve değerlendirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.
- » Dokümanlar asgari aşağıdaki türleri içermelidir:
  - Prosedür
  - Talimat
  - Rehber

- Form
- Plan
- Rıza Belgesi
- Liste
- Yardımcı Dokümanlar
  - Politika
  - Protokol
  - Hedefler
  - Görev-Yetki-Sorumluluklar
  - Klinik Rehberler
  - İş Akışı
  - İlaç İmha Tutanağı
  - Toplantı Tutanaqları
- » Dokümanlar aşağıdaki hususları içerecek şekilde hazırlanmalıdır:
  - Dokümanlar ilgili bölüm/komite/ekip çalışanları tarafından hazırlanmalıdır.
    - Dokümanı hazırlayan bir komite ise komitenin ilgili dokümanı değerlendirdiği toplantı tutanağı vb. kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
    - Doküman hazırlığı bir bölüm/komite/ekip çalışanları tarafından yapılmışsa ilgili süreç sorumluları süreçle ilgili bilgi sahibi olmalıdır.
  - Dokümanlar anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli açık ve net olmalıdır.
  - Dokümanlar işlevsel olmalı, gereksiz kullanımlardan kaçınılmalıdır.
- » Dokümanlar, Kalite Yönetim Yapısı tarafından kontrol edilmeli ve üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.

### DY.1.2

#### **Dokümanlar belirlenen kurallara göre dağıtılmalı ve duyurulmalıdır.**

- » Dokümanların güncel versiyonlarının ilgili çalışanlarla etkin şekilde paylaşılması sağlanmalıdır.
  - Tüm dokümanlar, BYS üzerinde ve/veya fiziki kopya olarak yayımlanarak ilgili çalışanların dokümanlara erişimi sağlanmalıdır.
  - Güncel olmayan dokümanlar uygulama alanlarında kullanılmamalıdır.
- » Yeni kullanıma sunulan, güncellenen, kullanımdan kaldırılan dokümanların ilgililere duyurulması sağlanmalıdır.
- » Panolara asılacak dokümanlar/duyurular güncel ve görsel açıdan estetik olmalıdır.
- » Çalışanlar güncel dokümanlara nasıl ulaşacağını bilmelidir.

### DY.1.3

#### **Dokümanlar güncel olmalıdır.**

- » Dokümanlar kurum/kuruluş tarafından belirlenen aralıklarla değerlendirilmeli ve güncelliği sağlanmalıdır.
- » Kurum/kuruluşun süreçlerinde meydana gelen değişiklikler, doküman değişikliği gerektiriyorsa güncelleme hemen gerçekleştirilmelidir.
- » Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır.
- » Yönetimin onayı ile 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 Yapısı tarafından arşivlenmelidir.
- » Kullanılan tüm dokümanların bir listesi bulunmalı ve bu liste güncellemelerin izlenmesini de sağlamalıdır.
- » Doküman listesi asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
  - Doküman Adı
  - Doküman Kodu
  - Yayın Tarihi
  - Revizyon Tarihleri
  - Revizyon Numarası

### DY.1.4

#### **Dokümanlar belirlenen kurallara göre muhafaza edilmeli, arşivlenmeli ve imha edilmelidir.**

- » Fiziki veya elektronik imzalı tüm orijinal dokümanlar Kalite Yönetim Yapısı tarafından muhafaza edilmelidir.
  - Dokümanların muhafazasında elektronik sistem kullanılabilir.
  - Elektronik ortamdaki dokümanlara ya da fiziki dokümanlara erişim ve kayıtların güvenlik gereksinimlerine ilişkin kurallar tanımlanmalı, gerektiğinde gizlilik derecelendirmesi yapılmalıdır.
- » 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.
  - Elektronik ortamda bulunan her türlü bilgi ve belge; erişim, saklama, uygulamadan kaldırma ve transfer edilebilecek şekilde elektronik olarak arşivlenmelidir.
- » Dokümanların arşivlenmesi ve imhası ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
  - Uygulamaların ilgili ülke mevzuatına uygun olması sağlanmalıdır.

### DY.1.5

#### **Dış kaynaklı dokümanlar takip edilmeli ve güncel olmalıdır.**

- » Dış kaynaklı dokümanların takibi ve güncelliği kurum/kuruluş tarafından belirlenen bir yöntem ile sağlanmalıdır.
  - Dış kaynaklı dokümanların takibini sağlayacak sorumlular belirlenmelidir.
  - Dış kaynaklı dokümanlardan sorumlu çalışanlar süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır.

### DY.1.6

#### **Doküman yönetimine ilişkin gerekli eğitimler verilmelidir.**

- » İlgili çalışanlara doküman yönetimine ilişkin gerekli eğitimler verilmelidir.
  - Eğitim içeriği, ilgili kullanıcılar temel alınarak; dokümanların hazırlanması, güncellenmesi, muhafazası, güncel doküman duyurularının takip edilmesi ve doğru bir şekilde kullanılması ile ilgili süreçleri ve kuralları kapsayacak şekilde planlanmalıdır.
- » Plana uygun eğitimler verilmeli, eğitimlerin etkinliği izlenmelidir.
- » Eğitim kayıtları geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

## Bölüm 5: İstenmeyen Olay Bildirimi (İOB)

<b>BOYUT 1</b>	
<b>YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 5</b>	
<b>İstenmeyen Olay Bildirimi (İOB)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
İOB.1	İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İOB.1.1	İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
İOB.1.2	İstenmeyen olay bildirimine ilişkin bir sistem oluşturulmalıdır.
İOB.1.3	İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
İOB.2	Ramak kaza ya da gerçekleşen her türlü istenmeyen olay izlenmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İOB.2.1	Sisteme yapılan bildirimler analiz edilmeli ve analiz sonrası gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
İOB.2.2	Tüm çalışanlar, analiz ve iyileştirme çalışmaları hakkında bilgilendirilmelidir.

### Genel Bilgi

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi (İOBS), sağlık kurum/kuruluşlarında görev yapan çalışanların tıbbi süreçlerde yaşadıkları, tanık oldukları ve ramak kala olayları bildirebilecekleri, böylece en sık karşılaşılan istenmeyen olayların tespit edilmesi ve iyileştirilmesini sağlayan bir sistemdir. Sistem, ramak kala (gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) veya gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlayarak hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasında önemli bir rol oynamaktadır. İOBS, çalışanların cezalandırılma korkusu olmadan olayları rapor edebilecekleri bir güvenlik kültürü oluşturmayı teşvik etmekte ve gelecekte benzer olayların meydana gelmemesi için hatalardan öğrenme kültürünün geliştirilmesini sağlamaktadır. Bu bölümde yer alan standartlar, hasta ve çalışan güvenliğinin geliştirilmesini hedeflediğinden tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaktadır.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, izlemek ve bildirimlerin sonucunda olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

### Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### İOB.1

**İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### İOB.1.1

**İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.**

- » İstenmeyen olay bildirimine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - İstenmeyen olay bildirim sisteminin kurulması
  - Sisteme bildirim yapılması
  - Bildirimlerin analiz edilmesi
  - Bildirimlerin raporlanması
  - İstenmeyen olay bildirim sürecine ilişkin çalışanlara eğitim verilmesi
- » İstenmeyen olayların bildirim, analizi ve raporlanmasına ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

##### İOB.1.2

**İstenmeyen olay bildirimine ilişkin bir sistem oluşturulmalıdır.**

- » Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden tüm unsurlara yönelik bildirim yapılmasına olanak sağlayacak İOBS oluşturulmalıdır.
- » İOBS; kolay erişilebilir, kullanıcı dostu ve çalışanların bildirimler konusunda kendilerini güvende hissedebilecekleri şekilde tasarlanmalıdır.
- » İOBS en az iki modülde ele alınmalıdır:
  - Hasta Güvenliği Modülü asgari aşağıdaki konuları içermelidir (hasta yakınları ve ziyaretçilere ilişkin güvenliği tehdit edici hususlar da bu modülde bildirilmelidir):
    - İlaç Güvenliği
    - Düşmeler
    - Transfüzyon güvenliği
    - Cerrahi güvenlik
  - Çalışan Güvenliği Modülü asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
    - Kesici-delici alet yaralanması
    - Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma
    - Şiddet
- » Bildirim ekranı veya dokümanı asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
  - Olayın konusu
  - Olayın gelişim süreci
  - Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler
- » İOBS; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir.
- » İOBS tüm çalışanların bildirim yapabileceği şekilde tasarlanmış olmalıdır.
- » İOBS bildirimlerinde hasta güvenliği modülünde kişileri tanımlayıcı bilgilere yer verilmemelidir.
- » Raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmalı ve tanımlayıcı bilgilere yer verilmemelidir.
- » Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri alınmalı ve bu kapsamda

çalışanlara düzenli aralıklarla geri bildirimlerde bulunulmalıdır.

- » Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır.

### İOB.1.3

#### **İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.**

- » Tüm çalışanlara İOBS ile ilgili aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir:
  - İOBS'nin amacı, önemi ve sorumluluklar
  - İOBS kapsamında yer alan olaylar
  - İstenmeyen olay bildirim süreci ve sistem yapısı
  - İstenmeyen olay bildirimlerin gizliliği ve güvenliği
  - Hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü
  - Hata bildirimlerine yaklaşım (kişiye değil hataya odaklanma)
  - Bildirimin yapılma şekli ve uyulması gereken kurallar
  - Bildirim formlarının doldurulması
  - Bildirimlerin değerlendirilmesi ve analiz edilmesi
  - Bildirim sistemine yapılan örnek vakalar
  - İstenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta ve hasta yakınının bilgilendirilmesi
  - Uygulamalı olay bildirim ve kök neden analizi (simülasyon)
- » Eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

## Standart 2

### İOB.2

#### **Ramak kala ya da gerçekleşen her türlü istenmeyen olay izlenmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**

### İOB.2.1

#### **Sisteme yapılan bildirimler analiz edilmeli ve analiz sonrası gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**

- » Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında kök neden analizleri yapılmalıdır.
- » Bildirimi yapılan olayların değerlendirilmesinde önem derecesi dikkate alınmalıdır.
- » Sisteme yapılan bildirimler düzenli olarak analiz edilmeli, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.
- » Analiz sonrası gerekli görülen sürekli iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmeli ve sonuçları izlenmelidir.
  - İstenmeyen olaylardan etkilenen hastalar veya yakınlarıyla etkili, açık ve hassas bir iletişim süreci yürütülmelidir.
  - İstenmeyen olaylardan etkilenen sağlık çalışanlarına psikolojik, mesleki ve idari destek sağlanmalıdır.

### İOB.2.2

#### **Tüm çalışanlar, analiz ve iyileştirme çalışmaları hakkında bilgilendirilmelidir.**

- » Sisteme yapılan bildirimler, analiz ve iyileştirme faaliyetlerine yönelik çalışmalar intranet ortamı, pano, kısa mesaj, kurumsal e-posta vb yöntemlerle üst yönetim ve tüm çalışanlarla paylaşılmalıdır.

<b>BOYUT 1 YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 6 Risk Yönetimi (RY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
RY.1	Risk yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
RY.1.1	Risk yönetimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
RY.1.2	Risk yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
RY.1.3	Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.
RY.1.4	Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
RY.2	Risk yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
RY.2.1	Risk yönetimine ilişkin göstergeler belirlenmeli, analiz edilmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.

### Genel Bilgi

Risk yönetimi, hasta ve çalışan güvenliğini, sağlık hizmet kalitesinin geliştirilmesini ve kurum/kuruluş faaliyetlerinin verimli ve etkili şekilde yürütülmesini sağlayan süreçler bütünüdür. Bu çok yönlü süreç, sunulan hizmetlere ilişkin risklerin belirlenmesi, analiz edilmesi ve gerekli önlemlerin alınmasıyla risklerin kabul edilebilir seviyede tutulmasını sağlar. Risk yönetimi, kurumun planlanan hedeflere ulaşmasına ve işleri doğru yapabilme kabiliyeti kazanmasına katkı sağlar. Ayrıca, hasta ve çalışanların zarar görmelerine yol açabilecek tehlikeleri minimize eder ve çalışanlar için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı oluşturur. Bu bölümde yer alan standartlar, risk yönetimi süreçlerinin etkin yönetilmesinde tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliğini dikkate alarak kurum/kuruluşta sunulan hizmetlere ilişkin risklerin önlenmesi veya kaynağında mücadele edilerek en az düzeye indirilmesini sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### RY.1

**Risk yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### RY.1.1

**Risk yönetimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.**

- » Risk yönetimi yönetsel, çalışanlar, hasta, hasta yakını ve ziyaretçilere yönelik asgari aşağıdaki süreçler kapsamında ele alınmalıdır:
  - Tıbbi süreçler
  - Yönetsel süreçler (idari, finansal ve stratejik riskleri kapsar)
  - Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler
  - Tesis güvenliğine ilişkin süreçler
  - Çevre güvenliğine ilişkin süreçler
  - Fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskler
- » Risk yönetimine yönelik doküman asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde oluşturulmalıdır:
  - Amaç ve hedefler
  - Kapsam
  - Risk analizi yöntemi
  - İlgili çalışanların görüşlerinin alınması
  - Tanımlanan risklerin raporlanması
  - Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti
  - Gerekli iyileştirme çalışmaları
  - Çalışanların eğitimi

##### RY.1.2

**Risk yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Risklerin belirlenmesi, önlenmesi, en az düzeye indirilmesi ve iyileştirme çalışmalarının yürütülmesine yönelik kurum/kuruluş büyüklüğüne göre komite, ekip, birim, yönetici, sorumlu vb. yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapı ile koordineli çalışacak şekilde bölüm ve/veya süreçler bazında risk yönetim sorumluları belirlenmelidir.
- » Risk yönetimi çalışmaları, kalite yönetim yapısı, ilgili komiteler ve bölüm sorumlularıyla koordineli şekilde yürütülmelidir. Etkin bir risk yönetiminin sağlanması için kurum/kuruluştaki görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalı ve koordinasyon sağlanmalıdır.
- » Bölümlerde gerçekleştirilen risk yönetimi çalışmalarına ilgili bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları ve çalışanları dahil edilmelidir.
- » Görevlendirilen çalışanlar görev yetki ve sorumluluklarını biliyor ve sürece katkı sağlıyor olmalıdır.
- » Risk yönetim ekibi görevlendirmeleri belirli aralıklarla gözden geçirilmeli ve güncel olması sağlanmalıdır.

- » Yönetmelik yapı, üst yönetime düzenli aralıklarla ve gerektiğinde toplantılar yaparak rapor sunmalı ve üst yönetim gerektiğinde iyileştirmeye yönelik kararlar almalıdır.
- » Alınan kararların uygulanması yönetsel yapı tarafından izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

### RY.1.3

#### **Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.**

- » Risk yönetimi planı; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal tüm hizmet süreçlerini kapsamalı ve asgari aşağıdaki konuları 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 alınmalıdır.
- » Risk yönetim planı ile ilgili güncellemeler ve iyileştirmeler kayıt altına alınmalı, izlenebilir olmalıdır.
- » Riskler, bölüm veya süreç bazında, ilgili bölüm sorumluları ve çalışanlarının katılımıyla belirlenmelidir.
- » Risk düzeyleri, risklerin gerçekleşme olasılığı ve olası etkileri göz önünde bulundurularak en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek) derecelendirilmelidir.
- » Belirlenen risklere yönelik risk analizleri ilgili mevzuat çerçevesinde yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.
- » Riskler kurum tarafından belirlenen yöntemlere göre analiz edilmelidir.
- » Risk analiz yöntemleri basit, anlaşılır ve uygulanabilir olmalıdır. (Örneğin; 5X5 matris yöntemi, HTEA, Fine Kinney vb.)
- » Risk değerlendirmesi yılda en az bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.
- » Risk değerlendirmesi belirlenen zaman aralıkları dışında aşağıda yer alan durumların gelişmesi halinde tamamen veya kısmen güncellenmelidir:
  - Kurumun taşınması veya binalarda değişiklik yapılması
  - Kurumda uygulanan teknoloji, kullanılan madde ve ekipmanlarda değişiklikler meydana gelmesi
  - Kurum hizmet süreçlerinde değişiklikler olması
  - İş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olay meydana gelmesi
  - Çalışma ortamına ait sınır değerlere ilişkin bir mevzuat değişikliği olması
  - Çalışma ortamı ölçümü ve sağlık gözetim sonuçlarına göre gerekli görülmesi
  - Kurum dışından kaynaklanan ve işyerini etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması
  - Afet ve acil durumların ortaya çıkması

### RY.1.4

**Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**

- » Belirlenen risklere yönelik risk düzeylerine göre, bölüm ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı, iyileştirme çalışmaları yapılmalı ve yapılan iyileştirme çalışmaları duyurulmalıdır.
- » Planlanan iyileştirme faaliyetleri ile ilgili birim/bölüm çalışanları bilgilendirilmelidir.
- » Alınacak önlemlerle ilgili sorumlular belirlenmelidir.
- » Önlemlerin gerçekleştirilmesine göre iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

### Standart 2

### RY.2

**Risk yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**

### RY.2.1

**Risk yönetimine ilişkin göstergeler belirlenmeli, analiz edilmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.**

- » Risk yönetiminin etkililiğinin izlenmesine yönelik risk düzeyinde değişme, riskin ortadan kalkması ya da riskin olaya dönüşmesi gibi konularda göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.
- » Göstergelerden elde edilen sonuçlar izlenmeli, raporlanmalı ve gerekli durumlarda iyileştirilmelidir.
- » Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkililiği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.
- » Risk yönetiminde etkililiğin sağlanması için alınan önlemlerin sürekliliği sağlanmalıdır.

<b>BOYUT 1 YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 7 Eğitim Yönetimi (EY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
EY.1	Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
EY.1.1	Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
EY.1.2	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir yapı oluşturulmalıdır.
EY.1.3	Bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik hasta/hasta yakını eğitimlerine ilişkin süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
EY.1.4	Çalışanların eğitimine yönelik süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
EY.1.5	Mesleki eğitim programları (lisans, lisansüstü, staj vb.) kapsamında yürütülen eğitim ve denetim faaliyetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
EY.2	Eğitim yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
EY.2.1	Eğitimlerin etkinliği ve etkililiği değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Sağlık kurum/kuruluşlarında hastalara, çalışanlara ve mesleki eğitim programları dahilinde öğrenim gören öğrencilere yönelik verilen eğitimler, güvenli ve kaliteli hizmet sunumu açısından büyük önem taşımaktadır. Eğitimler, hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine aktif katılımını sağlar. Sağlık çalışanlarına yönelik uygulanan eğitimler çalışanların güvenli, etkili ve kanıta dayalı bakım sunabilmeleri için gerekli bilgi, beceri ve yetkinliklerini güçlendirerek ve verimliliğini artırarak iş ortamına ilişkin algılarını geliştirir. Öğrencilere verilen eğitimler, teorik bilgilerin pratikle birleştirilerek mesleki yetkinlik, ekip çalışması, etik davranış geliştirme, eleştirel düşünme ve hasta odaklı bakım yaklaşımını kazandırır. Bu bölümde yer alan standartlar hasta/hasta yakınlarına, çalışanlara ve mesleki eğitim programları dahilindeki öğrencilere yönelik eğitimlerin etkin yönetilmesinde kurum/kuruluşlara rehberlik sağlar.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Eğitim faaliyetlerinin planlanması (hasta, hasta yakını, çalışan ve mesleki eğitim programları dahilinde öğrenim gören öğrencilere), ihtiyaçlarının belirlenmesi, uygulanması, etkinliğinin izlenmesi ve gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasıdır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### EY.1

**Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### EY.1.1

**Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Eğitim yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki hususları içermelidir:
  - Eğitim yönetimine yönelik görev yetki ve sorumluluklar
  - Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi
  - Eğitim planlarının oluşturulması
  - Planlanan eğitim faaliyetlerinin uygulanması
  - Uygulanan eğitimlerin etkinliğinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirme çalışmalarının yapılması

##### EY.1.2

**Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir yapı oluşturulmalıdır.**

- » Eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi amacı ile karar verme, planlama, koordinasyon, iletişim ve değerlendirme basamaklarını yönetmek üzere kurum/kuruluşun büyüklüğüne göre bir sorumlu yapı (komite, ekip, birim, yönetici, sorumlu vb.) oluşturulmalıdır.
  - Yönetimsel yapı, çalışmalarını faaliyet gösteren diğer birim ve yapılar ile iş birliği içinde yürütmelidir.
  - Yönetimsel yapının görev, yetki ve sorumlulukları eğitim yönetimi süreçleri kapsamında tanımlanmalı ve görev alanı asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
    - Hizmet içi eğitimler
    - Uyum eğitimleri
    - Hasta/hasta yakınlarına yönelik eğitimler
    - Mesleki eğitim programları dahilinde öğrenim gören öğrencilere yönelik eğitimler
- » Eğitim planları; amaç, hedef, içerik, öğretim yöntemi, uygulama ve değerlendirme süreçlerinin bir sistem dâhilinde düzenlenmesini sağlamak üzere oluşturulmalıdır.
  - Eğitim planları, kurumsal politika ve değişim sürecine yönelik amaç ve hedefler doğrultusunda; eğitim ihtiyacının niteliği, hedefler, hedeflere ulaşma süresi dikkate alınarak kısa, orta ve uzun vadeli şekilde oluşturulmalıdır.
  - Eğitim planı asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir:
    - Eğitimin niteliği (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler vb.)
    - Eğitimin amaç ve hedefleri
    - Eğitici(ler) ve katılımcı (lar) özellikleri
    - Eğitimin zamanı
    - Eğitimin süresi
    - Öğretim yöntemi/yöntemleri

- Eğitimin yeri
- Eğitimin içeriği
- Eğitim materyalleri
- Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemi(leri)
- Planda değişiklik olması ve/veya plan dışı eğitim düzenlenmesi durumlarında plan revize edilmelidir.
- Eğitim planlarına uyum düzeyi izlenmeli, plana uyumun artırılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Eğitimlerin gerçekleştirilmesi ve uygulanması yönetsel yapı tarafından izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
- » Eğitimlerin etkililiği, etkinliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Eğitim faaliyetlerine ilişkin düzenli aralıklarla üst yönetim bilgilendirilmelidir.

### EY.1.3

#### **Bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik hasta/hasta yakını eğitimlerine ilişkin süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.**

- » Hasta/hasta yakını eğitimlerine ilişkin süreçler; hasta kabul, tedavi ve taburculuk süreçlerini ve asgari aşağıdaki başlıkları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Eğitimin konusu
  - Eğitimin içeriği
  - Eğitici(ler)
  - Eğitimlere katılımın teşvik edilmesi ve devamlılığının sağlanması
  - Eğitimlerin kayıt altına alınması
  - Gerektiğinde eğitimlerin tekrarlanması
- » Eğitim ihtiyacı olan konular ve kapsam belirlenirken aşağıdaki hususlar değerlendirilmelidir:
  - İyileştirme faaliyetleri kapsamında; değerlendirme sonuçları (öz değerlendirmeler, göstergelerden elde edilen veriler vb.)
  - Önceki eğitimlerden elde edilen etkinlik sonuçları
  - Eğitim faaliyetleri ile ilgili geri bildirimler, talepler, gözlemler
- » Hasta kabulünde yapılan bilgilendirme aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Hasta/hasta yakınına kurum/kuruluş/bölüm tanıtımı (hasta odası ve eşyaları, yakın lokasyonlar, ibadethane, market, bankamatik vb.)
  - Kurum/kuruluşta uyulması gereken kurallar (kimlik tanımlayıcıların kullanımı, kahvaltı ve yemek saatleri, telefon kullanımı, ziyaret saatleri, refakatçi kuralları vb.)
  - Sağlık çalışanlarına ulaşım/erişim (hemşire çağrı sistemi, doktor odası vb.)
  - Acil çıkış kapıları/acil durumda yapılacaklar
  - Risk değerlendirmesine göre temel güvenlik önlemleri
  - Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimi (teslim alınması, kullanımı ve iade ya da imhası vb.)
  - Enfeksiyonların önlenmesi ve el hijyeninin sürdürülmesi
  - Taburculuk eğitimi (gereksinimlerin belirlenmesi, planın yapılması vb.)
- » Bakımın sürekliliği ile ilgili tedavi sürecine yönelik eğitimler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Hastanın ihtiyacına yönelik eğitimler (öz bakım, beslenme ve diyet, ihtiyaçlarının karşılanması, ameliyat öncesi-sonrası bakım, kemoterapi, basınç

- yarası, oksijen uygulama, anne sütü ve emzirme vb.)
- Hastaların mevcut sağlık sorunlarına yönelik eğitimler (ilaç kullanımı, tedaviye yardımcı tıbbi araç gereç kullanımı vb.)
- » Hastaların taburculuk sürecine ilişkin eğitimler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Devam eden bakım ihtiyaçları ve evde/kurum bakımı
  - Taburculuk sonrası kullanılacak ilaçlar
  - Kullanılacak araç-gereçler
  - Beslenme planı/diyeti
  - Fiziksel aktivite düzeyi/hareket kısıtlılıkları
  - Kontrol süreci (zaman ve sıklık)
  - Gerekliğinde ulaşılabilecek çalışana/birime ait iletişim bilgileri

### EY.1.4

#### Çalışanların eğitimine yönelik süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

- » Çalışanların eğitimine yönelik süreçler asgari aşağıdaki başlıkları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi
  - Eğitim planlarının oluşturulması
  - Planlanan eğitim faaliyetlerinin uygulanması
  - Eğitimlere katılım kanıtları (katılımcı listesi vb.)
  - Uygulanan eğitimlerin etkinliğinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması
- » İyileştirme hedefleri doğrultusunda; kimin, hangi konularda, hangi düzey ve kapsamda eğitim ihtiyacı olduğu yılda en az bir kez ve gerektiğinde belirlenmelidir.
- » Eğitim planları çalışanların eğitim ihtiyaçları (iyileştirme hedefleri doğrultusunda) yılda en az bir kez ve gerektiğinde güncellenecek şekilde; kimin, hangi konularda, hangi düzey ve kapsamda eğitim gereksinimi olduğunu içerecek şekilde) doğrultusunda oluşturulmalıdır.
  - Kuruluş, çalışanların kişi merkezli bakım sağlama kapasitesini artırmak için düzenli eğitim programları planlamalı ve uygulamalıdır.
  - Eğitimler, kişiselleştirilmiş iyi olma hali oluşturmayı, şikâyet yönetimini, ortak karar alma süreçlerini ve şefkatli iletişim becerilerini kapsamalıdır.
- » Eğitim ihtiyacı olan konular ve kapsam belirlenirken aşağıdaki hususlar değerlendirilmelidir:
  - İyileştirme faaliyetleri kapsamında; değerlendirme sonuçları (öz değerlendirmeler, göstergelerden elde edilen veriler vb.)
  - Önceki eğitimlerden elde edilen etkinlik sonuçları
  - Eğitim faaliyetleri ile ilgili geribildirimler, talepler, gözlemler
  - Zorunlu eğitimler
- » Çalışanların eğitimlerinde asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
  - Kurum/kuruluşun yapısı
  - Uyulması gereken temel ve mesleki kurallar
  - Kurum/kuruluşun temel çalışma ilkeleri
  - Hiyerarşik düzen
  - Fiziksel ve sosyal imkanlar
  - Çalışan hakları ve sorumlulukları

- Hasta hakları ve sorumlulukları
  - Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
  - Hasta ve çalışan güvenliği
  - Atık yönetimi
  - Afet ve acil durum yönetimi
  - Risk yönetimi
  - Cihaz kullanımı ve güvenliği
  - Birim bazlı mesleki eğitimler
  - Kanıt temelli eğitimler
  - Çalışan performansı ve güvenliğinin artırılmasına yönelik eğitimler
  - Kişisel gelişim eğitimleri
- » Çalışanlara (kadrolu, sözleşmeli, gönüllü çalışanlar, öğrenciler ve stajyerler vb.) yönelik genel ve bölüm uyum eğitimleri düzenlenmelidir.
- Çalışanlara yönelik genel ve bölüm uyum eğitimleri; hizmet sunum alanı, mesleki farklılıklar gibi özellikler göz önünde bulundurularak planlanmalı ve uygulanmalıdır.
  - Genel ve bölüm uyum eğitimlerine yönelik rehberler oluşturulmalıdır.
  - Uyum eğitimleri; yeni göreve başlama, bölüm değişiklikleri, doğum izni gibi uzun süreli izinler sonrasında en kısa sürede verilmelidir.
- » Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler; hizmet sunum alanı, mesleki farklılıklar gibi özellikler göz önünde bulundurularak planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Çalışanların eğitim materyalleri ve dokümanlara ulaşabilmeleri sağlanmalıdır.

### EY.1.5

#### **Mesleki eğitim programları (lisans, lisansüstü, staj vb.) kapsamında yürütülen eğitim ve denetim faaliyetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.**

- » Mesleki eğitim programları (lisans, lisansüstü, staj vb.) kapsamında yürütülen eğitim ve denetim faaliyetlerine yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
- Eğitim kuralları ve sorumlulukları
  - Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
  - Çalışan hakları ve sorumlulukları
  - Hasta hakları ve sorumlulukları
  - Hasta ve çalışan güvenliği
  - Risk yönetimi
  - Atık yönetimi
  - Afet ve acil durum yönetimi
- » Mezuniyet sonrası eğitimde öğrenciler/stajyerler için kurum/kuruluşa ve spesifik görev ve sorumluluklarına uygun oryantasyon eğitim programları belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- » Mesleki eğitim programları (lisans, lisansüstü, staj vb.) kapsamında, öğrencilerin/stajyerlerin bilgi ve becerilerini geliştirebilmeleri için pratik ve teorik hizmet içi eğitimler belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- » Mesleki eğitim programlarının (lisans, lisansüstü, staj vb.) etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- Lisans ve lisansüstü eğitim programlarının sorumluları tarafından, eğitim programlarının etkinliğinin değerlendirilmesine yönelik denetim süreci tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

### Standart 2

#### EY.2

Eğitim yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

#### EY.2.1

Eğitimlerin etkinliği ve etkililiği değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

- » Eğitim planlarına uyum düzeyi izlenmeli ve plana uyumun artırılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği, belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda değerlendirilmelidir.
  - Eğitimlerin etkinlik ve etkililiğinin değerlendirilmesinde aşağıdaki yöntemler kullanılabilir:
    - 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)
- » Eğitim değerlendirmeleri; eğitim içeriği, eğitim ortamı, öğretim yöntemleri, beklentilerin karşılanması, eğiticinin değerlendirilmesi vb. eğitim sürecinin değerlendirilmesini de kapsamalıdır.
- » Değerlendirme sonuçları ilgili çalışanlar ve eğitimcilerle düzenli aralıklarla paylaşılmalıdır.
- » Eğitim yönetimine ilişkin göstergeler belirlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. (Bkz. Gösterge Yönetimi)



# BOYUT 2

## Sağlıklı Çalışma Yaşamı



<b>BOYUT 2</b>	
<b>SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI</b>	
<b>Bölüm 8</b>	
<b>Sağlıklı Çalışma Yaşamı (SÇY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
SÇY.1	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
SÇY.1.1	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
SÇY.1.2	Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
SÇY.2	Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
SÇY.2.1	Çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklerin yönetilmesi sağlanmalıdır.
SÇY.2.2	Kişisel koruyucu ekipman kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
SÇY.2.3	Çalışanların sağlık gözetimi yapılmalıdır.
SÇY.2.4	Çalışanın psikolojik iyi oluş hali sağlanmalıdır.
SÇY.2.5	Çalışma ortamı; çalışanın güvenliği, ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda düzenlenmelidir.
SÇY.2.6	Çalışanın bireysel ve mesleki gelişimi desteklenmelidir.
SÇY.2.7	Çalışanın manevi ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
SÇY.2.8	Çalışan motivasyonunu artırıcı faaliyetler yapılmalıdır.
SÇY.2.9	Çalışanın özel gereksinim, kronik hastalık gibi sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
SÇY.2.10	Kapsayıcılık ve çeşitliliğin gözetilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
SÇY.2.11	Çalışan sağlığını ve güvenliğini geliştirmeye yönelik eğitimler verilmelidir.

### Genel Bilgi

Sağlıklı çalışma yaşamı, çalışanların fiziksel, zihinsel ve sosyal olarak iyi bir durumda olmasını sağlamak ve sürdürülebilmek için gerekli koşulların oluşturulduğu bir iş ortamını ifade eder. Bu kavram, iş sağlığı ve güvenliği önlemleriyle birlikte çalışanların genel refahını artırmayı amaçlayan bütüncül bir yaklaşımdır. Çalışma ortamları çalışanlar için sağlık ve güvenlik tehditleri ve riskleri barındırmaktadır. Çalışma ortamında ortaya çıkabilecek sorunlar, tehditler ve riskler hizmet üretilmesinde aksaklıklara neden olabileceği gibi çalışanların fiziksel ve ruhsal sağlığını da olumsuz etkileyebilir. Sağlıklı ve güvenli iş ortamı, çalışanların iş stresini azaltmakta, çalışma verimliliklerini, motivasyonlarını ve tatmin düzeylerini artırmaktadır. Güvenli çalışma ortamı sayesinde tıbbi hatalar önemli ölçüde azalmakta, bakım kalitesi ve sağlık hizmetlerinin etkinliği artmaktadır. Bu bölümde yer alan standartlar tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına, sağlıklı ve güvenli bir çalışma ortamı ve yaşamı sağlamada rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Çalışanların sağlık kurum veya kuruluşunda güvenli bir ortamda çalışmalarını, sağlıklı bir çalışma yaşamına sahip olmalarını ve çalışanların iş ortamından kaynaklanan fiziksel, biyolojik ve psikolojik tehditlere veya risklere karşı korunmalarını sağlamaktır.

### Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### SÇY.1

**Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### SÇY.1.1

**Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Görev yetki ve sorumluluklar
  - Risk değerlendirme
  - Kişisel koruyucu ekipman kullanımı
  - Çalışanların sağlık gözetiminin yapılması
  - Çalışanın psikolojik iyi oluş halinin desteklenmesi
  - Çalışan sağlığını ve güvenliğini geliştirmeye yönelik eğitimler
  - Çalışma ortamına yönelik düzenlemeler
  - Çalışanın bireysel ve mesleki gelişimi
  - Çalışanın manevi ve sosyal ihtiyaçlarının desteklenmesi
  - Çalışan motivasyonunu arttırıcı faaliyetler
  - Çalışanın sağlık durumuna (özel gereksinim, kronik hastalık vb.) ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler
  - Kapsayıcılık ve çeşitliliğin gözetilmesi

##### SÇY.1.2

**Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Sağlıklı çalışma yaşamına ilişkin kurum/kuruluş büyüklüğüne göre bir yönetsel yapı (kurul, komite, ekip, sorumlu vb.) oluşturulmalıdır.
  - Bünyesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu yapılanması bulunan kurum/kuruluşlarda çalışan sağlığı ve güvenliği alanındaki sorumluluklar bu kurul tarafından yürütülebilir (Bkz. Kalite Yönetimi).
- » Yönetsel yapıda görev alan çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Yönetsel yapı üst yönetime düzenli aralıklarla rapor sunmalıdır.
- » Raporlar; istenmeyen olaylar, kök nedenler, iyileştirme faaliyetleri, sağlanan iyileştirmelerin olumlu etkisinin değerlendirilmesi gibi konuları içermelidir.
- » Alınan kararların uygulanması yönetsel yapı tarafından izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
- » İyileştirmelerin etkinliği, etkililiği ve sürekliliği sağlanmalıdır.

### Standart 2

#### SÇY.2

**Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### SÇY.2.1

**Çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklerin yönetilmesi sağlanmalıdır.**

- » Çalışan sağlığına ve güvenliğine yönelik riskler, risk yönetim planı doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir. (Bkz. Risk Yönetimi)
- » Çalışan sağlığının ve güvenliğinin sağlanmasına ilişkin asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:
  - Çalışan sağlığı ve güvenliği kapsamında yönetim politikalarının oluşturulması
  - Enfeksiyonların önlenmesi
  - Sağlık gözetimine yönelik planlama ve uygulamaların yapılması
  - Kimyasal madde ve radyasyon güvenliği
  - Gıda güvenliği
  - Gürültü
  - Aydınlatma
  - Havalandırma ve iklimlendirme
  - 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
  - Atıkların yönetimi
  - Bağışıklama
  - Vardiya yönetimi
  - Gereksiz iş yükünün azaltılması
  - Stres yönetimi
- » Çalışan sağlığına ve güvenliğine yönelik belirlenen riskler doğrultusunda sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.
- » Çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların (ramak kala, gerçekleşen) bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır. (Bkz. İstenmeyen Olay Bildirimi)

##### SÇY.2.2

**Kişisel koruyucu ekipman kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske, önlük, biyogüvenlik kabini, kurşun önlük, kulaklık vb.) bölüm bazında belirlenmelidir.
- » Kişisel koruyucu ekipman, belirlenen çalışma alanlarında ihtiyaca yönelik olarak kurumun belirlediği miktarda, ulaşılabilir olmalı ve ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

### SÇY.2.3

#### **Çalışanların sağlık gözetimi yapılmalıdır.**

- » Çalışanların sağlık gözetimine ilişkin program, yönetsel yapı tarafından hazırlanmalı ve takip edilmelidir.
  - Program, ilgili birim uzman hekimi, hemşiresi, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı vb. görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.
  - Program oluşturulurken bölüm bazında belirlenen riskler dikkate alınmalıdır.
  - Program, bölüm bazında yapılacak sağlık taramalarının, kapsamı, zamanı ve tekrarlanma sıklığını içermelidir.
- » Programın uygulanması, sonuçların değerlendirilmesi ve uygun olmayan sonuçlar elde edildiğinde izlenecek süreçler tanımlanmalıdır.
  - Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.
- » Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.
  - Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.
- » Sağlık tarama sonuçlarında olumsuz bir durum tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmalıdır.
- » Bağıışıklama, tarama ve herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas halinde alınacak önlemler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

### SÇY.2.4

#### **Çalışanın psikolojik iyi oluş hali sağlanmalıdır.**

- » Çalışanların psikolojik danışmanlık ve destek hizmetlerine erişimi sağlanmalıdır.

### SÇY.2.5

#### **Çalışma ortamı; çalışanın güvenliği, ihtiyaçları ve beklentileri doğrultusunda düzenlenmelidir.**

- » Çalışma ortamına yönelik çalışanların ihtiyaç ve beklentileri dikkate alınarak iyileştirilme çalışmaları yapılmalıdır.
  - Çalışanlar için dinlenme alanları bulunmalıdır.
  - Çalışanlar için giyinme alanları ve kişisel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolapları bulunmalıdır.

### SÇY.2.6

#### **Çalışanın bireysel ve mesleki gelişimi desteklenmelidir.**

- » Çalışanın bireysel ve mesleki gelişimine ilişkin eğitim, kongre, kurs, proje vb. faaliyetler desteklenmelidir.

### SÇY.2.7

#### **Çalışanın manevi ve sosyal ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Çalışanların, manevi ve sosyal ihtiyaçları belirlenmeli ve bu ihtiyaçlar doğrultusunda gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Çalışanlar için ibadet alanı, okuma ve spor alanları, kreş, çocuk kulübü vb. fiziksel ve sosyal imkanlar sağlanmalıdır.

### SÇY.2.8

#### **Çalışan motivasyonunu artırıcı faaliyetler yapılmalıdır.**

- » Çalışanlar için iş dışı etkinlikler gibi motivasyon artırıcı faaliyetler yapılmalıdır.

### SÇY.2.9

**Çalışanın özel gereksinim, kronik hastalık gibi sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Özel gereksinimli ve kronik hastalığı olan çalışanların ulaşım, diyet, uygun çalışma ortamı gibi ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Gebe ve emziren çalışanların çalışma alanları ve koşulları belirlenerek uygun şartlarda çalışmaları sağlanmalıdır.
- » Çalışana sağlanan imkanların; kolay, ulaşılabilir, pratik ve çalışan odaklı olmasına özen gösterilmelidir.

### SÇY.2.10

**Kapsayıcılık ve çeşitliliğin gözetilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Farklı kültürden gelen çalışanların iş yerinde ayrımcılığa uğramadan çalışmasını sağlamak için iş yeri politikaları oluşturulmalı, çeşitliliği destekleyici eğitimler planlanmalı, her çalışanın kendisini ifade etmesini sağlayacak güvenli bir çalışma ortamı sağlanmalıdır.

### SÇY.2.11

**Çalışan sağlığını ve güvenliğini geliştirmeye yönelik eğitimler verilmelidir.**

- » Çalışan sağlığının geliştirilmesine ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik asgari aşağıdaki konu başlıklarında eğitimler verilmelidir:
  - Çalışanların ruhsal sağlık durumlarının geliştirilmesi
  - Stresli iş ortamı ile mücadele
  - Potansiyel tehlikeler ve iş kazalarına yönelik önlemler
  - Meslek hastalıkları

# BOYUT 3

## Hasta Deneyimi

**TÜSEB** **TÜSKA**

TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE  
VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ

<b>BOYUT 3 HASTA DENEYİMİ</b>	
<b>Bölüm 9 Hasta Deneyimi (HD)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
HD.1	Hastanın hizmete erişimi sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HD.1.1	Karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunumuna ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.1.2	Hizmet kullanımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.1.3	Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.1.4	Tanı, tetkik, tedavi ve bakıma ilişkin işlem sürelerinin optimal düzeyde tutulması ve etkinliğin artırılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.1.5	Transfer hizmeti ve uygulama süreçleri tanımlanmalıdır.
HD.1.6	Acil sağlık hizmeti vermeyen kurum/kuruluşlarda hastanın acil sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
HD.2	Hasta haklarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HD.2.1	Hasta haklarına yönelik süreçler dokümanite edilmelidir.
HD.2.2	Hasta haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
HD.2.3	Hasta hakları, sorumlulukları ve hizmet süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.
HD.2.4	Hizmet süreçlerinde hasta katılımı sağlanmalıdır.
HD.2.5	Hasta rızasının alınmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

## Bölüm 9: Hasta Deneyimi (HD)

### Boyut 3: Hasta Deneyimi

HD.2.6	Tedavi/işlemi kabul etmeme, geri çekme ve devam ettirmeme gibi etik ikilemlerin zamanında ele alınması ve çözülmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
HD.2.7	Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
HD.2.8	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarını sürdürmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.2.9	Hastanın bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır.
HD.2.10	Ziyaret ve refakat süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
HD.2.11	Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
HD.3	Geri bildirim süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HD.3.1	Hasta ve hasta yakını geri bildirimlerine yönelik bir sistem kurulmalıdır.
HD.3.2	Hasta ve hasta yakını geri bildirimleri değerlendirilmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Hasta deneyimi, hasta ve hasta yakınlarının sağlık kurum/kuruluşuna başvurudan önce sağlık kurum/kuruluşu hakkındaki algı ve deneyimleri ile taburculuk sonrası süreçleri dahil olmak üzere sağlık kurum/kuruluşu ile olan tüm etkileşimlerini ifade etmektedir. Sağlık hizmeti kalitesinin ayrılmaz bir bileşeni olan hasta deneyimi, hizmete kolay erişim, bakım sürecine dahil olma, bilgiye erişim kolaylığı ve sağlık çalışanlarıyla etkili iletişim gibi sağlık hizmeti sunumunun çeşitli yönlerini içermektedir. Hasta deneyiminin iyileştirilmesi için liderlik, hasta merkezli hizmet sunumu, çalışanların sürece katılımı, hasta güvenliği kültürü ve ölçüm ve iyileştirme çalışmaları yapılması gereklidir. Bu bölümde yer alan standartlar hasta deneyiminin iyileştirilmesinde hasta ve hasta yakınları ile etkileşim içinde olan tüm sağlık kurum/kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Hastanın sağlık kurum/kuruluşuna başvuru öncesinden taburculuk sonrası dahil tüm süreçlerde kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti almasını sağlamak
- » Hasta ve hasta yakınlarının hizmete zamanında, etkin ve etkili şekilde erişebilmesini sağlamak
- » Hasta haklarının güvence altına alınmasını ve hizmet/süreçlerin bu doğrultuda düzenlenmesini sağlamak
- » Hasta ve hasta yakınlarının aldıkları hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin sistemli bir şekilde alınarak gerekli iyileştirmelerin yapılmasını sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### HD.1

Hastanın hizmete erişimi sağlanmalıdır.

##### HD.1.1

**Karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunumuna ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hizmet verilen hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak hizmet alan yabancı uyruklu hastalar dâhil tüm hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak amacıyla karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.
  - Bu hizmetlerin yürütülmesinde çalışacak personel sayısı günlük ortalama poliklinik sayısı vb. faktörler göz önünde bulundurularak önceden belirlenmelidir.
- » Karşılama, yönlendirme ve danışma hizmetlerinin kurum/kuruluşun hangi bölümlerine konumlandırılacağı ve bu alanlarda çalışacak kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olmalıdır.
  - Ana giriş, poliklinik alanları, acil servis, ameliyathane bekleme alanları gibi alanlarda danışma hizmeti verilmelidir.
- » Sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik rehber, tanıtıcı broşür, kurum içi telefon rehberi vb. bulunmalıdır.
- » Karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunan çalışanların diğer çalışanlardan ayırt edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - Çalışanlara, belirli periyotlarla, hizmet sunum süreçlerine (hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar, iletişim becerileri vb.) ilişkin eğitim verilmelidir.

##### HD.1.2

**Hizmet kullanımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. (Bkz. Tesis Yönetimi)**

- » Hizmet verilen tüm alanlarda bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı; çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, yürüyen merdivenler, tuvaletler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tekerlekli sandalye, yardımcı personel vb. düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Yaş, hastalık ve özel gereksinim durumlarına göre hizmete erişimde ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
    - Yaşlı, özel gereksinimli ve özellikli (psikiyatri hastaları, yeni doğanlar vb.) hasta grupları için ilgili bölümlerde hasta yoğunluğu göz önünde bulundurularak yeterli sayıda ve niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulundurulmalıdır.
    - Asansörlerde yaşlı, özel gereksinimli ve özellikli hastalara yönelik sesli uyarı sistemi vb. düzenlemeler yapılmalıdır.
    - Yaşlı, özel gereksinimli ve özellikli hasta grubunda yer alan kişilerin hizmet sunum alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
    - Acil durumlarda yaşlı, özel gereksinimli ve özellikli hasta grubunun kurumdan/kuruluştan tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.

- Yaşlı, özel gereksinimli ve özellikli kurum içindeki ulaşımını sağlamaya yönelik işlevsel düzenlemeler yapılmalıdır.
- Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar özel gereksinimli hastaların kullanımına uygun olmalıdır.
- » Kurum/kuruluş genelinde bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
- » Hasta kayıt kabul alanları dâhil olmak üzere tüm hasta iletişim birimlerinde ve hizmet alma noktalarında, hasta ve çalışan arasında fiziksel bariyer (camekân, pencere, yükseklik gibi) bulunmamalıdır.
- » Otoparklar hasta yoğunluğuna göre, acil ve ayaktan hastalar için ayrı olacak şekilde planlanmış olmalıdır.
  - Özel gereksinimli hasta gruplarına özel otopark alanı bulunmalıdır.
- » Bekleme alanlarında hasta yoğunluğu dikkate alınarak yeterli sayıda koltuk, sandalye vb. bulunmalıdır.
- » Yatan hasta odalarında bulunan refakatçi koltukları açılabilir özellikte olmalıdır.
- » Hizmet sunumunda öncelikli hastalarla ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Öncelikli hasta grupları ilgili ülke mevzuatı ve hasta popülasyonuna uygun olarak tanımlanmalıdır.
  - Öncelikli hasta grubu, hizmet verilen tüm teşhis ve tedavi ünitelerinin kayıt birimlerinde hastaların göreceği şekilde ilan edilmelidir.

### HD.1.3

#### **Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.
- » Kayıt hizmeti verecek personel sayısı günlük ortalama poliklinik sayısı vb. faktörler çerçevesinde belirlenmelidir.
- » Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Çalışanların diğer çalışanlardan ayırt edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Acil durumlarda hasta kayıt işlemlerinin etkin yürütülmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Çalışanlara hizmet süreçlerine yönelik periyodik eğitimler verilmelidir.

### HD.1.4

#### **Tanı, tetkik, tedavi ve bakıma ilişkin işlem sürelerinin optimal düzeyde tutulması ve etkinliğin artırılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hastaların muayene olacağı zaman aralıkları ve tahmini bekleme süreleri kurumun koşulları, acil durumlar, öncelikli hastalar ve hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurularak tanımlanmış olmalıdır.
  - BYS üzerinde hastanın randevu saati ve muayene olduğu saat izlenebilmelidir.
  - Bekleme süreleri konusunda hastalar bilgilendirilmiş olmalıdır.
  - Randevulu muayene olan hastaların randevu saatleri ile muayene oldukları zaman aralığı arasında geçen süre, belirlenen sürelerle uyumlu olmalıdır.
  - Bekleme sürelerinde olası gecikme durumlarına ilişkin iyileştirme faaliyetleri planlanmış olmalıdır.

- Randevu ve sonuç verme sürelerindeki gecikmeler, yönetim ve bölüm çalışanlarının katılımıyla takip edilmelidir.
- Gecikmelerin kök neden analizi yapılmalı ve gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
- Yapılan iyileştirmelerin süreçteki olumlu veya olumsuz etkileri izlenebilir olmalıdır.
- Randevusuz hastaların yönetimine ilişkin süreçler tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Tanı, tetkik, tedavi ve bakıma ilişkin süreleri uzatarak hasta güvenliği açısından risk oluşturabilecek sistem sorunları ve kısıtlılıkların tespit edilmesine yönelik işlemler incelenmeli, işlem sürelerinin optimal şekilde kısaltılması ve etkinliğin artırılmasına yönelik tedbirlerin alınması sağlanmalıdır.
- Hizmet süreçleri bu çerçevede değerlendirilerek etkinlik, verimlilik ve güvenliği artırmaya yönelik yürütülen çalışmalar izlenebilir olmalıdır.

### HD.1.5

#### **Transfer hizmeti ve uygulama süreçleri tanımlanmalıdır.**

- » Transfer hizmeti verilecek hasta grupları (diyaliz hastaları, fizik tedavi hastaları vb.) tanımlanmalıdır.
- » Hastaların sevk ve/veya taburculuk süreçlerinde transfer ihtiyaçlarına yönelik değerlendirme yapılmalıdır.
- » Transfer hizmeti, sözleşmeli hizmetler dahil olmak üzere güvenli transfer araçları ile sağlanmalıdır.
  - Transfer aracı gerekli donanım, ısıtma ve havalandırma sistemine sahip olmalıdır.
  - Transfer aracında yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.
  - Transfer aracında hastaların rahat inip-binebilmesini sağlayacak düzenlemeler bulunmalıdır.
  - Araçların temizliği ve bakımı periyodik olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Transfer hizmeti hakkında hasta/hasta yakını, çalışan geri bildirim mekanizmaları oluşturulmalıdır.

### HD.1.6

#### **Acil sağlık hizmeti vermeyen kurum/kuruluşlarda hastanın acil sağlık hizmetine erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Acil servisi olmayan ya da mesai saatleri dışında acil sağlık hizmeti sunmayan kurum/kuruluşlarda hastanın acil sağlık hizmetine erişimine yönelik süreç tanımlanmalıdır.

### Standart 2

#### HD.2

**Hasta haklarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### HD.2.1

**Hasta haklarına yönelik süreçler dokümente edilmelidir.**

- » Hasta haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi
    - Bilgilendirmeyi yapacak kişi
    - Bilgilendirme zamanı
    - Bilgilendirme sıklığı
    - Bilgilendirme içeriği
    - Bilgilendirme yöntemi
  - Hasta/hasta yakını rızasının alınması
  - Tedavi/işlemi kabul etmeme ve geri çekme
  - Hasta ziyaretleri
  - Refakat kuralları

##### HD.2.2

**Hasta haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Hasta haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik kurum/kuruluşun büyüklüğüne göre komite, ekip, birim, yönetici, sorumlu vb. bir yönetsel yapı oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapı içinde yer alan çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Yönetsel yapı üst yönetime periyodik olarak ve gerektiğinde toplantılar yaparak rapor sunulmalıdır.
  - Toplantı raporları; öneri, görüş ve şikâyetlerin incelenmesi, zamanında sonuçlandırılarak gerekli iyileştirme faaliyetlerinin planlanması ve değerlendirilmesi gibi konuları içermelidir.
  - İyileştirmelerin etkililiği, etkinliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.

##### HD.2.3

**Hasta hakları, sorumlulukları ve hizmet süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.**

- » Hasta ve hasta yakını, hasta hakları ve sorumlulukları hakkında asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:
  - Mahremiyetin sağlanması
  - İtibar ve saygı görme
  - Hastaya ait bilgilerin gizliliği
  - Hasta güvenliği
  - Hastanın emniyetinin sağlanması
  - Kurum/kuruluş seçme
  - Hekim, hemşire vb. seçme
  - Hizmet hakkında bilgilendirilme ve hasta rızası

- Öncelik sırasının belirlenmesi
  - Tedaviyi reddetme
  - Sorumlulukları
- » Hastalar, aldıkları bakım ve tedavinin beklenen ve beklenmeyen sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Taburculuk sürecinde ve taburculuk sonrasında hastanın aldığı tedavi, kullanması gereken ilaçlar, fiziksel aktiviteleri, kontrol süreci, gerektiğinde iletişime geçilebilecek kişiler ve iletişim bilgileri gibi konular hakkında hasta ve/veya hasta yakını yazılı (dil vb.) olarak bilgilendirilmelidir.
- » Hasta haklarına yönelik hastaların kolaylıkla başvuru yapabilmeleri ve geribildirimde bulunabilmeleri sağlanmalıdır.
- Bu amaçla; doğrudan başvuru, kurum/kuruluş internet sayfası, sosyal medya araçları, görüş, öneri ve şikâyet kutuları vb. yöntemler kullanılabilir.

### HD.2.4

#### Hizmet süreçlerinde hasta katılımı sağlanmalıdır.

- » Hasta ve hasta yakınının bakıma ve karar verme sürecine katılımı desteklenmeli ve teşvik edilmelidir.
- » Hastanın hekim seçme hakkını güvence altına alacak bir düzenleme bulunmalıdır.
- » Hastanın farklı bir hekimden tedavi almak istemesi durumunda nasıl bir yol izleneceği tanımlanmış olmalıdır.
- » Hastanın bakımıyla ilgili kararlara kimlerin katılmasını istediğini belirleme hakkına saygı gösterilmelidir.
- » Hastanın bakımıyla ilgili bilgilerin hangi koşullar altında ailesi ve diğer kişilerle paylaşılacağı, hastanın ve ailesinin tercihleri doğrultusunda düzenlenmelidir.

### HD.2.5

#### Hasta rızasının alınmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

- » Yatarak/ayaktan hizmet alan hasta, tanı ve tedavi sürecinde gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında bilgilendirilerek, rızası alınmalıdır.
- » Cerrahi veya girişimsel işlemler, kan ve kan bileşeni kullanımı, anestezi altında (orta ve derin sedasyon dahil) gerçekleştirilen işlemler ile diğer yüksek riskli işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve işleme özel yazılı rıza alınmalıdır.
- Yazılı rıza asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir:
    - İşlemden beklenen faydalar
    - İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
    - Varsa işlemin alternatifleri
    - İşlemin riskleri ve komplikasyonları
    - İşlemin tahmini süresi
    - İşlemi yapacak kişinin adı, soyadı, unvanı ve imzası
    - Hastanın adı, soyadı ve imzası
    - Rızanın alındığı tarih ve saat bilgileri
  - Rızanın alındığı ve işlemin uygulandığı tarih ve saat bilgileri tutarlı olmalıdır.
- » Tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetisine sahip olmayan (bilinci açık olmayan, zihinsel özel gereksinimli ve çocuk hastalar vb.) ve acil müdahale gerektiren hastalara yönelik bilgilendirme ve rıza süreçleri tanımlanmalı ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

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

### HD.2.6

#### **Tedavi/işlemi kabul etmeme, geri çekme ve devam ettirmeme gibi etik ikilemlerin zamanında ele alınması ve çözülmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

- » Hekim tarafından kararı verilen tedaviyi kabul etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme vb. gibi bakıma ilişkin etik ikilemlerin varlığı durumunda sürecin nasıl yönetilmesi gerektiği önceden tanımlanmalıdır.
  - Hekim izni olmadan kurum/kuruluştan ayrılan hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler belirlenmelidir.
- » Etik ikilemlerin çözülmesi amacıyla hasta ve hekimin de dahil olduğu bir etik komite oluşturulmalıdır.
- » Etik ikilemlerin söz konusu olduğu durumlarda etik komite toplanmalı, hasta güvenliğini önceleyerek en kısa zamanda çözüme gidilmelidir.

### HD.2.7

#### **Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**

- » Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı(ları) ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir.
- » Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan vb. düzenlemeler bulunmalıdır.
- » Hastanın bakım ve tedavi sırasında mahremiyet ile ilgili talep edeceği beklenti ve ihtiyaçlar karşılanmalıdır.
  - Hastanın belirtmiş olduğu mahremiyet ihtiyacı; tüm klinik görüşmeler, muayeneler, işlemler/ tedaviler ve hasta transferi sırasında gözetilmelidir.
  - Görsel ve işitsel kayıt yapılması durumunda hastanın rızası alınmalıdır.
- » Hastanın bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Bilgi mahremiyeti, hastanın psikolojik, ekonomik ve sosyokültürel durumu vb. hususları kapsamalıdır.
  - Hastaya yönelik tıbbi değerlendirmeler ve yapılan uygulamalara ait bilgilerin gizliliği (yetki ve erişim vb.) sağlanmalıdır.
  - Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında paylaşılabilmesi kişiler ve koşullar belirlenmelidir.
- » Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

### HD.2.8

#### **Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarını sürdürmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hastanın, kişisel değerlerine ve inançlarına saygılı bir bakım hizmeti sağlanmalıdır.
- » Farklı toplumlar, çeşitli dinsel inanışlar arasında mahremiyete ilişkin değerler, inançlar ve beklentiler açısından farklılıklar olabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

### HD.2.9

#### **Hastanın bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır.**

- » Hastanın bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara; yapılan işlemler, tahliller ya da kendisine ait özel bilgiler vb. ilişkin belgelerin bir kopyasına erişmesine olanak veren düzenleme bulunmalıdır.
- » Tıbbi kayıtların hasta yakını ile paylaşılabilmesi durumları belirlenmelidir.

### HD.2.10

#### **Ziyaret ve refakat süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Kurum/kuruluşun ziyaretçi politikası belirlenmeli ve hasta ziyaretlerine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
- » Kurum/kuruluşun refakat politikası belirlenmeli ve hasta refakatine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

### HD.2.11

#### **Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Tıbbi sosyal hizmet sunumunda sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalı, uygulanacak hizmetlere ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
- » Tıbbi sosyal hizmet süreçleri aşağıdaki başlıkları içermelidir.
  - Hastanın tıbbi tedaviden etkili şekilde yararlanması
  - Sosyal sağlığın korunması ve geliştirilmesi
  - Aile ve çevre ilişkilerinin düzenlenmesi
  - Psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının yönetilmesi
  - Sosyal işlevselliklerini yeniden kazanmaları için planlanacak sosyal hizmet uygulamaları

## Standart 3

### HD.3

#### **Geri bildirim süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

### HD.3.1

#### **Hasta ve hasta yakını geri bildirimlerine yönelik bir sistem kurulmalıdır.**

- » Hasta ve hasta yakını geri bildirim sistemine yönelik süreçler (birim, personel, eğitimler, mekanizma vb.) tanımlanmalıdır.
- » Hasta ve hasta yakınları geri bildirim süreçlerine yönelik bilgilendirme asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir.
  - Geri bildirim yöntem (öneri, istek, şikâyet vb.) / mekanizmalar (web sayfası, anket, görüşme vb.)
  - Geri bildirim yönetim süreci (iletişim kurulacak birim vb.)

### HD.3.2

#### **Hasta ve hasta yakını geri bildirimleri değerlendirilmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.**

- » Hasta ve hasta yakınından elde edilen geri bildirimler sistemli bir şekilde analiz edilmeli ve bulgular değerlendirilmelidir.
- » Şikâyet içerikli geri bildirimlerin değerlendirilmesine yönelik hastanın temsil

edildiği bir değerlendirme komisyonu kurulmalıdır.

- » Hasta ve hasta yakını şikâyetleri zamanında ve adil bir şekilde sonuçlandırılmalıdır.
- » Sonuçlar hakkında ilgili hasta veya hasta yakını bilgilendirilmelidir.
- » Hasta ve hasta yakını geri bildirimlerine ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Analiz sonuçları üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır.
- » Şikâyet sonuçları kamuoyuyla paylaşılmalıdır (örneğin, yıllık hasta şikâyet raporu, hasta geri bildirim karar istatistikleri, şikâyet geri bildirim panosu vb.).

## Bölüm 10: Hasta Güvenliği Hedefleri (HGH)

<b>BOYUT 1 YÖNETİM ve ORGANİZASYON</b>	
<b>Bölüm 10 Hasta Güvenliği Hedefleri (HGH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
HGH.1	Hasta güvenliğini sürdürmeye yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.1.1	Hasta güvenliğini sürdürmeye yönelik süreçler ulusal / uluslararası hasta güvenliği hedefleri kapsamında dokümente edilmelidir.
HGH.1.2	Hasta güvenliğinin sürdürülmesine yönelik bir yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
HGH.1.3	Hasta güvenliğine yönelik riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.
HGH.1.4	Hasta güvenliğinin sürdürülmesine yönelik çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
HGH.2	Hasta kimliğinin doğrulanması sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.2.1	Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
HGH.2.2	Kimlik doğrulama araçları ve yöntemleri tanımlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
HGH.3	Düşmelerin önlenmesi sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.3.1	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
HGH.3.2	Hastalar düşme riski açısından değerlendirmelidir.

## Bölüm 10: Hasta Güvenliği Hedefleri (HGH)

HGH.3.3	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
HGH.4	Çalışanlar arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.4.1	Çalışanlar arasında etkili iletişimin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
HGH.4.2	Hastaların, sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devir teslimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HGH.4.3	Panik/kritik değer bildirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HGH.4.4	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HGH.4.5	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve sembollere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HGH.4.6	Konsültasyon süreçlerinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 5</b>
HGH.5	Yüksek riskli ilaçların güvenliği sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.5.1	Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
HGH.5.2	Yüksek riskli ilaçların güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 6</b>
HGH.6	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.6.1	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına yönelik süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
HGH.6.2	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

## Bölüm 10: Hasta Güvenliği Hedefleri (HGH)

<b>Kod</b>	<b>Standart 7</b>
HGH.7	El hijyeni sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.7.1	El hijyeninin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
HGH.7.2	El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 8</b>
HGH.8	Hasta güvenliği hedeflerine ilişkin uyum izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HGH.8.1	Hasta güvenliği hedeflerine ilişkin göstergeler belirlenmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.

### Genel Bilgi

Sağlık hizmetlerinin öncelikli amacı “önce zarar verme” ilkesine uygun sağlık hizmeti sunmaktır. Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ), hasta güvenliğini sağlık bakım sürecinde önlenabilir zararların oluşmaması, sağlık hizmetleri ile ilgili risklerin en düşük seviyeye indirilmesi olarak tanımlamıştır. Hasta güvenliği, sağlık hizmetinin kapsamı ve türü ne olursa olsun tüm sağlık hizmeti sunum alanlarında meydana gelebilecek ramak kala veya gerçekleşen istenmeyen olayları kapsar. Hasta güvenliğinin sağlanması, TÜSKA SAS’ın merkezinde yer alır. Standartlar öncelikli ve güncel hasta güvenliği hedeflerine ulaşmada önemli rol oynar. Hasta güvenliği açısından sorunlu alanlara vurgu yapar. Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen olayları ve tıbbi hata riskini en aza indirmeye yardımcı olur. Dünya genelinde hedefe özgü iyileştirmeler sağlayan fikir birliğine varılmış çözümler sunar.

Bu bölümde yer alan standartlar kapsamında sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik DSÖ Hasta Güvenliği Hedefleri temel alınmıştır. Bu hedefler, dünya genelinde bildirilen ramak kala ve gerçekleşen istenmeyen olaylarda en üst sırada yer alan öncelikli hedeflerdir. Bununla birlikte hasta güvenliği konusu TÜSKA SAS kapsamında; ilaç yönetimi, enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü, tesis yönetimi, istenmeyen olay bildirimini vb. çeşitli standartlarda farklı yönleriyle de ele alınmaktadır.

Bu bölümde yer alan standartlar; hatalardan öğrenme kültürünün geliştirilmesine ve sürekli iyileştirmeye katkı sağlayarak hasta güvenliği çalışmalarının koordinasyonu için bir çerçeve sunar.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Hasta güvenliğini önceleyen sistem ve süreçler tasarlamak, hasta güvenliğini tehdit edebilecek unsurları önceden tespit etmek ve hastanın güvenli sağlık hizmeti almasını sağlamaktır.

### Hedefler

- » Hasta Güvenliği

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### HGH.1

**Hasta güvenliğini sürdürmeye yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### HGH.1.1

**Hasta güvenliğini sürdürmeye yönelik süreçler ulusal / uluslararası hasta güvenliği hedefleri kapsamında dokümente edilmelidir.**

- » Hasta güvenliğinin sürdürmesine yönelik süreçler planlanırken, DSÖ tarafından yayınlanan 2021-2030 Küresel Hasta Güvenliği Eylem Planı göz önünde bulundurulmalıdır. Bu süreçler planlanırken, ulusal ve/veya uluslararası hasta güvenliği hedefleri göz önünde bulundurulmalıdır. (Bkz.TC. Sağlık Bakanlığı Ulusal Hasta Güvenliği Hedefleri, ilgili ülke düzenlemeleri vb.)
- » Hasta güvenliğine ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Yönetsel yapı
  - Görev, yetki ve sorumluluklar
  - Hasta güvenliğine yönelik riskler
  - Ulusal ve/veya uluslararası hasta güvenliği hedefleri
  - Eğitimler

##### HGH.1.2

**Hasta güvenliğinin sürdürülmesine yönelik bir yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Kurum/kuruluşta var olan ya da oluşabilecek hasta güvenliği tehditlerinin tespit edilebilmesi ve tedbirlerin alınabilmesine yönelik bir yönetsel yapı (komite, ekip, yönetici, sorumlu vb.) oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapıda görev alacak kişiler; kurum/kuruluş büyüklüğü ve sunulan hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, bu alandaki çalışmaların etkililiğini ve sürekliliğini sağlayacak şekilde belirlenmelidir.
- » Oluşturulan yönetsel yapı tarafından;
  - Hasta güvenliği hedefleri izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
  - Periyodik olarak ve gerektiğinde toplantılar yapılarak, ramak kala ve gerçekleşen istenmeyen olaylar, kök nedenler, iyileştirme için yapılan faaliyetler ve sonuçları gibi konularda üst yönetime rapor sunulmalıdır.
  - Alınan kararlar doğrultusunda gerçekleştirilen iyileştirmelerin sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Hasta güvenliği programları üst yönetimin liderliğinde yürütülmelidir ve üst yönetim programların ölçülmesi, değerlendirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik süreçlere dahil olmalıdır.

##### HGH.1.3

**Hasta güvenliğine yönelik riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.**

- » Hasta güvenliğine yönelik riskler, risk yönetim planı doğrultusunda klinik ve hasta bazında belirlenmeli ve analiz edilmelidir. (Bkz.Risk Yönetimi)

- » Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:
  - Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
  - İlaç güvenliği
  - Düşmelerin önlenmesi
  - Kimlik doğrulama
  - Güvenli cerrahi
  - Çalışanlar arasında etkili iletişim
  - Radyasyon güvenliği
  - Transfüzyon güvenliği
  - İstenmeyen olay bildirim
  - Tesis güvenliği
  - Bilgi güvenliği
  - Malzeme ve cihaz güvenliği
  - Atık yönetimi
  - Afet ve Acil durum yönetimi
  - İleri teknoloji kullanımı
  - Hasta güvenliğini tehdit eden diğer unsurlar
- » Risk analizi sonucunda belirlenen risklere yönelik sürekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.
- » Planlanan ve gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetleri ve sonuçları izlenmelidir.

### HGH.1.4

#### **Hasta güvenliğinin sürdürülmesine yönelik çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.**

- » Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik verilecek eğitim konuları ulusal/uluslararası hasta güvenliği hedefleri ve bu hedeflere yönelik yürütülecek çalışmalar gözetilerek belirlenmelidir.
- » Eğitimler, hasta güvenliği hedeflerinin karşılanmasında kaydedilen gelişmeleri ve istenmeyen olayların analiz sonuçlarını içermelidir.
- » Eğitimler çalışanların görev alanları ve hasta güvenliği programındaki rolleri ve sorumlulukları ile uyumlu olmalıdır.
- » Eğitimler yıllık eğitim planlarında ve eğitim kayıtlarında izlenebilir olmalıdır.

### Standart 2

### HGH.2

#### **Hasta kimliğinin doğrulanması sağlanmalıdır.**

Kimlik doğrulama, sağlık hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun belirlenmesini sağlayan uygulamalar olarak tanımlanmaktadır.

### HGH.2.1

#### **Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Kimlik doğrulama süreçleri asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Sağlık hizmet süreçleri bazında kimlik doğrulama yöntemleri ve araçları
  - Kimliği belli olmayan, aynı serviste yatmakta olup benzer isimli olan, yaşamını

yitiren, kol bandı/bileklik kullanımı için fiziksel veya tıbbi engeli olan, alerjisi olan, çoğul gebeliği olan vb. hastalarda kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama süreçleri

- Zihinsel veya fiziksel özel gereksinimi olan vb. özellikli hasta gruplarında kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama süreçleri
  - İletişim kurulamayan, anestezi altında olan, yaşlı veya yabancı hastalar gibi kimlik doğrulamasının yapılamadığı durumlarda kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama süreçleri
- » Tanı, tedavi ve bakım süreçlerinde kimlik doğrulama uygulamaları izlenebilir olmalıdır.

### HGH.2.2

#### **Kimlik doğrulama araçları ve yöntemleri tanımlanmalıdır.**

- » Hastanın kurum/kuruluşa başvurusundan ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç ve kan/kan bileşeni uygulamadan önce, hasta transferi sırasında vb.) hasta kimliği doğrulanmalıdır.
- » Kimlik doğrulama amacıyla aşağıda örnekleri verilen kimlik tanımlayıcıları kullanılmalıdır:
  - Ayaktan hastalarda hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı resimli ve resmi belgeler (ülke mevzuatı kapsamında tanımlanan)
  - Yatan hastalarda;
    - Kol bantları/bileklikler
    - Barkod ve karekod
    - Biyometrik sistemler (retinal tarama, parmak izi taraması, avuç içi kimlik doğrulama sistemi vb.)
    - Kurum/kuruluş 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 vb. kullanılmalıdır.
    - Kol bantları/bileklikler üzerinde en az hasta adı/soyadı, doğum tarihi, protokol numarası vb. bilgileri bulunmalıdır.
    - Kol bandı/bileklik üzerindeki bilgiler okunaklı olmalı, silinebilir 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 kullanılmalıdır.
    - Annedeki beyaz renkli kol bandı/bileklik bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kol bandı/bileklik ile değiştirilmelidir.
    - 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.
- » Hasta kimliği kimlik tanımlayıcıları ile doğrulanmalıdır. Kimlik tanımlama aşağıdaki bilgilerden oluşabilir (En az iki tanımlayıcı kullanılmalıdır):

- Hasta adı-soyadı
- Vatandaşlık numarası
- Doğum tarihi (gün/ay/yıl)
- Baba adı
- Protokol numarası
- » Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin kullanılacak yöntemlere ilişkin aşağıda örnekler verilmektedir;
  - 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
- » Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan dokularda doğru kimlik tanımlayıcıları kullanılmalı, eksiksiz bir şekilde etiketlenmeli ve uygun şekilde patoloji laboratuvarına transfer edilmelidir.
  - Patoloji laboratuvarına gönderilecek numune etiketlerinde kullanılacak hasta kimlik tanımlama parametreleri tanımlanmalıdır.
- » Laboratuvarlarda analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken numune alımı, numunenin kabulü gibi aşamalar ve bu aşamalarda kullanılacak kimlik doğrulama parametreleri ve kuralları tanımlanmalıdır.
- » Hemodiyaliz hastalarında ilk muayenede, hastanın resmi kimliği üzerinden kimlik doğrulaması yapılmalıdır.
  - Her hemodiyaliz seansında damar yolu açılmadan önce kullanılacak kimlik doğrulama parametreleri ve kuralları tanımlanmalıdır.
- » Hasta ve sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve kimlik doğrulamanın önemi hakkında bilgilendirilmelidir.

### Standart 3

#### HGH.3

**Düşmelerin önlenmesi sağlanmalıdır.**

##### HGH.3.1

**Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.**

- » Hasta düşmelerini önlemeye yönelik süreçler, üst yönetimin liderliğinde ve tüm çalışanların katılımıyla bütüncül olarak asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- Risklerin belirlenme şekli (bölüm/birim bazlı, hasta/hastalık bazlı vb.)
- Hastaların risk düzeylerinin değerlendirilmesi (risk değerlendirmesi yapılacak hastalar, risk değerlendirmesinde kullanılacak ölçekler, risk düzeylerinin tanımlanması vb.)
- Belirlenen risklere göre alınacak önlemler (hasta/hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler vb.)
- Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (bildirim zamanı, yöntemi, sonuçların değerlendirilmesi vb.) (Bkz. İstenmeyen Olay Bildirimi)

### HGH.3.2

#### Hastalar düşme riski açısından değerlendirmelidir.

- » Yatan hastalara ve kurum/kuruluş tarafından belirlenen ayaktan hasta gruplarına yönelik düşme riski değerlendirmesi yapılmalıdır.
- » Yatan hastaların düşme riski değerlendirmesi hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekimi tarafından yapılmalıdır.
  - Risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır. (Morse, Hendrich II, İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği vb.)
    - Özellikli birimler hizmet verdiği hasta gruplarına özgü varsa ölçekleri kullanılmalıdır.
  - Risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.
  - Özellikli planlama gerektiren hasta grupları (geriatrik hastalar, pediatrik hastalar, erişkin/çocuk/yenidoğan yoğun bakım hastaları vb) risk değerlendirmesi yapılmaksızın yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemler alınmalıdır.
  - Hemodiyaliz hastaları; diyabetik nöropati, görme bozuklukları, periferik vasküler hastalıklar ve kalp hastalıkları ile diyaliz sonrası hipotansiyon ve kas krampları gibi tedaviye bağlı komplikasyonlar nedeniyle düşme açısından yüksek riskli olarak değerlendirilmelidir.
  - Düşme riski değerlendirme sonuçları hasta kayıtlarında yer almalıdır.
  - Düşme riski yüksek olan hastaların bilgileri sağlık çalışanları arasında devir ve teslim yapılırken aktarılmalıdır.
- » Ayaktan hastalarda kurum/kuruluş tarafından düşme açısından riskli hasta grupları belirlenmelidir.
  - Aşağıdaki hasta grupları düşme riski açısından yüksek riskli hasta grubu olarak değerlendirilebilir:
    - Sedasyon veya anestezi altında gününbirlik cerrahi işlem yapılan hastalar
    - Göz operasyonu sonucu görme bulanıklığı yaşayan hastalar
    - Endoskopi ünitesi hastaları
    - Geçmişinde düşme hikâyesi, yürüyüş ve denge bozuklukları, görme kaybı olan hastalar
    - Yürümeye yardımcı cihaz kullanan hastalar
    - Yatıştırıcı, duyu değiştirme ve denge ve yürüyüşü bozan ilaç kullanan hastalar
    - Fizik tedavi veya nöroloji hastaları
    - 65 yaş üstü hastalar
    - vb.

### HGH.3.3

#### Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

- » Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risk düzeylerine göre hasta, bölüm/ tesis bazlı önlemler alınmalıdır.
- » Hasta bazlı önlemler, hastaların risk düzeylerine göre alınacak genel önlemler ile yapılan risk değerlendirmesi sonucunda hastada tespit edilen risk faktörlerine özgü önlemler olarak tanımlanabilir.
  - Yatan hastalarda yüksek riskli hastalara yönelik asgari aşağıdaki genel önlemler alınmalıdır:
    - Yüksek riskli hastalar hastanın bulunduğu veya transfer edildiği her alanda çalışanları uyarmak amacı ile kurum/kuruluş tarafından belirlenen bir sembol ile tanımlanmalıdır.
    - Yüksek riskli hastaların bakımı planlarında alınan koruyucu önlemler izlenebilir olmalıdır.
    - Yüksek riskli hastaların gözlem sıklığı belirlenmelidir.
    - Hasta/hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.
- » Bölüm/tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı, asgari aşağıdaki önlemler alınmalıdır:
  - Hasta odası yalın hale getirilmeli, odada gereksiz alet, malzeme ve eşyalar bulundurulmamalı ve odada yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.
  - Hasta yatakları hasta düşmelerini engelleyecek şekilde konumlandırılmalıdır.
  - Yatak korkulukları kaldırılmalı ve yatak emniyet kilidinin kapalı olması sağlanmalıdır.
  - 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.
  - Merdivenlerde korkuluk bulunmalıdır.
  - Alçak tavan, kaygan ve ıslak zemin vb. durumlara yönelik uyarıcılar kullanılmalıdır.
  - Zeminde bulunan engellere karşı önlem alınmalıdır.
  - Hizmet sunum alanlarında yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.
- » Kurum/kuruluş girişlerinde günlük hasta kapasitesi ile uyumlu olarak yeterli tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
- » Kurum/kuruluş genelinde tanı, tetkik, tedavi ve bakım ile ilgili alanlar tekerlekli sandalye ile ulaşımına uygun olmalıdır.
- » Hasta düşmelerini önlemeye yönelik tüm çalışanların farkındalığı ve katılımı sağlanmalıdır.
- » Hasta ve sağlık çalışanlarına düşmelerin önlenmesi konusunda eğitim verilmelidir.

### Standart 4

#### HGH.4

**Çalışanlar arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.**

##### HGH.4.1

**Çalışanlar arasında etkili iletişimin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Çalışanlar arasında etkili iletişimin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devir teslimi
  - Panik/kritik değerlerin bildirimi
  - Sözel istem uygulaması
  - Kısaltma, simge ve sembol kullanımı
  - Konsültasyon süreçlerinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı

##### HGH.4.2

**Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devir teslimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Sağlık çalışanları arasında nöbet teslim süreçleri tanımlanmalıdır.
- » Nöbet teslim süreçlerinde asgari aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:
  - Nöbet tesliminde hasta, bilgilerin kayıtlar üzerinden aktarılması ve 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.

##### HGH.4.3

**Panik/kritik değer bildirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Panik/kritik değer bildirimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
  - Bu plan; panik/kritik değer ne olduğu, ortaya çıktığında nasıl, ne şekilde, kim tarafından ve kime bildirileceği vb. bilgileri içermelidir.
- » Panik değerler BYS üzerinde tanımlanmalıdır.
- » Panik değer hakkında hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.
- » Panik değer bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır. Panik değer bildirim kayıtlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
  - Hastanın adı soyadı
  - Protokol numarası
  - Servisi
  - Testin adı
  - Panik/kritik değer
  - Test sonucunun çıktığı tarih ve saat
  - Bildirimi yapan kişi
  - Bildirim yapılan kişi
  - Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
  - Bildirimin hangi yolla yapıldığı

- » Telefon ile bildirilen panik/kritik değer geri okuma yöntemi kullanılarak doğrulanmalıdır.
- » İlgili personel panik/kritik değer bildirimine ilişkin süreç konusunda eğitilmelidir.

### HGH.4.4

#### Sözel istem uygulamasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Kurum/kuruluştaki sözel istem uygulamasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki başlıkları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Sözel istem uygulamasına ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
  - Sözel istem uygulaması sırasında ilacın ismi, dozaj formu (tablet-kapsül-inhalant vb.), dozu, veriliş yolu, miktarı ve/veya zamanı açık olarak belirtilmelidir.
  - Sözel istem alındığı durumda asgari aşağıdaki adımları içerecek şekilde doğrulanmalıdır:
    - Sözel istem alınırken istem önce dinlenir.
    - Alınan 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 hecelelemek
      - İlaç isimlerinin jenerik ve ticari isimlerinin ikisini birlikte kullanmak
      - Hangi amaçla kullanılacağını belirtmek
      - Konuşulurken karışabilecek rakamları kullanmamak
      - Ön ek ve son ek olarak karışabilecek ilaç isimlerinden kaçınmak. Bunlar için ayrıncı hecelemeye yardımcı metod geliştirmek (T için TÜSKA gibi)
      - Gerekirse verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesini istemek
  - İstemde düzeltme varsa istem tekrar kayıt altına alınır.
  - Bütün sözel istemler, mümkün olan en kısa sürede yazılı hale getirilir, tıbbi kayıtlara işlenir, istemi veren kişiye imzalatılır.
    - Sözel istem kayıtlarında istemin ne şekilde alındığı (sözlü-telefonla vb.) belirtilir.
    - Sözel istem kayıtlarında; hastanın adı-soyadı, yaşı, ilacın ismi, dozaj formu, dozu, veriliş yolu, miktarı ve/veya zamanı, istemi verenin adı ve soyadı bilgileri belirtilir.
  - Kurum/kuruluş tarafından belirlenen yüksek riskli ilaçlara yönelik sözel istem yapılmamalıdır.
  - Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.

### HGH.4.5

#### Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve sembolere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Kurum/kuruluş tarafından kısaltma, simge ve sembol kullanımına ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

### HGH.4.6

#### **Konsültasyon süreçlerinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Kurum içi/kurum dışı ve acil konsültasyon süreçlerine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
- » Konsültasyon süreçlerinde hasta bilgilerinin tam ve doğru aktarılması sağlanmalıdır. (Bkz. Hasta Bakımı)
  - Hasta hakkında önemli bilgiler (konsültasyon gerekçesi, tanı, tedavi, ilaçlar, alerjiler vb.) açık ve net şekilde belirtilmelidir.

### Standart 5

### HGH.5

#### **Yüksek riskli ilaçların güvenliği sağlanmalıdır.**

### HGH.5.1

#### **Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
  - Depolama/muhafaza
  - İstem
  - Paketleme
  - Etiketleme
  - Uygulama vb.
- » Yüksek riskli ilaçların güvenli kullanımı için kontrol adımları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Kurum/kurum tarafından kullanılan yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalıdır.
  - Liste en geç yılda bir gözden geçirilerek güncellenmelidir.
  - Kullanılan yüksek riskli ilaç listesine yüksek riskli oldukları düşünülen yeni ilaçların eklenmesi, sunulan hizmetlerde veya hasta gruplarında değişiklik olması durumlarında liste güncellenmelidir.

### HGH.5.2

#### **Yüksek riskli ilaçların güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Yüksek riskli ilaçların kullanımına yönelik riskler belirlenmelidir. (Bkz. Risk Yönetimi)
- » Yüksek riskli ilaç listesinin güncel olması sağlanmalıdır.
- » Yüksek riskli ilaçlarla ilgili bilgilere kolay erişim sağlanmalıdır.
- » Yüksek riskli ilaçlara erişim kısıtlanmalıdır.
- » Yüksek riskli ilaçlara yönelik etiket vb. uyarıcılar etkin olarak kullanılmalıdır.
  - Depolama ve kullanım alanlarında yüksek riskli ilaçlara yönelik ilave uyarıcılar kullanılabilir.
- » Yüksek riskli ilaç hatalarına yönelik ramak kala ve gerçekleşen istenmeyen olaylar bildirilmeli, analiz edilmeli ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. (Bkz. İstenmeyen Olay Bildirimi)
- » Yüksek riskli ilaçların güvenliğinin sağlanmasına yönelik çalışanlara eğitim verilmelidir.

### Standart 6

#### HGH.6

**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımı sağlanmalıdır.**

##### HGH.6.1.

**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına yönelik süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.**

- » Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına yönelik süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
  - Cerrahi bakım güvenliğini sağlamak amacıyla klinikten ayrılmadan önce, anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyattan çıkmadan önceki süreçlere yönelik olarak “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” uygulanmalıdır.
  - Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlarda SSC kullanılmalıdır.
  - SSC uygulamaya yönelik sorumlular ve sorumluluklar her aşama için belirlenmelidir.
  - Kurumsal gereksinimler çerçevesinde DST Güvenli Cerrahi Kontrol listesindeki asgari şartlar sağlanmak koşulu ile liste üzerinde düzenlemeler yapılabilir.

##### HGH.6.2

**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » SSC'nin her aşaması için sorumlular belirlenmeli ve SSC'nin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.
  - SSC sorumluları her aşamada listede belirtilen görevlerin tamamlanmasını sağlamalı ve bir sonraki evreye geçişe izin vermelidir.
  - SSC'de yer alan tüm basamaklar kontrol edilerek kayıt altına alınmalıdır.
- » Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için bütün adımlar sözlü olarak kontrol edilmelidir.
- » SSC hasta dosyasında arşivlenmelidir.
- » Hastanın klinikten ayrılmadan önceki süreçlerini değerlendirmeye yönelik asgari aşağıdaki kontroller yapılmalıdır:
  - Hasta kimliğinin doğrulanması
  - Hasta rızasının alınması
  - Ameliyat öncesi hastaya ait fiziksel hazırlıkların tamamlanması (açlık durumu, tıraş 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 bileşenleri hazırlığının teyit edilmesi
  - Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinin kontrolü
- » SSC'nin klinikten ayrılmadan önceki aşaması uygulanmadığı durumlarda hasta ameliyathaneye kabul edilmemelidir.
- » Anestezi verilmeden önce:
  - SSC sorumlusu tarafından sözlü olarak hastanın kimliği ve müdahale yeri doğrulanmalı, hastanın rızası ve bölge işaretlemesi kontrol edilmelidir.

## Bölüm 10: Hasta Güvenliği Hedefleri (HGH)

- Güvenli anestezi için allerjik reaksiyon, hava yolu, kan kaybı, vb. ön kontroller yapılmalıdır.
- » Ameliyat kesisinden önce:
  - Her bir ekip elemanı kendini isim ve görevi ile tanıtmalıdır.
  - Doğru hasta üzerinde ve doğru yerde, doğru ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak teyit etmelidir.
  - Profilaktik antibiyotik uygulaması, antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisi vb kritik unsurlar sözel olarak kontrol edilmelidir.
- » Ameliyattan çıkmadan önce:
  - Alet, spanç (tampon) ve kompreslerin sayımı tamamlanmalıdır.
  - Alınan bütün cerrahi numuneler etiketlenmelidir.
  - Aletlerdeki işleyiş bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm diğer sorunlar gözden geçirilmelidir.
  - Ameliyat sonrası bakıma ilişkin kritik ve dikkat edilecek hususlar not edilmelidir.

### Standart 7

#### HGH.7

#### El hijyeni sağlanmalıdır.

##### HGH.7.1

#### El hijyeninin sağlanmasına yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.

- » El hijyeninin sağlanmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - El hijyeni takip programının sorumlularının belirlenmesi
  - El hijyeni kurallarının belirlenmesi
  - El hijyeni uyumunun değerlendirilmesi
  - El hijyenine uyumu arttırmaya yönelik çalışmalar

##### HGH.7.2

#### El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » DSÖ önerileri kapsamında, sağlık çalışanı tarafından el hijyeni uygulanması gereken "5 Endikasyon" aşağıda belirtilmiştir:
  - Hasta ile temastan önce
  - Aseptik işlerden önce
  - Vücut sıvıları ile temastan sonra
  - Hasta ile temastan sonra
  - Hasta çevresi ile temastan sonra
- » El hijyeni uygulamaları, hasta bakımı yapılmayan ancak hastaya dolaylı olarak sağlık hizmeti verilen laboratuvarlar, eczane, sterilizasyon üniteleri, ilaç, besin vb. hazırlama bölümleri dâhil olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunulan alanlarda yürütülmelidir.
- » El hijyeni uyumu değerlendirilmelidir.
  - 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; haberli gözlemlere ek olarak, bölümlere göre kullanılan el hijyeni malzemelerinin takibi, sağlık çalışanlarının farkındalığı, bilgi düzeyi ve uyumunu ölçmeye yönelik anketler gibi yöntemler ile ölçülmelidir.
  - Yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen verilere göre gerekli iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır.
- » El hijyeni uyumunu geliştirmeye yönelik asgari aşağıdaki çalışmalar yapılmalıdır:
- El hijyeni politikasının oluşturulması
  - El hijyeni sorumlularının belirlenmesi
  - Eğitimler
  - Sağlık çalışanlarının cilt bakımını desteklemek
  - Hatırlatıcı, uyarıcı mesajlar
  - Malzemeye erişimin kolaylaştırılması
- » El hijyenine yönelik malzeme, sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda bulundurulmalıdır.
- Yönetim, 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.
    - DST kılavuzlarında yer alan öneriler çerçevesinde; hasta, sağlık çalışanı, hasta ya da çevresi ile teması içeren bakım ya da tedavi işlemi unsurlarının bir araya geldiği hasta bakım noktalarında alkol bazlı el antiseptiği bulundurulmalıdır.
    - 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 ulaşılabilir şekilde bulunmasıdır.
    - Alkol bazlı antiseptiklere erişim genellikle sağlık çalışanı tarafından taşınan cep şişeleri, duvara ya da hasta yatağına sabitlenmiş şişeler, yatak yanındaki masa ya da ilaç taşıma arabalarında bulunan şişeler vb. yöntemler ile sağlanabilir.
- » El hijyeni konusunda tüm çalışanlara eğitim verilmelidir.
- Eğitimlerin içerikleri ve periyodları meslek gruplarına ve el hijyen uyumu ölçümü sonuçlarına göre belirlenmelidir.
  - Eğitimler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
    - El hijyeninin önemi
    - Yöntemleri ve endikasyonları
    - Eldiven kullanımı
    - Dikkat edilmesi gereken hususlar

### Standart 8

#### HGH.8

**Hasta güvenliği hedeflerine ilişkin uyum izlenmeli ve değerlendirilmelidir.**

##### HGH.8.1

**Hasta güvenliği hedeflerine ilişkin göstergeler belirlenmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.**

- » Hasta güvenliği plan ve programlarının sonuçları izlenmeli, değerlendirilmeli ve sürekli iyileştirmelidir.
- » Hizmet türü ve hasta profiline göre aşağıdaki göstergeler belirlenmeli, izlenmeli ve değerlendirilmelidir: (Bkz. Gösterge Yönetimi)
  - El hijyeninin sağlanması
  - İlaç güvenliği
  - Düşmelerin önlenmesi
  - Kimlik doğrulama
  - Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanımı
  - Çalışanlar arasında etkili iletişim
- » Söz konusu göstergeler, SAS gösterge havuzunda yer alan göstergelerden seçilebileceği gibi, kurum/kuruluş tarafından da belirlenebilir.
- » Gösterge sonuçları analiz edilmeli, belirlenen hedeflerle uyumu değerlendirilmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Elde edilen sonuçlar yönetim ve ilgili çalışanlar ile paylaşılmalıdır.

<b>BOYUT 3 HASTA DENEŞİMİ</b>	
<b>Bölüm 11 Yaşam Sonrası Hizmetler (YSH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
YSH.1	Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
YSH.1.1	Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
YSH.1.2	Genazenin birimden morga transferi, morgda hazırlanması, muhafazası ve morgdan teslim edilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.3	Morg alanına yönelik fiziksel düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.4	Yaşam sonrası hizmet süreçlerinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.5	Genaze muhafaza dolaplarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.6	Genaze ve cenaze yakınlarının ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
YSH.1.7	Yaşam sonrası hizmetlere yönelik ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

### Genel Bilgi

Yaşam sonrası hizmetleri, kültürel ve manevi değerlere saygı gösterilerek, cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması ve yakınların fiziksel, psikolojik ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasını kapsamaktadır. Bu bölümde yer alan standartlar yaşam sonrası hizmetlerin sunulduğu sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda sunulacak hizmetler ve bu hizmetlerin niteliğinin ortaya konulmasını sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### YSH.1

**Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### YSH.1.1

**Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.**

- » Yaşam sonrası hizmetlere ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir:
  - Cenazenin;
    - İlgili birimden çıkışının yapılması
    - Morga transferi
    - Morga kabul ve bekleme süreci
    - Morgda hazırlanması ve muhafazası
    - Morgdan teslim edilmesi
    - Morgdan çıkışı
  - Morg fiziki koşullarının sağlanması ve izlenmesi
  - Morg alanına giriş ve çıkış kuralları
  - Cenaze kimlik doğrulama süreçleri
  - Adli süreçlerin işleyişi
  - Bulaşıcı hastalık süreçleri
  - Özel durumlarda sağlık personelinin cenazeye erişimi ile ilgili yetkilendirilme
  - Morg personelinin güvenliğinin sağlanması
  - Cenaze yakınlarının bilgilendirilmesi ve gerektiğinde desteklenmesi
  - Cenaze ve yakınlarının farklı kültürel ve manevi değerlerinin varlığı durumunda izlenecek süreçler
  - Sahibi olmayan cenazelerle ilgili izlenmesi gerekli süreç
  - Ölü doğan bebekler, düşük materyali, ampute edilmiş organlar vb. varlığında izlenecek süreçler
  - Kurum/kuruluşta morg bulunmuyorsa yaşam sonrası hizmetlere yönelik süreçler
- » Radyonüklit tedavisi alan hasta vb. izolasyon süresinde yaşamının sona ermesi durumlarında izlenecek süreçler
- » Kurum/kuruluş dışından getirilen cenazelere yönelik süreçler

##### YSH.1.2

**Cenazenin birimden morga transferi, morgda hazırlanması, muhafazası ve morgdan teslim edilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Cenazenin morga transferi, morgda hazırlanması, muhafazası ve morgdan teslim edilmesi süreçlerinde cenazenin mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.
- » Cenaze kimlik bilgileri resmi kimlik belgeleriyle ve yakınlarının yazılı onayı alınarak doğrulanmalı ve hasta yakınlarına doğrulanarak teslim edilmelidir.
- » Morg işleyişi kapsamında gerçekleştirilen tüm işlemler kayıt altına alınmalı, izlenebilir olmalı ve arşivlenmelidir.

### YSH.1.3

#### **Morg alanına yönelik fiziksel düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Morg alanında aydınlatma, temizlik, iklimlendirme, sıcak su sistemi vb. fiziki koşullar sağlanmalıdır.
- » Morgda bulunması gereken malzemelerin temini sağlanmalıdır.
- » Morg çıkışı, kurum/kuruluşun ana ve acil çıkışından ayrı olmalıdır.

### YSH.1.4

#### **Yaşam sonrası hizmet süreçlerinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Cenazenin muhafaza edildiği ve yıkandığı yerler her kullanımdan sonra dezenfekte edilmelidir.
- » Bulaşıcı hastalığı bulunan cenazelerin muhafaza edildiği ve yıkandığı alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Yaşam sonu hizmet süreçlerinde kişisel koruyucu ekipman kullanımı sağlanmalıdır.
- » Yaşam sonu hizmet süreçlerinde görevli personelin el hijyenine uyumu sağlanmalıdır.

### YSH.1.5

#### **Cenaze muhafaza dolaplarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Kurum/kuruluşta ihtiyaç duyulan sayıda, soğuk hava düzenine sahip cenaze muhafaza dolabı bulunmalıdır.
- » Cenaze muhafaza dolaplarının sıcaklık takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Cenazenin üzerinde, dolapta ve cenaze taşıma ekipmanında cenazenin kimlik bilgileri bulunmalıdır.
- » Bebek cenazesinde kullanılan taşıyıcılar cenazeyi sabitleyecek bir düzeneğe sahip olmalıdır.

### YSH.1.6

#### **Cenaze ve cenaze yakınlarının ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda, hasta odaklı bir yaklaşım ile hastanın hayatta iken sahip olduğu kültürel ve manevi beklentileri dikkate alınarak saygı ve özen çerçevesinde hizmet verilmesi sağlanmalıdır.
- » Cenazenin yakınlarına teslimi sürecinde, fiziksel ve psikolojik durumlarını dikkate alacak şekilde, cenaze yakınlarına destek olacak uzman personel bulundurulmalıdır.
- » Cenaze yakınları için konforlu, temiz ve yeterli bekleme alanı oluşturulmalıdır.
  - Bekleme alanında cenaze yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

### YSH.1.7

#### **Yaşam sonrası hizmetlere yönelik ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.**

- » Yaşam sonrası hizmetlerde görevlendirilen çalışanlara asgari aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir:
  - Enfeksiyonlardan korunma
  - Kişisel koruyucu ekipman kullanımı

## Bölüm 11: Yaşam Sonrası Hizmetler (YSH)

- El hijyeni
- İletişim becerileri
- Yas süreci
- Mahremiyet
- Kimlik doğrulama
- Güvenli transfer
- Güvenli teslim



# BOYUT 4

## Sağlık Hizmetleri



<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 12 Hasta Bakımı (HB)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
HB.1	Hasta bakımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HB.1.1	Hasta bakımına ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
HB.1.2	Hastanın güvenli transfer, sevk ve taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
HB.1.3	Konsültasyon sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
HB.2	Hasta değerlendirme ve bakım sürecinin etkin yönetilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HB.2.1	Hasta ilgili sağlık çalışanları tarafından bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
HB.2.2	Hasta ilgili sağlık çalışanları tarafından klinik riskleri açısından değerlendirilmelidir.
HB.2.3	Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik multidisipliner hasta bakım planı hazırlanmalıdır.
HB.2.4	Multidisipliner yaklaşım gerektiren olguların değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
HB.2.5	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.
HB.2.6	Hastanın klinik durumundaki değişikliklerin zamanında fark edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması sağlanmalıdır.
HB.2.7	Hasta bakım sürecinde kullanılan tıbbi cihaz alarm sistemlerinin etkin kullanılması sağlanmalıdır.
HB.2.8	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
HB.2.9	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaların yönetilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

## Bölüm 12: Hasta Bakımı (HB)

<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
HB.3	Klinik kalitenin iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HB.3.1	Kanıtı dayalı klinik rehber, protokol ve kılavuzların geliştirilmesi, kullanılması, yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
HB.3.2	Kanıtı dayalı klinik rehber, protokol ve kılavuzların etkin ve güvenli kullanımı sağlanmalı ve yaygınlaştırılmasına yönelik farkındalık artırıcı ve iyileştirici faaliyetler yürütülmelidir.
HB.3.3	Organizasyon yapısında yer alan birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalı; birim sorumluları belirlenmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
HB.4	Hasta değerlendirme ve bakım süreçlerinde kullanılan dijital sağlık uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
HB.4.1	Dijital sağlık uygulamalarının kullanımına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
HB.4.2	Dijital sağlık uygulamalarının güvenli, etkili ve verimli kullanımı sağlanmalıdır
HB.4.3	Dijital sağlık uygulamalarının etkinliği değerlendirilmeli, uygulama izlem sonuçları raporlanmalı ve sürekli iyileştirme çalışmaları yürütülmelidir.

### Genel Bilgi

Hasta bakımı, sağlık kurum ve kuruluşlarının temel faaliyetlerindedir ve hastaların fiziksel, psikolojik, sosyal ve duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlar. Hasta bakımının bütüncül bir yaklaşımla ve multidisipliner bir ekip tarafından gerçekleştirilmesi hastanın iyileşme sürecini olumlu yönde etkilemektedir. Bunun yanı sıra hasta ve hasta yakının bakım sürecine aktif olarak katılımı bakım sürecinin başarısı üzerinde etkilidir. Başarılı bir bakım süreci hasta güvenliğini sağlamakta, hastanın memnuniyetini artırmakta ve çalışanlar arasındaki iş birliğini artırmaktadır. Bu bakımdan bu bölümde yer alan standartlar sağlık kurum ve kuruluşlarının etkin, etkili ve güvenli bakım sunmalarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında nitelikli ve güvenli bakım almalarını sağlamak
- » Klinik kalitenin geliştirilmesini sağlamak
- » Bakım sürecinde dijital sağlık uygulamalarının etkin, etkili ve güvenli şekilde kullanılmasını sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### HB.1

**Hasta bakımına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### HB.1.1

**Hasta bakımına ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Hasta bakımına ilişkin süreçler ayakta, yatan ve acil hastaları kapsamalıdır.
- » Hasta bakımına ilişkin süreçler; ayakta hastalar için acil servis, diyaliz, günübirlik cerrahi vb dahil, polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içermelidir.
- » Hasta bakımına ilişkin süreçler ilgili sağlık çalışanlarının katılımı ile tanımlanmalıdır.
- » Hasta bakımına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Hasta bakım ihtiyaçlarının ne şekilde ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
    - Değerlendirmede kullanılacak popülasyona özel ölçek, değerlendirme formu vb ölçme araçlarının belirlenmesi
  - Değerlendirme sonrasında hasta bakımının planlanması
    - Hazırlanan bakım planında hasta ile tespit edilen sorunlar, sorunlara yönelik hedefler, alınan önlemler ve yapılan girişimleri ile ilgili verilere yer verilmesi
  - Planlanan bakımın hastaya sunulması
  - Bakım planı sonuçlarının değerlendirilmesi ve hastanın izlenmesi
  - Bakım planının gereksinimler doğrultusunda güncellenmesi
  - Bakım sürecinin tüm aşamalarında multidisipliner bakım ekibi üyelerinin koordinasyonu
  - Bakım sürecinde hasta güvenliğinin sağlanması
  - Hasta/hasta yakınının bakım süreçlerine katılımı
  - Yatan/ayaktan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı ve bakım sonuçlarının izlenebilirliği
  - Yaşamını kaybeden hastaya ait tıbbi bilgilendirmenin yapılması (bilgilendirmeyi yapacak yetkili bireylerin belirlenmesi, bilgilendirme için planlanan alan vb.)

##### HB.1.2

**Hastanın güvenli transfer, sevk ve taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.**

- » Hastanın transfer, sevk ve taburcu edilmesine yönelik süreçler bir plan dâhilinde gerçekleştirilmelidir.
- » Plan, ulusal ve uluslararası düzenlemelere uygun olmalıdır.
- » Plan, bölüm/birim bazlı transfer, sevk ve taburculuk kriterlerini içermelidir.
- » Planda hekim izni olmadan kurum/kuruluştan ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler belirlenmiş olmalıdır.
- » Hastanın kurum/kuruluş içi ve dışı güvenli transferine yönelik süreçler asgari

- aşağıdaki konuları içermelidir:
- Hastanın bölümlere transferi
  - Hastanın kurum/kuruluş dışına transferi
  - Yatan hasta ve acil servis hastalarının transferi
  - Özellikle planlama gerektiren yenidoğan, yoğun bakım, diyaliz ve psikiyatri hastaları gibi hasta gruplarının transferi
  - Hastanın transferinde dikkat edilecek hususlar
  - Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı
  - Transferde yer alacak çalışanların tanımlanması
- » Hastanın kurum içi/kurum dışı transfer ve/veya sevk edilmesi durumunda;
- Hastanın kurum içi transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir.
  - Transfer için hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye, transport küvöz, yenidoğan arabası gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır.
    - Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.
  - Hasta ve hasta yakınının transfer ve/veya sevk sürecine katılımı sağlanmalı, gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.
  - Transfer ve/veya sevk öncesinde transfer ve/veya sevk edilecek kurumla/ birimle koordinasyon sağlanmalıdır.
- » Transfer ve/veya sevk sırasında, hastanın klinik durumu, (varsa) yapılan müdahale, tanı/ tedavi işlemleri, güncel bakım planı ve bakım sürecine yönelik bilgiler doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.
- Hastaya ait tıbbi bilgileri içeren kayıtlar (asgari hastanın klinik durumu, hastanın devam eden bakım ihtiyaçları, transfer/sevk sebepleri ve transfer/sevk ile ilgili her türlü özel durum belirtilmeli) sevk edilen kuruma/birime iletilmelidir.
  - Transfer ve/veya sevk edilen hastanın kayıtlarında, hastayı kabul eden kurum/kuruluş ve birimin adı ve hastayı kurum/kuruluşa almayı kabul eden kişinin adı belirtilmelidir.
- » Sözleşmeli hizmetler dahil olmak üzere transfer ve/veya sevk hizmetleri ve bu hizmetlerde kullanılan kurum/kuruluşa ait nakil araçları ilgili ülke mevzuatına uygun olmalı, kurum/kuruluş tarafından belirlenen kaliteli ve güvenli nakliye kriterlerini karşılıyor olmalıdır.
- Nakil araçları; enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü programıyla uyumlu olmalı ve bu araçlarda nakledilen hastanın ihtiyaçlarını karşılayacak tıbbi ekipman, malzeme ve ilaçlar bulunmalıdır.
- » Hastanın transfer ve/veya sevki sırasındaki tıbbi durumu takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Ambulans sürücülerinin düzenli olarak sürücü belgesi geçerliliği kontrol edilmelidir.
- » Hastanın taburcu edilmesi durumunda;
- » Hastanın taburculuk ihtiyaçları değerlendirilmeli ve gerekli planlamalar yapılmalıdır.
- Planlama; bakım ihtiyaçlarının karşılanmasına yönelik eğitim, transfer ihtiyacının değerlendirilmesi vb. konuları içermelidir.
  - Taburculuk planı hasta ile birlikte yapılmalıdır.
  - Taburculuk planlaması hastanın kuruma yatışı ile birlikte başlatılmalıdır ve olası

- psikososyal veya fiziksel bakım, tedavi ve hizmet ihtiyaçlarını içermelidir.
- Taburculuk planlaması; kullanılacak ilaçlar/yüksek riskli ilaçlar, fiziksel aktivite, enfeksiyon önlemleri, ağrı yönetimi, tıbbi araç-gereçlerin güvenli ve etkin kullanımı gibi konuları içermelidir.
  - » Taburculuk sonrası devam eden bakım ve tedaviyle ilişkili konularda süreç tanımlanmalıdır.
  - » Taburculuk/sevk sırasında yazılı taburculuk planı hasta/hasta yakınına açıklanarak verilmelidir.
  - » Taburculuğuna karar verilen hastalar; taburculuk sonrası evde bakımı, kullanacağı ilaçlar, varsa diyeti, fiziksel aktiviteleri, hareket kısıtları, kontrol süreleri ve gerektiğinde kimlerle iletişime geçebileceği ve bu kişilerin iletişim bilgileri hakkında bilgilendirilmelidir.
  - » Taburculuk sürecine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.
  - » Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde yazılmalıdır.
    - Hastanın başvuru nedeni
    - Önemli bulguları
    - Konulan teşhis
    - Uygulanan tedaviler
    - Hasta taburcu olurken genel durumu
    - Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar
    - Kontrol zamanı
    - Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları
    - Hastanın dikkat edeceği hususlar
  - » Taburculuk özeti bir nüshası hastanın dosyasında bulunmalı, diğer nüsha hastaya verilmelidir.
  - » İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferi, sevki ve taburcu edilmesine yönelik eğitimler verilmelidir.

### HB.1.3

#### **Konsültasyon sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Kurum içi/ dışı ve acil konsültasyonlara ilişkin asgari aşağıdaki süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır:
  - Konsültasyon istemi
  - Uygulanması
  - Süresi
  - Kayıtların tutulması (konsültasyon nedeni, değerlendirme sonucu ve bu sonuca dair alınan aksiyonlar vb.)
  - Konsültasyon sonucunun hasta bakımına/tedavisine aktarılması
  - İntraoperatif olarak gerçekleşen patoloji konsültasyonları
  - Bir tetkik materyalinin dış konsültasyonu (materyalin transferi, konsültasyon sonucunun raporlanması, konsültasyon sonucunun ilgili hastaya ve/veya hekime bildirilmesi vb.)
- » Konsültasyon süreci, hastanın sorumlu hekimi tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.
- » Konsültasyon hizmetleri hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmelidir.
- » Konsültasyon süreçlerine ilişkin kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.

### Standart 2

#### HB.2

**Hasta değerlendirme ve bakım sürecinin etkin yönetilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### HB.2.1

**Hasta ilgili sağlık çalışanları tarafından bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.**

- » Hasta bakım ihtiyaçları, yatan hastada bölüme kabul edildiğinde ve gerektiğinde, ayaktan hastada ise hizmet aldığı bölümde ilgili sağlık çalışanları tarafından bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.
- » Bakım ekibinin tüm üyeleri hastayı kendi hizmet alanı ile ilgili olarak değerlendirmeli ve hastanın bakım ihtiyaçlarını tespit etmelidir.
- » Bakım ihtiyaçları tespit edilirken; hasta öyküsü fiziki muayene ve varsa 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.
- » Yapılan tüm değerlendirmeler kayıt altına alınmalıdır.

##### HB.2.2

**Hasta ilgili sağlık çalışanları tarafından klinik riskleri açısından değerlendirilmelidir.**

- » Her hastanın ön değerlendirmesi; psikolojik, (uygun olduğu ölçüde) manevi/kültürel, sosyal ve ekonomik faktörlere yönelik bir değerlendirmenin yanı sıra, fizik muayene ve anamnez vb. bilgileri içermelidir.
- » Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarını önlemek amacıyla yatan hastalara yönelik, ilgili sağlık çalışanları tarafından asgari aşağıdaki konularda bölüme özgü klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır:
  - Alerjik risk değerlendirmesi
  - Yatan ve belirlenen ayaktan hasta gruplarına yönelik ağrı değerlendirmesi
  - Beslenme durumunun değerlendirilmesi
  - Bası ülseri risk değerlendirmesi
  - Kateter bakımı ve takibi
  - Bilinç düzeyi takibi
  - Hastaların güvenli transferi
  - Ventilator ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi
  - Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi
  - Ağız bakımı ve takibi
  - Cihaz kaynaklı risklerin değerlendirilmesi
  - Ağrı Değerlendirmesi
- » Ağrı değerlendirmesine yönelik süreçler, bu süreçlere yönelik kurallar yatan/ayaktan bakım ve tedavi alan hastalar için tanımlanmalıdır.
- » Ağrı değerlendirmesinde ulusal/uluslararası geçerli popülasyona özel risk değerlendirme araçları kullanılmalıdır
- » Ağrının yeniden değerlendirme süreci değerlendirme skalasının/aracının önerdiği yeniden değerlendirme sıklığına göre yapılmalıdır.
- » Ağrı değerlendirme sonucuna göre hasta için gerekli uygulamalar planlanmalı, uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

### Tıbbi Beslenme

- » Tıbbi beslenmeye yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar yatan/ayaktan tedavi ve bakım alan hastalar için tanımlanmalıdır.
- » Tıbbi beslenme süreçleri; beslenme ekibi, ayaktan ve yatan hastalarda beslenme risk değerlendirmesi, değerlendirme sonucunda tıbbi beslenme destek ihtiyacı tespit edilen hastaların bakımı ve izlemine yönelik süreçler ve kurallar, ayaktan/yatan hastada ve taburculuk sonrasında beslenme risk yönetimi ve beslenme eğitim süreçlerini kapsamalıdır.
- » Hastanın tıbbi beslenme tedavisine yönelik süreçlerin yönetimini sağlamak üzere en az hekim, hemşire, diyetisyen ve eczacıyı içerecek şekilde bir ekip kurulmalı, ekibin sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Hastanın beslenme riskleri değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalı, bu amaçla popülasyona özel geçerli ve güvenilir ölçekler kullanılmalıdır.
- » Risk değerlendirme sonrası hastanın ihtiyacına göre belirlenen tıbbi beslenme tedavisi uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Hastanın taburculuk sonrası süreçte tıbbi beslenme tedavisinin sürdürülmesini sağlamaya yönelik eğitim, izlem sürecinin tanımlanması, beslenme ekipmanlarının kullanımı hakkında bilgilendirme vb. düzenlemeler yapılmalıdır.

### Basınç Yaralanmaları

- » Basınç yaralanmasını önlemeye yönelik süreçler yatan ve ayaktan tedavi ve bakım hizmeti alan hastalar için tanımlanmalıdır.
- » Basınç yaralanması açısından risk değerlendirmesi yapılması gereken hasta grupları belirlenmelidir.
- » Hastalar, basınç yaralanması riski açısından geçerli Braden, Norton, Waterlow vb. ölçekler/skalalar/araçlar kullanılarak değerlendirilmelidir.
- » Risk düzeyine göre basınç yaralanmasını önlemeye yönelik tedbirler alınmalı ve bakım planına kaydedilmelidir.

### Katater ve Tüplerin Güvenliği

- » Katater ve tüplerin güvenli kullanımını sağlamaya yönelik süreçler ve kurallar yatan ve ayaktan tedavi ve bakım hizmeti alan hastalar için tanımlanmalıdır.
- » Kullanılan kateter ve tüpler tanımlanmalıdır.
- » Hastalara takılan arteriyel, epidural, intratekal gibi yüksek riskli kateterlere yönelik uyarıcı işaretleme yapılmalıdır.
- » Sağlık çalışanlarının belirlenen kurallar konusunda bilgilendirilmesi/eğitim alması sağlanmalıdır.
- » Hasta/hasta yakınlarının kullanılan katater ve tüpler ile ilgili dikkat edilmesi gereken konular hakkında bilgilendirilmesi/eğitim alması sağlanmalıdır.
- » Sepsis, kardiyopulmoner arrest vb. riski yüksek olan hastalar için erken uyarı sistemi skorları ya da çağrı kriterleri kullanılmalıdır.
- » Riskli görülen hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.

### HB.2.3

#### Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik multidisipliner hasta bakım planı hazırlanmalıdır.

- » Bakım planı hastanın kurum/kuruluşa kabulünü takiben ilk 24 saat içerisinde

- hazırlanmalıdır.
- » Bakım planı hastanın yatarak hizmet aldığı tüm zaman dilimini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.
  - » Bakım planı hasta bakım süreci ilişkili tüm sağlık profesyonellerinin süreçlerini kapsayacak şekilde oluşturulmalıdır.
  - » Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalı ve planın aynı alanda izlenebilmesi sağlanmalıdır.
  - » Bakım planı izlenebilir olmalı; hastanın bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik ölçülebilir hedefleri, bakıma yönelik uygulamaları ve uygulama sonuçlarının değerlendirilmesini içermelidir.
  - » Bakım planı hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda güncellenmelidir.
    - Bakım planı çerçevesinde gerçekleştirilen işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.
    - 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 yansıtılmalıdır.
    - Bakım planı hastanın son durumunu içerecek şekilde her vardiyada güncellenmelidir.
    - Bakım planında yapılan tüm güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.
  - » Bakım planında ICD 10, NANDA, NIC, NOC vb. uluslararası ortak terminoloji kullanılmalıdır.

### HB.2.4

#### **Multidisipliner yaklaşım gerektiren olguların değerlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Multidisipliner yaklaşım gerektiren olguların değerlendirilmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.

### HB.2.5

#### **Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar, eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.**

- » Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; ilgili tüm sağlık profesyonellerince eksiksiz ve doğru tamamlanmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içerecek şekilde oluşturulmalıdır.
  - Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal işlemler ile gerçekleştirilen tedavilerin kim tarafından ve hangi tarihte gerçekleştirildiğine ilişkin bilgi kayıtlarda bulunmalı, bu kayıtlar hastanın tekrar başvurularında erişilebilir olmalıdır.
  - Hasta dosyalarında ve kayıtlarında bulunan bilgilerin eksiksiz ve doğru olması sağlanmalıdır.
  - Hasta kayıtları okunaklı ve anlaşılır şekilde yazılmalıdır.
  - Hastanın klinik takibi açısından önem arz eden uyarılar hasta dosyasında bulunmalıdır.

### HB.2.6

#### **Hastanın klinik durumundaki değişikliklerin zamanında fark edilmesi ve gerekli müdahalelerin yapılması sağlanmalıdır.**

- » Klinikte veya klinik dışında, hastanın kötüleştiğini gösteren fizyolojik belirtiler,

belirtilerin çalışanlar tarafından fark edilmesi ve müdahale yöntemine yönelik süreçler tanımlanmalı ve uygulanması sağlanmalıdır.

- » Tüm hastalar tedaviye verdikleri yanıt açısından durumlarına ve aldıkları tedaviye göre tanımlanmış aralıklarla yeniden değerlendirilmelidir.
- » Ek bir müdahale gerektiğinde çalışanın yardım isteme yöntemleri tanımlanmalıdır.
- » Hasta veya hasta yakınları, hastanın klinik durumunda endişe verici düzeyde değişiklik fark ettiklerinde nasıl yardım isteyebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.

### HB.2.7

**Hasta bakım sürecinde kullanılan tıbbi cihaz alarm sistemlerinin etkin kullanılması sağlanmalıdır.**

- » Hasta güvenliği açısından risk arz eden durumlarda erken uyarı sağlayan tıbbi cihaz alarmları ve bu alarmların kullanıldığı lokasyon ve durumlar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Alarm sinyalleri için klinik açıdan uygun ayarlar
  - Alarmların devre dışı bırakılabileceği durumlar
  - Alarm parametrelerinin değiştirilebileceği durumlar
  - Alarm parametrelerini ayarlama yetkisine sahip olan kişiler
  - Alarm parametrelerini değiştirme yetkisine sahip olan kişiler
- » Hasta güvenliği açısından risk arz eden alarm sinyallerine yönelik bir alarm sistemi yönetim programı geliştirilmeli ve uygulamalıdır.
- » Hastanın durumundaki değişikliğin veya kötüleşmenin erken uyarıcı belirtiler ve gerekli yardımın sağlanmasına yönelik kriterler belirlenmeli ve uygulanması sağlanmalıdır.
  - Kriterler belirlenirken hasta yaşı göz önünde bulundurulmalı ne zaman ve ne şekilde yardım talebinde bulunulacağı tanımlanmalıdır.
  - Hastanın durumuyla ilgili endişe duyulması durumunda vakit kaybedilmeden ek yardım istenmesi sağlanmalıdır.
  - Hastanın kendisi ve hasta yakınları hastanın durumundan endişe duymaları halinde nasıl yardım isteyecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.
  - Klinik alarmların yönetilmesinden sorumlu olan çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.

### HB.2.8

**Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.**

- » Hasta bakım planlarında hasta ve hasta yakınlarının bakım sürecine dahil olacakları uygulamalar belirlenmelidir.
- » Bakım sürecinde hastanın bağımsız fonksiyonlarını yerine getirmesine izin verilmeli ve hastalar kendi bakımlarına katılmaları konusunda teşvik edilmelidir.
- » Hasta/hasta yakını tarafından gerçekleştirilen uygulamalar bakım planında kayıt altına alınmalıdır.
- » Hasta/hasta yakınının kuruma/bölüme uyumu sağlanmalıdır.
- » Hasta/ hasta yakınları; uymaları gereken kurallar, kahvaltı ve yemek saatleri, telefon kullanımı, sağlık çalışanlarına ulaşma yöntemi, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin bilgilendirilme süreci vb. konularda bilgilendirilmelidir.
- » Hastaya hizmet veren tüm bakım ekibi, hasta/hasta yakınları ile beklenti, ihtiyaç

ve değerlerini gözeterek şekilde iletişim kurmalı, 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.
  - Yaşamını kaybeden hastaya ait tıbbi bilgilendirme kurum tarafından belirlenen alanda ve yetkili sağlık çalışanı tarafından yapılmalıdır.
- » Hasta/hasta yakını bakım uygulamalarının seyri konusunda belirlenen sıklıkta ve zamanda bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakınına 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 ve yakınının manevi ve kültürel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.

### HB.2.9

#### **Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaların yönetilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Yatarak hizmet alan kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar tarafından bilinmelidir.
- » Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar için asgari aşağıdaki önlemler alınmalıdır:
  - Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek hastalar bakım ihtiyaçlarına göre belirlenen sıklıkla gözlenmelidir.
  - Gerektiğinde sağlık çalışanlarının hastaya kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
  - Hasta odası çevresel açıdan güvenli hale getirilmelidir (uygun aydınlatma, riskli mobilya, aksesuar vb. materyalin kullanılmaması, pencerelerin 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 uygulaması yapılabilir.
- » Farmakolojik kısıtlama ile ilgili asgari kurallar tanımlanmalıdır.
- » Mümkün olduğunda hastaya kendisine kısıtlama uygulanacağı, bu işlemin neden yapıldığı, ne zaman biteceği, önemi vb. hakkında bilgi verilmelidir.
- » Kısıtlama uygulanacak hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.
- » Hastaya fiziksel/kimyasal tespit uygulaması yapılacaksa;
  - Tespit için kullanılacak ekipmanın kullanıma uygunluğu değerlendirilmelidir.
  - Kısıtlama için kullanılan malzemeler hastanın hareket etmesini engellemeyecek, dolaşımını bozmayacak nitelikte olmalıdır.
  - Uygulama sırasında ilgili sağlık çalışanı tarafından kısıtlama öncesi ve süresince uygulama yapılacak bölgede deri değerlendirmesi yapılmalıdır.
  - Uygulama sırasında ilgili sağlık çalışanı tarafından kısıtlama öncesi ve süresince uygulama yapılacak bölgede dolaşım değerlendirmesi yapılmalıdır.
  - Kısıtlama altındaki hastanın beslenme, boşaltım, oksijen ihtiyacı, mobilizasyon gereksinimi ve hijyenik ihtiyaçları vb bakım ihtiyaçları değerlendirilmelidir.

- » Fiziksel kısıtlama aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.
  - Fiziksel kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir.
  - Fiziksel kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, plan aşağıdaki hususları içermelidir:
    - Uygulamanın başladığı tarih ve saat
    - Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği
    - Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat
  - Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.
- » Tüm değerlendirmeler kayıt altında alınmalıdır.
- » Hastanın bakım ihtiyaçlarına yönelik plan hazırlanarak gerekli bakım verilmelidir.

### Standart 3

#### HB.3

**Klinik kalitenin iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### HB.3.1

**Kanıt dayalı klinik rehber, protokol ve kılavuzların geliştirilmesi, kullanılması, yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.**

- » Tanı, tedavi, rehabilitasyon ve taburculuk süreçlerinde ulusal ve/veya uluslararası kabul gören, kanıt dayalı güncel klinik rehber, protokol ve kılavuzların standart bir biçimde kullanılması klinik kalitenin iyileştirilmesinde en önemli faktörlerden birisidir.
- » Kanıt dayalı klinik rehber, protokol ve kılavuzların geliştirilmesi, kullanılması, yaygınlaştırılması ve iyileştirilmesine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Ulusal ve uluslararası klinik rehber, protokol ve kılavuz kullanılacak alanların belirlenmesi
  - Kullanılacak klinik rehber, protokol ve kılavuzların geliştirilmesi/seçilmesi
  - Klinik rehberlerin; değerlendirme, tedavi, prognoz, taburculuk vb. kullanım amacının ve yönteminin tanımlanması
  - Klinik rehber, protokol ve kılavuzların kimler tarafından ve nasıl kullanılacağı
  - Klinik rehber, protokol ve kılavuzların kullanımının yaygınlaştırılması
  - Klinik rehber, protokol ve kılavuzların geliştirilmesi ve iyileştirilmesine yönelik eğitim, toplantı vb. faaliyetler yürütülmesi
- » Kullanılacak klinik rehber, protokol ve kılavuzların seçilmesine yönelik;
  - Seçim işlemi multidisipliner bir komite, konsey tarafından yapılmalıdır.
  - En iyi uygulama bilgileri, paylaşılan sonuç verileri, hasta ve yakınlarının girdileri dikkate alınmalıdır.
  - Hasta merkezli bir yaklaşım izlenmeli ve bu yaklaşımla iyileştirilmiş hasta deneyimi ile bağlantılı rehberler tercih edilmelidir.
- » Klinik rehber, protokol ve kılavuzların uygulayıcılar arasında yaygınlaştırılmasını ve uygulanmasını izlemek amacıyla;
  - Rehber seçildikten ve yayılandıktan sonra uygulayıcılara eğitim programları düzenlenmesi, rehberlere kolay erişim sağlanabilecek şekilde hazırlanması gibi faaliyetler yürütülmelidir.
  - Rehberin uygulamaya konulmasını takiben düzenli aralıklarla klinik, ekonomik

ve hasta bazı sonuçlar açısından gözden geçirip değerlendirilmelidir.

### HB.3.2

**Kanıt dayalı klinik rehber, protokol ve kılavuzların etkin ve güvenli kullanımı sağlanmalı ve yaygınlaştırılmasına yönelik farkındalık artırıcı ve iyileştirici faaliyetler yürütülmelidir.**

- » Klinik rehber, protokol ve kılavuzların güvenilir bir şekilde kullanılması ve koordinasyonunun sağlanması için hizmet alanlarına yönelik ilgili alan uzmanlarını içerecek şekilde ekipler oluşturmalıdır.
- » Ekipler tarafından birimlerde kullanılacak klinik rehber, protokol ve kılavuzlar belirlenmelidir.
- » Bilimsel çalışmalar çerçevesinde birim bazlı klinik rehber, protokol ve kılavuzların güncelliğini sağlamaya yönelik kontroller yapılmalıdır.
- » Klinik rehber, protokol ve kılavuzların uyum/kullanım durumu izlenmeli, değerlendirilmeli, sonuçlara yönelik iyileştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Klinik rehber, protokol ve kılavuz kullanan çalışanlara yönelik düzenli bilgilendirici eğitimler planlanmalı, uygulanmalı, sonuçları analiz edilmelidir.

### HB.3.3

**Klinik kalitenin iyileştirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli ve çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.**

- » Kullanılan klinik rehber, protokol ve kılavuzlara ilişkin göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.
- » Gösterge analiz sonuçları izlenmeli, değerlendirilmeli, sonuçlara yönelik iyileştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır. (Bkz. Gösterge Yönetimi)

## Standart 4

### HB.4

**Hasta değerlendirme ve bakım süreçlerinde kullanılan dijital sağlık uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

#### HB.4.1

**Dijital sağlık uygulamalarının kullanımına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

- » Kurum/kuruluşta dijital sağlık uygulamaları aracılığıyla takip edilen süreçler belirlenmelidir.
  - Dijital sağlık uygulamaları; e-order, e-randevu, teletıp, klinik karar destek sistemleri, yapay zeka uygulamaları, otomatik ilaç dağıtım sistemleri gibi sistemleri içermektedir.
- » Dijital sağlık uygulamaları ile yürütülen süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

#### HB.4.2

**Dijital sağlık uygulamalarının güvenli, etkili ve verimli kullanımı sağlanmalıdır.**

- » Dijital sağlık uygulamalarına yönelik faaliyetler; güvenlik ve gizlilik ilkeleri çerçevesinde tüm ilgili ülke mevzuatı, uluslararası hizmet standartları ve

kurallarına uygun olmalıdır.

- » Dijital sağlık uygulamaları, mevcut kanıtlara dayalı olarak tasarlanmalı ve sağlanmalıdır.
- » Dijital sağlık uygulamaları kapsamında tüm paydaşlarla yürütülen çalışmalar kayıt altına alınmalıdır.
- » Hasta bilgilerinin mahremiyeti, gizliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.

### HB.4.3

**Dijital sağlık uygulamalarının etkinliği değerlendirilmeli, uygulama izlem sonuçları raporlanmalı ve sürekli iyileştirme çalışmaları yürütülmelidir.**

- » Dijital sağlık uygulamaları aracılığıyla takip edilen veriler tanımlanmalı, veri izleme süreçlerinin sorumluları belirlenmeli, veriler izlenmeli, analiz edilmeli, analiz sonuçları değerlendirilmeli ve sonuçlara yönelik iyileştirici faaliyetler ilgili birimler ile birlikte planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Dijital sağlık uygulamaları kullanan çalışanlar ilgili uygulamalar konusunda yeterli eğitim ve deneyime sahip olmalıdır.
- » Dijital sağlık uygulamalarının kullanımına yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.

## Bölüm 13: Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü (EÖK)

<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 13 Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü (EÖK)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
EÖK.1	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
EÖK.1.1	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin bir yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
EÖK.1.2	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
EÖK.1.3	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
EÖK.1.4	Salgın veya nadir görülen enfeksiyonların yönetimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
EÖK.1.5	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü hakkında hasta, hasta yakınları ve çalışanlara eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
EÖK.2	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışmalar bir program dahilinde yürütülmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
EÖK.2.1	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.
EÖK.2.2	İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.
EÖK.2.3	Enfeksiyon kontrol demetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
EÖK.2.4	Akılci antibiyotik kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
EÖK.2.5	Tesis kaynaklı enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Kod	Standart 3
EÖK.3	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
EÖK.3.1	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

### Genel Bilgi

Sağlık kurum/kuruluşlarında enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü hem hasta hem de sağlık çalışanlarının sağlığını korumak açısından kritik öneme sahiptir. Hasta güvenliğinin sağlanması, sağlık çalışanlarının korunması, klinik ortamın temizliği, salgınların önlenmesi, hasta bakım kalitesinin artırılması ve hastaların daha hızlı ve etkili bir şekilde iyileşmesinin sağlanması ve maliyetlerin azaltılması bakımından önem taşımaktadır. Bu alanda yürütülecek çalışmalar çeşitli yasal ve düzenleyici standartlarla da uyum sağlayacak şekilde bir dizi uygulama ve protokolü içermekte olup kanıta dayalı bir yaklaşım sunmaktadır. Bu bölümde yer alan standartlar enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolünün sağlanmasında tüm sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Enfeksiyonların yayılmasını önlemek
- » Enfeksiyonların kontrolüne yönelik etkili bir çerçeve oluşturarak hastaların, sağlık çalışanlarının ve toplumun sağlığını korumak
- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik sistematik ve planlı bir yaklaşım sağlamak
- » İzleme ve değerlendirme çalışmalarının düzenli olarak yapılmasını ve sonuçların enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik politikaları ve uygulamaları geliştirmektir.

### Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### EÖK.1

**Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### EÖK.1.1

**Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin bir yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin; tesisin büyüklüğüne göre komite, ekip, sorumlu vb. bir yönetsel yapı oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapıda yer alan üyeler; ilgili ülke mevzuatı, personel kapasitesi, hasta profili ve ihtiyaçları göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.
- » Yönetsel yapıda görev alan sorumluların görev yetki ve sorumlulukları asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Bilimsel esaslar çerçevesinde, kurumun/kuruluşun özelliklerine ve koşullarına uygun enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturmak
  - 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 çalışmaların koordinasyonunu sağlamak
- » Yönetsel yapıda görev alan kişilere görev, yetki ve sorumlulukları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.

##### EÖK.1.2

**Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.**

- » Kurum/kuruluşun tüm alanları ve sunulan hizmetler yılda en az bir kez enfeksiyon riski açısından değerlendirilmelidir.
- » Belirlenen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalı, değerlendirme sonuçlarına göre gerektiğinde enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü programında uygun değişiklikler yapılmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır. (Bkz. Risk Yönetimi)

##### EÖK.1.3

**Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

- » Etkin bir sürveyans sistemi, enfeksiyonlarının sıklığını, dağılımını ve etkenlerin direnç durumunu gösterebilmeli, etken veya enfeksiyon yoğunluğunu izleyebilmeli, önleyici çalışmaların etkinliğini değerlendirebilmeli, kurum/kuruluş içinde farklı bölümler arasında karşılaştırma yapmaya imkân sağlamalıdır.
- » Hasta bazlı, aktif, prospektif, hedefe yönelik, hastaya ve laboratuvara dayalı bir sürveyans sistemi oluşturulmalıdır.
  - Oluşturulan sürveyans sisteminin kolay, ulaşılabilir ve net olması sağlanmalıdır.

- » Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Sürveyans kapsamı ve içeriği
  - İzlenecek sürveyans yöntemi
  - Veri kaynakları ve veri toplama metodolojisi
  - Elde edilen sürveyans verilerinin ve sonuçlarının kullanımı
- » Sürveyans kapsamı ve içeriği ilgili ülke mevzuatında tanımlanan kriterler ve rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.
- » Sürveyans yöntemi ve kullanılan alanlar tanımlanmalı ve periyodik olarak izlenmelidir.
- » Belirlenen enfeksiyon/mikroorganizma ile ilgili tanısal kriterler ve tanımlar ulusal/uluslararası kabul görmüş kriterler çerçevesinde belirlenmeli, standardizasyon sağlanmalıdır.
- » Veri kaynakları ve veri toplama metodolojisi belirlenmelidir.
- » Sürveyans verileri, enfeksiyonlara yönelik varsa ulusal sürveyans ağına kaydedilmelidir.
  - Bu konuda ulusal bir sistem yok ise; bu amaçla oluşturulmuş uluslararası sistemlere üye olunmalı ve sürveyans verileri bu sistemler üzerinden paylaşılmalıdır.
- » Tesis kaynaklı enfeksiyon hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporları hazırlanmalıdır.
  - Sürveyans raporları yönetsel yapı tarafından değerlendirilmeli, üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılmalıdır.
- » Enfeksiyonların kontrolüne yönelik politikaların belirlenmesinde sürveyans sonuçları kullanılmalıdır.
- » Sürveyans sonuçlarına göre ilgili birimlere geri bildirim yapılmalı, gerektiğinde iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların sürveyansına yönelik ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

### EÖK.1.4

#### **Salgın veya nadir görülen enfeksiyonların yönetimine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.**

- » Salgın ve nadir görülen enfeksiyonlarının yönetimine yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Erken teşhis
  - Hızlı müdahale
  - Acil durum hazırlık planı
  - Enfeksiyonun yayılmasını kontrol altına alma
  - Hasta, hasta yakını ve sağlık çalışanlarına yönelik eğitimler
  - Gerektiğinde toplumun bilgilendirilmesine yönelik faaliyetler

### EÖK.1.5

#### **Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü hakkında hasta, hasta yakınları ve çalışanlara eğitim verilmelidir.**

- » Hasta/hasta yakınlarına yönelik enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü hakkında eğitimler, eğitim yönetimi sorumluları ile planlanmalı, uygulanmalı ve etkinliği

## Bölüm 13: Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü (EÖK)

değerlendirilmelidir.

- » Çalışanlara yönelik eğitimler, çalışanların görev alanları ve yetkinliklerine özgü olarak planlanmalıdır.

### Standart 2

#### EÖK.2

**Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik çalışmalar bir program dahilinde yürütülmelidir.**

##### EÖK.2.1

**Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.**

- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program; kurum/kuruluş büyüklüğü ve hizmet sunum alanları göz önünde bulundurularak oluşturulmalıdır.
- » Program asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Sağlık hizmet süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi
  - Sürveyans
  - El hijyeni
  - İzolasyon önlemleri
  - Enfeksiyon kontrol demetleri
  - Özellikle hizmet sunum alanlarında enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü (diyaliz, yoğun bakım, kemik iliği nakil ünitesi, immünsüpresif hasta odaları, izolasyon odaları, parenteral nutrisyon ünitesi vb.)
  - Bildirimi zorunlu hastalıkların ilgili ülke ulusal sağlık/bildirim sistemine kaydedilmesi
  - Akılcı antibiyotik kullanımı
  - Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
  - Hava ve su kaynaklı enfeksiyon kontrol önlemleri
  - Tesis kaynaklı tadilat, onarım, inşaat çalışmalarında enfeksiyonların önlenmesi
  - Salgınlar, nadir görülen enfeksiyonlar vb. olağanüstü durumlara yönelik planlamaların yapılması
  - Çamaşırhane, mutfak, morg, depo, teknik birim, biyomedikal gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi
  - Atıkların bertaraf edilmesi
  - Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik yapılması gereken sağlık taramaları ile bağışıklama işlemlerinin tanımlanması

##### EÖK.2.2

**İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Enfekte/kolonize hastaların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalı, izolasyon önlemi alınacak hasta grupları belirlenmelidir.
- » İzolasyon önlemleri; standart önlemler ve solunum, damlacık ve temas izolasyonu gibi duruma özgü önlemleri içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
  - İzolasyon önlemleri belirlenirken kabul görmüş ulusal ve uluslararası rehberler esas alınmalıdır.
- » İzolasyon önlemlerine yönelik gerekli fiziki koşullar (ayrı oda, yataklar arası yeterli mesafe, yeterli personel vb.) sağlanmalıdır.

- » Kurum/kuruluş içinde uygulama ve dil birliğini sağlamak ve görsel şekillerin akılda kalıcılığından faydalanmak amacıyla, izolasyon türüne göre izolasyon sembolleri/kartları vb. uyarıcılar belirlenmelidir.
  - Enfekte/kolonize hastalarda, uygulanan izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı semboller kullanılmalıdır.
  - Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik yönetsel yapı kararı doğrultusunda, izolasyon yönteminin adı ve uygulama şekli, tanımlayıcı semboller için kullanılan görsellerle birlikte kullanılabilir.
  - İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.
  - İzolasyon önlemleri ve tanımlayıcı semboller, hastanın transferi de dahil olmak üzere tüm hizmet süreçlerinde uygulanmalıdır.
- » İzolasyon önlemlerine yönelik sağlık çalışanlarına eğitim verilmeli, yeterli kişisel koruyucu ekipman temin edilmeli, ekipmanın sürekliliği sağlanmalı ve izolasyon önlemlerine uygun şekilde çalışılması sağlanmalıdır.

### EÖK.2.3

#### **Enfeksiyon kontrol demetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması amacıyla asgari aşağıdaki konularda enfeksiyon kontrol demetleri oluşturulmalıdır:
  - Ventilatör ilişkili pnömoni (VİP)
  - Santral kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyonu (SKİ-KDE)
  - Kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyonu (Kİ-ÜSE)
  - Cerrahi alan enfeksiyonları (CAE)
- » Enfeksiyon kontrol demetlerine yönelik uygulama kuralları ilgili ülke mevzuatına uygun olacak şekilde tanımlanmalıdır.
  - Enfeksiyon kontrol demetlerine yönelik uygulamalara yönelik ulusal/uluslararası kılavuzlardan yararlanılabilir.
- » Enfeksiyon kontrol demetlerine tam uyum sağlanmalı, hastaya özel ve denetlenebilir olmalıdır.
- » Enfeksiyon kontrol demeti uygulamalarında temel prensip olarak;
  - İnvaziv aletler gereksiz kullanılmamalıdır.
  - Günlük tıbbi uygulamalar sırasında el hijyeni sağlanmalıdır.
  - Uygun malzeme kullanımı sağlanmalıdır.
  - Asepsi ve antisepsi kurallarına uyum sağlanmalıdır.
  - İnvaziv araç kullanımı en kısa sürede sonlandırılmalıdır.
- » Sağlık çalışanlarının enfeksiyon kontrol demetlerine uyum düzeyleri belirlenen periyotlarda takip edilmelidir.
  - 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.

### EÖK.2.4

#### **Akılıcı antibiyotik kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Akılıcı antibiyotik kullanımı ile ilgili farkındalık oluşturulması, konuyla ilgili gerekli çalışmaların planlanması ve yürütülmesinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı, ekibin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.
  - Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü alanında görev yapan uzmanlar, hekimler, hemşireler, eczacılar ile hasta ve hasta yakınları bu sürece dahil edilebilir.
- » Akılıcı antibiyotik kullanım politikası tanımlanmalıdır.
  - Antibiyotik kullanım politikaları belirlenirken uluslararası ve varsa ulusal ve/veya lokal rehberlerden yararlanılmalı, lokal direnç verileri de göz önüne alınmalıdır.
- » Akılıcı antibiyotik kullanım politikası doğrultusunda bir program geliştirmeli ve uygulamalıdır.
- » Akılıcı 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 (Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanım oranlarının izlemi gibi).
- » Antibiyotik duyarlılık testi raporlarında kısıtlı bildirim kuralları belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- » Antibiyotik kullanımı ve bakteriyel direnç kurum bazında izlenmelidir.

### EÖK.2.5

#### **Tesis kaynaklı enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Tesis yıkım, inşaat, yenileme ve onarım vb. çalışmalarına yönelik planlama ve organizasyonlara enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolünden sorumlu ekip dahil edilmelidir.
- » Tesis kaynaklı enfeksiyonların önlenmesine yönelik su ve havalandırma sistemlerinin kontrolü ve değerlendirmesi yapılmalıdır.
- » Kontrollere yönelik kayıtlar tutulmalıdır.
- » Aşağıda belirtilen süreçler 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

### EÖK.3

**Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**

#### EÖK.3.1

**Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.**

- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik 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.
  - Rutin gözlem ve kontroller, sürveyans raporları yapılan toplantılarda değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Ulusal ve uluslararası kapsamda takip edilecek göstergeler belirlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
  - Gösterge sonuçları analiz edilmeli, belirlenen hedeflerle uyumu değerlendirilmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Elde edilen sonuçlar üst yönetim ve ilgili çalışanlar ile paylaşılmalıdır.
- » Çalışanların enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili sorumluluklarına yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 14 İlaç Yönetimi (İY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
İY.1	İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İY.1.1	İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
İY.1.2	İlaç yönetimine ilişkin bir yönetsel yapı oluşturulmalıdır.
İY.1.3	İlaç yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalı ve etkin bir iletişim sağlanmalıdır.
İY.1.4	İlacın dahil olduğu tüm süreçlerde ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
İY.2	İlacın temini, muhafazası ve stok yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İY.2.1	Doğru ilacın doğru zamanda temin edilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.2.2	İlaçlar niteliklerine uygun şekilde muhafaza edilmeli, gerekli fiziksel koşullar sağlanmalıdır.
İY.2.3	Özel nitelikli ilaçların muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.2.4	İlaçların stok seviyeleri ve miat takiplerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
İY.3	İlacın istemi, hazırlanması ve transferine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

## Bölüm 14: İlaç Yönetimi (İY)

<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İY.3.1	İlaç istem sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.3.2	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.3.3	İlaçların güvenli transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
İY.4	Güvenli ilaç uygulamasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İY.4.1	İlaçların uygulama öncesi hazırlığı ve uygulanmasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.4.2	Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü sağlanmalıdır.
İY.4.3	İlaç uygulamalarına ilişkin advers etkilere yönelik olarak düzenlemeler yapılmalıdır.
İY.4.4	İlaçların imhasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 5</b>
İY.5	İlaç yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İY.5.1	İlacın dahil olduğu süreçlerin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.
İY.5.2	İlacın dahil olduğu süreçlerin performansının değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

### Genel Bilgi

İlaç, insanlardaki hastalığı tedavi edici veya önleyici özelliklere sahip olarak sunulan veya farmakolojik, immünolojik veya metabolik etki göstererek fizyolojik fonksiyonları düzeltmek, iyileştirmek, değiştirmek veya tıbbi teşhis amacıyla insanlarda kullanılan veya insana uygulanan madde veya maddeler kombinasyonudur. Sağlık kurum ve kuruluşlarında ilaçlar aktif bir şekilde kullanılmakta ve çok sayıda ilaç muhafaza edilmektedir. İlaçların etkili bir şekilde yönetilmesi gerekmektedir. İlaç yönetimi, doğru ilacın, doğru dozda, doğru hastaya, doğru zamanda ve uygun bir şekilde verilmesini sağlamaktadır. Yanlış ilaç kullanımı veya hatalar, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit etmekte, tedavi süreçlerinin uzamasına ve ek maliyetlere neden olmaktadır. Bu bölümde yer alan standartlar ilaçların etkili bir şekilde yönetilmesinde sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » İlacın dahil olduğu tüm süreçlerde, hasta ve çalışana yönelik riskleri en az düzeye indirmek
- » İlaç yönetim süreçlerinin etkin ve verimli şekilde yürütülmesini sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### İY.1

**İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### İY.1.1

**İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.**

- » İlaç yönetimine ilişkin süreçler ilacın bulundurulduğu tüm hizmet alanlarını kapsayıcı nitelikte olmalı ve asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - İlaç yönetiminde yer alan çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları
  - İlaçların temini
  - 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, İlaç-besin etkileşimlerinin kontrolü
  - Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü
  - Total parenteral nütrisyon solüsyonlarının temin, hazırlama, saklama uygulama süreçleri ve istisnai durumlar
  - Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza şartları uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçların imha süreçleri
  - Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası
  - Yarım doz psikotrop veya narkotik ilaçların imha süreçleri
  - Yarım doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltilerin imha süreçleri
  - İlaç atıklarının yönetimi
  - Yüksek riskli ilaçların yönetimi ve istem süreci
  - Özel nitelikli ilaçlara (acil pediatrik ilaçlar, görünüşü benzer ilaçlar, psikotrop/narkotik ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, sitotoksik ilaçlar, ikincil takip gerektiren ilaçlar, hazırlanması özel teknik/teçhizat gerektiren ilaçlar, konsantre elektrolitler, vb.) ait süreçler
    - Özel niteliğe sahip ilaç grupları, ilgili ülke mevzuatına uygun olarak kurum/kuruluş tarafından belirlenmeli, bu tür ilaçların güvenliğine yönelik uyarıcı mekanizmalar (renkli etiketler, bilgi sistemi üzerinde renkli veya sesli uyarılar vb.) kullanılmalıdır.
  - Advers etki bildirimleri
  - İlaç hataları ve istenmeyen olayların bildirimleri
    - İlaç hataları ve istenmeyen olaylar, ilgili kurum veya kuruluşlara, ilgili ülke mevzuatı ve ulusal/uluslararası standartlara uygun şekilde bildirilmelidir.
- » İlaç yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tüm paydaşların katılımı sağlanarak tanımlanmalı, periyodik olarak gözden geçirilmeli ve güncellenmelidir.

- » İlaç yönetimine ilişkin kurallar ilgili ülke mevzuatına, ulusal/uluslararası rehber ve uygulamalara (örn. akılcı ilaç kullanımı) uygun olmalıdır.
- » Kurum/kuruluş için bir "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" oluşturulmalı ve uygulanması sağlanmalıdır.

### İY.1.2

#### **İlaç yönetimine ilişkin bir yönetsel yapı oluşturulmalıdır.**

- » İlaç yönetim süreçlerinin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik komite, birim, komisyon, ekip vb. bir yönetsel yapı oluşturulmalıdır.
  - Yönetsel yapıda görev alacak kişiler ilaç yönetimine ilişkin gerekli niteliklere sahip olmalıdır.
    - Yönetsel yapı, ilaçla ilgili tüm faaliyetlerden sorumlu olan tıp doktorları, eczacılar, hemşireler ve diğer ilgili sağlık profesyonellerinden oluşmalıdır.
    - Yönetsel yapı, ilaç yönetimi ile ilgili alanda eğitim, deneyim ve yetkinliğe sahip olmalıdır.
    - Yönetsel yapı, güncel ilaç bilgilerine ve teknolojilerine hâkim olmalıdır.
    - Yönetsel yapı, iyi iletişim ve ekip çalışması becerilerine sahip olmalıdır.

### İY.1.3

#### **İlaç yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalı ve etkin bir iletişim sağlanmalıdır.**

- » İlaç yönetiminin tüm süreçlerinde yer alan çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Yönetsel yapı, ilacın tüm süreçlerine ilişkin kararların alınmasında aktif olarak rol almalıdır.
- » Yönetsel yapı tarafından düzenli olarak ilaç güvenliğine ilişkin denetimler gerçekleştirilmeli, raporlanmalı ve iyileştirme faaliyetleri yapılmalıdır.
- » İlaç yönetiminin her aşamasında hasta-çalışan ve çalışan-çalışan arasında etkin iletişim sağlanmalıdır.

### İY.1.4

#### **İlacın dahil olduğu tüm süreçlerde ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.**

- » İlaç yönetimi eğitim programı, ilgili tüm çalışanların ilaç süreçleri ile ilgili temel bilgileri öğrenmesini sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır.
- » Eğitim programı, farklı çalışan gruplarının özel ihtiyaçlarını karşılamalıdır. (ilaç transferi gerçekleştirecek personel için güvenli ilaç transfer eğitimi, hemşireler için güvenli ilaç uygulamaları eğitimi vb.)
- » Eğitim programı, güncel ilaç bilgilerine ve teknolojilerine uygun olmalıdır.
- » İlaç yönetimine ilişkin eğitimlerin etkinliği sağlanmalıdır. (Bkz. Eğitim Yönetimi)

### Standart 2

#### İY.2.

**İlacın temini, muhafazası ve stok yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### İY.2.1

**Doğru ilacın doğru zamanda temin edilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » İlaç temin sürecine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir.
- » Yıllık ilaç teminleri, ara ilaç teminleri ve acil ilaç teminleri bir plan dahilinde gerçekleştirilmelidir.
  - Planda; ilaç temin talebinde bulunabilecek kişiler, talep yöntemi, talep değerlendirme vb. süreçler yer almalıdır.
- » Temini gerçekleştirilecek ilaç türlerinin ve miktarlarının belirlenmesinde taleplerin niteliği (acil, rutin, öncelikli ilaç grupları vb.), mevcut stok durumu ve tüketim analizleri göz önünde bulundurulmalıdır.

##### İY.2.2

**İlaçlar niteliklerine uygun şekilde muhafaza edilmeli, gerekli fiziksel koşullar sağlanmalıdır.**

- » Tanımlanan ilaç depolama alanları; eczane depoları ve ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarını (yoğun bakım, doğumhane, acil servis, ameliyathane, evde sağlık, ambulans vb.) kapsamalıdır.
- » Güvenlik ve emniyet açısından ilaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.
- » Depolama alanlarında ilaçlar, niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalıdır.
  - İklimlendirme, ışık kontrolü gibi düzenlemeler gerçekleştirilmeli, fiziki koşulların takibi yapılmalı, elektrik kesintisi gibi olağanüstü durumlarda buzdolabı veya soğuk odalardaki soğuk zincirin korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Tüm tanımlı depoların ortam parametrelerinin (sıcaklık, nem) takibi yapılmalı, uygunsuzluk durumunda iyileştirici faaliyet başlatılmalıdır.
- » İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış dolaplarda ilaç, serum veya 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.
- » Bozulan veya miadi geçen ilaçlar imha edilmek üzere ayrılmış alanlarda saklanmalıdır.
- » Soğuk zincir gerektiren ilaçlar (aşılar, insülinler gibi) için özel depolama koşulları sağlanmalıdır.
  - Bu ilaçların hazırlanması sırasında sıcaklık kontrolleri yapılmalı ve soğuk zincir kırılmamalıdır.

### İY.2.3

#### Özel nitelikli ilaçların muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir:
  - Acil pediatrik ilaçlar
  - Görünüşü benzer ilaçlar
  - Yazılışı ve okunuşu benzer ilaçlar
  - Narkotik ilaçlar
  - Psikotrop ilaçlar
  - Işıktan korunması gereken ilaçlar
  - Yüksek riskli ilaçlar
  - Hazırlanması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren ilaçlar
  - Konsantrite elektrolitler
  - Gebelik ve emzirmede kullanılmaması gereken ilaçlar
  - Sitotoksik ilaçlar
  - Anestezik ilaçlar
  - Gazlar
- » Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmalı, listeler kullanım alanında bulunmalı ve etkin kullanılmalıdır.
- » Acil pediatrik ilaçların, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçların ve yüksek riskli ilaçların dolaplardaki yerleşimi muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılmalıdır.
- » Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar ve kurum/kuruluş tarafından belirlenen özel nitelikli ilaçlara yönelik uyarıcılar (renkli etiketleme gibi) tanımlanmalı ve kullanımı sağlanmalıdır.
- » Narkotik ve psikotrop ilaçların güvenliğine yönelik tüm hizmet sunum alanlarında gerekli muhafaza tedbirleri alınmalı, muhafazasına yönelik istisnalar tanımlanmalı, gerekli ek önlemler alınmalıdır.
- » Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
  - Devir teslim kayıtlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
    - İlacın hangi hastaya ne sıklıkta ve dozda kullanıldığı
    - İlacın kullanıldığı tarih
    - İlacı kimin uyguladığı
    - Kime ne miktarda ilaç teslim edildiği
    - Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları
- » Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda muhafaza edilmelidir.
- » Muhafaza ve taşıma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulmalıdır.
- » Miadı geçmiş ya da bozulmuş, kullanımı risk oluşturan vb. nedenlerle imha edilen narkotik ve psikotrop ilaçlar kayıt altına alınmalıdır.

### İY.2.4

#### İlaçların stok seviyeleri ve miat takiplerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » İlaçlar için minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- » Stok seviyelerinde sapma olması durumuna yönelik uyarıcı düzenlemeler bulunmalıdır.
- » İlaçlar miat yönünden takip edilmeli ve miadı yaklaşan ilaçlara yönelik uyarıcı düzenlemeler bulunmalıdır. (BYS üzerinden görsel veya sesli uyarı, etiketleme vb.)

- » İlaç miatları düzenli aralıklarla randomize olarak manuel yöntemlerle de kontrol edilmelidir.

### Standart 3

#### İY.3

**İlacın istemi, hazırlanması ve transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### İY.3.1

**İlaç istem sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » İlaç istem süreci, sürece yönelik kurallar ile özel ve istisnai durumlar (sözel istem, acil istem, depolama istemleri vb.) tanımlanmalıdır.
  - Tüm istem aşamaları için yetki, yöntem ve kurallar ülke mevzuatına uygun olarak belirlenmelidir.
- » İlaç istemleri, yetkili sağlık personeli tarafından yazılı veya elektronik ortamda imzalanarak yapılmalıdır.
- » Hasta bazlı, tedavi amacıyla yapılan ilaç istemleri günlük olarak yapılmalı ve onaylanmalıdır.
  - Günlük olarak hazırlanması mümkün ya da etkin olmayan istemler (acil istemler, otomatik stoplama istemleri, sürekli istemler, sözel istemler gibi) belirlenmeli, söz konusu durumlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
  - İlaç istemleri, BYS eczane modülünde de görülebilmelidir.
  - Kâğıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunmalıdır.
  - Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası ya da mobil imza bulunmalıdır.
    - BYS’de kullanıcı şifresi ile verilen istemler, elektronik imza olmaksızın bu amaçla kullanılmamalıdır.
    - Elektronik depolama istemleri için kullanıcı hesabı ve şifre ile işlem tahsis etmesi yeterlidir.
    - Yapılan istemlerde ilaç adında kısaltma yapılmamalıdır.
- » İlaç istemlerinde, asgari olarak ilacın tam adı, farmasötik formu, uygulama zamanı, dozu, uygulama yolu, uygulama süresi, ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimleri bilgileri bulunmalıdır.
- » Yazılı ilaç istemleri net ve okunaklı bir şekilde yazılmalı, istemde tanımlanmış olanlar dışında kısaltma, sembol veya simge kullanımı yapılmamalıdır. (Bkz. Hasta Güvenliği Hedefleri)
  - Liste dışındaki kısaltmaların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
- » İlaç istemleri, hastanın tıbbi geçmişi, alerjileri, ilaç etkileşimleri ve mevcut ilaç tedavisi gözden geçirilerek değerlendirilmeli ve onaylanmalıdır.
- » İlaç etkileşim, alerji, doz ve güncel ilaç bilgilerini sağlayan bilgi ve karar destek sistemleri aktif şekilde kullanılmalıdır.
- » Değerlendirilen istemde bir şüphe veya sorun olması halinde, istemi oluşturan sağlık personeli ile iletişime geçilmelidir.
- » Sözel istem uygulanması gereken durumlarda uyulması gereken kurallar belirlenmelidir. (Bkz. Hasta Güvenliği Hedefleri)

### İY.3.2

#### **İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » İlaç hazırlayan personel, konu ile ilgili yeterli bilgi, deneyim ve eğitime sahip olmalıdır.
- » Depolama talepleri hariç hastaya kullanım için yapılan ilaç istemlerinde ilaçlar her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmelidir.
  - Paket üzerinde ilacın adı, formu, dozu ve hasta bilgileri görülebilir olmalıdır.
  - Paketleme işlemi, ilaçların karışmasını önlemek için temiz ve düzenli bir ortamda yapılmalıdır.
- » Hazırlama esnasında özel teknik/ekipman veya uzmanlık gerektiren ilaçlar (kemoterapi ilaçları gibi), uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir.
- » Hazırlama esnasında uyarıcı işaretlere, son kullanma tarihlerine ve bölünmüş ambalajların (kesilmiş blisterler, tabletler vb.) tanımlanmasına dikkat edilmelidir.
  - Bölünmüş ambalajların tanımlanması için tedbirler alınmalı, hazırlanan tüm ilaçların son kullanma tarihleri kontrol edilmeli ve istemleri teyit edilmelidir.
  - Birden fazla bölünmüş ambalaj içeren ilaç çıkışlarında bu ilaçlar ayrı olacak şekilde paketleme ve etiketleme yapılmalıdır.
  - Etiket üzerinde, hastaya ait kimlik tanımlama parametreleri ile ilacın tam adı, farmasötik form, doz, uygulama saati, uygulama yolu ve miat bilgileri bulunmalıdır.

### İY.3.3

#### **İlaçların güvenli transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » İlaçların transferi için uygun ekipman (ilaç taşıma kutuları, soğuk zincir arabaları, taşıma çantaları, forklift veya paletli taşıma sistemleri, kırılmayı önleyici dolgu malzemeleri vb.) temin edilmelidir.
  - Kullanılacak ekipman, transfer edilecek ilaçların miktarına, türüne ve saklama koşullarına göre değişebilir.
- » İlaçların niteliğine, boyutuna ve malzeme türüne göre transfer yöntemleri ve kuralları belirlenmeli, kırılma riski yüksek, ışıktan korunması gereken, soğuk zincir transferi gerektiren vb. özel nitelikli ilaçlar için önlem alınmalıdır.
- » Transfer sırasında kaza, dökülme, kırılma veya ilaç kaybı gibi durumlar için düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Soğuk zincir gerektiren ilaçlar (aşılar, insülinler gibi) için soğuk zincirin kırılmayacağı transfer koşulları sağlanmalıdır.
- » İlaçların güvenli transferine yönelik ilgili çalışanlara asgari aşağıdaki konuları içeren eğitimler verilmelidir.
  - Farklı ilaç türlerinin doğru transfer yöntemleri
  - Soğuk zincir yönetimi ve sıcaklık kontrolleri
  - Koruyucu ambalajlama teknikleri
  - Transfer güvenliği ve risk azaltma stratejileri
  - Tehlikeli ilaç kırılmalarında müdahale yöntemleri
  - Transfer kayıtlarının doldurulması ve saklanması

### Standart 4

#### İY.4

**Güvenli ilaç uygulamasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### İY.4.1

**İlaçların uygulama öncesi hazırlığı ve uygulanmasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » İlaçlar, her hasta için özel olarak, uygun ilaç hazırlama ortamında ve belirlenen kurallar çerçevesinde hazırlanmalıdır.
- » İlaç uygulamaları, sadece ilaç uygulamaya yetkili personel tarafından (hekim, hemşire, hekim/hemşire gözetiminde stajyer vb.) gerçekleştirilmelidir.
- » İlaçlar, hasta kimliği doğrulanarak ve tedavi bilgileri teyit edildikten sonra uygulanmalıdır. (Bkz. Hasta Güvenliği Hedefleri)
  - Kurum/kuruluş tarafından doğrulamanın yapılmasına ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
  - İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalıdır.
- » İlaç hazırlama ve uygulama işlemi sırasında hijyen kurallarına uyulmalıdır.
- » İlaç uygulamaları hemşirelik kayıtlarında izlenebilmelidir.
  - Hemşirelik kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamayı gerçekleştiren çalışan bilgileri yer almalıdır.
- » Hastaya uygulanan ilaçlar hasta dosyasına kaydedilmelidir.
- » İlaç uygulanması sonrasında hastaların klinik durumu izlenmeli, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalıdır.
- » Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.

##### İY.4.2

**Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü sağlanmalıdır.**

- » Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalıdır.
- » Hasta beraberinde gelen ilaçlar kayıt altına alınarak teslim alınmalı, kontrol edildikten sonra hasta kullanımına sunulmalıdır.
  - Hastadan teslim alınan ilaçlar miat ve fiziksel durum kontrolünden geçirilmelidir.
    - Yatış süresi bir hafta ve bir haftadan daha uzun sürecek hastaların yatış öncesi düzenli kullandığı ilaçları ve ilaç kullanımları (adetleri, saatleri, etkileşimleri) eczacı tarafından kontrol edilerek bir uygunsuzluk görülmesi durumunda ilacın ilgili uzman hekimiyile iletişime geçilebilir.
  - Hasta yanında hiçbir surette ilaç bırakılmamalı, yatış işlemi esnasında hastanın beraberinde getirdiği ilaçların kontrolü sağlanmalıdır.
  - Teslim alınmış kayıtlı ilaçların kalan miktarları, taburculukta hastaya geri teslim edilmelidir.

##### İY.4.3

**İlaç uygulamalarına ilişkin advers etkilere yönelik olarak düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » İlaç uygulaması sonrasında hastaların klinik durumu olası reaksiyonlar ve advers

etkiler açısından izlenmelidir.

- Özellikle herhangi bir ilacın ilk kullanımından sonra ve riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar, gelişebilecek reaksiyonlar ve advers etkiler açısından izlenmelidir.
- » İlaç uygulamalarına ilişkin gelişen advers etkiler kayıt altına alınarak bildirim (farmakovijilans) sağlanmalıdır.
- » Advers etki bildirimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
  - Advers etki bildirimine ilişkin farmakovijilans sorumlusu ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
  - Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.
  - Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler en geç 15 gün içinde ilgili ulusal otoriteye bildirilmelidir.

### İY.4.4

#### İlaçların imhasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Son kullanma tarihi geçen, fiziksel yapısında değişim tespit edilen, bozulan artık ilaçların ve ilaç atıklarının imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. (Bkz. Atık Yönetimi)
- » İlaçların imhası ilgili ülke mevzuatına uygun olacak şekilde gerçekleştirilmelidir.
- » İmha edilen ilacın adı, miktarı, imha nedeni, yöntemi, birimi, tarihi, gerçekleştiren kişi vb. bilgiler kayıt altına alınmalıdır.

## Standart 5

### İY.5

#### İlaç yönetimine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

### İY.5.1

#### İlacın dahil olduğu süreçlerin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.

- » İlacın dahil olduğu süreçlere ilişkin tüm veri ve bilgilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.
  - İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm veriler, okunabilir, erişilebilir ve güvenli bir şekilde saklanmalıdır.
  - İlaçların izlenebilirliği, tedarik talepleri, istem, iade, imha ve tüketim süreçlerini kapsamalıdır.

### İY.5.2

#### İlaç yönetimine ilişkin göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

- » İlacın dahil olduğu süreçlerin etkinliği, verimliliği ve güvenliğinin ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir.
  - Akılcı ilaç kullanımı, antibiyotik kullanımı, ilaç hataları, ilaç etkileşimleri, imha edilen ilaçlar, psikotrop, narkotik ilaç kullanımı, stok takibi vb. konulara ilişkin göstergeler belirlenebilir.

## Bölüm 14: İlaç Yönetimi (İY)

### Boyut 4: Sağlık Hizmetleri

- » Gösterge sonuçları periyodik olarak değerlendirilmeli ve izlenmelidir.
- » Gösterge sonuçlarına göre iyileştirme faaliyetleri yapılmalıdır.
- » İzlenebilirlik ve sürekli iyileştirme kültürünün geliştirilmesi için düzenli eğitimler ve farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 15 Güvenli Anestezi ve Cerrahi Bakım (GAC)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
GAC.1	Güvenli anesteziye ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
GAC.1.1	Güvenli anestezi uygulamalarına ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
GAC.1.2	Anestezi uygulamasının güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.1.3	Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.1.4	Anestezik ilaçların ve gazların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.1.5	Anestezi uygulamalarında cihazların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
GAC.2	Güvenli cerrahi bakıma ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
GAC.2.1	Güvenli cerrahi bakıma ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
GAC.2.2	Cerrahiye hazırlık sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.2.3	Cerrahi uygulama sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.2.4	Tanı amaçlı alınan doku örneklerinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.2.5	Cerrahi sonrası hasta bakımına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

Kod	Standart 3
GAC.3	Ameliyathane süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
GAC.3.1	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.3.2	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.3.3	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
GAC.3.4	Ameliyathanede ilaç, malzeme ve cihaz yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Güvenli anestezi ve cerrahi bakım, hasta güvenliğinin sağlanması, cerrahi işlemler sırasında risklerin en aza indirilmesi ve tıbbi prosedürlerin etkinliğinin artırılabilmesi açısından önemlidir. Anestezi türüne, cerrahi işlem ve hastanın tıbbi gereksinimlerine göre hekim tarafından karar verilmektedir. Hasta güvenliğinin sağlanması ve cerrahi işlemin başarılı şekilde gerçekleştirilebilmesi için anestezi türüne özel uygulamalar ve izlemesi gereken prosedürler bulunmaktadır. Cerrahi bakım; cerrahi öncesi hazırlık, cerrahi uygulama ve cerrahi sonrası süreçleri kapsamaktadır. Tüm anestezi ve cerrahi bakım süreçlerinde hasta güvenliğine ilişkin prosedürlerin uygulanması ve etkili iletişimin sağlanması gereklidir. Bu bölümde yer alan standartlar güvenli anestezi ve cerrahi bakım süreçlerinin etkin ve güvenli yönetilmesinde sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Güvenli anestezi ve cerrahi bakım süreçlerinde, uygulamaların ulusal ve uluslararası otoriteler tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokollere uygunluğunu sağlamak
- » Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için ameliyathane koşullarını düzenlemektir.

### Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Hasta Odaklılık
- » Uygunluk
- » Hakkaniyet

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### GAC.1

**Güvenli anesteziye ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### GAC.1.1

**Güvenli anestezi uygulamalarına ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.**

Güvenli anestezi uygulamaları, ameliyathanede ve ameliyathane dışı alanlarda uygulanan genel anestezi ve/veya sedasyon, bölgesel ve lokal anestezi uygulamalarının tamamını kapsamaktadır.

- » Ameliyathane içi ve dışı güvenli anestezi uygulamalarına ilişkin süreçler uygulama öncesi, esnası ve sonrası aşamalarını kapsamalıdır.
- » Ameliyathane içi ve dışı güvenli anestezi uygulamalarına ilişkin kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Anestezi öncesi hasta değerlendirmesi
  - Güvenli anestezi kontrolü
    - Anestezi güvenlik kontrol listesi kullanımı
  - Anestezi konsültasyonu esnasında hasta bilgilendirme ve rıza alınması
  - Anestezik ilaçların ve gazların güvenli kullanımı
  - Anestezi cihazlarının güvenli kullanımı
  - Ameliyathane dışı anestezi uygulamaları

##### GAC.1.2

**Anestezi uygulamasının güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Anestezi öncesi hasta değerlendirmesi sürecinde, anestezi uygulamaları hakkında ilgili anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve hasta rızası alınmalıdır.
- » Anestezi uygulamasının güvenliğini sağlamaya yönelik Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi kullanılmalı ve liste izlenebilir olmalıdır.
- » Anestezi cihazlarının, anestezik ilaçların ve medikal gazların kontrolü sağlanmalıdır.
- » Anestezi uygulamalarının her aşamasına ilişkin bilgiler kayıt altına alınmalıdır.
  - İlgili kayıtlarda kullanılan anestezik madde, anestezi uygulama şekli, anesteziyi uygulayan hekim, anestezi uygulama ve takip süreçleri vb. bilgiler yer almalıdır.
  - Kayıtlarda komplikasyon gelişme durumuna ilişkin bilgiler yer almalıdır.
  - Hastada işleme özel kullanılan malzeme/cihaz/ekipmana ait kayıtlar tutulmalıdır.

##### GAC.1.3

**Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarına yönelik planlamalar, uygulamalar ve uygulamaların yönetimi, ameliyathane dışı anestezi uygulamaları hakkında eğitimi ve yetkin uzman hekim tarafından yapılmalıdır.
  - Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarından sorumlu hekim ilgili ülke mevzuatına uygun bir eğitim programını tamamlamış ve belgelendirilmiş

- olmalıdır.
- » Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarının gerçekleştirildiği alanlar hasta güvenliği dikkate alınarak tanımlanmalı ve belirlenen alanda anestezi uygulaması için gerekli koşullar sağlanmalıdır.
    - Ameliyathane dışı anestezi uygulama alanları; endoskopi, kolonoskopi ERCP, ESWL, MR, CT, EEG, EKT, girişimsel radyoloji, anjio laboratuvarı, brakiterapi vb. alanlardır.
    - Alanda monitörizasyon şartları sağlanmalıdır.
    - Alanda merkezi medikal gaz sistemi bulunmalıdır.
    - Alan, resüsitasyon başta olmak üzere tıbbi acillere müdahale edilebilecek şartları sağlamalıdır.
      - Acil müdahale arabası bulunmalı ve içeriği ilgili anestezi uzmanı tarafından belirlenmelidir.
      - Anestezi uygulanan hastaya kolay erişim sağlanabilecek fiziksel bir ortam sağlanmalıdır.
      - Transfer için sedye giriş-çıkışına uygun olmalıdır.
    - Alanda hasta yakınları için bekleme alanı planlanmış olmalı ve süreçle ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.
    - Ameliyathane dışı anestezi uygulamaları sonrası derlenme alanı bulunmalıdır.
    - Derlenme alanı acil durumlarda hastaya müdahale edilmesine olanak sağlayan donanıma sahip olmalıdır.
    - Derlenme alanında hasta yakından izlenmeli ve izlem bulguları kayıt altına alınmalıdır.
    - Derlenme alanından hasta çıkışına yönelik kurallar belirlenmelidir.
  - » Ameliyathane dışı anestezi uygulamalarında görev alan ekip üyelerine (hekim, hemşire, anestezi teknikeri, ameliyathane teknikeri, ATT vb.) kullanılan ilaçlar, komplikasyonlar, beklenmeyen olay bildirim ve ileri yaşam desteği konularında düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.

### GAC.1.4

#### **Anestezik ilaçların ve gazların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Kullanılacak anestezik ilaçlar ve anestezik gazlar hastaya ve işleme uygun planlamalı ve kullanım dozları kayıt altına alınmalıdır.
- » Anestezik ilaçların kullanımı günlük olmalı, uygun koşullarda saklanmalı ve hazırlanan ilaçlar üzerinde tarih, saat yazılmalıdır.
- » Narkotik ilaçların takibine yönelik planlama yapılmış olmalıdır.
- » Anestezik gazların uygun vaporizatörlere dolumu yapılmalıdır.
  - Vaporizatör dolumu sırasında kişisel koruyucu ekipman kullanımı sağlanmalıdır.
  - Vaporizatörlerin güncel kalibrasyon zamanları kayıt altına alınmalıdır.
- » Anestezik ilaçların ve gazların güvenli kullanımına yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
- » Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden tıbbi gazların basınç düzeyleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Anestezi cihazına entegre olan yedek medikal gaz tüplerinin kontrolü yapılmalıdır.

### GAC.1.5

#### Anestezi uygulamalarında cihazların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Anestezi cihazlarının güvenli kullanımı kapsamında;
  - Cihazların gün başı ve gün sonu kontrolleri yapılmalıdır.
  - Cihazların periyodik bakım ve kalibrasyonları sağlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
  - Anestezi cihazının kullanım dışı kalması durumuna yönelik yedek anestezi cihazı bulundurulmalıdır.
- » Anestezi uygulamalarında kullanılan monitör/defibrilatör/laringoskop vb. diğer cihazların yedeklerinin bulunması sağlanmalıdır.
- » Anestezi uygulamalarında kullanılan cihazların güvenli kullanımına yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.

### Standart 2

### GAC.2

#### Güvenli cerrahi bakıma ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

### GAC.2.1

#### Güvenli cerrahi bakıma ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.

Cerrahi bakım süreçleri kurum/kuruluşta ameliyathane ve ameliyathane dışında gerçekleştirilen tüm cerrahi ve girişimsel işlemleri kapsamaktadır.

- » Güvenli cerrahi bakıma ilişkin süreçler uygulama öncesi, esnası ve sonrası aşamalarını kapsamalıdır.
- » Güvenli cerrahi bakıma ilişkin kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (SSC) kullanımı (Bkz. Hasta Güvenliği Hedefleri)
  - Hasta kimliğinin doğrulanması
  - Cerrahi uygulama öncesi hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması
  - Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık süreci
  - Güvenli hasta transferi
  - Cerrahi işlem öncesi bölge işaretlemesi
  - Cerrahi uygulama sürecinin yürütülmesi
  - Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğinin sağlanması
  - Cerrahi sonrası dönemde, uygulanan anestezi ve işlem türüne özel bakım süreçleri

### GAC.2.2

#### Cerrahiye hazırlık süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Planlı ve acil ameliyathane öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenmeli ve planlanmalıdır.
- » Preoperatif dönemde kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan bileşenlerine yönelik planlama yapılmalıdır.
  - Bu plan kapsamında, cerrahi uygulamada ihtiyaç olması halinde gerekli olabilecek kan veya kan bileşenleri ulaşılabilir olmalıdır.
- » Cerrahi uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve malzemeler temin edilerek kontrolleri yapılmalıdır.

- » Kullanılacak olan cihazlar kullanıma hazır hale getirilmelidir.
- » Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik kontrolleri yapılmalıdır.
- » Cerrahi öncesi hasta değerlendirme sürecinde, cerrahi hakkında ilgili hekim tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve hasta rızası alınmalıdır.
  - 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 veya girişimsel işlemi kendi rızası ile kabul etmesine imkân sağlanmalıdır. (Bkz. Hasta Deneyimi).
- » Cerrahi/girişimsel işlem öncesi cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır.
  - İşaretleme ilgili hekim tarafından hasta ameliyathaneye/girişimsel işlem ünitesine alınmadan yapılmalıdır.
  - İşaretleme bilinci açık hastalarda hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılmalı ve işaretleme sırasında işaretleme yapılacak alan hastaya/ hasta yakınına doğrulanmalıdır.
  - İşaretleme kurum/kuruluş tarafından belirlenen; açık, anlaşılır, karmaşaya yol açmayan, kolaylıkla silinmeyecek ve alan (bölge) temizliği esnasında kaybolmayacak bir yöntem ile yapılmalıdır.
  - İşaretleme, cerrahi/ girişimsel işlem yapılacak bölgeye veya çok yakınına yapılmalı ve belirgin olmalıdır.
  - Birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.
  - Kurum/kuruluş tarafından bölge işaretlemesinin yapılamayacağı durumlar belirlenmeli, bu durumlarda doğrulamanın nasıl yapılacağı tanımlanmalı ve işaretleme yapılamayan durumlar kayıt altına alınmalıdır.
- » Kişisel eşyalar ve protezlerin kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır.
  - 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 ameliyathane çalışanları tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

### GAC.2.3

#### Cerrahi uygulama sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Cerrahi uygulama sürecinin tüm aşamalarında hasta kimliği doğrulanmalıdır.
- » Cerrahi uygulama sürecinde gerçekleştirilen işleme yönelik, işlemi gerçekleştiren sağlık çalışanlarının ad-soyad ve unvan bilgileri dahil her türlü bilgi izlenebilir olmalıdır.
  - Ameliyathanede hasta için kullanılan malzeme/cihazların steril olma durumu izlenebilir olmalıdır.
  - Malzeme/cihaza ait bilgiler, hastaya ait bilgiler, uygulayıcılar ve ameliyat ekibine ait bilgiler izlenebilir olmalıdır.
  - Ameliyat/girişimsel işlem notlarının ameliyat/girişimsel işlem bitiminde ilgili hekim tarafından yazılması sağlanmalıdır.
  - Ameliyat/girişimsel işlem notunda işleme ait tüm detaylar, beklenmedik olay/

- komplikasyonlar yer almalıdır.
- » Hastanın ilgili bölümden ameliyathaneye, ameliyathane içi ve ameliyathaneden ilgili bölüme güvenli transferi sağlanmalıdır. (Bkz. Hasta Bakımı)
    - Ameliyat/girişimsel işlem öncesi ve bitiminde hastanın sağlık çalışanı eşliğinde hasta mahremiyetine dikkat edilerek ameliyat/işlem sonrası takip edilecek alana transferi sağlanmalıdır.
  - » Cerrahi uygulama sürecinde tüm kayıtlar eksiksiz ve doğru şekilde tutulmalıdır.
    - İlgili kayıtlarda yapılan cerrahi işlem, işlemi uygulayan hekim, işlemin süresi, işleme dahil olan diğer sağlık çalışanları, vb bilgiler yer almalıdır.
    - Hastada cerrahi işleme özel kullanılan kalıcı malzeme/cihaz/ekipmanlara ait kayıtlar tutulmalıdır.
    - Kayıtlarda komplikasyon gelişme durumuna ilişkin bilgi yer almalıdır.
  - » Cerrahi uygulama sürecinde hastada kullanılacak implante edilebilir cihaz/ malzemeler ile ilgili prosedürler kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.
  - » Acil durumlarda (elektrik kesintisi, medikal gaz kesintisi vb.) güvenli cerrahi uygulamalarına devam edebilmek için gerekli hazırlıklar ve planlamalar yapılmış olmalıdır. (Bkz. Tesis Yönetimi)
  - » Akılcı antibiyotik kullanım ilkeleri çerçevesinde cerrahi profilaksi uygulanmalıdır.
  - » Güvenli cerrahi uygulamalarına ilişkin ilgili çalışanlara eğitimler verilmelidir.

### GAC.2.4

#### Tanı amaçlı alınan doku örneklerinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Tanı amaçlı alınan doku örneklerinin transfer öncesi ve transfer sırasındaki muhafaza koşulları tanımlanmalıdır.
- » Tanı amaçlı alınan doku örneklerinin mesai sonrası transferi ve saklama koşulları planlanmalıdır.
- » Tanı amaçlı alınan doku örneklerinin uygun örnek kabına alınması, doğru ve eksiksiz bir şekilde etiketlenmesi (ad-soyad/kimlik numarası/barkod numarası/ kabul numarası/alındığı bölge /klinik adı ve alan hekimin vb) ve uygun şekilde transfer edilmesi sağlanmalıdır.
- » Tanı amaçlı alınan doku örneklerinin ilgili laboratuvara teslim süreçleri kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.
- » Tanı amaçlı alınan doku örneklerinin güvenliğini sağlamaya yönelik; transferi yapacak sorumlu belirlenmeli ve gerekli eğitim verilmelidir.

### GAC.2.5

#### Cerrahi sonrası hasta bakımına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Cerrahi sonrası dönemde, uygulanan anestezi ve işlem türüne özel bakım süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Hasta postoperatif dönemde yakından izlenmeli ve izlem bulguları kayıt altına alınmalıdır.
  - Hasta ameliyat/girişimsel işlem sonrası ulusal/uluslararası skorlama sistemleri ile değerlendirilmeli ve bakım süreci bu değerlendirmeye göre planlanmalıdır.
- » Hastanın cerrahi sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
- » Hasta transferinin sağlık çalışanı eşliğinde yapılması sağlanmalıdır.

## Bölüm 15: Güvenli Anestezi ve Cerrahi Bakım (GAC)

- » Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların bir sonraki aşamaya güvenli bir şekilde aktarılması sağlanmalıdır.
- » Cerrahi hasta bakımına ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.

### Standart 3

#### GAC.3

#### Ameliyathane süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

##### GAC.3.1

##### Ameliyathane alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkışları ayrı olmalıdır.
- » Ameliyathane alanları en az 3 farklı bölümden (serbest alan, temiz alan, steril alan) oluşacak şekilde planlanmalı, alanlarda ve alanlar arası geçişte uyulması gereken kurallar belirlenmelidir.
  - Serbest alan, ameliyathaneye hasta, personel ve ekipman girişinin kontrollü olarak yapıldığı steril olmayan alandır. Ameliyathane dışı kıyafet giyilebilir.
  - Temiz alan, cerrahi uygulama için gerekli olan destek odalarını içerir. Steril alan ile serbest alan arasında yer alan fiziksel alanı kapsamaktadır. Temiz malzeme ve cihazlar için depolama alanları, steril odalara giden koridorları kapsar. Bu alanda görevli personel ve hasta bulunabilir. Personel cerrahi kıyafet giyer, yüz ve saç için uygun ekipman kullanır.
  - Steril alan, ameliyat odalarını ve el yıkama-ovalama alanlarını içerir. Cerrahi kıyafet giyilmesi, saç ve yüzün uygun ekipman ile kapatılması zorunludur.
  - Ameliyathaneye uygun uzaklıkta. (Sağlık hizmetini aksatmayacak, hasta yakınlarının etkin bilgilendirmeleri sağlanacak) hasta yakınları için bekleme alanları oluşturulmalıdır.
  - Bu alanların ergonomik ve konforlu olması sağlanmalıdır.
  - Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
  - Hasta bilgilerinin takibinin yapılabileceği dijital ekranlar vb. asılmalıdır.
- » 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 sağlanmalıdır.
- » Ameliyathanenin duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel özellikte olmalıdır.

##### GAC.3.2

##### Havalandırma sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » 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 serbest alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).

- » Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan ortopedi, protez ameliyatları, açık kalp cerrahisi gibi operasyonlar laminar 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. Uygunsuzluk durumunda nasıl bir yol izleneceği tanımlanmalıdır.
- » Güncel ölçümlere dair kayıtlar tutulmalıdır.
- » Havalandırma sisteminin bakımı düzenli olarak yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmeli, filtre değişim zamanları kayıt altına alınmalıdır.

### GAC.3.3

#### Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Ameliyat odalarında elektrik kesintisi durumlarında jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak amacı ile kesintisiz güç kaynaklarına bağlı ihtiyacı karşılayacak sayıda priz olmalıdır.
- » Ameliyat sürecini kesintiye uğratmaması gereken tıbbi cihazlar bu prizlere bağlı olmalıdır.
- » Kesintisiz güç kaynaklarının bakımları bir plan dâhilinde periyodik olarak yapılmalıdır.
  - Bakıma ait dokümanlar izlenebilir olmalıdır.
- » Kesintisiz güç kaynaklarının da devre dışı kalması durumuna ilişkin alternatifler planlanmış olmalıdır.

### GAC.3.4

#### Ameliyathanede ilaç, malzeme ve cihaz yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Ameliyathane alanları içinde ilaç yönetimi kurum/kuruluş eczacısı kontrolünde olmalıdır.
- » Cihaz yönetiminde hizmet devamlılığı için olası cihaz arızası durumunda işleyişin nasıl devam edeceğine dair planlama yapılmış olmalıdır.
- » İlaç, malzeme ve cihaza ameliyathane içi erişimde zaman kaybı olmayacak konumlandırma sağlanmalıdır.
- » Ameliyathanede kullanılan cihazların yönetimine yönelik planlar oluşturulmalıdır.
- » Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanmalıdır.
- » Ameliyat öncesi cihazların teknik kontrolleri yapılarak hatalı olduğundan şüphe edilen ekipmanlar ve araçlar kullanılmamalıdır.
- » Ameliyathaneye kabul edilen steril malzemelerin kontrolleri (miad, paketin sağlamlığı, paket içindeki indikatörün renk değişikliği gibi) yapılmalıdır.
- » Ameliyathaneye firma vb. tarafından getirilen malzemelerin (protez vb.) kabulüne yönelik süreç tanımlanmalıdır.
- » Ameliyathanede kullanılan steril malzemelere yönelik muhafaza koşulları sağlanmalıdır.

<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 16 Kan ve Kan Bileşenleri Yönetimi (KBY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
KBY.1	Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KBY.1.1	Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
KBY.1.2	Kan ve kan bileşenlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
KBY.1.3	Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalı, belirlenen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
KBY.2	Kan ve kan bileşenlerinin temin edilmesi/bağış süreci yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KBY.2.1	Kan ve kan bileşenlerinin temin edilmesi/bağış sürecine ilişkin işleyiş kuralları dokümente edilmelidir.
KBY.2.2	Bağışçının tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi, bağışın kabul veya reddine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
KBY.2.3	Bağış sürecinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
KBY.3	Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, muhafaza edilmesi, transferi ve imhasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KBY.3.1	Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanmasına ilişkin süreçler dokümente edilmelidir.

## Bölüm 16: Kan ve Kan Bileşenleri Yönetimi (KBY)

KBY.3.2	Kan ve kan bileşenlerinin muhafazasına ilişkin önlemler alınmalıdır.
KBY.3.3	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.
KBY.3.4	Kan ve kan bileşenlerinin imhasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
KBY.4	Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KBY.4.1	Kan ve kan bileşenleri istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.
KBY.4.2	Transfüzyon sürecinde hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
KBY.4.3	Transfüzyon işlemine bağlı gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.
KBY.4.4	Kan ve kan bileşenlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen/ istenmeyen etkilerin takibi sağlanmalıdır.

### Genel Bilgi

Sağlık kurum/kuruluşlarında kan ve kan bileşenleri, farklı klinik durumlarda spesifik ihtiyaçları karşılamak için kullanılmaktadır. Kan ve kan bileşenlerinin yönetimi, bağışçıya ilişkin süreçlerden başlayarak, temin, istem, test etme, işleme, saklama ve transfüzyon aşamalarını kapsayan karmaşık bir süreçtir. Ayrıca, kan ve kan bileşenlerinin bağış sürecinden itibaren izlenmesi ve güvenlik standartlarına uygun şekilde yönetilmesi hem hastaların hem de çalışanların güvenliğini sağlar. Bu bakımdan bu bölümde yer alan standartlar kan ve kan bileşenlerinin etkili bir şekilde yönetilmesinde sağlık kurum/kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Kan ve kan bileşenlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlamak
- » Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, bağışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirleri almak
- » Transfüzyon sürecinin tüm aşamalarında hasta güvenliğini sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### KBY.1

**Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### KBY.1.1

**Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.**

- » Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Kan ve kan bileşeni temin süreci yönetimi
  - Kan ve kan bileşeni istem süreci yönetimi
  - Kan ve kan bileşenlerinin güvenli muhafazası, hazırlanması ve transferi
  - Kan ve kan bileşenlerine ilişkin iade ve ret kriterleri
  - Kan ve kan bileşenlerinin imha usul ve esasları
  - Transfüzyon öncesinde, işlem ile ilgili hasta rızasının alınması
  - Transfüzyon süreçleri aşamalarında hasta kimliğinin doğrulanması
  - Transfüzyon süresince hastaların takibi
  - Transfüzyona bağlı reaksiyon gelişen hastaların tanımlanması ve izlemi
  - Transfüzyon merkezinde çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmaları yönetimi
  - Klinik acil durumlarda transfüzyon uygulamaları
  - Özellikle endikasyon (Pediatrik kullanımlar gibi) için kan bileşenlerinin hazırlanması
  - Potansiyel bulaştırıcı bağışların (HIV, HCV veya HBV) tespiti, bildirimi ve izlenmesi
  - Ekipman kullanımı, temizliği, bakımı ve kalibrasyonu
  - Kan ve kan bileşenleri yönetimine yönelik ilgili çalışanların eğitimi

##### KBY.1.2

**Kan ve kan bileşenlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik yönetsel yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Kurum/kuruluş büyüklüğüne göre bağış süreçlerinin yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı (komite, ekip, merkezler için ilgili yönetici vb) oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapı içerisinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Bağış sürecine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

##### KBY.1.3

**Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalı, belirlenen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.**

- » Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması ve uygulanması süreçlerine ilişkin her uygulama öncesinde risk değerlendirmesi yapılmalı ve belirlenen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

### Standart 2

#### KBY.2

**Kan ve kan bileşenlerinin temin edilmesi/bağış süreci yönetimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### KBY.2.1

**Kan ve kan bileşenlerinin temin edilmesi/bağış sürecine ilişkin işleyiş kuralları dokümanite edilmelidir.**

- » Kan ve kan bileşenlerinin teminine yönelik işleyiş kuralları kurum/kuruluşun rolüne göre aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Bağışçının bağış süreçleriyle ilgili bilgilendirilmesi ve rızasının alınması
  - Bağışçının kimlik tespiti, tıbbi sorgulaması ve değerlendirilmesi
  - Kan ve kan bileşenlerinin bağışçıdan alınması, hazırlanması
  - Başka bir merkezden temini ve transfüzyon merkezine transferi
  - Tam kan ve aferez kan bileşeni için bağış kriterleri

##### KBY.2.2

**Bağışçının tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi, bağışın kabul veya reddine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Bağışçının tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi hekim tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Bağışçıya ilişkin kalıcı ve geçici ret kriterleri belirlenmelidir.
- » Bağışçı ret durumlarında, bağışçıya geribildirim yapılmalıdır.
- » Bağışçı kabul-ret işlem süreçlerinin izlenebilir olması sağlanmalıdır.

##### KBY.2.3

**Bağış sürecinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Bağış sürecinde, bağışçı güvenliği yönetimine yönelik prosedür ve süreç takip algoritmaları geliştirilmelidir.
- » Bağış ve aferez işlemi hekim sorumluluğu ve denetimi altında yapılmalı, bağışçı gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir.
- » Bağış işlemlerinin gerçekleştirildiği alanlarda, hasta güvenliğini sağlamaya yönelik asgari aşağıdaki fiziksel düzenlemeler yapılmalıdır:
  - » Uygun havalandırma, sıcaklık ve nem koşulları sağlanmalıdır.
  - » Bağış alımı ve saklama aşamasında, ilgili personelin el hijyeni kurallarına uyumu kontrol edilmelidir.
  - » Bağışçının, gerektiğinde personele erişimini sağlayacak çağrı sistemi bulunmalıdır.
  - » Bağışçıda gelişebilecek komplikasyonlar için güveli transvere yönelik uygun ekipman bulunmalıdır.
  - » Acil müdahale seti bulunmalıdır.

### Standart 3

#### KBY.3

**Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, muhafaza edilmesi, transferi ve imhasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

#### KBY.3.1

**Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanmasına ilişkin süreçler dokümente edilmelidir.**

- » Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanmasına ilişkin süreçler aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Bağışçıdan alınan kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması ve etiketlenmesi
  - Bağışçıdan alınan kan ve kan bileşenleri için çalışılacak testler
- » ABO-Rh tayini, HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV (asgari mikroişlemler yöntemi kullanılmalı) 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.
- » Mikrobiyolojik testlerin pozitif olması durumunda doğrulama testleri çalışılmalıdır.
- » Doğrulama testlerinde pozitif sonuçların varlığı halinde bağışçı bilgilendirilmeli ve yapılması gereken işlemler hususunda yönlendirilmelidir.
- » Alıcıya ait diğer immünohematolojik testler çalışılmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenleri için çapraz karşılaştırma testleri çalışılmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenlerinin hazırlanması, filtre edilmesi, ışınlanması, yıkanması gibi ek işlemler ile ilgili aşamalar kayıt altına alınmalıdır.
- » Kan ve bileşenlerin etiketlenmesi, ilgili ülke mevzuatı ve uluslararası düzenlemelere uygun olarak yapılmalıdır.
- » Kan ve kan bileşeni etiketi üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler doğru ve eksiksiz olarak yer almalıdır:
  - Bileşenin adı
  - Bileşenin internasyonal numarası (ISBT No)
  - Hizmet biriminin adı
  - ABO kan grubu
  - Rh -D Grubu
  - Kan bileşeninin alınma ve son kullanma tarihi
  - Mikrobiyoloji test sonuçları
  - Depolama sıcaklığı
  - Antikoagülan ve ek solüsyonların ismi, bileşimi ve hacmi
- » Kan ve kan bileşeni kontrolleri iki sağlık çalışanı sorumluluğunda yapılmalıdır

#### KBY.3.2

**Kan ve kan bileşenlerinin muhafazasına ilişkin önlemler alınmalıdır.**

- » Kan ve kan bileşenleri uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.
- » Kan ve kan bileşenlerinin saklama koşulları, saklama süresince kan bileşenlerinin optimal canlılık ve işlevlerini koruyacak şekilde tasarlanmalıdır.
  - Transfüzyon merkezinde, transfer sırasında ve hastaya verilmeden önce uygun saklama koşulları sağlanmalıdır.

## Bölüm 16: Kan ve Kan Bileşenleri Yönetimi (KBY)

- » Kan dolapları, dondurucu ve çalkalayıcıların sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
  - Uygun sıcaklık koşullarının sağlanamadığı durumlara yönelik uyarı sistemleri bulunmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenlerinin kullanıma hazır hale getirilmesi ile ilgili prosedürler belirlenmeli ve her aşaması kontrol edilerek kayıt altına alınması sağlanmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenlerinin miat takipleri yapılmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenleri için kritik stok seviyesi belirlenmelidir.
- » Bağışçı ve hastadan alınan kan örneklerinin uygun koşullarda ve sürede saklanması sağlanmalıdır.
  - Bağışçı ve alıcıya ait şahit numuneler en az iki ayrı kapta, -30°C'nin altında ve en az 18 ay süre ile saklanmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenlerinin yönetimine yönelik cihazların envanteri tutulmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonları yapılmalıdır. (Bkz. Malzeme ve Cihaz Yönetimi)

### KBY.3.3

#### Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.

- » Kan ve kan bileşenleri öngörülen maksimum sürede ortam sıcaklığının muhafaza edilebileceği doğrulanmış sistemler ile taşınmalıdır
  - Kan ve kan bileşenlerinin kurum/kuruluş içi/dışı transferinde, saklama sıcaklığını koruyabilecek transfer kapları kullanılmalıdır.
  - Transfer sırasında transfer sıcaklığının takibi yapılmalı ve geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenlerinin transferi, konu ile ilgili eğitim almış personel tarafından yapılmalıdır.
- » Transfer kapları kolay temizlenebilir ve kullanılabilir nitelikte olmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenlerinin transfüzyon merkezinden çıkış saati kayıt altına alınmalıdır.

### KBY.3.4

#### Kan ve kan bileşenlerinin imhasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

- » Kan ve kan bileşenleri ile şahit numuneler, bağışçılar ve hastalara ait numunelerin imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.
- » Saklama ve transfer koşullarının sağlanmadığı tespit edilen ürünler kaydedilerek alınmalı ve belirlenen imha usul ve esaslarına göre imha edilmelidir.
- » İmha edilen kan ve kan bileşenlerine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

## Standart 4

### KBY.4

#### Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.

### KBY.4.1

#### Kan ve kan bileşenleri istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.

- » Planlı işlemler öncesinde ve acil durumlarda kan ve kan bileşenlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.
- » İstem formunda asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir:

- Hastanın adı ve soyadı
  - Doğum tarihi
  - Cinsiyeti
  - Protokol numarası
  - Tedavi gördüğü bölüm
  - Kan grubu
  - Tanısı
  - Transfüzyon endikasyonu
  - Transfüzyon geçmişi
  - Hazırlanacak olan kan veya kan bileşeninin grubu
  - Hazırlanacak kan veya kan bileşeninin türü ve miktarı
  - İstem tarihi
  - Kanın uygulanacağı zaman
  - Hastanın gebelik, transfüzyon ve transfüzyon reaksiyonu öyküsü
  - Ek işlem gerekliliği (ışınlama, filtrasyon, yıkama vb.)
  - Hekim kaşesi ve imzası
- » Kan istem formu uygun ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır.
- » Çapraz karşılaştırma testi (cross-match) yapılması durumunda; kan istem formu ile hastadan alınan kan örneği etiketlenerek transfüzyon merkezine gönderilmelidir.
- » Tüm kan ve kan bileşeni istemleri elektronik olarak yapılmalıdır.

### KBY.4.2

#### Transfüzyon sürecinde hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

- » 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 bileşenleri istemleri hekim tarafından tedavi planına yazılmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenlerinin merkezden çıkış saati ile ilgili kliniğe ulaşma saati kayıt altına alınmalı ve süre takibi yapılmalıdır.
- » Transfüzyon öncesi hastaya uygulanacak olan kan ya da kan bileşenlerine ait bilgiler, ilgili klinikte iki sağlık çalışanı (hekim, hemşire) tarafından kontrol edilmelidir.
- Yapılacak kontrollerde asgari aşağıdaki bilgiler gözden geçirilmelidir:
    - Hastanın kan grubu
    - Bölüme gelen kan veya kan bileşeninin grubu
    - Mikrobiyoloji testlerinin çalışılmış ve sonuçlarının negatif olduğunu gösterir etiketin varlığı
    - Kan bileşeninin alınma ve son kullanma tarihleri
    - İstemi yapılan ve teslim edilen kan bileşeninin aynı bileşen olmasının sağlanması
    - Kan ve kan bileşeni torbasında sızıntı, renk değişikliği gibi gözlemsel uygunsuzluk varlığı
    - Ürün renginde değişiklik, içerisinde pıhtı/partikül varlığı
    - Cross-match testinin yapılması ve test sonuçlarının uygunluğu

- Bağışçının sayısal veya alfabetik tanımı
- Depolama-saklama sıcaklığı
- Kan ve kan bileşeninin hacim, ağırlık, sayı vb ölçüm bilgileri
- » Transfüzyona başlamadan önce hastanın kimlik bilgileri kontrol edilmelidir.
- » Transfüzyonun ilk 15 dakikası yavaş yapılmalı ve transfüzyon süresince hastalar vital bulgular ve alerjik reaksiyonlar yönünden dikkatle izlenmelidir.
- » Transfüzyon sürecine dair tüm kayıtlar tutulmalı ve izlenebilir olmalıdır.

### KBY.4.3

#### **Transfüzyon işlemine bağlı gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.**

- » Transfüzyon reaksiyonlarının izleminden sorumlu yapı ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
- » Transfüzyon reaksiyonlarının yönetimine yönelik bir algoritma oluşturulmalı; herhangi bir transfüzyon reaksiyonu gelişmesi durumunda hangi müdahalenin yapılacağı, kime haber verileceği gibi hususlar tanımlanmalıdır.
- » Hastada gelişen transfüzyon reaksiyonlarının takibi yapılmalı, gerekli müdahale yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

### KBY.4.4

#### **Kan ve kan bileşenlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen/istenmeyen etkilerin takibi sağlanmalıdır.**

- » Transfüzyon süreçlerinde; kan ve kan bileşenlerinin izlenebilirliği ve beklenmeyen/istenmeyen olayların takibine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
- » Kan ve kan bileşenlerinin transfüzyon süreçleri kapsamında, izlenebilirliği sağlamak amacıyla gerekli sistemsel altyapı oluşturulmalıdır.
- » Bağış sürecinden itibaren; tüm süreçlerde kan ve kan bileşenlerinin kullanımı açısından beklenmeyen/istenmeyen etkilerin takibi ve ulusal bildirim sistemine bildirim yapılmalıdır (Bkz. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi).
- » Transfüzyon süreçlerine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı ve belirlenen risklere yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 17 Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon Hizmetleri (TDS)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
TDS.1	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
TDS.1.1	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
TDS.1.2	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar tanımlanmalıdır.
TDS.1.3	Temizlik ve dezenfeksiyona yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı, temizlik ve dezenfeksiyon planı oluşturulmalıdır.
TDS.1.4	Alan, zemin ve çevresel yüzeylerin temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.1.5	Malzeme ve cihazların temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik düzenlemeler bulunmalıdır
TDS.1.6	Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kontrolüne yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.
TDS.1.7	Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
TDS.2	Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
TDS.2.1	Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
TDS.2.2	Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlar tanımlanmalı ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.2.3	Yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanacak tıbbi cihazlar tanımlanmalı ve işleyişe özgü düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.2.4	Yüksek düzey dezenfektanların hazırlık, uygulama, kontrol ve bertaraf süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

TDS.2.5.	Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
TDS.3	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
TDS.3.1	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
TDS.3.2	Merkezi Sterilizasyon Ünitesine (MSÜ) yönelik fiziksel ve işlevsel düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.3	Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.4	Paketleme ve yükleme süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.5	Sterilizasyon işleminin etkinliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.6	Steril malzemelerin muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TDS.3.7	Sterilizasyon sürecinin izlenebilirliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Temizlik, yüksek düzey dezenfeksiyon ve sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçlerin tanımlanması ve kontrol altına alınması hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması açısından önemlidir. Sağlık hizmeti verilen tüm alanlarda temizlik uygulamalarının tanımlanması ve izlenmesi, yüksek düzey dezenfeksiyon uygulama alanlarının ve uygulamaların tanımlanması ve izlenmesi, sterilizasyon hizmeti kapsamındaki alanların, uygulamaların, uygulayıcıların tanımlanması ile sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanması konularında sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik eder

### Amaç

Bu bölümün amacı;

Bu bölümün amacı:

Temizlik ve dezenfeksiyon ile tıbbi amaçlı kullanılan alet ve malzemelerin dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin kanıta dayalı rehberler ve ulusal ve uluslararası kabul görmüş uygulamalar çerçevesinde yürütülmesini sağlamak  
Enfeksiyonları önlemek ve kontrol altına almak

### Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

### Standart 1

#### TDS.1

**Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### TDS.1.1

**Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.**

- » Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Temizlik ve dezenfeksiyona yönelik politikalar
  - Temizlik ve dezenfeksiyona yönelik sorumlular ve sorumluluklar
  - Enfeksiyon açısından özellikli alanlar
  - Alan, zemin ve çevresel yüzeylerin temizlik ve dezenfeksiyonu (yöntem, sıklık, kullanılacak deterjan, ekipman vb.)
  - Kan ve vücut sıvıları ile bulaş ve olası kirlilik oluşturan kazalarda temizlik ve dezenfeksiyon
  - Kullanılan temizlik ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu
  - Malzeme ve cihazlara yönelik temizlik ve dezenfeksiyon (yöntem, sıklık, kullanılacak deterjan, ekipman vb.)
  - Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kontrolü
- » Alan, zemin ve yüzeylerinin temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerine yönelik belirlenen kuralların uygunluğu enfeksiyon kontrol komitesince onaylanmış olmalıdır.

##### TDS.1.2

**Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Temizlik ve dezenfeksiyonun kontrolüne ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalı, kontrol yöntemi ve aralıkları belirlenmelidir.
  - Hangi alanda, hangi temizlik malzemelerinin, kim tarafından, nasıl uygulanacağı ve uygulamaların etkinliğinin nasıl ve kim tarafından kontrol edileceği belirlenmelidir.

##### TDS.1.3

**Temizlik ve dezenfeksiyona yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı, temizlik ve dezenfeksiyon planı oluşturulmalıdır.**

- » Temizlik ve dezenfeksiyona yönelik; alan, zemin ve çevresel yüzeyler için risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
  - Temizlik ve dezenfeksiyona yönelik alanlar aşağıdaki risk düzeylerine göre belirlenmelidir:
    - Düşük riskli alanlar: Hasta teması olmayan, kayıt, arşiv vb. bu alanlarda normal temizlik yeterlidir.
    - Orta riskli alanlar: Enfeksiyon hastalığı olmayan bireylerin ve enfeksiyon

- gelişimine yatkınlık açısından riski az olan hastaların bakım alanlarında yer yüzey temizleyici ile temizlik yapılmalıdır. Kuru temizlik ya da vakumlu süpürge gibi toz oluşturan uygulamalardan kaçınılmalıdır. Kan veya vücut sıvıları ile kirlenme olduğunda temizliği takiben dezenfeksiyon yapılmalıdır.
- Yüksek riskli alanlar: Enfeksiyon hastalarının bulunduğu izolasyon odalarında deterjan/dezenfektan solüsyonu kullanılarak tek aşamalı veya önce temizlik ardından dezenfeksiyon şeklinde iki aşamalı işlem yapılmalıdır ve ayrı temizlik ekipmanı bulundurulmalıdır.
  - Çok yüksek riskli alanlar: Koruyucu izolasyon odaları, ameliyathaneler, yoğun bakım üniteleri, yeni doğan servisleri, hemodiyaliz ve nakil üniteleri gibi enfeksiyon gelişimi açısından yüksek riskli hastaların bakımlarının yapıldığı alanlarda yukarıda belirtildiği gibi tek veya iki aşamalı temizlik-dezenfeksiyon yapılmalıdır ve ayrı temizlik ekipmanı bulundurulmalıdır.
  - Çevresel yüzeyler, “kritik” ve “kritik olmayan” şeklinde ikiye ayrılmaktadır. Ellerin sıklıkla temas ettiği; kapı kolları, yatak kolları, klavyeler, yatak kontrol panelleri, elektrik düğmeleri ile tansiyon aleti, EKG cihazı, stetoskop gibi non-invaziv tıbbi cihazlar kritik yüzey olarak kabul edilmektedir. Mikroorganizma bulaşması açısından göreceli olarak düşük riskli olan; duvarlar, tavan, raflar, kaloriferler gibi ekipman ise kritik olmayan yüzeyler olarak sınıflandırılmaktadır.
- » Belirlenen riskler doğrultusunda, kurum/kuruluşun tüm alanlarını kapsayan temizlik ve dezenfeksiyon planı oluşturulmalı, asgari aşağıdaki konuları içeren temizlik ve dezenfeksiyon planı hazırlanmalıdır:
- Alan ve yüzey bazında;
    - Risk düzeyi
    - Kullanılacak temizlik ve dezenfeksiyon malzemesi ve ekipmanları
    - Temizlik ve dezenfeksiyon sıklığı ve kuralları
    - Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kim tarafından yapılacağı
  - Haşerelerle mücadele yöntemleri ve sıklığı

### TDS.1.4

#### **Alan, zemin ve çevresel yüzeylerin temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Temizlik ve dezenfeksiyona ilişkin gerekli malzeme, ekipman ve kişisel koruyucular bulundurulmalıdır.
- » Temizlik/dezenfeksiyon işlemlerini gerçekleştirecek çalışanın kullanacağı kişisel koruyucu ekipman belirlenmeli;
- Çalışanlara koruyucu ekipman kullanımı hakkında eğitim verilmeli
  - Koruyucu ekipmanların sürekli kullanımı ve temini sağlanmalıdır.
- » Temizlik ve dezenfeksiyon uygulamalarında az kirli alanlardan çok kirli alanlara, yukarıdan aşağıya ve kapiya en uzak konumdan kapiya doğru yapılmalıdır.
- » Temizlik-dezenfeksiyon yapılacak alanın havalandırılması sağlanmalıdır.
- » Temizlik dezenfeksiyon yapılacak alanda hareketliliğin durdurulması veya en aza indirilmesi sağlanmalıdır.
- » Ameliyathane dışındaki yüksek riskli alanlarda günlük temizliğe ek olarak zemin ve elle sık temas edilen tüm yüzeyler (etajer, monitör ve ventilatör yüzeyleri, yemek masası, çalışma masaları, musluk başı, kapı kolu, yatak kenarları, vb.) günde en az bir kez ve kirlenme olduğunda her defasında dezenfekte edilmelidir.

- » Ameliyathane alanları sabah ilk vakadan önce, vaka aralarında ve gün sonunda temizlenip dezenfekte edilmelidir.
- » Alan, zemin ve yüzeylerin risk düzeyine göre farklı renklerde kova ve temizlik bezleri belirlenmelidir.
- » Kritik olmayan yüzeylerde nötral deterjanla temizlik yeterlidir. Ancak burada esas problem temizlik kovasındaki suyun kullanım esnasında kirlenmesidir. Bu nedenle, yatak aralarında ve kirlendikçe deterjanlı suyun değiştirilmesi gerekir.
- » Kritik yüzeylerde etkin temizlik ile dezenfeksiyon yapılmalıdır. Dezenfeksiyon işlemi gözle görülür kirlenme yoksa deterjan-dezenfektan özelliği olan bir ürünle tek aşamada yapılabilir.
- » Temizlik öncesi oda mümkün olduğunca boşaltılmalı ve atıklar çıkarılmalıdır.
- » Dezenfeksiyonu yapılmış hasta odasında kullanılan solüsyonların maruziyet süresi kadar hava sirkülasyonunu değiştirecek davranışlardan kaçınılmalı, odaya hasta alınmamalıdır.
- » Temizlik sonrası etkin bir dezenfeksiyon için deterjan kalıntıları uzaklaştırılmalı ardından dezenfeksiyon yapılmalıdır.
- » Temizlik arabasında temiz/kirli bezlerin ve diğer malzemelerin konulacağı yerler standart olarak belirlenmelidir.
- » Kullanılacak solüsyonlar, dozları ve süreleri yazılı olarak araba üzerinde ve hazırlık ünitesinde bulundurulmalıdır. Tercihen otomatik dozajlama sistemi kullanılmalıdır.
- » Kullanılan temizlik ekipmanının (temizlik arabası, mop sapı, kovalar vb.) ve tek kullanımlık malzemelerin (tek kullanımlık mendil, bez, mop vb.) temizliği ve dezenfeksiyonu ilgili ulusal/uluslararası rehberler doğrultusunda yürütülmelidir.
- » Kan ve vücut sıvıları ile bulaş ve olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında dekontaminasyon uygulamaları ilgili ulusal/uluslararası rehberler doğrultusunda yürütülmelidir.
- » Terminal dezenfeksiyon uygulaması varsa (hidrojen peroksit, UV vb.), ekipman, kullanım alanları, kullanıcılar ve kullanımı ile ilgili kurallar (hasta odasının boşaltılması vb), bakımı ile ilgili doküman bulunmalıdır.
- » Dezenfeksiyon öncesi temizlik yapıldığı izlenebilir olmalıdır.

### TDS.1.5

#### **Malzeme ve cihazların temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**

- » Malzeme ve cihazlar enfeksiyon risk düzeylerine göre en az üç grupta (kritik, yarı kritik ve kritik olmayan gibi) tanımlanmalıdır.
  - Kritik: Organ, doku ve kan ile temas eden cihazlarda sterilizasyon veya yüksek düzey dezenfeksiyon yapılabilir.
  - Yarı kritik: Mukoza ve bütünlüğü bozulmuş deri ile temas eden cihazlarda yüksek veya orta düzey dezenfeksiyon yapılabilir.
  - Kritik olmayan: Sağlam deri ile temas eden cihazlarda düşük düzey dezenfeksiyon yapılabilir.
- » Risk düzeylerine göre uygulanması gereken dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemleri tanımlanmalıdır.
  - Yarı kritik tıbbi cihazlar için yüksek düzey dezenfeksiyon yöntemi yeterli kabul edilmekle birlikte, herhangi bir sterilizasyon yöntemi ile steril edilmesi mümkün olan tıbbi cihazlarda sterilizasyon işlemi uygulanması tercih edilir.

- » Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.
- » Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon düzeyi, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmelidir.
- » Dezenfektanların bulunduğu kap ya da konteynerlerin kapakları kapalı olmalıdır.
- » Dezenfektanların hazırlandığı kap ya da konteynerlerin üzerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılmalıdır.
- » Dezenfektanlar üretici firmanın önerdiği konsantrasyon ve temas süresine uygun şekilde kullanılmalı, temas süresi takip edilmelidir.
- » Dezenfektanlar uygun şekilde bertaraf edilmelidir.
  - Dezenfektanların bertaraf süreci, ulusal ve uluslararası rehberler, üretici firma önerileri ve ilgili ülke mevzuatı dikkate alınarak belirlenir.
- » Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmelidir.

### TDS.1.6

#### Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kontrolüne yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.

- » Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri ile hastanede gerçekleştirilen dezenfeksiyon işlemleri düzenli bir şekilde kontrol edilmelidir.
- » Temizlik ve dezenfeksiyon planına uygun olacak şekilde, kullanım alanlarında gerekli malzeme ve ekipmanın bulunma durumu kontrol edilmelidir.
- » Temizlik etkinliğinin kontrolüne ilişkin kanıtlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
  - Temizlik etkinliğinin hangi yöntemle, hangi sıklıkla ve kim tarafından kontrol edildiği tanımlanmalı; uygulanan yöntemle göre (floresan işaretleme ile kontrol, ATP testi veya mikrobiyolojik yöntem vs) sonuçlar kaydedilmeli ve geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

### TDS.1.7

#### Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.

- » Temizlik ve dezenfeksiyon hizmetlerine ilişkin ilgili çalışanlara yönelik eğitimler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Genel alanların temizlik kuralları
  - Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları
  - Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri
  - Çalışanlar arası iletişim
  - Hasta ve hasta yakınları ile iletişim
  - Kişisel koruyucu ekipman kullanımı
  - Temizlik malzemelerine maruz kalma (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaklar
  - Temizlik ve dezenfeksiyonun etkinliğini bozan yapısal sorunlar ve bu sorunlar hakkında sorumlulara bilgi verilmesi gerekliliği
  - Dezenfektanların kullanımı
    - Dezenfektan etkinliğinin sağlanması için dikkat edilecek hususlar
    - Kişisel koruyucu ekipmanın kullanımı
    - Havalandırma koşulları

- Kaza durumunda yapılacaklar
- Dezenfeksiyon etkinliğini bozan durumların bildirimi
- Dezenfektanların saklanma koşulları

### Standart 2

#### TDS.2

**Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### TDS.2.1

**Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Yüksek düzey dezenfeksiyon politikası
  - Yüksek düzey dezenfeksiyona yönelik sorumlular ve sorumluluklar
  - Yüksek düzey dezenfeksiyonun yapılacağı alanlar
  - Yüksek düzey dezenfektanların hazırlanması, uygulanması, kontrolü ve bertaraf edilmesi
  - Uygulamaların etkinliğinin değerlendirilmesi

##### TDS.2.2

**Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlar tanımlanmalı ve gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Yüksek düzey dezenfektan kullanım alanları ihtiyaca göre dikkatle planlanmalı, rastgele kullanımından kaçınılmalıdır.
- » Endoskop dekontaminasyonu için dekontaminasyonun yapıldığı kirli alan ve dekontamine endoskopların muhafaza edildiği temiz alan olmak üzere en az iki odadan oluşan bir alan bulunmalıdır.
  - İki oda sağlanması mümkün olmayan durumlarda iş akışı kirliden temize olacak şekilde ayarlanmalıdır.
- » Tercihen kapalı dekontaminasyon sistemleri kullanılmalıdır.
- » Endoskopi dekontaminasyon alanında ayrıca el yıkama lavabosu bulunmalıdır.
- » Sıçramalarda kullanılmak üzere göz yıkama istasyonu olmalıdır.
- » Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlarda uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
  - Çalışma alanlarında saatte uygun temiz hava değişimi sağlayabilen havalandırma sistemi olmalıdır. Havalandırma sistemi genel sistemden ayrı olmalı ve hava değişiminin izlenebilmelidir.

##### TDS.2.3

**Yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanacak tıbbi cihazlar tanımlanmalı ve işleyişe özgü düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanacak tıbbi cihazlar risk durumuna, tipine ve cinsine göre belirlenmelidir. Yüksek düzey dezenfektanların rastgele kullanımından kaçınılmalıdır.
  - Endoskopların yeniden kullanıma hazırlanmasında uygun temizlik,

- dezenfeksiyon ve/veya sterilizasyon kurallarına uyulmalıdır.
- Yeniden kullanıma hazırlarken uygulanacak yöntemlerin endoskopik işlemlerin risk durumuna ve endoskoplara göre belirlenmesi gerekmektedir.
    - Risk açısından endoskopik uygulamalar yüksek ve orta derecede riskli olarak kategorize edilmelidir.
  - Yüksek riskli cihazlar; derinin delindiği ve steril boşluklara girilen işlemlerde kullanılan tıbbi cihazlardır (artroskop, laparoskop vb.).
    - Bu cihazlar, uygun temizleme işlemlerinden sonra üretici talimatlarına göre kullanım öncesi steril edilmelidir.
    - Yüksek riskli bükülemez (rijit) endoskoplarda (artroskop, laparoskop, sistoskop vb.) yüksek düzey dezenfeksiyon yapılmamalıdır.
    - Endoskopik girişimlerde kullanılan ve dokuya penetre olan aksesuarların (forsepsler, sifinkteretomlar, polipektomi sinerleri, sikloterapi iğneleri, sitoloji fırçaları, vb.) kullanım öncesi steril edilmelidir.
  - Orta derece riskli cihazlar; sağlam mukozaları ilgilendiren işlemlerde (kolonoskop, gastroskop vb.) kullanılan ve yarı kritik malzeme sınıfında yer alan cihazlardır.
    - Bu cihazlarda kullanım öncesi yüksek düzey dezenfeksiyon uygulanmalı ve bu işlemler endoskop dekontaminasyon alanında yapılmalıdır.
  - Endoskopik cihazların ön işlem, temizleme, durulama, yüksek düzey dezenfeksiyon, son durulama, kurulum ve saklama aşamalarına yönelik kurallar ulusal ve uluslararası kılavuzlar doğrultusunda tanımlanmalıdır.
  - Endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyonunun etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.
  - Manuel dekontaminasyon yapılan endoskopi dekontaminasyon alanında biri kirli endoskoplara yıkama-fırçalama işleminde, diğeri durulamada kullanılmak üzere en az iki adet evye bulunmalıdır.
    - Evyenin yapıldığı malzeme kimyasallara dayanıklı olmalı ve kolay temizlenebilmelidir.
    - Evye, bir endoskopi kordonlarıyla birlikte, zarar görmeden tam olarak alabilecek kadar büyük olmalıdır.
    - Evyeye sıcak ve soğuk su akışı olmalıdır.
    - El yıkama için ayrı bir lavabo bulunmalıdır.
  - Dezenfektörlerle yapılacak olan endoskop dezenfeksiyonunda, dezenfeksiyon işlemine kadar olan temizleme basamaklarının tamamı uygulandıktan sonra endoskop dezenfektöre yerleştirilmelidir.
- » Yıkama ve dezenfeksiyon için otomatik endoskop yıkayıcı dezenfektör cihazlar kullanılıyorsa, tercihen iki kapı olmalı, endoskoplara su, deterjan ve dezenfektanla temas edecek şekilde cihaza bağlanabilmelidir.
- » Dezenfektör döngüsü tamamlanmadan endoskop çıkarılmamalı, elle yapılan dezenfeksiyonda olduğu gibi kurulum ve saklama basamaklarının uygun şekilde tamamlanması sağlanmalıdır.
- » Dezenfeksiyon kabı endoskoplara hasar görmeden yerleşebilecek büyüklükte olmalıdır.
- » Dezenfektörlerin bulunduğu kapların kapakları kullanım sırasında kapalı olmalıdır.
- Dezenfektörlerle yapılan tüm döngülerin süre ve cihaz olarak kayıtları

tutulmalıdır.

- Endoskoplar kurumaları için düşey pozisyonda asılmalı, kurutulduktan sonra temiz olarak muhafaza edilmelidir.
- Endoskopik cihazların temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerini gerçekleştiren çalışanlar konu ile ilgili eğitim almış olmalıdır.
- » Uluslararası standartlar ve kanıtlanmış çalışmalar doğrultusunda dezenfeksiyon uygulamalarının temel prensipleri, amaçlanan dezenfeksiyon düzeyleri için seçilebilecek ürünler ve uygulamalar tanımlanmalıdır.
- » Tüm işlemler endoskop üreticisinin önerilerine ve standart uygulama dokümanına göre kaçak testi, ön yıkama, fırçalama, ana yıkama, durulama, dezenfeksiyon, depolamayı kapsayacak şekilde yapılmalıdır.
- » Dekontamine edilmiş endoskoplar taşıma çantalarında saklanmamalı, kapalı ve tercihen HEPA filtreli kurutma yapan dolaplarda dik asılarak saklanmalıdır.
- » Dekontamine endoskoplarda saklama süresi valide edilmiş olmalı veya aynı gün kullanılmayan endoskoplar ertesi gün başında tekrar dekontamine edilmelidir.

### TDS.2.4

#### **Yüksek düzey dezenfektanların hazırlık, uygulama, kontrol ve bertaraf süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Yüksek düzey dezenfektan; üreticinin önerdiği konsantrasyonda, bir ölçek yardımıyla temiz kaptan ve temiz su ile hazırlanmalıdır.
- » Yüksek düzey dezenfektanın minimal etkin konsantrasyonu (MEK) belirlenen sıklıkta indikatörlerle kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Dezenfeksiyon süresi için zamanlayıcı kullanılmalı ve üreticinin önerdiği temas süresine uyulmalıdır.
- » Elle dezenfeksiyon yapılması durumunda kullanılan yüksek düzey dezenfektanın MEK testi yazılı dokümanda tanımlandığı şekilde düzenli olarak yapılmalı ve kaydedilmelidir.
- » Otomatik endoskop yıkayıcı dezenfektör kullanılıyorsa cihaz döngü çıktılarını kaydedilmelidir.
- » Yüksek düzey dezenfektanlar uygun şekilde bertaraf edilmelidir.
  - Yüksek düzey dezenfektanların bertaraf süreci, ulusal ve uluslararası rehberler, üretici firma önerileri ve ilgili ülke mevzuatı dikkate alınarak belirlenir.
- » Etkinliği azalan dezenfektan bertaraf edildikten sonra dezenfektan kabı yıkanarak yeni dezenfektan hazırlanmalı ve asla ekleme yapılmamalıdır.
- » Yüksek düzey dezenfeksiyon süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.
- » Yüksek düzey dezenfeksiyon süreçlerine uygun ve gerekli malzeme, ekipman ve kişisel koruyucular bulundurulmalıdır.
  - Süreç sırasında kullanılması gereken tüm kişisel koruyucular tanımlanmalı ve alanda hazır bulundurulmalıdır.

### TDS.2.5

#### **Yüksek düzey dezenfeksiyona ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitim verilmelidir.**

- » Yüksek düzey dezenfeksiyonun önemi ve sorumluluğuna ilişkin ilgili çalışanlara farkındalık eğitimleri verilmelidir.
- » Endoskop dekontaminasyon uygulamaları konuya ilişkin eğitim almış nitelikli çalışanlar tarafından yapılmalıdır.

### Standart 3

#### TDS.3

**Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

#### TDS.3.1

**Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.**

- » Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Sterilizasyon ünitesi öncesi süreçlerin kontrolü
  - Sterilizasyon ünitesinde fiziki alanın düzenlenmesi
  - Sterilizasyon hizmetinde süreç kontrolü
  - Uygulanan hizmetlere ilişkin gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kurallar
  - Aletlerin;
    - Üniteye transferi
    - Yıkınması
    - Hazırlık ve kontrol alanına taşınması
    - Sayımı ve kontrolü
    - Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanması
    - Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunması
  - Yıkama, paketlenme ve sterilizasyonun etkinliğinin kontrolü
  - Yıkama, paketlenme ve sterilizasyon sürecinde kullanılan cihazlarının günlük temizliği ve düzenli aralıklarla bakımı
  - Hizmetin aksamasına neden olan durumların varlığında (elektrik kesintisi, su kesintisi, cihaz arızaları gibi) izlenmesi gereken yol
  - Sterilizasyon hizmet alımı söz konusu ise kontrollerin kapsamı, kontrol aralıkları ve sorumlusu
  - Envanter dışı set ve malzemelerin sterilizasyon süreci
  - Tekrar kullanılabilen (reusable) tıbbi cihaz ve malzemelerin kullanım koşulları
    - Tekrar kullanılabilen tıbbi cihaz ve malzemeler varsa bunlara ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
    - Tek kullanımlık kritik tıbbi cihazlar tekrar steril edilmemelidir.
    - Tek kullanımlık tıbbi cihaz, üreticisi tarafından bir hastada ve bir kez kullanılmak üzere üretilmiş cihazdır.
    - Bu tıbbi cihazların yeniden kullanıma hazırlanarak tekrar kullanımı hasta güvenliği için önemli risk oluşturur.
    - Tek kullanımlık kritik tıbbi cihazların yeniden kullanımını önleyecek düzenleme yapılmış olmalıdır.
  - Olağanüstü durumlarda (afetler, tesis kaynaklı sorunlar, cihaz gaz kaçakları gibi) sterilizasyon hizmetleri ile ilgili alınacak önlemler
  - Anlık sterilizasyon uygulamasına (varsa) yönelik süreçler
    - Anlık sterilizasyon yönteminin hangi durumlarda kullanılacağı
    - Anlık sterilizasyon tıbbi cihaz ve malzemelerin standart basınçlı doymuş buhar yöntemiyle steril edilmesi için yeterli sürenin olmadığı durumlarda kullanılmalı, rutin sterilizasyon yöntemi olarak kullanılmamalıdır.
    - 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
- Sterilizasyon işlemlerinin izlenebilirliği
- Sterilizasyon ünitesi sonrası süreçlerin kontrolü
- » Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar ilgili ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.
- » Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçlere yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.

### TDS.3.2

#### Merkezi Sterilizasyon Ünitesine (MSÜ) yönelik fiziksel ve işlevsel düzenlemeler yapılmalıdır.

- » MSÜ'de fiziki mekân işlem basamaklarına göre planlanmalıdır. Kirli, temiz, steril ve destek alanlar tanımlanmalı ve fiziksel olarak ayrılmış olmalıdır.
  - Kirli alan: Tıbbi cihaz kabul ve yıkama işlemlerinin uygulandığı alandır.
  - Temiz alan: Kontrol, bakım, paketleme ve sterilizasyon cihazına yükleme işlemlerinin uygulandığı alandır.
  - Steril alan: Steril malzemenin cihazdan çıkarıldığı, teslim parametrelerinin değerlendirildiği ve depolandığı alanlardır.
  - Destek alanlar: Çalışan giyinme odaları, tuvalet, dinlenme odası, eğitim odası, idari ofis, tekstil katlama alanı vb. alanlardır.
- » Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izlenmelidir.
- » MSÜ'de tüm yüzeyler kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır. Ör. Yüzeylerde çatlaklar olmaması, derzsiz malzeme kullanılmış olması, kumaş, flaster vb. ile sarılmış yüzeyler bulunmaması, seramik yüzey kullanılmışsa yüzeyin büyük olması vb.
- » Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril alandan temiz alana ve kirli alana doğru olmalıdır.
  - Havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır.
  - Hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır.
  - Havalandırma sistemi, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla dışarı akışını sağlamalı, ölçüm kayıtları izlenebilir olmalıdır. Ör. Otomasyon sistemi, teknik servis kayıtları, havalandırma cihazının basınç ölçümleri, alan geçişlerinde iki kapılı koridorların oluşturulması vb. havalandırmaya ilişkin bu bilgiyi veren kayıtlar
- » Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler, sterilizasyon süreçlerinin güvenlik ve etkinliğinin sürdürülmesini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.
  - Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemlerin rutin kontrolleri, yetkin teknik çalışanlar tarafından yapılmalıdır.
  - MSÜ'de yıkama dezenfektörlerinin son durulama suyu, termal dezenfeksiyonda kullanılan su ve buhar sterilizatörlerde kullanılan su demineralize olmalıdır.
  - Demineralize suyun kalitesini ölçmeye yönelik süreçler ve kontrol aralıkları

- tanımlanmalıdır.
- Suyun iletkenliği her gün ölçülmeli ve kaydedilmelidir.
  - Mikrobiyolojik kontaminasyonun engellenmesi için demineralize suyun büyük oranlarda depolanmasından kaçınılmalı, suyun sıcaklığı kontrol edilmeli ve depolama alanı düzenli olarak temizlenmelidir.
    - MSÜ'de yıkama dezenfektörlerin son durulama suyu ve buhar sterilizatörlere giden su, ters ozmoz ile elde edilmiş demineralize su olmalıdır.
    - Bu suyun iletkenliği 15 mikrosimensin altında olmalı ve iletkenlik her gün kaydedilmelidir.
  - Çalışma alanlarının özelliğine göre gerekli aydınlatma düzeyleri belirlenmelidir.
  - MSÜ'de tüm cihazlar kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.
- » Kirli, temiz ve steril depolama alanları arasındaki geçiş noktalarında el hijyenini sağalmaya yönelik ekipman (lavabo, sıvı sabun, el antiseptiği gibi) bulunmalıdır.
- Çalışan alan girişlerinde, kirli alandan çıkarken, temiz alanda aletlere çıplak elle dokunmadan önce, paketlenmiş malzemeye dokunmadan önce, steril malzemenin paketine dokunmadan önce el hijyenini yapmalıdır.
- » MSÜ'de çalışanlar için ergonomik çalışma koşulları tanımlanmış ve gözlemlenebilir olmalıdır. (Ayarlanabilir tabureler ve masalar gibi).
- » Temiz ve steril alanda partikül oluşturan aktivitelerden kaçınılmalıdır (karton kutu varlığı, tekstil katlama, spanç kesme vb.)
- » Steril depolama alanında steril malzemelerin yerleşimi, depolanması ve teslimine ilişkin kurallar belirlenmelidir.
- » Steril alanlarda depolama koşulları hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve malzemenin sterilliğinin korunmasını sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.
- Steril alanda temiz oda kriterleri (ISO Sınıf 8) sağlanmalı ve yılda bir kez hava değişim sayısı, hava validasyon ölçüm testleri yapılmalı, değerlendirilmeli ve uygunsuzluk varsa iyileştirme yapılmalıdır.
- » Steril depolama alanına girişler kontrollü olmalı, steril olmayan malzeme ve tıbbi cihazlar bu alanda bulunmamalıdır.
- » Basıncı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.
- Basıncı buhar otoklavları için vakum kaçak testi yapılmalıdır.
    - Vakum kaçağı 1 milibar/dakikadan az ise haftada bir kez yapılmalıdır.
    - 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılmalıdır.
    - Vakum kaçağı 1,3 milibar/dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulmalıdır.
    - Vakum kaçak test sonuçları izlenebilir olmalıdır.
  - Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie-Dick testi uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Etilen oksite yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.
- Etilen oksit sterilizatörü ayrı bir bölümde yer almalı, giriş kapısı üzerinde gerekli uyarıcı semboller bulunmalı ve odaya girişler kontrollü olmalıdır.
  - Etilen oksit sterilizasyon odasında saatte en az 20 kez taze hava değişimi olmalı, basınç çevre alanlardan daha düşük tutulmalıdır. Basınç farkı sesli ve görüntülü uyarı sistemleri ile sürekli izlenmelidir.
  - Cihaz %100 etilen oksit ile çalışmalı, kartuş elle aktive edilmemeli, cihaz içerisinde otomatik olarak hazneye dolmalıdır.

- Kartuşlar özel bir kapalı metal konteynerde saklanmalıdır.
- Ortamdaki gazı tespit edebilen uyarı sistemi bulunmalıdır.
- Alarm durumunda kullanılmak üzere, sterilizasyon ünitesi girişinde gaz maskesi ve koruyucu giysi bulunmalıdır.
- Etilen oksit sterilizatörü ile steril edilen malzemeler uygun süre ile havalandırılmalıdır.
  - Malzemeler;
  - Cihazın kendi kazanı içerisinde en az 8-10 saat
  - Cihaz dışında ise malzemenin yapısı, kullanım amacı, lümen inceliği, lümen uzunluğu, vücutta bırakılacak olması gibi kriterler göz önünde bulundurularak ilaveten 12 saatten iki haftaya kadar havalandırılmalıdır.
- Etilen oksit sterilizatörüne ait atık gazlar bağımsız bir bacadan çevre güvenliğini sağlayacak şekilde tahliye edilmelidir.
  - Atık gazı nötralize edebilen cihazların varlığında bağımsız bir bacaya ihtiyaç yoktur. Bu durumda düzenli aralıklarla atık gazın etilen oksit içeriği ölçülmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

### TDS.3.3

#### **Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Sterilize edilecek malzemelerin teslim alınması, yıkanması ve yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.
- » Kirli malzemeler, sayım yapılarak teslim alınmalı, malzemenin adı, sayısı, geldiği birim, geliş tarihi ve saati, teslim eden ve alan kişilerin bilgileri kayıt altına alınmalıdır.
  - Karekodla alet kullanımında barkod yöntemiyle yapılan sistem kayıtları kabul edilebilir.
- » Yıkamada kullanılan ekipman, kimyasallar ve fiziksel parametreler (sıcaklık, konsantrasyon, makine kullanılıyorsa çevrim parametreleri gibi) dekontamine edilecek malzemelerle uyumlu olmalıdır.
- » Yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin süreç asgari aşağıdaki kontrol basamaklarını içermelidir:
  - Yıkama cihazlarının döngü raporları her yıkama sonrasında değerlendirilmelidir. Çıktı alınamayan cihazlarda harici fiziksel kontrol yöntemleri uygulanmalıdır.
  - Fiziksel çıktıların kontrolüne ek olarak aşağıdaki kontrollerden biri en az haftada bir kez uygulanmalıdır:
    - Sıcaklık zaman parametrelerini gösteren elektronik kontrol sistemleri
    - Yıkama indikatörleri ile kontrol
  - En az iki haftada bir kez protein kalıntı testleri yapılmalıdır.
  - En az altı ayda bir kez demineralize suyun kimyasal ve mikrobiyolojik kontrolü yapılmalıdır.
  - Yıkama kontrolü, kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.
- » Yıkama alanları ve cihazlarının bakım ve temizliği ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

### TDS.3.4

#### **Paketleme ve yükleme süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Paketlemeye ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.
- » Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim alınmalıdır.
- » Paket içeriği, temizlik, bütünlük ve hasar açısından kontrol edilmeli ve gerekli bakım uygulamaları yapılmalıdır.
- » Paketleme işlemi temiz alanda gerçekleştirilmelidir.
  - Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.
- » Paketlemede kullanılacak malzemeler uygulanacak sterilizasyon yöntemi ile uyumlu olmalı, sterilizasyonun etkinliğini ve steril paketlerin güvenli muhafazasını sağlamalıdır.
- » Paketlerin sterilizasyon cihazına yüklenmesine ilişkin kurallar tanımlanmalı, sterilizasyon etkinliğini azaltacak şekilde fazla ve sıkışık yükleme yapılmamalıdır.

### TDS.3.5

#### **Sterilizasyon işleminin etkinliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Sterilizasyon etkinliğinin izlenmesine yönelik ünite tarafından izlenecek yöntem ve süreçler (parametrik validasyon, biyolojik validasyon, rutin kimyasal ve biyolojik indikatör kullanımı gibi) tanımlanmalıdır.
  - Validasyona yönelik yeterlik testleri rutin olarak en az yılda bir kez yapılır. Ayrıca aşağıdaki durumlarda da yeterlik testleri tekrarlanır:
    - Sterilizatörde sensör değişimi gibi büyük onarımlar
    - Sterilizasyon sürecinde değişiklik (vakum derinliğinin artırılması, ön vakum sayısında değişiklik vb.)
    - Yükte veya yükleme biçiminde değişiklik (yeterlik testlerinde kullanılan referans yüke göre)
    - Paketleme malzemesi veya yönteminde değişiklik (tek kullanımlık paketleme malzemesinden konteynera geçiş vb.)
  - Parametrik validasyon yöntemine karar verilmiş ve en az yılda bir kez parametrik validasyon yapılmakta ise ürün teslimi için kimyasal ya da biyolojik kontrol sonuçları zorunlu değildir. Rutin fiziksel kontrol sonuçlarına göre (Bowie-Dick testi, vakum kaçak testi ve döngü grafikleri) ürün teslimi yapılabilir.
  - Biyolojik validasyon yapılmış ise döngüler biyolojik indikatörle izlenir. Yeterlilik testlerinin tekrarını gerektiren yukarıdaki durumlarda üç kez negatif biyolojik indikatör sonucu alındıktan sonra sterilizatör kullanıma açılır.
- » Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.
- » İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.
- » Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde paket içi kimyasal indikatör uygulaması tanımlanmış ise, her pakete paket içeriğinin niteliğine göre uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konulmalıdır.
  - Aşağıdaki koşullar sağlanmak kaydı ile içinde en fazla 5 lümensiz alet veya 10 spanç/ped bulunan sterilizasyon paketlerinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir:
    - Buhar sterilizatörün düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonunun yapılması

- Bowie-Dick testi ve vakum kaçak test sonuçlarının olumlu olması
- Bu tür paketlerin bulunduğu döngülerde yük kontrol testlerinin her döngüde yapılması ve olumlu olması
- » Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde biyolojik indikatör uygulaması tanımlanmış ise, uygulama asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir:
  - Sterilizasyon yöntemine göre biyolojik indikatör kullanım sıklığı ve kuralları belirlenmelidir:
    - Buharlı basınç sterilizasyonunda, parametrik ürün teslimi yapılmıyorsa en az haftada bir kez ve implant içeren her yükte
    - Etilenoksit sterilizasyonunda her döngüde
    - Formaldehit sterilizasyonunda her döngüde
    - H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> sterilizasyonunda her döngüde
    - Cihazların ilk kurulum çevrimleri ve büyük onarımlarından sonra arka arkaya üç negatif sonuç alındıktan sonra kullanım başlatılmalıdır.
    - Biyolojik indikatör sonucu kayıt altına alınmalıdır.
    - İndikatörün her farklı üretim serisi için bir pozitif kontrol testi yapılmalıdır.
    - Biyolojik indikatör sonucunun pozitif olması durumunda son negatif sonuçtan itibaren teslim edilen malzemeler geri çağırılmalı, tekrar steril edilmeli, malzemeler hastalara kullanılmış ise ilgili hastalar enfeksiyon kontrol komitesince izlenmelidir. Cihazın bakım kontrolleri yapılmalı, kullanımına üç negatif biyolojik kontrol sonrasında izin verilmelidir.
    - Biyolojik indikatör inkübatörü belirlenen aralıklarda ve gerektiğinde kalibre edilmelidir.
- » Validasyon yeterlilik testlerinde parametrik validasyonda ölçüm cihazları, biyolojik validasyonda ise biyolojik indikatörler zorlayıcı test sistemleri içinde otoklav üreticisinin “zor noktalar” olarak belirlediği noktalara yerleştirilir ve sonuçlar bir uzman tarafından değerlendirilir. Bu ölçümler otoklav boşken ve en zor yükte tam doluyken üç kez tekrarlanmalı, sonuçlar kayıt altına alınmalıdır.

### TDS.3.6

#### **Steril malzemelerin muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza edilmelidir.
  - Havalandırma sistemi, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla dışarı akışını sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Dış hava ile doğrudan temas olmamalıdır.
  - Steril malzeme depolarında malzeme rafları yerden en az 30 cm yukarıda, en üst rafa malzeme konduktan sonra tavana mesafesi en az 50 cm olacak şekilde, hava sirkülasyonu için duvardan en az 5 cm önde olmalıdır.
  - Steril depolama rafları kolay temizlenebilir olmalı, depolanan ürünün etrafındaki havanın serbest dolaşımına izin vermelidir.
- » Steril depodan çıkan malzemeler, paketi açılmasa dahi yeniden steril edilmeden depoya kabul edilmemelidir.
- » Steril depodan alanlara çıkan steril malzemeler uygulama alanlarında uygun şekilde (uygun çekmece dolap vb.) muhafaza edilmelidir.
- » Steril malzemelerin üzerinde, sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır.

- » Steril malzemelerin raf ömrü, paketleme kat sayısı, paketleme gereçleri, diğer koruyucu etkenler (kapalı kutu, toz örtüsü, taşıma arabası gibi), depolama yeri gibi faktörler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

### TDS.3.7

#### **Sterilizasyon sürecinin izlenebilirliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında (malzemenin teslim alınması, yıkanması, paketlenmesi, sterilize edilmesi, depolanması, kullanım alanına transferi); zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.
  - Sterilizasyon işlemi ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilmelidir:
    - Yıkama ve termal dezenfeksiyon etkinliğini gösteren performans testleri
    - Döngü sonrası paketlerin nem ve maruziyet bandı açısından kontrolü
    - Sterilizasyon etkinliği kimyasal ve biyolojik indikatörler ile izleniyor ise indikatör kontrol sonuçları
    - Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiği
    - Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
    - Cihaz döngü kayıtları
    - Cihaza ilişkin test sonuçları (vakum kaçak testi, Bowie-Dick testi gibi)
    - Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiği
    - Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığı
    - Varsa diğer aşamalarda gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar
- » Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgiler hasta dosyasında da bulunmalı, hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığı kaydedilmelidir.
  - Hastaya kullanılan malzemelerin kayıtlarına geriye dönük olarak ulaşılabilmelidir.
    - Poliklinik küçük müdahale alanları, diş ünitleri vb. alanlardaki malzemelerin de kayıtları olmalıdır.

<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 18 Laboratuvar Hizmetleri (LH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
LH.1	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
LH.1.1	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin süreç ve kurallar dokümente edilmelidir.
LH.1.2	Laboratuvar hizmet sunum alanları belirlenmeli ve bu alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar sağlanmalıdır.
LH.1.3	Laboratuvar hizmetlerine yönelik bilgilendirici rehber hazırlanmalıdır.
LH.1.4	Laboratuvarda sağlıklı çalışma ortamı oluşturulmalıdır.
LH.1.5	Laboratuvar hizmetlerinde kullanılan reaktifler ile malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.
LH.1.6	Laboratuvar hizmetlerinde istenmeyen olay bildirimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.1.7	Hasta başı test cihazlarının kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.1.8.	Laboratuvar hizmetlerine yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
LH.2	Pre-analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
LH.2.1	Numune ve test istemine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.2.2	Numune alımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.2.3	Numune transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.2.4	Numunelerin laboratuvara kabulü ve reddine yönelik düzenlemeler yapılmalı ve izlenebilir olmalıdır.

## Bölüm 18: Laboratuvar Hizmetleri (LH)

LH.2.5	Laboratuvara kabul edilen numunelere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.2.6	Pre-analitik süreçlerde kimlik doğrulamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
LH.3	Analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
LH.3.1	Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçleri tanımlanmalıdır.
LH.3.2	Laboratuvar testlerine yönelik kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
LH.4	Post-analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
LH.4.1	Laboratuvar sonuçlarının yorumlanması ve raporlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.4.2	Laboratuvar sonuç verme süreleri belirlenmeli, sonuçların zamanında raporlanması sağlanmalıdır.
LH.4.3	Analiz numunelerinin, artan biyolojik materyalin, test verilerinin ve sonuçlarının saklanması ve arşivlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 5</b>
LH.5	Laboratuvar hizmet süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
LH.5.1	Laboratuvar hizmet süreçlerinin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.
LH.5.2	Laboratuvar hizmet süreçlerinde bilgi yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
LH.5.3	Dış kaynak kullanımı yoluyla çalışılan testlere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

## Bölüm 18: Laboratuvar Hizmetleri (LH)

Kod	Standart 6
LH.6	Laboratuvar hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
LH.6.1	Laboratuvar hizmetlerinin performansının değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

### Genel Bilgi

Bu bölüm, ulusal/uluslararası mevzuata ve standartlara uygun bir şekilde kurulmuş, ruhsatlandırılmış ve faaliyet izin belgesine sahip aşağıdaki tıbbi laboratuvarları kapsamaktadır;

- » Tıbbi biyokimya laboratuvarı
- » Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarı
- » Tıbbi patoloji laboratuvarı
- » Doku tipleme laboratuvarı
- » Genetik hastalıklar değerlendirme merkezi

Tıbbi laboratuvar; hastaların değerlendirilmesi, tanı ve tedavi sürecinin izlenmesi amacı ile biyolojik materyallerin incelendiği, sonuçların raporlandığı, gerektiğinde yorumlandığı ve ileri inceleme önerilerini de içeren hizmetlerin sunulduğu laboratuvarları ifade etmektedir.

Bu bölümde yer alan standartlar denetlenirken/uygulanırken;

- » Tıbbi laboratuvarların ruhsatlandırılması, faaliyet iznine esas teşkil eden, ulusal yasa ve yönetmelikler, ulusal standartlar ve uyulması gereken kurallar dikkate alınmalıdır.
- » Laboratuvarın ruhsatı, izin belgeleri, çalışma saatleri, dış laboratuvarlardan hizmet alımı, hizmet verdiği kurum ve kuruluşlar, çalışan personel listesi, laboratuvarın yerleşim planı, laboratuvar uzmanının onayladığı tıbbi cihaz ve tetkik listeleri, kimyasal ve reaktiflerin listeleri, görevlendirme ve atama belgeleri, diploma, lisans ve uzmanlık belgeleri ile varsa eğitim sertifikalarının güncel olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- » Laboratuvarların biyogüvenlik seviyesine uygunluğu kontrol edilmelidir. Tıbbi mikrobiyoloji laboratuvarı en az “biyogüvenlik düzeyi 2” şartlarına, diğer tıbbi laboratuvarlar ise en az “biyogüvenlik düzeyi 1” şartlarına uygun olmalıdır. Uluslararası düzenlemelere göre risk grubu 3 veya 4 listesinde yer alan mikroorganizmalarla çalışan tıbbi laboratuvarlar sırasıyla “biyogüvenlik düzeyi 3” veya “biyogüvenlik düzeyi 4” koşullarına uygun olmalıdır.
- » Bu bölümde yer alan standartlar boyunca kullanılan “numune” ifadesi biyolojik materyal ifadesini de içermektedir.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Hastaya ait numunenin uygun koşullarda teslimi, saklanması, analiz edilmesi, test sonuçlarının uygun şekilde raporlanmasını sağlayacak şekilde fiziki koşulları yapılandırmak ve laboratuvar personeli için sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmak

- » Laboratuvar dışı süreçlerde test güvenliğinin sağlanması için test sürecinde yer alan sağlık çalışanlarının doğru ve etkin bir şekilde bilgilendirilmeleri ve gerekli dokümana ulaşabilmelerinin sağlanması
- » Test isteminden, numunelerin analizine kadar geçen süreçlerin kontrol altına alınması suretiyle laboratuvar sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliğinin sağlanması
- » Laboratuvar analitik süreçlerine yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliği ile hasta güvenliğinin temin edilmesi
- » Test sonuçlarının hasta yararına kullanılması ve hasta güvenliğinin sağlanması
- » Laboratuvar süreçlerinin analizi ve iyileştirilmesine yönelik veri elde etmek için test süreçlerinin izlenebilirliğinin sağlanması
- » Laboratuvarda yürütülen kalite çalışmalarını ölçülebilir bir formata dönüştürerek iyileştirmeye açık alanların belirlenmesi, izlenmesi ve sürekli gelişimin sağlanmasıdır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### LH.1

**Laboratuvar hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### LH.1.1

**Laboratuvar hizmetlerine ilişkin süreç ve kurallar dokümante edilmelidir.**

- » Hizmet verilen laboratuvarlar tanımlanmalı ve tanımlanan laboratuvarlara ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Fiziki Şartlar
    - Ruhsatlandırmaya esas fiziki şartlar sağlanmış olmalıdır.
    - Tıbbi laboratuvarların fiziki şartları ve yerleşimi biyogüvenlik seviyesine uygun olmalıdır.
    - Tıbbi laboratuvar destek alanları teknik alan ile fonksiyonel bir bütünlük oluşturacak şekilde düzenlenmiş olmalıdır.
  - Laboratuvarın genel çalışma esasları
    - Pre-analitik süreçler
    - Analitik süreçler
    - Post-analitik süreçler
  - Risk yönetimi
  - Afet ve acil durum yönetimi
  - Kalite, dış kalite kontrol programı ve program sağlayıcıları
  - Personelin görev sorumlulukları
  - Numune gönderen birimlerin ve merkezlerin tanımlanması
  - Hizmet alımı
  - Bilgi sistemi, verilerin korunması ve saklanması
  - Adli vakalara ve adli raporlara ait kayıtların gizliliği ve güvenliğine yönelik kurallar
  - Laboratuvar güvenliği
  - Laboratuvarda malzeme ve cihaz yönetimi
  - Laboratuvara ait tıbbi atıkların yönetimi
  - Patoloji laboratuvarında bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların tanımlanması
  - Patoloji laboratuvarında intraoperatif konsültasyon sürecinin tanımlanması
  - Tıbbi laboratuvarda kullanılan BYS, klinik karar destek sistemleri ve yapay zekâ uygulamalarının kullanımı ve kontrolü

##### LH.1.2

**Laboratuvar hizmet sunum alanları belirlenmeli ve bu alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar sağlanmalıdır.**

- » Numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası saklanması, arşivlenmesi süreçlerine yönelik alanlar ve bu alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar sağlanmalıdır.
  - Laboratuvarda numune kabul alanı/birimi bulunmalıdır.

- Numunelerin teste hazırlık ve çalışma süreçlerine ait fiziki alanlar belirlenmelidir.
- Çalışılan testlere ait çalışma sonrası kalan artık numunelerin uygun şartlarda muhafaza edileceği alanlar belirlenmelidir.
- Histopatolojik numuneler için uygun arşiv alanı belirlenmelidir.
- Patoloji laboratuvarında lam ve bloklar ile raporlar için arşivleme alanı bulunmalıdır.
  - Alanda sıcaklık ve nem takibi yapılmalı, parafin bloklar 25°C üzerine çıkmayan sıcaklıkta saklanmalıdır.

### LH.1.3

#### **Laboratuvar hizmetlerine yönelik bilgilendirici rehber hazırlanmalıdır.**

- » Sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik rehber asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Laboratuvarında çalışılan testler
  - Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği
  - Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar
  - Numune alımı ile ilgili kurallar
  - Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar
  - Test çalışma yöntemi
  - Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler
  - Gerekli ise testlere özel açıklamalar
- » Rehber güncel ve sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.
- » Rehberin kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.

### LH.1.4

#### **Laboratuvarında sağlıklı çalışma ortamı oluşturulmalıdır.**

- » Laboratuvarında, fiziksel, kimyasal ve biyolojik kaynaklara ilişkin işlemler için laboratuvar güvenlik rehberi oluşturulmalıdır.
- » Tanımlanan biyogüvenlik düzeyine uygun çalışma koşulları sağlanmalıdır.
- » Laboratuvar güvenliği tesis yönetimi ve enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü programları ile uyumlu olmalıdır.
- » Laboratuvarın temizliği, kullanılan tıbbi cihazların temizlik ve dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler tanımlanmalı, işleyişe yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Acil müdahale seti, mevcut tehlikelere uygun yangın söndürücü tüp ve alev söndürme örtüsü bulundurulmalıdır.
- » Kimyasal maruziyet ve benzeri yaralanmalar için risklere uygun dekontaminasyon alanı ve/veya nötralizasyon materyali bulundurulmalı, etkin kullanımı için önlemler alınmalıdır.
- » Çalışan sağlığının korunması ve iş güvenliğinin sağlanması için kimyasal, radyoaktif veya potansiyel enfeksiyöz risklere yönelik işin niteliğine uygun kişisel koruyucu ekipman bulundurulmalıdır.
- » Laboratuvarın aydınlatma ve gürültü düzeyi periyodik olarak ölçülmeli, uygunsuzluk olması halinde iyileştirme yapılmalıdır.
- » Çalışılan biyolojik materyaller veya testler dikkate alınarak personelin aşılması sağlanmalıdır.
- » Laboratuvar teknik alanında göz yıkama ünitesi, ekipmanı ve acil duş

bulundurulmalıdır.

- » Oluşabilecek tehlike ve risklere yönelik cihaz, donanım veya aygıt üzerinde ulusal veya uluslararası kabul gören simgeler kullanılarak işaretleme veya etiketleme yapılmalıdır.
- » Kimyasal, toksik veya enfeksiyöz ajanların yayılmasını engellemek amacıyla uygun havalandırma veya iklimlendirme sistemleri kurulmalıdır. (Örnek: Biyogüvenlik kabinleri, çeker ocaklar, havalandırma sistemleri vb.)
  - Mikrobiyoloji laboratuvarında biyogüvenlik kabini en az sınıf 2 düzeyinde olmalıdır.
- » Biyolojik etkenlerin, biyolojik materyallerin, ilaçların, radyoaktif maddelerin güvenliği sağlanmalı ve hastalara ait bilgilerin yanlış kullanılmasına, tahrip edilmesine ve çalınmasına yönelik önlemler alınmalıdır.
- » Laboratuvarında koruyucu olarak kullanılan cihazların ve donanımların bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Patoloji laboratuvarında uygun dedektöre veya ölçüme sahip, geçerli kalibrasyon sertifikası olan ksilen ve formaldehit ölçüm cihazı ile uygun şartlarda ölçüm yapılmalı ve ölçüm sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

### LH.1.5

#### **Laboratuvar hizmetlerinde kullanılan reaktifler ile malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.**

- » Malzemelerin cinslerine göre depolanması ve muhafaza süreçleri tanımlanmalıdır.
- » Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına, tanımlanmış yetkili çalışanlar haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.
- » Malzemeler, depolama alanlarında özelliklerine göre muhafaza edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
  - Malzemeler, cinslerine göre uygun sıcaklık ve nem koşullarında depolanmalıdır.
  - Düşük sıcaklık koşulu gerektiren reaktif ve diğer kimyasallar için soğuk hava deposu veya yeterli sayıda soğutucu bulundurulmalı ve bu alanların sıcaklık ve nem oranları takip edilmelidir.
  - Depoların temizliği düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
- » Laboratuvarında bulunan her test cihazı için asgari aşağıdaki bilgileri içeren cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır:
  - Kullanım kılavuzu vb
  - Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları (kalibrasyon planları, kabul kriterleri, kalibrasyon aralığı ve sonuç belgeleri gibi)
  - Varsa kalite kontrol sonuçları
  - Cihaz bakım formları (günlük, haftalık, aylık gibi)
  - Firma iletişim bilgileri
  - Kullanıcı eğitim sertifikaları
- » Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.
- » Patoloji laboratuvarında doku takip solüsyonları ve su banyolarının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
  - Doku takip solüsyonları, laboratuvarın yoğunluğuna göre kesit kalitesi, doku

- tespiti gibi kalite kontrolleri yapılarak düzenli aralıklar ile değiştirilmelidir.
- Solüsyon değişiminden sorumlu kişiler tanımlanmalıdır.
- Su banyosunun su değişimi ve temizliği asgari günde bir kez yapılmalıdır.
- Yapılan su ve solüsyon değişimleri kayıt altına alınmalıdır.
- Sorumlular, su ve solüsyon değişimi ile ilgili eğitim almış olmalıdır.

### LH.1.6

#### **Laboratuvar hizmetlerinde istenmeyen olay bildirimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala istenmeyen olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır. (Bkz. İstenmeyen Olay Bildirimi)
  - Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala istenmeyen olayların izlenmesinde varsa ilgili ülke ulusal takip sistemi kullanılmalıdır. (Laboratuvar Hataları Sınıflandırma Sistemi vb.)
- » Patoloji laboratuvarında klinik sonuçlara yönelik tespit edilen uygunsuzluklar, hastaya etkisi açısından aşağıdaki başlıklarda kategorize edilerek incelenmelidir:
  - Hastaya etkisi yok
  - Minimal etki
  - Minor zarar
    - Tanı gecikmesi
    - Gereksiz tanısal girişimlere neden olma (kan analizi, radyolojik tetkik gibi)
    - Tedavide gecikmeye neden olma
    - Morbiditeye neden olmayan gereksiz tedavi uygulanması
  - Orta derecede zarar
    - Orta derecede morbidite oluşturan gereksiz tanısal girişimlere neden olma
    - Orta derecede morbidite oluşturan gereksiz tedavi girişimlerine neden olma
  - Major zarar
    - Organ fonksiyon kaybı/hasarı/kayı oluşturan gereksiz tanısal girişimlere neden olma
    - Organ fonksiyon kaybı/hasarı/kayı oluşturan gereksiz tedavi girişimlerine neden olma
  - Major zarar söz konusu olduğunda en kısa zamanda kök neden analizi gerçekleştirilerek gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
  - Kategorize edilen uygunsuzlukların giderilmesine yönelik düzenli aralıklarla, laboratuvar bünyesinde değerlendirme yapılmalı, gerekli iyileştirme çalışmaları belirlenmelidir.

### LH.1.7

#### **Hasta başı test cihazlarının kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

Hasta Başı Test Cihazı (HBTC), kalıcı ve özel bir alan gerektirmeksizin, hastanın bulunduğu alanda veya klinikte gerçekleştirilen, elde taşınabilen veya hasta başına geçici olarak getirilebilen kit, cihaz veya testi ifade eder. Kan glikozu, kan gazı ve elektrolitleri, idrar strip testi, streptokok antijeni, kardiyak enzimler, koagülasyon parametreleri, C-reaktif protein gibi parametreleri laboratuvar dışında ölçen cihazlardır.

- » Kurum/kuruluştaki kullanılan HBTC'ler izlenebilir şekilde tanımlanmalıdır.
  - İzlenebilirliği sağlayabilmek amacıyla cihazların kullanıldığı birim, birim cihaz sorumlusu, cihaz numarası, cihaz türü, marka ve model bilgilerini içeren envanter oluşturulmalıdır.
- » HBTC'nin bakımı ve temizliği ile ilgili sorumlu laboratuvar birimi, sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
- » HBTC için kalite kontrol çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.
  - Kalite kontrol testleri kayıt altına alınmalıdır.
  - Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici iyileştirici faaliyet başlatılmalıdır.
- » HBTC'yi kullanacak çalışanlara asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir.
  - Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar
  - Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi
  - Cihazın temizliği ve bakımı
- » HBTC'de çalışmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kaydedilmelidir.

### LH.1.8

#### **Laboratuvar hizmetlerine yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.**

- » Laboratuvar hizmetlerine yönelik eğitimler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Laboratuvar güvenliği
  - İç kalite kontrol
  - Dış kalite kontrol
  - Malzeme ve cihazların güvenli kullanımı
  - Bilgi güvenliği
  - Test süreci
  - Hata kaynakları
  - Kimyasal, biyolojik ve fiziksel kazalara yol açabilecek acil durumlara hazırlık ve müdahale
  - Etik değerler

### Standart 2

### LH.2

#### **Pre-analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.**

Pre-analitik süreç; klinisyenin test isteminden, numunenin laboratuvara kabulüne kadar geçen süreci kapsar. Pre-analitik süreçlerde kalitenin sağlanması, laboratuvar çalışanlarının yanı sıra istemi yapan klinisyen ve süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının sorumluluğundadır.

### LH.2.1

#### **Numune ve test istemine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
- » İstem sırasında hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim tarafından hastayla ilgili istenen bilgiler eksiksiz olarak sağlanmalıdır.

- » Klinik yoruma katkı sağlayacak hastaya ait klinik bilgiler sağlanmalıdır.
- » Patoloji laboratuvarına önceki patoloji sonuçları hakkında bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

### LH.2.2

#### **Numune alımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.
- » Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda doğru numune alımı ile ilgili bilgilendirme yapılmalıdır.
- » Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir.
- » İstem yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi BYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.
- » Numune alma işlemi konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.

### LH.2.3

#### **Numune transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.
- » Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömotik sistem vb.), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır.
- » Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir.
- » Patoloji laboratuvarına numuneler, belirlenmiş zaman çizelgesi içinde laboratuvara gönderilmeli, mesai saati dışında uygun koşullarda saklanmalıdır.
- » Test isteminden sorumlu klinisyen hekimler, özel işlem gerektiren biyopsilerin patoloji laboratuvarına gönderim koşulları hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesine yönelik ilgili personele eğitim verilmelidir.
- » Dış kaynak kullanımı durumunda;
  - Hastaya veya hasta yakınlarına testin başka bir tıbbi laboratuvarda çalışılacağı hakkında bilgi verilmelidir.
  - Numunelerin test talebinde bulunan sağlık tesisinde alınarak hizmet alımı yapılacak tıbbi laboratuvara gönderilmesi sağlanmalıdır.
  - Alınan numunelerin uygun koşullarda transferi ve sonuç raporlarının hizmet alan sağlık kurum/kuruluşuna ulaştırılması yüklenici firma tarafından sağlanmalıdır.

### LH.2.4

#### **Numunelerin laboratuvara kabulü ve reddine yönelik düzenlemeler yapılmalı ve izlenebilir olmalıdır.**

- » Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.
- » Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır.
- » Kayıtlarda asgari;
  - Tarih ve saat
  - Numuneleri gönderen bölüm
  - Kim tarafından kabul veya reddedildiği

- Reddedildi ise ret nedeni bulunmalıdır.
- » Bu bilgiler BYS üzerinde izlenebilir olmalıdır.
- » Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
  - Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmeli ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyet başlatılmalıdır.
  - Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak işlem hakkında geri bildirim yapılmalıdır.
  - Patoloji laboratuvarında kabul kriterlerine uymayan numuneler reddedilmeden önce, kesin ret kriterleri dışındaki numuneler sorumlu patoloji hekimi tarafından değerlendirilmeli ve hasta yararına suboptimal koşullarda incelenmelidir.
- » Kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağına ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitim verilmelidir.

### LH.2.5

#### **Laboratuvara kabul edilen numunelere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Laboratuvara kabul edilen numunelerin analiz öncesi muhafaza edileceği alanlar tanımlanmalı ve numuneler uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.
- » Numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalı ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.
  - Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.
  - Örnek: Santrifügasyon öncesi numune bekletme süresi, santrifügasyon süreci, tüpler santrifüje yerleştirilirken dikkat edilmesi gerekenler, doğru santrifügasyon süresi ve kuvvetinin seçilmesi, santrifügasyon sıcaklığı, numunelerin yeniden santrifügasyonu gibi.

### LH.2.6

#### **Pre-analitik süreçlerde kimlik doğrulamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Pre-analitik süreçlerde kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

## Standart 3

### LH.3

#### **Analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.**

Analitik süreç; numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen süreçleri kapsar.

### LH.3.1

#### **Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçleri tanımlanmalıdır.**

- » Test bazında çalışma süreçleri asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçleri

- Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü
  - Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları
  - Testlerin çalışılma sürecine yönelik algoritmalar
  - Akılcı laboratuvar uygulamaları
  - Sonuçların onaylanması
- » Test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda doküman revize edilmelidir. Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

### LH.3.2

#### **Laboratuvar testlerine yönelik kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.**

- » Kalite kontrol çalışmaları laboratuvar uzmanı sorumluluğunda laboratuvar sürecinin güvenilirliğini sağlamak, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile gerçekleştirilen uygulamalardır.
- » Kalite kontrol yöntemi ve çalışma periyodu, ulusal ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.
- » Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.
  - Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.
    - Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne göre tüm testler için uygulanacak iç kalite kontrol yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, kullanım aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.
  - İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmalıdır.
  - İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
  - İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.
  - Mikrobiyoloji Laboratuvarında, manuel çalışılan testler (kültür, seroloji) ve ekipmanlar (mikroskop) için iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.
  - Patoloji Laboratuvarında, patolojik numuneler düzenli aralıklarla, kesit kalitesi, doku tespiti, doku takibi, kesit kalınlığı, bıçak izi, boyama kalitesi gibi süreçler açısından örneklem üzerinden sorumlu teknisyen/tekniker tarafından değerlendirilerek kayıt altına alınmalıdır.
  - Teknisyen tarafından yapılan değerlendirme uzman hekim tarafından kontrol edilmeli ve onaylanmalıdır.
  - Patoloji Laboratuvarında, özel teknikler (histokimyasal, immünohistokimyasal, FISH ve moleküler patoloji testleri) ile çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmaları yapılmalı, kayıtları tutulmalı ve arşivlenmelidir.
  - İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.
- » Laboratuvar testlerinin dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
  - Dış kalite kontrol programı, tıbbi laboratuvarın test sonuçlarının, performansının değerlendirilmesi, karşılaştırılması ve test kalitesinin iyileştirilmesi gereken alanların saptanması amacıyla yürütülen karşılaştırma programıdır.
  - Laboratuvar testlerinin dış kalite değerlendirme süreçleri ve süreçlere yönelik

- sorumluluklar tanımlanmalıdır.
- Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne göre gerekli testler için uygulanacak dış kalite değerlendirme yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, program kapsamında değerlendirme aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.
  - Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
  - Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
  - Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi sonucuna göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
  - Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.
  - Laboratuvar ulusal kamu otoritesinin belirlediği testler için dış kalite kontrol programlarına katılmalı ve sonuçlar kayıt altına alınmalıdır. Dış kalite kontrol programlarına katılım belgelendirilmelidir.
  - Başka bir tıbbi laboratuvara hizmet sunan tıbbi laboratuvar, ulusal kamu otoritesi tarafından belirlenen testlerle ilgili katıldıkları dış kalite kontrol programına katılımlarına ait belge ve sonuçlarını hizmet alan tıbbi laboratuvara bildirmelidir.
    - Hizmet alımı yapılması durumunda belgeler muhafaza edilmelidir. (Bkz. Yönetim ve Organizasyon)
- » Metot validasyonu ve verifikasyonu yapılacak testler ve uygulamaya ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
- Metot validasyonu ve verifikasyonu, laboratuvarda uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamanın koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile yapılan çalışmalar bütünüdür.
  - Metot validasyonu ve verifikasyonuna yönelik çalışmalar ulusal ve uluslararası kılavuz ve rehberlere uygun olarak yürütülmelidir.
  - Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir.
    - Kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği değerlendirilmelidir.
  - Ölçüm belirsizliği, sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması amacıyla değerlendirilmelidir.
  - Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.
  - Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.

### Standart 4

#### LH.4

Post-analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

##### LH.4.1

**Laboratuvar sonuçlarının yorumlanması ve raporlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler; ulusal ve uluslararası standartlar ile test bazında gereklilikler de dikkate alınarak asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde düzenlenmelidir.
  - Hastane/laboratuvar adı
  - Testin yapıldığı laboratuvarın adı
  - Laboratuvar ruhsat veya faaliyet izin belgesi numarası
  - Hastanın adı, soyadı
  - İstemi yapan hekimin adı, soyadı, diploma tescil numarası
  - İstemin yapıldığı tarih ve saat
  - Numunenin ve testin adı
  - Numunenin türü (Patoloji Laboratuvarı)
  - Numunenin alındığı vücut bölgesi (Patoloji Laboratuvarı)
  - Klinisyenin ön tanısı (Patoloji Laboratuvarı)
  - Klinik yoruma katkı sağlayacak hastaya ait klinik bilgiler (Patoloji Laboratuvarı)
  - Varsa kasete yazılan numara (Patoloji Laboratuvarı)
  - Materyalden kaç parça ve blok alındığı (Patoloji Laboratuvarı)
  - İnceleme sonucu (Patoloji Laboratuvarı)
  - Numunenin alındığı tarih ve saat
  - Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
  - Sonuç değer birimi
  - Referans aralığı/değeri ya da karar sınırları
  - Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- » Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.
- » Mikrobiyoloji Laboratuvarında antibiyotik duyarlılık testlerinin (kısıtlı ve yorumlu antibiyotik bildirim) raporlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Patoloji Laboratuvarında hasta sonuç raporlarında kısaltma kullanılmamalıdır.
- » Patoloji Laboratuvarında tanıya ulaşmada histokimya, immünohistokimya, Floresan in situ hibridizasyon (FISH), moleküler testler gibi yardımcı yöntemler kullanıldıysa bunların sonucu ve yorumu patoloji raporuna eklenmelidir.
- » Patoloji Laboratuvarında kanser tanısı almış hastalara ait patoloji raporlarında, prognoz ve tedaviye yönelik, klinik olarak anlamlı ve patolojik inceleme ile elde edilebilen tüm parametreler bulunmalıdır.
- » Patoloji Laboratuvarında bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Konsültasyon istemi
  - Dış konsültasyonda numunenin transferi
  - Konsültasyon sonucunun raporlanması

## Bölüm 18: Laboratuvar Hizmetleri (LH)

- » Patoloji Laboratuvarında konsültasyon istemleri ve sonuç bildirimini tanımlanmış standart formlar ile yapılmalıdır.
  - Önemli ve özellikli kanser tanılı olguların, ayrıca bölüm içinde en az bir farklı patolog tarafından değerlendirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - Bölüm dışı konsültasyon sonucu ek rapor olarak düzenlenmelidir.
  - Dış konsültasyon için gönderilecek olan arşivdeki materyal, gönderilmeden önce yeniden değerlendirilmeli ve konsültasyon formu ile birlikte iletilmelidir.
  - Bölüm dışı konsültasyon sonuçları ile laboratuvar sonuçları karşılaştırılmalı, ikisi arasında uyumsuzluk varsa yeniden değerlendirme yapılarak nedenleri araştırılmalıdır.

### LH.4.2

#### **Laboratuvar sonuç verme süreleri belirlenmeli, sonuçların zamanında raporlanması sağlanmalıdır.**

- » Sonuç verme süreleri koşullar, ihtiyaçlar ve bilimsel gereklilikler gözetilerek kurum/kuruluş yönetimi tarafından belirlenmelidir.
- » Sonuç verme süreleri belirlenirken acil tetkikler, mesai dışı, hafta sonu ve resmî tatiller de dikkate alınmalıdır.
- » Patoloji Laboratuvarında immünohistokimya, histokimya, dekalsifikasyon, yeni parça alma, yeni kesit durumları dışında, numunelerin %80'i için raporlama süresinin 10 günü aşmaması hedeflenmelidir. Yukarıdaki ek uygulamalardan herhangi birinin olduğu durumlarda raporlama süresine her uygulama için bir gün eklenmelidir.
- » Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Herhangi bir nedenle sonuç verme süresinde gecikme söz konusu olduğunda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.
- » Patoloji Laboratuvarında intraoperatif konsültasyonlarda (frozen section) sonuç hakkında bilgilendirmenin, belirlenen kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmesi ve anında kayıt altına alınması sağlanmalıdır.
  - İntraoperatif konsültasyonların %90'ı laboratuvara geldikten sonra 20 dakika içerisinde rapor edilmelidir.
  - Sonuç verme süreleri düzenli aralıklarla ölçülmeli, değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Panik/kritik değer ve tanıların etkili ve güvenli şekilde bildirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. (Bkz. Hasta Güvenliği Hedefleri)

### LH.4.3

#### **Analiz numunelerinin, artan biyolojik materyalin, test verilerinin ve sonuçlarının saklanması ve arşivlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Test süreci tamamlanmış numunelerin ve izolatların biyogüvenlik kurallarına ve saklama koşullarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.
- » Çalışma sonrası testlere ait artan biyolojik materyaller önceden belirlenmiş alanlarda uygun şartlarda en az 24 saat muhafaza edilmelidir.
  - Etanol veya toksik alkol analizi yapılan biyolojik materyallere ait şahit numuneler uygun koşullarda en az 1 yıl saklanmalıdır.
- » Patoloji Laboratuvarında işlemi tamamlanmış dokular, bloklar, lamalar gibi analiz

numunelerinin saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

- Lam ve bloklar ile raporlar için arşivleme alanı bulunmalıdır.
  - Bloklar 25°C üzerine çıkmayan sıcaklıkta saklanmalıdır.
- Patoloji Laboratuvarında rapor çıktıktan sonra örnekleme yapılan dokular en az bir ay, lamlar en az on yıl, bloklar en az yirmi yıl muhafaza edilmelidir.
- » Tıbbi laboratuvarlarda, cihaz test kalibrasyon sonuçları en az bir yıl, iç ve dış kalite kontrol değerlendirme sonuçları en az beş yıl süre ile muhafaza edilmelidir.
- » Tıbbi laboratuvarlarda fiziki raporlar ve kayıtlar en az otuz yıl, elektronik kayıtlar yedekleme ile birlikte süresiz saklanmalıdır.

### Standart 5

#### LH.5

**Laboratuvar hizmet süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**

##### LH.5.1

**Laboratuvar hizmet süreçlerinin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.**

- » Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.
- » Test süreci ile ilgili BYS'de asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:
  - Hastanın adı-soyadı
  - Hastanın yaşı
  - Hastanın cinsiyeti
  - Protokol numarası
  - İstem tarih ve saati
  - İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü
  - Numune türü
  - Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi
  - Numunenin; alındığı tarih ve saat
  - Numunenin; laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
  - Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem
  - Varsa test tekrarı ve sonuçları
  - Sonucun onaylandığı tarih ve saat
  - Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı, diploma tescil numarası
- » Patoloji Laboratuvarında alınan numunenin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.
  - Hastaya ait tüm belgeler, preparatlar, bloklar ve kalan doku numuneleri, numunenin kime ait olduğunu belirten, silinmeyecek ve karışmayacak şekilde yazı, etiket veya tercihen barkod ile işaretlenmelidir.

##### LH.5.2

**Laboratuvar hizmet süreçlerinde bilgi yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Laboratuvar hizmet süreçlerine ilişkin kayıtlara erişim konusunda yetkilendirme yapılmalıdır.
- » Laboratuvarlarda, donanım, bilgisayar veya elektronik sistemlerin kullanımı,

## Bölüm 18: Laboratuvar Hizmetleri (LH)

analiz raporlarının hekime veya kullanıcıya ulaştırılması, kayıt altına alınması, saklanması, verilerin gönderilmesi ve verilere tekrar erişimin sağlanmasına yönelik gerekli altyapı sağlanmalıdır.

- » Laboratuvar kurulacak BYS ve klinik karar destek sistemleri sağlayıcılarının varsa ilgili ülke sağlık otoritesi kayıt tescil sisteminde kayıtları aktif olmalıdır.
- » Tıbbi laboratuvar veri yönetimi amacıyla kurulacak sistemlerin kullanımı Kişisel Verilerin Korunması Kanununa uygun olarak yürütülmelidir.
- » BYS her türlü dış erişime ve veri tahribatına karşı korunmalıdır. (Bkz. Bilgi Yönetim Sistemi)
- » BYS işleyişi ve kullanım kılavuzu kurulum yapan firma tarafından yazılı hale getirilmelidir.
- » BYS ve modüllerinin güncellemeleri tıbbi laboratuvar uzmanlarının izni ile yapılmalıdır.
  - Güncelleme sonrası laboratuvar işleyişinin aksamaması için sistem devreye girmeden validasyon süreçleri tamamlanmalıdır.
  - Sistemin eski versiyonlarının yedekleri kullanıma hazır tutulmalıdır.
- » BYS’de yer alan tetkik sonuçları, grafikler ve görüntüler dâhil tüm tıbbi kayıtlar yedeklenmeli ve arşivlenmelidir.
- » BYS’de yer alan kayıtlara yönelik olası fiziki, manyetik, elektronik müdahalelere veya suistimallere karşı gerekli idari ve teknik tedbirler alınmalıdır.
  - Elektronik ortamdaki veriler, güvenli yedekleme sistemiyle düzenli olarak yedeklenmelidir.
  - Elektronik ortamdaki kayıtlar, önceki çıktılar ile tutarlılık göstermelidir.
- » Adli vakalara ve adli raporlara ait kayıtların gizliliği ve güvenliği açısından, vakayı takip eden hekim haricinde vaka hakkında veri girişi veya adli raporu tanzim eden hekimin onayından sonra raporda değişiklik yapılmaması için gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Toplam test sürecinde hata gerçekleşmesi halinde; gerekçesini belgelendirmek koşuluyla düzeltmeler sadece tıbbi laboratuvar uzmanı tarafından yapılmalı, değişiklikler kayıt altına alınmalı ve log kayıtları tutulmalıdır.
- » Adli vaka kayıtlarına tıbbi laboratuvar mesul müdürü veya yetkilendirdiği kişiler erişebilmelidir.
  - Adli kayıt veya raporların resmî merciler tarafından istenmesi halinde, gönderilen test raporunun “suret” olduğu belirtilmeli ve tasdiklenmelidir.
  - Bu raporlar ile ilgili sorumluluk tıbbi laboratuvar birim sorumlusu ve mesul müdürüne aittir.

### LH.5.3

#### **Dış kaynak kullanımı yoluyla çalışılan testlere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Tıbbi laboratuvar hizmetinin dış kaynak kullanımı yoluyla karşılanması halinde aşağıdaki hususlara uyulmalıdır:
  - Dış kaynak kullanımı yoluyla çalışılan testler BYS ile entegre olmalıdır.
  - Sonuç raporlarında; hizmet alımı yapılan tıbbi laboratuvarın ismi, adresi, değerlendirmeyi yapan hekiminin adı, soyadı bilgileri yer almalı ve rapor sorumlu tıbbi laboratuvar uzman hekimi tarafından onaylanmalıdır.
    - Raporu imzalayan tıbbi laboratuvar uzmanı raporların nihai sonuçlarından birinci derecede sorumludur.

- Dış kaynak kullanımı sürecine yönelik hizmeti alan ve hizmeti veren tıbbi laboratuvarın sorumlulukları tanımlanmalıdır.

### Standart 6

#### LH.6

**Laboratuvar hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**

##### LH.6.1

**Laboratuvar hizmetlerinin performansının değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.**

- » Laboratuvar hizmetlerinin etkinliği, verimliliği ve güvenliğinin ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir.
- » Bu amaçla aşağıdaki göstergeler belirlenebilir:
  - Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
  - Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
  - Kaybolan Numune Oranı
  - Tekrar Alınan Numune Oranı
  - Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
  - İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
  - Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
  - İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
  - Panik Değer Bildirim Oranı
  - Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
  - Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı
- » Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda veriler analiz edilmelidir.
- » Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » İzlenebilirlik ve sürekli iyileştirme kültürünün geliştirilmesi için düzenli eğitimler ve farkındalık çalışmaları yapılmalıdır.

<b>BOYUT 4</b>	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 19</b>	
<b>Radyoloji, Nükleer Tıp ve Radyasyon Onkolojisi Hizmetleri (RNR)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
RNR.1	Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
RNR.1.2	Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.
RNR.1.3	Radyoloji ve radyasyon onkolojisi hizmetlerinin sunulduğu alanlara ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
RNR.1.4	Nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlara ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
RNR.2	Radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
RNR.2.1	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine yönelik çalışmalar bir program dahilinde yürütülmelidir.
RNR.2.2	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda hasta, hasta yakınlarına yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
RNR.2.3	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda çalışanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
RNR.2.2	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda hasta, hasta yakınlarına yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
RNR.2.3	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda çalışanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.

Kod	Standart 3
RNR.3	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
RNR.3.1	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.
RNR.3.2	Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin periyodik alan değerlendirmeleri yapılmalı, raporlar komite ve üst yönetim ile paylaşılmalıdır.

## Genel Bilgi

Radyasyon yayan ve üreten cihazlarla yapılan tanısal ve tedavi edici işlemlerde radyasyon güvenliği, sadece doza maruz kalan hastalarda değil bu ortamda çalışan personel ve çevre sağlığı açısından da sağlanması gereken bir zorunluluktur. Bu sebeple, sağlık hizmetlerinde radyasyon kullanımı son derece dikkatli bir şekilde yönetilmelidir. Çalışanlar, hasta ve hasta yakınları için güvenli ortamlar sağlanmalı ve çevreyi koruyucu önlemler alınmalıdır. Sağlık kurum ve kuruluşları, radyasyonun olumsuz etkilerinden korunmak için gerekli güvenlik önlemlerini almalı ve uluslararası güvenlik standartlarına uygun olarak süreçlerini yönetmelidir. Bu bölümde yer alan standartlar, sağlık kurum ve kuruluşlarının sağlık hizmeti sunumu sırasında kullandıkları radyasyon unsurlarının güvenliğinin sağlanması açısından yol göstericidir.

## Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Radyoaktif maddelerin ve radyasyon üreten cihazların teşhis ve tedavi hizmetlerinde güvenli ve etkin kullanımı ile hasta/hasta yakını ve çalışanların radyasyona maruz kalma durumlarını azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Standart 1

#### RNR.1

**Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

#### RNR.1.1

**Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlar tanımlanmalıdır.**

- » Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetleri sunulan, iyonize radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar; ülke mevzuatına uygun, yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından verilmiş güncel lisanslara (ruhsat, sertifika vb.) sahip olmalıdır.
- » İyonize radyasyon kullanılarak hizmet sunulan radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlar tanımlanmalı, alanlar radyasyon düzeylerine göre sınıflandırılmalıdır.
  - İyonize radyasyon kaynağı içeren cihazların bulunduğu alanlar iyonize radyasyon alanı olarak tanımlanmaktadır ve aşağıda bu cihazlara ilişkin örnekler yer almaktadır:
    - Bilgisayarlı tomografi cihazı
    - Mamografi cihazı
    - Tomosentez cihazı
    - Kemik-mineral dansitometresi cihazı
    - Sabit/mobil röntgen cihazı
    - Anjiyografi cihazı
    - Sabit/mobil skopi
    - Floroskopi
    - Ekstrakorporeal Şok Dalga Litotripsi (ESWL)
    - Endoskopik Retrograd Kolanjiyopankreatografi (ERCP)
  - Alan tanımlaması yapılırken özellik arz eden durumlar dikkate alınmalıdır (Örneğin; skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler sadece cihazın kullanımda olduğu zamanlarda denetimli alan olarak kabul edilir).

#### RNR.1.2

**Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir;
  - Tetkik ve tedaviye yönelik radyoloji hizmetleri (tıbbi görüntüleme ve girişimsel radyoloji) ve nükleer tıp hizmetlerinin kapsamı
  - Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetleri sunulan alanlar
  - Radyasyon güvenliği programı
  - İyonize radyasyon yayan cihazlar ve bu cihazların bulunduğu alanlar
  - Radyoaktif madde kullanılan tanı ve tedavi işlemleri
  - Radyoloji, radyasyon onkolojisi veya nükleer tıp alanlarında kesintisiz hizmet sunumu

- Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinde görev alan çalışanların nitelikleri
- Radyoaktif kaynakların bulunduğu alanlarda (brakiterapi, kan ışınlama, nükleer tıp gibi) kaynağın güvenliğini sağlamaya ve güvenli kullanımına yönelik tedbirler
- Dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanan radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetleri (Bkz. Dış Kaynak Yönetimi)

### RNR.1.3

#### **Radyoloji ve radyasyon onkolojisi hizmetlerinin sunulduğu alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Radyasyon kaynağının sabit bulunduğu alanlarda zırlama yapılmalıdır.
- » Radyasyon kaynağının sabit bulunduğu alanlarda ilgili ülke mevzuatına uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
- » Radyoaktif kaynağının bulunduğu alanlarda (brakiterapi, kan ışınlama, nükleer tıp gibi) kaynağın güvenliğini sağlamaya ve güvenli kullanımına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.
- » Radyasyon alanlarında ve yüksek manyetik alanlarda uyarı levhaları bulunmalıdır.
- » MRG cihazlarındaki mıknatısların soğutulmasını sağlayan kriyojenik gazlardan korunmaya yönelik uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
- » Yüksek manyetik alanda bulunan tüm cihaz ve malzemeler alana uygun olmalıdır.
- » Denetimli alanlara giriş ve çıkışlar kontrollü olmalıdır.
- » Gözetimli alanlarda ortam ölçümleri izlenmelidir.
- » Bekleme salonları denetimli alanların dışında olmalıdır.
- » Yüksek manyetik alan bölgesine sadece yetkili sağlık çalışanı ve bu çalışanın eşlik ettiği hasta/hasta yakınının girmesine izin verilmeli ve giriş kuralları ile ilgili hasta/hasta yakınının bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- » Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarında alınacak önlemlere ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Radyasyonla ilgili kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumlarında alınması gereken bölgesel ve kurumsal önlemler ile müdahale yöntemleri ve müdahale ekibi belirlenmelidir.
  - Radyasyonla ilgili gerçekleşen kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumları ve müdahale şekli iş sağlığı ve güvenliği kapsamında kayıt altına alınmalıdır.
  - Çalışma esnasında radyoaktif maddenin saçılması ve dökülmesine yönelik dekontaminasyon süreci belirlenmiş olmalıdır.
- » Portabl skopi cihazı kullanılan alanlarda, cihazın aktif kullanıldığı süreçte alınacak önlemler belirlenmelidir.
- » Dış Kaynak Kullanımı yoluyla sağlanan radyoloji hizmetlerinin SAS'a uygunluğu sağlanmalıdır (Bkz. Dış Kaynak Yönetimi)
- » Skopi cihazı bulunan ameliyathanelerde, cihazın aktif kullanıldığı süreçte çalışanları uyarmaya yönelik, kurum tarafından belirlenen bir işaret veya tanımlama kullanılmalıdır.
- » Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemi sonrası hastanın istirahat edebilmesi, gerekirse izlenebilmesine yönelik alanlar düzenlenmelidir.

- » Radyasyon alanlarında, belirli aralıklarla radyasyon/radyoaktivite düzeyi ölçümleri yapılmalıdır.

### RNR.1.4

#### **Nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Nükleer tıp hizmetlerine ilişkin kullanılan her bir cihaz için ayrı alan (SPECT, PET, SPECT/BT, Yataklı Tedavi Ünitesi) oluşturulmalı, alanlarda ilgili ülke mevzuatı doğrultusunda fiziksel düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Hastalar için ön hazırlık odası bulunmalı ve fiziksel düzenlemeleri yapılmış olmalıdır.
- » Radyonüklid tedavi uygulanan hastalar için tek kişilik ayrı bekleme odaları ve odalar içerisinde radyoaktif hasta tuvaleti bulunmalıdır.
- » Radyoaktif katı atıkların tahliye edilmeden önce geçici olarak bekletilmesi için radyoaktif atık biriktirme kapları bulunan, kapısı kilitli tutulan ve uyarı levhası bulunan ayrı bir oda bulunmalıdır.
- » Radyonüklid tedavi hizmeti sunulan yataklı tedavi kurumlarında sıvı radyoaktif atıklar için mevcut kanalizasyon sisteminden ayrı atık tank sistemi bulunmalıdır.
- » İyonlaştırıcı radyasyon kaynağı cihazlarının bulunduğu odalar başka bir amaç için kullanılmamalıdır.
- » Radyasyon kaynağının bulunduğu alanlarda çeker ocak sistemi bulunmalı ve bu alanların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
- » Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarında alınacak önlemlere ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Radyasyonla ilgili kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumlarında alınması gereken bölgesel ve kurumsal önlemler ile müdahale yöntemleri ve müdahale ekibi belirlenmelidir.
  - Radyasyonla ilgili gerçekleşen kaza, yaralanma, bulaş, serpinti durumları ve müdahale şekli iş sağlığı ve güvenliği kapsamında kayıt altına alınmalıdır.
  - Çalışma esnasında radyoaktif maddenin saçılması ve dökülmesine yönelik dekontaminasyon süreci belirlenmiş olmalıdır.
- » Radyoaktif maddenin bölüme girişi ve girişinin yapıldığı andaki radyoaktivite düzeyi ölçülerek kayıt altına alınmalıdır.

## Standart 2

### RNR.2

#### **Radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

### RNR. 2.1

#### **Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine yönelik çalışmalar bir program dahilinde yürütülmelidir.**

- » Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine yönelik ilgili ülke mevzuatına uygun "Radyasyondan Korunma Programı" oluşturulmalıdır.
- » Radyasyondan Korunma Programı kapsamında iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları kullanılarak yapılan radyoloji, nükleer tıp ve radyasyon onkolojisi uygulamalarının en az ikisinin varlığında süreçlerin yönetiminden sorumlu bir yapı oluşturulmalı ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
  - Diğer durumlarda radyasyon güvenliği sorumlusu belirlenmelidir.

- Söz konusu yönetsel yapı asgari aşağıdaki faaliyetleri gerçekleştirmelidir:
  - Kurumda tıbbi ışınlama uygulamalarından doğan risklerin azaltılması
  - Alınması gereken tedbirlere yönelik planlamaların yapılması
  - Radyasyon kaynaklarının izlemlerinin yapılarak hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde değerlendirilmesine yönelik kararların alınması ve alınan kararların uygulanmasının izlenmesi
  - Uygulamalardan kaynaklanan tespit edilen uygunsuzluklar ile gerekli iyileştirme faaliyetlerinin birim sorumlularına, komiteye ve üst yönetime raporlanması ve izlenmesi
  - Gösterge izlemlerinin yapılması
  - Bölüm/birim sorumlularından gelen bildirimlerin değerlendirilmesi

### RNR.2.2

#### **Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda hasta, hasta yakınlarına yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.**

- » Hasta ve ihtiyaç halinde hasta yakınının yapılan işlemin niteliğine uygun radyasyon koruyucu donanımı kullanması sağlanmalıdır.
  - Hasta ve yakını için radyasyon koruyucuların kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir.
  - Hasta profiline göre farklı ebatlarda radyasyon koruyucular (radyasyon koruyucu önlük, tiroid koruyucu, gonad koruyucu, kurşun eşdeğerli gözlük gibi) bulunmalıdır.
- » Radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik tedbirler çerçevesinde çekim odasına sadece çekim yapılacak hasta ve ihtiyaç duyulması halinde refakat edecek kişi alınmalıdır.
- » Doğru hastaya doğru işlemin (doğru ilaç ve doz, doğru malzeme, doğru yöntem vb.) uygulanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır (Bkz. Hasta Güvenliği Hedefleri)
- » Tekrarlanan röntgen çekimlerinin önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalı, çekim protokolleri oluşturulmalı, bu konuda ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.
- » Radyasyon uygulamaları yapılan alanlarda, işlem esnasında alana dışarıdan girişi engelleyecek düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Radyonüklid alan hastalara yönelik ülke mevzuatı kapsamında gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Her türlü nükleer tıp uygulaması öncesinde hasta ve hasta yakını yapılacak tetkik, alınabilecek radyasyon dozu ile risk ve faydaları, dikkat edilmesi gereken hususlar konusunda yazılı bilgilendirilmelidir.
- » Radyoaktif ilaç kullanan hasta ve yakınına yönelik, çevrede ve ailede bulunan kişilerin radyasyondan korunması için dikkat edilmesi gereken hususları içeren bilgilendirici doküman hazırlanmalıdır.
- » Radyonüklid tedavi sonrası hastanın taburculuğu; uygulama sonrası kalan aktivite miktarı ve doz hızına göre yapılmalıdır.
- » Radyonüklid tedavi alan hasta taburcu edilirken; hastaya ilişkin bilgiler, uygulanan radyonüklid, aldıkları aktivite miktarı ile taburcu edilirken kalan aktivite miktarı kayıt altına alınmalıdır.
- » Özellikle durumu nedeniyle radyasyon maruziyeti risk oluşturan hasta, hasta yakınına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- Gebe ve gebelik potansiyeli olan hastalara yönelik dikkat edilmesi gereken kurallar belirlenmelidir.
  - Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde olmak üzere ayrı ayrı yapılmalıdır.
  - Gebe ve gebelik ihtimali olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise yapılacak çekimin fetüs üzerine etkileri konusunda bilgilendirilmeli, rızası alınmalı ve koruyucu tedbirler alınarak işlem yapılmalıdır.
- Çocuk hastalara yönelik çekimlerde dikkat edilmesi gereken hususlar belirlenmeli, maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.
  - Çocuk hastaların vücut ağırlığı ve ışınlama alanı göz önüne alınarak, gerekli ve yeterli doz ayarlaması yapılmalıdır.
- » Hastanın aktif olarak radyasyon aldığı süre kaydedilmelidir.
  - İşlem bazında maruziyet sürelerine yönelik hedef değerler belirlenmeli ve dönemsel olarak izlenmelidir.
  - Ortalama süre hedef değer üzerinde ise gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Hastalar, özellik arz eden uygulamalar (anjio, radyoterapi, radyonüklüd tedavi ve görüntüleme vb.) öncesinde varsa işleme yönelik dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmeli ve sağlık çalışanı tarafından bu hususların yerine getirilme durumu kontrol edilmelidir.
  - Hazırlık gerektiren özellikli radyolojik tetkik ve girişimlere (anjyografi, ESWL, IVP vb.) yönelik bilgilendirmenin etkin şekilde sağlanabilmesi amacıyla işleme özel ve işlem sonrası yapılması gerekenlerle ilgili bilgilendirici doküman oluşturulmalıdır.
- » Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin her aşamasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Hastaların değerli eşyalarının korunmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.
  - Hastaların hazırlanması için mahremiyete uygun oda ya da kabin bulunmalıdır.
  - Hastaların kullanımı için temiz örtü, önlük gibi malzemeler bulunmalıdır.
- » Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinde tanı/tedaviye yönelik işlemler öncesinde ve sonrasında hastanın bakım ihtiyacı değerlendirilmeli, bakım ve tedavisine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
- » MRG uygulamaları yapılan alanlarda giriş kontrolü ve gürültü maruziyetini azaltmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  - MRG yapılan alanlara giriş çıkış kuralları tanımlanmalıdır.
  - Giriş çıkış kuralları ile ilgili sağlık personeline, temizlik ve taşıma personeline eğitim verilmelidir.
  - MRG odasında kullanılan ve hasta ile çekim odasına alınan tıbbi ekipmanlar (oksijen tüpü, defibrilatör, monitör, sedye) MRG uyumlu olmalıdır.
  - MRG uyumlu olmayan kalp pili, metalik kalp kapağı, stent ve kohlear implant gibi cihazı olan hasta, hasta yakını ve çalışanlar çekim odasına alınmamalıdır.
  - MRG odasına girişlerde hasta üzerinde ya da yanında bozuk para, metal cihaz, eşya gibi maddeler bulunmamalıdır.
  - Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemlerinin, yapıldığı alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.
    - Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemi

uygulayan sağlık personeli CPR (Kardiy Pulmoner Resüsitasyon) ve allerjik reaksiyonlar ile ilgili eğitim almış olmalıdır.

- Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme alanlarında, kolay ulaşılabilir şekilde acil müdahale seti bulunmalıdır.

### RNR.2.3

**Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinin sunulduğu alanlarda çalışanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.**

- » Çalışanların radyasyon koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.
- » Radyasyon koruyuculara yönelik kontrollerin hangi yöntemle, kim tarafından ve asgari hangi dozda yapılacağı belirlenmelidir.
- » Radyasyon koruyucularının kontrolleri en az yılda bir kez ve gerektiğinde yapılmalı, kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır.
  - Rutin dışı kontrollerin hangi durumlarda yapılması gerektiği belirlenmelidir.
- » Çalışanların bireysel dozimetre kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Dozimetre sonuçları izlenmeli, komite ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
  - Dozimetre sonuçları değerlendirilerek gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Skopi kullanılan ameliyathanelerde çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır.
- » Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerinde çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır. (Bkz. Sağlıklı Çalışma Yaşamı)
- » Özellikle durumu nedeniyle radyasyon maruziyeti risk oluşturan çalışanların çalışma koşulları çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

## Standart 3

### RNR.3

**Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**

### RNR.3.1

**Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.**

- » Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin süreçlerin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.
- » Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.
- » Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda veriler analiz edilmelidir.
- » Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Elde edilen sonuçlar üst yönetim, komite ve ilgili çalışanlar ile paylaşılmalıdır.

### RNR.3.2

**Radyoloji, radyasyon onkolojisi ve nükleer tıp hizmetlerine ilişkin periyodik alan değerlendirmeleri yapılmalı, raporlar komite ve üst yönetim ile paylaşılmalıdır.**

## Bölüm 20: Acil Servis Hizmetleri (ASH)

<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 20 Acil Servis Hizmetleri (ASH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
ASH.1	Acil servis hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ASH.1.1	Acil servis hizmet sunum alanları tanımlanmalıdır.
ASH.1.2	Acil servis hizmet süreçleri ve kuralları dokümente edilmelidir.
ASH.1.3	Acil servis bulunmuyor ise acil sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik süreç tanımlanmış olmalıdır.
ASH.1.4	Acil servis hizmet süreçlerine yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
ASH.2	Acil servis hizmetlerinin sunulduğu alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ASH.2.1	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.2	Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.3	Acil servis hizmeti vermek üzere tanımlanan alanların işleyişine özgü düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.4	Acil servisle ilişkili olabilecek hizmet sunum alanlarına erişimi kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.5	Afet, salgın, büyük kaza gibi durumlarda acil servisin genişlemesini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.6	Acil serviste bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.2.7	Acil serviste emniyetin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
ASH.3	Acil serviste hasta bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ASH.3.1	Acil servise başvuru yapan hastaların önceliklendirilmesine (triyaj) yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.3.2	Acil serviste muayene, müdahale, tedavi, konsültasyon ve gözlem süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.3.3	Acil serviste hizmet verilen kritik hasta gruplarının tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.
ASH.3.4	Acil servisteki tüm hizmet süreçlerinde güvenli hasta transferi sağlanmalıdır.
ASH.3.5	Acil servisten hastanın yatışı, sevki ve taburculuğuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ASH.3.6	Acil servis süreçlerinde etkili iletişim sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 4</b>
ASH.4	Acil servis hizmetlerine yönelik süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalı, izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ASH.4.1	Acil servis hizmet süreçlerinin tüm aşamaları izlenebilir olmalı, performansın değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.

### Genel Bilgi

Acil servis hizmetleri, ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma vb. durumlarda hastaların sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla yapılması gereken müdahale veya tedaviye yönelik acil serviste yapılan tıbbi hizmetleri kapsamaktadır. Acil servis hizmetleri olağan süreç içerisinde gerçekleşen durumların yanı sıra olağanüstü durumların geliştiği salgınlar gibi ani sağlık şoklarında ve afetlerde artan talepleri karşılamak zorundadır. Acil servis hizmetlerinin olağan ve olağanüstü süreçlerde hasta ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde kaliteli hizmet sunulabilmesi için yeterli fiziksel altyapıya, nitelikli insan kaynağına, malzeme ve cihaza sahip olması gerekir. Bu bölümde yer alan standartlar olağan ve olağanüstü süreçlerde acil servis hizmetlerinin sunulabilmesi açısından yol gösterici niteliktedir.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Acil servis hizmetlerinin uygun bir alanda sunulmasını sağlamak
- » Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçlerde hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak
- » Acil serviste sunulan hizmetlerin etkinliğini değerlendirmek ve sürekli iyileştirilmesini sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### ASH.1

**Acil servis hizmet süreçlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### ASH.1.1

**Acil servis hizmet sunum alanları tanımlanmalıdır.**

- » Acil servis hizmet sunum alanları ilgili ülke mevzuatına uygun olacak şekilde tanımlanmalıdır.
- » Acil servislerde hastaların klinik durumlarına göre müdahale ve tedavi işlemlerinin yapılabileceği genel alanlar belirlenmelidir.
- » Acil servislerde asgari aşağıdaki alanlar bulunmalıdır:
  - Başvuru yoğunluğuna göre planlanmış karşılama alanı
  - Bekleme alanları
  - Dekontaminasyon alanı
  - Muayene alanları
  - Müdahale alanları
  - Resüsitasyon alanı
  - Müşahede alanları
- » Acil serviste hizmet sunulan hasta profili ve acil servis düzeyine göre kadın doğum, kulak burun boğaz, göz, psikiyatri, ortopedi gibi branşlara ve özel gereksinimi olan hasta gruplarına yönelik acil müdahale durumları için gerekli olabilecek ek alanlar tanımlanmalıdır.
- » Çalışanlara yönelik içinde kişisel temizlik alanları olan giyinme ve dinlenme alanları belirlenmelidir.

##### ASH.1.2

**Acil servis hizmet süreçleri ve kuralları dokümanite edilmelidir.**

- » Acil servis hizmet süreçleri hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçleri kapsamaktadır.
- » Acil servis hizmet süreçleri asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Acil servisin yapısal düzenlemesi
  - Acil servise hasta kabulü
  - Triage
  - Muayene, müdahale, tanı ve konsültasyon süreçleri
  - Müşahede süreci
  - İlaç yönetimi
  - Malzeme ve cihaz yönetimi
  - Yatış, sevk ve taburculuk süreçleri
  - Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi
  - Zehirlenme vakaları
  - Adli vakalar
  - Acil sağlık hizmeti kapsamında diğer kurum ve kuruluşlarla koordinasyon süreçleri

- Acil servis risk yönetimi
- Afet ve acil durum yönetimi
- Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) tedbir ve önlemleri, maruz kalan hastalara yaklaşım
- » Kurum/kuruluşun özelliğine göre kritik hasta grupları belirlenmeli ve bu gruplara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları hazırlanmalıdır.
- » Acil servis süreçleri ile ilgili sorumlular belirlenmeli, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

### ASH.1.3

#### Acil servis bulunmuyor ise acil sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik süreç tanımlanmış olmalıdır.

- » Acil servis bulunmuyor ise; acil sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik süreç sunulan hizmet türü ve kapsamına uygun olarak, acil durumlarda ilk değerlendirmenin yapılması, başlangıç tedavisinin uygulanması ve gerektiğinde sevk edilmesini içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
- » Acil servis bulunmayan sağlık kurum ve kuruluşlarında, sunulan hizmet türü ve kapsamına uygun olarak, acil sağlık hizmetlerinin verilmesine yönelik protokoller oluşturulmalıdır.
  - Protokoller, acil durumlarda ilk değerlendirmenin yapılmasını, başlangıç tedavisinin uygulanmasını ve gerektiğinde hastanın uygun sağlık kuruluşuna sevk edilmesini içermelidir.
  - Protokol ulusal ve uluslararası acil sağlık hizmet standartlarına uyumlu olarak, çalışan için kolay anlaşılır ve erişilebilir bir şekilde hazırlanmalıdır.
  - Acil durumlarda, hastanın hızlı bir şekilde değerlendirilmesi ve durumun ciddiyetine göre sınıflandırılması sağlanmalıdır.
  - İlk değerlendirme, triyaj prensiplerine uygun olarak yapılmalıdır. Çalışanın triyaj eğitimi alması ve bu süreci etkin bir şekilde yürütebilecek bilgi ve beceriye sahip olması gereklidir.
  - İlk değerlendirme sonrasında, hastanın durumuna uygun olarak gerekli başlangıç tedavileri hızlı bir şekilde uygulanmalıdır.
- » Bu tedaviler acil durum protokollerine uygun olmalıdır.
  - Çalışanın temel ve ileri yaşam desteği eğitimleri alması ve düzenli olarak eğitimin güncellenmesi sağlanmalıdır.
- » Durumu stabilize olan veya daha ileri tedaviye ihtiyaç duyan hastanın, uygun sağlık kurum/kuruluşuna sevk edilmesi gerekmektedir.
  - Sevk süreci, güvenli ve hızlı bir şekilde yapılmalı, hastanın tıbbi bilgilerinin eksiksiz olarak transfer edilmesi sağlanmalıdır.
  - Acil sağlık hizmetlerinin etkin sunumu için diğer sağlık kurum/kuruluşları, ambulans hizmetleri (112 Komuta) ve acil durum yönetim birimleri ile iş birliği ve koordinasyon sağlanmalıdır.
- » Acil sağlık hizmeti sunan çalışanların acil durum yönetimi, başlangıç tedavisi ve sevk süreçleri konularında düzenli eğitim alması sağlanmalı ve acil durumlarda nasıl hareket edeceklerine dair farkındalık artırıcı bilgilendirmeler yapılmalı ve gerekirse tatbikat senaryoları düzenlenmelidir.
  - Eğitim programları belirli aralıklarla tekrarlanmalı ve güncellenen protokoller/ algoritmalar/ kılavuzlar çalışanlar ile paylaşılmalıdır.

- » Acil sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi için gerekli tüm ekipman ve ilaçların düzenli olarak kontrol edilmesi, güncellenmesi ve eksiksiz olması sağlanmalıdır.
  - Acil durum çantaları, defibrilatörler, oksijen tüpleri ve diğer gerekli ekipman sürekli hazır bulundurulmalı ve düzenli olarak bakımları yapılmalıdır.
- » Acil durum planları diğer kurumlarla entegre edilmeli ve ortak tatbikatlar yapılmalıdır.

### ASH.1.4

#### Acil servis hizmet süreçlerine yönelik ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.

- » Acil servis çalışanlarına yönelik eğitim planları; temel yaşam desteği, ileri yaşam desteği, triyaj, acil müdahale algoritmalar/protokolleri, ilaç yönetimi, malzeme ve cihaz yönetimi, enfeksiyon yönetimi, hasta hakları, hasta memnuniyeti, iletişim, empati ve kriz yönetimi gibi acil servis hizmet süreçlerine ilişkin konuları kapsamalıdır.
  - Eğitimler, teorik ve pratik uygulamaları içermeli, kanıt temelli rehberler doğrultusunda hazırlanmalıdır.
  - Eğitimlere, konusunda uzman eğitmenlerin vermesi sağlanmalıdır.
- » Eğitimlerin etkinliği, düzenli olarak değerlendirilmeli ve geri bildirimler alınarak iyileştirilmelidir.
  - Çalışanların eğitime katılımı ve başarı durumu kayıt altına alınmalı, belirli aralıklarla bilgi yenileme eğitimleri planlanmalıdır.
- » Eğitimlerde kullanılacak materyaller, güncel ve bilimsel kaynaklara dayandırılmalı, görsel ve interaktif içeriklerle desteklenmelidir.
  - Eğitim materyallerine çevrimiçi platformlar üzerinden de erişilebilmesi sağlanmalıdır.
  - Eğitim videoları, simülasyon yazılımları ve interaktif e-öğrenme modülleri kullanılarak eğitimlerin etkisi artırılabilir.

## Standart 2

### ASH.2

#### Acil servis hizmetlerinin sunulduğu alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### ASH.2.1

#### Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı işaret ve levhalar kurum/kuruluş çevresinde ve içinde bulunmalı, bu levhalar görülebilir ve yönlendirmeye yardımcı olmalıdır.
  - İşaret ve levhaların yerleşimi stratejik noktalarda olmalı, levhaların boyutları ve renk kontrastları göz önünde bulundurularak belirgin hale getirilmelidir.
- » Yönlendirmeler, ana yollar, kavşaklar ve yol ayrımları dahil yerleşke dışından başlayarak acil servis kapısına kadar tüm güzergâhlarda bulunmalıdır.
  - Yönlendirme işaret ve levhaları gece görüşüne uygun olmalıdır.
- » Kurum/kuruluşu içindeki diğer birim ve binaların acil servise erişimi kolaylaştırılmalıdır.
- » Acil servis giriş tabelası boyutu ve ışıklandırması kurum/kuruluş dışından kolayca

görülebilir.

- » Ambulans girişleri, ambulansların hızlı ve güvenli bir şekilde hasta transferini gerçekleştirebileceği şekilde düzenlenmelidir.
  - Ambulans girişleri, araçların rahatlıkla yaklaşabileceği ve manevra yapabileceği genişlikte olmalıdır.
- » Olumsuz hava koşullarından etkilenmeyi önlemek amacıyla, acil servis girişlerinin üstü kapalı olmalıdır.
- » Acil servis kapasitesi ve yoğunluğuna göre yeterli otopark alanı ayrılmış olmalıdır.
  - Otopark alanlarında aydınlatma sağlanmalıdır.
  - Otopark alanlarının gece ve gündüz emniyeti sağlanmalıdır.
  - Özel gereksinimli hastalar için ayrılmış otopark alanı bulunmalıdır.

### ASH.2.2

#### **Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetleri acil servisin yapısı ve kapasitesine göre planlanmalı ve sunulmalıdır.
- » Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmeti verecek personel planlamasında; acil servisin yapısı, ortalama vaka durumu vb. faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Karşılama hizmetlerini etkin şekilde verebilecek bir ekip oluşturulmalıdır.
  - Ekip, acil servis alanında tecrübeli, iletişim becerileri yüksek ve stres altında etkili çalışabilen personelden oluşmalıdır.
  - Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesi için düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Karşılama personeli acil servis girişine yakın uygun bir alanda konumlanmalı, hastayı ilk gören kişinin karşılama personeli olması sağlanmalıdır.
- » Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetleri 24 saat kesintisiz olarak verilmelidir.
- » Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinde görev yapan personele hasta hakları, hasta memnuniyeti ve iletişim becerileri konularında düzenli olarak eğitimler verilmelidir.
  - Eğitimler, personelin bilgi ve becerilerini sürekli olarak güncel tutmayı amaçlamalıdır.
  - Eğitimler, simülasyon ve pratik uygulamalar içermelidir.
- » Acil servise kabul edilen hastaların BYS'ye kayıtları ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
- » Kimlik bilgilerine ulaşılamayan hastaların kabulüne yönelik işleyiş belirlenmelidir.
- » Afet ve acil durumlarda hasta kayıt işlemlerinin etkin yürütülmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### ASH.2.3

#### **Acil servis hizmeti vermek üzere tanımlanan alanların işleyişine özgü düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Acil servis hizmeti sunum alanları, emniyet, gözlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyet ilkeleri göz önünde bulundurularak düzenlenmelidir.
- » Hizmet alanları, gerektiğinde kolayca yeniden düzenlenebilecek modüler yapılar kullanılarak tasarlanabilir.

- » Hizmet sunumunda kullanılan ekipman ve malzemelerin sürekli erişilebilir ve çalışır durumda olması sağlanmalıdır.
- » Hasta yakınları için acil servis kapasitesine uygun yeterlilikte bekleme alanı bulunmalı, bu alanlarda iklimlendirme, havalandırma ve aydınlatma konforu sağlanmalıdır.
  - Bekleme alanlarında konforlu oturma düzenekleri, içecek otomatları, bilgilendirme ekranları ve ücretsiz internet erişimi gibi olanaklar sunulabilir.
- » Özel gereksinimli bireyler için erişimi kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Çalışanlar için ergonomik ve konforlu dinlenme alanları oluşturulmalı ve kişisel temizlik alanları gibi olanaklar bulunmalıdır.

### ASH.2.4

#### **Acil servisle ilişkili olabilecek hizmet sunum alanlarına erişimi kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Acil servisten diğer ilgili tüm alanlara kolay erişim sağlamaya yönelik geçiş bağlantıları bulunmalıdır.
  - Geçişler, hasta ve personel hareketliliğini hızlandırarak acil servis hizmetlerinin etkinliğini artırmalıdır.
  - Acil servis ile yoğun bakım, ameliyathane, radyoloji ve laboratuvar gibi kritik alanlar arasında doğrudan ve kısa mesafeli geçiş yolları planlanmalı ve açık ve net yönlendirme işaretleri kullanılmalıdır.
  - İşaretler, ulusal/uluslararası standartlarda semboller ve renk kodları kullanılarak hazırlanmalı, gerektiğinde dijital ekranlar ile desteklenmelidir.
- » Acil servisten daha sık hasta transferi yapılan bölümlere ulaşım, hasta güvenliği ve konforunu ön planda tutacak şekilde planlanmalı ve transfer yolları sedye geçişlerine olanak sağlayacak genişlikte ve engelsiz olmalıdır.
- » Acil servis kapasitesine uygun ihtiyacı karşılayacak düzeyde tekerlekli sandalye, sedye bulundurulmalıdır.
- » Hasta transferinde hafif, ergonomik ve kullanımı kolay transfer ekipmanları (sedye, tekerlekli sandalye ve diğer taşıma ekipmanları) tercih edilmelidir.
- » Asansörlerin acil durumlarda öncelikli kullanılabilmesi için özel düzenlemeler yapılmalıdır.

### ASH.2.5

#### **Afet, salgın, büyük kaza gibi durumlarda acil servisin genişlemesini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Afet, salgın, büyük kaza gibi acil durumlarda acil servisin hızlı ve etkin bir şekilde kapasite artırımını sağlayabilecek şekilde acil durum eylem planı hazırlanmalıdır.
  - Acil durum eylem planı, kullanılabilir ek alanlar, ek malzeme ve ekipman temini, personel görevlendirmeleri ve lojistik düzenlemeleri içermelidir.
  - Geçici çadırlar, prefabrik yapılar veya hızlı montaj yapılabilecek modüler üniteler gibi yapılar gerektiğinde hızlı bir şekilde devreye alınabilir olmalıdır.
- » Acil durum eylem planı kapsamında yoğun bakım yatakları, ventilatörler, taşınabilir monitörler gibi gerekli ekipman ve malzemeler planlanmalı ve önceden temin edilmelidir.
  - Ekipman ve malzemeler, acil durum eylem planında belirtilen noktalarda hazır bulundurulmalı, belirli aralıklarla kontrol edilmelidir.

- » Acil durumlarda diğer sağlık kurum/kuruluşları, yerel yönetimler ve acil durum müdahale ekipleri ile koordinasyon ve iş birliği sağlanmalıdır.
- » Acil durum senaryoları ve tatbikatlarda, diğer kurum/kuruluşlarla ortak çalışmalar yapılmalı ve iletişim protokolleri netleştirilmelidir.
- » Acil durum eylem planı, ilgili çalışanlarla paylaşılmalı ve onların bu konuda bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır.
- » Düzenli olarak gerçekleştirilecek eğitim ve tatbikatlara çalışanların bilgi düzeyleri artırılmalı ve acil durum planının etkin bir şekilde uygulanabilirliği sağlanmalıdır.

### ASH.2.6

#### **Acil serviste bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. (Bkz. İlaç Yönetimi - Malzeme ve Cihaz Yönetimi)**

- » Acil serviste bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmeli ve ilgili alanlarda bulundurulmalıdır.
- » Acil serviste bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar hizmet sınıfı, müdahale ve tedavi süreçlerine uygun olarak belirlenmelidir.
- » İlaç, malzeme ve cihazların listesi, acil servis çalışanları tarafından oluşturulmalı ve düzenli olarak güncellenmelidir.
- » İlaç, malzeme ve cihazların sürekliliği sağlanmalı ve kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır.
- » Acil servis alanlarında ve acil ilaç arabalarında bulundurulması gereken ilaç listeleri hazırlanmalı ve periyodik olarak miktar ve miat takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Acil serviste mevcut ekipmanlara yönelik yerleşim planı bulunmalı ve yerleşim planı, acil servis alanının düzenine uygun olarak hazırlanmalı ve çalışanların hızlı erişimini kolaylaştıracak şekilde tasarlanmalıdır.
- » Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının bir plan dâhilinde yapılması sağlanmalıdır.
- » İhtiyacı karşılayabilecek büyüklükte depo alanları planlanmalıdır.
  - Depo alanlarında, ilaç, malzeme ve cihazların güvenli ve düzenli bir şekilde muhafazası sağlanmalıdır.
  - Depo alanları, sıcaklık ve nem kontrolü gibi uygun koşulları sağlayacak şekilde tasarlanmalı ve düzenli olarak denetlenmelidir.

### ASH.2.7

#### **Acil serviste emniyetin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Acil servislerde emniyetin sağlanmasına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı ve bir plan dahilinde gerekli önlemler alınmalıdır.
  - Risk analizlerinde can ve mal güvenliğine yönelik kapsamlı analizler yer almalı, güvenlik görevlilerine ve acil çalışanlarına bu doğrultuda eğitim verilmelidir.
  - Eğitimler düzenli aralıklarla, yılda bir tekrarlanmalı ve çalışanların bilgi seviyeleri güncellenmelidir.
  - Acil servisin büyüklüğüne göre yeterli sayıda güvenlik personeli istihdam edilmeli ve güvenlik hizmetlerinin sürekliliği sağlanmalıdır.
  - Güvenlik personeli, acil servis alanının tüm bölümlerini izleyebilecek ve hızlı

- müdahale edebilecek stratejik noktalarda konumlandırılmalıdır.
- Acil servis güvenlik personelinin devir hızı takip edilmeli ve devir hızını düşük tutabilmek için tedbirler alınmalıdır.
- Güvenlik personelinin iş memnuniyeti ve çalışma koşulları düzenli olarak değerlendirilerek, motivasyon artırıcı önlemler alınmalıdır.
- » Acil serviste emniyetin sağlanmasına yönelik, güvenlik kameraları, acil durum butonları ve izleme sistemleri gibi düzenlemeler bulunmalıdır.
  - Kamera yerleştirilmesi gibi emniyet sağlamaya yönelik uygulamalarda hasta ve çalışan mahremiyetine dikkat edilmelidir.
  - Kayıtların güvenliği ve gizliliği sağlanmalı, gerektiğinde hızlıca erişilebilir olmalıdır.
  - Kayıtlar, ulusal veri koruma mevzuatına uygun şekilde muhafaza edilmeli ve belirli aralıklarla yedeklenmelidir.
- » Düzenli toplantılar ve geri bildirim mekanizmaları ile çalışanların görüş ve önerileri alınarak, karar, çözüm ve uygulamalara dâhil edilmeleri sağlanmalıdır.
- » İyileştirme faaliyetleri izlenmeli, yönetim ve çalışanlar bu faaliyetlerde aktif olarak yer almalıdır. Bu faaliyetlerin sonuçları düzenli olarak raporlanmalı ve etkinliği değerlendirilmelidir.

### Standart 3

#### ASH.3

**Acil serviste hasta bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

#### ASH.3.1

**Acil servise başvuru yapan hastaların önceliklendirilmesine (triyaj) yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Acil servise başvuru yapan hastaların önceliklendirilmesine (triyaj) yönelik, hastaların aciliyet durumları ve öncelikli tedavi ihtiyaçlarına göre bir sıralama yapılmalı, müdahale ve tedavi öncelikleri bu sıralamalara göre belirlenmelidir.
- » Triyaj sistemi, hastaların en hızlı ve en etkili şekilde tedavi almasını sağlamalıdır.
- » Triyaj süreci için renk kodlama sistemi (kırmızı, sarı, yeşil, siyah) kullanılmalıdır.
- » İlgili ülke mevzuatına uygun triyaj alanı sağlanmalı ve alan tanımları yapılmalıdır.
  - Triyaj alanında mahremiyet korunmalıdır.
  - Hastanın güvenli ve rahat bir ortamda değerlendirilmesi sağlanmalıdır.
- » Acil servise başvuru yapan hastanın tedavi öncelikleri, triyaj eğitimi almış bir sağlık çalışanı tarafından belirlenmeli ve hastanın aciliyet durumu ve ihtiyaçları doğrultusunda ilgili alana transferi hızlı ve güvenli bir şekilde sağlanmalıdır.
- » Triyaj sonrası durumu değişkenlik gösteren hastanın alanlar arası geçişinde sürecin yönetimi belirlenmelidir.
- » Acil servise başvuru yapan hasta ve yakınlarına, triyaj süreci hakkında bilgilendirme yapılabilir. Bu bilgilendirme, sürecin anlaşılmasını ve bekleme sürecinin daha rahat geçmesini sağlar.
- » Acil servis bekleme alanlarında triyaj süreci ile ilgili bilgilendirici afişler ve broşürler bulundurulabilir ve dijital ekranlarda bilgilendirici videolar gösterilebilir.

### ASH.3.2

#### Acil serviste muayene, müdahale, tedavi, konsültasyon ve gözlem süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Acil servise kabul edilen hastanın hekim tarafından anamnezi alınmalı, fizik muayenesi yapılmalı, tetkik ve tedavi ihtiyaçları belirlenmelidir.
  - Anamnez ve fizik muayene sürecinde, hastanın tıbbi geçmişi, mevcut şikâyetleri ve vital bulguları sistematik bir şekilde kaydedilmelidir.
- » İhtiyaç halinde medikal ve/veya cerrahi müdahale gerektirecek süreçlere yönelik algoritmalar/protokoller oluşturulmalı ve müdahaleler bu protokoller doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.
- » Acil serviste konsültasyon süreçlerini tanımlayan bir plan bulunmalı ve konsültasyon süreçlerine ilişkin kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.
- » Müdahale, tanı ya da tedavi işlemleri esnasında gözlem altına alınan hastalar sağlık çalışanı kontrolünde olmalıdır.
- » Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.
  - Gözlem odaları, sağlık çalışanının hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır.
  - Gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır.
  - Her yatağın başında hasta başı monitörleri, tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.
  - Hastanın gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşmasını sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.
- » Zehirlenme vakalarının müdahale ve bildirim sürecine ilişkin prosedür belirlenmelidir.
  - İlgili ülke mevzuatı çerçevesinde kayıtlar tutulmalı ve ilgili yerlere bildirimler yapılmalıdır.
- » Adli vakalara ilişkin ilgili ülke mevzuatı çerçevesinde belirlenmiş bir prosedür bulunmalıdır.
  - Adli olarak değerlendirilen vakalara bu prosedür çerçevesinde işlem yapılmalıdır.
  - Adli vakalara yönelik kayıt tutma ve raporlama süreçleri tanımlanmalı, ilgili kuruluşlarla koordinasyon sağlanmalıdır.
  - İlgili sağlık çalışanlarına adli vakalar konusunda eğitim verilmelidir.
- » Kimsesiz hastaların yönetimi için bir plan oluşturulmalıdır.

### ASH.3.3

#### Acil serviste hizmet verilen kritik hasta gruplarının tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.

- » Kurum/kuruluş ve hasta profili dikkate alınarak acil serviste hizmet verilen kritik hasta grupları belirlenmelidir.
  - Kritik hasta grupları, acil serviste sık karşılaşılan ve hızlı müdahale gerektiren kardiyak aciller, travma hastaları, zehirlenmeler, akut solunum yetmezliği, inme, ağır enfeksiyonlar (sepsis) ve pediatrik aciller gibi hastalık ve durumları içermelidir.
- » Kritik vakalarda müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik planlama

- yapılmalı, algoritmalar oluşturularak tedavi ve müdahale akışları belirlenmelidir.
- Hasta güvenliğini ve tedavi etkinliğini artırmayı amaçlayan bu algoritmalar, tanıdan tedaviye ve takip süreçlerine kadar tüm aşamaları kapsamalıdır.
  - Her adımda yapılması gereken işlemler ve alınacak önlemler net bir şekilde belirtilmelidir.
  - Algoritmalar, hastanın durumuna göre dinamik olarak güncellenebilen ve uyarlanabilen sistemler (karar destek, yapay zekâ teknolojileri vb.) üzerinden kurgulanabilir. Bu sistemler, hastanın değişen klinik durumuna göre önerilerde bulunabilir.
  - Algoritmalar, sağlık çalışanlarının kolay erişebileceği şekilde dijital veya basılı formatta sunulmalıdır.
  - Sağlık çalışanlarının algoritmaları etkili bir şekilde kullanabilmesi için düzenli eğitimler verilmeli ve kullanım durumu takip edilmelidir.
- » Kritik hasta gruplarının tanı, tedavi ve takip işlemlerinde multidisipliner bir yaklaşım benimsenmelidir.
- Farklı branşlardan uzmanların iş birliği yaparak hastanın tüm tedavi sürecini yönetmesi sağlanmalıdır.
  - Multidisipliner ekip toplantıları düzenlenerek, kritik hasta gruplarına yönelik ortak tedavi planları oluşturulmalıdır.
- » Kritik hasta gruplarının takip süreçlerinde dijital hasta takip sistemleri kullanılabilir. Bu sistemler, hastaların tedavi süreçlerini izleyerek, gerekli durumlarda otomatik uyarılar verebilir. Hasta takip sistemleri, mobil uygulamalarla entegre edilerek sağlık çalışanlarının ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sağlanabilir.

### ASH.3.4

#### Acil servisteki tüm hizmet süreçlerinde güvenli hasta transferi sağlanmalıdır.

- » Hastanın acil servise girişinden çıkışına kadar transferinin gerçekleştirildiği tüm aşamalarda, hasta güvenliği ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Hasta transfer süreçlerinde kullanılan tüm ekipmanın güvenliği ve bakımı düzenli olarak kontrol edilmeli, transfer sırasında hastanın düşme, yaralanma veya başka bir tehlikeye maruz kalmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.
- » Hasta transferi sağlık personeli eşliğinde gerçekleştirilmelidir.
- Transfer işlemlerinde görevli sağlık personeli, hastanın durumuna uygun bilgi ve beceriye sahip olmalı, transfer sırasında gerekli tüm tıbbi ekipmanı yanında bulundurmalıdır.
- » Hastaya ilişkin anamnez, tanı, müdahale, tedavi ve takip bilgileri hastanın transfer edildiği bölüme eksiksiz ve doğru şekilde iletilmelidir.
- » Hasta transferine ilişkin acil durum senaryolarını da içeren işlem protokolleri oluşturulabilir. Bu protokoller, tüm sağlık personelinin aynı yöntemleri kullanmasını ve hasta güvenliğinin her aşamada korunmasını sağlar.
- » Hasta transfer süreçlerinde kullanılacak mobil uygulamalar ve iletişim sistemleri geliştirilebilir.
- Bu sistemler, sağlık personelinin hızlı ve etkili bir şekilde bilgi alışverişini yapmasını sağlar.
  - Mobil uygulamalar, hasta durumu ve transfer detayları hakkında anlık bilgilendirme yapabilir, ayrıca transfer sırasında gerekli tıbbi müdahaleleri

yönlendirebilir.

- » Hasta transfer işlemlerinde kullanılan ekipmanlar, teknolojik yeniliklerle desteklenebilir. Örneğin, akıllı sedyeler ve hasta takip cihazları kullanılarak, transfer sırasında hastanın durumu sürekli izlenebilir.

### ASH.3.5

#### Acil servisten hastanın yatışı, sevk ve taburculuğuna yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Yatış yapılmasına karar verilen hastanın kliniğe yatış işlemi bir plan dahilinde koordineli bir şekilde gerçekleştirilmelidir.
  - Hastanın yatışı öncesinde klinik ile iletişim kurularak, oda hazırlıkları, gerekli ekipman ve personel düzenlemeleri yapılmalıdır.
  - Hastaya ilişkin bilgiler ve gerekli tıbbi belgeler hastanın yatışının yapıldığı bölüme eksiksiz ve doğru şekilde iletilmelidir.
- » İlk müdahalesi yapılan, stabilizasyonu sağlanan ve başka bir kuruma sevkine karar verilen hastanın sevk işlemleri, bir plan dâhilinde gerçekleştirilmelidir.
  - Sevk işlemleri öncesinde mutlaka sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalı, sevk işlemleri ambulans ile yapılmalıdır.
  - Hasta nakli amacıyla kullanılan ambulans ya da nakil araçlarının uygunluğu değerlendirildikten sonra sevk yapılmalıdır.
  - Hastanın durumu, yapılan müdahale, tanı/tedavi işlemlerine ait bilgiler hasta teslimi sırasında doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.
- » Acil servisten taburculuk işlemleri bir plan dahilinde gerçekleştirilmelidir.
  - Taburculuk sürecine ilişkin kayıtlar tutulmalı, taburcu edilen hasta için hazırlanan bilgilendirme belgeleri hasta/hasta yakınına verilmelidir.
- » Hekim izni olmadan acil servisten ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastaya yönelik prosedür hazırlanmalı ve ilgili çalışanlar prosedür hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Tedaviyi reddeden hastaların yasal hakları ve kurumun sorumlulukları açıkça belirlenmelidir.

### ASH.3.6

#### Acil servis süreçlerinde etkili iletişim sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Hasta ve hasta yakınına acil servis hizmetlerinin her aşaması ve özellikle bekleme süreleri hakkında bilgi verilmelidir.
  - Hasta ve hasta yakını ile anlaşılabilir, açık ve net ifadeler kullanılarak olumlu iletişim kurulmalıdır.
- » Hasta veya hasta yakını; yatış, sevk ve taburculuk işlemlerine yönelik dikkat etmesi gereken hususlar hakkında doğru bir şekilde sözlü veya yazılı olarak bilgilendirilmelidir.
  - Hastaya verilen bilgilendirme belgeleri, anlaşılır ve detaylı olmalı; hastanın tedavi süreçlerinde dikkat edilmesi gereken hususlar açıkça belirtilmelidir.
  - Bilgilendirme, hastanın evde bakım sürecini doğru ve güvenli bir şekilde yönetmesine yardımcı olmalıdır.
  - Bilgilendirme, taburculuk sonrası bakım talimatları, ilaç kullanımı, diyet önerileri ve acil durumda yapılması gerekenler hakkında detaylı bilgiler içermelidir.

- » Acil servis çalışanlarına iletişim becerilerinin geliştirilmesine yönelik eğitimler verilmelidir.
  - Eğitim programları; aktif dinleme, beden dili, kriz anlarında iletişim ve hasta/ hasta yakınlarıyla empati kurma gibi konuları içermeli ve çalışanların hasta ve hasta yakınları ile etkili ve empatik iletişim kurması sağlanmalıdır.
  - Eğitimler düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır.

### Standart 4

#### ASH.4

**Acil servis hizmetlerine yönelik süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalı, izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**

#### ASH.4.1

**Acil servis hizmet süreçlerinin tüm aşamaları izlenebilir olmalı, performansın değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.**

- » Acil servise başvuran hastanın başvurusundan taburculuğuna kadar tüm süreçler izlenebilir olmalıdır.
  - İzlenebilirlik hastaya ilişkin BYS üzerindeki verileri ve fiziki olarak tutulan tüm kayıtları kapsamalıdır.
  - Gerçek zamanlı veriler sunularak sağlık personelinin hızlı kararlar almasına yardımcı olmalıdır.
  - Hastaya ait veriler gerektiğinde analiz edilerek iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
    - Kurum/kuruluş tarafından acil servisin hizmet profiline göre göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.
    - Gösterge sonuçları değerlendirilmeli, izlenmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
    - İyileştirme faaliyetleri izlenmeli, yönetim ve çalışanlar bu faaliyetlerde aktif olarak yer almalıdır. Bu faaliyetlerin sonuçları düzenli olarak raporlanmalı ve etkinliği değerlendirilmelidir.

<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 21 Diyaliz Hizmetleri (DH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
DH.1	Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>



### Genel Bilgi

Diyaliz ünitelerinin/merkezlerinin ulusal/uluslararası kurallara uygun hareket etmesi, fiziki olanaklarının yeterli olması, nitelikli personele sahip olması, hastaların birçok açıdan düzenli olarak takip edilmesi ve hasta sonuçlarının sürekli olarak izlenmesi hasta güvenliğinin sağlanması ve kaliteli hizmet sunumu için gereklidir.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Diyaliz hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerin programlı bir şekilde yürütülmesini ve diyaliz hizmetinin güvenilirliğini sağlamaktır.

### Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Zamanlılık
- » Etkinlik

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### DH.1

#### **Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

Diyaliz ünitesi/merkezi süreçleri tanımlanırken kanıta dayalı bilimsel çalışmalar ışığında, merkezin kendi özgün koşullarını yansıtacak şekilde hareket edilmesi gerekmektedir. Diyaliz ünitesinin/merkezinin genel çalışma esasları ve merkez dışındaki kritik süreçler haricinde gerekli ise işlemlere özel açıklamalar da yapılmalıdır.

##### DH.1.1

#### **Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Diyaliz hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Diyaliz ünitesi/merkezinin yapısal düzenlemesi
  - Hasta kabul süreçleri
  - Hastanın ve makinelerin işleme hazırlanması
  - Diyaliz işleminin uygulanması
  - Sterilizasyon ve dezenfeksiyon süreçleri
  - Diyaliz işleminin sonlandırılması
  - Hastaların diyaliz ünitesi/merkezinden ayrılması
  - Hastaların tıbbi takibinin yapılması
  - Olası komplikasyonların izlenmesi
  - Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetler
  - Diyalizde kullanılan suyun kalitesi
  - Misafir hastalara yönelik (gelen ve giden) planlama
  - Özellikli hasta gruplarına yönelik planlama (Örneğin: I-131 tedavisi gören hastalar)
  - Olası acil klinik durumlara yönelik planlama

##### DH.1.2

#### **Diyaliz hizmeti yeterli ve nitelikli sağlık çalışanları tarafından verilmelidir.**

- » Diyaliz ünitesinde/merkezinde görev yapan sağlık çalışanları ilgili ülke mevzuatına uygun mesleki unvana veya sertifikaya sahip olmalıdır (Bkz. İnsan Kaynakları Bölümü).
- » Diyaliz hizmeti sunumuna yönelik personel planlaması ilgili ülke mevzuatı doğrultusunda yapılmalıdır.
- » Diyalizdeki hastaların bakımına katılan klinik personeli, hastaların farklı yaş gruplarına uygun olarak ileri yaşam desteği eğitimi almış olmalıdır.

##### DH.1.3

#### **Diyaliz hizmeti sunulan fiziksel alanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Diyaliz hizmeti sunulan alanlar belirlenmelidir.
- » Diyaliz ünitesinde/merkezinde asgari aşağıda belirtilen fiziksel alanlar bulunmalıdır:
  - Hasta kabul ve dinlenme bölümü

- Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere
    - Hasta giyinme bölümü
    - Özel gereksinimli hastaların da yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş tuvalet ve lavabo
  - Cihaz sayısı kadar hasta dolabı
  - Acil bakım ve tedavi odası
  - HbsAg (+) hastalar için ayrılmış bir bölüm ve ayrı cihaz, Anti HCV (+) hastalar için ayrı cihaz
  - Su sistemi odası
  - Destek alanları (tedavi hazırlama alanı, temiz ve kirli malzeme deposu vb.)
  - Personel giyinme odaları ve personel dolapları
  - Personele ait tuvalet ve lavabo
  - Personel dinlenme ve yemek alanı
- » Diyaliz ünitesi hastaların sürekli gözetimine uygun ve hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.

### DH.1.4

#### **Diyaliz hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Diyaliz hizmetlerine yönelik enfeksiyon kontrol programı oluşturulmalıdır.
- » Enfekte hastaların diyaliz işlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır:
- » Enfekte hastalar için kullanılan malzemeler ayrılmalı ve tanımlanmalıdır.
- » HbsAg (+) ve HCV Ab (+) hasta için kullanılan makineler tanımlanmalıdır.
- » Enfekte hastalar için ayrılmış aspiratör bulunmalıdır.
- » HbsAg (+) hastalar için ayrı bir oda tahsis edilmelidir.
- » Diyaliz hastalarının aşıları düzenli olarak yapılmalıdır.
- » Tüm diyaliz hastalarına Hepatit B aşısı yapılmalıdır.
- » Anti-Hbs titresi takip edilmeli, gerektiğinde rapel aşısı uygulanmalıdır.
- » Çalışanların aşısı ve bağışıklama takibi yapılmalıdır.

### DH.1.5

#### **Diyaliz hizmetlerinde kullanılan tıbbi cihaz ve donanıma yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Diyaliz ünitesinde/merkezinde asgari aşağıda belirtilen tıbbi cihaz ve donanım bulunmalıdır:
  - Diyaliz cihaz sayısı ile orantılı kapasitede uygun su üreten kum filtresi, yumuşatıcı filtreler, aktif karbon filtresi, mikropartikül tutucu, reverse-ozmos sistemi, ultraviyole veya ultrafiltre sistemini de kapsayan reverse-ozmos sistemi
  - En az bir yedek hemodiyaliz cihazı (toplam cihaz sayısına göre yedek cihaz sayısı artış gösterebilir)
  - Diyaliz cihaz sayısı kadar hareketli hasta yatağı veya koltuğu
  - Taşınabilir monitörlü elektrokardiografi cihazı ve defibrilatör
  - Acil müdahale çantası veya arabası
  - Tercihen merkezi oksijen destek sistemi
  - Tercihen merkezi vakum sistemi, yoksa alana ve hasta sayısına göre belirlenmek kaydıyla en az iki aspiratör (biri enfekte hasta için ayrılmış)

- Hassas tartı sistemi (hastanın tekerlekli sandalye ve sedye ile tartılmasına uygun)
  - Bebek ve çocuk hastalar için uygun tartı ve boy ölçer
  - Acil durumlar için sodyum ve potasyum seviyesi ölçümüne yönelik iyonometri cihazı.
- » Kullanımda olmayan makineler dâhil tüm hemodiyaliz makinelerinin periyodik bakımları, kontrolleri ve kalibrasyonu yapılmalı, yıllık olarak teste tabi tutulmalı ve test sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

### DH.1.6

#### **Diyaliz hizmetlerinde kullanılan saf su sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hemodiyaliz işleminde kullanılan suyun kalitesi kimyasal, bakteriyel ve endotoksin tipi kirlenmeler yönünden test edilmeli ve enfeksiyonların önlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.
- » Saf suyun elde edilmesine yönelik su arıtma sistemi kurulmalıdır.
- » Üretilen saf su için aşağıdaki hususlara yönelik günlük kontroller yapılmalıdır:
- Saf su iletkenliği
  - Su sertliği
  - Klor miktarı
  - Basınç düşmesi
  - pH düzeyi
- » Arıtma sonrası su örnekleri, bakteriyolojik yönden ilgili ülke mevzuatında belirtilen süre ve aralıklarda analiz edilmeli ve değerlendirilmelidir.
- » Su depo ve su sisteminin yıllık bakımları ve teknik kontrolleri yetkili firmalarca yapılmalı veya yaptırılmalıdır.
- » Suyun kimyasal ve bakteriyolojik kontrolünde Avrupa Farmakopesinde bildirilen sınırlar göz önüne alınmalıdır.

### DH.1.7

#### **Diyaliz hizmetlerinde ulaşım hizmeti verilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Diyaliz hizmetlerinde ulaşım hizmeti verilmesine yönelik tahsis edilen araçlar ilgili ülke mevzuatına uygun olmalıdır.
- » Araçlarda;
- Ruhsatları ve şoförleri ilgili ülke mevzuatında belirtilen şartları karşılamalıdır.
  - Yeterli ısıtma ve havalandırma sistemi olmalıdır.
  - Yangın tüpü bulunmalıdır.
  - Hastaların araca rahat çıkıp inebilmesini kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmış olmalıdır.
  - Pediatrik hastalar için düzenleme yapılmalıdır.
- » Araçların temizliği ve bakımı düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

### DH.1.8

#### **Diyaliz hizmetlerine ilişkin ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.**

- » Diyaliz hizmetlerine ilişkin ilgili çalışanlara verilecek eğitimler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
- AV fistül/AV grefti olan hastaların bakımı

- Defibrilatörün kullanımı
  - Enfeksiyon kontrolü
  - Diyaliz prosedürleri
  - Tüneli/tünelsiz kateterlerin bakımı
  - Periton diyalizi
  - Hastanın hacim durumunun değerlendirilmesi
  - Antikoagülasyon
  - Pıhtılaşma müdahale süreci
  - Diyaliz hastalarında hava embolisi ve hemoliz yönetimi
  - Hiperkalemi
  - Nabız oksimetresi
  - Kan transfüzyonu
- » Eğitimler düzenli aralıklarla verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

### Standart 2

#### DH.2

**Diyaliz hizmeti sunulan hastaların bakımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

#### DH.2.1

**Diyaliz tedavisi sunulan hastaların bakım ihtiyaçları değerlendirilerek diyaliz reçetesi oluşturulmalıdır.**

- » Diyaliz ünitesine/merkezine kabul edilen hastanın bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmeli, bakım ihtiyaçları ilgili sağlık çalışanları (hekim, hemşire, tekniker, diyetisyen, psikolog, sosyal hizmet uzmanı) tarafından belirlenmelidir.
- Hastanın bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.
- » Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda, ilgili hekim tarafından diyaliz reçetesi oluşturulmalı, reçete asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
- Diyaliz tedavi süresi ve sıklığı
  - Kuru ağırlık
  - Kan akım hızı
  - Diyalizat bileşimi ve akım hızı
  - Diyalizer seçimi
  - Diyaliz seti seçimi
  - Antikoagülasyon türü ve miktarı
  - Varsa diyaliz sırasında uygulanan ilaç tedavileri
- » Bakım sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler tıbbi kayıtlara eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse tedavi planı güncellenmelidir.
- » Tıbbi kayıtlarda yapılan güncellemeler, ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.

#### DH.2.2

**Hastanın işlem öncesi hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

- » Diyaliz raporunun aktif olma durumu kontrol edilmelidir.
- » Hastanın ilgili hekim tarafından ön değerlendirilmesi (fiziki muayene, vital bulguların değerlendirilmesi, kilo kontrolü, laboratuvar tetkikleri vb.) yapılmalıdır.
- » Diyaliz epikrizi ile gelen hastanın epikrizi ilgili hekim tarafından kontrol edilmeli ve diyaliz reçetesi düzenlenmelidir.
- » Program dahilinde olmayan yatan hastaların diyaliz işlemleri için diyaliz reçetesi bulunmalıdır.
- » İşlem öncesi hasta/hasta yakını işleme yönelik bilgilendirilmeli ve en az yılda 1 kez ve risk düzeyi değiştiğinde rızası alınmalıdır.
  - Hasta aynı ünite/merkezde 3 aydan fazla süre diyalize girmemişse, sonraki ilk gelişinde tekrar rızası alınmalıdır.
- » Hasta/hasta yakını organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda en az yılda 1 kez bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakını diyaliz tedavi seçenekleri hakkında bilgilendirilmelidir.

### DH.2.3

#### **Diyaliz makinelerinin işlem öncesi hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Diyaliz makinelerinin diyaliz seansı öncesinde işleme hazırlanmasına yönelik kurallar belirlenmiş olmalıdır.
- » Diyaliz makinelerinin, her diyaliz seansı sonrasında tekrar kullanılmak üzere, iç döngüsünü, su artıma ve dağıtım sistemini temizlemek üzere dezenfeksiyon işlemleri yapılmalıdır.
- » Belirlenen kurallar çerçevesinde diyaliz makinelerinin setlenmesi ve yıkama işleminin yapılması sağlanarak işleme hazır hale getirilmelidir.

### DH.2.4

#### **İşlem esnasında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » İşlem esnasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik asgari aşağıdaki tedbirler alınmalıdır:
  - Diyaliz işlemine başlamadan önce hastaya ait tıbbi bilgiler alınmalı, diyalizle ilişkili riskler belirlenmeli, hasta/hasta yakını ile paylaşılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.
  - Diyalize başlamadan önce hastanın kimlik bilgileri kontrol edilmelidir.
  - Hastanın vital bulguları kontrol edilmelidir. Kilo ölçülmelidir.
  - Vasküler giriş (fistül ya da katater) kontrolü yapılmalıdır.
  - Hasta sorumlu hekim tarafından diyaliz seansı sırasında tıbbi yönden izlenmelidir.
  - Her diyaliz seansında hastanın dosyasına gözlem notu kaydedilmelidir.
  - Hasta, diyaliz işlemi sırasında sağlık durumu ile ilgili meydana gelebilecek değişiklikler hakkında sağlık çalışanına bilgi vermesi konusunda bilgilendirilmelidir.
- » İşleme ilişkin olası komplikasyonlar izlenmelidir.
  - Diyaliz tedavisi ile ilgili olarak gelişebilecek akut ve kronik komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler konusunda hasta/hasta yakını bilgilendirilmelidir.
  - Tıbbi takip ve tedavi süreci komplikasyonların engellenmesine ve komplikasyon gelişmesi durumunda gerekli müdahalenin zamanında ve etkin

- şekilde uygulanmasına yönelik olarak planlanmalıdır.
- » Kateter takma, kateter değiştirme ve transfüzyon ihtiyacı gibi durumlarda hastanın tedavi sürecinin ilgili kuruluşlar tarafından tamamlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - » Çalışanların koruyucu ekipman kullanımı sağlanmalıdır (Bkz. Sağlıklı Çalışma Yaşamı).
    - Çalışanların sağlık taramalarının yapılması ve aşılması sağlanmalıdır.

### DH.2.5

#### **Diyaliz seansının sonlandırılması ve hastanın çıkışına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hastanın çıkış öncesi kilo, vasküler giriş, vital bulgu vb. kontrolleri yapılmalıdır.
- » Hasta genel durumu ve işlem sonrası dikkat etmesi gereken hususlarda bilgilendirilmelidir.
- » Her diyaliz seansı sonrasında, diyaliz makinelerinin iç ve dış dezenfeksiyon işlemleri yapılmalıdır.
- » Dezenfeksiyon işleminin geriye dönük izlenebilirliği sağlanmalıdır. Bu kapsamda ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
  - Dezenfeksiyon işlemini yapan görevlinin adı, soyadı, imzası
  - İşlemin yapıldığı tarih, saat ve işlem süresi
  - İşlemden kullanılan dezenfektanın kimyasal adı

### DH.2.6

#### **Diyaliz hasta/hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hasta ve hasta yakınlarına asgari aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir:
  - Beslenme eğitimi
  - Kullanılacak ilaçlar
  - Kateter bakımı
  - Fistül bakımı
  - Organ ve doku nakli
  - El hijyeni
- » Hasta, diyaliz işlemi sırasında sağlık durumu ile ilgili meydana gelebilecek değişiklikler hakkında sağlık çalışanına bilgi vermesi konusunda bilgilendirilmelidir.
- » Hastaların ulaşabileceği mesafede hemşire çağrı butonu bulunmalıdır.

### Standart 3

### DH.3

#### **Diyaliz hizmeti sunulan hastaların tıbbi takibine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

### DH.3.1

#### **Diyaliz hizmeti sunulan hastalar için tıbbi takip dosyası oluşturulmalıdır.**

- » Merkez/ünitede diyaliz tedavisi gören her hasta için ayrı bir takip/gözlem formu ve hasta dosyası hazırlanmalıdır.
  - Hasta dosyasındaki bilgiler ilgili ülke mevzuatı ile uyumlu olmalıdır.
- » Hastalar belirli aralıklarla diyetisyen tarafından değerlendirilmeli, diyet uyumları kontrol edilmeli ve uyumsuzluk durumunda hekimine bilgi verilmelidir.

### DH.3.2

#### **Tüm hastalar ilgili uzman hekim tarafından düzenli olarak takip edilmelidir.**

- » Tüm hastalara ayda en az bir defa genel durum değerlendirmesi yapılmalıdır.
- » Hastalar, tedavi planında değişiklik olması durumunda uzman hekim tarafından asgari hususları içerecek şekilde değerlendirilmelidir:
  - Hastanın genel sağlığına ilişkin fizik muayenesi ve öyküsü
  - Diyaliz tedavisine bağlı herhangi bir komplikasyon olup olmadığı
  - Laboratuvar sonuçları
  - Vasküler erişim durumu (damar içi kateter kontrolü)
  - Beslenme durumu ve uyumu
  - Uzun vadeli diyaliz tedavisine ilişkin komplikasyonlar
  - Mevcut böbrek nakli durumunun incelenmesi

### DH.3.3

#### **Hastaların laboratuvar tetkiklerinin yapılmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hastaların laboratuvar tetkiklerinin ilgili ülke mevzuatı doğrultusunda periyodik olarak yapılmasına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
  - İlk defa diyaliz tedavisi ve izlemine alınan hastaya yönelik gerekli laboratuvar tetkiklerinin yapılması sağlanmalıdır.

### DH.3.4

#### **Hasta ve hasta yakınlarının organ ve doku nakli merkezlerine yönlendirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Programlı olarak diyalize alınan hastalar ve bu hastaların yakınları, diyaliz merkezi tarafından, organ ve doku nakli merkezlerine başvuru hususunda bilgilendirmelidir.
- » Talep eden hastalar için organ ve doku nakli merkezleri ile koordinasyon sağlanmalıdır.
- » Hastanın iletişim bilgilerinin ve tetkiklerinin güncel olması sağlanmalıdır.

## Standart 4

### DH.4

#### **Diyaliz hizmetlerine yönelik izleme ve değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**

### DH.4.1

#### **Diyaliz hizmetlerine yönelik göstergeler belirlenmeli, çalışmaların etkinliği düzenli aralıklarla izlenmeli ve sürekli iyileştirme faaliyetleri yürütülmelidir.**

- » Diyaliz hizmet süreçlerinin tüm aşamaları izlenebilir olmalıdır.
- » Diyaliz hizmet süreçlerinin performansının değerlendirilmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir (Bkz. Gösterge Havuzu).
- » Gösterge sonuçları değerlendirilmeli, izlenmeli ve sürekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır (Bkz. Gösterge Yönetimi Bölümü).
- » İyileştirme faaliyetleri izlenmeli, yönetim ve çalışanlar bu faaliyetlerde aktif olarak yer almalıdır. Bu faaliyetlerin sonuçları düzenli olarak raporlanmalı ve etkinliği değerlendirilmelidir.

BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ	
Bölüm 22 Özellikli Planlama Gerektiren Sağlık Hizmetleri (ÖPS)	
Kod	Standart 1
ÖPS.1	Özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
ÖPS.1.1	Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanları belirlenmeli, ilgili hizmet süreçleri ve kuralları dokümanite edilmelidir.
ÖPS.1.2	Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanlarına özgü hizmet sunum süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ÖPS.1.3	Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanlarına özgü fiziki ortam şartları ve gerekli malzeme, cihaz ve ekipman sağlanmalıdır.

### Genel Bilgi

Özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerinin planlanması, sunumu ve yönetimi açısından özel bir öneme sahiptir. Özellikli planlama gerektiren hasta grupları, standart tedavi protokollerinin ötesinde, bireysel ve bütüncül yaklaşımlar gerektirir. Özellikli planlama gerektiren hasta grupları, sağlık sisteminde yüksek risk, karmaşık tedavi süreçleri ve kaynak gereksinimleri ile dikkat çeker ve dikkatli izlem, kapsamlı değerlendirme ve özel tedavi planları gerektirir. Bu gruplara yönelik uygun stratejiler geliştirilmesi hem bireylerin sağlık sonuçlarını iyileştirir hem de sağlık sisteminin sürdürülebilirliğini destekler. Bu nedenle, bu grupların ihtiyaçlarının önceliklendirilmesi, kaliteli ve eşit sağlık hizmetleri sunulmasının anahtarıdır. Bu bölümde yer alan standartlar özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerinin sunumunda kurumlara rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerinin planlanması, organize edilmesi, yürütülmesi ve etkili hizmet sunum ortamını sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### ÖPS.1

**Özellikli planlama gerektiren sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### ÖPS.1.1

**Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanları belirlenmeli, ilgili hizmet süreçleri ve kuralları dokümanite edilmelidir.**

- » Kurum/kuruluşun hizmet kapsamına göre özellikli hasta grupları ve hizmet alanları belirlenmelidir.
- » Aşağıda yer alan hasta grupları ve hizmet alanları ile sınırlı olmamakla birlikte, rehberlik amacıyla aşağıda özellikli hasta grubu ve hizmet alanları örneklerine yer verilmiştir.
  - Yenidoğan yoğun bakım
  - Çocuk yoğun bakım
  - Erişkin yoğun bakım
  - Geriatrik hasta
  - Pediatrik hasta
  - Yenidoğanlar
  - Palyatif bakım hastaları
  - İmmünsüprese hasta
  - Travaydaki gebe
  - Psikiyatrik hasta
  - İhmal/istismara uğramış hasta
  - Adli vakalar ve mahkûm hastalar
  - Kemo-radyo terapi alan hasta
  - Yanık hastaları
  - Terminal dönemdeki hasta
- » Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanlarına yönelik süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Sorumlular ve sorumlulukların tanımlanması
  - Hizmet sunumunda yer alan çalışanların nitelikleri ve sayısının belirlenmesi
  - Hizmet süreçlerinin planlanması
  - Uygulamalara ilişkin kayıtların tutulması
  - Hizmet sunum kalitesinin izlenmesi ve değerlendirilmesi
  - Kalite iyileştirme çalışmalarının yürütülmesi

##### ÖPS.1.2

**Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanlarına özgü hizmet sunum süreçlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanları için özelleştirilmiş hizmetler planlanmalıdır.
- » Özellikli hasta gruplarının tedavi ve bakımları ilgili ülke mevzuatına uygun olmalı ve bu hasta gruplarına ilişkin mesleki standartları ve kanıta dayalı uygulamaları (Klinik

rehber vb.) içermelidir.

- » Özellikli hasta gruplarının değerlendirilmesi, bakımı, tedavisi ve takibi, hasta ihtiyaçlarına özel olarak planlanmalı, uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Özellikli hasta gruplarının tedavi ve bakım uygulamaları multidisipliner yaklaşım ile yapılmalıdır.
- » Tedavi ve bakım planları ile tıbbi uygulamalar periyodik toplantılarla gözden geçirilmeli, güncel tedavi protokollerine uygun olması sağlanmalıdır.
- » Medikal tedavi, cerrahi müdahale ve rehabilitasyon gibi tedavi seçenekleri belirlenmeli; beslenme planları, fiziksel aktivite önerileri ve yaşam tarzı değişiklikleri gibi destekleyici bakım stratejileri oluşturulmalıdır.
- » Psikososyal destek, danışmanlık ve rehberlik hizmetleri sağlanmalıdır.

### ÖPS.1.3

**Özellikli planlama gerektiren hasta grupları ve hizmet alanlarına özgü fiziki ortam şartları ve gerekli malzeme, cihaz ve ekipman sağlanmalıdır.**

- » Özellikli hasta gruplarının bakım, tedavi ve takibinin sağlandığı alanların fiziksel koşulları hastaların ihtiyaçlarına özel tasarlanmış olmalıdır.
- » Özellikli hizmet alanlarına özgü fiziki ortam şartları ve gerekli malzeme, cihaz ve ekipman ilgili ülke mevzuatına uygun olmalıdır.
- » Özellikli hasta gruplarının bakımına yönelik malzeme, cihaz ve ekipman, hasta ihtiyaçlarına uygun nitelikte olmalıdır.
- » Özellikli hasta gruplarının bakımına yönelik cihaz ve ekipmanların bakım, onarım ve kalibrasyonları zamanında yapılmalıdır.

<b>BOYUT 4 SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 23 Organ, Doku ve Hücre Nakli Hizmetleri (ODH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
ODH.1	Organ, doku ve/veya hücre bağışına ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ODH.1.1	Organ, doku ve/veya hücre bağışına ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
ODH.1.2	Organ, doku ve/veya hücre bağış sürecini yürütecek sorumlular ve sorumlulukları belirlenmelidir.
ODH.1.3	Organ, doku ve/veya hücre bağış hakkında farkındalık artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
ODH.2	Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ODH.2.1	Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
ODH.2.2	Nakil hizmetlerinin yönetiminden sorumlu bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
ODH.2.3	Nakil programlarına özel multidisipliner ekipler bulunmalıdır.
ODH.2.4	Nakil adaylarının uygunluğunun değerlendirilmesine yönelik nakil programına özel kriterler belirlenmelidir.
ODH.2.5	Canlı vericiden yapılan nakil programlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Organ, doku ve/veya hücre bağıışı, hayat kurtarıcı bir sağlık hizmetidir ve etik, yasal ve klinik açıdan yüksek hassasiyet gerektirir. Bu alanda uygulanacak standartlar; bağıış sürecinin şeffaf, güvenli ve etkin şekilde yürütülmesini sağlar. Bağıış sürecinde doğru bilgilendirme, uygunluk değerlendirmesi ve etik ilkeler doğrultusunda hareket etmeyi garanti eder. Standartların etkin şekilde uygulanması, sadece bağıış sisteminin kalitesini değil, toplumun bağıışa olan güvenini de doğrudan etkiler.

Organ, doku ve/veya hücre nakli; yüksek risk taşıyan, karmaşık ve çok disiplinli bir sağlık hizmetidir. Bu alana yönelik standartlar, hasta güvenliği, etik ilkeler ve klinik başarı açısından kritik öneme sahiptir. Standartların doğru ve tutarlı biçimde uygulanması nakil süreçlerinde kaliteyi artırır, komplikasyonları azaltır ve toplumun sağlık sistemine olan güvenini güçlendirir.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Organ, doku ve/veya hücre bağıışı hakkında çalışanlar, hasta ve yakınları ve toplumsal farkındalığın artırılması ve organ bağıışının teşviki
- » Organ, doku ve/veya hücre nakli ihtiyacının tespiti, verici seçimi, bağıış süreci, nakil ve nakil sonrası takibi içeren tüm bakım uygulamalarının, bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonun sağlanması
- » Organ, doku ve/veya hücre bağıışı ve nakil hizmeti verilmesini sağlayarak iyileşme oranlarının yükseltilmesi ve komplikasyon oranlarının azaltılmasıdır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### ODH.1

**Organ, doku ve/veya hücre bağışına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### ODH.1.1

**Organ, doku ve/veya hücre bağışına ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Organ, doku ve/veya hücre bağışına ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Bağış süreci ile ilgili görev ve sorumluluklar
  - Bağışın teşvik edilmesi
  - Beyin ölümü yönetimi
  - Beyin ölümü teşhisi
  - Yoğun bakımda yatan vakaların beyin ölümü açısından takibi
  - Bağış süreci
  - Potansiyel vericilerin belirlenmesi
  - Verici veya yakınının bilgilendirilmesi ve rızasının alınması
  - Ulusal ve bölge koordinasyon merkezleri ile iletişim
  - Vericinin değerlendirilmesi
  - Kadavra verici bakımı
  - Bağış sürecinin koordinasyon ve takibi
  - Organ çıkarımı ve nakli
  - Kadavra verici cenazesinin hazırlanması ve teslimi
  - Bağış süreçlerinin izlenebilirliği

##### ODH.1.2

**Organ, doku ve/veya hücre bağış sürecini yürütecek sorumlular ve sorumlulukları belirlenmelidir.**

- » Organ, doku ve/veya hücre bağış sürecine ilişkin faaliyetlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, bu kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ilgili süreçleri kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

##### ODH.1.3

**Organ, doku ve/veya hücre bağış hakkında farkındalık artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır.**

- » Organ, doku ve/veya hücre bağış hakkında çalışanlar ve toplumun farkındalığının artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
  - Kurum/kuruluşun uygun görülen alanlarında organ bağış afişi bulundurulması, bilgilendirici, yönlendirici görsel içeriklerin dağıtılması ve yayınlanması, organ bağış haftası etkinliklerinin düzenlenmesi, bireylerin organ bağış beyanında bulunabileceği birim ve/veya alanların oluşturulması ve tercihen görünür alanlarda stant bulundurulması vb.

### Standart 2

#### ODH.2

**Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### ODH.2.1

**Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin ilgili ülke mevzuatına uygun yetki ve izin belgeleri bulunmalı ve bu belgeler güncel ve geçerli olmalıdır (Bkz. Yönetim ve Organizasyon)
- » Organ, doku ve/veya hücre nakli hizmetlerine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Nakil süreci ile ilgili görev ve sorumluluklar
  - Kadavradan nakil süreci
  - Canlıdan nakil süreci
  - Alıcı ve verici seçim kriterleri
  - Alıcının nakil sonrası tedavi ve bakım süreçleri
  - Bağış ve nakil ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği
    - Organların vericiden alıcıya nakline kadar geçen süre içinde her basamağa ilişkin kayıtlar
  - Alıcı ve canlı vericiye yönelik mortalite risk değerlendirmesi

##### ODH.2.2

**Nakil hizmetlerinin yönetiminden sorumlu bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Organ, doku ve/veya hücre nakli programları uygulanan kurum/kuruluşlarda yönetsel bir yapı (organ nakli konseyi vb.) oluşturulmalı, bu süreçte görev alan kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ilgili süreçleri kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.
- » Yönetsel yapı asgari aşağıdaki çalışanlardan oluşmalıdır:
  - Üst yönetimden en az başhekim yardımcısı düzeyinde bir kişi veya doğrudan başhekime bağlı bir merkez mesul müdürü
  - İlgili organ türüne göre organ nakli merkezi sorumlu cerrahları
  - İlgili organ türüne göre organ ve doku nakli koordinatörleri
  - Nakil sürecinde görev alan klinik temsilciler (tercihen sorumlu düzeyinde hekimler)
- » Yönetsel yapı içinde organ ve doku nakli programından sorumlu bir başkan/nakil programı yöneticisi/koordinatör olmalıdır.
- » Yönetsel yapı ayda en az bir defa ve gerektiğinde toplanmalıdır.
- » Tüm nakil çalışmalarına özel; hekimleri, hemşireleri ve diğer sağlık çalışanlarını kapsayan koordinasyon mekanizması bulunmalıdır.
  - Gerçekleştirilen organ ve doku nakli çeşitliliği dikkate alınarak her tür için ayrı ayrı organ ve doku nakil koordinatörü görevlendirilmelidir.
  - Organ ve doku nakil koordinatörü bu alanda yetkili kuruluş tarafından verilen gerekli yetki belgelerine sahip olmalıdır (sertifika, uzmanlık belgesi vs.)

- Organ ve doku nakli koordinatörleri için uygun nitelik ve donanımına sahip çalışma ofisleri bulunmalıdır.
- Organ ve doku nakli koordinatör ofisleri hasta/ hasta yakınlarının bilgilendirilmesine uygun fiziki düzenlemeye sahip olmalıdır.
- » Organ ve nakil programlarında, konusunda uzmanlığa sahip olan kişilerden oluşmuş organa/nakil türüne özel multidisipliner ekipler bulunmalıdır.
- » Multidisipliner ekiplerin çalışma planları belirlenmeli, çalışmalar planlar doğrultusunda yürütülmelidir.

### ODH.2.3

#### **Nakil programlarına özel multidisipliner ekipler bulunmalıdır.**

- » Organ ve nakil programlarında, konusunda uzmanlığa sahip olan kişilerden oluşmuş organa/nakil türüne özel multidisipliner ekipler bulunmalıdır.
- » Multidisipliner ekiplerin çalışma planları belirlenmeli, çalışmalar planlar doğrultusunda yürütülmelidir.

### ODH.2.4

#### **Nakil adaylarının uygunluğunun değerlendirilmesine yönelik nakil programına özel kriterler belirlenmelidir.**

- » Nakil adaylarının; nakil öncesinde, organa özel kriterler doğrultusunda, klinik, psikolojik ve sosyal açılardan uygunluğunun değerlendirilmesi yapılmalıdır.
- » Nakil adaylarından organ nakline özel bilgilendirilmiş rıza alınmalıdır.
  - Rıza alma sürecinde en az bir şahit bulunmalıdır.
- » Nakil programı kapsamında nakilde kullanılacak insan kökenli hücrelerin, dokuların ve organların uyumunun, güvenliğinin, etkinliğinin ve kalitesinin temin edilmesi amacıyla yazılı protokoller, klinik kılavuzlar veya prosedürler bulunmalı ve kullanılmalıdır.
- » Nakil hastalarının bakımları için özelleştirilmiş hasta bakım planları kullanılmalıdır.

### ODH.2.5

#### **Canlı vericiden yapılan nakil programlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Canlı verici nakil programları ilgili ülke mevzuatına uygun olmalı ve program kapsamında verici adaylarının/fiili vericilerin hakları korunmalıdır.
  - Canlı verici adaylarının ilgili ülke mevzuatında belirtilen komisyonların onayından geçmiş olmalıdır.
  - Bu kapsamda verici savunucu mekanizması kurum tarafından kurulmuş ve aktif işletiliyor olmalıdır.
- » Canlı vericiden yapılan nakil programları kapsamında, canlı verici adayından, organ başışına özel olarak düzenlenmiş bilgilendirilmiş rıza alınmalıdır.
- » Canlı vericiden yapılan nakil programlarında, vericinin uygunluğunu belirlemek için klinik ve psikolojik seçim kriterleri belirlenmeli ve aktif olarak kullanılmalıdır.
- » Canlı vericiler için özelleştirilmiş bakım planları kullanılmalıdır.
- » Canlı vericiler için nakil sonrası takip prosedürleri oluşturulmalıdır.

TÜSEB TÜSKA

TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE  
VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ

# BOYUT 5

## Destek Hizmetleri

**TÜSEB** **TÜSKA**

TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE  
VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ

<b>BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 24 Tesis Yönetimi ve Otelcilik Hizmetleri (TYO)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
TYO.1	Tesis yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
TYO.1.1	Tesis yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
TYO.1.2	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlaması ve koordinasyonundan sorumlu bir yapı oluşturulmalıdır.
TYO.1.3	Tesis yönetimine ilişkin riskler tespit edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.
TYO.1.4	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.5	Tesis yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve tesis içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.6	Acil çıkışlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.7	Yaşlı ve özel gereksinimli bireylere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.8	Asansör, yürüyen merdiven ve bantların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.9	Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.1.10	Bina dış cephe ve çevre düzenlemesi yapılmalıdır.
TYO.1.11	Fiziksel durum ve işleyişe yönelik bina turları ve teknik saha ziyaretleri yapılmalıdır.
TYO.1.12	Tesis yönetimine ilişkin süreçler hakkında ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
TYO.2	Otelcilik hizmetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

## Bölüm 24: Tesis Yönetimi ve Otelcilik Hizmetleri (TYO)

### Boyut 5: Destek Hizmetleri

Kod	Değerlendirme Ölçütü
TYO.2.1	Hizmet sunulan tüm alanlarda, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını, ergonomisini ve konforunu sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.2	Hasta odaları, muayene odaları ve bekleme alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.3	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.4	Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.5	Bebek bakım ve emzirme odalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.6	Hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal emniyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.7	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
TYO.2.8	Çamaşır hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Tesis yönetimi, kurum/kuruluşun performansını artırmak amacıyla insan kaynakları ve işletme süreçlerini fiziksel altyapı üzerinden optimize ederek destekleme sürecidir. Tesis yönetimi, operasyonel performansı iyileştirmeye yönelik bina, ekipman ve diğer fiziksel kaynakların etkin kullanılmasını ve hizmetlerin etkili şekilde sunulmasını sağlar. Bu bakımdan bu bölümde yer alan standartlar, sağlık kurum ve kuruluşlarının fiziki altyapı ve olanaklarını etkili ve verimli şekilde yönetebilmeleri açısından yol göstericidir.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hizmet sunumu için gerekli altyapıyı ve fiziki koşulları oluşturmak
- » Hasta, hasta yakını ve çalışanların kurum/kuruluşta güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlamak
- » Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamak
- » Hasta, hasta yakını ve çalışanların istekleri, ihtiyaçları, beklentileri ve değerleri dikkate alınarak etkin ve güvenli yemek hizmeti almalarını sağlamak

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### TYO.1

**Tesis yönetimine ilişkin süreç ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### TYO.1.1

**Tesis yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Tesis yönetimine yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir;
  - Tesis yönetimine ilişkin yönetsel yapı, görev, yetki ve sorumluluklar
  - Sağlık tesisinin mevcut durum tespitinin yapılması ile ilgili süreçler (alt yapı vb.)
  - İyileştirme süreçleri
  - Temel tesis kaynaklarının güvenliği, sürekliliği ve alternatif kaynaklar
  - Tesis hizmetlerine erişim
  - Tesis güvenliği

##### TYO.1.2

**Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlaması ve koordinasyonundan sorumlu bir yapı oluşturulmalıdır.**

- » Tesis yönetimine yönelik işlerin planlanması ve koordinasyonunu sağlayacak yönetsel bir yapı (komite, ekip, merkezler için ilgili yönetici vb.) oluşturulmalıdır.
  - Yönetsel yapıda görev alan kişilerin yetkinliği kurumun kapasite ve kapsamına uygun olmalıdır.
  - Yönetsel yapı içerisinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Tesis yönetimine yönelik sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

##### TYO.1.3

**Tesis yönetimine ilişkin riskler tespit edilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.**

- » Tesis yönetimine ilişkin riskler, bina dış cephe ve çevre düzenlemesi dahil tüm hizmet alanlarını kapsayacak şekilde tespit edilmeli ve değerlendirilmelidir.
- » Tesisin mevcut fiziksel durumu ve işlevsel hizmet etkinliği düzenli aralıklarla ve gerektiğinde değerlendirilmelidir.
- » Mevcut durum tespiti ve risk analizi sonuçlarına yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

##### TYO.1.4

**Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

Temel tesis kaynaklarının kapsamını elektrik, su, doğalgaz, ısıtma, soğutma, medikal gaz vb. kaynaklar oluşturmaktadır.

- » Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler, ilgili ülke mevzuatına ve kurum/kuruluş hizmet alanına uygun, yönetsel yapı tarafından tanımlanmış planlar dahilinde yapılmalıdır.

- » Temel tesis kaynaklarının kesintisiz hizmet vermesi sağlanmalı, kapasiteleri güncel mevzuat ve gereklilikler kapsamında belirlenmelidir.
- » Temel tesis kaynaklarına yönelik gerekli testler ve analizler belirli periyotlarda yapılmalı, kesinti olması durumunda kullanılacak alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.
- » Elektrik sistemlerinin, hastane trafolarının, jeneratörlerin, kesintisiz güç kaynaklarının bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Jeneratörlerin ilgili ülke mevzuatı doğrultusunda yetkili kuruluşlardan alınmış onay belgeleri bulunmalıdır. Elektrik prizleri ve prizlerin kullanımına yönelik hasta ve çalışan güvenliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Elektrik prizleri sabitlenmiş olmalı, çalışma alanlarında düşme riski oluşturacak ve yangına sebep olabilecek hareketli uzatma kablosu vb. kullanılmamalıdır.
  - Ortak kullanım alanlarında alçakta yer alan prizler ile çocuk hastalara hizmet verilen birimlerde çocukların ulaşabileceği prizlerde priz koruması olmalıdır.
- » Aydınlatma sistemleri; hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.
- » Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Depo, suyun özelliklerini değiştirmeyecek paslanmaz çelik, krom nikel, beton ve benzeri maddelerden yapılmış olmalı, beton yapıdaki su depolarının iç yüzeyi uygun bir malzeme ile kaplanmalıdır.
  - Depoya ait kapak kilitle ve sızdırmaz olmalıdır.
  - Depo kapağı sadece depo görevlileri ve yetkili personel tarafından açılıp kapatılmalıdır.
  - Depolar, ısı kaynaklarından uzak olmalı, direkt olarak gün ışığına maruz bırakılmamalıdır.
  - Depoların bakımı düzenli aralıklarla yapılmalı, yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir.
  - Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.
  - En az haftada bir kez su depolarında ve su şebekesinin uç noktalarında klor ölçümleri yapılmalıdır.
- » Dış ünitlerinde kullanılan su sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - Dış ünitlerinde kullanılan emiş hortumlarında, kontamine sıvıların tekrar ünit içerisine dönüşünü engelleyici düzenleme bulunmalıdır (antiretraksiyon valfleri).
  - Dış ünitlerinde distile su kullanılması durumunda, distile su depolarının temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
  - Dış ünitlerinde kullanılan su sistemlerinin bakımları plan dahilinde ve düzenli olarak gerçekleştirilmelidir.
- » Sıhhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Şebeke suyunda herhangi bir nedenden dolayı oluşabilecek bir kesinti durumunda, mevcut yedek su kaynakları devreye alınarak su ihtiyacı sağlanmalıdır.
  - Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından kurum/kuruluş tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmeli, tespit edilen sorunlara yönelik iyileştirme faaliyetleri düzenlenmelidir.
  - Yağmur sularının kontrolü ve uygun drenajı sağlanmalıdır.

- Yangın sularının sürekli ve uygun basınçta kullanılabilmesine yönelik düzenli aralıklarla kontrol gerçekleştirilmelidir.
- » Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalı, oksijen, azot, vakum ve hava vb. medikal gazların basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
  - Medikal gaz sistemindeki basınç değişiklikleri işitsel ve görsel uyarı sistemi ile takip edilmelidir.
  - Basınç düşüklüğü durumunda kullanılmak üzere yedek sistemler bulunmalıdır.
  - Gazlar cinsine göre depolanmalıdır.
  - Medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılmalıdır.
  - Medikal gaz sisteminin bulunduğu alanların kapalı havalandırma kanalları, başka bölüm veya binaların havalandırma kanallarına bağlanmamalıdır.
- » Sıkıştırılmış gaz silindirlere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Taşınabilir gaz silindirleri dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz silindirleri tek tek veya konteyner içinde sabitlenmiş olmalıdır.
  - Üretici firma tarafından kurum/kuruluşa teslim edilen sıkıştırılmış gaz silindirlerinin sertifikası bulunmalıdır.
  - Sıkıştırılmış gaz silindirlerinin doluluk ve sızdırmazlık kontrolleri yapılmalıdır.
  - Gaz silindirleri gaz tiplerine göre depolanmalı, yanıcı gazlar ve oksitleyici maddelerden ayrılmalıdır.
  - Dolu ve boş gaz silindirleri tercihen aynı alanda depolanmamalıdır. Depolama alanında ayırıcı işaretler/etiketlemeler kullanılmalıdır.
- » Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - Hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından izlenmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
  - Merkezi havalandırma sisteminin ve iklimlendirme sistemlerinin bakım ve kontrolü belirlenen aralıklarla yapılmalı, tespit edilen sorunlara yönelik önlem alınmalıdır.
  - Kapalı alanlarda bulunan sistemler için mekânın günlük sıcaklık takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
  - Tanımlanan özellikli alanlardaki (yoğun bakım üniteleri, negatif basınçlı odalar, ameliyathaneler vb.) havalandırma sistemleri kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.
    - Özellikli alanlarda havalandırma sistemleri jeneratörden besleme yapılacak şekilde tasarlanmış ise kesintisiz güç kaynağı kullanımı zorunlu olmayıp, jeneratör ile beslenme uygun görülebilir.
  - HEPA filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.
  - Havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır:
    - HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi)
    - Hava debisi ve hava hızı ölçümü
    - Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti
    - Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme)
    - Partikül ölçümü
  - Havalandırma sistemlerinin performans ölçümünde kullanılan referans cihazlar

- İlgili ülke mevzuatına ve uluslararası standartlara uygun olmalıdır.
- » Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı, vb. basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.
    - Basınçlı kapların ilk kullanımdan önce ve her yer değişikliğinde kontrolü yapılmalı, doğru kurulduğu ve güvenli şekilde çalıştığını gösteren belge düzenlenmiş olmalıdır.
    - Basınçlı kapların periyodik kontrolleri yapılmalıdır.
    - Basınçlı kapların çalışma şeklinde değişiklikler, kazalar, doğal olaylar veya ekipmanın uzun süre kullanılmaması gibi durumlarda kontroller tekrarlanmalıdır.
    - Ekipmanı kullanmakla görevli personele, bu ekipmanların kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir.
  - » Temel tesis kaynaklarında oluşabilecek kritik arıza durumlarına karşı yedek sistemler kurulmalıdır. Yönetmelik tarafından bu sistemlerin kapsayacağı riskli alanlar belirlenmelidir.
  - » Temel tesis kaynaklarında bulunan ekipmanları kullanan personele, ekipmanların kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yöntemlerini içeren eğitimler verilmelidir.
  - » Binanın dış ortamdan gelebilecek tehlikeli unsurlara (hortum, yıldırım düşmesi, yangın, sel vb) karşı güvenliği sağlanmalıdır.

### TYO.1.5

#### **Tesis yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve tesis içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Tesis yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve tesis içindeki bölümlere kolay ulaşım sağlanmasına yönelik gerekli fiziki ve işlevsel düzenlemeler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde, ilgili ülke mevzuatına uygun olarak yapılmalıdır.
  - Yönlendirme levhaları ve hizmetleri
    - Poliklinik, bina ve kat girişleri ile sağlık tesisi bahçesi de dahil olmak üzere tüm yerleşke ve bina içerisinde yeterli ve güncel yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
    - Yönlendirme işaretleri okunabilir ve işlevsel nitelikte olmalıdır.
    - Yönlendirme hizmetlerinin nasıl ve ne şekilde sunulacağı önceden planlanmalı ve uygulanmalıdır.
  - Hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları bekleme alanları
  - Hasta odalarının konforu ve güvenliği
  - Ortak kullanım alanlarının (poliklinik, klinik, bekleme alanları vb.) iklimlendirilmesi
  - Özel gereksinimli, yaşlı ve hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan öncelikli hastalar ve kişilere yönelik, tesis genelinde çıkış rampaları, merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları vb.
  - Çevre düzenlemeleri (otopark, peyzaj düzenlemeleri vb.)
- » Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır.
- » Kat girişleri veya asansör çıkışlarında, bulunulan yeri, acil çıkış kapılarını ve yangın tüp/istasyonlarını da gösteren kat krokileri bulunmalıdır.
- » Tesis yerleşim alanına giriş kapılarına yakın bir şekilde konumlandırılmış yerleşim

planı bulunmalıdır.

- » Sağlık tesisi civarındaki cadde ve sokaklara tesise ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalıdır.
- » Sağlık tesisi girişinde acil servisin yerini gösteren yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

### TYO.1.6

#### Acil çıkışlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Acil çıkışlara yönelik düzenlemeler ilgili ülke mevzuatı kapsamında gerçekleştirilmelidir.
- » Acil çıkış levhaları bulunmalıdır.
  - Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır.
  - Levhalar, kurum/kuruluşun her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir.
  - Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.
  - İşaret ve levhalar işlevsel kullanımı hakkında çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır.
- » Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - Tesis krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir.
  - Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalıdır.
  - Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalıdır.
  - Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır.
  - Acil çıkışlar sedye ile hasta nakline uygun olmalıdır.
  - Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye gibi araçlar bulunmalıdır.

### TYO.1.7

#### Yaşlı ve özel gereksinimli bireylere yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. (Bkz. Hasta Deneyimi)

- » Yaşlı ve özel gereksinimli bireylerin;
  - Muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli hizmet almaları sağlanmalıdır.
  - Sağlık hizmet alanlarına ulaşım konusunda yardıma ihtiyacı olan bireylere destek sağlanmalıdır.
  - Tesis bünyesindeki bölümlere ulaşımına yönelik kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.
    - Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tekerlekli sandalye, yardımcı personel vb.
    - Görme engelli hastaların yön bulmaları ve tesis içindeki ulaşımını sağlamaya yönelik işlevsel düzenlemeler
    - Muayenede öncelikli hasta tabelaları
  - İlgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.
  - Poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Otopark alanı, lavabo, tuvalet, odalar ve banyolar özel gereksinimli bireylerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.
  - Acil durumlarda sağlık tesisinden tahliyelerine yönelik planlama yapılmalıdır.

### TYO.1.8

#### **Asansör, yürüyen merdiven ve bantların güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Asansör, yürüyen merdiven ve bantlar yetkili kuruluşlarca tescil edilmiş olmalıdır.
- » Asansör (monşarj asansörler de dahil) yürüyen merdiven ve bantların envanter listesi oluşturulmalıdır.
- » Asansör (monşarj asansörler de dahil) yürüyen merdiven ve bantlar numaralandırılmalıdır.
- » Asansör, yürüyen merdiven ve bantlarının ilgili ülke mevzuatı kapsamında bakım, onarım ve periyodik kontrolleri yapılmalıdır.
  - A tipi muayene kuruluşu tarafından yılda en az bir kez yapılması gereken uygunluk kontrolüne göre, güncel tarihli periyodik kontrol (uygunluk belgesi) belgesi bulunmalıdır.
  - Asansörlerin periyodik kontrolleri yılda en az bir kez yetkili kurum veya kuruluşlar tarafından yapılmalıdır.
  - Periyodik kontrol sonuçları kusursuz (yeşil renk), hafif kusurlu (mavi), kusurlu (sarı renk) ve güvensiz (kırmızı renk) olmak üzere dört grupta değerlendirilmiş olmalıdır.
  - Renkli bilgi etiketleri asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır.
  - Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörün kullanımına izin verilmemelidir.
  - Kontrol raporundaki asansör kimlik numarası, etiket rengi skalası ve muayene tarihi ile etiket üzerindeki bilgiler birbiri ile uyumlu olmalıdır.
  - Asansörlerin ara bakımları yapılmalıdır.
  - Asansörlerde çalıştır durumda yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.

### TYO.1.9

#### **Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hasta hasta yakını ve çalışanların düşmelerini önlemek üzere tesis kaynaklı riskler belirlenmeli, belirlenen risklere göre, bölüm ve alan bazında önlemler alınmalıdır. (Bkz. Hasta Güvenliği Hedefleri)
- » Gerçekleşen ve ramak kala düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildirilmelidir.
- » Gerçekleşen ve ramak kala düşme olayları ile ilgili düzeltici ve iyileştirici faaliyetler yapılmalıdır.

### TYO.1.10

#### **Bina dış cephe ve çevre düzenlemesi yapılmalıdır.**

- » Bina dış cephe ve çevre düzenlemesine yönelik asgari aşağıdaki önlemler alınmalıdır.
  - Tesisin dış cephesi hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini tehlikeye atmayacak şekilde tesis edilmeli ve belirlenen risklere yönelik önlemler alınmalıdır.
  - Bina dış cephesinin bakımlı olması sağlanmalıdır.
  - Araç giriş-çıkışının kontrollü olmasını sağlayan bir düzenleme bulunmalıdır.
  - Çalışanlar ve hasta/hasta yakınlarına yönelik otopark bulunmalıdır.
  - Araç park alanları çizgilerle belirlenmiş olmalıdır.
  - Tesis yerleşim alanı ve çevresi uygun şekilde aydınlatılmış olmalıdır.

- Tesis yerleşim alanında üretilen atıklar için; atık türüne göre, uygun konumda ve sayıda atık kutuları bulundurulmalıdır.
- Tesis çevresinde yeşil alan düzenlemesi yapılmalı ve bakımlı oturma alanları bulunmalıdır.

### TYO.1.11

#### **Fiziksel durum ve işleyişe yönelik bina turları ve teknik saha ziyaretleri yapılmalıdır.**

- » Bina turları ve teknik saha ziyaretlerine yönelik bir ekip oluşturulmalıdır.
  - Ekip, kurum/kuruluşun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır.
  - Ekte iş sağlığı güvenliği uzmanı, biyomedikal alan uzmanı, otelcilik hizmetleri sorumlusu vb. ilgili çalışanlar ekte yer almalıdır.
  - Ekte üst yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.
  - Bina turları ve teknik saha ziyaretleri en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.
  - Bina turları ve teknik saha ziyaretlerine ilişkin kayıtlar tutulmalı, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için bir eylem planı hazırlanmalı ve tesis yönetimine ilişkin yönetsel yapıya sunulmalıdır.
    - Eylem planı kapsamında yönetsel yapı tarafından alınan kararlar üst yönetime raporlanmalıdır.
    - Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalı ve yapılan tüm değerlendirme ve düzenlemeler izlenebilir olmalıdır.
    - İş takibi kontrolüne yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

### TYO.1.12

#### **Tesis yönetimine ilişkin süreçler hakkında ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.**

- » Tesis yönetimine ilişkin süreçler hakkında, meslek grupları ve iş sağlığı ve güvenliği mevzuatı göz önünde bulundurularak ilgili çalışanlara gerekli eğitimler verilmelidir.

## Standart 2

### TYO.2

#### **Otelcilik hizmetlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

### TYO.2.1

#### **Hizmet sunulan tüm alanlarda, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarını, ergonomisini ve konforunu sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hizmet sunulan tüm alanlarda havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşullarının güncel ulusal ve uluslararası standartlara uygunluğu sağlanmalıdır.
- » Hizmet sunum alanlarında gürültü kontrolü sağlanmalıdır.
- » Hizmet sunum alanlarında hastanın ihtiyaç duyduğunda oturabileceği, dinlenebileceği bekleme alanları bulunmalıdır.
- » Merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları gibi zorlu kullanım alanları hasta ve hasta yakınları ihtiyaçlarını (yaşlı, çocuk, özel gereksinimli bireyler gibi) gözetecek şekilde düzenlenmelidir.
- » Hizmet sunum alanlarında hasta güvenliğini tehdit eden unsurlar bulunmamalıdır.

- » Poliklinik alanlarında bebek bakımı ve emzirme odasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.
- » Endoskopi, kemoterapi, radyoterapi, vb. özellikli işlemler öncesinde ve sonrasında hastanın beklemesi, dinlenmesi ya da tuvalet, banyo vb. ihtiyaçlarını giderebilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### TYO.2.2

#### **Hasta odaları, muayene odaları ve bekleme alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hasta odaları, hasta ve hasta yakınlarının konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmeli ve buna uygun gerekli donanımına sahip olmalıdır.
  - Hasta odalarında uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
  - Hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır.
  - Hasta odalarında lavabo, banyo ve tuvalet alanları bulunmalı ve bu alanlarda kişisel temizliğe yönelik gerekli ve yeterli malzeme bulundurulmalıdır.
  - Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte olmalıdır.
  - Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.
  - Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmeleri için pozisyon verilebilen koltuk/kanep/yatak bulunmalıdır.
- » Her hasta yatağı başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.
  - Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılarak kaydedilmelidir.
- » Muayene odaları ilgili bransa uygun muayene masası, muayene araç ve gereçleri vb. tıbbi hizmet süreçlerine ilişkin donanımına sahip olmalıdır.
- » Muayene odaları temiz olmalı, uygun havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- » Muayene odaları girişinde hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunmalıdır.
- » Muayene odalarında, hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - Lavabo, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri gibi kişisel temizlik malzemeleri bulunmalıdır.
  - Muayene masa örtüsü tek kullanımlık olmalıdır.
- » Muayene odalarında gerekli kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır.
- » Muayene odalarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.
- » Hastalar muayene odalarına belirlenmiş bir sistem dahilinde sıra ile alınmalıdır.
- » Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun sayıda ve nitelikte oturma alanları bulunmalıdır.
- » Bekleme alanları temiz olmalıdır.
- » Bekleme alanlarında uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

### TYO.2.3

#### **Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Hastaların tıbbi bakım sürecinde yatarak sağlık hizmeti aldığı alanlarda yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.
- » Yatarak hizmet alan hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı

sistemi bulunmalı/ulaşılabilir olmalı ve kullanımı konusunda hasta ve/veya hasta yakınına eğitim verilmelidir

- » Hemşire çağrı sisteminin düzenli bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

### TYO.2.4

#### **Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Tesis genelinde yer alan banyo, tuvalet, lavabo gibi kişisel temizlik alanlarının kapıları acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde tasarlanmalıdır.
- » Kişisel temizlik alanlarında acil durumlarda erişimi sağlayacak acil çağrı/alarm vb. bir sistem bulunmalıdır.
- » Kişisel temizlik alanlarının temizliği alanın niteliğine uygun olarak, bir plan dahilinde yapılmalıdır.
- » Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalıdır.
  - Kişisel temizlik alanlarında, sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.
  - Kişisel temizlik için kullanılan malzemelerin hijyen koşullarına uygun olması sağlanmalıdır.

### TYO.2.5

#### **Bebek bakım ve emzirme odalarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Bebek bakım ve emzirme odalarında;
  - Kenarları sivri olmayan malzeme ve mobilyalar kullanılmalıdır.
  - Oyuncak bulundurulmamalıdır.
  - Bebek alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalıdır.
  - Lavabo, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
  - İklimlendirme sağlanmalıdır.
  - Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler bulunmalıdır.

### TYO.2.6

#### **Hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal emniyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Tesise yönelik yapılacak her türlü sabotaj, hırsızlık, yağma, darp gibi tehdit, tehlike ve tahribata karşı koruma, gözetim, denetim ve kontrol hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürülebilmesine yönelik tanımlanmış bir plan olmalıdır.
- » Can ve mal emniyetini sağlamaya yönelik tesisin tüm alanlarını ve bölümlerini kapsayan risk analizleri ve analizler sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
  - Can ve mal güvenliğini tehdit eden olaylarla ilgili bildirim süreci tanımlanmalıdır. Tesisin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve güvenlik kamerası, alarm sistemi gibi güvenlik ekipmanı bulunmalıdır.
  - 24 saat güvenlik hizmeti verilmelidir.
  - Güvenlik görevlilerinin çalışma alanları, çalışma zamanları ve görev tanımları bir plan dahilinde belirlenmelidir.
  - Tesise ait genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmeli vebu amaçla kamera takip sistemi kurulmalıdır.
    - Kamera izlemlerinin hangi konu ve şartlarda, nasıl, kim tarafından, nerede yapılacağı, kayıtların tutulması ve saklanmasına ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

- Örneğin kullanım alanlarında görüntülü kaydın yeterli olup olmadığı, sesli kayıt alımının gerekli olup olmadığı gibi konular belirlenmelidir.
- Kamera takip sisteminin görüş alanları hasta ve çalışan mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.
- » Kamera kayıtları, sadece üst yönetim tarafından tanımlanan kişilerin erişimine açık olmalıdır.
- » Kamera kayıtlarının saklama süreleri ilgili ülke mevzuatına uygun olarak belirlenmelidir.
- » Kameralar, tesisin tüm alanlarını görecektir şekilde konumlandırılmalı; güvenlik açığına neden olabilecek kör noktalar bulunmamalıdır. Teslim alınan hasta emanetleri ve bulunan kayıp eşyalara yönelik süreç tanımlanmış olmalıdır.

### TYO.2.7

#### Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Mutfak hizmeti verilen alanlarda asgari aşağıdaki düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Mutfak hizmeti verilen alandaki depolama, gıda hazırlama, bulaşık yıkama alanları vb. tüm bölümler çapraz kontaminasyonu engelleyecek şekilde birbirinden ayrı alanlarda ve iş akışına uygun şekilde düzenlenmelidir.
  - Mutfak hizmeti verilen tüm alanların tavan, taban ve duvarları yıkama ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.
  - Zemin, kayma ve düşmeyi önleyici malzemeden yapılmış olmalıdır.
  - Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.
  - Depo koşullarının uygunluğu izlenebilir olmalıdır.
  - Mutfakta iklimlendirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - Mutfak kokularının tesis hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.
  - Mutfak alanlarının hayvan ve haşerelerden korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - Mutfak atıkları hijyenik ve çevreye zarar vermeyecek şekilde ilgili ülke mevzuatına uygun olarak ortamdaki uzaklaştırılmalıdır.
  - Bebek ve çocuk hastalar için ilgili kliniklerde mama hazırlama alanı tanımlanmalıdır.
- » Gıdaların güvenli tedarikine ilişkin kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde belirlenmelidir:
  - Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler
  - Kalite kontrol kriterleri
  - Tedarikçi kabul ve değerlendirme kriterleri
  - Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler
- » Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmalıdır.
  - Gıda depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.
  - Gıda depolarında gıda maddesi dışında malzemeler bulundurulmamalıdır.
  - Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir.
  - Üretilmiş ve satın alınmış gıdaların stoklanmasında tavsiye edilen tüketim

- tarihlerinin etkin şekilde takibi yapılmalıdır.
- » Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin üretim ve son tüketim tarihleri kaydedilmelidir.
  - » Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin depolanması ayrı alanlarda yapılmalıdır.
  - » Gıda stoklamasında, son kullanım tarihlerinin etkin şekilde takibinin yapılabilmesi sağlanmalıdır.
  - » Gıdaların hazırlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
    - Gıdaların hazırlandığı alanlar, diğer alanlardan (gıda depolama alanları, kirlı malzemenin yıkandığı alanlar vb.) ayrılmalıdır.
    - Gıdalar gıdalara uygun ve temiz alanlarda hijyenik olarak hazırlanmalıdır.
    - Gıda hijyeni ile ilgili kurallar tanımlanmalı, sebze ve meyvelerin yıkanması vb. süreçler bu kurallar doğrultusunda uygulanmalıdır.
    - Çöp alanları, gıdaların hazırlandığı alanlardan uzakta konumlandırılmalıdır. Mutfak personelinin kişisel temizliğinin etkin şekilde sağlanması için gerekli ortam koşulları sağlanmalıdır.
    - Gıdaların hazırlanmasında kullanılan sarf malzeme, araç gereç ve ekipman uygun şekilde temizlenmeli ya da dezenfekte edilmelidir.
    - Gıda ile temas eden malzemeler sağlığa uygun özellikte olmalıdır.
      - Et, balık ve sebzeler için gıdaların doğrandığı tezgahlar ayrı ve bu gıdaların doğrandığı kesme tahtaları ayrı olmalıdır.
      - Yemeklerin hazırlanmasında ve dağıtımında kullanılan tüm mutfak araç ve gereçlerinin temizliği ve dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
    - Tüm çalışanlar; maske, bone, eldiven ve ayak giysileri gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.
    - Yemekler hastaların bakım gereksinimleri ve beslenme tedavileri doğrultusunda kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak hazırlanmalıdır.
    - Tedavi amaçlı özel diyet gereksinimi olan çalışanlar belirlenmeli, diyetine uygun yemek hizmeti alması sağlanmalıdır.
    - Olası gıda zehirlenmesi durumlarında gerekli analizlerin yapılabilmesi için hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalı, hazırlanan her yemek çeşidinden analiz için yeterli miktarda örnek alınmalı ve alınan her bir örnek 72 saat uygun koşullarda saklanmalıdır.
    - Hazırlanan menülerin, standart yemek tarifeleri ve gramaj listelerinin ilgili ülke sağlık otoritesi tarafından yayımlanan rehberlere uygunluğu kontrol edilmelidir.
  - » Yiyecekler türlerine göre; yemeğin sıcaklığına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.
    - Yemekler pişirilmesi ile sunumu arasında, uygun sıcaklıkta, üstü kapalı olarak, uygun sürede ve uygun yerde bekletilmelidir.
    - Kurum/kuruluş dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
    - Gıdalar, servis edilecekleri sıcaklıklara uygun bir taşıma aracında birbirlerine karışmayacak ve araç içine bulaşmayacak şekilde uygun kaplarda taşınmalıdır.
    - Dağıtım araçlarının iç sıcaklıkları izlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
    - Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek taşıma araçları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları (muhafaza edildiği alanlar da dahil) yapılmalıdır.
    - Taşıma aracı ve kapların, temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik işlemler kayıt altına alınmalıdır.
    - Taşıma araçları ve içindeki kaplar başka herhangi bir maddenin taşınmasında

- kullanılmamalıdır.
- Taşıma sırasında yemeklerin üzeri kapalı olmalıdır.
- Gıdalar servis sıcaklıklarına uygun olarak sunulmalıdır.
- Yemeklerin sunumunda (yemeklerin ayrı servis kaşıkları ile sunulması vb.) hijyen kurallarına dikkat edilmelidir.
- Yemek dağıtımını yapan personel; uygun iş kıyafeti ile bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.
- » Yemek hizmetinde görev alan tüm çalışanların sağlık taramaları periyodik olarak yapılmalı, taramalarda gıda güvenliği tehdit edecek sorun tespit edilmesi durumunda yapılması gerekenler tanımlanmalıdır.
- » Yemek atıklarının geçici olarak muhafaza edilmesine yönelik uygun alan oluşturulmalı, gıda zinciri süreçlerinde diyetisyen kontrolü sağlanmalıdır.
  - Türlerine göre gıda atıklarının nasıl kullanılacağı (kompoze gübre, hayvan barınakları vb.) tanımlanmalıdır.
  - Evsel atık olarak atılan gıdaların miktarları izlenmelidir.
  - Atılan gıda miktarının azaltılmasına yönelik iyileştirme çalışması yapılmalıdır.
- » Mutfak ve servis personeline asgari aşağıdaki eğitimler verilmeli ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır:
  - Gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi
  - Diyet yemeklerinin içeriği
  - Yemeklerin porsiyonlaması

### TYO.2.8

#### Çamaşır hizmetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Tesiste kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
- » Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır.
- » Konteynerler ile taşıma yapan tesislerde;
  - Konteynerlerin temizliği günlük olarak yapılmalıdır.
  - Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır.
  - Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.
  - Otomatik sistem ile taşıma yapan tesislerde, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.
  - İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.
- » Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.
- » Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.
- » Çalışanların güvenlik, ergonomik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma, gürültü ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- » Çamaşırların muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanmalıdır.
- » Çamaşırhane hizmetlerinin kurum dışından sağlanması durumunda, kirli çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları ayrılmış olmalıdır.

<b>BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 25 Bilgi Yönetim Sistemi (BYS)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
BYS.1	Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
BYS.1.1	Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
BYS.1.2	Bilgi yönetim sistemine ilişkin sorumlular belirlenmeli; görev, yetki, sorumluluklar tanımlanmalıdır.
BYS.1.3	Hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.
BYS.1.4	Bilgi yönetim sisteminde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.
BYS.1.5	Bilgi yönetim sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.
BYS.1.6	Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.
BYS.1.7	Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.
BYS.1.8	Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.
BYS.1.9	Bilgi yönetim sisteminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
BYS.2	Bilgi güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
BYS.2.1	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
BYS.2.2	Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.

BYS.2.3	Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır.
BYS.2.4	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
BYS.2.5	Veri tabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
BYS.2.6	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güven-lik tedbirleri alınmalıdır.
BYS.2.7	Bilgi yönetim sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
BYS.2.8	Hata bildiri ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
BYS.2.9	Bilgi yönetim sistemi ve altyapısının teknolojik yeniliklere, gerekliliklere uyumu sağlanmalıdır.

### Genel Bilgi

Bilgi yönetim sistemleri sağlık kurum/kuruluşlarında hasta veya çalışanlara ait bilgilere erişimi sağlayan temel yapılardır. Bu bilgilerin doğru, tam, anlaşılabilir, ihtiyaç duyulduğunda erişilebilir ve güvenilir olması hasta ve çalışan güvenliği açısından önemlidir. Bu bölümde yer alan standartlar, bilgi yönetim sistemlerinin etkin ve güvenli kullanımı ile bilgi güvenliğinin sağlanması bakımından sağlık kurum ve kuruluşları için yol göstericidir.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Hasta veya çalışanlara ait tıbbi ve kişisel bilgilerin doğru, zamanında, güvenli bir şekilde, yetkilendirilmiş kişilerce kayıt altına alınması, muhafaza edilmesi ve ihtiyaç duyulan zamanda eksiksiz bir şekilde erişilebilir olmasının sağlanmasıdır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### BYS.1

**Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### BYS.1.1

**Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.**

- » Bilgi yönetimi sistemi (BYS) kapsamında kullanılacak bilgiler tanımlanmalı ve bunlara yönelik yöntem ve kurallar, kurum/kuruluş ihtiyaçları ve kritik süreçleri gözetilerek belirlenmelidir.
- » BYS politikası ilgili ülke mevzuatı çerçevesinde düzenlenmelidir.
- » BYS, etkin ve güvenli kullanımına yönelik süreç ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Fiziksel ve teknolojik tedbirler
  - Bilgi güvenliği
  - Bilgi mahremiyeti
  - Bilgi sürekliliği ve BYS devre dışı kaldığında uygulanacak işlemler
  - Harici bilgi kaynaklarına erişim
  - Yetkilendirme (yeni başlayan ve ayrılan personel takibi dahil)
  - Uzaktan erişim
  - Teknik ve destek alt yapılarının sürekliliği ve güvenliği
  - BYS'yi oluşturan alt sistemler ve üst sistemlerle entegrasyon (SBYS, LBYS, PACS, teletip, e-nabız, Medula, ve üst kurumların oluşturduğu uygulamalar vb.)
  - Siber saldırı ve sızmalara karşı önlemler
  - Yedekleme
  - Bilgi teknolojileri imha yöntemi
- » BYS, çalışanların görevlerini etkin bir şekilde yerine getirebilmeleri için gerek duydukları bilgilere zamanında erişimlerini sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır.
- » Kurum/kuruluş dışı kullanıcılarla.) bilgi paylaşımında bulunurken talep edilen spesifik veri ve bilgilerin ihtiyaç duyulan sıklıkta ve belirlenen biçimde paylaşılmasına dikkat edilmelidir.

##### BYS.1.2

**Bilgi yönetim sistemine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev, yetki, sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » BYS sorumluları belirlenmeli, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Sorumlular tarafından düzenli aralıklarla, bilgi yönetimi konusu ile ilgili mevcut durum tespiti gerçekleştirilmeli, süreçlerdeki olası riskler tespit edilerek gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır. Sorumlular tarafından;
  - BYS ile ilgili süreçlerin koordinasyonu
  - Bilgi güvenliği ile ilgili gerekli çalışmaların yapılması
  - BYS ile ilgili mevcut durum tespitinin gerçekleştirilmesi
  - BYS ile ilgili süreçlerdeki olası risklerin tespit edilmesi ve gerekli düzeltici ve

- iyileştirici faaliyetlerin başlatılması sağlanmalıdır.
- » Bilgi yönetim sistemine ilişkin rol grupları (hekimler, hemşireler, sekreterler gibi) ve yetkileri belirlenmelidir.
  - Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir.
  - Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır.
  - Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır.
  - İşe yeni başlayan ve işten ayrılan çalışanlara yönelik yetki verme ve iptal etme süreçleri tanımlanmalıdır.
- » Rol grupları ve kullanıcılar için tanımlanan yetkiler periyodik olarak ve görev değişikliği, işten ayrılma vb durumlarda gözden geçirilmeli, gerekli güncellemeler yapılmalıdır.

### **BYS.1.3**

#### **Hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.**

- » BYS'nin muayene ekranlarından ulusal sağlık veri tabanına entegrasyon sağlanmalıdır. \*
- » Hastaların kurumdaki geçmiş tıbbi kayıtlarına BYS üzerinden erişim sağlanmalıdır. \* Kullanılan ulusal veya uluslararası sağlık veri tabanları ülkeye ve yerel mevzuatlara göre değişiklik gösterebilir.

### **BYS.1.4**

#### **Bilgi yönetim sisteminde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.**

- » BYS'de, farklı hizmet süreçlerine yönelik kurum/kuruluş tarafından belirlenmiş ve birbirine entegre modüller oluşturulmalıdır.
- » BYS üzerinde modüllerin kullanımına ilişkin yardım bilgileri bulunmalıdır.

### **BYS.1.5**

#### **Bilgi yönetim sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.**

- » BYS'de toplanan tüm bilgilerin geçmişe yönelik takibi yapılarak bilginin sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Log kayıtlarının geçmişe yönelik izlenebilirliği sağlanmalıdır.
  - BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır.
  - Salt okunur özellikte ayrı bir veri tabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.
  - Veri tabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır.
  - Bu veri tabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler erişebilmelidir.

### **BYS.1.6**

#### **Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

- » BYS kapsamında kullanılan tüm bilgisayarlar etki alanına dahil edilmelidir.
- » Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalıdır. Kullanıcı bilgisayarlarındaki işletim sistemi ve anti-virüs yazılımlarının güncelliği sağlanmalıdır.

- » Misafir kullanıcıların bağlandığı kablosuz ağ bağlantıları için farklı VLAN oluşturulmalıdır.

### **BYS.1.7**

#### **Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.**

- » Kurum/kuruluştta 24 saat kesintisiz hizmet sunan yazılım-donanım destek birimi bulunmalıdır.
- » Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.
- » Bilgi yönetim sistemindeki arızalar ve devre dışı kaldığı durumlar nedenleri ile birlikte kayıt altına alınmalıdır.
- » Sistemde tespit edilen kesinti ve arızalara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Hataların oluştuğu, bildirim yapıldığı ve hatanın giderildiği tarih ve saat kayıt altına alınmalıdır.
  - Hatanın içeriği, çözüm yöntemleri ve süresi izlenebilir olmalıdır.

### **BYS.1.8**

#### **Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.**

- » Kurum/kuruluştta bulunan sunuculara ait güncel bilgiler asgari aşağıdakileri içermelidir:
  - Sunucunun adı
  - Yeri
  - IP adresi
  - Türü (Fiziki/Sanal)
  - Ana işlevi (Web, Veri Tabanı, E-posta vb.)
  - Üzerinde çalışan uygulama ve servisler
  - İşletim sistemi ve sürümü
  - Sorumlu kişi ve iletişim bilgileri
  - Donanım bilgileri (markası, modeli)
  - Garanti durumu (Var/Yok)- (var ise) ilgili firma ve kişi bilgileri

### **BYS.1.9**

#### **Bilgi yönetim sisteminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.**

- » Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanılabilmesine ilişkin verilecek eğitimler, çalışanların ihtiyacına göre planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.

### Standart 2

#### BYS.2

**Bilgi güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### BYS.2.1

**Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.**

- » Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması ile ilgili asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:
  - Erişim ve yetki kontrolü
  - Fiziksel ve çevresel güvenlik yönetimi
  - İletişim güvenliği
  - Bilgi güvenliği ihlal olayı yönetimi
  - Kişisel verilerin korunması
- » BYS sorumluları ve kullanıcılarına yönelik gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.
- » Hasta ve çalışan ile ilgili edinilen kişisel ve tıbbi, yazılı veya elektronik tüm bilgilerin yer aldığı kayıtlara erişim yetkilendirme suretiyle sınırlandırılmalı, dış kaynaklardan erişim kontrol altında tutulmalıdır.
  - Yetkilendirme kapsamında kullanıcıların ulaşabilecekleri bilgiler, zamanı ve yöntemi tanımlanmalıdır.
- » BYS'ye yetkisiz erişime yönelik tedbirler alınmalı ve bağlı bilgisayarlar yetkisiz erişimlerin takibi açısından izlenmelidir.
- » Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.

##### BYS.2.2

**Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.**

- » BYS'ye yönelik fiziksel tehlikeler, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kişisel verilerin korunması, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi altı ayda bir yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.
- » Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
- » Yazılımsal sorunların veri bütünlüğünü bozması ve veri kaybına neden olmaması için gerekli önlemler alınmalı, bunlara yönelik yapılan test raporları (geri yükleme, veri bütünlüğü vb.) saklanmalıdır.

##### BYS.2.3

**Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır.**

- » Sunucu ve ağ cihazlarına tahsis edilmiş bağımsız bir sistem odası bulunmalıdır.
- » Sistem odasına girişler kontrol altına alınmalıdır.
  - Kamera sistemi bulunmalıdır.
  - Sistem odasının kapısı geçiş kontrollü olmalıdır.
  - Odaya giriş çıkış yapan çalışanın kayıtları tutulmalıdır.
  - Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.
- » Su kaynaklı tehlikelere karşı gerekli önlemler alınmalıdır.
  - Sistem odası suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.
  - Odada su basmasına neden olabilecek musluk, kalorifer peteği, atık su gibi

- tesisat bulunmamalıdır.
- » Yangın tehlikesine karşı gerekli önlemler alınmalıdır.
    - Gaz temelli yangın söndürme sistemi (Halon, FM 200, CO2 gibi) bulunmalıdır.
    - Elektrik sisteminin güvenliği sağlanmalıdır.
    - Yangın yayılımını kolaylaştıracak tefrişat ve malzeme bulunmamalıdır.
    - Gaz temelli yangın söndürme tüplerinin aktif olması durumunda ortamda kişisel koruyucu ekipman hazır bulundurulmalıdır.
    - Yangın söndürme sürecinde çalışanların güvenliği hakkında gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik eğitim verilmelidir.
  - » Sistem odasına özel, kurumdaki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalı, güç kaynağı fiziksel sunucuların güvenli bir şekilde kapatılabilmesi için gerekli süreyi verebilecek kapasiteye sahip olmalıdır. (En az 30 dakika) İdeal sıcaklık (18-22 °C) ve nem oranları (%45- %70) sağlanmalı, düzenli aralıklarla kontrolleri yapılmalı ve ortamda yedekli olarak çalışan ve nem tutma özelliği olan klimalar bulunmalıdır.
  - » Alev, duman, ortam sıcaklığı ve su basması ile ilgili olağan dışı durumlarda sistem yöneticilerini uyarmak üzere uyarı sistemi bulunmalıdır.

### BYS.2.4

#### **Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**

- » Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.
- » Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.
- » Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.
- » Mevcut Sağlık Bilişim Ağı (SBA) mimarisi uyarınca güvenlik duvarı olmayan kurum/kuruluşlarda, sunucular son kullanıcı ve tıbbi cihazlardan farklı bir VLAN'a konumlandırılmış olmalıdır.

### BYS.2.5

#### **Veri tabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**

- » Veri tabanı üzerinde iz kaydı alınması gereken işlemler belirlenmeli, iz kayıtları tutulmalı ve gerektiğinde kurum/kuruluş yönetimi tarafından izlenebilmelidir.
- » Veri tabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalara ilişkin log kayıtları yazılım tarafından kayıt altına alınmalıdır.
- » Veri tabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.
- » Kullanıcıların ara yüze bağlanmak için kullandıkları parolalar şifreli bir şekilde saklanmalıdır.
- » Kullanıcılar veri tabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendirilmelidir.
- » Verilere iç veya dış kaynaklardan, yetki dışı veya hatalı müdahalelerde bulunulması durumunda veride yapılan değişiklik ve silme işlemlerinin takibini sağlayacak bir sistem oluşturulmalıdır.

### BYS.2.6

#### **Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.**

- » Dış ortamdan iç ortama erişebilme koşulları ve erişim sağlayabilecek kişiler

belirlenmelidir.

- » Hizmet alımı kapsamında kurum/kuruluş verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm kişilere gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.
- » Kurum/kuruluş verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm firmalar ile kurumsal gizlilik sözleşmesi yapılmalıdır.
- » Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.

### BYS.2.7

#### **Bilgi yönetim sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

- » Yedekleme ile ilgili süreçler, verinin depolanması ve korunmasına yönelik dikkat edilmesi gereken hususlar ve veri kurtarma testi planlarını kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.
- » Yedekleme, biri tam ve ikisi fark olmak üzere günde en az 3 defa yapılmalıdır.
- » Yedekleme dosyaları BYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortama alınmalıdır.
- » Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları, ağ veya bulut üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.
- » Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak BYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.
- » Veriler, yedekleme politikasında belirtilen sorumlu kurum/kuruluş tarafından çevrimdışı ortamlarda süresiz olarak saklanmalıdır.
- » Veri kurtarma testleri altı aylık dönemlerde yapılmalı ve kurum/kuruluş yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.
  - Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir.
  - Test kayıt altına alınmalıdır.
  - Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

### BYS.2.8

#### **Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

- » BYS'ye ilişkin yazılımsal ve donanımsal hataların bildirilmesi ve hatalara müdahale yöntemi tanımlanmalıdır.
- » Bildirilen hatalar ile ilgili asgari aşağıdaki bilgiler kayıt altına alınmalıdır:
  - Hatanın oluştuğu tarih ve saat
  - Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
  - Hatanın içeriği
  - Hatanın giderildiği tarih ve saat
- » Karşılaşılan hatalar, çözüm süreçleri, hatanın çözülme süresi gibi bilgiler kayıt altına alınmalı, benzer hatalar gerçekleşmesi durumunda bu kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
- » Hata giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölüm bazında belirlenmelidir.

### BYS.2.9

#### **Bilgi yönetim sistemi ve altyapısının teknolojik yeniliklere, gerekliliklere uyumu sağlanmalıdır.**

<b>BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 26 Kayıtların Kontrolü ve Arşiv Hizmetleri (KAH)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
KAH.1	Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KAH.1.1	Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
KAH.1.2	Kayıtların kontrolüne yönelik sorumlular belirlenmeli, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
KAH.1.3	Tıbbi ve yönetsel kayıtların hazırlanması ve kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
KAH.1.4	Kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
KAH.1.5	Hasta dosyalarının tanımlanması ve içeriğine yönelik standart bir plan oluşturulmalıdır.
KAH.1.6	Elektronik hasta kayıtlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
KAH.2	Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
KAH.2.1	Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.
KAH.2.2	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının muhafaza-sına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Sağlık kurum ve kuruluşları tarafından oluşturulan tıbbi ve yönetsel kayıtların düzenli tutulması ve güvenli bir şekilde arşivlenmesi kaliteli ve etkili hizmet sunumunun temel taşlarından biridir. Bu kayıtlar; hasta bakımı ve yönetsel süreçlerin her aşamasında gerekli bilgilere hızlı erişimi ve hizmetlerin etkin ve verimli şekilde yürütülmesini sağlar, tanı ve tedavi sürecini destekler, çalışanların iş yükünü azaltır. Kayıtların güvenli bir şekilde muhafaza edilmesi hasta mahremiyetini korur, hizmet sunumunda şeffaflık ve hesap verebilirliği güçlendirir. Bu bölümde yer alan standartlar, kayıtların etkili bir şekilde yönetilmesinde sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Tıbbi ve yönetsel kayıtların etkin, doğru ve zamanında oluşturulması, sistematik bir arşivleme sistemi ile güvenli muhafazası ve bakım sürecine ilişkin her türlü bilgi ve belgeye zamanında erişiminin sağlanmasıdır.

### Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkililik
- » Etkinlik

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### KAH.1

**Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### KAH.1.1

**Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.**

- » Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Kayıtların belirlenmesi
  - Kayıtların toplanması
  - Kayıtların sınıflandırılması
  - Kayıtların kullanımı
  - Kayıtlara erişim
  - Kayıtların muhafaza edilmesi
  - Kayıtların sürekliliğinin sağlanması
  - Kayıtların gerektiğinde yenilenmesi
  - Kayıtların imhası
- » Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne yönelik uygulamalar manuel olabileceği gibi elektronik olarak doğrudan bilgi yönetim sistemi (BYS) üzerinden de yürütülebilir.
  - Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçler uygulamaların özelliğine (manuel-elektronik) uygun şekilde tanımlanmalıdır.

##### KAH.1.2

**Kayıtların kontrolüne yönelik sorumlular belirlenmeli, görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

- » Tıbbi ve yönetsel kayıtların kontrolüne ilişkin süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, bu kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ilgili süreçleri kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

##### KAH.1.3

**Tıbbi ve yönetsel kayıtların hazırlanması ve kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Kayıtların hazırlanması, kullanılması, imhası ve kayıtlar üzerinde yapılan tüm değişiklikler önceden tanımlanmış süreçler doğrultusunda yürütülmeli ve geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- » Kayıtlar, kolayca erişilebilir olmalı ve yetkisiz değişikliklerden korumayı sağlayacak şekilde muhafaza edilmelidir. .
- » Kayıtlar okunaklı olmalıdır.
- » Kayıtlar tanımlanmış süreçler doğrultusunda periyodik olarak gözden geçirilmelidir.
- » Kayıtlara yönelik standardize edilmiş tanı ve işlem kodları kullanılmalı ve kurum/ kuruluş genelinde onaylanmış sembol ve kısaltmaların tutarlı şekilde kullanılması

sağlanmalıdır.

- » Kayıtların saklanma süreleri belirlenmeli ve tüm kayıtlar saklama süresince erişilebilir olmalıdır.
- » Kayıtlarda yapılan değişikliklerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.
  - Hem orijinal hem de revize edilmiş kayıt ve dosyaların değiştirilme tarihi, değiştirilme saati, yapılan değişiklikler ve değişiklikleri yapan çalışanın kimlik bilgileri izlenebilir olmalıdır.

### KAH.1.4

#### **Kayıtlara erişimde bilgi gizliliği ve güvenliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

- » Kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliğine yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Elektronik ve basılı tüm kayıtlara erişim ile ilgili yetkilendirme
  - Kayıtlara erişim yetkisi olan çalışanların bilgileri gizli tutma yükümlülüğü
  - Kayıtların gizlilik derecesi
  - Bilgi mahremiyetinin ihlali durumunda izlenecek süreç
  - BYS'de saklanmayan basılı kayıtların muhafaza koşulları ve süreleri

### KAH.1.5

#### **Hasta dosyalarının tanımlanması ve içeriğine yönelik standart bir plan oluşturulmalıdır.**

- » Ayaktan ve yatan hastaların tüm tıbbi kayıtlarına, elektronik ya da basılı ortamda aynı sabit dosya numarası ile erişilebilmelidir.
- » Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirlenmelidir:
  - Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve dokümanlar ilgili ülke mevzuatı kapsamında kurum/kuruluşların ihtiyaçlarına göre tanımlanmalıdır.
  - Dosya içerikleri bölüm bazında ve yatış türlerine göre farklılıklar gösterebilir.
- » Hasta dosyalarında, hastaya ait asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır.
  - Adı soyadı
  - Doğum tarihi
  - Cinsiyeti
  - İletişim bilgileri (adres, telefon vb.)
  - Medeni durumu
  - Eğitim durumu
  - Şimdiki veya daha önceki mesleği
  - Hastanın kendisi ile ilgili tıbbi kayıtlara erişim konusunda yetki verdiği kişilere ait iletişim bilgileri ve yakınlık dereceleri
- » Hasta dosyaları arşivlenmeden önce eksiksiz olması açısından kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

### KAH.1.6

#### **Elektronik hasta kayıtlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. (Bkz. Bilgi Yönetim Sistemi)**

- » Elektronik kayıtlarda veri güvenliği ve gizliliği sağlanmalıdır.
- » Elektronik kayıtlar belirli bir formatta standartlaştırılmalıdır.
- » Elektronik kayıtlar, ilgili ülke mevzuatına ve uluslararası standartlara uygun şekilde tutulmalıdır.

## Bölüm 26: Kayıtların Kontrolü ve Arşiv Hizmetleri (KAH)

- » Kayıtların doğru, eksiksiz ve güncel tutulması için düzenli kontroller yapılmalıdır.
- » Kayıtların durumu ve güvenlik ihlalleri kayıt altına alınarak üst yönetime rapor edilmelidir.
- » Elektronik kayıtlara yönelik düzenlemeler hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

### Standart 2

#### KAH.2

**Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### KAH.2.1

**Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.**

- » Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Arşiv planı
  - Arşive erişim ile ilgili yetkilendirme
  - Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü
  - Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesi
  - Dosyaların arşivden çıkışı
  - Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası
  - Adli vaka dosyalarının yönetimi
- » Arşiv hizmetlerine ilişkin süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlu belirlenmeli; görev, yetki ve sorumlulukları ilgili süreçleri kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.
- » Hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak, izlenebilir bir arşiv planı oluşturulmalıdır.

##### KAH.2.2

**Arşiv bölümünde hasta dosyalarının muhafazasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Arşivdeki dosyaların korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
  - Arşiv ortamı sıcaklık ve nem takipleri yapılarak kayıt alınmalıdır.
  - İklimlendirme yapılmalıdır.
  - Haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.
- » Arşiv giriş çıkışı kontrol altında tutulmalıdır.
- » Arşive doküman/kayıt giriş çıkış kayıtları tutulmalıdır.
- » Kurum/kuruluşun ihtiyaçlarına göre klinikler ve polikliniklerde birim arşivi bulunabilir.
  - Birim arşivi lokasyonları tanımlanmalı ve çalışma sistemleri genel arşiv işleyişine uygun şekilde düzenlenmelidir.

<b>BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ</b>	
<b>Bölüm 27 Malzeme ve Cihaz Yönetimi (MCY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
MCY.1	Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
MCY.1.1	Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
MCY.1.2	Malzeme yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki sorumlulukları tanımlanmalıdır.
MCY.1.3	Malzemelerin ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.1.4	Malzemelerin muhafazası ve stok kontrol sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.1.5	Malzemelerin birimlere güvenli şekilde transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
MCY.2	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
MCY.2.1	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
MCY.2.2	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki sorumlulukları tanımlanmalıdır.
MCY.2.3	Tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır.
MCY.2.4	Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
MCY.3	Cihaz yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
MCY.3.1	Cihaz yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
MCY.3.2	Cihaz yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
MCY.3.3	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.
MCY.3.4	Tıbbi cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.3.5	Hasta Başı Test Cihazlarının kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
MCY.3.6	Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.3.7	Cihaz arıza bildirim ve onarımına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
MCY.3.8	Tıbbi cihazlara ilişkin istenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Sağlık kurum ve kuruluşlarında malzeme ve cihazların etkin yönetimi, kesintisiz, güvenli ve kaliteli sağlık hizmeti sunumu ve sorunsuz operasyonel akış sağlamak için önemlidir. Malzeme ve cihazların ihtiyaç duyulan alanda, zamanda, miktarda bulundurulması ve kullanılabilirliğinin sağlanması hizmet sunumunun sürdürülebilirliği açısından gereklidir. Malzeme ve cihazların etkin yönetimi; israfı en aza indirir, maliyetleri düşürür, stok kesintilerini önler ve sürdürülebilir kullanım sağlar. Bu bölümde yer alan standartlar sağlık kurum ve kuruluşlarına malzeme ve cihazların etkin yönetimi için rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Malzeme, cihaz ve tehlikeli maddelerin; hasta ve çalışan ihtiyaçları gözetilerek zamanında temin edilmesini, güvenli kullanımını ve etkin stok yönetimini sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### MCY.1

**Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### MCY.1.1

**Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Malzeme yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Malzemelere ilişkin ihtiyaç tespiti
  - Malzeme istemleri/talepleri
  - Malzemelerin temini
  - Malzemelerin teslim alınması ve kabul süreçleri
    - Malzemelerin güvenli kullanımına yönelik üretici firmalar tarafından verilen garanti belgesi, kullanım kılavuz vb. belgelerin teslimi, muhafazası
  - Malzemelerin muhafazası
  - Malzeme istemi, hazırlanması, transferi
  - Uygunsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartlarına ilişkin kurallar
  - Malzemelerin güvenli kullanımı
  - Malzemelerin gerektiğinde değişimi ve güncellenmesine yönelik planın oluşturulması
  - Malzeme kullanım ömrünün izlenmesi
  - Malzemelere özgü temizlik ve dezenfeksiyon süreçleri
  - Malzemelerin kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri
  - Özel nitelikli, özel saklama koşulları gerektiren veya kullanılması özel teknik/uzmanlık gerektiren malzemeler
    - Özel nitelikli, özel saklama koşulları gerektiren veya kullanılması özel teknik/uzmanlık gerektiren malzemelerin kullanımı yalnızca eğitimli ve yetkin kişilerle sınırlandırılmalıdır.
  - Malzemelerin arıza ve onarım süreçleri
  - Malzemelerin kullanım dışı bırakılması ile ilgili yönetim süreçleri
  - Malzeme yönetimine ilişkin göstergeler

##### MCY.1.2.

**Malzeme yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

- » Malzeme yönetimine ilişkin süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev, yetki ve sorumluluklar ilgili süreçleri kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

### MCY.1.3

#### Malzemelerin ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Malzemelerin ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:
  - Malzemelere ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci
  - Malzeme talep yetkisi bulunan kişiler
  - Talep yöntemi
  - Taleplerin yönetim tarafından değerlendirilmesi
  - Teknik şartname hazırlanması
  - Satın alma yönteminin belirlenmesi
  - Tekliflerin değerlendirilme süreci
  - Malzemelerin temini
  - Temin edilen malzemelerin kontrolü
  - Malzemelerin tedarikçiden teslim alınması ve hizmete sunulması
    - Tedarikçilerle yapılan sözleşmelere uyum durumunun değerlendirilmesi
- » Malzemelerin ihtiyaç tespiti hizmet birimleri bazında yapılmalıdır.
- » İhtiyaç duyulan malzeme miktarı kurum/kuruluşun önceki yıllardaki verileri ve sunmayı planladığı hizmet kapasitesi dikkate alınarak hesaplanmalıdır.
- » Hizmetin etkin bir şekilde sunulabilmesi amacıyla doğru malzemelerin, doğru zamanda teminine yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.
- » Malzemelerin temin taleplerine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir.
  - Malzeme temin talebinde bulunabilecek kişiler, talep yöntemi, taleplerin değerlendirilmesi ve tedarikçiden temin süreci tanımlanmış olmalıdır.
- » Rutin kullanılan, acil veya bulundurulması zorunlu malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- » Temini gerçekleştirilecek malzeme türlerinin ve miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler yapılırken, temin talepleri, tüketim analizleri ve sunulması planlanan hizmet kapasitesi göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Malzeme istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler izlenebilir olmalıdır
- » Kurum/kuruluş hizmet kapsamı baz alınarak kritik malzemeler belirlenmelidir.
  - Bu malzemelerin temin edilememesi durumunda hizmetin aksamaması için alınması gereken önlemler ve aksiyon planları belirlenmelidir.

### MCY.1.4

#### Malzemelerin muhafazası ve stok kontrol sürecine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Malzemeler, depolama alanlarında niteliklerine uygun muhafaza koşullarında saklanmalıdır.
- » Malzemelerin depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.
- » Malzeme depolarının yer tavan yüksekliği uygun olmalı, deprem, su baskını, elektrik kaçağı vb. durumlara yönelik güvenlik önlemleri alınmalıdır.
- » Malzeme depolarının temizliği, düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
- » Malzemeler, cinslerine ve özelliğine göre uygun sıcaklık ve nem koşullarında depolanmalı, gerektiğinde anlık ölçülebilir ve izlenebilir sıcaklık-nem takip sistemleri kullanılmalıdır.
- » Steril sarf malzemeler, uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.

- » Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi elektronik olarak yapılabilir.
- » Malzemeler; ürün hataları ve istenmeyen etkiler yönünden izlenmeli, belirlenen sorunlar varsa konu ile ilgili ülke otoritesince tanımlanan bildirim sistemine iletilmelidir.
- » Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi ve bildirim yapılmalıdır.
- » Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına, tanımlanmış yetkili çalışanlar haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.
- » Malzemelerin stok kontrol sürecinde uygulanacak stok takibine ilişkin kabul görmüş bir yöntem (FIFO, FEFO vb.) belirlenmelidir.
- » Malzemelerin önceki dönemlerdeki kullanım miktarları, verilen hizmetlerin niteliği gibi hususlar dikkate alınarak minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.

### MCY.1.5

#### **Malzemelerin birimlere güvenli şekilde transferine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Malzemelerin birimlere güvenli şekilde transferine yönelik malzemenin özelliğine göre uygun transfer kuralları belirlenmeli, güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır.
- » Malzemelerin depolardan birimlere transferi sırasında gerçekleşebilecek düşme, kırılma, yırtılma, dökülme ve kötü kullanım gibi durumlara karşı önlemler alınmalıdır.
- » Transferi açısından özel nitelikli ve tehlikeli malzemeler tanımlanmalı, bu malzemelerin transferini gerçekleştirecek çalışanlara güvenli transfer konusunda eğitim verilmelidir.
- » Malzemelerin birimlere teslimi kayıt altına alınmalıdır.

### Standart 2

### MCY.2

#### **Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

### MCY.2.1

#### **Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümante edilmelidir.**

- » Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılması
  - Tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılması gerekenler
  - Tehlikeli maddelerin dökülmesi durumunda yapılması gerekenler
  - Tehlikeli maddelere ait güvenlik bilgileri

### MCY.2.2

**Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

- » Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin sorumlu/sorumlular belirlenmeli ve bu kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ilgili süreçleri kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

### MCY.2.3

**Tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır.**

- » Tehlikeli maddelerin envanteri asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde oluşturulmalıdır:
  - Tehlikeli maddenin ticari ismi, markası, etken maddesi, formu (sıvı, toz, kristal vb.)
  - Kullanım şekli ve miadı
  - Saklama koşulları
  - Etkileşime girdiği maddeler
  - Yangın halinde müdahale yöntemleri
  - Temas halinde müdahale yöntemleri
  - Kullanıldığı ve depolandığı yerler
  - Taşıma şekli
  - İmha yöntemleri
  - Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler
- » Envanter, depo ve kullanım alanlarında bulunmalıdır.

### MCY.2.4

**Tehlikeli maddelerin yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » 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.
- » Tehlikeli maddelerin stok kontrolü yapılmalıdır.
- » Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, kullanımı ve imhası sağlanmalıdır.
- » Olası tehlikelere karşı müdahaleye yönelik gerekli kişisel koruyucu ekipman ve antidotlar bulundurulmalı, her bir olay ya da tehlikeli maddeye yönelik müdahale ve tedavi yöntemleri müdahale ekipleri tarafından bilinmelidir.

## Standart 3

### MCY.3

**Cihaz yönetimine ilişkin süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

### MCY.3.1

**Cihaz yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Cihaz yönetimine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Cihazlara ilişkin talep yetkileri, ihtiyaç tespiti ve taleplerin değerlendirilmesi

- Cihazların temini
- Cihazların teslim alınması ve kabul süreçleri
- Cihazların güvenli kullanımına yönelik üretici firmalar tarafından verilen garanti belgesi, kullanım kılavuz vb. belgelerin teslimi, muhafazası
- Cihazların gerektiğinde değişimi ve güncellenmesine yönelik planın oluşturulması
- Cihazların kullanım ömrünün izlenmesi
- Cihazların güvenli kullanımı
- Cihazların kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri
- Cihazlara özgü temizlik ve dezenfeksiyon süreçleri
- Cihaz kullanımı sırasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri
- Özel nitelikli, özel muhafaza koşullarına mahsus veya kullanılması özel teknik/ uzmanlık gerektiren cihazlar
- Cihazların bakımı, ayar ve kalibrasyonu
- Cihazların arıza bildirim ve onarım süreçleri
- Cihazların kullanım dışı bırakılması ile ilgili yönetim süreçleri
- Cihaz yönetimine ilişkin göstergeler
- » Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, tekrar kullanımı, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.
  - Tıbbi cihazların kullanım dışı bırakılması durumunda (varsa) ilgili ülke otoritesince tanımlanan takip sistemine bildirim yapılmalıdır.
- » İhtiyaç duyulan cihazların miktarı kurum/kuruluşun önceki yıllardaki verileri ve sunmayı planladığı hizmet kapasitesi dikkate alınarak hesaplanmalıdır.
- » Hizmetin etkin bir şekilde sunulabilmesi amacıyla doğru cihazların, doğru zamanda teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Temini gerçekleştirilecek cihazların ve miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler yapılırken, temin talepleri, tüketim analizleri ve sunulması planlanan hizmet kapasitesi göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Cihaz istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler izlenebilir olmalıdır.
- » Kurum/kuruluş hizmet kapsamı baz alınarak kritik cihazlar belirlenmelidir.
  - Bu cihazların temin edilememesi durumunda hizmetin aksamaması için alınması gereken önlemler ve aksiyon planları belirlenmelidir

### MCY.3.2

#### **Cihaz yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

- » Cihaz yönetimine ilişkin süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev, yetki ve sorumluluklar ilgili süreçleri kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

### MCY.3.3

#### **Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.**

- » Cihazların kurum/kuruluş genelinde ve bölüm bazında envanteri bulunmalı; envanterde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
  - Cihazın adı
  - Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş

- numarası)
- Seri numarası
- Markası
- Bulunduğu bölüm
- » Cihazların üzerinde cihaz kartı/etiketi bulunmalı ve asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
  - Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası)
  - Bulunduğu bölüm
- » Tıbbi cihazların envanteri ilgili ülke otoritelerince (varsa) tanımlanan sistem üzerinden izlenebilir olmalıdır.

### MCY.3.4

#### **Tıbbi cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Tıbbi cihazların bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve bir plan dahilinde izlenmelidir.
  - Tıbbi cihazların bakım, onarım, ayar ve kalibrasyon işlemleri, firma önerileri, kurum/kuruluş ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta yapılmalıdır.
- » Kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyon raporu bulunmalı, raporda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
  - Kuruluşun adı ve iletişim bilgileri
  - Varsa yetki belgesine ait bilgi
  - Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın bulunduğu kurum/kuruluşa ait tanımlayıcı bilgileri
  - Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın yeri, adı, markası, modeli, kimlik ve seri numarası
  - Tıbbi cihaza yapılan test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri, ölçüm değerleri, sonuçları ve ölçüm belirsizliği ile bu işlemlerin hangi standart ve kriterlere göre yapıldığı
  - Test, kontrol ve kalibrasyon işlemi için kullanılan cihaz, donanım, yazılım ve aksesuarların adı markası, modeli, seri numarası, kalibrasyon tarihi, sertifika numarası ve kalibrasyonun yapıldığı yer
  - Test, kontrol ve kalibrasyonu yapan ve onaylayan kişilerin adı, soyadı ve imzası
  - Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yer, tarih ve geçerlilik süresi
  - Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yerin ortam şartları ile ilgili sıcaklık, basınç, nem ve benzeri bilgiler
  - Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarası
  - Kalibrasyonu yapan çalışanın eğitim sertifikasyon bilgileri
  - Hizmet alımı yoluyla kurum/kuruluşa yapılan test, kontrol ve kalibrasyon çalışmalarını sırasında tüm süreci gözetim altında tutan kurum/kuruluş personelinin imzası
- » Kalibrasyon testine tabi tutulan tıbbi cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalı, etiket üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
  - Kalibrasyonu yapan firmaya ait tanımlayıcı bilgi
  - Cihaz kimlik numarası

- Kalibrasyon tarihi
  - Kalibrasyon geçerlilik süresi
  - Kalibrasyon sertifika numarası
- » Kalibrasyonu geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapılmalıdır.
- » Cihazların verimli kullanımı için kesintisiz teknik destek sağlanmalıdır.
- » Personele cihazın kullanımı için gerekli eğitimler verilmelidir.
- » Cihazın güvenli ve verimli kullanımı açısından fiziki ve teknik altyapı uygun şekilde oluşturulmalıdır.
- » Cihazların verimli ve güvenli çalışması için uygun malzeme ve ekipman kullanılmalıdır.
- » Tıbbi cihazlarda maliyetler ile üretilen hizmet çıktıları izlenmeli ve cihazların verimliliği değerlendirilmelidir.
- » Cihazların temizliği, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu ile ilgili kurallar tanımlanarak cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.
- » Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanım alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.

### MCY.3.5

#### **Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

- » Kurum/kuruluşta kullanılan HBTC'ler belirlenmeli ve izlenebilir şekilde tanımlanmalıdır.
- Bu amaçla HBTC'lerin kullanıldığı birim, birim cihaz sorumlusu, cihaz numarası, cihaz türü, marka ve model bilgilerini içeren envanter oluşturulmalıdır.
- » HBTC'lerin bakımı ve temizliği ile ilgili sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
- » HBTC'lere yönelik kalite kontrol çalışmaları yürütülmelidir.
- Kalite kontrol testleri kayıt altına alınmalıdır.
  - Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici iyileştirici faaliyet başlatılmalıdır.
- » HBTC'yi kullanacak çalışanlara asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir.
- Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar
  - Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi
  - Cihazın temizliği ve bakımı
- » HBTC'de çalışmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kaydedilmelidir.

### MCY.3.6

#### **Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
- Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl

sürdürüleceği belirlenmelidir.

- » Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda uygun olmadığı tespit edilen fonksiyonları kullanılmamalıdır.
  - Kullanılmaması gereken fonksiyonlar çalışanlar tarafından cihaz üzerinde izlenebilir olmalıdır.

### MCY.3.7

**Cihaz arıza bildirim ve onarımına ilişkin süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçlerine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.
- » Cihazlarda meydana gelen arızaların bildirimini en kısa sürede sağlanmalıdır.
- » Cihaz arızaları ile arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.
- » Arıza durumunda cihaz kullanım dışı bırakılmalı ve cihaz üzerinde arıza uyarısı bulunmalıdır.

### MCY.3.8

**Tıbbi cihazlara ilişkin istenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Tıbbi cihazlar ile ilgili istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Bildirimler, ilgili ülke otoritesince (varsa) tanımlanan sisteme yapılmalıdır.
- » Tıbbi cihazlara yönelik istenmeyen olayların bildirilmesi konusunda ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.

BOYUT 5 DESTEK HİZMETLERİ	
Bölüm 28 Atık Yönetimi (AY)	
Kod	Standart 1
AY.1	Atık yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
Kod	Değerlendirme Ölçütü
AY.1.1	Atık yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümente edilmelidir.
AY.1.2	Atık yönetim sorumluları belirlenmeli, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
AY.1.3	Atıkların kaynağında ayrıştırılması, toplanması ve taşınması, geçici depolanması ve azaltılması sağlanmalıdır.
AY.1.4	İklim değişikliğinin etkilerini azaltmaya yönelik uygulamalar yapılmalıdır.
AY.1.5	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

### Genel Bilgi

Sağlık kurum ve kuruluşları hizmet sunum sürecinde önemli miktarda atık üretmektedir. Atıkların uygunsuz şekillerde ayrıştırılması, toplanması, taşınması, geçici depolanması ve bertaraf edilmesi ciddi sağlık sorunlarına ve çevresel hasara yol açabileceğinden sağlık hizmeti sunumundan kaynaklı atıkların yönetimi önemlidir. Bu bölümde yer alan standartlar, atıkların etkin bir şekilde yönetilmesi ve çevresel etkilerin en aza indirilmesi konusunda sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Atıkların oluşumundan, bertarafını gerçekleştirmek üzere yetkili kuruma teslimine kadar geçen süreçte, atıkların insan ve çevre sağlığına zarar vermesinin önlenmesini sağlamaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### AY.1

**Atık yönetimine ilişkin süreç ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### AY.1.1

**Atık yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Atık yönetimine ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri
  - Atıkların kaynağında ayrıştırılması
  - Üretilen atık miktarının azaltılması
  - Oluşan atık miktarı ile ilgili bilgilerin düzenli olarak kayıt altına alınması
  - Atıkların usulüne uygun olarak toplanması ve taşınması
  - Toplama sıklığı ve kuralları
  - Atıkları taşımada kullanılacak ekipman ve araçlar
- » Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu
- » Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması
- » Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu
- » Atıkların teslim alınması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili kurum/kuruluş ile protokol yapılması
- » Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler
- » Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi
- » Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumlular
- » Atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah
- » İklim değişikliğinin etkilerinin azaltılması

##### AY.1.2

**Atık yönetim sorumluları belirlenmeli, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Atık yönetimine ilişkin; kurum/kuruluş yönetiminden en az bir kişinin yer aldığı, atık yönetimi konusunda eğitim almış kişilerden oluşan yönetsel bir yapı (komite, ekip, merkezlerde yönetici, sorumlu vb.) oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapıda görev alan çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

##### AY.1.3

**Atıkların kaynağında ayrıştırılması, toplanması ve taşınması, geçici depolanması ve azaltılması sağlanmalıdır.**

##### Atıkların Kaynağında Ayrıştırılması

- » Atıklar asgari aşağıdaki kategorilerde kaynağında ayrıştırılmalıdır:
  - Evsel atıklar
    - Genel atıklar

- Ambalaj atıkları
- » Tıbbi atıklar
  - Enfeksiyöz/tıbbi atık
  - Patolojik atık
  - Kesici-delici atık
- Tehlikeli atıklar
  - Tehlikeli kimyasal atıklar
  - Sitotoksik, genotoksik ve sitostatik ilaçlar ve atıklar
  - Amalgam atıklar
  - Farmasötik atıklar
  - Ağır metal içeren atıklar
  - Bitkisel yağ atıkları
  - Basıncılı kaplar
- Radyoaktif atıklar
- » Atık türlerine uygun atık kutuları bulunmalıdır.
- » Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol edilmelidir.
- » Atık kutuları konumlandırılırken atık kaynaklarına uzaklığı ve kullanım kolaylığı göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Atık kutularının üzerinde uluslararası uyarı işaretleri ve atığı tanımlayan ifade bulunmalıdır.

### Atıkların Toplanması ve Taşınması

- » Atıkların toplanması ve taşınması ile ilgili risk değerlendirmesi yapılmalı, oluşabilecek kazalara karşı gerekli önlemler alınmalıdır. (Bkz. Risk Yönetimi)
- » Atıklar türlerine göre bu iş için eğitilmiş personel tarafından toplanmalıdır.
- » Atıkların toplanması ve taşınması sırasında görevli personelin giysileri uygun nitelikte olmalıdır.
- » Atık toplanması ve taşınmasına yönelik işlemler, kurum/kuruluşun atık taşımak için belirleyeceği kroki doğrultusunda insan trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde yürütülmelidir.
- » Uygun niteliklere sahip atık toplama ekipmanı kullanılmalıdır.
- » Atık torbaları, kurum/kuruluş içinde uygun niteliklere sahip, temizlenmesi kolay ekipman ile taşınmalıdır.
  - Atık torbalarının toplandığı birime ilişkin tanımlayıcı bilgi bulunmalıdır.
  - Torbalar en fazla  $\frac{3}{4}$  oranında doldurulmalı, içeriği hiçbir şekilde sıkıştırılmamalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır.
  - Torbalar hiçbir şekilde tekrar kullanılmamalıdır.

### Atıkların Geçici Depolanması

- » Atıklar, konteyner ya da geçici depolama alanında toplanmalıdır.
  - Kurum/kuruluş büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır.
  - Geçici atık deposu ilgili ülke mevzuatı uyarınca belirtilen asgari koşulları taşımalıdır.
    - Geçici atık deposunun üstü kapalı ve her türlü dış etkenden atıkları koruyacak şekilde oluşturulmalıdır.
    - Geçici tıbbi atık deposunun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz,

- mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalı ve depolarda yeterli aydınlatma bulunmalıdır.
- Geçici tıbbi atık deposu için soğutulmayan depolarda pasif havalandırma sistemi bulunmalıdır.
  - Geçici tıbbi atık deposunun kapısı turuncu renkli olmalı, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunmalı ve kapısı daima temiz ve boyanmış durumda olmalıdır.
  - Geçici atık deposu, içeriye herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde tesis edilmelidir.
  - Geçici atık deposunun içi ve kapıları görevli personelin rahatlıkla çalışabileceği, atıkların kolaylıkla boşaltılabileceği, depolanabileceği ve yüklenebileceği boyutlarda tesis edilmelidir.
  - Geçici atık deposu, kurum/kuruluşu giriş-çıkışı gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınlıklarına tesis edilmemelidir.
  - Geçici atık deposunun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalıdır.
  - Temizlik malzemeleri, özel giysi ve koruyucu ekipmanlar, tıbbi atık torbaları, kapları, kovaları ve konteynerler depoya yakın yerlerde bulundurulmalıdır.
  - Geçici atık deposu, atıkların geçici depolanması dışında başka maksatla kullanılmamalıdır.
  - Geçici atık deposunda yangın gibi her türlü acil duruma karşı güvenlik tedbirleri alınmalı ve yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmemelidir.
  - Geçici atık deposunda sızma veya dökülmelere karşı absorban malzeme bulundurulmalıdır.
  - Geçici atık deposunda bulunan kapılar, kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalı, kapakları dışarıya doğru açılmalıdır.
- » Konteynerler asgari aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:
- Konteynerler, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalıdır.
  - Konteynerlerin dış yüzeylerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunmalıdır.
  - Konteynerler sağlık tesisinin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek kapasitede olmalıdır.
  - Konteynerler, kullanıldıkları sağlık tesisi sınırları içinde; doğrudan güneş almayan, tesisin giriş-çıkışı ve kaldırım gibi yoğun insan/ hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.
  - Konteynerlerin kapakları kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.
  - Konteynerler, atıkların boşaltılmasının ardından uygun dezenfektan kullanılarak dezenfekte edilmelidir.
  - Konteynerler, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka bir amaçla kullanılmamalıdır.
  - Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde depolanmalıdır.

- Tıbbi atıklar, 48 saatten fazla olmamak kaydıyla, tıbbi atık geçici deposu veya konteynerinde bekletilebilir.
- Tıbbi atık geçici deposu içindeki sıcaklığın +4 °C aşmaması ve kapasitenin uygun olması koşuluyla bekleme süresi bir haftaya kadar uzatılabilir.
- » Geçici atık deposunda atıklar birbirleriyle karıştırılmadan depolanmalıdır.
- » Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

### Atıkların azaltılması

- » Atıkları azaltmaya yönelik belli periyotlarla atık ayırma denetimi yapılmalı ve sonuçlar analiz edilmelidir.
- » Atık azaltmaya yönelik eylem planı bulunmalı ve bu planın takibi yapılmalıdır.

### AY.1.4

#### İklim değişikliğinin etkilerini azaltmaya yönelik uygulamalar yapılmalıdır.

- » İklim değişikliğinin etkilerini azaltmaya yönelik atık yönetimi ve geri dönüşüm faaliyetleri kapsamında stratejiler belirlenmelidir.
  - Bu kapsamda aşağıdaki uygulamalar yapılabilir:
    - Geri dönüşüm ve yeniden kullanım
    - Kompostlama
    - Düşük atık stratejileri
    - Enerji geri kazanımı
    - Atık ayrıştırma bilinci
    - Sıfır atık programları vb.
- » Çevreye zararlı kimyasalların kullanımını minimize etmek için çevre dostu kimyasalların kullanımı teşvik edilmelidir.
- » İklim değişikliğinin etkilerini azaltmaya yönelik sosyal sorumluluk projelerine destek verilmelidir.

### AY.1.5

#### Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

- » Atık yönetiminde görevli personele asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde eğitimler verilmelidir:
  - Atık yönetimi kapsamında yükümlülükler ve idari yaptırımlar
  - Çevrenin önemi ve çevre kirliliği sonuçları
  - Çevre kirliliğine neden olan atıklar ve kurum/kuruluş kaynaklanan atık çeşitleri
- » Atığın üretildiği birimlerdeki çalışanlara asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde eğitimler verilmelidir:
  - Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması
  - Atık toplama ekipmanlarının kullanımı
  - Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması
  - Atıkların yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar
  - Kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler

# BOYUT 6

## Afet ve

# Acil Durum Yönetimi



<b>BOYUT 6</b>	
<b>AFET ve ACİL DURUM YÖNETİMİ</b>	
<b>Bölüm 29</b>	
<b>Afet ve Acil Durum Yönetimi (ADY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
ADY.1	Afet ve acil durum yönetim süreçlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ADY.1.1	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
ADY.1.2	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
ADY.1.3	Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.
ADY.1.4	Acil durum plan krokileri bulunmalıdır.
ADY.1.5	Afet ve acil durumlarda tahliye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ADY.1.6	Depreme yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ADY. 1.7	Yangına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
ADY.1.8	Tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
ADY.2	Acil durum uyarı sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ADY.2.1	Acil durumlara yönelik uyarı sistemleri oluşturulmalıdır.
ADY.2.2	Acil uyarı sistemlerinin yönetiminden sorumlu kişiler ve sorumlulukları belirlenmelidir.
ADY.2.3	Acil durumlara yönelik müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
ADY.2.4	Acil durumlara müdahalede kullanılacak gerekli ilaç ve ekipman tanımlanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.

## Bölüm 29: Afet ve Acil Durum Yönetimi (ADY)

ADY.2.5	Yapılan müdahaleler ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
ADY.2.6	Acil uyarı sistemlerine ilişkin eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Standart 3</b>
ADY.3	KBRN tehditlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
ADY.3.1	KBRN tehlikelerin yönetimine ilişkin süreçler dokümente edilmelidir.
ADY.3.2	KBRN tehlikelerin yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
ADY.3.3	KBRN arındırma alanları tanımlanmalıdır.
ADY.3.4	KBRN tehditlerinin yönetim sürecine ilişkin tanımlanan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.
ADY.3.5	KBRN tehditlerinin yönetim sürecinde gerçekleştirilen işlemler ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.
ADY.3.6	KBRN konusunda ilgili çalışanlara eğitimler verilmelidir.

### Genel Bilgi

Afet ve acil durum yönetimi, sağlık kurum ve kuruluşlarını kriz durumlarında dirençli ve dayanıklı hale getirmek ve hizmet sunumunun devamını sağlamak açısından kritik öneme sahiptir. Etkili afet yönetimi, sağlık tesislerinin olumsuz koşullar altında çalışabilmesini, hastaları ve çalışanları korumasını ve hizmetin sürekliliğini sağlayan hazırlık, müdahale, kurtarma ve hafifletme stratejilerini içermektedir. Bu bölümde yer alan standartlar, afet ve acil durumların etkili bir şekilde yönetilmesinde sağlık kurum ve kuruluşlarına rehberlik eder.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Sağlık kurum ve kuruluşunda karşılaşılabilecek afetler ya da acil tıbbi müdahale gerektiren durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekları zararın en az düzeye düşürülmesini sağlamak
- » Sağlık kurum ve kuruluşunda karşılaşılabilecek; solunum veya kardiyak arrest, bebek ya da çocuk kaçırma riski/eylemi, çalışana yönelik şiddet riski/girişimi, yangın veya KBRN kazaları gibi acil durumlara müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasını sağlamak
- » KBRN tehlikelerine karşı hasta, hasta yakını, çalışan ve çevre güvenliğini sağlamaktır.

### Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Hasta Güvenliği

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### ADY.1

**Afet ve acil durum yönetim sürecine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### ADY.1.1

**Afet ve acil durum yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Kurum/kuruluşun karşı karşıya kalabileceği doğa ve insan kaynaklı afet ve acil durumlar için zarar azaltma, önleme, müdahale ve iyileştirmeye yönelik tedbirleri planlayan ve uygulanmasını sağlayan yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
  - Yönetsel yapıda kurum/kuruluş yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.
  - Yönetsel yapı tarafından düzenli aralıklarla toplantılar yapılmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.
- » Afet ve acil durum yönetim yapısında yer alan personelin görev tanımları yapılmalı, yetki ve sorumlulukları asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde düzenlenmelidir:
  - Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi
  - Tatbikatlar
  - Çalışanların alacağı eğitimler
  - Acil durum kayıtlarının tutulması
  - Gerekliğinde düzeltici iyileştirici faaliyetlerin başlatılması
- » Afet ve acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

##### ADY.1.2

**Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.**

- » Afet ve acil durum yönetimine ilişkin asgari aşağıdaki konuları içeren risk değerlendirmesi yapılmalıdır;
  - Yangın
  - Deprem
  - Sel
  - Toprak kaymaları
  - Salgınlar
  - Terör eylemleri
  - Göç
  - Endüstriyel patlama
  - Radyolojik, nükleer ve kimyasal kazalar
  - Savaş
  - Siklon (tayfun, kasırga)
  - Hortum
  - Volkanik patlama
  - Yıldırım düşmesi
  - Dijital terör vb.
- » Risk değerlendirmesi yapılırken; olası/olağan dışı müdahale, ilkyardım ve tahliye

gerektiren olaylar ile kurum/kuruluşun bulunduğu bölgenin özellikleri göz önünde bulundurulmalıdır.

- » Afet ve acil durumlara yönelik alınması gereken tedbirler için olası durumlar belirlenmeli, acil durumların oluşturabileceği tehlikeler analiz edilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler planlanmalıdır.

### ADY.1.3

#### Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.

- » Afet ve acil durumlara ilişkin asgari aşağıdaki konuları içeren afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır:
  - Tespit edilen riskler
  - Koruyucu önlemler
  - Kontrol
  - Erken teşhis ve tespit
  - Triyaj
  - Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, ambulans hizmetleri, arşiv vb.)
  - Tesisin tahliyesi
  - Kullanılacak alternatif alanlar
  - Kullanılacak malzemelerin temini
  - Afet ve acil durum malzeme envanteri
  - İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon vb.
- » Afet ve acil durum planı her yıl güncellenmeli ve ilgili otoriteden gerekli onaylar alınmalıdır.
- » Afet ve acil durumlara yönelik belirlenen iyileştirici tedbirleri uygulamaya ilişkin planlama yapılmalıdır.
  - Planlama, yönetimin liderliğinde ve belirlenen yönetsel yapının sorumluluğunda gerçekleştirilmelidir.
  - Plan afet yönetimi sürecinin tüm aşamalarını (zarar azaltma, hazırlık, müdahale ve iyileştirme) kapsamalıdır.
  - Planlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
    - Risk analizi çerçevesinde yapısal ve yapısal olmayan tehlikelerin önlenmesi ve azaltılmasına yönelik çalışmaların belirlenmesi
    - Gerekli önleyici yatırım ve faaliyetlerin planlanması
    - Yatırım ve faaliyetlerin bütçelenmesi
    - Olası afet ve acil durumlara yönelik müdahale planlarının yapılması
    - Geliştirilen önlem ve uygulamaların amaca hizmet edip etmediğinin sürekli gözden geçirilmesi
    - Çalışanların afet ve acil durumlardaki görev ve sorumluluklarının olay kumanda sistemi çerçevesinde belirlenmesi ve çalışanlarla paylaşılması
    - Afet ve acil durum sonrası normale dönüşün planlanması
    - Afet ve acil durumların yönetimini kolaylaştıracak yatırımların (güçlendirme, yeniden yapım, yapısal olmayan tehlikelerin azaltılması, acil durum uyarı sistemleri, acil durumlarda alternatif haberleşme sistemleri vb.) belirlenerek planlanması
- » Olası acil durumlara yönelik gerekli iyileştirici tedbirler alınmasına rağmen (doğal afetler vb.) olağan dışı müdahale ve mücadele gerektiren durumların yaşanması halinde nelerin yapılması gerektiği önceden planlanmalıdır.

### ADY.1.4

#### Acil durum plan krokileri bulunmalıdır.

- » Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri bulunmalıdır.
- » Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat acil durum plan krokileri bulunmalıdır.
- » Acil durum plan krokilerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
  - Acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler (yangın söndürme amaçlı kullanılacak ekipmanlar vb.)
  - Acil müdahale setinin bulunduğu yerler
  - Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler
  - İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında gerekli kurum/kuruluşların irtibat numaraları
- » Çalışanlar acil durum plan krokileri hakkında bilgilendirilmelidir.

### ADY.1.5

#### Afet ve acil durumlarda tahliye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Afet ve acil durumlara yönelik asgari aşağıdaki konuları içeren tesis tahliye planı oluşturulmalıdır:
  - Hastaların güvenli yerlere transferi
  - Geçici yerleştirme alanları
  - Personel takviyesi
  - Trafik akışı ve güvenlik
  - Hasta izleme sistemleri
  - Acil ışıklandırma (taşınabilir jeneratör, fenerler vb.)
  - Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu
- » Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır.
  - Tesis tahliye tatbikatı, idari ve destek hizmetleri dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini kapsamalıdır.
  - Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır.
  - Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.
  - Tatbikat sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
  - Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.
- » Hasta ve çalışanların güvenli bir şekilde tesisten tahliye edilmesi için gerekli ekipman, malzeme, kaçış yönlendirmeleri (yönlendirici işaret ve tabelalar) ve tahliye yerleri (yangın merdivenleri, acil durum tahliye asansörleri gibi) bulunmalıdır.

### ADY.1.6

#### Depreme yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Depreme yönelik düzenlemeler risk değerlendirmesi doğrultusunda planlanmalıdır.
- » Yüksek dolaplar, soğutucular, sarsıntı sırasında devrilerek ya da ortalığa saçılarak hasta ve çalışan güvenliğini riske atacak her türlü araç ve gereç uygun şekilde sabitlenmelidir.
- » Oksijen tüpleri, taşıma araçları, sedye, tekerlekli sandalye gibi her türlü ekipman hastalara ve çalışanlara zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde

- yerleştirilmeli/park edilmeli ve sabitlenmelidir.
- » Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizat zemine ve/veya duvara sabitlenmelidir
- » Risk içeren tıbbi cihazlar sabitlenmelidir.
- » Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemeler alt raflara konulmalı ve raflar malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmelidir.
- » Cisimler ağırlıklarına göre ağırdan hafife doğru (ağır cisimler alt raflarda olacak şekilde) raflara yerleştirilmelidir.
- » Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesi sağlanmalıdır.
- » Radyoaktif maddeler zırhlanmış koruyucu kaplar içinde saklanmalıdır.
- » Çalışanlara depreme yönelik farkındalık eğitimleri verilmelidir.

### ADY.1.7

#### Yangına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Tesis, yangınla ilgili ülke mevzuatına uygun şekilde yapılandırılmalıdır.
  - İlgili yasal düzenlemelere uyum yetkili kuruluşlarca değerlendirilmelidir.
  - Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmış olmalıdır.
- » Yangına ilk müdahalenin yapılmasına yönelik kullanılacak yangın muslukları, yangın tüpü, yangın hortumu gibi araç ve ekipman tanımlanan kurallara uygun yerleştirilmeli, bulunduğu yerler ve bunların kullanımına yönelik bilgilendirmeler (plan, talimat vb.) yapılmış olmalıdır.
- » Olası yangın durumunda acil uyarı sistemi çağrılarını ve yapılan müdahaleler asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde kayıt altına alınmalıdır:
  - Acil uyarı çağrısının ne zaman yapıldığı
  - Müdahalenin nasıl yapıldığı
  - Müdahalenin sonucu
  - Olayın itfaiyeye iletilmesi, itfaiyenin müdahale süreçleri ile ilgili bilgiler
  - İtfaiye raporu
- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir.
- » Tesisin tüm alanlarını kapsayacak, elektrik kesintilerinden etkilenmeyecek ve adresleme yapabilecek şekilde işlevsel bir yangın algılama sistemi bulunmalıdır.
- » Kullanılan merkezi söndürme sistemlerinin etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- » Kurum/kuruluşun kapasitesi ve kullanılacak yöntemin etkinliği göz önünde bulundurularak etkin bir yangın söndürme sistemi oluşturulmalı, alan veya birim bazında kullanılacak yöntemler tanımlanmalıdır.
- » Acil durum plan krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.
- » Yangın söndürücüler sabitlenmiş olmalıdır.
- » Alan veya birimin özelliklerine göre uygun yangın söndürücü kullanılmalıdır.
- » Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri yapılmalıdır.
- » Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.

- Yangın hortumu hasarsız olmalıdır.
- Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir.
- Vanalar kolayca açılmalıdır.
- » Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.
- » Çatı giriş çıkışları kontrollü olmalı, çatı alanı temiz olmalı, yangın tehlikesi oluşturacak herhangi bir ekipman, malzeme vb. ile elektrik kabloları bulunmamalı ya da yangın riski oluşturmayacak şekilde yalıtılmış olmalıdır.

### ADY.1.8

#### Tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.

- » Tüm çalışanlara afet ve acil durum planı kapsamında asgari aşağıdaki eğitimler verilmeli ve tatbikatlar gerçekleştirilmelidir:
  - Temel afet bilinci
  - Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı)
  - Yapısal olmayan risklerin azaltılması (YORA)
  - KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer Olaylar)
  - Radyasyondan korunma
  - Afet ve acil durum triyajı
- » Tatbikatlar yılda en az bir kez (masa başı ve uygulamaya yönelik) yapılmalıdır.
- » Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.
- » Konu ile ilişkili yapılacak eğitim ve tatbikatlara çalışanların katılımı teşvik edilmeli ve sağlanmalıdır.

### Standart 2

#### ADY.2

#### Acil durum uyarı sistemlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### ADY.2.1

#### Acil durumlara yönelik uyarı sistemleri oluşturulmalıdır.

- » Acil durumlara zamanında müdahale yapılmasına yönelik asgari aşağıda yer alan acil uyarı sistemleri oluşturulmalıdır:
  - Solunum arresti veya kardiyak arrest
  - Bebek/çocuk kaçırma riski/eylemi
  - Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/eylemi
  - Yangın
  - KBRN tehdidi
- » Acil uyarı sistemleri, kurum/kuruluşun büyüklüğü ve farklı binalarda hizmet verilmesini de dikkate alacak şekilde kapsayıcı, görsel ve işitsel olmalıdır.
- » Acil uyarı sistemleri; kurum/kuruluş çalışanlarını haberdar edecek, etkin ve hızlı iletişimi sağlayacak, kısa ve net mesaj ile panik oluşmasını engelleyecek şekilde oluşturulmalıdır.
- » Acil uyarı sistemlerine ilişkin kayıtlar ve uygulamalar izlenebilir olmalıdır.

### ADY.2.2

#### Acil uyarı sistemlerinin yönetiminden sorumlu kişiler ve sorumlulukları belirlenmelidir.

- » Acil uyarı sistemlerinin yönetiminden sorumlu kişiler, kurum/kuruluşun yapısı ve türü göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.
- » Belirlenen kişilerin sorumluları asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Çalışanlara verilecek eğitimler
  - Tatbikatların organize edilmesi
  - İlgili kayıtların izlenmesi
  - Gerektiğinde düzeltici iyileştirici faaliyetlerin başlatılması
  - İlgili ülke mevzuatının takip edilmesi ve buna göre gerekli düzenlemelerin yapılması

### ADY.2.3

#### Acil durumlara yönelik müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.

- » Acil uyarı sisteminin amacına yönelik olarak acil müdahale ekpleri (vardiyalı çalışılan kurum/kuruluşlarda her vardiya için) oluşturulmalıdır.
  - Solunum arresti veya kardiyak arrest ekibi asgari aşağıdaki koşulları sağlamalıdır:
    - Ekipte en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır.
    - Hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır.
    - Mesai saatleri dışında ekip oluşturmak için yeterli personelin bulunmadığı durumlarda acil müdahalenin ne şekilde yapılacağı belirlenmelidir.
  - Yangın durumunda görev alan acil müdahale ekpleri vardiyalı çalışılan kurum/kuruluşlarda her vardiya için belirlenmiş olmalıdır.
- » Acil kod uyarısı verildiğinde ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve kurum/kuruluş bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmelidir.

### ADY.2.4

#### Acil durumlara müdahalede kullanılacak gerekli ilaç ve ekipman tanımlanmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.

- » Acil müdahalenin amacına göre hangi ilaç ve ekipmanlara gereksinim duyulacağı önceden belirlenerek kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır.
  - Kullanım durumları izlenebilir olmalı ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarına yönelik bulunması gereken ilaç ve ekipman tanımlanarak 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 vb. 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 setinde yer alan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.

- İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.
- Acil müdahale seti kullanılabilir durumda bulundurulmalıdır.

### ADY.2.5

#### Yapılan müdahaleler ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

- » Acil durumlara ilişkin yapılan müdahaleler asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde kayıt altına alınmalıdır:
  - Acil uyarı çağırısının ne zaman yapıldığı
  - Müdahale edilen kişiye/olaya ait bilgiler
  - Hangi müdahalelerin yapıldığı
  - Müdahalenin nere(ler)de yapıldığı
  - Ekibin müdahale yerine ne kadar sürede ulaştığı
  - Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
  - Müdahalenin sonucu
  - Olayın adli mercilere iletilmesi süreci ile ilgili bilgiler
- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı, uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

### ADY.2.6

#### Acil uyarı sistemlerine ilişkin eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.

- » Acil uyarı sisteminin önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik tüm çalışanlara verilecek eğitimler planlanmalıdır.
- » Acil uyarı sistemlerinin uygulamasına yönelik tatbikatlar biri masa başı olmak üzere yılda en az iki kez yapılmalıdır.
- » Tatbikatlar ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerektiğinde düzeltici, iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.
- » Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

### Standart 3

### ADY.3

**KBRN tehditlerinin yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

### ADY.3.1

#### KBRN tehditlerinin yönetimine ilişkin süreçler dokümanite edilmelidir.

- » Kurum/kuruluşun verdiği sağlık hizmeti çeşitliliği, bulundurduğu tıbbi cihaz ve donanımı ile çevresel faktörler göz önünde bulundurularak KBRN tehditleri tanımlanmalıdır.
- » KBRN tehditleri ile bu tehlikelere yönelik müdahale süreçleri asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - KBRN arınma alanlarındaki süreçler
  - Transfer, arındırma, korunma hususlarını içerecek şekilde KBRN tehditlerine yönelik müdahale süreçleri
  - Gerektiğinde kullanılmak üzere belirlenen bekleme alanları

- Atıkların yönetimi ve çevre güvenliği
  - Maruziyetin yeri, zamanı ile etkilenen kişi ve unsurlara yönelik kayıtlar
  - KBRN ajanlarından etkilenmiş ancak arındırma işlemi yaptırmak istemeyen kişilere yapılacak müdahale
- » Tanımlanan süreçler afet ve acil durum planı ile uyumlu olmalıdır.
- » Süreçlerin tanımlandığı dokümana sağlık çalışanları erişebilmeli ve nasıl kullanacakları hakkında bilgilendirilmelidir.

### ADY.3.2

#### **KBRN tehlikelerin yönetimine ilişkin yönetsel bir yapı oluşturulmalı, görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Kurum/kuruluşun yapısı ve türüne göre karşı karşıya kalabileceği KBRN tehditlerinin yönetimine ilişkin tedbirleri planlayan ve uygulanmasını sağlayan yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
- » Kurum/kuruluşun yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde KBRN sorumluları belirlenmelidir.
- » KBRN yönetim yapısında yer alan personelin görev tanımları yapılmalı, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.

### ADY.3.3

#### **KBRN arındırma alanları tanımlanmalıdır.**

- » KBRN arındırma alanları uygun nitelikte olmalı, gerekli malzeme ve ekipman bulundurulmalıdır.
- » KBRN arındırma alanları, acil servise yakın bir alanda ve bağlantılı olmalı, hastaların yoğun dolaşım alanlarından ayrı olacak şekilde belirlenmelidir.
- » KBRN maruziyetine uğramış kişiler ile hastaların transferinde görev alan çalışanlar kurumun diğer alanlarına geçişi engellenmelidir.

### ADY.3.4

#### **KBRN tehditlerinin yönetim sürecine ilişkin tanımlanan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.**

- » KBRN tehditlerinin yönetim sürecinde ihtiyaç olabilecek malzeme, cihaz ve ekipman belirlenmeli ve yeterli miktarda bulundurulmalıdır.
- » KBRN düzeylerine göre yeterli sayıda ve nitelikte kişisel koruyucu ekipman bulundurulmalıdır.
- » KBRN kapsamında görevlendirilen çalışanlara, malzeme, cihaz ve ekipmanların güvenli kullanımı ile ilgili asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde eğitimler verilmelidir:
- Malzeme, cihaz ve ekipmanların kullanımı
  - Miat ve uygunluk kontrolü
  - Güvenli kullanım kuralları
  - Cihaz ve ekipmanların bakım ve temizliği
  - Malzeme, cihaz ve ekipmanların kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve çözümleri

### ADY.3.5

**KBRN tehditlerinin yönetim sürecinde gerçekleştirilen işlemler ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.**

- » KBRN tehditlerinin yönetim sürecinde kullanılan malzeme, cihaz ve ekipman sayıları ile gerçekleştirilen tespit, tanı, arındırma, atıkların depolanması, atıkların bertarafı gibi işlemler ve bu işlemlerin sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

### ADY.3.6

**KBRN konusunda ilgili çalışanlara eğitimler verilmelidir.**

- » KBRN kapsamında görevlendirilen çalışanlara asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde teorik ve uygulamalı eğitimler verilmelidir:
  - Arındırma
  - Triyaj ve planlama
  - Tıbbi KBRN
  - Kişisel koruyucu ekipman ve kullanımı

# BOYUT 7

## İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik



<b>BOYUT 7</b>	
<b>İKLİM DEĞİŞİKLİĞİ ve SÜRDÜRÜLEBİLİRLİK</b>	
<b>Bölüm 30</b>	
<b>İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik (İDS)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
İDS.1	İklim değişikliği ve hizmetin sürdürülebilirliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
İDS.1.1	İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanmasına yönelik bir plan oluşturulmalıdır.
İDS.1.2	Kaynakların kullanımına ilişkin çevre dostu düzenlemeler yapılmalıdır.
İDS.1.3	İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanması konusunda farkındalık artırmaya yönelik faaliyetler yürütülmelidir.
İDS.1.4	Verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### Genel Bilgi

Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirlik; sağlık hizmetlerinin gelecek nesiller için sağlanabilirliği ve kalitesini koruma amacıyla çevresel, ekonomik ve sosyal faktörleri dengeleyen bir yaklaşımı ifade eder. İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanmasına yönelik gereklilikler, kurum/kuruluşun iklim değişikliği ile mücadeleye katkıda bulunmasını ve sürdürülebilir sağlık hizmetleri sunmasını sağlayacak önemli adımları içermektedir. Bu gerekliliklerin etkili bir şekilde uygulanması, kurum/kuruluşun çevresel etkilerini azaltarak topluma ve doğaya daha duyarlı bir sağlık hizmeti sunmasına yardımcı olacaktır.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Sağlık hizmetlerinde sürdürülebilirliği sağlamak üzere iklim değişikliği ile mücadeleye yönelik standartlar belirlenmesi ve bu standartların kurum/kuruluşlarda etkin uygulanması yoluyla çevresel etkilerin azaltılmasına katkıda bulunmaktır.

### Hedefler

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

### Standart Gereklikleri

#### Standart 1

##### İDS.1

**İklim değişikliği ve hizmetin sürdürülebilirliğine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

##### İDS.1.1

**İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanmasına yönelik bir plan oluşturulmalıdır.**

- » İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanmasına yönelik yönetsel kademelerin liderliğinde oluşturulan bir yapı tarafından ve paydaşların katılımıyla asgari aşağıdaki hususları içeren bir plan oluşturulmalıdır:
  - Enerji, su, doğalgaz, araç yakıtları ve diğer doğal kaynakların kullanımı da dahil olmak üzere malzeme ve çevresel kaynakların kullanımı ölçülmeli ve kullanımının azaltılmasına yönelik eylem planları hazırlanmalıdır.
    - Kurum/kuruluştaki karbon ayak izi ve sera gazı emisyonlarının azaltılmasına yönelik uygulamalar bulunmalıdır.
  - Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen çalışmalar da değerlendirilerek örnek çalışmalar yapılabilir.
    - Kurum/kuruluşun karbon ayak izini izleyen ve raporlayan bir sistem kurulmalı, sera gazı emisyonlarının azaltılması için hedefler belirlenmeli ve bu hedefler düzenli olarak izlenmelidir.
    - İzlem sonuçları doğrultusunda gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

##### İDS.1.2

**Kaynakların kullanımına ilişkin çevre dostu düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Enerji verimliliği ve yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Kurum/kuruluşun enerji verimliliğini artırmak amacıyla enerji tüketimini izleyen ve yöneten bir sistemi bulunmalıdır.
  - Yenilenebilir enerji kaynaklarının kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
  - Enerji tasarrufu sağlayan teknolojilerin kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Kurum/kuruluştaki atık yönetimi ve geri dönüşüm faaliyetleri, iklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanması kapsamında yürütülmelidir (Bkz. Atık Yönetimi)
- » Kurum/kuruluştaki yeşil altyapı ve binalar için düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Kurum/kuruluşun yeni binalarının yapımında ve mevcut binaların yenilenmesinde sürdürülebilir bina standartlarına uyulmalıdır.
  - Kurum/kuruluşun yeşil alanların artırılması ve ekolojik peyzaj uygulamalarının yapılması teşvik edilmelidir.
  - Binaların enerji verimliliğini artıran, doğal ışık kullanımını ve havalandırmayı sağlayan tasarımlar benimsenmelidir.
- » Kurum/kuruluştaki sürdürülebilir tedarik zincirine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
  - Çevresel sürdürülebilirlik kriterlerine uygun tedarikçilerin seçilmesi teşvik edilmelidir.
  - Tek kullanımlık malzemeler yerine tekrar kullanılabilir ürünler tercih edilmeli, çevre dostu malzemeler kullanılmalıdır.

- Yerel ve organik ürünlerin satın alınması ve tüketilmesi teşvik edilmelidir.
- » Su kullanımı ve tüketimi etkili bir şekilde yönetilmelidir.
  - Su tasarrufu sağlamak amacıyla su tüketimini izleyen ve yöneten bir sistem bulunmalıdır.
  - Su tasarrufu sağlayan cihazların ve su geri kazanım sistemlerinin kullanımı teşvik edilmelidir.
- » Kurum/kuruluş iklim değişikliği kaynaklı acil durumları etkili bir şekilde yönetmelidir.
  - İklim değişikliği kaynaklı acil durumlar için hazırlık planları oluşturulmalı ve bu planlar düzenli olarak güncellenmelidir.
  - Kurum/kuruluşun iklim değişikliğine uyum sağlama kapasitesini artırmak için gerekli altyapı ve prosedürler geliştirilmelidir.

### İDS.1.3

#### **İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanması konusunda farkındalık artırmaya yönelik faaliyetler yürütülmelidir.**

- » İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanması konusunda düzenli olarak farkındalığı artırmaya ve katılımı sağlamaya yönelik asgari aşağıdaki konuları içeren eğitim programları düzenlenmelidir;
  - İklim değişikliğinin sağlık üzerindeki etkileri
  - Enerji ve su tasarrufu
  - Atık yönetimi ve sürdürülebilir uygulamalar
  - Yeşil bina standartları
- » Kurum/kuruluş genelinde iklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanması konusunda farkındalık artırıcı faaliyetler düzenlenmelidir.
  - Dünya Çevre Günü, Dünya Sağlık Günü, Dünya Su Günü gibi belirli günlerde farkındalık çalışmaları yürütülmelidir.
  - Çalışanlar ve ziyaretçiler için toplu taşıma, bisiklet ve yaya yollarının kullanımı teşvik edilmelidir.
- » İklim değişikliği ile mücadele ve sürdürülebilir bakımın sağlanması konusunda sivil toplum kuruluşları, üniversiteler, diğer sağlık kurum ve kuruluşları vb paydaşlar ile iş birliği yapılmalıdır.
- » Sağlık hizmetlerinin gereksiz kullanımını önlemeye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### İDS.1.4

#### **Verimliliğin izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

- » Verimlilik çalışmalarına yönelik asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde sorumlular belirlenmelidir;
  - Verimlilik ile ilgili gerçekleştirilen faaliyetlerin koordinasyonu ve izlenmesi
  - Veri toplama ve analiz çalışmaları ile iyileştirme faaliyetlerinin koordinasyonu ve izlenmesi
  - Verimlilik ölçümünde kullanılacak yöntemlerin tanımlanması
  - Raporların hazırlanması ve üst yönetime sunulması
- » Verimlilik ölçümlerine ilişkin bir plan oluşturulmalıdır.
  - Alana özgü ölçüm periyotları belirlenmeli ve sonuçlar en az yılda bir kez analiz edilmelidir.

## Bölüm 30: İklim Değişikliği ve Sürdürülebilirlik (İDS)

- » Verimlilik ölçümü yapılacak alanlar ile ölçüm metotları tanımlanmalıdır.
- » Asgari aşağıdaki konulara yönelik verimlilik ölçümleri yapılmalıdır:
  - İlaç
  - Tıbbi Sarf ve Malzeme
  - Tetkik ve Teşhis Hizmetleri
  - İnsan Kaynakları
  - Enerji Kullanımı
  - Tesis Kullanımı (klinikler, ameliyathane, yoğun bakım üniteleri, laboratuvarlar ve depolar gibi)
  - Tıbbi Cihaz
  - Zaman Yönetimi
  - Bütçe
- » Verimlilik ölçüm ve analizleri için istatistiksel analizler, oran analizi, regresyon analizi, veri zarflama analizi gibi güncel bilimsel yöntemler kullanılabilir.
- » Yılda en az bir kez, verimlilik ile ilgili belirlenen her bir konu başlığı için mevcut durum analizleri yapılmalı ve rapor oluşturularak üst yönetime sunulmalıdır.
- » Verimlilik ölçümlerine yönelik analiz sonuçları doğrultusunda iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve faaliyetlerinin etkinliği değerlendirilmelidir.

# BOYUT 8

## Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme



<b>BOYUT 8</b>	
<b>PERFORMANS ÖLÇÜMÜ ve KALİTE İYİLEŞTİRME</b>	
<b>Bölüm 31</b>	
<b>Gösterge Yönetimi (GY)</b>	
<b>Kod</b>	<b>Standart 1</b>
GY.1	Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
GY.1.1	Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.
GY.1.2	Gösterge yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.
GY.1.3	Performans ölçümüne yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.
GY.1.4	Belirlenen göstergelerin izlenmesine yönelik gösterge kartları oluşturulmalıdır.
GY.1.5	Gösterge verilerinin doğru ve kaliteli olarak uygun yöntemle toplanması sağlanmalıdır.
GY.1.6	Gösterge yönetimine ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.
<b>Kod</b>	<b>Standart 2</b>
GY.2	Gösterge yönetiminin etkinliği sağlanmalıdır.
<b>Kod</b>	<b>Değerlendirme Ölçütü</b>
GY.2.1	Göstergeler analiz edilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
GY.2.2	Gösterge verileri, hedefleri ve sonuçları ilgili bilgi yönetim sistemlerine gönderilmelidir.

### Genel Bilgi

Gösterge, belirli bir durum, süreç veya sonucu ölçmek ve değerlendirmek için kullanılan karmaşık bilgilerin basit ve etkili bir şekilde sunulmasını sağlayan bir araç olarak tanımlanmaktadır. Göstergeler, sağlık kurum/kuruluşlarının idari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet süreçlerinin izlenmesi ve değerlendirilmesini sağlayan, sağlık hizmet süreçlerinin performansını yansıtan ölçülebilir unsurlardır. Göstergelerin etkili bir şekilde yönetilmesi sayesinde, sağlık kurum/kuruluşları iyileştirilmesi gereken alanları belirleyebilir, takip edebilir ve bu konuda uygulamalar geliştirebilir. Bunun yanı sıra belirlenen göstergeler sağlık kurum/kuruluşlarına bilgi sağlayarak hedeflere ulaşılmasını katkıda bulunabilir ve kıyaslamalar yapılmasını mümkün kılabilir. Bu bölümde yer alan standartlar, göstergelerin etkin şekilde yönetilmesinde tüm sağlık kurum/kuruluşlarına rehberlik sağlar.

### Amaç

Bu bölümün amacı;

- » Göstergeler aracılığıyla idari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna ilişkin süreçlerin performansını değerlendirmek, izlemek ve kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamaktır.

### Hedefler

Göstergelerin özelliğine göre farklılık göstermekle birlikte genel hedefler aşağıdaki gibidir;

- » Etkinlik
- » Etkinlik
- » Verimlilik

### Standart Gereklilikleri

#### Standart 1

##### GY.1

**Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar tanımlanmalı ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.**

##### GY.1.1

**Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar dokümanite edilmelidir.**

- » Gösterge yönetimine ilişkin süreçler ve kurallar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - İzlenecek göstergeler
  - Veri toplama süreci
  - Verilerin analizi
  - Analiz sonrası iyileştirme çalışmaları

##### GY.1.2

**Gösterge yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

- » Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite yönetim yapısı tarafından koordine edilmeli; görev, yetki ve sorumluluklar gösterge yönetim süreçleri çerçevesinde tanımlanmalıdır.
- » Gösterge yönetim süreçlerine konu ile ilgili tüm çalışanların ve birimlerin aktif katılımı sağlanmalıdır.

##### GY.1.3

**Performans ölçümüne yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.**

- » Kurum/kuruluş, kalite iyileştirme sisteminin parçası olarak SAS Gösterge Listesi kapsamında göstergeler belirlemeli ve izlemelidir (Bkz. SAS Gösterge Yönetimi Rehberi)
- » Göstergeler, kalite yönetim yapısının koordinasyonunda üst yönetim tarafından belirlenmelidir.
  - Göstergeler belirlenirken kurum/kuruluş hizmet alanı, önceki gösterge sonuçlarına göre iyileştirmeye açık alanlar vb. hususlar dikkate alınmalıdır.
  - Takibi gerçekleştirilecek göstergeler sadece tek bir alana yoğunlaşmamalı, hizmetler izlem süreci arasında öncelik ve kritiklik düzeyine göre bir kapsam dengesi kurularak belirlenmelidir.
- » Kurum/kuruluş sürekli iyileştirme çalışmalarını destekleyecek şekilde SAS Gösterge Havuzu dışında da yeni göstergeler belirleyebilir.
  - SAS Gösterge Havuzu dışında belirlenen göstergeler; geçerli, güvenilir, uygulanabilir, kabul edilebilir ve ölçülebilir olmalıdır.
  - Ölçüm sistematığına dahil edilen bu göstergelerin izlem süreci, uygulama ve iyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarını da kapsayacak şekilde yürütülmelidir.
  - Belirlenen göstergelerin izleme süreci uygulama ve iyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarını da kapsayacak şekilde yürütülmelidir.
  - Kurum/kuruluş belirlediği göstergeleri iyileştirme çalışmalarına katkı sağlaması açısından değerlendirmeli, izlem sıklığı, izlemin sonlandırılması vb. kuralları

tanımlamalıdır.

- Göstergeler, amacına uygun olacak şekilde, kurum/kuruluş genelinde ve ilgili birim/servis düzeyinde izlenmelidir.
- » Kurum/kuruluş belirlediği göstergelere ilişkin sonuçlardan asgari 5 tanesini kurumsal web sitesi üzerinden kamuoyuna açık şekilde paylaşmalıdır.

### GY.1.4

#### **Belirlenen göstergelerin izlenmesine yönelik gösterge kartları oluşturulmalıdır.**

- » Gösterge kartları asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde oluşturulmalıdır;
  - Göstergenin kısa tanımı
  - Amaç
  - İlişkili olduğu süreç
  - Hesaplama yöntemi/formülü
  - Hedef değer
  - Veri kaynağı
  - Veri toplama ve analiz periyodu
  - Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler
  - Sonuçların paylaşılacağı taraflar
  - Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar
- » Gösterge kartları düzenli olarak güncellenmeli ve sürekli iyileştirmelidir.
- » Gösterge hedef değerleri ulusal/uluslararası kriter ve kılavuzlar dikkate alınarak belirlenmelidir.

### GY.1.5

#### **Gösterge verilerinin doğru ve kaliteli olarak uygun yöntemle toplanması sağlanmalıdır.**

- » Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
- » Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.
- » Gösterge verilerinin güvenilirliğini ve doğruluğunu sağlamak amacıyla, etkin bir veri toplama yöntemi kullanılmalıdır.
- » Veri toplama yöntemi ve periyodu göstergenin özelliğine göre belirlenmelidir.
- » Tercihen bilgi yönetim sistemi altyapıları veya mevcut ulusal/uluslararası veri sistemleri kullanılmalıdır.

### GY.1.6

#### **Gösterge yönetimine ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.**

- » Gösterge yönetimine ilişkin eğitimler asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Göstergenin amacı ve önemi
  - Veri toplama yöntemi ve periyodu
  - Hedef değer belirleme
  - Veri analiz yöntemi
  - Raporlama süreçleri ve iyileştirme çalışmaları
  - Bilgi sistemlerine veri girişi (uygulamalı eğitim, simülasyon vb.)
- » Eğitimler kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.

### Standart 2

#### GY.2

**Gösterge yönetiminin etkinliği sağlanmalıdır.**

##### GY.2.1

**Göstergeler analiz edilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**

- » Gösterge sonuçlarının değerlendirilmesi amacıyla kurum/kuruluş bünyesinde izlenen göstergeler için analiz yöntemi belirlenmelidir.
  - Göstergeler, hizmet kalitesini geliştirecek sonuçlar elde edilecek şekilde istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilmelidir.
  - Analizler için amaç doğrultusunda basit istatistiksel teknikler kullanılabilir.
- » Analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Analiz sonuçları üst yönetim, ilgili birim çalışanları ile paylaşılmalıdır.

##### GY.2.2

**Gösterge verileri, hedefleri ve sonuçları ilgili bilgi yönetim sistemlerine gönderilmelidir.**

- » Gösterge verileri, hedefleri ve sonuçları her bir gösterge için belirlenen periyotlarda ilgili ülke otoritesince belirlenen BYS (TÜRGÖS vb.) ve TÜSKAnet Gösterge Yönetim Sistemine gönderilmelidir.
  - Performans verileri ve kalite iyileştirme faaliyetlerine ilişkin ilgili kuruma rapor verilmelidir.
- » Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.



# Tanımlar



**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 ile 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.

**Akıcı 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 işlemi yapılmaksızın gerekli tanı ve tedavi işlemleri yapılan hastalardır.

## Tanımlar

**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 yapılamada çıktılar esas alınmakta ve bölümler çıktılara dayalı olarak gruplandırılmaktadır. Sağlık kurumlarında bölümler, belirli tıp uzmanlık alanlarına (çocuk, cerrahi, radyoloji vb.) göre oluşturulmaktadır. Bu yapılamada, 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 vb.) 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 zorlaştırmacı paket içine konmalı ve bu paket referans pakette olduğu gibi paketlenmiş olmalıdır. Sterilizatör yarı 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 tekrarlanmalıdır. 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 girişimleri ifade eder.

**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 kuruluştan 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:** Yararlı 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 taşınması muhtemel başta

## Tanımlar

kan ve kan bileşenleri 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.

**Geri Bildirim:** 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 taşıır.

**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 bileşenlerinin alıcıya verilmesi ve sonrasını kapsayan zincir boyunca yan etkilerin, advers olayların ve kan bileşenlerinin 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 bulaşımı 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 Bileşeni:** 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 silindireler, 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 m<sup>3</sup> 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

## Tanımlar

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

## Tanımlar

**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 kapsmalıdır.

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

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

**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 İstem:** 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.

**Sürdürülebilirlik:** Bugünün ihtiyaçlarını, gelecek nesillerin kendi ihtiyaçlarını karşılama yetisini tehlikeye atmadan karşılamayı amaçlayan, çevresel sağlık, sosyal eşitlik ve ekonomik canlılığı bir arada gözeten bütüncül bir yaklaşımdır.

**Süreyans:** 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 işlemelerde 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.

## Tanımlar

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

**Yönetişim:** Geleneksel tek aktörlü yönetim anlayışının ötesinde; çok aktörlü, katılımcı ve etkileşimli bir yönetim sürecini ifade eder. Bu yönüyle sadece karar verme değil, kararların nasıl, kimlerle ve ne şekilde alındığını belirleyen kapsayıcı bir çerçeve sunar.

**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 gluteraldehit 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.

### TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025) Değişiklikler Tablosu (Detaylı)

TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025)'in yeniden akreditasyonu sürecinde standartlara ilişkin alınan tüm geri bildirimler, ISQua ilkeleri ve uluslararası literatür incelemeleri sonucunda, standartlara ilişkin majör değişiklik gerektiren alanlarda değişiklikler yapılmış olup standart setinin yeni yapısı **8 Boyut, 31 Bölüm, 87 Standart ve 395 değerlendirme ölçütü** olacak şekilde revize edilmiştir.

Reakredite TÜSKA SAS Hastane Seti (v4.0/2025) kapsamında yer alan **boyut, bölüm, standart, değerlendirme ölçütü, standart gereklilikleri ve göstergeler** bazında yapılan önemli değişikliklerin tamamını görmek için [tıklayınız](#) veya **aşağıdaki kodu tarayınız**.





TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE  
VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ

# Kaynaklar



TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE  
VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ

- 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. (2024). Environmental Sustainability and Climate Resilience Healthcare Module. Access Address: <https://www.safetyandquality.gov.au/standards/environmental-sustainability-and-climate-resilience-healthcare-module>
- 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 Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin bu açıdan değerlendirilmesi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Akalın, H. (2001). Intensive care unit infections: Risk factors and epidemiology. Hospital Infection Journal, 5(1), s. 5-17
- Akdur, R. (2005). Writing scenarios for health services against disasters; “earthquake example”. In: Disaster Medicine. Eds: Eryılmaz, M., Dizer, U. Unsal Publications, Ankara, s. 213-225
- Akgüç, Ö. (1989). Financial Management, Avcıol Printing House, İstanbul
- Akçabay, M. “Preoperative Evaluation and Premedication”.
- Access Address: <http://med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20728%20Eri%C5%9Fim%20>
- Akılcı İlaç Kullanımı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Erişim Adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/>
- Alp Meşe, E. “Operating Room Organization and Rules to be Followed at Entrance and

## Kaynaklar

- Exit". Erciyes University Faculty of Medicine Hospitals Infection Control Committee  
Access Address: [https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Content/files/pdf/pdf/amleliyathane\\_kurallari2.pdf](https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Content/files/pdf/pdf/amleliyathane_kurallari2.pdf), Access date: 21.10.2019
- Amsterdam/Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesine Dair Bildirge, 28-30 Mart 1994. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/trhemovijilans-49184.html>, Erişim tarihi 10.07.2013.
  - Anesthesia Practice Guidelines: Preoperative Preparation. (2005). Turkish Society of Anesthesiology and Reanimation (TARD), Access Address: <http://tard.org.tr/assets/kilavuz/3.Pdf>
  - Arslan, Ö. "Hemovigilance", Journal of Turkey Clinics Internal Medicine, Vol. 3, No. 36, <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-hemovijilans-49184.html>, Access date: 10.07.2013.
  - Association of Clinical Microbiologists. (2017). Application Guide for Medical Microbiologists from Clinical Sample to Final Report, Blood Circulation Samples, Ankara
  - Association of Clinical Microbiologists. (2015). Application Guide from Clinical Sample to Final Report for Medical Microbiology Specialists, Urinary System Samples, Ankara
  - Atık Yönetimi Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 29314, 02/04/2015
  - Ayoğlu, F. N., Dursun, A., Kiran, S., Ayoğlu, H. (2005). Health effects of ethylene oxide exposure and genotoxicity. Journal of Health and Society, s. 18-24
  - Access Address:  
<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.14012&Mevzuatlliski=0>
  - Başustaoğlu, A. (2013). Kan Kültürü Uygulama Rehberi. Erişim Adresi: [https://www.trmc-online.org/pdf/bd/kan\\_kulturu\\_uygulama\\_klavuzu.pdf](https://www.trmc-online.org/pdf/bd/kan_kulturu_uygulama_klavuzu.pdf)
  - Bozkurt, Ö. (2008). Kamu Yönetimi Sözlüğü. TODAİ: Türkiye ve Orta Doğu Kamu Yönetimi Enstitüsü.
  - Barth, J., "Selecting clinical quality indicators for laboratory medicine", Ann Clin Biochem, 49,s. 257, 2012
  - 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.
  - Baskan, S. "Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Ameliyathane Koşulları Nasıl Olmalı?", [http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2003-04/html/2003-7-4-161-167.htm](http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.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
  - Çalışma Teftiş Kurulu Başkanlığı. Metal Sanayi İşyerlerinde Gaz Tüplerinin Kullanımı ve Güvenlik Şartları, 2012. Ankara, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
  - Chairman of the Labor Inspection Board. Safe Working with Compressed Gas Cylinders, 2013. Ankara,
  - Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Acil Hizmetlerin Uygulanma Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2009, 16 Ekim). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 27378). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm>
  - 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.
- Çakar, E., vd. (2009). The current place of informed consent: with examples of common applications in physical medicine and rehabilitation practice. Journal of Physical Medicine and Rehabilitation Sciences, 12, s. 140-50
- Çakmakçı, M., “Hastane Enfeksiyonları ve Hastane Tasarımı: Ameliyathanelerin Planlanması”, [http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2001-03/html/2001-5-3-172-177.htm](http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.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.
- Dağlı, G., Özyurt, M., Akalın, M. (2010). Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSU) ve Uygulamaları, İstanbul. Erişim Adresi: <https://www.yumpu.com/tr/document/read/10017053/merkezi-sterilizasyon-unitesi-msu-ve-uygulamaları>
- Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği (DAS). (2019). Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon Rehberi, Ankara
- Demir, H., Okan, T., “ Teknoloji, Örgütsel Yapı ve Performans Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma”, İstanbul, Doğu Üniversitesi Dergisi, Sayı 10 (1), s.57-72, 2009.
- Doku Tipleme 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 Süreveyansı”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, s. 43-51, 2008.
- European Charter of Patients’ Rights Basis Document, Rome, November 2002.
- European Committee Guide to the preparation, use and quality assurance of blood components, (Partial Agreement) on Blood Transfusion (CD-P-TS), EDQM 18th Edition 2015.
- Asansör Periyodik Kontrol Yönetmeliği. (2018, 4 Mayıs). T.C. Resmi

## Kaynaklar

- Gazete (Sayı:30411). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/05/20180504-1.Htm>
- Asansör İşletme ve Bakım Yönetmeliği. (2019, 6 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30737). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/04/20190406-1.htm>
  - Ertem,G., Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2003.
  - Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ulusal Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonlar Gözetim Rehberi. (2017). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
  - İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Kimyasalların Güvenli Depolanması, 2011. T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Ankara,
  - Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Sağlık Kuruluşlarında Engelli Bireyler İçin Erişilebilirlik Temel Bilgi Rehberi. (2012). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
  - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Bilgi İşleme Daire Başkanlığı, Sağlık-Net Entegrasyonu İçin Hastane Bilgi Sistemlerinin Temel Gereksinimleri. (2007). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
  - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Tam Donanımlı Dijital Hastane Rehberi. (2018). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
  - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Bilgi Güvenliği Politika El Kitabı Sürüm (2.1), (2019). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
  - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sistem Yönetimi Daire Başkanlığı. Donanım, Altyapı ve Sistem Bileşenleri Satın Alma Rehberi Sürüm 1.0. (2018). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
  - Deneme Görevlisi Yetiştirme Genel Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 18090, 27.6.1983
  - 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.
- ISO 7101:2023, "Healthcare organization management — Management systems for quality in healthcare organizations — Requirements", 2023.
- İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014
- İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerinin Satın Alınmasına İlişkin Genelge. (2010, 25 Şubat). T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 7816). Erişim Adresi:<https://www.saglik.gov.tr/TR,11014/ilac-ve-tibbi-sarf-malzemesi-alimlari-genelgesi-2010-10.html>
- 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>, Erişim tarihi: Şubat 2013.
- Joint Commission International Accreditation Hospital, Survey Process Guide, 8th Edition (for Academic Medical Centers), 2025.
- Joint Commission International Standards for Hospitals, 8th Edition, 2025.
- Joint Commission International, Healthcare Sustainability Certification, 2024. Access Address: <https://www.jointcommissioninternational.org/what-we-offer/certification/healthcare-sustainability-certification-lp/>
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu. (2007, 2 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26510). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-1.htm>
- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği. (2008, 4 Aralık). T T.R. Resmi Gazete (Sayı:

## Kaynaklar

- 270704). ErişimAdresi:[https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com\\_content&task=view&id=642&Itemid=33](https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index.php?option=com_content&task=view&id=642&Itemid=33)
- Kan ve Kan Bileşenlerinin Hazırlanması, Kullanımı ve Kalite Güvencesine İlişkin Ulusal Kılavuz, Türkiye’de Kan Temin Sisteminin Güçlendirilmesine Yönelik Teknik Destek Projesi, 2016, Erişim: [https://www.kanver.org/Upload/Dosya/ulusal\\_kan\\_rehberi.pdf](https://www.kanver.org/Upload/Dosya/ulusal_kan_rehberi.pdf), Erişim tarihi: 10.09.2019
  - 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](http://www.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/checklists/new/microbiology_checklist.pdf)
  - Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 1981.
  - MRI ve BT İnceleme Standartları. (2018). Türk Radyoloji Derneği, Erişim Adresi: <https://www.turkrad.org.tr/assets/2018/standartlar2018.pdf>
  - 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.
  - Mesleki Sağlık ve Güvenlik Kanunu, Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Sayı, Kanun Numarası: 6331 Sayı 28339, 20 Haziran 2012
  - Mesleki Sağlık ve Güvenlik Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayısı: 28512, 29.12.2012
  - 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.
  - Olden, P. (2019). Management of healthcare organizations: An introduction. Health Administration Press.
  - 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&par tsA4255](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?booksaps3&par tsA4255). 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*, AACC 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.
- Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2013, 9 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28582). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-4.htm>
- Radyasyon Güvenliği Komiteleri Çalışma Usul ve Esasları. (2013). Erişim Adresi: [https://www.taek.gov.tr/tr/belgeler-formlar/rsgd-formlari/usul-esaslar/Radyasyon-G%C3%BCvenli%C4 %9Fi-Komiteleri-%C3%87al%C4%B1%C5%9Fma-Usul-ve-Esaslar%C4%B1/lang.tr-tr](https://www.taek.gov.tr/tr/belgeler-formlar/rsgd-formlari/usul-esaslar/Radyasyon-G%C3%BCvenli%C4 %9Fi-Komiteleri-%C3%87al%C4%B1%C5%9Fma-Usul-ve-Esaslar%C4%B1/lang.tr-tr/Radyasyon%20G%C3%BCvenli%C4 %9Fi-Komiteleri-%C3%87al%C4%B1%C5%9Fma-Usul-ve-Esaslar%C4%B1/lang.tr-tr) Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği. (1985, 7 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı:188619. Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.859727.pdf>
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği. (2000, 24 Mart). T. R. Resmi Gazete (Sayı: 23999). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.5272&MevzuatIliski=0&sourceXml Search=>
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapan Yönetmelik. (2010, 30 Haziran). T.C.Resmi Gazete (Sayı: 27600). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/06/20100603-15.htm>
- 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. Sıdika KAYA, 2003.
- Rootman, I. ve diğerleri, “Evaluation in health-Promotion Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series, 2001.
- Meral, Y, “Dış Kaynak Kullanımının Hasta Memnuniyeti Üzerindeki Etkisi ve Bu Konuda Bir Araştırma”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği Resmi Gazete Numarası: 15296,

## Kaynaklar

- 11.12.2009 Sağlık Bakanlığı Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi, Sayı: 2652, 20/08/2008 Taşınır Mal Yönetmeliği Numarası: 26407, 18.01.2007
- Nakhleh, MD, FCAP ve Patrick L. Fitzgibbons MD, FCAP, editörler Ürün numarası: PUB118, ISBN numarası: 0- 930304-86-1, 2012.
  - Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi. (2015, 31 Aralık). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
  - (Sayı: 116). Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/15584,bilgi-guvenligi-politikalariyonergesi20180502pdf.pdf?0>
  - Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi Asgari Veri Modeli (Sürüm 1.2.), 2016, Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü
  - Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği. (2013, 11 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28762). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/09/20130911-6.htm>
  - Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği Resmi Gazete Numarası: 29301, 20/03/2015”
  - Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması İçin Altyapı Geliştirme Projesi. (2005). Hacettepe Üniversitesi, Ankara
  - 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.
  - Şardan, Y.Ç. (2010). Packages in infection control. Journal of Intensive Care, 9(4), p. 188-192
  - Starfield B, Shi L., “The medical home, access to care, and insurance. Pediatrics.”, 113(5 suppl):1493-8., 2004.
  - Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings.
  - Access address:<https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
  - Sehulster LM, Chinn RYW, Arduino MJ, Carpenter J, Donlan R, Ashford D, Besser R, Fields B, McNeil MM, Whitney C, Wong S, Juraneck D, Cleveland J. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago IL; American Society for Healthcare Engineering/American Hospital Association; 2003. Access address: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
  - 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.
  - Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi, DAS Derneği, 2019.
  - Sciacovelli, L. ve and others,, “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.
  - Shortell, S. M., & Kaluzny, A. D. (2000). Health care management: Organization, design, and behaviour. Albany: Delmar Publishers.
  - World Health Organization, “Protection of health and safety of health workers: checklist for health care facilities”, 2020.
  - Srivastava R. and others, “Reflex and reflective testing: efficiency and effectiveness of adding on laboratory tests”, Ann Clin Biochem, 47, s. 223–227, 2010.
  - 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.
  - Tengilimoğlu, D., Işık, O., & Akbolat, M. (2014). Health care management. Nobel Publication, Ankara.
  - Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. İlaçların dikkatli kullanımı. Erişim Adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/>
  - T.C. Çevre Bakanlığı, Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği Resmi Gazete Numarası: 24379, 20/04/2001
  - T.C Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı Tıbbi Gazların Üretimi, Dolum, Depolama ve Satışını Yapan Tesisler Hakkında Tebliğ (2015, 10 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı:29471). Erişim Adresi :<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/09/20150910-5.htm>
  - T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2017) Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırasına İlişkin Genelge. Erişim Adresi :<https://shgm.saglik.gov.tr/TR,24719/poliklinik-hizmetlerinde- oncelik- sirasigenelgesindedegisiklik.html>
  - T.C. Çevre ve Orman Bakanlığı. (2009). 2009-2020 Çevre Gürültüsü Eylem Planı. Erişim Adresi: [http://www.cygm.gov.tr/CYGM/Files/EylemPlan/Ce\\_vresel\\_%20Gurultu\\_%20Eylem\\_Planı.pdf](http://www.cygm.gov.tr/CYGM/Files/EylemPlan/Ce_vresel_%20Gurultu_%20Eylem_Planı.pdf)
  - Türkiye Biyokimya Derneği. (2015). Venöz Kan Alma Rehberi, Ankara

## Kaynaklar

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Yatarak Tedavi Kurumlarının Enfeksiyon Kontrolüne Dair Yönetmelik”, Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.
- Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. (2011, 16 Şubat). T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 7465). Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>
- 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”, Resmi 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](http://www.tdk.gov.tr)
- Türkiye Kan Merkezleri Transfüzyon Derneği, Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi, İstanbul, Çesa Basım Hizmetleri, 2011.
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2013, 5 Kasım). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28812). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090904-13.htm>
- Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, “Mevcut ve yeni sağlık tesislerinde uyulması gereken asgari teknik standartlara ilişkin genelge, 30.10.2012.
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, 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.
- Terapötik Aferez Merkezleri ve Üniteleri Yönetmeliği. (2019, 31 Temmuz).T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30848). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/07/20190731-3.htm>
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2018, 18 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30629). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181218-1.htm>
- Usluer, G., vd. (2006). Isolation Precautions Guide, Turkish Association for Hospital Infections and Control, Journal of Hospital Infections, 10(2)
- Ülgen, H. and Mirzek, K. (2004). Strategic Management in Business, Literatur Publications Ünal, N. (2001). Hospital infections and hospital design, design of

intensive care units. *Journal of Hospital Infections* (5(3)), p. 183-194)

- 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.
- 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.
- 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.
- Yapı Denetimi Uygulama Yönetmeliği. (2008, 5 Şubat). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26778). Erişim Adresi:<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.11951&Mevzuatlliski=0>
- 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.
- Yatarak Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı: 17927, 13.1.1983
- Yatarak Tedavi Kurumlarının Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetlerine Dair Yönerge, Resmi Gazete: Sayı:10588 06.11.2001
- Yataklı Sağlık tesislerinde acil servis hizmetleri uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ T.C. Resmi Gazete Sayı 27378, 16 Ekim 2009.
- 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.
- William A. Rutala, Ph.D., M.P.H.1,2, David J. Weber, M.D., M.P.H.1,2, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)3, 2008. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. Access address: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/>
  - 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.
  - 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, Global Report on Infection Prevention and Control 2024, 2024.
  - WHO, Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, 2009.
  - WHO, Health Promotion Glossary of Terms, 2021.
  - WHO, Global strategy on digital health 2020-2025.
  - WHO, Laboratory Assesment Tool, 2012.
  - WHO, Laboratory biosafety manual, 4th edition, 2020.
  - 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, Pharmaceuticals Newsletter No.4, 2024.
  - WHO, Safe Surgery Save Lives, Safe Surgery Checklist, Patient Safety Checklists, 2009.
  - WHO, World Alliance for Patient Safety, 2009.
  - Zenciroğlu, D. (2005). Sterilization with Ethylene Oxide; How does it work? What are the Features of the Devices Used? How is it Inspected? In the 4th National Sterilization Disinfection Congress Book (p. 099-120). On Dokuz Mayıs University, Samsun
  - <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
  - Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynaklarıyla Çalışan Personelin Radyasyon Doz Sınırları ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik. (2012, 5 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28344). Erişim
  - Adresi:<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.16332&Mevzuatlliski=0&sourceXmlSearch=iyonla%C5%9Ft%C4%B1r%C4%B1c%C4%B1>
  - Binaların Yangından Korunması Hakkındaki Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2018, 15 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30361). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090909-10.htm>
  - Yatarak Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına

- Dair Yönetmelik. (2011, 25 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 27975).
- Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110625-2.htm>
  - Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 26 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30990). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/12/20191226-16.htm>
  - Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği. (2010, 4 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:27601).
  - Devlet Arşiv Hizmetleri Yönetmeliği. (2019, 18 Ekim). T.C. Resmi Gazete (Sayı:30922). Erişim Adresi: <https://www.devletarsivleri.gov.tr/Sayfalar/Haberler/Duyuru.aspx?ID=4164>
  - Gıda Güvenliği ve Kalitesinin Denetlenmesi ve Kontrolü Yönetmeliği. (2008, 26 Eylül). Resmi Gazete (Sayı: 27009).Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080926-4.htm>
  - Gıda Güvenliği ve Kalitesinin Denetlenmesi ve Kontrolü Hakkında Yönetmelik. (2008, 26 Eylül). Resmi Gazete (Sayı: 27009). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080926-4.htm>
  - Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik. (2011, 6 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 27897). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>
  - İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28681). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/06/20130618-8.htm>
  - Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 31 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı:30790). Erişim Adresi:<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/05/20190531-1.htm>
  - Dış Hekimliği Hizmetleri Kurumunun Yeniden Yapılandırılması Onayı, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sayı:39939, 06 Ekim 2010
  - Dış Protez Laboratuvarları Yönetmeliği Resmi Gazete, Sayı:26016, 07 Aralık 2005 Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonuna Dair Yönetmelik. (2015, 25 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 2939799). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150625-4.htm>
  - Robert, J.,M., ve diğerleri (2010). "Sağlık Reformunun Doğru Uygulanması, Performans ve Eşitliğin İyileştirilmesi İçin Bir Kılavuz" (Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Okulu), Ankara
  - Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Atama ve Nakil Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2018, 2 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30348). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/03/20180302-3.htm>
  - Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013
  - Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayısı 29396, 24.06.2015
  - Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26927, 05/07/2008
  - Çalışanların Gürültüyle İlgili Risklerden Korunmasına Dair Yönetmelik Resmi Gazete, Sayı: 28721, 28.07.2013
  - Diyaliz Hizmetleri Yönetmeliği. (2010) Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazete, Tarih/Sayı:

## Kaynaklar

- 18 Haziran 2010-27615
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 28648, 15.05.2013.
  - Çalışanların Patlayıcı Ortamların Tehlikelerinden Korunmasına Dair Yönetmelik Resmi Gazete Sayı: 28633, 30/04/2013
  - Düzenli Atık Depolama Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 27533, 26/03/2010 Binaların Yangından Korunmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 26735, 19/12/2007
  - Biyolojik Etkenlere Maruziyet Risklerinin Önlenmesine Dair Yönetmelik Resmi Gazete Sayı: 28678, 15.06.2013
  - Gıda Hijyeni Yönetmeliği, Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Sayı 281457, 17 Aralık 2011.
  - Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420
  - Hasta ve Personel Güvenliğinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Sayı: 27897, 6 Nisan 2011
  - Hizmet Alımı İhale Başvuru Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29428, 28/07/2015 basım, 1999.
  - İlaçların Güvenliği Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014
  - İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı:28545, 29.12.2012.
  - İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013
  - İş Güvenliği Uzmanının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 28512, 29.12.2012.
  - İşyeri Binaları ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete Sayı: 28710, 17.07.2013
  - Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Açık Kura ile Atanacak Sağlık Personelinin Atama Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29412, 10.07.2015
  - Kimyasal Maddelerle Çalışmada Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik Resmi Gazete, Sayı: 28733 12.08.2013
  - İşyerlerinde Kişisel Koruyucu Donanım Kullanımına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 28695, 02.07.2013
  - Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik - 20 Ekim 2016 Sayı: 29863
  - Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 25606, 07.10.2004
  - Raju PS, Lonial SC, "Hastane Sektöründe Hizmet Kalitesi ve Pazarlamanın Finansal Performansa Etkisi: Ampirik Bir İnceleme. Perakendecilik Dergisi ve Tüketici Hizmetleri", 9 (6): 335-348, 2002
  - Restuccia, D.J., ABD'de Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek, Çeviri Sıdika KAYA, 2003.
  - Rootman, I. ve diğerleri, "Sağlık-Teşvik İlkeleri ve Perspektiflerinde Değerlendirme, WHO Bölgesel Yayınları, Avrupa Serisi, 2001.
  - Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Sayı 28599, 26 Mart 2013

- Sağlık Bakanlığı Personelinin Terfi ve Ünvan Değişikliği Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 289759, 17.04.2014
- Sağlık Bakanlığı Personeline Kendilerine Karşı İşlenen Suçlardan Dolayı Yapılacak Hukuki Destek Usul ve Esaslarına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 28277, 28.04.2012
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının 4924 Sayılı Kanununa Tabi Sözleşmeli Sağlık Personelinin Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 29264, 11.02.2015
- Sağlık Bakanlığı Piyasa Gözetimi ve Denetimine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik Resmi Gazete Sayısı: 26563, 25.06.2007
- Sağlık Kalitesinin İyileştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, (2011).



TÜRKİYE SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE  
VE AKREDİTASYON ENSTİTÜSÜ

# TÜSKA SAS Gösterge Listesi



**TÜSKA SAS Hastane Seti (v4/2025)  
Gösterge Listesi**

Sıra No.	Gösterge Adı
1	Hedeflere Ulaşma Oranı
2	Düzeltilici İyileştirici Faaliyet (DİF) Sonuçlandırma Oranı
3	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
4	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
5	Çalışan Memnuniyet Oranı
6	Personel Devir Hızı
7	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı
8	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
9	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
10	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı
11	Çalışan Sağlık Gözetimlerinin Tamamlanma Oranı
12	Hasta Memnuniyet Oranı
13	Basınç Yarası Görülme Oranı
14	Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Görülme Oranı
15	Hasta Düşme Oranı
16	Santral Venöz Kateter İlişkili Dolaşım Enfeksiyon Hızı
17	Üriner Kateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı
18	Ventilatör İlişkili Pnömoni Hızı
19	Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyon Oranı
20	Cerrahi Profilaksidede Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı
21	El Hijyeni Uyum Oranı

## TÜSKA SAS Gösterge Listesi

22	El Antiseptiği Tüketim Oranı
23	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı
24	İlaç Etkileşimi Görülme Sayısı
25	İmha Edilen İlaç Oranı
26	İmha Edilen Kan ve Kan Ürünü Oranı
27	Kan ve Kan Ürünü Takip Formunun Uygun Doldurulma Oranı
28	Hastane Mortalite Oranı
29	Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
30	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı
31	Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı
32	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
33	Sezaryen Oranı
34	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
35	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
36	Sezaryen Sonrası Vajinal Doğum Oranı
37	Psikiyatri Hastalarında Ortalama Kısıtlama Süresi
38	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı
39	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
40	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı
41	Kaybolan Numune Oranı
42	Tekrar Alınan Numune Oranı
43	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
44	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
45	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı
46	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı

## TÜSKA SAS Gösterge Listesi

47	Panik Değer Bildirim Oranı
48	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
49	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı
50	Laboratuvarlarda Riskli Kimyasallarla Temas Sayısı
51	Biyogüvenlik Düzeyi (BGD) 3 Mikroorganizmalarla Temas Sayısı
52	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
53	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi (GCKL) Kullanım Oranı
54	Postoperatif Sepsis Oranı
55	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Oranı
56	Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi
57	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
58	Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı
59	Tesis Kaynaklarında Arızalı Gün Sayısı
60	Tesis Kaynaklı Sorunlara Ortalama Müdahale Süresi
61	Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
62	Bilgi Yönetim Sisteminin Devre Dışı Kaldığı Süre
63	Cihaz Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi
64	Cihaz Arızalanma Oranı
65	Bilgi Yönetim Sistemi Revizyon Taleplerinin Karşılama Oranı
66	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı
67	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı
68	Hemodiyaliz Hastalarında Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı
69	Hemodiyaliz Hastalarında Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı
70	Ortalama Hemodiyaliz Süresi

## TÜSKA SAS Gösterge Listesi

71	Hemodiyaliz Hastalarında Eritropoetin Kullanım Oranı
72	Hemodiyaliz Hastalarında Ortalama Hb Düzeyi 10-13 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı
73	Hemodiyaliz Hastalarında HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
74	Hemodiyaliz Hastalarında Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı
75	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hasta Oranı
76	Hemodiyaliz Hastalarında Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
77	Hemodiyaliz Hastalarında Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı
78	Fissur Sealant (Örtücü) Uygulama Oranı
79	Tekrar Alınan Diş Protezi Ölçü Oranı
80	Reddedilen Diş Protezi Ölçü Oranı
81	Kaybolan Ölçü Oranı
82	Kaybolan Protez Oranı
83	Zamanında Teslim Edilmeyen Diş Protezi Oranı
84	Ortalama Hasta Yatış Süresi
85	Yatak Doluluk Oranı
86	Laboratuvar Giderlerinin Toplam Tahakkuk Geliri Payı
87	İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı
88	Personel Giderlerinin Hizmet Tahakkuk Geliri Payı
89	Bütçe Denklik İndeksi
90	Klinik Rehber, Kılavuz Ve Protokollere İlişkin Rastgele İncelenen Vaka Sayısı
91	Sürdürülebilirlik Eğitimi Katılım Oranı
92	Atık Azaltım Oranı
93	Geri Dönüştürülen Atık Oranı





Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı  
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü