



T.C. Sağlık Bakanlığı

# Sağlıkta Akreditasyon Standartları

Hastane Seti – v1.1/2015



## **Sağlıkta Akreditasyon Standartları**

Hastane Seti – v1.1/2015

ISBN: 978-975-590-479-5

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Bu kitabın her t¼rl¼ yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı'na aittir. Genel M¼d¼rl¼ę¼n yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın t¼m¼ veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz. Yazarların bu kitap içinde yer alan bildirimlerini başka kitap ve/veya dergilerde m¼nferiden yayınlama hakları saklıdır.

### **İletişim**

T.C.Sağlık Bakanlığı, T¼rkiye

Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

**E-posta:** skskalite@gmail.com

**Web:** www.kalite.saglik.gov.tr

### **Kapak ve Sayfa Tasarım**

Zeynep ASLAN – m.zeynepaslan@gmail.com

### **Baskı**

Pozitif Matbaa

Çamlıca Mahallesi Anadolu Bulvarı 145. Sk. No:10/19

Yenimahalle / ANKARA

Tel: 0312 397 00 31 • Faks: 0312 397 86 12

www.pozitifmatbaa.com – E-posta: pozitif@pozitifmatbaa.com



## Hazırlayanlar

Prof. Dr. İrfan ŞENCAN

Prof. Dr. Doğan ÜNAL

Dr. Mehmet DEMİR

Dr. Hasan GÜLER

Dr. Abdullah ÖZTÜRK

Uzm. Dr. Dilek TARHAN

Dr. İbrahim H.KAYRAL

Ercan KOCA

Elif KESEN

Dr. Umut BEYLİK

Demet GÖKMEN KAVAK

Nurcan AZARKAN

Özlem ÖNDER

Süleyman Hafız KAPAN

İbrahim DOLUKÜP

Bayram DEMİR

Öznur ÖZEN

Çağlayan SARIOğLAN

Emine YILDIZ

Őükriye Yüksel BAğIRSAKÇI

Mehmet SALUVAN

Muammer AKSU

Erol YALÇIN

## Çalışma Grubu

- Dr. Abdullah ÖZTÜRK, Tıp Doktoru, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Abdurrahman ATLI, Rehberlik ve Psikolojik Danışman, Ağrı İli Kamu Hastaneleri Birliği, Ağrı
- Uzm. Dr. Abdurrahman KARA, Hematoloji Uzmanı, Ankara Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
- Ahmet ASLANCAN, İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı, Ankara Çocuk Sağlığı Hastalıkları Hematoloji Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
- Uzm. Dr. Ahmet Uğur KEVENK, Beyin Cerrahisi Uzmanı, İstanbul Fatih Sultan Mehmet Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
- Dr. Ali ÇINAR, Tıp Doktoru, Dr. Vefa Tanır Ilgın Devlet Hastanesi, Konya
- Dr. Ali Süha BİNGÖL, Tıp Doktoru, Dr. Aşkıım Tüfekçi Devlet Hastanesi, Adana
- Atakan ALTAN, Kamu Yönetimi, İstanbul İli Kamu Hastaneleri Birliği, İstanbul
- Ayfer BAHTİYAR, Hemşire, Özel Bayındır Hastanesi, Ankara
- Ayşe Sibel ÖKSÜZ, Laboratuvar Teknisyeni, Ankara Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
- Bayram DEMİR, Sosyolog, Batman İli Kamu Hastaneleri Birliği, Batman
- Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN, İşletme Yönetimi, Uludağ Üniversitesi, Bursa
- Burcu ELİTEZ, Hemşire, Eskişehir İli Kamu Hastaneleri Birliği, Eskişehir
- Dr. Cenker ATEŞ, Tıp Doktoru, Antalya İli Kamu Hastaneleri Birliği, Antalya
- Cihat ERDİL, Hemşire, Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir

- Çağlayan SARAL, Mühendis, İstanbul Acıbadem Sağlık Grubu, İstanbul
- Çağlayan SARIOĞLAN, İletişim Uzmanı, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Demet Gökmen KAVAK, Hemşire, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Uzm. Dr. Dilek TARHAN, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Dudu Dede UÇAR, Tıp Doktoru, Adana Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Adana
- Elif KESEN, İşletme Yönetimi, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Dr. Emine Elvan ÇİFTLİK, Tıp Doktoru, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
- Emine YAVUZ, Hemşire, Ankara Numune Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
- Emine YILDIZ, Ebe, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara, Türkiye
- Ercan KOCA, Eczacı, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Dr. Erdinç ÖZKURT, Tıp Doktoru, Eskişehir Sağlık Müdürlüğü, Eskişehir
- Erol YALÇIN, Yazılım Uzmanı, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Dr. Gül KURTULUŞ, Tıp Doktoru, Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi, Ankara
- Gülfidan DÜZGÜN, Hemşire, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi, Denizli
- Doç. Dr. Gülsen YILMAZ, Tıbbi Biyokimya Uzmanı, Ankara Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
- Dr. Hasan GÜLER, Tıp Doktoru, S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Ankara

- Uzm. Dr. Hasan KARAMAN, KBB Uzmanı, Eyüp Devlet Hastanesi, İstanbul
- İbrahim DOLUKÜP, Yazılım Uzmanı, S.B. SHGM İstatistik Analiz Bilgi Sistemleri Daire Başkanlığı, Ankara
- Dr. İbrahim H.KAYRAL, İşletme, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Dr. İlyas BOZKURT, Tıp Doktoru, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü, İstanbul
- Uzm. Dr. Kazım SARICI, Nöroloji Uzmanı, Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir
- Uzm. Dr. Kemal OKTAY, Genel Cerrahi Uzmanı, Başakşehir Devlet Hastanesi, İstanbul
- Levent SONGÜR, Sağlık Fizikçisi, Van Bölge Eğitim Araştırma Hastanesi, Van
- Dr. Mehmet EROĞUL, Tıp Doktoru, Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir
- Mehmet SALUVAN, Sağlık Yönetimi Uzmanı, Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Mesut SODAN, Biyolog, Beyşehir Devlet Hastanesi, Konya
- Muammer AKSU, Donanım Uzmanı, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Yrd. Doç. Dr. Mücahit AVCİL, Acil Tıp Uzmanı, Adnan Menderes Üniversitesi Uygulama ve Araştırma Hastanesi, Aydın
- Nurcan AZARKAN, Hemşire, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Uzm. Dr. Osman Özcan AYDIN, Anestezi ve Reanimasyon Uzmanı, Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir
- Dr. Özlem ECEMİŞ, Tıp Doktoru, Manisa Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Manisa
- Özlem ÖNDER, Kamu Yönetimi Uzmanı, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Öznur ÖZEN, Psikolog, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara

- Selcen DURMAZ, Eczacı, S.B. SHGM Teşhisle İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı, Ankara
- Sibel UZUN, Hemşire, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul
- Songül YORGUN, Kamu Yönetimi, Bolu İli Kamu Hastaneleri Birliği, Bolu
- Süleyman Hafız KAPAN, Hukuk Müşaviri, S.B. SHGM Mevzuat İşleri Daire Başkanlığı, Ankara
- Tuncay KOYUNCU, Diş Hekimi, S.B. SHGM Teşhisle İlişkili Gruplar Daire Başkanlığı, Ankara
- Dr. Umut BEYLİK, Sağlık Kurumları Yönetimi, S.B. SHGM Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Ankara
- Doç. Dr. Ü. Gül ERDEM, Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanı, Dışkapı Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
- Uzm. Dr. Zehra Şenocak ORTARIK, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, Ankara Göğüs Hastalıkları ve Göğüs Cerrahisi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara

## Katkıda Bulunanlar

- Dr. Abdulvahit SÖZÜER, Tıp Doktoru, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul
- Abdülkadir KURŞUN, İşletme Yönetimi, Diyarbakır Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Diyarbakır
- Ali ÇAKIR, İşletme Yönetimi, İzmir İl Sağlık Müdürlüğü, İzmir
- Aynur Acil YILMAZ, Hemşire, Yozgat İl Sağlık Müdürlüğü, Yozgat
- Doç. Dr. Aysun KARABULUT, Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanı Pamukkale Üniversitesi, Denizli
- Uzm. Dr. Ayşe ERTÜRK, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, Rize
- Yrd. Doç. Dr. Ayşegül Çopur ÇİÇEK, Tıbbi Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, Recep Tayyip Erdoğan Üniversitesi Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Rize
- Burcu KORKMAZ, İşletme Yönetimi, Ankara Acıbadem Sağlık Grubu, Ankara
- Uzm. Dr. Ceyhun BOZKURT, Onkoloji Uzmanı, Sami Ulus Kadın Doğum, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Eğitim Araştırma Hastanesi, Ankara
- Doç. Dr. Doğan YÜCEL, Tıbbi Biyokimya Uzmanı, Ankara Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Ebru ÇAKIR, Ebe, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
- Dr. Elif TUNA, Tıp Doktoru, Turgutlu Devlet Hastanesi, Manisa
- Uzm. Dr. Emin MURAT, Üroloji Uzmanı, Malatya Devlet Hastanesi, Malatya
- Doç. Dr. Emine Türkmen ŞAMDANCI, Patoloji Uzmanı, İnönü Üniversitesi Tıp Fakültesi



- Uzm. Dr. Ergun KARAHALLI, Göğüs Hastalıkları Uzmanı, TKHB İstanbul İli Bakırköy Genel Sekreterliği
- Uzm. Dr. Ferzane MERCAN, Tıbbi Biyokimya Uzmanı, S.B. SHGM Laboratuvar Hizmetleri Daire Başkanlığı, Ankara
- Filiz SALIŞ, Hemşire, Muğla İl Sağlık Müdürlüğü, Muğla
- Uzm. Dr. Gökhan DARILMAZ, Tıp Doktoru, Beyhekim Devlet Hastanesi, Konya,
- Gülfıdan DÜZGÜN, Hemşire, Denizli Servergazi Devlet Hastanesi, Denizli
- Uzm. Dr. Hakan BORAND, Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji Uzmanı, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi
- Hamza DİNÇ, Anestezi Teknikeri, İstanbul Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul
- Dr. Hüseyin DEMİREL, Tıp Doktoru, Bursa İli Kamu Hastaneleri, Bursa
- Doç. Dr. İsmail SARI, Hematoloji Uzmanı, Pamukkale Üniversitesi, Denizli
- Yrd. Doç. Dr. İsmail Yılmaz, Genel Cerrahi Uzmanı, Erzincan Devlet Hastanesi, Erzincan
- Uzm. Dr. Mücahit KAPÇI, Acil Tıp Uzmanı, Isparta Devlet Hastanesi, Isparta
- Naime KALAYCI, Hemşire, Manisa Turgutlu Devlet Hastanesi, Manisa
- Uzm. Dr. Nebahat ERTİLAV, Tıbbi Biyokimya Uzmanı, Bolu İzzet Baysal Devlet Hastanesi, Bolu
- Doç. Dr. Neslihan DERİN, İşletme, İnönü Üniversitesi, Malatya
- Neşe Özgür, Hemşire, İstanbul Başakşehir Devlet Hastanesi, İstanbul
- Nuri ŞAŞMAZ, Sağlık Yönetimi Uzmanı, Pamukkale Üniversitesi, Denizli
- SAKIP GENÇER, İktisat, Van İli Kamu Hastaneleri Birliği, Van
- Uzm. Dr. Sami CEBELLİ, Genel Cerrahi Uzmanı, Denizli Devlet Hastanesi, Denizli

- Selami TAVUKÇUOĞLU, Biyolog, Bursa Halk Sağlığı Müdürlüğü, Bursa
- Sibel UZUN, Hemşire, Fatih Sultan Mehmet Eğitim Araştırma Hastanesi, İstanbul
- Songül KAYNAR, Ebe, Zekai Tahir Burak Kadın Sağlığı Eğitim ve Araştırma Hastanesi, Ankara
- Zeynep ASLAN KESMÜK, Grafik Tasarım, Pozitif Matbaa, Ankara,
- Zöhre ÜNLÜCE, Hemşire, Eskişehir Devlet Hastanesi, Eskişehir

## Teşekkür

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

Bu süreçte SAS Pilot çalışmalarında 8 farklı ilden 17 hastaneden katılan temsilcilerden elde edilen geri bildirimlerin yanı sıra, kamuoyunun görüşlerini almaya yönelik hazırlanan SAS Görüş ve Öneri Platformu'na kurumsal ve bireysel düzeyde 4.400 farklı kayıt gerçekleştirilmiştir.

SAS Hastane Seti çalışmalarında yer alan tüm Kamu Kurumları, Özel Sağlık Kurumları, Üniversiteler, Sivil Toplum Kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağlıkta kaliteye gönül veren tüm bireysel paydaşlarımıza teşekkür ederiz.



# İÇİNDEKİLER

GİRİŞ.....	1
Sunuş.....	3
Sağlıkta Akreditasyon Standartları - Hastane.....	5
STANDART VE KILAVUZLAR.....	17
▶ Yönetim ve Organizasyon .....	41
Organizasyon Yapısı.....	43
Temel Politika ve Değerler.....	47
Kalite Yönetim Yapısı.....	50
Doküman Yönetimi.....	53
Güvenlik Raporlama Sistemi.....	58
Risk Yönetimi .....	61
Eğitim Yönetimi.....	64
Sosyal Sorumluluk.....	68
Kurumsal İletişim .....	70
▶ Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme .....	73
Kurumsal Göstergeler .....	75
SAS Göstergeleri.....	78
▶ Sağlıklı Çalışma Yaşamı .....	89
İnsan Kaynakları Yönetimi .....	91
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği.....	96
▶ Hasta Deneyimi .....	101
Temel Hasta Hakları .....	103
Hasta Güvenliği.....	106
Hasta Geribildirimleri.....	108

Hizmete Erişim.....	110
Yaşam Sonu Hizmetler .....	113
▶ Sağlık Hizmetleri.....	117
Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi .....	119
Sterilizasyon Yönetimi .....	131
İlaç Yönetimi.....	135
Transfüzyon Yönetimi.....	141
Hasta Bakımı .....	149
Radyasyon Güvenliği .....	171
Laboratuvar Hizmetleri .....	175
Güvenli Cerrahi .....	193
Acil Sağlık Hizmetleri.....	201
▶ Destek Hizmetleri .....	209
Otelcilik Hizmetleri.....	211
Tesis Yönetimi .....	219
Atık Yönetimi .....	222
Bilgi Yönetimi.....	225
Malzeme ve Cihaz Yönetimi.....	228
Dış Kaynak Kullanımı .....	232
▶ Acil Durum Yönetimi.....	235
Acil Durum Yönetimi .....	237
TANIMLAR VE KISALTMALAR.....	251
STANDARTLAR İLE İLİŞKİLİ MEVZUATLAR .....	265
KAYNAKLAR .....	275

# GİRİŞ





# Sunuş



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

Türkiye’de Akreditasyon çalışmalarının temelleri ilk kez sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile 2005 yılında atılmış ve değerlendirmelere ait hizmet standartları belirlenmiştir. Bu standartlar, zaman içinde sayı ve yapısal anlamda gelişerek dört ayrı versiyon halinde uygulamaya geçirilmiştir. 2013 yılına gelindiğinde Akreditasyona ilişkin dört temel ilke ve on hedef doğrultusunda standartlar yeniden yapılandırılmış ve beşinci versiyon olarak “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” adı ile son şeklini almıştır.

“Türkiye Sağlıkta Akreditasyon Sistemi”ne ışık tutan “Hastane Seti”; hastaneler başta olmak üzere tüm paydaşlarca ortak bir dil ile anlaşılıp yorumlanması amaçlanarak hazırlanmıştır.

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

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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ekseninde oluşturulan ulusal akreditasyon yapısı ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenen sağlıkta kalite yapılanmasının üç ana unsuru da tamamlanmış bulunmaktadır. Ülkemize özgü olarak geliştirdiğimiz **sağlıkta kalite yapılanması** iki kısımdan oluşmaktadır:

- » Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri
- » Sağlıkta Akreditasyon Sistemi

**Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri:** SKS esas alınarak sağlık kurum ve kuruluşlarında yapı, süreç ve çıktı bazlı kalite düzeyinin belirlenerek puanlandırılmasıdır. Kalite değerlendirmeleri periyodik olarak yapılır ve raporlanır. Oluşan puanlar, çeşitli teşvik ve yaptırımlara yönelik olarak kullanılabilir. Zorunluluk esaslıdır. Süreç içinde tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsamaması hedeflenmektedir.

**Sağlıkta Akreditasyon Sistemi:** SAS esas alınarak sağlık kurum ve kuruluşlarının gönüllülük esasıyla başvuracakları ve başarı durumlarına göre belgelendirilecekleri bir sistemdir. Sağlıkta Akreditasyon Sistemi; sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile ülke genelinde elde edilen kalite düzeyinin ötesine geçmek ve kurumsal farkını ortaya koymak isteyen hastanelerin başvurabilecekleri bir sistemdir. Uluslararası alanda onaylanmış bir belge içermesi sebebiyle de özellikle yurt içi ve yurt dışı sağlık turizmini teşvik edici olarak kurgulanmıştır.

Ülkemizde sağlıkta kalite alanında Bakanlığımızca ortaya konulan bu yapı, ülkemiz sağlık sisteminin sürekli geliştirilen ve sürdürülebilir bir hizmet anlayışı çerçevesinde sağlam temeller üzerine oturması açısından kritik öneme sahiptir.

# Sağlıkta Akreditasyon Standartları - Hastane



## Standartların Geliştirilmesi

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

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

2003 yılında ilk kez Türkiye sağlık gündeminde açıkça ifade edilerek yer bulan akreditasyon çalışmaları, uzun bir yolculuğun sonuçları olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu yolculuğun ilk etabının gerçekleştirildiği 2005 yılında, ilk defa sağlık hizmetlerini kapsayan, içeriğinde sağlık hizmetlerinin tüm süreçlerini barındıran hizmet standartları belirleme çalışmaları başlatılmıştır. Çalışmalar ilk etapta yöneticilerde ve çalışanlarda kaliteli hizmet sunumu farkındalığı oluşturma ve sağlık kurumlarında hizmet süreçlerinin belirlenerek dokümanite edilmesi amacını taşıyordu. Bu çerçevede 2005 yılında 100 kalite standardı oluşturuldu. Sağlıkta Kalite Standartları 2007 yılında 150’ ye, 2008 yılında 354’ e 2009 yılında özel hastaneler için olan setle 388’ e 2011 yılında ise son revizyonla 621 standarda yükseltilmiş olup yıllar itibarıyla hem sayısal, hem standartların içeriği ve kapsamı mahiyetinde önemli oranda değişime ve gelişime uğramıştır.

2005 yılında başlayan bu süreçte gelişimin kademeli olarak gerçekleştirilmesinin sebebi kurumların büyük bir kısmının kalite ve akreditasyon kavramı ile daha önce tanışmamış olmasıdır. Sağlık kurumlarının bu ça-

İşmaları tanınması, benimsemesi ve sağlık hizmetlerinin gelişimine olan yadsınılmaz katkısı farkındalığının oluşturulması çalışmaların takip eden yıllarla belirli bir zaman dilimine yayılmasını beraberinde getirmiştir.

#### *Versiyon 1*

2005 yılında 17.03.2005 tarihli ve 1831 sayılı Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi çerçevesinde 100 standart oluşturulmuş ve uygulamaya konulmuştur.

Kurumların kendilerini değerlendirmeye başlamaları ile hız kazanan kalite çalışmaları kısa sürede, kurumlarda eksikliği hissedilen önemli bir işlevi de yerine getirmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları, kurumlarımızın hizmet süreçlerini ve uygulamalarını sorgulamaya başlamalarına olanak sağlamış, daha da önemlisi, “Hastalarımıza nasıl daha iyi bir sağlık hizmeti sunabiliriz?” “Çalışanlarımıza nasıl daha güvenli bir hizmet ortamı tesis edebiliriz?” düşüncesinin yavaş yavaş yerleştiği yeni bir dönemin başlangıcı olmuştur.

#### *Versiyon 1.1.*

2006 yılında 05.12.2006 tarih ve 9414 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi” çerçevesinde standartların yapısında kısmi değişiklikler yapılmıştır. Versiyon 1.1 ile Hastaneler İl Performans Kalite Koordinatörlükleri tarafından değerlendirilmeye başlanmış ve kurumların kendi kendilerini değerlendirme sürecinden dış değerlendirme sürecine doğru geçiş başlatılmıştır.

#### *Versiyon 2*

2007 yılında 23.03.2007 tarih ve 13 sayılı “Sağlık Bakanlığına Bağlı Sağlık Kurum ve Kuruluşlarında Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesi Hakkında Değişiklik Yapılmasına Dair Yönerge” ile standartlarda ikinci revizyon yapılarak standart sayısı 150’ye çıkarılmıştır. Bu süreçten sonra kurumların tamamı il performans kalite koordinatörlükleri ve Bakanlık değerlendiricileri tarafından değerlendirilmeye başlanmıştır. Ayrıca sayısı 150’ye ulaşan standartların önem derecesine göre yeniden puanlandırılmış ve standartlara yönelik bir uygulama rehberi hazırlanmıştır.

### *Versiyon 3.Kamu*

Sağlıkta Kalite Standartları, 2008 yılında 02.07.2008 tarih ve 2542 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” çerçevesinde yeniden revize edilmiştir. Standartlar hasta ve çalışan güvenliği temasıyla yeniden hazırlanarak 354 standarttan oluşan kapsamlı bir set haline dönüşmüştür.

### *Versiyon 3.Özel*

2009 yılında, 13.11.2009 tarih ve 14.867.439 sayılı “Özel Hastaneler ile Vakıf Üniversite Hastanelerinin Puanlandırılması Hakkında Yönerge” kapsamında özel hastanelere yönelik 388 standarttan oluşan ayrı bir set hazırlanmıştır.

### *Versiyon 4.*

2011 yılında Sağlıkta Kalite Standartları 01.03.2011 tarih ve 9489 sayılı “Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi” çerçevesinde kamu, özel ve üniversite hastanelerini kapsayan tek bir set haline getirilmiştir. 621 standarttan oluşan bu set yapısı itibari ile incelendiğinde aşağıdaki yeniliklerin yer aldığı görülmektedir:

- » Standartların birbiriyle ilişkilendirilmesi ve kurumun tüm bölümlerini kapsamaması amacıyla boyutlandırma yapısının geliştirilmiştir
- » 24 hastanede standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.
- » Standartların hem izlenilebilirliği, hem de kurumlar arası karşılaştırmalarının yapılabilmesi amacıyla kodlama sistemi geliştirilmiştir.
- » Standartların daha iyi anlaşılabilmesi adına tanımlar dizini, bilgilendirme dizini oluşturulmuştur.

### *Versiyon 5. (SAS)*

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

Sağlıkta Kalite Standartlarının yapısal değişikliklerle revizyona tabi tutulmasına karar verilmiştir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti, sağlık alanında hem uluslararası hem de ulusal düzeyde yapılan kalite çalışmaları ile Dünya Sağlık Örgütü ve ISQua ilkeleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. (Ek: Bilgi Notu) Hazırlanan bu set uluslar arası gelişmeleri dikkate alan, ülkemizde sağlıkta kalite altyapısı ile uyumlu, kurumda tüm hizmet alanlarını kapsayan ve amaçsal yorumlamaya uygun bir yapıda oluşturulmuştur. Ayrıca hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, kurumlarda inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay ve kapsayıcı olmasına özen gösterilmiştir. Sağlıkta Akreditasyon Standartları (Versiyon 5.) ile Sağlıkta Kalite Standartları (Versiyon 4.) arasındaki ilişki ekte yer alan Karşılaştırma Cetvelinde gösterilmektedir.

### Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın Amacı ve Kapsamı

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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane, öncelikli olarak hastanelerde standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmayı amaçlamaktadır. Bu bağlamda Türkiye'de hizmet veren tüm hastanelere yönelik olarak hazırlanmıştır.

### Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın Hedefleri

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



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

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

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

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

SAS hedeflerinin tanımlarına aşağıda yer verilmiştir:

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

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

#### *Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Setinin Yapısı*

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında, 7 Boyut, 34 Bölüm, 59 Standart, 242 değerlendirme ölçütü yer almaktadır.

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

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

#### *Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının Boyutlandırılması*

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında yer alan 7 boyut aşağıda yer almaktadır:



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

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

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

#### **» Yönetim ve Organizasyon**

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

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

#### **» Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme**

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

#### **» Sağlıklı Çalışma Yaşamı**

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

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

» **Hasta Deneyimi**

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

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

» **Sağlık Hizmetleri**

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

» **Destek Hizmetleri**

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

» **Acil Durum Yönetimi**

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

### Sağlıkta Akreditasyon Standartları Kodlaması

Standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirilmiştir.

#### Kodlama Sistemi

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

Boyutlara ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

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

Her bir bölüme ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
YO.OY	Organizasyon Yapısı
YO.PD	Temel Politika ve Değerler
YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı
YO.DY	Doküman Yönetimi

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
YO.GR	Güvenlik Raporlama Sistemi
YO.RY	Risk Yönetimi
YO.EY	Eğitim Yönetimi
YO.SS	Sosyal Sorumluluklar
YO.Kİ	Kurumsal İletişim
PÖ.KG	Kurumsal Göstergeler/Yerel Göstergeler
PÖ.SG	SAS Göstergeleri
SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi
SÇ.ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği
HD.HH	Temel Hasta Hakları
HD.HG	Hasta Güvenliği
HD.GB	Hasta Geribildirimleri
HD.HE	Hizmete Erişim
HD.YS	Yaşam Sonu Hizmetler
SH.EK	Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi
SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi
SH.İY	İlaç Yönetimi
SH.TY	Transfüzyon Yönetimi
SH.HB	Hasta Bakımı
SH.RG	Radyasyon Güvenliği
SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri
SH.GC	Güvenli Cerrahi
SH.AS	Acil Sağlık Hizmetleri
DH.OH	Otelcilik Hizmetleri
DH.TY	Tesis Yönetimi
DH.AY	Atık Yönetimi
DH.BY	Bilgi Yönetimi
DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
DH.DK	Dış Kaynak Kullanımı
AD.AD	Acil Durum Yönetimi

Bir standardda ilişkin kodlama örneği aşağıda yer almaktadır:

STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
YO.OY.01.00	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	YO.OY.01.01	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.02	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.
		YO.OY.01.04	Organizasyon yapısı esas alınarak belirlenen sorumluluk alanlarında politika, prosedür, süreç ve planların uygulanması sağlanmalıdır.



STANDART  
ve  
KILAVUZLAR





Boyutlar ve Bölümler		SAS Hastane Seti		
Yönetim ve Organizasyon	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	HEDEFLER	Acil Durum Yönetimi	
	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hasta Güvenliği</li> <li>Hasta Odaklılık</li> <li>Sağlıklı Çalışma Yaşamı</li> <li>Etkinlik</li> <li>Etkililik</li> <li>Verimlilik</li> <li>Hakkaniyet</li> <li>Uygunluk</li> <li>Zamanlılık</li> <li>Süreklilik</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Acil Durum Yönetimi</li> </ul>	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kurumsal Göstergeler</li> <li>SAS Göstergeleri</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>İnsan Kaynakları Yönetimi</li> <li>Çalışan Sağlığı ve Güvenliği</li> </ul>	Destek Hizmetleri	
	<ul style="list-style-type: none"> <li>Organizasyon Yapısı</li> <li>Temel Politika ve Değerler</li> <li>Kalite Yönetim Yapısı</li> <li>Doküman Yönetimi</li> <li>Güvenlik Raporlama Sistemi</li> <li>Risk Yönetimi</li> <li>Eğitim Yönetimi</li> <li>Sosyal Sorumluluklar</li> <li>Kurumsal İletişim</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi</li> <li>Sterilizasyon Yönetimi</li> <li>İlaç Yönetimi</li> <li>Transfüzyon Yönetimi</li> <li>Hasta Bakımı</li> <li>Radyasyon Güvenliği</li> <li>Laboratuvar Hizmetleri</li> <li>Güvenli Cerrahi</li> <li>Acil Sağlık Hizmetleri</li> </ul>	Hasta Deneyimi	
			<ul style="list-style-type: none"> <li>Temel Hasta Hakları</li> <li>Hasta Güvenliği</li> <li>Hasta Geribildirimleri</li> <li>Hizmete Erişim</li> <li>Yaşam Sonu Hizmetler</li> </ul>	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
YO		YO.OY	Organizasyon Yapısı	YO.OY.01.00	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	YO.OY.01.01	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.
						YO.OY.01.02	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
						YO.OY.01.03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.
				YO.OY.01.04	Organizasyon yapısı esas alınarak belirlenen sorumluluk alanlarında politika, prosedür, süreç ve planların uygulanması sağlanmalıdır.		
				YO.OY.02.01	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	YO.OY.02.01	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
				YO.OY.02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı düzenli olarak gözden geçirilmelidir.	YO.OY.02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı düzenli olarak gözden geçirilmelidir.
				Yönetim ve Organizasyon	YO.PD	Temel Politika ve Değerler	Hastanenin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.
	YO.PD.01.02	Hastane, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.					
	YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.					
	YO.PD.01.04	Bölüm amaç ve hedefleri hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.					
	YO.PD.01.05	Hastane kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.					
	YO.PD.01.06	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir süreçleme yapılmalıdır.					
	YO.PD.01.07	Hastane, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını düzenli olarak gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.					

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE								
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU		
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ		
YO		YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY.01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	YO.KY.01.01	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.	
						YO.KY.01.02	Yönetsel yapı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
						YO.KY.01.03	Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> <li>Çalışan güvenliği</li> <li>Hasta güvenliği</li> <li>Eğitim</li> <li>Tesis yönetimi</li> <li>Entegrasyon kontrolü ve önlenmesi</li> <li>Radyasyon güvenliği</li> </ul>	
	Yönetim ve Organizasyon		YO.DY	Doküman Yönetimi	YO.DY.01.00	Hastanede doküman yönetimi sistemi bulunmalıdır.	YO.DY.01.01	Hastanede tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar doküman olarak edimelidir.
							YO.DY.01.02	Dokümanların formatı belirlenmelidir.
							YO.DY.01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhafazası sağlanmalıdır.
							YO.DY.01.04	Dokümanların ilgililere ulaştırılması sağlayacak kurallar belirlenmelidir.
							YO.DY.01.05	Hastanenin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
	Güvenlik Raporlama Sistemi		YO.GR	Güvenlik Raporlama Sistemi	YO.GR.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	YO.GR.01.01	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır.
							YO.GR.01.02	Olay bazında analiz ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
							YO.GR.01.03	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.RY	Risk Yönetimi	YO.RY.01.00	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmesi, analiz edilme ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.	YO.RY.01.01
						YO.RY.01.02
						YO.RY.01.03
						YO.RY.01.04
						YO.RY.01.05
						YO.RY.01.06
	YO.EY.01.01					
	YO.EY.01.02					
	YO.EY.01.03					
	YO.EY.01.04					
YO.SS.01.01						
					Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır.	
					Risk yönetimi planı; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçleri kapsamalıdır.	
					Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilme ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.	
					Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmalarını yapılmalıdır.	
					Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.	
					Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.	
					Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.	
					Eğitim ihtiyaçları; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmelidir.	
					Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.	
					Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
					Hastane, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlıklı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlenmelidir.	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE														
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ							
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.KI	Kurumsal İletişim	YO.KI.01.00	Kurumsal İletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	YO.KI.01.01	Kurumsal İletişim kapsamında; hastane yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.							
						YO.KI.01.02	Hedef kitle hastane faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.							
						YO.KI.01.03	Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.							
	PÖ	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	PÖ.KG	Kurumsal Göstergeler	PÖ.KG.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	PÖ.KG.01.01	İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.						
							PÖ.KG.01.02	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.						
							PÖ.KG.01.03	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.						
							PÖ.KG.01.04	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.						
							PÖ.SG	SAS Göstergeleri	PÖ.SG	SAS Göstergeleri	PÖ.SG.01.00	Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile SAS Göstergeleri izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	PÖ.SG.01.01	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.
													PÖ.SG.01.02	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.
													PÖ.SG.01.03	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
PÖ.SG.01.04	SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.													

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	SÇ.İK.01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların tanıtımlarına ilişkin niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.01.03	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.
						SÇ.İK.01.04	Çalışanların, çalışma yaşamı ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.02.01	Hastanenin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel tedarik planı oluşturulmalıdır.
						SÇ.İK.02.02	Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.02.03	İşe alınan personelin hastaneye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.
						SÇ.İK.02.04	Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.
						SÇ.İK.02.05	Çalışanların performans ölçümleri yapılabilmeli performans artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.
						SÇ.İK.02.06	Hastane tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanılacağı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.
						SÇ.ÇĞ.01.01	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.
						SÇ.ÇĞ.01.02	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizi yapılabilmeli ve güvenliğini tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
						SÇ.ÇĞ.01.03	Risiklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanının çalışanlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır.
						SÇ.ÇĞ.01.04	Çalışanların güvenliğini sağlama yaşamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri tanımlanmalıdır.
						SÇ.ÇĞ.01.05	Çalışma ortamının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkanlar sağlanmalı. Çalışmanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
HD	Hasta Deneyimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir	HD.HH.01.01	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
						HD.HH.01.02	Hastane sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.
						HD.HH.01.03	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
						HD.HH.01.04	Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.
						HD.HH.01.05	Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın savgı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.
						HD.HH.01.06	Hastaya uygulanacak tıbbi işlemler öncesinde hasta bilgilendirilemeli ve riskli işlemlerde hastanın rızası alınarak dokümanite edilmelidir.
						HD.HH.01.07	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanları bir kopyasını alabilmelidir.
						HD.HH.01.08	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
						HD.HH.01.09	Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.
						HD.HH.01.10	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımını durumunda hasta rızası alınmalıdır.
						HD.HH.01.11	Hasta güvenliği olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
						HD.HG.01.01	Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.
						HD.HG.01.02	Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
						HD.HG.01.03	Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
				DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
HD	Hasta Deneyimi	HD.GB	Hasta Geribildirimleri	HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.
				HD.GB.01.01	Sistemde, hasta şikayetler olmak üzere tüm geribildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsamı, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.
				HD.GB.01.02	Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.
				HD.GB.01.03	Geribildirimler değerlendirilmelidir.
				HD.GB.01.04	Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.
				HD.HE.01.01	Hastanın hastaneye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.
				HD.HE.01.02	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimumuna indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta ne kadar bekleyeceği, ne zaman muayene olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.
				HD.HE.01.03	Hastanede hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
				HD.HE.01.04	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşımında ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.
				HD.HE.01.05	Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
				HD.HE.01.06	Taburcu sürecindeki hasta ve/veya hasta yakınlarına; hastanın kullanılacağı ilaçlar, tedavi sonrasında dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği nöbetçi ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılmalıdır.



SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
						HD.YS.01.01	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda hastanın ve hasta yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak saygı çerçevesinde hizmet verilmelidir.
						HD.YS.01.02	Cenazenin hastane içinde taşınması ve beklentilerine yönelik süreçler ile fiziksel koşullar, hasta ve hasta yakınların kültürel ve manevi değerleri ile saygı beklentileri dikkate alınarak oluşturulmalıdır.
						HD.YS.01.03	Cenaze işleminin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalı, hasta yakınları için konforlu bekleme alanları oluşturulmalıdır.
						HD.YS.01.04	Cenazenin yakınlarına teslimi sürecinde, fiziksel ve psikolojik durumlarını dikkate alacak şekilde hasta yakınlarına destek olacak uzman personel bulundurulmalıdır.
						HD.YS.01.05	Cenazeler, kimlik bilgileri ile tanımlanmalıdır.
						SH.EK.01.01	Entefeksiyon kontrolü ve önlenmesine yönelik komite oluşturulmalı ve sorumluluklar belirlenmelidir.
						SH.EK.01.02	Entefeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program oluşturulmalıdır.
							Entefeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik programda aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır.
							<ul style="list-style-type: none"> <li>· Sağlık hizmetleri ve destek hizmetlerinin sunulduğu alanlarda entefeksiyonların kontrolü ve önlenmesi</li> <li>· Süreçler</li> <li>· El hijyeni</li> <li>· İzolasyon önlemleri</li> <li>· Akıcı antibiyotik kullanımı</li> <li>· Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, aseptis, antiseptis</li> <li>· Çalışanların mesleki entefeksiyonu</li> </ul>
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.EK	Entefeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi	SH.EK.01.00	Entefeksiyonların kontrolü ve önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.EK.01.03	Entefeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE								
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	
SH		SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	SH.SY.01.01	Sterilizasyon ünitesinde kirli, temiz ve steril alanlar ile bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.	
						SH.SY.01.02	Malzemelerin steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.	
						SH.SY.01.03	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.	
	Sağlık Hizmetleri		SH.IY	İlaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.IY.01.01	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetimi yapısı planlanmalıdır.
							SH.IY.01.02	İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
							SH.IY.01.03	Doğru ilaç, doğru zamanda teslim edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
							SH.IY.01.04	İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.
							SH.IY.01.05	İlaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
							SH.IY.01.06	Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.TY	Transfüzyon Yönetimi	SH.TY.01.00	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	SH.TY.01.01	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar tanımlanmalıdır.
						SH.TY.01.02	Süreçlere yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
						SH.TY.01.03	Belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmalıdır.
						SH.TY.02.01	Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
						SH.TY.02.02	Güvenli kan ve kan ürünleri teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
						SH.TY.02.03	Kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.
						SH.TY.02.04	Kan ve kan ürünlerinin uygun şartlarda muhafaza edilmesi ve stok takiplerinin yapılması sağlanmalıdır.
						SH.TY.02.05	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.
						SH.TY.02.06	İmhası gereken kan ve kan ürünlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.
						SH.TY.03.01	Kan ve kan ürünlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.
						SH.TY.03.02	Transfüzyon öncesi, esnası ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
						SH.TY.03.03	Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.
						SH.TY.03.04	Kan ve kan ürünlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin takibine yönelik süreç belirlenmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.HB	Hasta Bakımı	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
						SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
						SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.
						SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tabosuna göre gözden geçirilerek gerektiğinde güncellenmelidir.
						SH.HB.01.05	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
						SH.HB.01.06	Hastanın sevki veya taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
						SH.HB.02.01	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
						SH.HB.02.02	Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.
						SH.HB.02.03	Hasta ve sağlık çalışanına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.
						SH.HB.03.01	Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
						SH.HB.03.02	Yatan hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.
						SH.HB.03.03	Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.
						SH.HB.03.04	Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.HB.04.00	Hasta Bakımı	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	SH.HB.04.01	Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
					SH.HB.04.02	Tam amaçlı yapılan tetkik işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim süreci tanımlanmalıdır.
					SH.HB.04.03	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
					SH.HB.04.04	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
					SH.HB.04.05	Bölümler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.
					SH.HB.04.06	Hastane içi ve hastane dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.
					SH.HB.05.01	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.
					SH.HB.05.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.
					SH.HB.05.03	Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
					SH.HB.06.01	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.
SH.HB.06.02	Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.					

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Radyasyon Güvenliği	SH.RG	Radyasyon Güvenliği	SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	SH.RG.01.01
						SH.RG.01.02
						SH.RG.01.03
	Sağlık Hizmetleri	SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	SH.LH.01.01
						SH.LH.01.02
						SH.LH.02.01
						SH.LH.02.02
						SH.LH.02.03
						SH.LH.03.01
	Sağlık Hizmetleri	SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.03.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.03.02
						SH.LH.03.03
						SH.LH.03.03
						SH.LH.03.03

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

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE									
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU			
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.GC	Güvenli Cerrahi	SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	SH.GC.01.01			
				SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	SH.GC.02.01 SH.GC.02.02 SH.GC.02.03 SH.GC.02.04			
				SH.AS.01.00	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.01.01 SH.AS.01.02			
				SH.AS.02.00	Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.02.01 SH.AS.02.02 SH.AS.02.03 SH.AS.02.04 SH.AS.02.05 SH.AS.02.06 SH.AS.02.07			



SAĞLIKTA AKREDITASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
DH	Destek Hizmetleri	DH.OH	Otelcilik Hizmetleri	DH.OH.01.00	Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için hastanenin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.	DH.OH.01.01	Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından hastanenin tüm alanlarında risk düzeyleri belirlenmelidir.
				DH.OH.02.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.01.02	Risk düzeylerine yönelik temizlik kuralları tanımlanmalı ve hastane temizlik planı oluşturulmalıdır.
				DH.OH.03.00	Hastanede çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	DH.OH.02.01	Yiyeceklerin güvenli tedarik ve depolanması sağlanmalıdır.
				DH.OH.04.00	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	DH.OH.02.02	Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.
				DH.OH.05.00	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenli/emniyet hizmeti sunulmalıdır.	DH.OH.02.03	Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmalıdır.
				DH.OH.03.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.02.04	Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.
				DH.OH.03.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	DH.OH.03.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
				DH.OH.03.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	DH.OH.03.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
				DH.OH.04.01	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar (kişisel temizlik alanları vb.) güvenli ve konforlu şekilde tasarlanmalıdır.	DH.OH.03.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
				DH.OH.04.02	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.	DH.OH.04.01	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar (kişisel temizlik alanları vb.) güvenli ve konforlu şekilde tasarlanmalıdır.
DH.OH.05.01	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.05.01	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.				
DH.OH.05.02	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	DH.OH.05.02	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.				

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	
DH		DH.TY	Tesis Yönetimi	DH.TY01.00	DH.TY01.01	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.
					DH.TY01.02	Tesis kaynaklı riskler tespit edilmedi ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
					DH.TY01.03	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.
					DH.TY01.04	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyodlarda gözden geçirilmelidir.
					DH.TY01.05	Hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.
	DH.TY01.06	Engelli, yaşı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastaların hizmet erişimini kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.				
	DH.TY01.07	Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.				
	DH.AY01.01	Atık Yönetimi	DH.AY01.00	Hastanede üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	DH.AY01.01	Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.
	DH.AY01.02				Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.	
	DH.AY01.03				Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolanması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.	
	DH.AY01.04				Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
	DH.BY01.01	Bilgi Yönetimi	DH.BY01.00	Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	DH.BY01.01	Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.
	DH.BY01.02				Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.	
	DH.BY01.03				Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	
	DH.BY01.04				Bilgi güvenliği ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
	DH.BY01.05				Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.	
DH.BY01.06	Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.					

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ						
						DH.MC.01.01
						DH.MC.01.02
						DH.MC.01.03
						DH.MC.01.04
						DH.MC.01.05
						DH.MC.01.06
						DH.MC.01.07
						DH.DK.01.01
						DH.DK.01.02
						DH.DK.01.03

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE								
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU		
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ		
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	AD.AD.01.01	Acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.	
						AD.AD.01.02	Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlarına yapılmalıdır.	
						AD.AD.01.03	Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmesi ve tatbikatlar yapılmalıdır.	
				AD.AD.02.00	Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.	AD.AD.02.01	Solunum arresti (durmas) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.	
						AD.AD.02.02	Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
						AD.AD.02.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	
				AD.AD.02.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.	AD.AD.02.04	Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.	
						AD.AD.02.05	Yapılan müdahale ile ilgili eğitimler verilmesi, tatbikatlar yapılmalıdır.	
						AD.AD.02.06	Mavi kod ile ilgili eğitimler verilmesi, tatbikatlar yapılmalıdır.	
				AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.03.01	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik pembe kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.	
							AD.AD.03.02	Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
							AD.AD.03.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
							AD.AD.03.04	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
							AD.AD.03.05	Pembe kod ile ilgili eğitimler verilmesi, tatbikatlar yapılmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - HASTANE							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.04.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.04.01	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik beyaz kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.
						AD.AD.04.02	Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
						AD.AD.04.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
						AD.AD.04.04	Beyaz kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tabikıklar yapılmalıdır
						AD.AD.05.01	Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.
AD.AD.05.02	Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyan sistemi oluşturulmalıdır.						
AD.AD.05.03	Acil uyan sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.						
AD.AD.05.04	Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.						
AD.AD.05.05	Kırmızı kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tabikıklar yapılmalıdır						



# Yönetim ve Organizasyon





# Organizasyon Yapısı



## Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.OY.01.00	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	YO.OY.01.01	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.02	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.
		YO.OY.01.04	Organizasyon yapısı esas alınarak belirlenen sorumluluk alanlarında politika, prosedür, süreç ve planların uygulanması sağlanmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Organizasyon Yapısının Oluşturulması

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

Organizasyon şeması en üst birimden en alt birime kadar yatay ve dikey ilişkileri göstermelidir. Organizasyon şemasında asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:

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

### Birimlerin ve Çalışanların Görev, Yetki ve Sorumlulukları Tanımlanması

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

### Birim Sorumlularının Belirlenmesi

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

## Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.0Y.02.00	Hastane, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	YO.0Y.02.01	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
		YO.0Y.02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı düzenli olarak gözden geçirilmelidir.

## Amaç

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

## Hedefler

- » Etkililik
- » Etkinlik
- » Verimlilik

## Standart Gereklilikleri

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

Bu kapsamda;

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

# Temel Politika ve Değerler



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.PD.01.00	Hastanenin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	YO.PD.01.01	Hastanenin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.
		YO.PD.01.02	Hastane, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.
		YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.
		YO.PD.01.04	Bölüm amaç ve hedefleri hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.
		YO.PD.01.05	Hastanede kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.
		YO.PD.01.06	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme yapılmalıdır.
		YO.PD.01.07	Hastane, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını düzenli olarak gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.

## Amaç

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

## Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik

## Standart Gereklilikleri

### Misyon, Vizyon ve Değerlerin Belirlenmesi

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

### Temel Politika ve Değerlerin Kamuoyu ile Paylaşılması

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

### Amaç ve Hedeflerin Belirlenmesi

- » Hastane, temel politika ve değerleri paralelinde, kurum ve bölüm bazında amaç ve hedeflerini belirlemelidir.
- » Hastane faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum ve bölüm bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.

### Hizmet Planlamasının Yapılması

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



# Kalite Yönetim Yapısı

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

## Amaç

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



## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Kaliteye ilişkin Yönetmelik Yapı

- » Hastanede kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetmelik bir yapı oluşturulmalıdır.
- » Yönetmelik yapıda yer alan kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ile bu yapının dikey ve yatay ilişkileri tanımlanmalıdır.
- » Bu yönetmelik yapı ile koordineli çalışacak şekilde bölüm ve/veya süreçler bazında kalite sorumluları belirlenmelidir.
- » Sağlıkta Akreditasyon Standartları çerçevesinde, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlamak üzere aşağıda yer alan asgari faaliyetler yürütülmelidir:
  - Ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve izleme çalışmalarının planlanması ve uygulanmasının sağlanması
    - ✓ Öz değerlendirmeye ilişkin süreçlerin tanımlanması ve uygulanması (yılda en az 2 kez ve tüm süreç ve bölümleri kapsayacak şekilde)
    - ✓ Hasta/çalışan memnuniyet anketlerine yönelik kapsam ve süreçlerin tanımlanması ve uygulanması [Yılda en az iki kez ve hastanenin hizmet türüne göre farklı hizmet alanlarını (ayaktan hasta, yatan hasta, acil hizmetler, gününbirlik girişimsel işlem yapılan hastalar, kemoterapi hastaları vb.) kapsayacak ve bu hizmet alanlarına özgü beklenti ve algıyı yansıtabilecek şekilde]
    - ✓ Hasta/çalışan görüş ve önerilerinin alınması ve değerlendirilmesine yönelik süreçlerin tanımlanması ve uygulanması

- √ Göstergeler aracılığı ile kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik performansın izlenmesi, buradan elde edilen sonuçların iyileştirme amaçlı kullanılmasına yönelik çalışmaların planlanması ve takibi
- √ Hastanede gerçekleştirilen dış değerlendirmelere ilişkin sonuçların izlenmesi ve kurum yararına kullanılması ile ilgili süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
- Komite çalışmalarının izlenmesi ve ilgili komitelerin koordinasyonu
- Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin tanımlanması, dokümantasyon sisteminin oluşturulması ve sistemin gerektirdiği kurallar çerçevesinde uygulanmasının sağlanması
- Bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları ile işbirliği içinde bölüm ve/veya süreç bazlı yapılan kalite çalışmalarının izlenmesi ve koordinasyonu

#### Kalite Komitelerinin Oluşturulması

- » Sağlıkta Akreditasyon Standartları kapsamında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır (hastane büyüklüğü ve koşullarına göre komiteler birleştirebilir):
  - Çalışan Güvenliği
  - Hasta Güvenliği
  - Eğitim
  - Tesis Yönetimi
  - Enfeksiyon Kontrolü ve Önlenmesi
  - Radyasyon Güvenliği
- » Komitelerin diğer komitelerle işbirliği ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

# Doküman Yönetimi



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

## Amaç

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

## Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik

## Standart Gereklilikleri

### Doküman Yönetim Sisteminin Oluşturulması

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

### *Hazırlanması Gereken Dokümanların Belirlenmesi*

- » Hazırlanması gereken dokümanlar; Sağlıkta Akreditasyon Standartları, hastanenin büyüklüğü, hizmet sunum alanları ve süreçleri dikkate alınarak belirlenmelidir.
- » Hastanenin tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümante edilmelidir.
- » SAS doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda listelenmiştir:
  - Prosedür

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

#### *Dokümanın Formatının Belirlenmesi*

- » Tüm dokümanlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
  - Dokümanın
    - √ Adı
    - √ Kodu
    - √ Yayın Tarihi
    - √ Revizyon Tarihi
    - √ Revizyon Numarası
    - √ Sayfa No/Sayfa Sayısı
    - √ Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri
- » Dokümanların orijinal nüshalarında; Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgilerinde; kişi(ler)in, unvan ve imzaları yer almalıdır.

*Dokümanların Hazırlanması*

- » Dokümanlar, doküman yönetim sistemi kapsamında belirlenen kurallar çerçevesinde hazırlanmalıdır.
- » Doküman ilgili bölüm/komite/ekip çalışanları tarafından hazırlanmalıdır.
- » Dokümanlar anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli açık ve net olmalıdır.

*Dokümanların Kontrolü ve Onaylanması*

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

*Dokümanların İlgililere Ulaştırılması*

- » Dokümanların güncel versiyonlarının etkin şekilde ilgili çalışanlarla paylaşılması sağlanmalıdır.
- » İlgili çalışanlara, hazırlanan dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.
- » Gerekeceği dokümanların asılması engellenmelidir. Asılması gereken dokümanların görüntü kirliliği oluşturulmasına dikkat edilmelidir.

*Dokümanların Muhafazası*

- » Islak imzalı tüm orijinal dokümanlar kalite yönetim birimince muhafaza edilmelidir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır.
- » SAS doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanaqları gibi) düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.

*Dokümanların Revizyonu*

- » Hastanenin herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilmelidir.
- » Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır. Yönetimin onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanmalı, ilgililere duyurulması sağlanmalı ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılmalıdır.

- » Güncellenen dokümana revizyon numarası ve revizyon tarihi yazılmalıdır. Dokümanın ilk yayınında revizyon numarası sıfır (0), revizyon tarihi ise boş olmalıdır. Dokümanın eski versiyonları değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince arşivlenmelidir.
- » Hastanede kullanılan tüm dokümanların bir listesi bulunmalı ve bu liste güncellemelerin izlenmesini de sağlamalıdır. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içermelidir.
  - Doküman Adı
  - Doküman Kodu
  - Yayın Tarihi
  - Revizyon Tarihleri
  - Revizyon Numarası

#### *Dış Kaynaklı Dokümanın Takibi*

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

#### *Dokümanların Arşivlenmesi ve İmhası*

Dokümanların arşivlenmesi ve imhası ile ilgili hususlar, ilgili mevzuat dikkate alınarak hastanece belirlenmelidir



# Güvenlik Raporlama Sistemi

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

## Amaç

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

## Hedefler

» Hasta Güvenliği

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı



## Standart Gereklilikleri

### Güvenlik Raporlama Sistemi

- » Hastanede; hasta ve çalışanlara zarar veren, zarar verme ihtimali olan veya zarar oluşmadan önce fark edilen istenmeyen olayların bildirimini sağlayarak, olayları analiz etmek, gerekli tedbirleri almak ve hataların tekrarlanmasını önlemek amacı ile “**Güvenlik Raporlama Sistemi**” adı ile bir bildirim sistemi oluşturulmalıdır.
- » Güvenlik Raporlama Sistemi kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler tanımlanmalı ve süreçlere yönelik sorumlular belirlenmelidir.
- » Güvenlik Raporlama Sistemi iki modülde ele alınmalıdır:
  - Hasta Güvenliği Modülü (hasta yakınları ve ziyaretçilere ilişkin güvenliği tehdit edici hususlar da bu modülde bildirilmelidir)
  - Çalışan Güvenliği Modülü
- » Çalışanların; ilgili modüllere göre bildirim yapması
- » Sistem; uygulamanın etkinliğini ve kullanımını artırmak, hastanede raporlama kültürü oluşturmak, olaylardan ders çıkarılmasını sağlamak, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmek ve çözümlerin uygulanmasını teşvik etmek amacı ile;
  - Çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalı
  - Gönüllülük esasına uygun olmalı
  - Ulaşılabilir olmalı
  - Kolay kullanılmalı
  - Basit ve anlaşılır olmalı
- » Hasta Güvenliği Modülü gizlilik esaslı olmalı, bu modül asgari aşağıdaki bilgileri elde edecek şekilde tasarlanmalıdır:
  - Olayın konusu
  - Olayın anlatılması
  - Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

### Analiz ve İyileştirmeler

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

# Risk Yönetimi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.RY.01.00	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	YO.RY.01.01	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır
		YO.RY.01.02	Risk yönetimi planı; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçleri kapsamalıdır.
		YO.RY.01.03	Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.
		YO.RY.01.04	Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		YO.RY.01.05	Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.
		YO.RY.01.06	Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Risk Yönetim Planı

- » Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır
- » Risk yönetimi planı; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçleri kapsamalıdır.
- » Risk yönetimi planı kapsamında asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir.
  - Amaç ve hedefler
  - Kapsam
  - Sorumlular ve Sorumluluklar
  - Risk analizi yöntemi
  - İlgili çalışanların görüşlerinin alınması
  - Tanımlanan risklerin listesi
  - Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti
  - Gerekli iyileştirme çalışmaları
  - Çalışanların eğitimi

### Risklerin Belirlenmesi ve Analizi

- » Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler bölüm, kişi ve/veya süreç bazında belirlenmelidir.
- » Hastaları bakım veya tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından (alerji riski, bası ülseri riski, düşme riski vb.) korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır.
- » Riskler kurum tarafından belirlenen yöntemlere göre analiz edilmelidir.
- » Risk analiz yöntemi basit, anlaşılır ve uygulanabilir olmalıdır.
- » Risk düzeyleri en az 3 kategoride (Düşük, orta, yüksek) belirlenmelidir.

### İyileştirme Çalışmaları

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

### Risk Yönetimi Etkinliğinin İzlenmesi

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



# Eğitim Yönetimi

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Eğitim Yönetimi

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

### *Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi*

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

- » Eğitim konuları; en az hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir. Hangi eğitimin, hangi meslek grubuna ve hangi içerikte verileceği belirlenmelidir. Eğitim konuları asgari aşağıdaki genel başlıklarda verilmelidir..
  - Kalite yönetimine ilişkin eğitimler
  - Çalışanlara yönelik hasta hakları eğitimleri
  - Çalışanlara yönelik hasta ve çalışan güvenliği eğitimleri
  - Hastalara yönelik eğitimler
  - Hasta yakınlarına yönelik eğitimler
  - Personel uyum eğitimleri
  - Cihaz eğitimleri
  - Birim bazlı mesleki eğitimler
  - Bilimsel yeni gelişmeleri içeren eğitimler
  - Sosyal amaçlı eğitimler
  - Kişisel gelişim eğitimleri

#### *Eğitimlerin Planlanması ve Uygulanması*

- » Eğitim etkinliklerine yönelik içerik oluşturma, yöntem belirleme, uygulama ve değerlendirme süreçlerinin bir sistem dâhilinde düzenlenmesini sağlamak üzere eğitim planları oluşturulmalıdır.
- » Eğitim planları; eğitim ihtiyacının niteliği, ilgili konularda ulaşılmak istenen hedeflerin öncelik durumu, hedeflere erişilebilme süresi, hastanenin kurumsal politikası ile değişim sürecine yönelik amaç ve hedefleri doğrultusunda kısa, orta ve uzun vadeli şekilde oluşturulmalıdır.
- » Eğitim planlarında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
  - Eğitimin amaç ve hedefleri
  - Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği
  - Eğitim yöntemi
  - Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi)
  - Eğitimin yeri
  - Eğitimin süresi



- Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar
  - Eğitim için gerekli materyaller
  - Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri
- » Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.
- » Genel ve bölüm uyum eğitimlerine yönelik rehberler oluşturulmalı, uyum eğitimlerinin göreve başlama sonrası en kısa sürede verilmesi sağlanmalıdır.
- » Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir.İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

#### *Eğitimin Değerlendirilmesi*

- » Hazırlanan eğitim planlarına uyum düzeyi izlenmeli, plana uyumun artırılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği, belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda değerlendirilmelidir.
- » Etkinlik değerlendirmeleri eğitimcinin performansını da kapsamalıdır.
- » Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılacak yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:
- Ön test-son test
  - Öz değerlendirmeler
  - Gözlemler
  - Kişilerle yapılan görüşmeler
  - Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler
  - Anketler
  - Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)



# Sosyal Sorumluluk

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.SS.01.00	Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	YO.SS.01.01	Hastane, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemelidir.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

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

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

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



# Kurumsal İletişim

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Hedef Kitle ve İletişim Stratejilerinin Belirlenmesi

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

### Hedef Kitlenin Bilgilendirilmesi

- » Belirlenen hedef kitleye özgü bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
- » Kurumsal web sitesi etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel, kolay kullanılabilir ve yeterli bilgi içerecek şekilde hazırlanmalıdır. Hedef kitle asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:
  - Temel politika ve değerler
  - Organizasyon yapısı
  - Hizmet verdiği alanlar
  - Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler
  - İnsan kaynakları
  - Halkla ilişkiler faaliyetleri
  - Acil hizmetler
  - Randevu alma ve sonuç verme

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

#### Olumlu Kamuoyu Oluşturulması

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

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

#### Kurumsal İletişim ve Algının İzlenmesi

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

# Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme





# Kurumsal Göstergeler



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
PÖ.KG.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	PÖ.KG.01.01	İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.
		PÖ.KG.01.02	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.
		PÖ.KG.01.03	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.
		PÖ.KG.01.04	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

Göstergelerin özelliğine göre farklılık göstermektedir.

## Standart Gereklilikleri

### Göstergelerin Belirlenmesi

- » Hastanede, kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacı ile idari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçlerin performansı ölçülmeli ve izlenmelidir.
- » Bu süreçlere yönelik gerçekleştirilecek performans ölçümü kapsamında göstergeler belirlenmelidir.
- » Belirlenen göstergeler ölçülebilir, izlenebilir, hastane misyon, vizyon, hedefleri ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.

### Gösterge Kartları

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

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

### Gösterge Yönetimine yönelik Bilgi Yönetim Sistemi Altyapıları

Göstergelere ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi amacıyla hastane bünyesinde ihtiyaç duyulan bilgi yönetim sistemi altyapıları oluşturulmalı, etkin kullanımı sağlanmalıdır.

### Analiz ve İyileştirmeler

Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.



## SAS Göstergeleri

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
PÖ.SG.01.00	Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile SAS Göstergeleri izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	PÖ.SG.01.01	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.
		PÖ.SG.01.02	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.
		PÖ.SG.01.03	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		PÖ.SG.01.04	SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.

### Amaç

SAS çerçevesinde belirlenen göstergeler vasıtasıyla hastanede ölçüm sistematığı ve kültürünü geliştirmek ve uluslar arası camiada kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

## Hedefler

Her bir göstergeye ilişkin hedefler SAS kapsamında belirlenmiştir.

## Standart Gereklilikleri

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının bu bölümünde 132 gösterge yer almaktadır. Bu göstergelerden 88 tanesinin izlenmesi zorunlu olup 44 tanesinin izlenmesi opsiyoneldir.

### Gösterge Kartları

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

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

### Gösterge Yönetimine Yönelik Bilgi Yönetim Sistemi Altyapıları

Göstergelere ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi amacıyla hastane bünyesinde ihtiyaç duyulan bilgi yönetim sistemi altyapıları oluşturulmalı, etkin kullanımı sağlanmalıdır.

## Analiz ve İyileştirmeler

Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.

### SAS Gösterge Veri Sistemi

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

#### EK.1 – SAS Göstergeleri Listesi

##### SAS Göstergeleri

SAS Göstergeleri Tablosu 1 - Yönetim ve Organizasyon Boyutu

Yönetim ve Organizasyon		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Y.1.Z	Hedeflere Ulaşma Oranı	Z
Y.2.Z	Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranları	Z
Y.3.Z	Doküman Revizyon Sayıları	Z
Y.4.Z	Hatalı Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Kullanımı	Z
Y.5.Z	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi (Dönemler arasında karşılaştırma)	Z
Y.6.Z	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Z
Y.7.Z	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Z
Y.8.0	Emir Komuta Hattı Uzunluğu (En alt birim çalışanın en üst yönetici dâhil sorumlu olduğu sıralı hiyerarşik yönetici sayısı)	0
Y.9.0	Kontrol Alanı (Bir yöneticiye doğrudan bağlı çalışan sayısı )	0

SAS Göstergeleri Tablosu 2 – Sağlıklı Çalışma Yaşamı Boyutu

Sağlıklı Çalışma Yaşamı		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Ç.1.Z	Çalışan Memnuniyet Oranı	Z
Ç.2.Z	Personelin Devir Hızı	Z
Ç.3.Z	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	Z
Ç.4.Z	Çalışanların Kesici/Delici Alet Yaralanmasına Maruziyet Oranı	Z
Ç.5.Z	Çalışanların Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet Oranı	Z
Ç.6.Z	Çalışanlara yönelik Şiddet Olayları Sayısı	Z
Ç.7.Z	Çalışanlara yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Z

SAS Göstergeleri Tablosu 3 – Hasta Deneyimi Boyutu

Hasta Deneyimi		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
H.1.Z	Hasta Memnuniyet Oranı	Z

SAS Göstergeleri Tablosu 4 – Sağlık Hizmetleri Boyutu

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Hasta Bakımı		
S.1.Z	Bası Ülseri Görülme Sıklığı	Z
S.2.Z	Hasta Düşme Oranı	Z
S.3.0	Taburculuk Özetlerinin Zamanında Aktarımı	0
S.4.0	Hasta Bakım Planı Hazırlama Oranı	0
S.5.0	Sözel İstemin ilk 24 Saat İçerisinde Kaydedilme Oranı	0
S.6.0	Hekimlerde ilk Değerlendirmenin Hasta Değerlendirme Prosedüründe Belirtilen Tüm Bileşenlerine Göre Yapılma Oranı (Hekimler için öykü, fizik inceleme, özgeçmiş, soygeçmiş, ön tanı ve tedavi planı izlenir)	0
S.7.0	Hemşirelerde ilk Değerlendirmenin Hasta Değerlendirme Prosedüründe Belirtilen Tüm Bileşenlerine Göre Yapılma Oranı (Hemşireler için psikolojik, fiziksel, ekonomik, sosyal değerlendirme, beslenme durumu ve taburculuk planı izlenir)	0

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Enfeksiyon Kontrolü		
S.8.Z	Hastane Enfeksiyon Hızı	Z
S.9.Z	İnvaziv Araç ilişkili Enfeksiyon Hızı	Z
S.10.Z	Santral Venöz Kateter Kaynaklı Kan Enfeksiyon Hızı	Z
S.11.Z	Üriner Kateter Kaynaklı Üriner Sistem Enfeksiyonu Hızı	Z
S.12.Z	Yenidoğanlarda Hastane Kaynaklı Kan Enfeksiyonu Hızı	Z
S.13.Z	Yoğun Bakım Ünitesi Enfeksiyon Hızı	Z
S.14.Z	Ventilatör ilişkili Pnömoni Hızı	Z
S.15.Z	Prosedüre Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı	Z
S.16.Z	Cerrahi Profilakside Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	Z
S.17.Z	El Hijyeni Uyum Oranı	Z
S.18.0	Sağlık Hizmeti ilişkili Enfeksiyon Nedeni ile Mortalite Oranı	0
İlaç Yönetimi		
S.19.Z	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sıklığı	Z
S.20.Z	Advers Etki Görülme Oranı	Z
S.21.0	İlaç Etkileşimi Görülme Oranı	0
S.22.0	İmha Edilen İlaç Miktarı	0
Transfüzyon		
S.23.Z	İmha Edilen Kan Miktarı	Z
S.24.Z	Transfüzyona Bağlı Gelişen Reaksiyonlar	Z
S.25.0	Transfüzyon Merkezi Tarafından Reddedilen İstem Sayısı/Nedenleri	0



Sağlık Hizmetleri			
İndikatör Kodu	Gösterge		Zorunlu/ Opsiyonel
<b>Koroner Arter Hastalığı</b>			
S.26.Z	Akut Miyokard İnfarktüsü (AMI)	Vaka Gelişinde Aspirin Verilen Hasta Oranı	Z
S.27.Z		Hastaneye Varış İtibariyle 30 Dakika İçinde Fibrinolitik Tedavi Uygulanma Oranı	Z
S.28.0		Hastaneye Varış İtibariyle 90 Dakika İçinde Primer Perkütan Koroner Girişim (PCI) Uygulanma Oranı	0
S.29.0		Taburcуда Statin Reçete Edilen Hasta Oranı	0
S.30.0		30 Gün İçinde Yeniden Başvuru Sayısı	0
S.31.0		AMI Vaka-Ölüm Oranları	0
S.32.0	Anjiyografi Sonrası Bypass İşlemi Yapılan Hasta Oranı	Z	
S.33.0	Bypass İşleminde Otolog Damarların Kullanılma Oranı	0	
<b>Pnömoni</b>			
S.34.Z	Pnömoni'de Antibiyotik Başlangıç Dozundan Önce Acil Serviste Kan Kültür Testi Yapılan Hasta Oranı	Z	
S.35.Z	Pnömonide Hastaneye Varış İtibariyle İlk 6 Saat İçinde Antibiyotik Başlanma Oranı	Z	
S.36.0	30 Gün İçinde Yeniden Başvuru Oranı (Pnömoni)	0	
<b>Venöz Tromboembolizm (VTE)</b>			
S.37.Z	Cerrahi Girişim Öncesi 24 Saat İçinde Düzenli VTE Profilaksisi Uygulanan Hastaların Oranı	Z	
S.38.Z	Postoperatif Pulmoner Embolizm veya Derin Ven Trombozu (DVT) Oranı	Z	
S.39.0	Venöz Tromboembolizm Profilaksisi Tavsiye Edilen/ Reçete Edilen Cerrahi Hastası Oranı	0	
S.40.0	Yoğun Bakımda VTE Profilaksisi Yapılan Hasta Oranı	0	
S.41.0	VTE Hastalarında Protokol veya Nomogram ile izlenen UFH (Anfraksiyone Heparin) Doz/Trombosit Sayısı	0	

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
<b>Ortopedi</b>		
S.42.Z	Elektif Birincil Total Kalça ve Diz Artroplasti İşlemi Sonrası 30 Gün İçinde Komplikasyon Nedeni ile Yeniden Başvuru Sayısı	Z
S.43.Z	Kalça Kırığı Mortalite Oranı	Z
S.44.Z	Hastaneye Başvurudan Sonra 48 Saat İçinde Başlatılan Kalça Kırığı Cerrahisi Oranı	Z
S.45.0	Diz Artroplastisi için Revizyon Ameliyatı Olan Hasta Oranı	0
<b>Mortalite</b>		
S.46.Z	Pediyatrik Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı	Z
S.47.Z	Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı	Z
S.48.Z	Hastane Mortalite Oranı	Z
<b>Yoğun Bakıma Yeniden Yatış</b>		
S.49.0	Yoğun Bakıma 48 Saat İçinde Yeniden Yatış Oranı	0
S.50.0	Pediyatrik Yoğun Bakıma 48 saat İçinde Yeniden Yatış Oranı	0
S.51.0	Yenidoğan Yoğun Bakıma 48 Saat İçinde Yeniden Yatış Oranı	0
<b>Nöroloji</b>		
S.52.Z	Antikoagülan Tedavi Gören Atrial Fibrilasyonu/ Çarpıntısı Bulunan Hasta Oranı	Z
S.53.Z	İnme ile Gelen Hastaya Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisi Verilme Oranı	Z
S.54.0	İnme Hastalarında Yatışın İkinci Günü Sonunda Uygulanan Antitrombotik Tedavi Oranı	0
S.55.0	Antitrombotik Tedavi Reçete Edilerek Taburcu Edilen İnme Hastası Oranı	0
S.56.0	Statın Reçete Edilerek Taburcu Edilen İnme Hastası Oranı	0
S.57.0	Rehabilitasyona Yönlendirilen İnme Hastası Oranı	0
S.58.0	İskemik İnmede Vaka-Ölüm Oranları	0
S.59.0	Hemorajik İnmede Vaka-Ölüm Oranları	0
S.60.0	Serebrovasküler Hastalık Sonrası Sekel Görülme Oranı	0

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
<b>Doğum</b>		
S.61.Z	Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	Z
S.62.Z	Sezaryen Doğumu Yapan Kadınlara Düzenli Derin Ven Trombozu (DVT) Profilaksisi Uygulanma Oranı	Z
S.63.Z	Sezaryen Doğum Oranı	Z
S.64.Z	Enstrümanlı Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	Z
S.65.Z	Enstrümansız Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	Z
<b>Psikiyatri</b>		
S.66.Z	Kısıtlama Süresi	Z
S.67.Z	Tecrit Süresi	Z
S.68.0	Psikiyatri Servisine 48 Saat İçinde Tekrar Başvuru Oranı	0
<b>Görüntüleme</b>		
S.69.Z	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	Z
S.70.Z	Tekrarlayan Çekim Sayısı	Z
S.71.0	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreleri	0
S.72.0	Gebe ve Gebelik Şüphesi Olanlara Yapılan Çekim Sayısı	0
<b>Klinik Laboratuvarlar</b>		
S.73.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı İstem Oranı	Z
S.74.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı <ul style="list-style-type: none"> <li>• Hatalı Etiketlenen Numune Oranı</li> <li>• Hatalı Numune Kabı Kullanılma Oranı</li> <li>• Yetersiz Numune Oranı</li> <li>• Hemolizli Numune Oranı</li> <li>• Pıhtılı Numune Oranı</li> <li>• Belirlenen Maksimum Transfer Süresini Aşan Numune Oranı</li> </ul>	Z

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
S.75.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı <ul style="list-style-type: none"> <li>• Numune Çalışılmadan Önce Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı</li> <li>• Numune Çalışıldıktan Sonra Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Numune Oranı</li> </ul>	Z
S.76.Z	Kaybolan Numune Oranı	Z
S.77.Z	Tekrar Alınan Numune Oranı	Z
S.78.0	Laboratuvara Teslim Edilmeyen Numunelerin Oranı	0
S.79.0	Yatan Hastada Antibiyotik Verilmeden Önce İlk Kültür Numunesinin Alınma Oranı	0
S.80.Z	Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	Z
S.81.0	Kan Kültürlerinde Kabul Edilmiş Protokollere Uygun Örnek Alım Oranı	0
S.82.Z	İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oran	Z
S.83.Z	Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı/Oranı	Z
S.84.Z	İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Oranı	Z
S.85.0	Sitolojik ve Patolojik Tanılar Arasında Uyumsuzluk Oranı <ul style="list-style-type: none"> <li>• Papanicolaou Smear Yanlış Negatif Sonuç Oranı</li> </ul>	0
S.86.Z	Cerrahi Patoloji ile Frozen Section Sonuçları Arasındaki Uyumsuzluk Oranı	Z
S.87.Z	Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama Ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	Z
S.88.0	Kan Kültürlerinde Üreme Sinyalinden Sonra 1 Saat İçerisinde Gram Boyanın Değerlendirilip Sonucunun Bildirilmesi	0
S.89.Z	Panik Değer Bildirim Oranı	Z

Sağlık Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
S.90.Z	Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı o Toplam Test Süresi (Test Bazında Ortalama Süre Alınır) İstemden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre o Örneğin Alınmasından Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre o Laboratuvara Kabulden Raporlamaya Kadar Geçen Ortalama Süre • Otomasyonun Arızalı Gün Sayısı • Cihaz Bazında Arızalı Olduğu Gün Sayısı • Zamanında Verilmeyen Sonuçlarda Analitik Süreç İle İlgili Gecikmelerin Oranı	Z
S.91.Z	Klinik Laboratuvar Testlerinde Hatalı Raporlama Oranı	Z
S.92.0	Klinik Laboratuvar Testlerinde Sonuç Raporları ile ilgili Klinisyen Memnuniyet Oranı	0
Cerrahi Operasyon		
S.93.Z	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Z
S.94.Z	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı	Z
S.95.Z	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Z
S.96.0	Laparoskopik Başlayan Açığa Dönüşen Ameliyat Oranı	0
S.97.0	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	0
Acil Servis		
S.98.Z	Acil Servislerde Psikotrop ve Narkotik İlaçların Kullanım Sayısı	Z
S.99.Z	Hastaların Acil Serviste Ortalama Kalış Süresi	Z
S.100.Z	Acil Servise Çağrılan Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi	Z
S.101.Z	Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikayetle Tekrar Başvuran Hasta Oranı	Z

SAS Göstergeleri Tablosu 5 – Destek Hizmetleri Boyutu

Destek Hizmetleri		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
D.1.Z	Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı	Z
D.2.Z	Tesis Kaynaklı Sorunlara Müdahale Süresi	Z
D.3.Z	Atık Devir Hızı (Atıkların geçici depolama alanlarından hangi sıklıkta ilgili/yetkili kurum tarafından alındığının belirlenmesi)	Z
D.4.Z	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı	Z
D.5.Z	Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Müdahale Süresi	Z
D.6.Z	HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	Z
D.7.Z	Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi	Z
D.8.Z	Cihaz Arızalanma Sıklığı	Z
D.9.0	Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı	0
D.10.0	HBYS Revizyon Talepleri - Karşılama Oranı - Karşılama Süresi	0

SAS Göstergeleri Tablosu 6 – Acil Durum Yönetimi Boyutu

Acil Durum Yönetimi		
İndikatör Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
A.1.Z	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	Z
A.2.Z	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	Z
A.3.Z	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	Z
A.4.Z	Mavi Kodda Olay Yerine 3 Dakikada ve Altında Ulaşma Oranı	Z

# Sağlıklı alışma Yaşamı





# İnsan Kaynakları Yönetimi



## Standart 1

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

## Amaç

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

## Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

### Yönetim Yapısı ve Üst Yönetim ile İlişkisi

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

### Görev, Yetki ve Sorumluluklar

- » Yönetim yapısında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.
- » Ortaya konulması gereken görevlerin ve sorumlulukların yerine getirilmesi için yapıda yer alacak kişilerin hangi niteliklere sahip olması gerektiği de tanımlanmalıdır.

### Hedefler ve Planlama

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

### Çalışanın Görüş ve Önerileri

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

## Standart 2

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

## Amaç

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

## Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

### Personel Temini

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

### İşe Alım Süreçleri

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

## Personelin İşe Uyumu

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

## Görev Yetki , Sorumluluklar ve Performans Kriterleri

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



# Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

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

## Amaç

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

## Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

### Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi

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

### Risk Analizleri

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

- Psikiyatri kliniği, yoğun bakım ünitesi, acil servis gibi özellikli bölümlerde çalışan personele yönelik risklerin yönetimi
  - Çalışanlar arası mobbingin önlenmesi
  - Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
  - Bağışıklama
- » Hastanede, çalışanların tıbbi, psikolojik ve diğer danışmanlık ve destek hizmetlerini sürekli alabileceği şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- » Çalışanların mesleki kaza ve yaralanmalarının tedavisi ve çalışanların güvenliğini tehdit eden ramak kala yaşanan olaylar ve istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.

### Kişisel Koruyucu Ekipman

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

### Kalite İyileştirme

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

### Çalışma Ortamının Geliştirilmesi

- » Çalışanların fiziksel ortamları, kullandıkları malzeme ve cihazlar, kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddeler ve çalışma yöntemleri gibi konularda iyileştirme planları, personelin beklentileri de dikkate alınarak tasarlanmalıdır.
- » Yapılan işler ile çalışanların fiziksel ve zihinsel kapasiteleri arasında uyum sağlanması
- » Yeterli sağlık ve güvenlik düzeyine ulaşılması amacı ile çalışanların mesleki gelişimini veya motivasyonunu teşvike yönelik eğitimler ve faaliyetler, birimler ve bölümler arasında çalışanların haberleşme, iletişim ve işbirliğinin etkin olarak sağlanmasına yönelik çalışmalar planlanmalı ve uygulanmalıdır.



- » Hastane tarafından; Personelin yararlanabileceği dinlenme, okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü, bireysel gelişim eğitimleri, hastane çalışanları için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik faaliyetler yapılmalıdır.;
- » Hastanede engelli ve hasta personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Çalışana sağlanan imkanların, kolay ulaşılabilir, pratik ve çalışan odaklı olmasına özen gösterilmelidir.



# Hasta Deneyimi



# Temel Hasta Hakları



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HH.01.00	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HH.01.01	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
		HD.HH.01.02	Hastane sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.
		HD.HH.01.03	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
		HD.HH.01.04	Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.
		HD.HH.01.05	Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.
		HD.HH.01.06	Hastaya uygulanacak tıbbi işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve riskli işlemlerde hastanın rızası alınarak dokümanite edilmelidir.
		HD.HH.01.07	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
		HD.HH.01.08	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
		HD.HH.01.09	Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.
		HD.HH.01.10	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.
		HD.HH.01.11	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

### Amaç

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

### Hedefler

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

### Standart Gereklilikleri

#### Yönetsel Yapı

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

### Hizmetler Hakkında Bilgilendirme

- » Hastane sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir
- » Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
- » Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır

### Hekim Seçme

Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.

### Hasta Rızası

- » Hastaya uygulanacak her türlü tıbbi işlem öncesinde, hasta bilgilendirilmelidir.
- » Riskli işlemler öncesinde hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır. Bu yazılı onay asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
  - İşlemi yapacak kişi
  - İşlemden beklenen faydalar
  - İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
  - Varsa işlemin alternatifleri
  - İşlemin riskleri, komplikasyonları
  - İşlemin tahmini süresi
  - Hastanın adı, soyadı ve imzası
  - İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, ünvanı ve imzası
  - Onayın alındığı tarih ve saat bilgileri

### Tıbbi Dokümanlara Ulaşabilme

Hastanın; yapılan işlemler, tahliller ya da kendisine ait özel bilgilerini içeren tüm dokümanlara, hem hizmet alırken, hem de hizmet aldıktan sonra ulaşabilmesi ve dokümanın bir kopyasını alabilmesi sağlanmalıdır.

### Manevi / Kültürel İhtiyaçlar

Hastane hastaların; kültürel ve manevi değerleri doğrultusunda hizmet almasını sağlamalıdır.



# Hasta Güvenliği

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

## Amaç

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

## Hedefler

Hasta Güvenliği



## Standart Gereklilikleri

### Hasta Güvenliği Komitesi

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

### Kalite İyileştirme

- » Hasta güvenliğine yönelik riskler analiz edilmeli,değerlendirilmeli, risk düzeyleri belirlenmeli ve analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Hastane, Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın çeşitli bölümlerinde yer alan Hasta Güvenliği ile ilgili aşağıdaki konuları bu kapsamda ele almalıdır.
  - Enfeksiyonların kontrolü
  - İlaç güvenliği
  - Radyasyon güvenliği
  - Düşmelerin önlenmesi
  - Güvenli cerrahi
  - Kimlik doğrulama
  - Bilgi güvenliği
  - Acil durum yönetimi
  - Tesis güvenliği
  - Transfüzyon güvenliği
  - Tıbbi cihaz güvenliği
  - Güvenlik raporlama sistemi
  - Atık yönetimi



# Hasta Geribildirimleri

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	HD.GB.01.01	Sistemde, başta şikayetler olmak üzere tüm geribildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsam, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.
		HD.GB.01.02	Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.
		HD.GB.01.03	Geribildirimler değerlendirilmelidir.
		HD.GB.01.04	Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

Hasta Odaklılık

## Standart Gereklilikleri

### Geribildirim Sistemi

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

### Geribildirim Sistemi ile ilgili Bilgilendirme

- » Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da hastane ve personel ile ilgili geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.
- » Geribildirimlerini ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabilecekleri gibi konularda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

### Geribildirimlerin Değerlendirilmesi

- » Hasta ve hasta yakınlarından elde edilen geri bildirimler sistemli bir şekilde analiz edilmeli ve bulgular değerlendirilmelidir.
- » Şikayet içerikli geribildirimlerin değerlendirilmesine yönelik hastanın temsil ettiği bir değerlendirme komisyonu kurulmalıdır.
- » Hasta/Hizmet kullanıcısının şikâyetleri zamanında ve adil bir şekilde sonuçlandırılmalıdır.
- » Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalı, geribildirimlerden etkin bir şekilde yararlanılmalıdır.
- » Hasta/Hizmet kullanıcısının şikayetleri zamanında ve adil bir şekilde sonuçlandırılmalıdır.
- » Bu amaçla hasta temsilcilerinin de yer aldığı bir değerlendirme komisyonu kurulmalıdır.

### Kalite İyileştirmeleri

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



## Hizmete Erişim

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ve hasta konforunu sağlayacak şekilde ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	HD.HE.01.01	Hastanın hastaneye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.
		HD.HE.01.02	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta ne kadar bekleyeceği, ne zaman muayane olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.
		HD.HE.01.03	Hastanede hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		HD.HE.01.04	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşımında ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.
		HD.HE.01.05	Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		HD.HE.01.06	Taburcu sürecindeki hasta ve/veya hasta yakınlarına; hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi sonrasında dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği hekim ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Karşılama, Yönlendirme, Danışma

- » Hastane, sunduğu hizmetlere yönelik deklare ettiği bilgilerle tutarlı şekilde, hastaneye başvuran hastaların karar süreçlerine yardımcı olmaya yönelik, ihtiyaç duyabileceği hizmetlerle ilgili detaylı bilgileri hastaya sağlamalıdır.
- » Hastanın ve hasta yakınının başvuru sürecinde yapması gereken işlemler, ihtiyaç duyacağı bilgi ve belgeler için hastanenin içinde ulaşması gereken noktalar, bekleme alanları vb. tüm karşılama, danışma ve yönlendirmeye yönelik bilgilerin ne şekilde hastaya sunulacağı önceden planlanmalı ve uygulanmalıdır.

### Hasta Konforu

- » Hastanede hizmet alınan alanların temiz ve ferah olması, ihtiyaç duyduğunda hastanın oturabileceği, dinlenebileceği bekleme alanlarının olması, merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları gibi zorunlu kullanım alanlarının hastanın ihtiyaçlarını gözeterek düzenlenmesi, hasta güvenliğini tehdit eden unsurların yer almaması gibi temel insani ihtiyaçların karşılanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- » Kolonoskopi, ultrasonografi, endoskopi vb. özellikli işlemler öncesinde ve sonrasında hastanın beklemesi, dinlenmesi ya da tuvalet, banyo vb. ihtiyaçlarını giderebilmesini dikkate alan düzenlemeler yapılmalıdır.

### Kolaylaştırıcı Düzenlemeler

- » Hastanede, hizmet verilen tüm alanlarda yaşlılar, engelliler ve hastalık durumlarına göre yardıma ihtiyaç duyanların hizmetleri rahatlıkla alabilmelerine yönelik; çıkış rampaları, tekerli sandalye hizmetleri gibi uygulamalar ile merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları gibi zorunlu kullanım alanlarına ilişkin düzenlemeler bulunmaktadır.
- » Hastaneden hizmet alan yaşlılar, engelliler ve hastalık durumlarına göre yardıma ihtiyaç duyanlara yönelik , hizmet süreçlerinde öncelik tanınmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

### Teşhis ve Tedavi

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

### Taburcu

- » Hastanın tanı ve tedavisinden sonraki süreçlerde nasıl bir yol izlemesi gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- » Taburcu sürecinde ve taburcu sonrasında hastanın aldığı tedavi, kullanılması gereken ilaçlar, fiziksel aktiviteleri, hareket kısıtları, kontrol süreleri, gerektiğinde kimlerle iletişime geçebileceği ve bu kişilerin iletişim bilgileri gibi bilgilerin hasta ve/veya hasta yakınına anlatılması ve/veya bu konuda yazılı olarak bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

# Yaşam Sonu Hizmetler



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.YS.01.00	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetler tanımlanmalıdır.	HD.YS.01.01	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda hastanın ve hasta yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak saygı çerçevesinde hizmet verilmelidir.
		HD.YS.01.02	Cenazenin hastane içinde taşınması ve bekletilmesine yönelik süreçler ile fiziksel koşullar, hasta ve hasta yakınların kültürel ve manevi değerleri ile saygı beklentileri dikkate alınarak oluşturulmalıdır.
		HD.YS.01.03	Cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalı, hasta yakınları için konforlu bekleme alanları oluşturulmalıdır.
		HD.YS.01.04	Cenazenin yakınlarına teslimi sürecinde, fiziksel ve psikolojik durumlarını dikkate alacak şekilde hasta yakınlarına destek olacak uzman personel bulundurulmalıdır.
		HD.YS.01.05	Cenazeler, kimlik bilgileri ile tanımlanmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Kültürel ve Manevi Değerler

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

### Cenazenin Taşınması ve Bekletilmesi

- » Hastanın yaşamını yitirdiği bölümden yakınlarına teslim edilinceye kadar geçen süreçlerde, bekletileceği alan ya da alanlarda temizlik, sıcaklık, aydınlatma vb. fiziksel koşullara dikkat edilmesi ve bu koşulların mahremiyet, güvenlik gibi. unsurlara dikkat edilerek düzenlenmesi gerekmektedir.
- » Yaşamını yitiren hastanın bölümler arası taşınması ve hasta yakınlarına teslim edilmesi esnasında cenazeye saygı gösterilmesine özen gösterilmeli ve süreçler bu çerçevede tanımlanmalıdır.

### Hasta Yakınlarının Konforu ve Güvenliği

- » Yaşamını yitiren yakını son kez görmek isteyen hasta yakınlarının bu taleplerini karşılamaya yönelik kolaylaştırıcı düzenlemeler tanımlanmalıdır.



- » Yaşamını yitiren hastayı teslim almaya ya da son kez görmeye gelen hasta yakınları için uygun ve yeterli bekleme alanları oluşturulmalıdır.
- » Bekleme alanları, hasta yakınlarının hassas durumları özellikle dikkate alınarak yeterli oturma alanlarını barındıran, farklı hava koşullarından olumsuz etkilenmeyecekleri şekilde oluşturulmalıdır.
- » Cenaze işlemlerinin en kısa sürede ve kolay bir şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalıdır.
- » Yaşamını yitiren hastayı son kez görmek için ya da teslim almak için hastaneye gelen hasta yakınlarının, hastanede hizmet aldıkları süre zarfında yaşayacakları fiziksel ve psikolojik ani olumsuzluklar göz önünde bulundurularak gerekli tedbirler alınmalıdır. Özellikle aşırı psikolojik tepkiler vb. riskler tanımlanmalı ve bu risklere yönelik olarak eğitilmiş bir personelin zamanında hasta yakınına ulaşması için tedbirler önceden tanımlanmalıdır.

### Cenazenin Tanımlanması

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



# Sağlık Hizmetleri



# Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.EK.01.00	Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.EK.01.01	Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesine yönelik komite oluşturulmalı ve sorumluluklar belirlenmelidir.
		SH.EK.01.02	Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program oluşturulmalıdır.
		SH.EK.01.03	Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik programda asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır: <ul style="list-style-type: none"><li>» Sağlık hizmetleri ve destek hizmetlerinin sunulduğu alanlarda enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi</li><li>» Sürveyans</li><li>» El hijyeni</li><li>» İzolasyon önlemleri</li><li>» Akılcı antibiyotik kullanımı</li><li>» Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi</li><li>» Çalışanların mesleki enfeksiyonu</li></ul>
		SH.EK.01.04	Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

## Amaç

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

## Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

### Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesine Yönelik Komitenin Oluşturulması

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

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik oluşturulan komitenin sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

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

### Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesine Yönelik Program Oluşturulması

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

- » Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi
- » Sürveyans
- » El hijyeni
- » İzolasyon önlemleri
- » Akılcı antibiyotik kullanımı
- » Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- » Çalışanların mesleki enfeksiyonu
- » Çamaşırhane, mutfak, morg, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların kontrolü

### *Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi*

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

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

### *Sürveyans*

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

Sürveyans çalışmaları kapsamında asgari aşağıdaki faaliyetler gerçekleştirilmelidir:

- » İzlenecek klinik sürveyans/mikrobiyolojik sürveyans belirlenmelidir.
- » Belirlenen enfeksiyon/mikroorganizma ile ilgili tanısal kriterler ve tanımlar netleştirilmeli ve hastane içinde standardizasyonu (bunun için uluslara arası ya da ulusal olarak kabul görmüş kriterlerin kullanılması uygundur) sağlanmalıdır.
- » Veri kaynakları ve veri toplama metodolojisi belirlenmelidir.

- » Tanı kriterlerinin incelenmesi, veri toplanması, verilerin analizi aşamalarını yürütecek olan tüm personel eğitilmelidir.
- » Aktif, hasta bazlı, ileriye dönük (prospektif) sürveyans sistemi oluşturulmalıdır.
- » Oluşturulan sürveyans sisteminin mümkün olduğunca kolay, ulaşılabilir ve net olması sağlanmalıdır.
- » Enfeksiyon kontrolüne yönelik politikaların belirlenmesinde sürveyans sonuçları kullanılmalıdır.
- » Sürveyans verileri, enfeksiyonlara yönelik ulusal sürveyans ağına girilmelidir. Bu konuda ulusal bir sistem yok ise uluslar arası olarak bu amaçla oluşturulmuş sistemlere üye olunmalı ve sürveyans verileri bu sistemler üzerinden paylaşılmalıdır.

### El Hijyeni

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

- » El Hijyeni Kurallarının Belirlenmesi
- » El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi
- » El Hijyeni Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar

### El Hijyeni Kurallarının Belirlenmesi

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

“5 Endikasyon Kuralı”na göre;

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

el hijyeni uygulanmalıdır.

Ayrıca hastanelerde hasta bakımı yapılmayan ancak hastaya dolaylı olarak sağlık hizmeti verilen çeşitli alanlar da bulunmaktadır. Laboratuvarlar, ec-



zane, sterilizasyon üniteleri, ilaç, besin vb. hazırlama bölümleri bu alanlara örnek olarak verilebilir. Hem hasta hem de çalışan güvenliğini sağlamak için bu alanlar da dâhil olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunulan alanlara yönelik el hijyeni ile ilgili uyulması gereken kurallar belirlenmeli ve bu kurallar çerçevesinde uygulama yapılması sağlanmalıdır.

### **El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi**

El hijyeni uyumu; el hijyeninin doğru zamanda, uygun yöntemle, doğru şekilde ve doğru sürede uygulanmasını ifade eder. Sadece el yıkamak ve el ovalamak değil, aynı zamanda bunları **doğru** şekilde yapmak el hijyeni uyumu anlamına gelmektedir.

El hijyeni uyumu; prospektif haberli gözlemlere ek olarak, bölümlere göre kullanılan el hijyeni malzemelerinin takibi, anketler (sağlık çalışanlarının farkındalığını, bilgi düzeyini, uyumunu ölçmeye yönelik) gibi yöntemler ile ölçülmelidir. Yapılan değerlendirmeler sonucunda elde edilen verilere göre gerekli iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır.

### **El Hijyeni Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar**

El hijyeni uyumunu geliştirmeye yönelik asgari aşağıdaki çalışmalar yapılmalıdır:

- » El hijyeni politikasının oluşturulması
- » El hijyeni sorumlularının belirlenmesi
- » Sağlık çalışanlarının cilt bakımını desteklemek
- » Eğitimler
- » Hatırlatıcı, uyarıcı mesajlar
- » Malzemeye erişimin kolaylaştırılması

Aşağıda bu maddeler ile ilgili bazı hususlara daha detaylı olarak değinilmiştir:

### **Sağlık çalışanlarının cilt bakımını desteklemek**

Cilt irritasyonları ve alerji öyküleri olan sağlık çalışanlarına uygun malzeme temini yapılmalıdır.

### **Eğitimler**

El hijyeni konusunda tüm çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitimlerin içerikleri ve periyodları hastane tarafından meslek gruplarına ve ölçme sonu-

cunda tespit edilen ihtiyaçlara göre belirlenmelidir. Eğitim içeriğinde asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir:

- » El hijyeninin önemi
- » El hijyeni yöntemleri ve endikasyonları
- » Dikkat edilmesi gereken hususlar
- » Eldiven kullanımı

### **Malzemeye erişimin kolaylaştırılması**

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

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

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

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

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

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

### ***İzolasyon Önlemleri***

Hastane; izolasyon önlemlerinin uygulanması gereken durumları, uygulama kurallarını ve gerekli fiziki koşulları (ayrı oda, yataklar arası yeterli

mesafe, yeterli personel vb.) belirlemelidir. Sağlık çalışanlarına konu ile ilgili eğitim verilmeli, yeterli kişisel koruyucu ekipman temin edilmeli ve izolasyon önlemlerine uygun şekilde çalışılması sağlanmalıdır.

T.C. Sağlık Bakanlığınca, izolasyon önlemleri konusunda kurumlarda uygulama ve dil birliğini sağlamak, görsel şekillerin akılda kalıcılığından faydalanmak amacıyla tanımlayıcı semboller belirlenmiştir. Bu alanda dünyaya örnek olması hedeflenen tanımlayıcı sembollerin oluşturulmasında doğanın çeşitli renkleri ve figürlerinden ilham alınmıştır. **Bu semboller hastanın bulunduğu veya transfer edildiği her alanda çalışanları uyararak amacı ile hastanenin belirleyeceği şekilde kullanılmalıdır.**

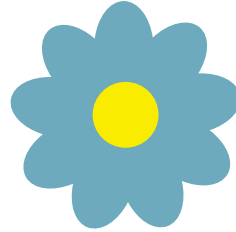
#### **Sarı Yaprak:**

Solunum izolasyonunda kullanılmaktadır. Ağaçlar doğanın, yapraklar ise ağaçların akciğerleridir. Solunumun baş harfi ile sarı yaprağın baş harfinden esinlenilmiş ve çağrışımı kolaylaştırmak amacıyla "s" harfiyle başlayan sarı yaprak kullanılmıştır.



#### **Mavi Çiçek:**

Damlacık izolasyonunda kullanılmaktadır. Ortadaki nokta hastayı etrafındaki yapraklar ise damlacıkları temsilen kullanılmıştır. Hasta damlacıkla çevrelenmiştir ve etrafına yayma riski vardır. Damlacıkların tek nokta etrafında toplanması ile, o noktaya (hastaya) dikkat çekmek istenmiştir.



#### **Kırmızı Yıldız:**

Temas izolasyonunda kullanılmaktadır. Yıldızın beş köşesi, elin beş parmağını temsil etmektedir. Kırmızı renk ise, ateşe temasın sakıncaları ile hastayla temasın sakıncaları arasındaki bağdan yola çıkarak kullanılmıştır.



#### **Akılca Antibiyotik Kullanımı**

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

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

- » Hastanede antibiyotik kullanımı ile ilgili politikalar belirlenmeli, gerekli uygulamalar yapılmalı ve izlenmelidir.
- » Akılıcı antibiyotik kullanımı ile ilgili farkındalık oluşturulması, konuyla ilgili gerekli çalışmaların planlanması ve yürütülmesinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı, ekibin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.
- » 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 (Örn. Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanım oranları)
- » Antibiyotik kullanım politikaları belirlenirken uluslar arası ve varsa ulusal ve/veya lokal rehberlerden yararlanılmalı, lokal direnç verileri de incelenmelidir.
- » Antibiyotik duyarlılık testi raporlarında kısıtlı bildirim kuralları belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- » Antibiyotik kullanımı ve bakteriyel direnç hastane bazında izlenmelidir.
- » Dirençli mikroorganizmalar ile kolonize hastaların izolasyonu sağlanmalıdır.
- » Antibiyotik direncine yönelik sürveyans verileri ve antibiyotik kullanımı ilkelerine yönelik elde edilen sonuçlar hastane yöneticileri ve ilgili klinisyenler ile paylaşılmalıdır.

#### *Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon, Asepsi, Antisepsi*

Sağlık hizmeti sunumu sırasında kullanılan tüm alanlar ve insan dokuları ile temas eden tüm araç ve gereçler enfeksiyon kaynağı olabilmektedir. Bundan dolayı ilgili alanlar ve araçların mikroorganizmalar açısından kontrol altına alınması için çeşitli işlemler uygulanmaktadır:

- » Temizlik
- » Dezenfeksiyon
- » Sterilizasyon
- » Asepsi
- » Antisepsi

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

Bu süreçlerde;

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

### **Temizlik**

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

### **Dezenfeksiyon**

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

- » Uygulayıcılar eğitilmeli ve dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi konusundaki sorumlular tarafından izlenmelidir.

### **Sterilizasyon**

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

### **Asepsi ve Antisepsi**

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

### *Çalışanların Mesleki Enfeksiyonu*

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

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

- » Bölüm bazında yapılan risk analizleri çerçevesinde düzenli aralıklar ile yapılması gereken sağlık taramaları belirlenmeli ve sağlık taramalarına yönelik bir program oluşturulmalıdır.
- » Taramalarda pozitif saptanan olgulara yönelik yapılması gereken işlemler belirlenmelidir.
- » Program çerçevesinde yapılan uygulamaların etkinliği izlenmelidir.
- » Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda yapılması gereken işlemler belirlenmeli, uygulanmasını sağlamak ve kontrol etmek amacı ile sorumlular belirlenmelidir.

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

- » Sağlık hizmet sunumunda kullanılan tekstil malzemelerinin temizlenme süreci enfeksiyonların kontrolü açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Sağlık hizmeti sunucuları ve hizmet kullanıcılarına sunulan gıdaların temini, depolanması, hazırlanması ve dağıtılması süreçleri ile bu süreçte görev alan çalışanlar enfeksiyonların kontrolü açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Sağlık hizmeti sunumunda üretilen tıbbi atıkların güvenli şekilde uzaklaştırılması ve bertarafının sağlanması süreçleri izlenmeli, gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Yaşam sonu hizmetler, morg alanı ve işleyişi enfeksiyonların kontrolü açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların kontrolü açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

#### **İzleme ve Değerlendirme**

- » Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik hastanede gerçekleştirilen uygulamalar süreç ve sonuç bazında izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir. İzleme ve değerlendirme çalışmalarında; rutin gözlem ve kontroller, surveyans rapor-

ları, uygulamalara yönelik belirlenen süreç ve sonuç bazı göstergeler kullanılmalıdır.

- » İzleme ve değerlendirmede elde edilen sonuçların analizi yapılmalı, belirlenen hedeflerle uyumu değerlendirilmeli ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Elde edilen sonuçlar yönetim ve ilgili çalışanlar ile paylaşılmalıdır.
- » Çalışanların enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili sorumluluklarına yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yapılmalıdır.



# Sterilizasyon Yönetimi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	SH.SY.01.01	Sterilizasyon ünitesinde kirli, temiz ve steril alanlar ile bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.
		SH.SY.01.02	Malzemelerin steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.
		SH.SY.01.03	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.

## Amaç

Hastanelerde, sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak için önemli adımlardan biri olan sterilizasyon işlemlerinin hasta güvenliği açısından kontrol altına alınmasıdır.

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

Sterilizasyon ünitelerinde kalitenin geliştirilmesi için ele alınması gereken unsurlar şunlardır:

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

### Sterilizasyon Ünitesinde Fiziki Alanın Düzenlenmesi

Sterilizasyon ünitesinde fiziki mekân işlem basamaklarına göre planlanmaktadır ve kirli, temiz ve steril alan olma üzere 3 alanda incelenir.

**Kirli alan:** Temizlik ve dekontaminasyon işlemlerinin uygulandığı alandır.

**Temiz alan.** Paketleme ve sterilizasyon cihazına yükleme işlemlerinin uygulandığı alandır.

**Steril alan:** Steril malzemenin cihazdan çıkarıldığı ve depolandığı alanlardır.

- » Sterilizasyon ünitesinde yüzeyler kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebiliyor olmalıdır.
- » Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izlenmelidir.
- » 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.
- » Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler sterilizasyon güvenliğini sağlayacak şekilde planlanmalı ve izlenmelidir.
- » Steril alanlarda depolama koşulları hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve steril malzemenin korunmasını sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.
- » Ünitelerde fiziki alanlara ve bu alanlarda uygulanan hizmetlere göre gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları belirlenmelidir.

## Sterilizasyon Hizmetinde Süreç Kontrolü

Sterilizasyon hizmeti süreci döngüsel şekilde ilerleyen işlem basamaklarından oluşur:

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

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

### *Sterilizasyon İşlemine Yönelik Kalite Kontrol Çalışmaları*

- » Kullanılan sterilizasyon yöntemine göre fiziksel-mekanik kontroller yapılmalı, kayıtları tutulmalıdır.
  - Fiziksel-mekanik kontroller; basınç, gaz konsantrasyonu, sıcaklık, nem, zaman gibi parametreleri içeren program döngüsü kayıtları ile cihaza ait bakım ve kalibrasyon kayıtlarını içerir.
- » Kimyasal kontrol yöntemleri ile sterilizasyonun etkinliği değerlendirilmelidir.
  - Sınıf 1 işlem indikatörleri her paket üzerinde kullanılmalıdır.
  - Sınıf 2 indikatörler her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce uygulanmalıdır.
  - Her bir paket içine en az sınıf 4 kimyasal indikatör konulmalıdır.
- » Biyolojik kontrol yöntemleri ile sterilizasyonun tam olarak gerçekleşip gerçekleşmediği değerlendirilmelidir.
  - Hastane, başta bilimsel gereklilikler olmak üzere; malzeme yükü, hasta profili, cihaz çalışma sıklığı gibi hususları da gözönünde bu-

lundurarak her bir sterilizasyon yöntemi için asgari indikatör kullanım sıklığını belirlemeli, gerektiğinde kullanım sıklığını artırmalıdır.

- Biyolojik indikatör işlem sonrası pozitif çıkarsa, geriye dönük malzeme ve hasta takibi yapılmalıdır. Bir önceki negatif üreme gösteren biyolojik indikatör kullanımına kadar dağıtılan tüm steril malzeme gözden geçirilmeli, bunlar arasında hastaya kullanılan malzeme var ise hasta enfeksiyon açısından takip edilmelidir.

### Sterilizasyon İşlemlerinin İzlenebilirliği

- » Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.
- » Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgilerin hasta dosyasında bulunması ya da hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığının kaydedilmesi gereklidir. Gerektiğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılabilirlik sağlanmalıdır.
- » Malzeme ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilirlik sağlanmalıdır:
  - Kullanılan indikatörün renk değişikliğinin tespiti (kullanım sırasında kullanıcıların kontrolüne ilişkin kayıt)
  - Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiğine dair bilgi
  - Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
  - Cihaz döngü kayıtları
  - Cihaza ilişkin testler (vakum kaçak testi, Bowie Dick test gibi)
  - Biyolojik indikatör sonucu
  - Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine dair bilgi
  - Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığına dair bilgi
  - Her aşamada gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar

# İlaç Yönetimi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.IY01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.IY01.01	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı planlanmalıdır.
		SH.IY01.02	İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
		SH.IY01.03	Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
		SH.IY01.04	İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.
		SH.IY01.05	İlaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.IY01.06	Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

## Amaç

İlacın dahil olduğu tüm süreçlerde, hasta ve çalışana yönelik riskleri en az düzeye indirmektir.

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

## Yönetim ve Dokümantasyon

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

- İlaç güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulan **özel nitelikli ilaçlara** ait tablolar
- » Özel niteliğe sahip ilaç grupları, mevzuata uygun olarak hastane tarafından belirlenmeli, bu tür ilaçların etkin ve güvenli kullanımına yönelik uyarıcı mekanizmalar (renkli veya sesli uyarılar gibi) kullanılarak etkin kullanımı sağlanmalıdır.
- » Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmiştir:
  - Acil Pediatrik İlaçlar
  - Görünüşü Benzer İlaçlar
  - Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
  - Psikotrop İlaçlar
  - Narkotik İlaçlar
  - Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
  - Yüksek Riskli İlaçlar
  - Hazırlanması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren ilaçlar

### İlaç Yönetiminde İletişim

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

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

### İlaçların Temini

- » Hastanede ilaç temin taleplerine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir. Bu kurallar çerçevesinde; kimlerin ilaç temin talebinde bulunabileceği, talep yöntemi, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceği tanımlanmalıdır.

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

### İlaçların Muhafazası

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

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

### İlaç İstemleri

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



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

Tedavi planına aktarılan uygulama istemleri asgari şu bilgileri içermelidir:

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

### İlaçların Transferi

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

### İlaçların Hazırlanması

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

### İlaç Uygulamaları

- » Hasta için özel hazırlanan ilaçlar, belirlenen kurallar çerçevesinde dikkatle uygulanmalı ve uygulama işlemi kayıt altına alınmalıdır.
- » İlaç uygulamaları, sadece ilaç uygulamaya yetkili personel tarafından (hekim, hemşire, hemşire gözetiminde stajyer vb.) gerçekleştirilmelidir. Uygulama öncesinde hasta kimliği doğrulanmalı ve tedavi bilgileri teyit edilmelidir. Özellikle riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar takip edilmeli, oluşabilecek reaksiyonlara karşı hazırlıklı olunmalıdır. Hastada görülen advers etkiler kayıt altına alınarak bildirim sağlanmalıdır.

### Hasta Beraberinde Gelen İlaçların Kontrolü

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

### İzlenebilirlik

- » Tüm ilaç yönetimi sürecinde oluşturulan verilerin bilgi yönetim sistemleri kapsamında izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Çalışanların herhangi bir aşamada yaşanan sorunları bildirebilmesini sağlayacak bilgi altyapısının oluşturulması ve etkin olarak kullanılması gerekmektedir.
- » İlaç yönetimine ilişkin bildirim gerekli sorunlar asgari olarak advers etki ve ilaç hataları konularını kapsamalıdır.
- » Bildirimlerden elde edilen bilgiler mevcut ulusal hata sınıflandırma sistemlerine göre kodlanmalı, ilaçlara ait hatalar ve ramak kala olaylar ilgili uzmanlarca incelenmeli, tespit edilen hata kaynaklarına yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır.

# Transfüzyon Yönetimi



## Standart 1

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

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

## Standart 2

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Süreçlerin Tanımlanması ve Dokümantasyon

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

### Güvenli Kan Temini ve Bağış Süreci

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

- » Tam kan ve aferez bağış için bağışçının kimlik tespiti, tıbbi sorgulama ve değerlendirmesi yapılmalıdır. Tam kan ve aferez kan ürünü için bağış kriterleri belirlenmelidir.

- » Bağışçıya bağış sürecinin her aşaması ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalı ve kendi rızası ile kan ve kan ürünü bağışında bulunduğuna dair imzası alınmalıdır.
- » Kabul edilen veya reddedilen bağışçılara yönelik kayıtlar tutulmalıdır. Bağışın reddedildiği durumlarda kişiler bu konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.
- » Bağışçının değerlendirmesi hekim tarafından yapılmalı ve imza altına alınmalıdır.
- » Kan alma işlemine ait kurallar belirlenmelidir.
- » Bağış işlemi bir sağlık çalışanı, aferez işlemi ise bir hekim gözetiminde yapılmalı ve bağışçı gelişebilecek komplikasyonlar açısından izlenmelidir.
- » Bağış esnasında laboratuvar örneklerinin alınması süreci, kanın mikrobiyal kontaminasyonu riskini en aza indirecek ve örneklerin karışmasını önleyecek şekilde tasarlanmalıdır.
- » Aferez yöntemi ile bağış durumlarında; aferez cihazları bu konuda eğitim almış personel tarafından kullanılmalıdır.

### Kan ve Kan Ürünlerinin Güvenliği

- » Kan ve kan ürünleri, mevzuat kapsamında zorunlu testler yapılmadan kullanılmamalıdır:
  - Bağışçıdan alınan her ünite kan için ABO-Rh tayini yapılmalıdır.
  - HBs Ag, Anti-HCV, Anti- HIV ve Sifilis (VDRL) testleri çalışılmalıdır.
  - Çelişkili sonuçlar söz konusu ise; durumu çözmek, tarama testinde tekrarlayan reaktif sonuç saptanan kan ve kan bileşenlerinin tedavide kullanılmasını engellemek, bu bileşenleri ayrı bir ortamda saklamak ya da imha etmek için tanımlanmış prosedürler olmalıdır.
  - Doğrulama testlerinde pozitif sonuçların varlığı halinde bağışçı bilgilendirilmeli ve yapılması gereken işlemler hususunda yönlendirilmelidir.
  - Çapraz karşılaştırma testleri çalışılmalıdır.
  - Alıcıya ait diğer immünohematolojik testler çalışılmalıdır.
- » Kan ürünlerinin hazırlanması ile ilgili prosedürler tanımlanmalıdır. Kan ürünleri hazırlanması, filtre edilmesi, ışınlanması, yıkanması gibi ek işlemler ile ilgili aşamalar kayıt altına alınmalı ve belirlenen aşamalar izlenmelidir.

- » Kan ürünlerinin etiketlenmesi, ulusal mevzuat ve uluslar arası düzenlemelere uygun olarak yapılmalıdır. Etiketle asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir:
  - Bileşenin adı
  - Kalite gereklerine uygun şekilde ürünün ölçüm (hacim, ağırlık, sayı vb.) bilgisi
  - Bağışçının sayısal veya alfabetik tanımı
  - Hizmet biriminin adı
  - ABO kan grubu, Rh D Grubu
  - Alınma ve son kullanma tarihi
  - Mikrobiyoloji test sonuçları
  - Depolama sıcaklığı
  - Antikogulan ve ek solüsyonlarının ismi, bileşimi ve hacmi
- » Saklama koşulları, tüm saklama süresince kan bileşenlerinin optimal canlılık ve işlevlerini korumak üzere tasarlanmalıdır.
- » Kan dolapları, dondurucu ve çalkalayıcıların sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bu cihazlarda, uygun sıcaklık koşullarının sağlanmadığı durumlara yönelik uyarı sistemleri bulunmalıdır.
- » Transfüzyon merkezinde bulunan cihazların envanteri tutulmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
- » Kan ve kan ürünlerinin kullanıma hazır hale getirilmesi ile ilgili prosedürler belirlenmeli ve her aşaması kontrol edilerek kayıt altına alınması sağlanmalıdır.
- » Bağışçı ve hastaya ait kan örnekleri uygun şartlarda saklanmalıdır.
- » Testlerde kullanılmak amacı ile bağışçı ve hastadan alınan kan örneklerinin uygun koşullarda ve sürede saklanması sağlanmalıdır.
- » Kan ve kan ürünleri ile bağışçılar ve hastalara ait numunelerin imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir. İmha edilen kan ve kan ürünlerine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

## Standart 3

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

## Amaç

Transfüzyon sürecinin tüm aşamalarında hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

## Hedefler

» Hasta güvenliği » Hasta odaklılık » Etkinlik

## Standart Gereklilikleri

## Kan İstem Süreci

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



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

### Kan ve Kan Ürünlerinin Güvenli Transferi

- » Kan ve kan ürünlerinin transferi, saklama ısısını muhafaza edecek şekilde transfer kapları kullanılarak yapılmalıdır.
- » Kan ve kan ürünlerinin transferi, yetkilendirilmiş personel tarafından yapılmalıdır.
- » Taşımada kullanılan kapların temizlenmesi ve kullanımı kolay olmalıdır.

### Transfüzyon Güvenliği

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

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

### İzlenebilirlik, Beklenmeyen ve İstenmeyen Etkilerin Takibi

Bağış sürecinden başlayarak; kan ve kan ürünlerinin kullanımını da kapsayan tüm süreçlerde beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin izlenebilirliği sağlanmalıdır. Elde edilen bilgiler doğrultusunda reaksiyon tipine karar verilecek, tekrarını önlemeye yönelik prosedürler yerine getirilmelidir.

# Hasta Bakımı



## Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
		SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
		SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.
		SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek gerektiğinde güncellenmelidir.
		SH.HB.01.05	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
		SH.HB.01.06	Hastanın sevki veya taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

- » Hasta bakımı, hastaların hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini kapsamaktadır. Bu süre içinde hasta bakımına yönelik sunulacak hizmetlerin etkinliğini sağlamak amacı ile bakım süreçleri tanımlanmalıdır. Bu tanımlama aşağıdaki konuları içermelidir:
  - Ayaktan/Yatan hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
  - Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması
  - Planlanan bakımın hastaya sunulması
  - Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
  - Gerekğinde bakımda değişiklikler yapılması
- » Hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın planlanması, uygulanması ve izlenmesi ile ilgili tüm aşamalar, multidisipliner bir anlayış ile bakım ekibinin tüm üyeleri tarafından koordineli bir biçimde gerçekleştirilmelidir. Söz konusu işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.
- » Hasta/hasta yakınının bakım süreçlerine katılımı sağlanmalıdır.
- » Yatan hastalara ilişkin değerlendirme, bakım planı ve izlem sonuçlarının tüm çalışanlarca izlenebilir olması sağlanmalıdır.

### Hasta Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi

- » Hastanın bakım ihtiyaçları; **yatan hastalarda** hasta bölüme kabul edildiğinde, **ayaktan hastalarda** ise ayaktan sağlık hizmeti alınan bölümde hastaya bakım verecek sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmelidir.
- » Bakım ekibinin tüm üyeleri hastayı kendi hizmet alanı ile ilgili olarak değerlendirmeli ve hastanın bakım ihtiyaçlarını tespit etmelidir.
- » Hastanın bakım ihtiyaçları tespit edilirken hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül bir yaklaşımla ve hasta/hasta yakınının da katılımı ile değerlendirilmelidir.

### Hasta Bakım Planları

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

### Hasta/Hasta Yakınının Bakım Sürecine Katılımı

- » Hasta/hasta yakınının hastaneye/bölüme uyumu sağlanmalıdır. Hasta/hasta yakınları; hastanede uymaları gereken kurallar, kahvaltı ve yemek saatleri, telefon kullanımı, sağlık çalışanlarına nasıl ulaşabilecekleri, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin ne şekilde bilgi alabilecekleri vb. konularda bilgilendirilmelidir.
- » Hasta bakım sürecinde hastanın bağımsız fonksiyonlarını yerine getirmesine izin verilmeli ve hastalar kendi bakımlarına katılmaları konusunda teşvik edilmelidir.

- » Hastaya hizmet veren tüm bakım ekibi, hasta/hasta yakınları ile beklenti, ihtiyaç ve değerlerini gözeterek şekilde iletişim kurmalıdır. Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde pozitif bir diyalog içinde bulunulmalıdır.
- » Bakım uygulamaları kapsamında hastaya uygulanacak tüm işlemlerde hasta/hasta yakını işlemi uygulayacak kişi tarafından, işlem hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakınları bakım uygulamalarının seyri konusunda hastaneye belirlenen sıklıkta ve zamanda bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir. Eğitim içeriği; hasta hakları, ilaçların kullanımı, bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar, taburculuk eğitimi vb. konuları kapsamalıdır.
- » Riskli işlem uygulanması durumunda, hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır.

### Hastanın Sevk edilmesi

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

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

### Hastanın Taburcu Edilmesi

Hastanın hastaneden taburcu edilmesine yönelik işlemler planlanmalıdır.

- » Hekim tarafından taburculuğuna karar verilen hastalar; taburculuk sonrası evde bakımı, kullanacağı ilaçlar, varsa diyeti ve yapılmaması gereken aktiviteleri, kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvuracağı gibi konular hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Taburculuk sürecine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.
- » Hazırlanan planda; hekim izni olmadan hastaneden ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler de belirlenmiş olmalıdır.

- » Hastaya sunulan her türlü bakım/televi hizmetine rağmen, hastanın ölümünün beklenmesi durumunda, uygulanacak işlemlerde;
  - Hasta ve ailesinin manevi ve kültürel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.
  - Hastanın ağrı ve semptomlarının yönetimi sağlanmalıdır.
  - Hasta ve ailesine destek sağlanmalıdır.

## Standart 2

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Hasta Kimliğinin Doğrulanması

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

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

- Ad-soyad
- Doğum tarihi
- Baba adı
- Protokol numarası
- Dosya adı vb.

Aşağıda, kimlik doğrulama işlemi sırasında kullanılacak yöntemlere örnekler verilmiştir:

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



## Kimlik Tanımlayıcı Kullanımı

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

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

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

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

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

geli olan, allerjisi olup doğum yapan, ikiz bebekler vb. hastalar için kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

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

Hastalar kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve kimlik doğrulamanın önemi hakkında bilgilendirilmelidir.

### Standart 3

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

### Amaç

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

## Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Uygunluk

## Standart Gereklilikleri

Hastane yönetimi, hasta düşmelerini önlemeye yönelik tüm çalışanların katılımını sağlamalı, hastanenin tüm bölümlerinde düşme önleme stratejilerine yönelik kurulacak sistem bütüncül olarak planlanmalıdır. Bu planda aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir;

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

## Düşme Riski Değerlendirmesi

- » Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Hastane tarafından, bazı özellikli bölümlerde yatan hastalar (yoğun bakım hastaları, yeni doğan yoğun bakım hastaları, 0-3 yaş bebek ve çocuk hastalar) risk değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir.
- » Yatan hastaların düşme riski değerlendirilmesi hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi tarafından yapılmalıdır. Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir de-

ğişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.

- » Yatan hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır. Morse, Hendrich II, İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) gibi ulusal ve uluslar arası ölçekler bu ölçeklere örnek olarak verilebilir. Belirlenen risk düzeylerine göre alınacak önlemler planlanmalıdır.

### Düşme Riskine Göre Alınması Gereken Önlemler

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

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

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

### Düşmelerin İzlenmesi

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

#### Standart 4

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

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

### Çalışanların Nöbet Teslimleri

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

- » Nöbet teslimleri; nöbeti devreden ve devralan çalışanlar arasında olacak şekilde en az iki kişi ile yapılmalıdır.
- » Nöbet değişimlerinde hasta; hem bilgilerin kayıtlar üzerinden aktarılması ile hem de hasta başı ziyareti yapılarak teslim edilmelidir.
- » Nöbet teslimi sırasında hasta bakım sürecine ilişkin gerekli tüm bilgiler aktarılmalıdır.

### Panik Değerlerin Bildirilmesi

Panik değer; bir klinik laboratuvar testinde, hastanın sağlığı için risk oluşturabilecek, en kısa zamanda hastanın hekiminin bilgilendirilmesini ve ileri

tanısal, terapötik ve/veya koruyucu tıbbi müdahalenin yapılmasını gerektiren sonuç değerleridir.

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

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

### Sözel İstem Uygulaması

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

- » Sözel istem uygulamasından mümkün olduğunca kaçınılmalı, zorunlu durumlar dışında uygulanması sınırlandırılmalıdır.
- » Yazılı isteme imkân tanımayan durumlar söz konusu olduğunda sözel istem alımı kaçınılmaz ise aşağıdaki hususlar çerçevesinde sözel istem alınmalıdır:
  - Hastane sözel istem alımı ile ilgili kuralları net olarak belirlemelidir.
  - Sözel istemlerin hangi durumlarda kullanılabileceği tanımlanmalıdır.
  - Reçetelendirme, yetkilendirme ve reçetenin geçerliliğini sağlamak için bir mekanizma sağlanmalıdır.
  - Sözel istemin alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve verilmiş sıklığı açık olarak belirtilmelidir.
  - Sözel istem alındığı anda mutlaka doğrulanmalıdır. Doğrulama şu şekilde yapılmalıdır:
    - ✓ Sözel istem alınırken istem önce dinlenir.

- ✓ Verilen istem kayıt altına alınır.
- ✓ Yazılan istem daha sonra geri okunur ve doğruluğu istemi veren kişiye onaylatılır. İstemi alan kişi istemi doğrulatırken yapacağı geri okumayı aşağıdaki yöntemlerle yapabilir.
  - İlaç ismini hecelelemek
  - İlaç isimlerinin jenerik ve ticari isimlerinin ikisini beraber kullanmak
  - Hangi amaçla kullanılacağını belirtmek
  - Konuşulurken karışabilecek rakamları kullanmamak
  - Ön ek ve son ek olarak karışabilecek ilaç isimlerinden kaçınmak. Bunlar için ayırıcı heceleme yardımcı metod geliştirilebilir (B için Bursa gibi)
  - Gerekirse verilen ilaç adının kodlama yöntemi (B için Bursa gibi) ile tekrar edilmesini istemek
- Varsa düzeltme sonrasında istem tekrar kayıt altına alınır.
- Bütün sözel istemler, mümkün olan en kısa sürede yazılı hale getirilmeli, hastanenin medikal kayıtlarına işlenmeli, istemi veren kişiye imzalatılmalıdır.
- Sözel istem kayıtlarında istemin ne şekilde alındığı (sözlü-telefonla vb.) belirtilmelidir.
- Sözel istem kayıtlarında; hastanın adı-soyadı, yaşı, ilaç ismi, dozaj formu, (tablet-kapsül-inhalant), dozu, veriliş yolu, miktarı ve/veya zamanı, istemi verenin ad ve soyad bilgileri belirtilmelidir.
- Hastane tarafından belirlenen yüksek riskli ilaçlara yönelik sözel istem yapılmamalıdır.
- Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.

### Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar

- » Hastane tarafından; kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli ve listelenmelidir.
- » İstem süreçlerinin hiçbir aşamasında belirlenen listede yer alan hiçbir kısaltma, sembol ve simgeler kullanılmamalıdır.



- » İstem açık, net ve okunaklı bir şekilde yazılmalıdır.

### Hasta Transferinde İletişim

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

### Konsültasyon Sürecinde İletişim

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

## Standart 5

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.05.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	SH.HB.05.01	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.
		SH.HB.05.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.
		SH.HB.05.03	Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıkli Çalışma Yaşamı
- » Uygunluk
- » Zamanlılık
- » Devamlılık

## Standart Gereklilikleri

## Hastaların Kendine ya da Başkalarına Zarar Verme Riskinin Değerlendirilmesi

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

## Alınacak Önlemler

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

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

- » Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek hastalar daha sık aralıklarla gözlenmelidir.
- » Gerekğinde sağlık çalışanlarının hastaya kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- » Hasta odası çevresel açıdan güvenli hale getirilmelidir (uygun aydınlatma, riskli mobilya, aksesuar vb. materyalin kullanılmaması, 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 ya da tecrit uygulaması yapılabilir. Tecrit uygulaması durumunda;
  - Tecrit odasına alınan hastalar ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
  - Tecrit odası hastanın gözlemlenmesine imkân tanımalı, odada hastanın kendisine zarar verebileceği risklere karşı önlem alınmalıdır.

## Hareket Kısıtlaması

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

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

Hasta kısıtlaması kimyasal ve fiziksel olarak iki şekilde uygulanabilmektedir.

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

Fiziksel kısıtlama ise kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaların fiziksel hareketlerinin manuel bir yöntemle ya da hastanın vücuduna

eklenen, hasta tarafından kolayca kaldırılamayan, fiziksel ya da mekanik araç-gereç ya da materyallerle kısıtlanmasıdır.

- » Hastanede hasta kısıtlamasına yönelik süreç tanımlanmalıdır. Tanımlama asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:
  - Kısıtlama türleri ve hangi durumlarda uygulanabileceği
  - Kısıtlamanın hekim istemiyle yapılması, türü ve süresine ilişkin kararın hekim tarafından verilmesi
  - Uzun süreli kısıtlamalarda hekimin belirleyeceği aralıklarla hastanın mobilize edilmesi
  - Kısıtlama uygulamasının kontrol aralığı
- » Kısıtlama kararı tedavi planında yer almalıdır.
  - Tedavi planında; uygulamanın başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.
- » Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.
- » Kısıtlama için kullanılan malzemeler hastanın hareket etmesini sağlayacak, dolaşımını bozmayacak nitelikte olmalıdır.
- » Kısıtlama yapılamayacak hastalar tanımlanmalıdır. (Perfüzyon yetersizliği tanısı konulmuş, amputasyon yapılmış hastalar, fistülü olan hastalar vb.)
- » Kısıtlama uygulanacak hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.
- » Mümkünse hastaya kendisine kısıtlama uygulanacağı, bu işlemin neden yapıldığı, ne zaman biteceği, önemi vb. hakkında bilgi verilmelidir.
- » Hastaya hareket kısıtlaması uygulanacaksa;
  - Hareket kısıtlamasına yönelik kullanılacak ekipman hazır bulundurulmalıdır.
  - Uygulama sırasında ilgili sağlık çalışanı tarafından kısıtlama uygulanan bölgenin durumu deri bütünlüğü ve dolaşım açısından değerlendirilmelidir.
  - Beslenme, boşaltım, oksijen ihtiyacı, mobilizasyon ve hijyen yönünden hastanın bakım ihtiyaçları değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
  - Hastanın bakım ihtiyaçlarına yönelik plan hazırlanarak gerekli bakım verilmelidir.

## Standart 6

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.06.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	SH.HB.06.01	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.
		SH.HB.06.02	Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

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

- » Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir. Hastane bu örneklerden yola çıkarak kurumdaki özellikli hasta gruplarını belirlemelidir:
  - Yaşam desteği alan ve komadaki hastalar

- Yeni doğanlar
- Yoğun bakımda yatmakta olan hastalar
- Diyaliz tedavisi alanlar
- Yanık tedavisi alan hastalar
- Psikiyatri hastaları
- Nükleer tıp hizmeti alan hastalar
- Işın tedavisi/kemoterapi tedavisi alan hastalar
- Fiziksel rehabilitasyon hastaları
- Terminal dönem hastalar
- Geriatri hastaları
- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar
- Total Parantral Nutrisyon (TPN) tedavisi alan hastalar
- İstismara uğramış hastalar
- » Özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
  - Hizmet sunum süreçleri
  - Hizmet verilecek ortam şartları
  - Gerekli ekipmanlar
  - Özel bakım uygulamaları ve işlemler

### Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Özel Uygulama ve İşlemlerin Belirlenmesi

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

Bu özel uygulama ve işlemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:

- » Yetişkin ve yenidoğan yoğun bakım hastaları hastalık şiddetini belirleyen skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir. Skorlama sistemleri ile elde edilen sonuçlara göre belirlenen tahmini mortalite oranı ile yoğun bakımda gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak ünitenin hizmet kalitesi izlenmelidir.
- » Yoğun bakım hastalarında bası ülserine yönelik hasta bazlı risk değerlendirmesi yapılmalı, riske göre gerekli tedbirler alınmalıdır.

- » Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.
- » Yoğun bakım ünitelerine kabul ve taburculuk/sevk kriterleri belirlenmelidir.
- » Fototerapi alan yeni doğan bebeklerde ısı monitorizasyonu yapılmalı, gözlerin korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Yeni doğan ünitesinde oksijen tedavisi alan hastalar için kuvöz içi oksijen konsantrasyonu takibi yapılmalıdır.
- » Diyaliz ünitelerinde enfekte hastalar için kullanılan diyaliz makineleri ayrılmalı ve tanımlanmalıdır.
- » Diyaliz hastalarının kt/v veya URR değerleri periyodik olarak hesaplanmalı ve izlenmelidir.
- » Diyaliz hastalarına, uygun nitelikte araç ve görevli temin edilerek, nakil hizmeti verilmelidir.
- » Doğum hastaları için “Doğum Eylemi Yönetim Rehberi” kullanılmalı, acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf veya benzeri izlem araçları ile izlenmelidir.
- » Doğum süreci DSÖ “Güvenli Doğum Kontrol Listesi” kullanılarak ile kontrol altına alınmalıdır.
- » Yeni doğan bebek, “Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü” doğrultusunda izlenmeli, bebeğe ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalıdır.
- » Doğum yapmış hastanın takibi “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne göre yapılmalı, hastaya ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalı, normal vajinal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryan ile doğumdan sonra en az 48 saat anne ve yeni doğan hastanede izlenmelidir.
- » Psikiyatri hastalarına yönelik Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) uygulamalarının gerçekleştirildiği ünite içinde; hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalı, ünitenin havalandırma ve ışıklandırması uygun şekilde düzenlenmelidir.
- » Elektrokonvülsif tedavi planlanan hastanın işlem öncesi, en az dört saat aç kalması sağlanmalıdır.

- » Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastaların kullandığı alanlar ayrılmalıdır.
  - Bu hastaların kullandıkları odalar zırlı, lavabo ve tuvaletleri bağımsız olmalıdır.
  - Hastalara ait kan, dışkı ve idrar gibi çıktılarının, radyasyon değeri kabul edilebilir sınırlara düştükten sonra kanalizasyona verilmesi sağlanmalıdır.
- » Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastalar ve çevrelerine yönelik aşağıdaki koruyucu önemler alınmalıdır:
  - Hastalara verilen aktivite miktarı, taburcu edilen hastada kalan aktivite miktarı, hastadan bir metre mesafedeki doz hızı kayıt edilmelidir.
  - Hasta, kalan aktivite miktarı ve doz hızına göre taburcu edilmelidir.
  - Hasta taburculuğu sonrası uyması gereken kurallar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmelidir
- » Yanık tedavisinde sıvı replasman tedavileri sıkı takip edilmelidir.
- » Onkoloji hastalarında gerçekleştirilecek tedavi yöntemleri ve tedavi tarihlerine yönelik hasta bazlı programlar yapılmalı, konkomitant tedavi alacak onkoloji hastalarında belirlenen protokole göre tedavi tarihlerinin (kemoterapi ve radyoterapi ) birbiri ile uyumlu olması sağlanmalıdır.



# Radyasyon Güvenliği



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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Radyasyon Güvenliğine Yönelik Komite

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

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

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

### Radyasyon Alanları

Hastanelerde radyasyon bulunan ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır:

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

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

### Koruyucu Önlemler ve Uygulama Kuralları

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

### *Fiziksel Düzenlemeler*

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

### *Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Düzenlemeler*

- » Hastanın gerekli koruyucu donanımı kullanması sağlanmalıdır.
- » Hastanın sadece çekim yapılacak bölgesi ışınlanmalıdır.
- » Radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik tedbirler çerçevesinde hastaların çekim odalarında mümkün olduğu kadar kısa süre ile kalmaları sağlanmalıdır.
- » Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde ayrı ayrı yapılmalıdır.
- » Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.

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

#### *Çalışanlara Yönelik Düzenlemeler*

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

# Laboratuvar Hizmetleri



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

## Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.LH.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	SH.LH.01.01	Laboratuvarda numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanlar numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.LH.01.02	Laboratuvarda bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

» Hasta Güvenliği

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

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

## Standart 2

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

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

### Laboratuvar Test Rehberinin Hazırlanması

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

### Laboratuvar Test Rehberinin Ulaşılabilirliği ve Bilgilendirme

- » Laboratuvar test rehberinin güncel versiyonu; test isteminin yapılmasından sonucun hasta yararına kullanıldığı alana kadar her noktada ulaşılabilir olmalıdır.
- » İlgili çalışanlar, rehberine nasıl ulaşacakları ve rehberi nasıl kullanacakları konusunda bilgilendirilmelidir.

## Standart 3

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

Bu standarda ilişkin gereklilikler prepreanalitik süreç ile preanalitik süreci kapsamaktadır.



## Test İstemi

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

## Numune Alımı

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

## Numune Transferi

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

### Numunelerin Laboratuvara Kabulü ve Analize Hazırlanması

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

#### Standart 4

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

Laboratuvar analitik süreci aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

- » Testlerin Çalışılması
- » Cihaz Yönetimi
- » Metot Validasyonu/Verifikasyonu
- » Kalite Kontrol Çalışmaları

### Testlerin Çalışılması

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

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

### Cihaz Yönetimi

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

### Kalite Kontrol Çalışmaları

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

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

### *İç Kalite Kontrol Çalışmaları*

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

### *Dış Kalite Değerlendirme Çalışmaları*

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

Dış kalite değerlendirme çalışmalarında aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

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

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

### Metot Validasyonu/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 metot validasyonu/verifikasyonu yapılmalıdır (Bkz. Klinik Laboratuvarlarda Metot Validasyon Rehberi).
- » Validasyon çalışmalarında metodun doğruluk, kesinlik, analitik özgüllük, girişimde bulunan etkenler, analitik duyarlılık, saptama ve ölçüm sınırları, ölçüm aralığı, referans aralığı, tanısal özgüllük ve duyarlılık bilgilerine ulaşılır.
- » Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir. Bu durumda laboratuvarın yeterliliğine yönelik verifikasyon çalışması yapılmalıdır. Verifikasyon çalışmalarında daha az sayıda veri ile metodun doğruluk, kesinlik ve ölçüm aralığı bilgilerinin doğrulanması yeterlidir. Ayrıca, metot için verilen referans aralığı da doğrulanmalıdır.

### Ölçüm Belirsizliği

- » Sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması için kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği belirlenmelidir (Bkz. Klinik Laboratuvarlarda Ölçüm Belirsizliği Rehberi)
- » 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 ulaşılabılır olmalıdır.

## Standart 5

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

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

### Hasta Sonuç Raporları

- » Laboratuvar tarafından sonuç raporlarında asgari bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.
- » Sonuç raporlarında asgari bulunması gereken **zaman parametreleri** şunlardır:
  - Numunenin alındığı tarih ve saat
  - Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
  - Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- » Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınmalıdır. Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.
- » Test sonuçlanma süreleri ve bu süreler ile ilgili bilgilendirme yapılması konusundaki asgari gereklilikler şunlardır:
  - Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.
  - Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi esas alınmalıdır. Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa sonuç verme süresi esas alınmalıdır.
  - Belirlenen süreler konusunda ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.
  - Hastalar sonuç alma süreleri konusunda bilgilendirilmelidir.
  - Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları vb.) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.



- » Laboratuvar tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde ve gerekli görülen durumlarda klinisyene yönelik sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır. Sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği kapsamında ele alınabilecek bazı uygulamalar şunlardır:
  - Referans aralıklar
  - Panik ya da kritik değerde bulunan test sonuçlarının zamanında bildirilmesi
  - Çalışma yöntemi ile ilgili bilginin test rehberinde bulunması
  - Ölçüm belirsizliğine ilişkin bilgilere gerektiğinde klinisyen tarafından ulaşılabilesinin sağlanması
  - Laboratuvar uzmanının yorum ve önerilerinin eklenmesi
  - Ek test uygulamaları
    - ✓ Belli bir test için sonuç belirli bir aralıkta veya değerde çıktığında önceden klinisyen ve laboratuvar uzmanı tarafından belirlenmiş ve sisteme tanımlanmış olan testin çalışılması (refleks testler)
    - ✓ Laboratuvar uzmanı tarafından hastanın klinik durumu ve test sonuçları ile ilişkili hastaya özgü değerlendirme sonucunda eklenmesi önerilen testler (yansıma testler)
  - Sonuç raporunda numune ve testle ilgili laboratuvar süreçlerinin izlenebilirliğinin gösterilmesi (asgari bulunması gereken zaman parametreleri)
  - Düzenli yapılan toplantılarda (klinik ve laboratuvar branşlarının katılımı ile) özellikli olguların test sonuçları ile tanı ve tedavi süreçlerinin tartışılması
- » Sonuçların yorumlanması ile ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:
  - Açıklayıcı metin/yorum ekleme yetkisi sadece ilgili laboratuvar uzmanının sorumluluğunda olmalıdır.
  - Laboratuvar uzmanları, bu alanda kullandıkları bilginin, kanıta dayalı, yeterli ve güncel olmasına dikkat etmelidirler.
  - Sonuç raporlarının gereksiz bilgi ile karmaşık hale gelmesi engellenmelidir.

### Panik/Kritik Değer Bildirimi

- » Çalışılan testlere ilişkin panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir. Bu noktada;
  - Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı
  - İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği
  - Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı
  - Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği
  - Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.
- » Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Belirlenen panik değerler “Bilgi Yönetim Sistemi”nde tanımlanmalıdır.
- » Panik değer in ortaya çıkması durumunda, **laboratuvar çalışanlarının söz konusu değeri diğer test sonuçlarından ayırt edebilmesine yönelik**, bilgi yönetim sistemleri üzerinde bir uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
  - Manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerler de BYS üzerinde tanımlanmalıdır.
  - Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir.
- » Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.
- » Panik değer bildirimine ilişkin kayıt tutulmalıdır. Bu kayıta asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
  - Hastanın adı soyadı

- Protokol numarası
- Servisi
- Testin adı
- Panik değer sonucu
- Test sonucunun çıktığı tarih ve saat
- Bildirimi yapan kişi
- Bildirim yapılan kişi
- Bildirimin yapıldığı tarih ve saat

### Arşivleme

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

### Standart 6

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

### Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

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

## Standart 7

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

- » Laboratuvar süreçlerinde her sürece yönelik performansın niteliksel ve/veya niceliksel olarak ölçülebilmesini sağlayacak göstergeler belirlenmelidir.
- » Göstergeler aracılığı ile performansın izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik faaliyetlerde aşağıdaki konular ele alınmalıdır:

- Göstergelere yönelik;
  - ✓ Gösterge kartları oluşturulmalıdır (Bkz. Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme Bölümü)
  - ✓ Sorumlular belirlenmelidir.
  - ✓ Hesaplama yöntemi belirlenmelidir.
  - ✓ Hedefler belirlenmelidir.
  - ✓ Veri toplama ve analiz yöntemleri belirlenmelidir.
  - ✓ Analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

## Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	SH.GC.01.01	Cerrahi uygulama öncesinde, esnasında ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Dokümantasyon

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

- » Cerrahi süreçlere ilişkin kurallar
- » Ameliyathane ortamına ilişkin parametreler
- » Ameliyathaneye giriş ve çıkış kuralları
- » Ameliyathanelerde ilaç, malzeme ve cihaz yönetimi
- » Çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik kurallar

### Hastanın Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması

- » Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme ile hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması, önerilen işlemi ve risklerini, müdahalenin kim tarafından, nerede ve ne zaman yapılacağını öğrenmiş olması sağlanmalıdır.
- » Hastaya tamamen kendi serbest iradesiyle karar verme hakkı tanındıktan sonra, önerilen cerrahi uygulamayı ve uygulanacak anestezi yöntemini kendi rızası ile kabul ettiğini beyan eden rıza formu imzalanmalıdır.

### Cerrahi Bölge İşaretlemesi

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

- » İşaretlemeyi, cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir hekim yapmalıdır. İşaretleme, hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.
- » Cerrahi bölge işaretlemesi bilinci açık hastalarda mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılmalı ve işaretleme sırasında işaretleme yapılacak alan hastaya doğrulattırılmalıdır.
- » İşaretleme daha önceden belirlenen, açık ve anlaşılır bir yöntem ile yapılmalıdır.



- » İşlem yapılacak bölge işaretlenmelidir. Birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.
- » İşaretleme, kolaylıkla silinmeyecek bir şekilde yapılmalıdır. Yapılan işaretleme cerrahi alan temizliği sırasında kaybolmamalıdır.
- » İşaretleme, cerrahi yapılacak yere veya çok yakınına yapılmalı ve belirgin olmalıdır.
- » Hastane tarafından cerrahi bölge işaretlemesine ilişkin kontrendikasyonlar belirlenmelidir. Kontrendikasyon bulunması durumunda cerrahi bölge ile ilgili doğrulama süreçlerinin nasıl uygulanacağı tanımlanmalıdır.

### Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi<sup>TR</sup>

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından oluşturulmuş olan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” 2009 yılında Türkiye’ye özgü olarak geliştirilerek Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi<sup>TR</sup> adı ile uygulamaya konmuştur.

**Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi<sup>TR</sup>** 4 bölümden oluşmaktadır:

1. Klinikten ayrılmadan önceki dönem (Klinikten Ayrılmadan Önce)
  2. Anestezinin verilmesinden önceki dönem (Anestezi Vermeden Önce)
  3. Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki dönem (Ameliyat Kesisinden Önce)
  4. Hasta ameliyathaneden çıkarılmadan önce, yaranın kapanması sürecinde ya da kapanmasının hemen sonrasındaki dönem (Ameliyattan Çıkmadan Önce)
- » Kontrol listesini uygulamaya yönelik sorumluluklar her aşama için belirlenmeli ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkin bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır.
  - » Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için bütün adımlar sözlü olarak kontrol edilmelidir. Kontrol listesini uygulayan kişi her evrede listede belirtilen görevlerin tamamlanıp tamamlanmadığına bakmalı, görev tamamlanmışsa bir sonraki evreye geçişe izin vermelidir.
  - » Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında arşivlenmelidir.

### Hasta Transferi

- » Hasta transferinin gerçekleştiği her aşamada (ameliyathane, uyandırma odası, yoğun bakım ünitesi veya hastanın yatmakta olduğu bölüme

transfer gibi) hasta kimliği doğrulanmalı ve ilgili yazılı ve sözlü bilgi ve kayıtlar ile hasta teslimi yapılmalıdır.

- » Hastanın transferi esnasında güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. Hasta sağlık çalışanı refakatinde transfer edilmelidir.

### Kişisel Eşyalar ve Protezlerin Kontrolü ve Güvenliği

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

### Cerrahi Öncesi Hazırlıklar

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

### Cerrahi Profilaksi

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

## Cerrahi Sonrası Bakım

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

## Tanı Amaçlı Alınan Dokuların Güvenliği

Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan doku örneklerinin doğru etiketlenmesi, ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. Doku örneğinin güvenliğini sağlamaya yönelik ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

## Kayıtlar

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

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ <sup>19</sup>			
		Hastanın Adı Soyadı: Ameliyat Odası: Ameliyat Saati: Ameliyathane:	
I. Sabitlenme/Ayırma/Çıkarma (Sabit)	II. Sabitlenme/Varması/Çıkarma (Sabit)	III. Ameliyatın Başlaması (Sabit)	IV. Ameliyathane Çıkarması (Sabit)
<p>1. Sabitlenme/çıkarma/çıkarma</p> <p>2. Ameliyat</p> <p>3. Ameliyat</p> <p>4. Ameliyat</p> <p>5. Ameliyat</p> <p>6. Ameliyat</p> <p>7. Ameliyat</p> <p>8. Ameliyat</p> <p>9. Ameliyat</p> <p>10. Ameliyat</p> <p>11. Ameliyat</p> <p>12. Ameliyat</p> <p>13. Ameliyat</p> <p>14. Ameliyat</p> <p>15. Ameliyat</p> <p>16. Ameliyat</p> <p>17. Ameliyat</p> <p>18. Ameliyat</p> <p>19. Ameliyat</p> <p>20. Ameliyat</p> <p>21. Ameliyat</p> <p>22. Ameliyat</p> <p>23. Ameliyat</p> <p>24. Ameliyat</p> <p>25. Ameliyat</p> <p>26. Ameliyat</p> <p>27. Ameliyat</p> <p>28. Ameliyat</p> <p>29. Ameliyat</p> <p>30. Ameliyat</p> <p>31. Ameliyat</p> <p>32. Ameliyat</p> <p>33. Ameliyat</p> <p>34. Ameliyat</p> <p>35. Ameliyat</p> <p>36. Ameliyat</p> <p>37. Ameliyat</p> <p>38. Ameliyat</p> <p>39. Ameliyat</p> <p>40. Ameliyat</p> <p>41. Ameliyat</p> <p>42. Ameliyat</p> <p>43. Ameliyat</p> <p>44. Ameliyat</p> <p>45. Ameliyat</p> <p>46. Ameliyat</p> <p>47. Ameliyat</p> <p>48. Ameliyat</p> <p>49. Ameliyat</p> <p>50. Ameliyat</p> <p>51. Ameliyat</p> <p>52. Ameliyat</p> <p>53. Ameliyat</p> <p>54. Ameliyat</p> <p>55. Ameliyat</p> <p>56. Ameliyat</p> <p>57. Ameliyat</p> <p>58. Ameliyat</p> <p>59. Ameliyat</p> <p>60. Ameliyat</p> <p>61. Ameliyat</p> <p>62. Ameliyat</p> <p>63. Ameliyat</p> <p>64. Ameliyat</p> <p>65. Ameliyat</p> <p>66. Ameliyat</p> <p>67. Ameliyat</p> <p>68. Ameliyat</p> <p>69. Ameliyat</p> <p>70. Ameliyat</p> <p>71. Ameliyat</p> <p>72. Ameliyat</p> <p>73. Ameliyat</p> <p>74. Ameliyat</p> <p>75. Ameliyat</p> <p>76. Ameliyat</p> <p>77. Ameliyat</p> <p>78. Ameliyat</p> <p>79. Ameliyat</p> <p>80. Ameliyat</p> <p>81. Ameliyat</p> <p>82. Ameliyat</p> <p>83. Ameliyat</p> <p>84. Ameliyat</p> <p>85. Ameliyat</p> <p>86. Ameliyat</p> <p>87. Ameliyat</p> <p>88. Ameliyat</p> <p>89. Ameliyat</p> <p>90. Ameliyat</p> <p>91. Ameliyat</p> <p>92. Ameliyat</p> <p>93. Ameliyat</p> <p>94. Ameliyat</p> <p>95. Ameliyat</p> <p>96. Ameliyat</p> <p>97. Ameliyat</p> <p>98. Ameliyat</p> <p>99. Ameliyat</p> <p>100. Ameliyat</p>	<p>1. Sabitlenme/çıkarma/çıkarma</p> <p>2. Ameliyat</p> <p>3. Ameliyat</p> <p>4. Ameliyat</p> <p>5. Ameliyat</p> <p>6. Ameliyat</p> <p>7. Ameliyat</p> <p>8. Ameliyat</p> <p>9. Ameliyat</p> <p>10. Ameliyat</p> <p>11. Ameliyat</p> <p>12. Ameliyat</p> <p>13. Ameliyat</p> <p>14. Ameliyat</p> <p>15. Ameliyat</p> <p>16. Ameliyat</p> <p>17. Ameliyat</p> <p>18. Ameliyat</p> <p>19. Ameliyat</p> <p>20. Ameliyat</p> <p>21. Ameliyat</p> <p>22. Ameliyat</p> <p>23. Ameliyat</p> <p>24. Ameliyat</p> <p>25. Ameliyat</p> <p>26. Ameliyat</p> <p>27. Ameliyat</p> <p>28. Ameliyat</p> <p>29. Ameliyat</p> <p>30. Ameliyat</p> <p>31. Ameliyat</p> <p>32. Ameliyat</p> <p>33. Ameliyat</p> <p>34. Ameliyat</p> <p>35. Ameliyat</p> <p>36. Ameliyat</p> <p>37. Ameliyat</p> <p>38. Ameliyat</p> <p>39. Ameliyat</p> <p>40. Ameliyat</p> <p>41. Ameliyat</p> <p>42. Ameliyat</p> <p>43. Ameliyat</p> <p>44. Ameliyat</p> <p>45. Ameliyat</p> <p>46. Ameliyat</p> <p>47. Ameliyat</p> <p>48. Ameliyat</p> <p>49. Ameliyat</p> <p>50. Ameliyat</p> <p>51. Ameliyat</p> <p>52. Ameliyat</p> <p>53. Ameliyat</p> <p>54. Ameliyat</p> <p>55. Ameliyat</p> <p>56. Ameliyat</p> <p>57. Ameliyat</p> <p>58. Ameliyat</p> <p>59. Ameliyat</p> <p>60. Ameliyat</p> <p>61. Ameliyat</p> <p>62. Ameliyat</p> <p>63. Ameliyat</p> <p>64. Ameliyat</p> <p>65. Ameliyat</p> <p>66. Ameliyat</p> <p>67. Ameliyat</p> <p>68. Ameliyat</p> <p>69. Ameliyat</p> <p>70. Ameliyat</p> <p>71. Ameliyat</p> <p>72. Ameliyat</p> <p>73. Ameliyat</p> <p>74. Ameliyat</p> <p>75. Ameliyat</p> <p>76. Ameliyat</p> <p>77. Ameliyat</p> <p>78. Ameliyat</p> <p>79. Ameliyat</p> <p>80. Ameliyat</p> <p>81. Ameliyat</p> <p>82. Ameliyat</p> <p>83. Ameliyat</p> <p>84. Ameliyat</p> <p>85. Ameliyat</p> <p>86. Ameliyat</p> <p>87. Ameliyat</p> <p>88. Ameliyat</p> <p>89. Ameliyat</p> <p>90. Ameliyat</p> <p>91. Ameliyat</p> <p>92. Ameliyat</p> <p>93. Ameliyat</p> <p>94. Ameliyat</p> <p>95. Ameliyat</p> <p>96. Ameliyat</p> <p>97. Ameliyat</p> <p>98. Ameliyat</p> <p>99. Ameliyat</p> <p>100. Ameliyat</p>	<p>1. Sabitlenme/çıkarma/çıkarma</p> <p>2. Ameliyat</p> <p>3. Ameliyat</p> <p>4. Ameliyat</p> <p>5. Ameliyat</p> <p>6. Ameliyat</p> <p>7. Ameliyat</p> <p>8. Ameliyat</p> <p>9. Ameliyat</p> <p>10. Ameliyat</p> <p>11. Ameliyat</p> <p>12. Ameliyat</p> <p>13. Ameliyat</p> <p>14. Ameliyat</p> <p>15. Ameliyat</p> <p>16. Ameliyat</p> <p>17. Ameliyat</p> <p>18. Ameliyat</p> <p>19. Ameliyat</p> <p>20. Ameliyat</p> <p>21. Ameliyat</p> <p>22. Ameliyat</p> <p>23. Ameliyat</p> <p>24. Ameliyat</p> <p>25. Ameliyat</p> <p>26. Ameliyat</p> <p>27. Ameliyat</p> <p>28. Ameliyat</p> <p>29. Ameliyat</p> <p>30. Ameliyat</p> <p>31. Ameliyat</p> <p>32. Ameliyat</p> <p>33. Ameliyat</p> <p>34. Ameliyat</p> <p>35. Ameliyat</p> <p>36. Ameliyat</p> <p>37. Ameliyat</p> <p>38. Ameliyat</p> <p>39. Ameliyat</p> <p>40. Ameliyat</p> <p>41. Ameliyat</p> <p>42. Ameliyat</p> <p>43. Ameliyat</p> <p>44. Ameliyat</p> <p>45. Ameliyat</p> <p>46. Ameliyat</p> <p>47. Ameliyat</p> <p>48. Ameliyat</p> <p>49. Ameliyat</p> <p>50. Ameliyat</p> <p>51. Ameliyat</p> <p>52. Ameliyat</p> <p>53. Ameliyat</p> <p>54. Ameliyat</p> <p>55. Ameliyat</p> <p>56. Ameliyat</p> <p>57. Ameliyat</p> <p>58. Ameliyat</p> <p>59. Ameliyat</p> <p>60. Ameliyat</p> <p>61. Ameliyat</p> <p>62. Ameliyat</p> <p>63. Ameliyat</p> <p>64. Ameliyat</p> <p>65. Ameliyat</p> <p>66. Ameliyat</p> <p>67. Ameliyat</p> <p>68. Ameliyat</p> <p>69. Ameliyat</p> <p>70. Ameliyat</p> <p>71. Ameliyat</p> <p>72. Ameliyat</p> <p>73. Ameliyat</p> <p>74. Ameliyat</p> <p>75. Ameliyat</p> <p>76. Ameliyat</p> <p>77. Ameliyat</p> <p>78. Ameliyat</p> <p>79. Ameliyat</p> <p>80. Ameliyat</p> <p>81. Ameliyat</p> <p>82. Ameliyat</p> <p>83. Ameliyat</p> <p>84. Ameliyat</p> <p>85. Ameliyat</p> <p>86. Ameliyat</p> <p>87. Ameliyat</p> <p>88. Ameliyat</p> <p>89. Ameliyat</p> <p>90. Ameliyat</p> <p>91. Ameliyat</p> <p>92. Ameliyat</p> <p>93. Ameliyat</p> <p>94. Ameliyat</p> <p>95. Ameliyat</p> <p>96. Ameliyat</p> <p>97. Ameliyat</p> <p>98. Ameliyat</p> <p>99. Ameliyat</p> <p>100. Ameliyat</p>	<p>1. Sabitlenme/çıkarma/çıkarma</p> <p>2. Ameliyat</p> <p>3. Ameliyat</p> <p>4. Ameliyat</p> <p>5. Ameliyat</p> <p>6. Ameliyat</p> <p>7. Ameliyat</p> <p>8. Ameliyat</p> <p>9. Ameliyat</p> <p>10. Ameliyat</p> <p>11. Ameliyat</p> <p>12. Ameliyat</p> <p>13. Ameliyat</p> <p>14. Ameliyat</p> <p>15. Ameliyat</p> <p>16. Ameliyat</p> <p>17. Ameliyat</p> <p>18. Ameliyat</p> <p>19. Ameliyat</p> <p>20. Ameliyat</p> <p>21. Ameliyat</p> <p>22. Ameliyat</p> <p>23. Ameliyat</p> <p>24. Ameliyat</p> <p>25. Ameliyat</p> <p>26. Ameliyat</p> <p>27. Ameliyat</p> <p>28. Ameliyat</p> <p>29. Ameliyat</p> <p>30. Ameliyat</p> <p>31. Ameliyat</p> <p>32. Ameliyat</p> <p>33. Ameliyat</p> <p>34. Ameliyat</p> <p>35. Ameliyat</p> <p>36. Ameliyat</p> <p>37. Ameliyat</p> <p>38. Ameliyat</p> <p>39. Ameliyat</p> <p>40. Ameliyat</p> <p>41. Ameliyat</p> <p>42. Ameliyat</p> <p>43. Ameliyat</p> <p>44. Ameliyat</p> <p>45. Ameliyat</p> <p>46. Ameliyat</p> <p>47. Ameliyat</p> <p>48. Ameliyat</p> <p>49. Ameliyat</p> <p>50. Ameliyat</p> <p>51. Ameliyat</p> <p>52. Ameliyat</p> <p>53. Ameliyat</p> <p>54. Ameliyat</p> <p>55. Ameliyat</p> <p>56. Ameliyat</p> <p>57. Ameliyat</p> <p>58. Ameliyat</p> <p>59. Ameliyat</p> <p>60. Ameliyat</p> <p>61. Ameliyat</p> <p>62. Ameliyat</p> <p>63. Ameliyat</p> <p>64. Ameliyat</p> <p>65. Ameliyat</p> <p>66. Ameliyat</p> <p>67. Ameliyat</p> <p>68. Ameliyat</p> <p>69. Ameliyat</p> <p>70. Ameliyat</p> <p>71. Ameliyat</p> <p>72. Ameliyat</p> <p>73. Ameliyat</p> <p>74. Ameliyat</p> <p>75. Ameliyat</p> <p>76. Ameliyat</p> <p>77. Ameliyat</p> <p>78. Ameliyat</p> <p>79. Ameliyat</p> <p>80. Ameliyat</p> <p>81. Ameliyat</p> <p>82. Ameliyat</p> <p>83. Ameliyat</p> <p>84. Ameliyat</p> <p>85. Ameliyat</p> <p>86. Ameliyat</p> <p>87. Ameliyat</p> <p>88. Ameliyat</p> <p>89. Ameliyat</p> <p>90. Ameliyat</p> <p>91. Ameliyat</p> <p>92. Ameliyat</p> <p>93. Ameliyat</p> <p>94. Ameliyat</p> <p>95. Ameliyat</p> <p>96. Ameliyat</p> <p>97. Ameliyat</p> <p>98. Ameliyat</p> <p>99. Ameliyat</p> <p>100. Ameliyat</p>

## Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	SH.GC.02.01	Ameliyathane alanlarına yönelik kurallar belirlenmelidir.
		SH.GC.02.02	Ameliyat odaları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.GC.02.03	İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.
		SH.GC.02.04	Kesintisiz enerjinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

## Amaç

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için ameliyathane koşullarının düzenlenmesidir.

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

## Ameliyathane ile ilgili Alanlar

- » Ameliyathanede alanlar; alanların fiziki özellikleri, bu alanlarda gerçekleştirilen işlemler ile çalışma koşulları ve kurallarına göre **en az** üç farklı kategoride ele alınmalıdır. Bu alanlar aşağıdaki şekilde tanımlanmalıdır.

- **Steril (Birinci) Alan:** Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.
  - **Temiz (İkinci) Alan:** Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır. Steril alan arada bir bariyer olmadan doğrudan steril olmayan alanlara açılmamalıdır.
  - **Steril Olmayan (Üçüncü) (Temiz Olmayan) (Kirli) Alan:** Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.
- » Tanımlanan bu alanların birbirinden ayrılması sağlanmalı ve alanların özelliklerine uygun kurallar belirlenmelidir. Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları ile personelin alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
- » Ameliyat olan hastaların yakınlarının bekleyebilecekleri alanlar oluşturulmalıdır. Bu alanların ergonomik ve konforlu olmasına dikkat edilmelidir.
- » Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

### Ameliyat Odaları

- » Ameliyat odaları, cerrahi ekibin steril olarak giyinebilmelerine, hastanın steril olarak örtülmesine ve anestezi ekibinin çalışmasına engel olmayacak boyutta ve yeterlilikte olmalıdır.
- » Ameliyat odasında; döşeme, tavan, duvar yüzeylerinin pürüzsüz olması, yüzeylerde çatlakların oluşmaması, kapı, pencere, duvar birleşim noktalarının düzgün ve çıkıntısız olması gerekmektedir. Ameliyathanenin duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel özellikte olmalıdır.

### Havalandırma Koşulları

- » Ameliyat odalarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır.
- » Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır
- » Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmayan alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).

- » Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan ortopedi protez 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. Ölçümlere dair kayıtlar tutulmalıdır.
- » Düzenli olarak havalandırma sisteminin bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.
- » Ameliyathane alanlarında sıcaklık, nem ve akım kontrolleri gerçekleştirilmelidir.

### Tıbbi Gaz Sistemleri

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

### İlaç, Malzeme ve Cihaz Yönetimi

- » Ameliyathanede kullanılan cihazların yönetimine yönelik olarak planlar oluşturulmalıdır. Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanmalıdır.
- » Ameliyat öncesi cihazların teknik kontrolleri yapılarak hatalı olduğundan şüphelenen ekipmanlar ve araçlar kullanılmamalıdır.
- » Ameliyat odalarında elektrik kesintisi durumlarında jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak amacı ile kesintisiz güç kaynaklarına bağlı yeterli sayıda prizler olmalıdır. Ameliyat sürecini kesintiye uğratmaması gereken tıbbi cihazlar bu prizlere bağlı olmalıdır. Kesintisiz güç kaynaklarının bir plan dâhilinde periyodik bakımları yapılmalıdır.
- » Ameliyathaneye kabul edilen steril malzemelerin gerekli kontrolleri (miad, paketin sağlamlığı, paket içindeki indikatörün renk değişikliği gibi) yapılmalıdır. Steril malzemelerin paketlenmesi ve saklanması ile ilgili kurallara uyulmalıdır.
- » Ameliyathanede kullanılan ilaçların etkin yönetimi sağlanmalıdır.

# Acil Sağlık Hizmetleri



## Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.AS.01.00	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	SH.AS.01.01	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.AS.01.02	Acil servis üniteleri hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.AS.01.03	Acil serviste emniyeti sağlamaya yönelik tedbirler planlanmalıdır.
		SH.AS.01.04	Acil servis hizmetlerine yönelik alanlar belirlenmelidir.
		SH.AS.01.05	İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Dokümantasyon

Acil sağlık hizmetleri süreçlerine ilişkin işlem basamakları ve kuralları dokümanite edilmelidir. Dokümanlarda asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir:

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

### Acil Servise Ulaşım

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

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

### Mimari Yapı ve Acil Servis ile İlgili Alanlar

- » Acil servislerin mimarisinde güvenlik, gözlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ilkeleri göz önünde



bulundurulmalıdır. Mimari yapı düzenlenirken asgari aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmalıdır:

- Acil servisler de ambulans ve ayakta hasta girişleri ayrı olmalıdır.
  - Diğer servisler/bölmeler ile hızlı ve rahat bağlantı olanağı olmalıdır.
  - Tanısal destek birimlerine kolay ulaşılabilir mümkünse aynı katta olması sağlanmalıdır.
  - İhtiyaç halinde (afet vb. durumlar da) genişleyebilen bir yapıda olmalıdır.
  - Engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır.
  - Acil servis alanları hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşımalıdır.
  - Hasta yakınları için acil servis kapasitesine uygun genişlikte bekleme salonu bulunmalı, bu alanlar konforlu ve ergonomik olmalıdır.
- » Acil servislerde hastaların klinik durumlarına göre müdahale ve tedavi işlemlerinin yapılabileceği genel alanlar belirlenmelidir. Acil servislerde asgari;
- Başvuru yoğunluğuna göre planlanmış karşılama alanı
  - Dekontaminasyon odası
  - Muayene alanları
  - Müdahale alanları
  - Gözlem ünitesi
  - Resusitasyon odası olmalıdır.
- » Ayrıca acil servis içinde;
- KBB, göz, kadın doğum gibi özellikli branşların hasta bakımına uygun ek alanlar
  - Psikiyatrik hastalar için sessiz oda
  - Çalışanlar için, içinde kişisel temizlik alanları bulunan giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.

### Acil Servislerde Emniyet

- » Acil servislerde emniyetin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalı, mevcut riskler ve emniyeti tehlikeye atacak durumlar için planlama yapılmalıdır.
- » Emniyet sağlanırken (kamera yerleşimi vb.) hasta ve çalışan mahremiyetini dikkate alınmalıdır.

## İlaç, Malzeme ve Cihaz Yönetimi

- » İlaç kullanımı ile ilgili süreçlerde hasta güvenliği ön planda tutulmalıdır. Acil servisin hasta ve hastalık portföyü dikkate alınarak bulundurulması gereken ilaçlar belirlenmelidir.
- » Müdahale ve tedavi süreçlerine uygun ekipman ve malzeme belirlenmeli, tedariklerinde süreklilik sağlanmalı ve kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır. Mevcut ekipmanlara yönelik yerleşim planı bulunmalıdır.
- » Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının bir plan dahilinde yapılması sağlanmalıdır.
- » Servis ihtiyaçlarını karşılayabilecek büyüklükte depo alanları planlanmalıdır.

## Standart 2

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

## Amaç

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

## Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Hasta Odaklılık
- » Etkinlik

## Standart Gereklilikleri

### Karşılama, Danışma, Yönlendirme ve Kayıt Hizmetleri

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

- » Karşılama hizmetlerini etkin şekilde verebilecek bir ekip oluşturulmalıdır. Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmeti verecek personel planlamasında; acil servisin yapısı, ortalama vaka durumu ve özelliği göz önünde bulundurulmalıdır. Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Hastalar acil servis girişine ulaştığı anda bir görevli tarafından genel durumuna uygun olarak sedye, vertebral tahta, tekerlekli sandalye vb. ile alınarak müdahale ve tedavi önceliği belirlenmelidir.
- » Acil servise kabulü yapılan hastaların hastane bilgi sistemine kayıtları ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. Bu düzenleme; kimlik bilgilerine ulaşamayan hastalarında kabulüne yönelik işleyişi de içermelidir.

### Hasta Transferi

- » Hasta transferinin gerçekleştiği her aşamada (Hastanın acil servise girişi, tıbbi önceliklerinin belirlenmesi, müdahale, tanı ve tedavi işlemleri, kliniğe yatış vb.) hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

- » Hasta transferleri bir sağlık personeli eşliğinde yapılmalıdır.
- » Yatış kararı verilen hastanın ilgili kliniğe transferi sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir. Müdahale, tanı, tedaviler, takipler ve anamnezlere ilişkin bilgiler eksiksiz ve doğru şekilde ilgili bölüm çalışanına iletilmelidir.
- » Hastanın acil servise girişinden ayrılışına kadar geçen bütün süreçlerde mahremiyeti sağlanmalıdır.

### Müdahale ve Tedavi Önceliğinin Belirlenmesi

- » Acil serviste, hastaların aciliyet durumlarına ve tedavi öncelik ihtiyaçlarına göre bir sıralama yapılmalıdır.
- » Başvuru yapan hastaların tedavi öncelikleri bir sağlık çalışanı tarafından belirlenmeli, aciliyet durumu ve ihtiyaçları doğrultusunda ilgili alana transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştirilmelidir.
- » Müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik olarak planlama yapılmalıdır.
- » Acil servislerde kritik vakalar tanımlanmalı ve hastaların önceden belirlenmiş bir plan dâhilinde ilgili bölümlerde muayene, müdahale, tanı ve tedavileri gerçekleştirilmelidir. Bu bölümler hastaların aciliyet durumlarına göre yasal düzenleme çerçevesinde kategorize edilmiş olmalıdır.

### Muayene, Müdahale, Konsültasyon ve Gözlem Süreçleri

- » Kabulü yapılan hastaların, hekim tarafından anamnezleri alınıp fizik muayenesi yapılarak tetkik ve tedavi ihtiyaçları belirlenmelidir.
- » Muayenenin tamamlanmasının ardından ihtiyaç halinde hastanın tıbbi durumu göz önünde bulundurularak tıbbi ve/veya cerrahi müdahale ile tanı işlemleri süreci başlatılmalıdır. (Müdahale süreci; resusitasyon, küçük cerrahi tedavi, alçı, atel, vb süreçlerini kapsamalıdır)
- » Acil servislerde konsültasyona yönelik süreçleri tanımlayan bir plan bulunmalıdır. Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.
- » Müdahale, tedavi ya da tanı işlemleri esnasında gözlem altına alınan hastalar sağlık çalışanı kontrolünde olmalıdır. Gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır. Gözlem odaları,

sağlık çalışanınin hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır. Hastaların acil serviste gözlem altında tutulma süreleri belirlenmiş olmalıdır.

- » Zehirlenme vakalarının müdahale ve bildirim sürecine ilişkin prosedür belirlenmelidir. İlgili mevzuat çerçevesinde kayıtlar tutularak, ilgili yerlere bildirimler yapılmalıdır.
- » Adli vakalara ilişkin ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenmiş bir prosedür bulunmalıdır. Adli olarak değerlendirilen vakalara bu prosedür çerçevesinde işlem yapılmalıdır.

### Acil Servisten Ayrılış

- » Yatış yapılmasına karar verilen hastaların kliniklere yatış işlemi koordineli bir şekilde gerçekleştirilmeli, acil servisten hastanın yatışının yapıldığı klinik ile irtibata geçilerek gerekli hazırlıklar yapılmalıdır.
- » İlk müdahalesi yapılan, stabilizasyonu sağlanan ve başka bir hastaneye sevkine karar verilen hastaların sevk işlemleri hastanenin oluşturduğu mevcut plan dahilinde gerçekleştirilmelidir. Sevk öncesinde mutlaka sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır. Hasta sevk ambulans ile yapılmalı ve hastanın durumu, yapılan müdahale, tanı/ tedavi işlemlerine ait bilgiler hasta teslimi sırasında, doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.
- » Acil servisten taburcu edilecek hastaların işlemlerine yönelik hastanenin bir planı olmalıdır. Hekim tarafından taburculuğuna karar verilen hastalar; bakımı, kullanacağı ilaçlar, varsa diyeti ve yapılmaması gereken aktiviteleri, kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvuracağı gibi konular hakkında bilgilendirilmelidir. Taburculuk sürecine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır. Hazırlanan planda; hekim izni olmadan acil servisten ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler belirlenmiş olmalıdır.

### Bilgilendirme

- » Hasta ve hasta yakınlarına acil servis hizmetlerinin her aşaması ve özellikle bekleme süreleri hakkında bilgi verilmelidir.

- » Bilgilendirme esnasında sağlık çalışanları hasta ve hasta yakınlarının anlayabileceği şekilde açık ve net ifadeler kullanmalı, olumlu iletişim kurmalıdır.
- » Hastaların yatış, sevk ve taburcu işlemlerinin gerçekleştirilmesinde hasta ve hastalığı ile ilgili yerine getirilmesi ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında da doğru bir bilgilendirme yapılmalıdır.

# Destek Hizmetleri





## Standart 1

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.01.00	Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için hastanenin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.	DH.OH.01.01	Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından hastanenin tüm alanlarında risk düzeyleri belirlenmelidir.
		DH.OH.01.02	Risk düzeylerine yönelik temizlik kuralları tanımlanmalı ve hastane temizlik planı oluşturulmalıdır.

## Amaç

Hastanenin tüm alanlarında temizliğin sürekliliğini ve etkinliğini sağlayarak hasta, hasta yakını ile çalışanların güvenliği ve memnuniyetini temin etmektir.

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

## Risk Düzeyleri ve Buna İlişkin Temizlik Kurallarının Belirlenmesi

- » Hastanenin tüm alanlarında temizlik ve enfeksiyon kontrolü açısından risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
- » Tespit edilen risk düzeylerine göre temizlik kuralları, kullanılması gereken malzemeler, varsa temizliğin etkinliğini artırmaya yönelik gerekli fiziksel koşullar belirlenmelidir.

## Hastane Temizlik Planının Oluşturulması

- » Hastanenin tüm alanlarını kapsayacak şekilde temizlik planı ve ilgili dokümanlar oluşturulmalıdır:
- » Dokümanlarda asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
  - Bölüm ya da alan bazında belirlenen risk düzeyi
  - İlgili alanda kullanılacak temizlik malzemeleri
  - Malzeme ve ekipmanların temizliği ile etkin ve güvenli kullanımına yönelik kurallar
  - Temizlik sıklığı
  - Temizlik kuralları
  - Olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında temizliğin nasıl yapılacağına ilişkin kurallar
  - Temizlik kontrolünün kim tarafından nasıl yapılacağı

## Standart 2

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.02.01	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.
		DH.OH.02.02	Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.02.03	Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmalıdır.
		DH.OH.02.04	Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Yiyeceklerin Tedariki ve Depolanması

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

### Yemeklerin Hazırlanma Süreçleri

- » Yemekler hastanın tıbbi tedavisinin gereklilikleri dikkate alınarak hazırlanmalıdır.
- » Yemek hizmeti kapsamında hastanın kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.
- » Yemekler hijyenik olarak hazırlanmalıdır:

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

### Yemeklerin Dağıtılması

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

### Çalışanların Sağlık Taramalarının Yapılması

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

## Standart 3

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.03.00	Hastanede çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	DH.OH.03.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.03.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		DH.OH.03.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

## Süreçlerin Tanımlanması

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

### Çamaşırhane Ortamı

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

#### Standart 4

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.04.00	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	DH.OH.04.01	Hasta odaları ve hasta/ hasta yakınlarının kullandıkları alanlar (kişisel temizlik alanları vb.) güvenli ve konforlu şekilde tasarlanmalıdır.
		DH.OH.04.02	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.

#### Amaç

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

#### Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği

## Standart Gereklilikleri

## Hasta Odaları

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

## Sağlık Personeline Kolay Ulaşımın Sağlanması

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

## Standart 5

Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.05.00	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.	DH.OH.05.01	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.05.02	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Güvenlik/Emniyet Hizmetlerinin Planlanması

- » Hastaneyi ve hastane içinde bulunan şahısları; her türlü sabotaj, hırsızlık, yağma, darp gibi tehdit, tehlike ve tahribata karşı koruma, gözetim, denetim ve kontrol hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürülebilmesi için tanımlanmış bir plan olmalıdır.
- » Hastanenin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi vb.) bulunmalıdır.
- » Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.

### Hasta/Hasta Yakını ve Çalışanların Güvenlik/Emniyetinin Sağlanması

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



# Tesis Yönetimi



Kod	Standartlar	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.TY.01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	DH.TY.01.01	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.
		DH.TY.01.02	Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
		DH.TY.01.03	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.
		DH.TY.01.04	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.
		DH.TY.01.05	Hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.
		DH.TY.01.06	Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastaların hizmet erişimini kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.
		DH.TY.01.07	Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Yönetim ve Dokümantasyon

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

### Durum Tespiti ve İyileştirmeler

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

### Temel Tesis Kaynakları ve Güvenliği

- » Sunulan sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi açısından temel tesis kaynaklarının sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Tüm sistemlerde yer alan temel tesis kaynaklarının zamanında bakımı ve kontrolleri yapılmalıdır.
- » Sistemlerde oluşabilecek sorunlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve belirlenen risklere göre gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Oluşabilecek kritik arıza durumlarına karşı yedek sistemler kurulmalıdır. Bu sistemlerin kapsayacağı riskli alanlar tesis yönetimi komitesi tarafından belirlenmelidir.

### Tesis Hizmetlerine Erişim

Hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti ve zamanında tedavinin sağlanması amacıyla hastane içindeki bölümlere kolay ulaşım sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu amaçla engelli ve özel bakıma ihtiyaç duyan hasta grupları göz önünde bulundurularak, gerekli fiziki ve işlevsel düzenlemeler gerçekleştirilmelidir. Bu düzenlemeler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- » Yönlendirme işaretleri ve hizmetleri
- » Hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları bekleme alanları
- » Hasta odalarının konforu ve güvenliği
- » Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastalara yönelik hastane genelindeki düzenlemeler
- » Çevre düzenlemeleri (Otopark, peyzaj düzenlemeleri vb.)



# Atık Yönetimi

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Atık Yönetim Planı Hazırlanması

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

### Atıkların Kaynağında Ayrıştırılması

- » Atıklar birim bazında asgari aşağıdaki kategorilerde /türlerde tanımlanmalıdır:
  - Evsel Atıklar
  - Tıbbi Atıklar (Enfeksiyöz, Patojen, Kesici-Delici)
  - Tehlikeli Atıklar

- Radyoaktif Atıklar
- » Birimlerde oluşan atıklar türlerine göre yerinde ayrıştırılmalıdır:
- » Atıklar türüne göre gerekli özelliklere sahip ayrı torbalara/kutulara konmalıdır
- » Hastane ve birim bazında tıbbi ve tehlikeli atıkların miktarlarının ölçümü yapılmalıdır.
- » Geri dönüşümlü atıklar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

### Atıkların Taşınması, Geçici Depolaması ve Bertaraf İşlemleri

- » Atıklar türlerine göre bu iş için eğitilmiş personel tarafından toplanmalıdır.
- » Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin giysileri gerekli özelliklere sahip olmalıdır.
- » Atıklar, geçici depolama alanında toplanmalıdır.
- » Hastanenin büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır.
- » Atıklar, ulusal mevzuat kapsamında atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.
- » Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmelidir.
- » Atık depolarının temizliği ve dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.

### Atık Yönetimi Eğitimler

Atık yönetimi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitimler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır;

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



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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Yönetim ve Dokümantasyon

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



### Teknik Destek Altyapısı

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

### Bilgi Güvenliği ve Mahremiyeti

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

### Bilgi Zamanlılığı ve Sürekliliği

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



# Malzeme ve Cihaz Yönetimi

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

## Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Yönetim ve Dokümantasyon

- » Etkin malzeme ve cihaz yönetimini sağlamak amacıyla, ilgili tüm süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, bu kişilerin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Malzeme ve cihaz türlerinin temini, depolanması ve kullanımına ilişkin yöntem ve kurallar net bir şekilde belirlenmelidir. Malzeme ve Cihaz yönetimine dair dokümanlar hastanenin ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir:
  - Malzeme ve cihaz yönetiminde yer alan personelin görev ve sorumlulukları
  - Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi
  - Malzeme ve cihazların temini
  - Malzemelerin muhafazası
  - Malzeme istemleri
  - Malzemelerin transferi, hazırlanması

- Malzemelerin ve cihazların güvenli kullanımı
- Malzeme ve cihaz yönetimine ilişkin göstergeler
- Malzeme ve cihaz kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri
- Özel nitelikli, özel muhafaza koşullarına mahsus veya kullanılması özel teknik/uzmanlık gerektiren malzemeler ve cihazlar
- Cihazların bakımı, ayarlanması ve kalibrasyonu

### Malzeme ve Cihazların Temini

- » Hastanede sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi amacıyla doğru malzemelerin ve cihazların, doğru zamanda teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Malzeme ve cihazların temin taleplerine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir. Bu düzenleme çerçevesinde hastane, kimlerin malzeme ve cihaz temin talebinde bulunabileceğini, talep yöntemini, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceğini tanımlamalıdır.
- » Rutin kullanılan, acil veya bulundurulması zorunlu malzemeler tespit edilmeli, bu malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- » Temini gerçekleştirilecek malzeme türlerinin, cihazların ve bunların miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler yapılırken, temin talepleri, tüketim analizleri ve toplum ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.

### Malzemelerin Muhafazası ve Transferi

- » Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına yetkili personel haricinde kişilerin erişimi hasta güvenliği ve emniyet açısından sınırlandırılmalıdır.
- » Malzemeler, depolama alanlarında niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalıdır. Bu amaçla gerekli önlemler alınmalı ve alınan tedbirlere dair takipler yapılmalıdır.
- » Personelin malzemelere kolay ulaşımını sağlamak, acil durumlarda zaman kaybını önlemek amacıyla depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.

- » Depolardan transfer esnasında kırılma, dökülmeye karşı önlemler alınmalı ve güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır. Transferi gerçekleştirecek personele, malzemelerin güvenli transferi, özel nitelikli veya tehlikeli malzemeler konusunda eğitim verilmelidir.

### Cihazların Güvenliği

- » Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanım alanlarında ulaşılabilir olmalı, cihazların güvenli kullanımı konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.
- » Cihazların bulunduğu alanlarda yapılan fiziki düzenlemeler, cihazların çalışma koşullarına uygun şekilde gerçekleştirilmelidir.
- » Cihazların güvenli çalışması, doğru sonuç vermesi, verebileceği zararın düşük seviyede tutulması gibi sebeplerle üretici firmaların teknik dokümanlarında belirtilen sıklıkta kalibrasyon, ayar, test ve/veya bakım işlemlerinin eksiksiz, hastane ihtiyaçlarını karşılayan ve kullanım yoğunluğuna paralel olarak, bir plan dahilinde yapılması sağlanmalıdır.
- » Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazların (ventilatör, laboratuvar test cihazları, jeneratör gibi) eğitimli ve yetkili kişiler tarafından kullanılması sağlanmalıdır.



## Dış Kaynak Kullanımı

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

### Amaç

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

## Hedefler

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

## Standart Gereklilikleri

### Dış Kaynak Kullanımı Yolu ile Sağlanacak Hizmetlerin Belirlenmesi

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

### Dış Kaynak Kullanımının Kapsamı ile Süreçlerinin Tanımlanması

- » Dış hizmet sağlayıcısının hastaneye sağlayacağı hizmetler açıkça tanımlanmalı ve tamamlama süreci belirlenmelidir
- » 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 Kaynak Kullanımı ile Sunulan Hizmetlerin Standartlara Uygunluğu

- » Tanımlanan kapsam ve iş süreçlerine uygun olarak dış kaynak kullanımı ile sağlanan hizmetlerin sürekli kontrolüne yönelik yöntemler ile kontrol kriterleri ve performans göstergeleri belirlenmelidir.
- » Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin hastane temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartları setinde yer alan ilgili standartlara uygunluğu sağlanmalıdır.





# Acil Durum Yönetimi



# Acil Durum Yönetimi



## Standart 1

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

## Amaç

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

## Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

### Risk Analizleri

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

### Planlama

» Hastane acil durumlara yönelik belirlediği önleyici tedbirleri uygulamaya ilişkin planlama yapmalıdır. Önleyici tedbirlere yönelik planlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Hangi önleyici çalışmaların yapılması gerektiğinin belirlenmesi
- Gerekli önleyici yatırım ve faaliyetlerin planlanması
- Yatırım ve faaliyetlerin bütçelenmesi

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

» Hastanede yaşanılacak muhtemel acil durumlara yönelik gerekli önleyici tedbirler alınmasına rağmen (doğal afetler vb.) acil müdahale ve mücadele gerektiren durumların yaşanması halinde nelerin yapılması gerektiği de önceden planlanmalıdır.

- Hastanede acil durum yönetim ekibi oluşturulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- Acil durumların yönetimini kolaylaştıracak yatırımlar (acil durum uyarı sistemleri, haberleşme sistemi vb.) belirlenerek planlanmalıdır.

### Eğitim ve Tatbikatlar

Acil durum yönetimin en önemli unsuru planlanan tedbirleri hayata geçirmeye yönelik önceden hazırlıklı olmaktır. Hastaneler risk analizleri sonucunda tespit ettikleri acil durumlara yönelik olarak tüm personele gerekli eğitimleri vermeli ve gereken tatbikatları personelde farkındalık yaratacak, ilgili tüm süreçleri kapsayacak ve olay anında riskleri en aza indirecek şekilde gerçekleştirmelidir.

## Standart 2

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

## Amaç

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

## Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

### Acil Uyarı Sistemi (Mavi Kod)

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

### Sorumlular

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

### Müdahale Ekipleri

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

## İlaç ve Ekipmanlar

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

## Kayıt Tutulması

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

## Eğitim ve Tatbikatlar

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

## Standart 3

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

## Amaç

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

## Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

## Acil Uyarı Sistemi (Pembe Kod)

» Özellikle çocuk hastaneleri, kadın doğum hastaneleri, kadın doğum kliniği ya da pediatri kliniği bulunan hastaneler başta olmak üzere,



hastaneden hizmet alan bebek veya çocuk hasta/hasta yakınını kaçırmaya girişimi veya kaçırma durumu halinde en kısa sürede müdahale edilmesine yönelik olarak acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

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

### Sorumlular

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

### Müdahale Ekipleri

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

### Kayıt Tutulması

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

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

### Eğitim ve Tatbikatlar

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

### Standart 4

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

## Amaç

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

## Hedefler

- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

### Acil Uyarı Sistemi (Beyaz Kod)

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

### Sorumlular

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

### Müdahale Ekipleri

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

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

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

### Kayıt Tutulması

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

### Eğitim ve Tatbikatlar

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

## Standart 5

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

## Amaç

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

## Hedefler

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Standart Gereklilikleri

### Yangın Algılama Sistemi

Hastanenin tüm alanlarını kapsayacak, elektrik kesintilerinden etkilenmeyecek ve adresleme yapabilecek şekilde çalışan bir yangın algılama sistemi bulunmalıdır.

### Acil Uyarı sistemi (Kırmızı Kod)

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

### Sorumlular

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

### Yangına Müdahale

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

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

### Eğitim ve Tatbikatlar

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





# TANIMLAR VE KISALTMALAR



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

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

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

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

Doğru ilaç

Doğru kişi

Doğru miktar

Doğru zaman

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

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

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

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

**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.

**Bağışçı:** Tam kan veya kan bileşenlerini veren kişi.

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

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

**BYS:** Bilgi Yönetim Sistemi

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

**Cerrahi Profilaksi:** Cerrahi enfeksiyonların oluşumunu önlemek amacıyla yapılan tıbbi girişimler

**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 malzemedeki organik madde ve patojenlerin uzaklaştırılması ve malzeme ya da yüzeyin herhangi bir kişisel koruyucu kullanmadan elle tutulabilir hale getirilmesi anlamında kullanılır.

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

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

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

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

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

**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.

**Enfeksiyöz Atık:** Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşıması muhtemel başta kan ve kan ürünleri olmak üzere her türlü vücut sıvıları ile insan dokuları, organları, plasenta fetüs ve diğer patolojik materyal; bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, örtü, çarşaf, bandaj, flaster, tamponlar,

eküvyon ve benzeri atıklar; bakteri ve virus tutucu hava filtreleri; enfeksiyöz ajanların laboratuvar kültürleri ve kültür stoklarıdır.

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

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

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

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

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

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

**HBYS:** Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Konteyner:** Paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenir, en az 0,8 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 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.

**Metot Validasyonu:** Bir analitik metodun ilgilenilen amaç için geçerliliğinin kanıtlanması işlemidir.

**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 mevzuatlarda 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, temizlik, çamaşır, yeme-içme hizmetleri ile bu hizmetlerin emniyetli bir ortamda verilmesini temin etmek üzere sunulan can ve mal güvenliğini korumaya yönelik verilen hizmetlerdir.

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

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

**Partikül:** Maddenin veya enerjinin en küçük parçası

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

**Patojen mikroorganizma:** Enfeksiyöz hastalıklara neden olan mikroorganizmalar

**Perioperatif:** Cerrahi uygulama sırasında

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

**Postanalitik Süreç:** Sonuçların onaylanmasından sonra gerçekleşen analiz sonrası süreçlerdir.

**Postoperatif:** Cerrahi uygulama sonrası

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

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

**Prepreanalitik Süreç:** Hastaya test istemi yapılması sürecidir.

**Preoperatif:** Cerrahi uygulama öncesi

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

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

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

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

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

**Revizyon Tarihi:** Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

**Revizyon Numarası:** Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

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

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

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

Bu kapsamda risk analizi;

Hastaların maruz kalabileceği tehlikelerin belirlenmesi

Tehlikelere maruziyet sıklığı ve etkilenme düzeyinin saptanması

Hangi hasta veya hasta gruplarını etkilediğinin değerlendirilmesi işlemlerini kapsamalıdır.

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

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı sosyal ve politik bir süreci temsil eder. Yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik 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 istem;** Sözel istem, hekimin yazılı olarak istem veremeyeceği zorunlu hallerde, istemi ilgili hemşireye sözlü olarak iletmesi olarak tanımlanmaktadır.

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

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

**Talimat:** Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

**Transfüzyon:** Sağlık sorunu sebebiyle ihtiyacı olan hastaya tam kan ya da kan bileşeni nakli.

**Transfüzyon Merkezi:** Acil durumlar dışında kan başışçısından kan alma yetkisi olmayan, temin edilen kanı veya bileşenini transfüzyon için çapraz karşılaştırma ve gerek duyulan diğer testleri yaparak hastalara kullanılmasını maksadıyla hazırlayan birim.

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

**Verifikasyon (doğrulama):** Geçerliliği kanıtlanmış bir metodun veya ölçüm sisteminin çalışıldığı laboratuvar koşullarında belirlenen amaca uygun olduğunun test edilerek doğrulanmasıdır.

**Virülans:** Bir patojenin(bakteri, virüs vb.) hastalığa neden olma yeteneğidir.

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

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

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

**Yatan hasta;** Yatış işlemi yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütülen hastalardır. Yatan hastalara acil serviste gözlem altına alınan hastalar, gününbirlik yatış işlemi yapılan hastalar (kemoterapi, radyoterapi, fizik tedavi, diyaliz hizmeti verilen hastalar vb) ve özel işlem sonucu takibi gereken hastalar (sedasyonla endoskopi yapılan hastanın bir süre izlenmesi vb.)dahildir.

**Yayın Tarihi:** Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

**Yüksek Düzey Dezenfeksiyon:** Bazı kimyasallar uzun süreli (3-12 saat) muamele ile tüm sporları öldürebilir. Bunlara kimyasal sterilizan denir. Benzer konsantrasyonda ancak daha kısa muamele süresinde (örneğin glutraldehit ile 20 dakika) aynı dezenfektan bakteriyel sporlar hariç tüm mikroorganizmaları öldürür. Bu işleme yüksek düzey dezenfeksiyon denir.

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



STANDARTLAR  
İLE İLİŞKİLİ  
MEVZUATLAR





Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Organizasyon Yapısı	YO.OY.01.00	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, "Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyumlası Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge, 30.10.2012.</li> <li>Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmî Gazete, Sayı:3359, 15.05.1987</li> <li>663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Resmî Gazete, Sayı:28103, 02.11.2011</li> </ul>
	YO.OY.02.00	Hastane, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	
Temel Politika ve Değerler	YO.PD.01.00	Hastanenin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	
Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY.01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlık Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.</li> </ul>
Doküman Yönetimi	YO.DY.01.00	Hastanede doküman yönetim sistemi bulunmalıdır.	
Güvenlik Raporlama Sistemi	YO.GR.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	
Risk Yönetimi	YO.RY.01.00	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	
Eğitim Yönetimi	YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.</li> </ul>
Sosyal Sorumluluklar	YO.SS.01.00	Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	
Kurumsal İletişim	YO.Kİ.01.00	Kurumsal İletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			İlişkili Olduğu Mevzuat
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	
Kurumsal Göstergeler	PÖ.KG.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.	
SAS Göstergeleri	PÖ.SG.01.00	Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile SAS Göstergeleri izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	
İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	
	SÇ.İK.02.00	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SÇ.ÇG.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörlere yönelik önlem alınmalı çalışma yaşamının geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28648, 15.05.2013.</li> <li>• İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı:28512, 29.12.2012.</li> <li>• İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı:28545, 29.12.2012.</li> <li>• İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Kanun No:6331, Kabul Tarihi 20.06.2012.</li> <li>• İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013.</li> <li>• İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmî Gazete, Sayı: 28602, 29.03.2013.</li> </ul>
Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek şekilde düzenlenmelidir.	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı: 23420 Tarih: 01.08.1998;</li> </ul>
Hasta Güvenliği	HD.HG.01.00	Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözetecek şekilde düzenlenmelidir.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			İlişkili Olduğu Mevzuat
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	
Hasta Geribildirimleri	HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	
Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ve hasta konforunu sağlayacak şekilde ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	
Yaşam Sonu Hizmetler	HD.YS.01.00	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetler tanımlanmalıdır.	
Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi	SH.EK.01.00	Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmî Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.</li> </ul>
Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	
İlaç Yönetimi	SH.İY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete Sayısı 28970, 12.04.2014</li> <li>İlaçların Güvenliği Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete Sayı 28973, 15.04.2014</li> </ul>
Transfüzyon Yönetimi	SH.TY.01.00	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, 5624 Sayılı, T.C. Resmî Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.</li> <li>Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği T.C. Resmî Gazete Sayı 270704, 04.12.2008.</li> </ul>
	SH.TY.02.00	Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, başışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
	SH.TY.03.00	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar		
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart
Hasta Bakımı	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.
	SH.HB.02.00	Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.
	SH.HB.03.00	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.
	SH.HB.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.
	SH.HB.05.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.
	SH.HB.06.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standartizasyonu sağlanmalıdır.
Radyasyon Güvenliği	SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		<b>İlişkili Olduğu Mevzuat</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Hemşirelik Kanununda,Değişiklik Yapılmasına Dair Kanunı, T.C. Resmî Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.</li> <li>Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge, 2202 sayılı Bakan Oluru, 19.01.2010.</li> <li>Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C.Resmî Gazete Sayı 28000, 20.07.2011.</li> <li>Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete Sayı 23999, 05 Temmuz 2000.</li> <li>Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmî gazete, Sayı 28344, 05 Temmuz 2012.</li> </ul>

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar		
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart
Laboratuvar Hizmetleri	SH.L.H.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.
	SH.L.H.02.00	Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.
	SH.L.H.03.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
	SH.L.H.04.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
	SH.L.H.05.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
	SH.L.H.06.00	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.
	SH.L.H.07.00	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.
Güvenli Cerrahi	SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.
	SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.
Acil Sağlık Hizmetleri	SH.AS.01.00	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.
	SH.AS.02.00	Acil serviste hastanın kabulünden ayırtısına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
		İlişkili Olduğu Mevzuat
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011,</li> <li>Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09 .10.2013.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ T.C. Resmi Gazete Sayı 27378, 16.10.2009.</li> </ul>

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar		
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart
Otelcilik Hizmetleri	DH.OH.01.00	Hasta, hasta yakın ve çalışanların güvenliği ve mernmuniyeti için hastanenin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.
	DH.OH.02.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
	DH.OH.03.00	Hastanede çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.
	DH.OH.04.00	Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.
Tesis Yönetimi	DH.OH.05.00	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.
	DH.TY.01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.
Atık Yönetimi	DH.AX.01.00	Hastanede üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.
	DH.BX.01.00	Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.
		<b>İlişkili Olduğu Mevzuat</b>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Gıda Hijyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Sayı 281457, 17 Aralık 2011.</li> <li>T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.</li> <li>T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 25606, 07.10.2004</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28710, 17.07.2013</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25883, 22/07/2005.</li> <li>Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25755, 14/03/2005.</li> <li>Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26927, 05/07/2008</li> <li>Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27533, 26/03/2010</li> </ul>
		<ul style="list-style-type: none"> <li>Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29677, 07.04.2016</li> </ul>

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27957, 07/06/2011</li> </ul>
	DH.DK.01.00	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin hastanenin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29428, 28/07/2015</li> </ul>
Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013</li> <li>Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007</li> </ul>
	AD.AD.02.00	Solumun arrestisi veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.	
	AD.AD.03.00	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	
	AD.AD.04.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulanması Genelgesi, Sayı:6367, 16.03.2016.
	AD.AD.05.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> <li>Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013</li> <li>Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007</li> </ul>





# KAYNAKLAR



- Accreditation Canada Standards, Qmentum International, 2010-2011.
- Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013
- Akçabay, M., "Preoperatif Değerlendirme ve Premedikasyon", med.gazi.edu.tr/posts/download?id=20728, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Alp Meşe, E., "Ameliyathane Organizasyonu", <http://hastaneler.erciyes.edu.tr/pdf/Ameliyathanelerde%20Enfeksiyon%20Kontrol%C3%BC.pdf>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Arslan, Ö. "Hemovijilans", Türkiye Klinikleri Dahili Tıp Bilimleri Dergisi, Cilt 3, Sayı 36, <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/tr-hemovijilans-49184.html>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Arslanoğlu, A., "Yönetimde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma", İstanbul Marmara Üniversitesi SBE Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Aştı T. Bakım Teknolojisinde Yenilikler, II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 2003
- Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26927, 05/07/2008
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27533, 26/03/2010
- Australian Commission, On Safety and Quality in Health Care, Hospital Accreditation Workbook, Commonwealth of Australia, 2012.
- Australian Commission, On Safety and Quality in Health Care, National Safety and Quality Health Service Standards, 2012.
- Australian Commission, On Safety and Quality in Health Care, Preventing Falls and Harm From Falls in Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals, Commonwealth of Australia 2009.
- Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 28-30 Mart 1994.
- Avrupa Kan Transfüzyon Komitesi, Kan Bileşenlerinin Hazırlanma, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi, İstanbul, Şan Ofset, 2008.
- Aydın, G.D. ,Hastane acil servislerinin organizasyonu ve yönetimi Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin bu açıdan değerlendirilmesi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Barth, J., "Selecting clinical quality indicators for laboratory medicine", Ann Clin Biochem, 49, s. 257, 2012
- Başkan, S. "Cerrahi Alan Enfeksiyonlarının Önlenmesi: Ameliyathane Koşulları Nasıl Olmalı?", <http://www.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
  - Cander, B. ve arkadaşları, Acil Servis Hizmetlerinin İyileştirilmesi ve Yeniden Yapılanması JAEM, cilt 7, sayı 2, s.9-16, 2008.
  - CDC, "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings", 2007.
  - CDC, Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008
  - CDC, HICPAC, Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), 2003.
  - Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), Statistical quality control for quantitative measurement procedure: principles and definitions. Approved guidelines, 3rd ed. C24-A3. Wayne, PA, USA: CLSI, 2006.
  - Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), Development and use of quality indicators for process improvement and monitoring of laboratory quality. Proposed guideline. GP35-P. Wayne, PA, USA: CLSI, 2009.
  - Çakmakçı, M., "Hastane Enfeksiyonları ve Hastane Tasarımı: Ameliyathanelerin Planlanması", [http://www.hastaneenfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2001-03/html/2001-5-3-172-177.htm](http://www.hastaneenfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2001-03/html/2001-5-3-172-177.htm), Erişim tarihi: 10.07.2013.
  - Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28648, 15 Mayıs 2013.
  - Demir, H., Okan, T., "Teknoloji, Örgüt Yapısı ve Performans Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma", İstanbul, Doğu Üniversitesi Dergisi, sayı 10 (1), s.57-72, 2009.
  - Doku 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 Sürveyansı”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, s. 43-51, 2008.
- Ertem,G., Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2003.
- Gıda Hijyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Sayı 281457, 17 Aralık 2011.
- Glenn M. Rampton, Ian J. Turnbull, J. Allen Doran “Human Resource Management Systems: A Practical Approach”, 2nd edition. Ontario, Carswell Thomson Professional Publishing, s.25, 1999.
- Groene O., Barbero, M.G., Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi, Kanıt ve Kalite Yönetimi, çev. Zaralı, F. ve diğerleri, Dünya Sağlık Örgütü (Sağlık Bakanlığı çevirisi), Ankara, Mayıs 2005.
- Güler, H., Öztürk, A., Hastane Hizmet Kalite Standartları, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2011.
- Güler, H. ve diğerleri, SKS Doküman Yönetim Sistemi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2013.
- Güler, H. ve diğerleri, SKS ve İlaç Güvenliği, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2012.
- Güllülü U, Özer S, Candan B “Muayenehanelerden Alınan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Saha Çalışması” 5.Ulusal Pazarlama Kongresi: Değişen Tüketici Karşısında Pazarlamada Yeni Yaklaşımlar, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Turizm Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi: 91-109, 2000.
- Handel DA, Ginde AA, Raja AS, Rogers J, Sullivan AF, Espinola JA, Camargo CA. Implementation of crowding solutions from the American College of Emergency Physicians Task Force Report on Boarding, Int J Emerg Med., 2010;3(4):279-86.
- Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, ,Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2011.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420
- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.
- Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29428, 28/07/2015

- Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi, Sayı:6367, 16.03.2016.
- Inozu, B., Chauncey, D. ve diğerleri, "Performance Improvement for Healthcare-Leading Change with Lean, Six Sigma and Constraints Management", Novaces,LLC, ISBN 978-0-07-176162-8, 2012.
- Institute of Medicine, To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- ISO 9001, "Quality management systems – Requirements", 2008.
- ISO 31000, "Risk management -- Principles and guidelines", 2009.
- ISO 15189, "Medical laboratories-Requirements for quality and competence, International Organization for Standardization", 2012.
- İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı:28512, 29.12.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı:28545, 29.12.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Kanun No:6331, Kabul Tarihi 20.06.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013.
- İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme, International Labour Organization, internet erişimi: <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm>
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmî Gazete, Sayı: 28602, 29.03.2013.
- İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik,T.C. Resmi Gazete, Sayı 28710, 17.07.2013
- "İzolasyon Önlemleri Kılavuzu", Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Hastane İnfeksiyonları Dergisi, Cilt 10, Ek 2, 2006.
- Japan Council for Quality Health Care, <http://jcqhcc.or.jp/pdf/top/english.pdf>, ulaşma tarihi: Şubat 2013.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition, 2011.
- Joint Commission International Accreditation Hospital, Survey Process Guide, 4th Edition (for Academic Medical Centers), 2013.
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, 5624 Sayılı, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02 Mayıs 2007.
- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı 270704, 04 Aralık 2008.

- Kaya, A., "Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Eksikliği Sorunu", İstanbul Beykent Üniversitesi Hastane ve Sağlık Kurumları Yönetimi Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29677, 07.04.2016
- Küçükler, N.D. ,Çelebi, G. "Hastane Enfeksiyonları Kontrolünde Çamaşırhane" Sivas, Hastane Enfeksiyonları Eğitim Programı Sözel sunumu, 2009.
- Laboratory General Checklist, CAP Accreditation Program, 2012, available at: [http://www.cap.org/apps/docs/laboratory\\_accreditation/checklists/new/microbiology\\_checklist.pdf](http://www.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/checklists/new/microbiology_checklist.pdf)
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 1981.
- Meral, Y., "Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Hasta Memnuniyetine Olan Etkisi ve Bu Konuya İlişkin Bir Araştırma", İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- National Healthcare Disparities Report; 3. Bölüm, "Access to Healthcare". Agency For Healthcare Research And Quality, Washington Yayın no: 09-0002, 2008, Erişim tarihi: 28.05.2013 <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr08/Chap3.htm>
- National Institute of Standards and Technology, Department of Commerce Baldrige Performance Excellence Program, 2011-2012 Health Care Criteria for Performance Excellence, 2011.
- NIOSH Publication No. 88-119: "Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers", 1988.
- OECD Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009, Health Working Papers No. 47, 2009.
- OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators, 2011.
- Ovayolu, N., Bahar, A. "Hemşirelikte Kalite" Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 1, 2006.
- Öncü, S., "Cerrahide antibiyotik, profilaksisi", Ulusal Cerrahi Dergisi, Cilt 27, Sayı 3, Sayfa 176-181, <http://www.ulusalcerrahidergisi.org/text.php?id=947>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 25606, 07.10.2004
- Özlü T. Kuramsal Metinler, "Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları: Hakkınız var, çünkü hastasınız." TİMAŞ Yayınları, İstanbul, Şubat 2005.
- Phillips RL, Dovey SM, Hickner JS, Graham D, Johnson M. The AAFP patient safety reporting system; development and legal issues pertinent

- to medical error tracking and analysis. In: Advances in patient safety: from research to implementation. Vol. 3. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005:121–34. İnternet erişimi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?booksaps3&partsA4255>. Erişim tarihi: 24 August 2010.
- Plebani, M. ve diğerleri, “Towards harmonization of quality indicators in laboratory medicine”, *Clin Chem Lab Med*, 51(1), s. 187–195, 2013.
  - Price, C., Christenson, R., Evidence-based laboratory medicine: From Principles to Outcomes, AACCC Press, Washington, DC, 2003.
  - Pugh, D. S., ed. “Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin.”, 1990.
  - Pugh, D. S., ed. “Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin.”, 1990.
  - Quality Management in Anatomic Pathology: Promoting Patient Safety Through Systems, Improvement and Error Reduction, CAP, Raouf E. Nakhleh, MD, FCAP, and Patrick L. Fitzgibbons MD, FCAP, editors Item number: PUB118, ISBN number: 0-930304-86-1, 2012.
  - Radyasyon Güvenliği Komiteleri Çalışma Usul ve Esasları, <http://www.taek.gov.tr/belgeler-formlar/rsgd-formlari/usul-esaslar/>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
  - Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 23999, 05 Temmuz 2000.
  - Raju PS, Lonial SC, “The Impact of Service Quality and Marketing on Financial Performance in the Hospital Industry: An Empirical Examination. *Journal of Retailing and Consumer Services*”, 9 (6): 335-348, 2002.
  - Restuccia, D.J., Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek, Çev. Sıdika KAYA, 2003.
  - Rootman, I. ve diğerleri, “Evaluation in health-Promotion Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series, 2001.
  - Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2011.
  - Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi gazete, Sayı 28344, 05 Temmuz 2012.
  - Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmi Gazete, Sayı:3359, 15.05.1987
  - Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.



- Samastı, M., “Hastanelerde Dezenfeksiyon Kullanım Esasları, Yapılan Hatalar”, İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, s. 143-168, 2008.
- Sciacovelli, L. ve diğerleri, “Quality Indicators in Laboratory Medicine: from theory to practice, Preliminary data from the IFCC Working Group Project Laboratory Errors and Patient Safety”, Clin Chem Lab Med, 49(5), s. 835-844, 2011.
- Shahangian, S. ve Snyder, S., “Laboratory Medicine Quality Indicators, A Review of the Literature”, Am J Clin Pathol, 131, s. 418-431, 2009.
- Srivastava R. ve diğerleri, “Reflex and reflective testing: efficiency and effectiveness of adding on laboratory tests”, Ann Clin Biochem, 47, s. 223-227, 2010.
- Starfield B, Shi L., “The medical home, access to care, and insurance. Pediatrics.”, 113(5 suppl):1493-8., 2004.
- Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi, DAS Derneği, 2011.
- Sur, H., Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı Ders Notları, 2012.
- Sur, H., Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı Ders Notları, 2012.
- Süngü, A., “Ameliyathane Havalandırma Sistemleri IVF ve Genetik Laboratuvar Havalandırma”, <http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/ali.sungu-das-2007-yazi.pdf>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Şencan, İ., Demir, M., SKS Işığında Sağlıkta Kalite 1-2-3 cilt Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, “Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği”, Sayı: 28036, 2011
- T.C. Sağlık Bakanlığı, “Türkiye Hastane Enfeksiyonları Sürveyans Rehberi”, Refik Saydam Hıfzıssıhha Merkezi Başkanlığı, Ankara, 2010.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Akılcı İlaç Kullanımı İnternet Sitesi, <http://www.akilciilac.gov.tr/>, 25 Haziran 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”, 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
- Türkiye Kan Merkezleri Transfüzyon Derneği, Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi, İstanbul, Çesa Basım Hizmetleri, 2011.
- Uztuğ, F. (Editör), Kurumsal İletişim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Yayın No 1562, 2012.
- Viccellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC, Mark C. Henry MC. The Association Between Transfer of Emergency Department Boarders to Inpatient Hallways and Mortality: A 4-Year Experience. Ann Emerg Med.; 54(4):487-91, 2009.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge, 2202 sayılı Bakan oluru, 19.01.2010.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C.Resmi Gazete Sayı 28000, 20.07.2011.
- Wayne, PA, Using of proficiency testing to improve the clinical laboratory Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI).. Approved guidelines, 2nd ed. GP27-A2., USA: CLSI, 2008.
- WHO Draft Guidelines for Ad verse Event Reporting and Learning Systems: From information to action, 2005.
- WHO, Core components for infection prevention and control programmes, Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care, 2008.
- WHO, Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks, 2013.
- WHO, Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, 2009.
- WHO, Health Promotion Glossary, 1998.
- WHO, Laboratory Assesment Tool, 2012.
- WHO, Laboratory biosafety manual, Third edition, 2000.
- WHO, Laboratory Quality Management System, Handbook, 2011.

- WHO, Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences, 2009.
- WHO, Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide 2nd edition, 2002.
- WHO, Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview, Patient Safety Checklists, 2013.
- WHO, Safe Surgery Save Lives, safe Surgery Checklist, Patient Safety Checklists, 2009.
- WHO, World Alliance for Patient Safety, 2009.
- Williams SJ, Calnan M. "Convergence and Divergence: Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice, Dental and Hospital Care Setting, Social Science and Medicine". 33 (6) :707-716, 1991.
- World Health Organization, "Patient Care Check list, New Influenza (H1N1)", 2009.
- World Health Organization, Kanın Klinik Kullanımı, Çev. M. Cem Ar, Hülya Bilgen, Tuğhan Utku, İstanbul, Baskı: Türk Kızılayı, 2005.
- Yataklı Sağlık tesislerinde acil servis hizmetleri uygulama usul ve esasları hakkında tebliğ T.C. Resmi Gazete Sayı 27378, 16 Ekim 2009.
- <http://www.ahrq.gov/>
- <http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetHomepage&cid=1120143435363>
- <http://www.taek.gov.tr>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- <http://www.tard.org.tr/tr-tr/>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete, Sayı:28103, 02.11.2011