



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

# Sağlıkta Kalite Standartları

## TIP MERKEZİ



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

## SKS Tıp Merkezi

1. Baskı: Ankara, 2023

ISBN: 978-975-590-892-2

Sağlık Bakanlığı Yayın No: 1276

© Yazarlar – Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

Bu kitabın her türlü yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı'na aittir. Genel Müdürlüğün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar ile sağlık kurum ve kuruluşlarında kalite çalışmalarında kullanılmak üzere kontrollü ve ticari amaç gütmeksizin kitap çoğaltılabilir. Bahsi geçen durumlar dışında bu kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir nedenle kesinlikle çoğaltılamaz.

### İletişim

T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı

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

Web: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr>

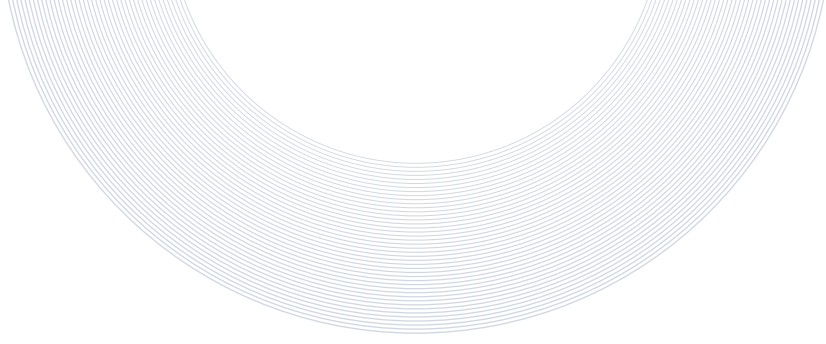
Grafik Tasarım & Baskı

Kuban Matbaacılık Yayıncılık

İvedik Osb. Matbaacılar Sit. 1514. Cad. No: 20 Yenimahalle / ANKARA

[www.kubanmatbaa.com](http://www.kubanmatbaa.com) – [kuban@kubanmatbaa.com](mailto:kuban@kubanmatbaa.com)

Sertifika No: 47331 Baskı Tarihi: 2023



*Bu kitap, ülkemiz sağlık insan gücünün sahip olduğu bilgi ve tecrübenin eseridir.*

*Kitapta emeği geçen Bakanlık merkez ve taşra teşkilatı mensupları, akademisyenler, sağlıkta kalite değerlendiricileri, il kalite koordineatörlüğü ve kalite yönetim birimi çalışanları, yöneticiler, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağlığın tüm kahramanlarına minnet ve saygı ile...*





# SUNUŞ

**B**akanlığımız tarafından 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile başlatılan sağlıkta kalite çalışmaları hem kurumsal anlamda hem de içerik olarak her geçen gün gelişmeye devam etmiş ve uluslararası alanda örnek teşkil edecek bir yapıya sahip olmuştur. Hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetinin sağlanması amacıyla çıkılan bu yolda, ölkemizin tüm coğrafi bölgelerinde farklı nitelikte hizmet sunan sağlık kuruluşlarında kalite kültürünün hissedilmesi gurur vericidir.

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi kapsamında planlanan ve gerçekleştirilen faaliyetler, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler ve ölkede sağlık politikaları ile öncelikleri esas alınarak yürütölmektedir. Sağlık hizmet sunum alanlarında kalite kültürünün geliştirilmesi ve benimsenmesi açısından büyük önem arz eden bu faaliyetler gerçekleştirilirken kullanıcıların görüş ve önerileri alınmakta, böylelikle hizmet sunumunda yer alan çalışanların kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dahil edilmesi sağlanmaktadır.

Ulusal düzeyde tanımladığımız kalite sistemi; kurumsal yapı (merkez ve taşra teşkilatı), sağlık hizmet kalitesi (sağlıkta kalite standartları ve göstergeleri ile sağlıkta kalite değerlendirmeleri) ve Türkiye Klinik Kalite Programı olmak üzere üç yapı taşından oluşmaktadır. Tanımladığımız bu sistem kapsamında birçok hizmet alanı için sağlıkta kalite standart (SKS) setleri geliştirilmiş ve bu setler aracılığı ile sağlıkta kalite değerlendirmeleri gerçekleştirilmiştir. Geliştirilen ve yayımlanan standartların sağlık kuruluşlarında karşılanma düzeylerinin değerlendirilmesi, ortak bir dil kullanma ve kalite kültürü oluşturma çabalarımızı başarıya ulaştırmıştır. şimdiye kadar Hastane, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri, Acil Sağlık ve Diyaliz Hizmetlerine yönelik SKS setleri hazırlanmış ve kullanıma sunulmuştur.

Genel Müdürlüğümüz tarafından ölkemizde ayaktan hizmet sunan tıp merkezlerinde kalite çalışmalarının sistematik ve etkin bir şekilde yürütölmesi amacıyla, SKS Standart Geliştirme Algoritması esas alınarak SKS Tıp Merkezi seti hazırlanmıştır.

Söz konusu set; tıp merkezlerinde hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, risk yönetimi, hatalardan öğrenme ve sürekli kalite iyileştirme bakış açısı ile hazırlanan standartlar, değerlendirme ölçütleri, rehberlikler ve göstergeleri içerisinde barındırmaktadır. Uygulayıcı ve değerlendirmelerimiz tarafından dikkat edilmesi gereken husus, standart ve göstergeler ile birlikte Bakanlıkça yayınlanan uygulama rehberlerinin bir bütün olarak ele alınması ve uygulanmasıdır.

Sağlık hizmetinin kalitesini iyileştirmek için atılması gereken önemli adımlardan biri hizmet kullanıcılarının deneyimi ve beklentilerini değerlendirmektir. Hasta ve hasta yakınlarının fikirlerinin sağlık hizmet sürecine dahil edilmesi, sağlık politikalarının ve bu politika doğrultusunda belirlenen standart ve kuralların belirlenmesi aşamasında başlar. Bu kapsamda, sağlıkta kalite standartları hazırlanırken, hasta ve hasta yakınlarının görüş ve önerileri de standart geliştirme algoritması doğrultusunda sürece dahil edilmektedir. SKS Tıp Merkezi çalışmalarında, tıp merkezi hizmet kullanıcıları içinden örneklem belirlenerek, hastalara aldıkları hizmete ilişkin tecrübelerine dair sorular yönlendirilmiş ve hastaların geri bildirimleri alınmıştır. Hasta görüş ve önerileri analiz edilerek standart geliştirme sürecinde kullanılmıştır

Tıp merkezleri için ilk kez yayınlanan bu setin hazırlık çalışmalarına destek veren, katkı sağlayan tüm paydaşlarımıza ve kalite ailesine teşekkürlerimizi sunar, SKS Tıp Merkezi setinin, ulusal ve uluslararası alanda sağlık hizmet sunumunun gelişimine katkı sağlamasını temenni ederim.

**Doç. Dr. İhsan ATEŞ**  
**Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü**

# İÇİNDEKİLER





## TABLolar DİZİNİ

İlişki Matrisi (Örnek Bölümler Üzerinden).....	19
SKS Tıp Merkezi Bölüm ve Standartları (Örnek Uygulama).....	20

## ŞEKİLLER DİZİNİ

## KISALTMALAR

<b>BT</b>	:	Bilgisayarlı Tomografi
<b>BYS</b>	:	Bilgi Yönetim Sistemi
<b>Ç</b>	:	Çekirdek
<b>ÇGBS</b>	:	Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi
<b>DSÖ</b>	:	Dünya Sağlık Örgütü
<b>ERCP</b>	:	Endoskopik Retrograd Kolanjiyo Pankreatografi
<b>ESWL</b>	:	Extracorporeal Shock Wave Lithotripsy
<b>FTR</b>	:	Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
<b>GCKL</b>	:	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi
<b>HAP</b>	:	Hastane Afet Planı
<b>HBTC</b>	:	Hasta Başı Test Cihazı
<b>HEPA</b>	:	High Efficiency Particulate Arresting
<b>HGBS</b>	:	Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi
<b>HSG</b>	:	Histerosalpingografi
<b>ICSI</b>	:	Intra Cytoplasmic Sperm Injection
<b>IP</b>	:	Internet Protocol
<b>IVF</b>	:	In Vitro Fertilizasyon
<b>KPR</b>	:	Kardiyo Pulmoner Resisitasyon
<b>LBYS</b>	:	Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi
<b>MEK</b>	:	Minimal Etkin Konsantrasyon
<b>MESA</b>	:	Mikroskop Altında Epididimal Sperm Aspirasyonu
<b>MR</b>	:	Manyetik Rezonans
<b>O</b>	:	Opsiyonel
<b>OPU</b>	:	Oocyte Pick-Up
<b>PACS</b>	:	Picture Archiving and Communication Systems
<b>PESA</b>	:	Perkutan Epididimal Sperm Aspirasyonu
<b>PET</b>	:	Pozitron Emisyon Tomografisi
<b>SBA</b>	:	Sağlık Bilişim Ağı
<b>SBKKS</b>	:	Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi
<b>SBYS</b>	:	Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi
<b>SHİE</b>	:	Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon
<b>SKS</b>	:	Sağlıkta Kalite Standartları
<b>SPECT</b>	:	Single Photon Emission Computerized Tomography
<b>TESA</b>	:	Testiküler Sperm Aspirasyonu
<b>TESE</b>	:	Testiküler Sperm Ekstraksiyonu
<b>UPS</b>	:	Uninterruptible Power Supply
<b>ÜYTE</b>	:	Üremeye Yardımcı Tedavi
<b>YORA</b>	:	Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

# TANIMLAR



**Acil Müdahale Seti:** Hastaya acil tıbbi müdahale için gerekli olabilecek ilaç ve ekipmanların yer aldığı seti ifade eder.

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 veya kombi tüp)
- ▶ Enjektörler
- ▶ Kişisel koruyucu ekipman

bulunmalıdır.

**Advers Reaksiyon:** Bir ilaca karşı gelişen zararlı ve amaçlanmayan cevaptır.

**Akılca Antibiyotik Kullanımı:** Bir enfeksiyon hastalığının tedavi veya 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.

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

**Asepsi:** Temiz bir yüzey, ortam veya malzemeye mikrop bulaşmaması için alınan önlemlerdir.

**Ayaktan Hasta:** Yatış işlemi yapılmaksızın gerekli tanı ve tedavi işlemleri yapılan hastalardır.

**Bakım Planı:** Hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümanlardır.

**Bilgi Güvenliği:** Basılı ve elektronik ortamdaki tüm bilgilerin, yasal mevzuat ışığında hasarlardan korunması, doğru teknolojinin, doğru amaçla ve doğru şekilde kullanılarak "gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik" ilkeleri çerçevesinde istenmeyen kişiler tarafından elde edilmesini önlemektir.

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

**Bölüm Uyum Eğitimi:** Bölümde yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

**Değer:** Kurumun gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kurallardır.

**Dekontaminasyon:** Malzeme veya yüzeylerin, kontaminasyon oluşturan kirleticilerden arındırılarak kullanım öncesi haline döndürülmesinde uygulanan işlemlerin bütünüdür.

**Denetimli Alan:** Giriş ve çıkışların özel denetime, çalışmaların radyasyondan korunma bakımından özel kurallara bağlı olduğu ve radyasyonla çalışanların maruz kalabilecekleri radyasyon dozlarının, yıllık doz sınırlarının 3/10'unu aşma olasılığı olan alanlardır.

**Dezenfeksiyon:** Enfeksiyon kaynağı olmasını önleyecek düzeyde, bir nesneyi veya ortamı mikroorganizmalardan arındırma işlemidir. Bakteri sporları ve mikobakterileri etkileme seviyelerine göre yüksek, orta ve düşük düzey dezenfeksiyon olarak üç kategoride değerlendirilir.

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

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

**Doküman:** Bilginin yer aldığı ortamdır.

**Dozimetre:** İyonize radyasyon sonucu meydana gelen toplam birikmiş ışınlanmayı ölçen ve kaydeden taşınabilir ölçüm aletidir.

**Düzeltilici-İyileştirici Faaliyet:** Tespit edilen uygunsuzluğu, oluşan problemin kaynağını ve uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmak üzere yapılan faaliyetler ile sürekli iyileştirmeye yönelik planlanmış ve uygulanmış olan faaliyetlerdir.

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

**Endikasyon:** Bir uygulama, tedavi yöntemi veya işlemin hangi durumlarda yapılması gerektiğini ifade eder.

**Enfeksiyöz Atık:** Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşınması muhtemel; başta kan ve kan ürünleri olmak üzere her türlü vücut sıvısı, insan dokuları, organları, anatomik parçaları, otopsi materyali, plasenta, fetüs ve diğer patolojik materyali, bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, örtü, çarşaf, bandaj, flaster, tampon, eküvyon ve benzeri atıkları, karantina altındaki hastaların

vücut çıkartılarını, bakteri ve virüs tutucu hava filtrelerini, enfeksiyon yapıcı ajanların laboratuvar kültürlerini ve kültür stoklarını, enfekte hayvanlara ve çıkartılarına temas etmiş her türlü malzemeyi, veterinerlik hizmetlerinden kaynaklanan atıkları ifade eder.

**Envanter:** Bir durumu gösteren çizelge veya mal ve değerlere ait dökümdür.

**Eysel Atık:** Kurum bünyesindeki tıbbi, idari ve destek birimlerinden kaynaklanan tehlikeli, tıbbi ve radyoaktif atıklar dışındaki genel atıklar ile ambalaj atıklarıdır.

**Farmasötik Form:** İlacın, uygulama yolu ve biçimine göre hazırlanmış şeklidir (efervesan, kapsül, tablet, damla, flakon, ampul vb.).

**Geçici Depolama:** Atıkların, atık üreticisi tarafından işleme tesislerine ulaştırılmadan önce güvenli bir şekilde bekletilmesidir.

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

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

**Hasta Bakımı:** Hastaların sağlık hizmeti veren kuruluşa kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde tüm sağlık meslek grupları tarafından hastaya sunulan hizmetlerin tamamıdır. Hasta bakımı, ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.

**Hasta Başı Test Cihazları (HBTC):** Kişisel test amaçlı olmayan, laboratuvar ortamı dışında genellikle hastanın yakınında veya yanında, bir sağlık profesyoneli tarafından kullanılan tıbbi tanı cihazlarıdır. Kan glikozu, kan gazı ve elektrolitleri, idrar strip testi, streptokok antijeni, kardiyak enzimler, koagülasyon parametreleri, C-reaktif protein gibi parametreleri laboratuvar dışında ölçen cihazlardır.

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

**Hedef Kitle:** Kurum içinde ve kurum dışındaki iletişim paydaşlarını (kurum çalışanları, hasta/hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar vb.) ifade etmektedir.

**İnvaziv İşlemler:** Cilt bütünlüğünün bozulduğu tıbbi müdahalelere denir.

**İstenmeyen Olay:** Hasta ve çalışanların (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil) güvenliğini tehdit edebilecek, ramak kala veya zararlı sonuçlanan olayı ifade eder.

**İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi:** Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden ramak kala (gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) veya gerçekleşen olayların bildirildiği, istenmeyen olayların risk analizlerinin yapılarak tespit edilen kök nedenlere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin yapılmasını hedefleyen kurumsal sistemdir.

**İyileştirici Faaliyet:** Tespit edilen uygunsuzluğu, oluşan problemin kaynağını ve uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmak üzere yapılan faaliyetler ile sürekli iyileştirmeye yönelik planlanan ve uygulanan faaliyetlerdir.

**İz Kayıtları:** Bilgi yönetim sisteminde yapılan güncelleme ve silme işlemlerinin geriye dönük görülebilmesi ve izlenebilmesidir.

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

**Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR):** Ani kalp durması veya nefes alamama gibi vakalarda, kişiyi hayata döndürmek amacı ile uygulanan ilk yardım yöntemidir.

**Kesici-Delici Atık:** Enjektör ve diğer tüm tıbbi girişim iğneleri, lanset, kapiller tüp, bisturi, bıçak, serum seti iğnesi, 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.

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

**Kısıtlama:** Hastanın kendisine veya başkalarına zarar verme riskine karşı fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamaktır.

**Kimlik Doğrulama:** Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere tıbbi hizmet alan bireyin doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.

**Kimlik Tanımlayıcı:** Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere, kimlik doğrulaması için kullanılan tanımlayıcıdır.

**Kişisel Koruyucu Donanım:**

- Çalışanı, yürütülen işten kaynaklanan, sağlık ve güvenliği etkileyen bir veya birden fazla riske karşı koruyan, çalışan tarafından giyilen, takılan veya tutulan, bu amaca uygun olarak tasarımı yapılmış tüm alet, araç, gereç ve cihazları,

- Kişiyi bir veya birden fazla riske karşı korumak amacıyla üretici tarafından bir bütün haline getirilmiş cihaz, alet veya malzemeden oluşmuş donanımı,
- Belirli bir faaliyette bulunmak için korunma amacı olmaksızın taşınan veya giyilen donanımla birlikte kullanılan, ayrılabilir veya ayrılamaz nitelikteki koruyucu cihaz, alet veya malzemeyi,
- Kişisel koruyucu donanımın rahat ve işlevsel bir şekilde çalışması için gerekli olan ve sadece bu tür donanımlarla kullanılan değiştirilebilir parçalarını ifade eder.

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

**Konteyner:** Paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenir geçici depolama birimidir.

**Kök Neden Analizi:** Problemin neden ve nasıl meydana geldiğinin tespit edilmesi ve sistemdeki aksaklıkların kalıcı bir şekilde düzeltilmesini amaçlayan bir analiz yöntemidir. Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizinde, tarafsız ve analitik bir yaklaşım oluşturulmalı, suçlu aranmamalı, soruna neden olan süreç, sistem veya koşulların tespit edilmesi temel amaç olmalıdır.

**Kritik Stok Seviyesi:** İlaç veya malzemenin temini için gerekli işlemlerin başlatılması gerektiğini gösteren miktardır.

**Kurum:** Ayaktan hizmet sunumu kapsamında hizmet sunan tıp merkezlerini ifade eder.

**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.

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

**Minimal Etkin Konsantrasyon (MEK):** Yüksek düzey dezenfektanların etkinliğinin sağlanabildiği en alt (asgari) konsantrasyon değeridir.

**Minimum Stok Seviyesi:** Malzeme ve ilaçlar için mutlaka bulundurulması gereken asgari miktardır.

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



**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 yoluyla yok edilmesi veya zararsız hale getirilmesidir.

**Organizasyon Şeması:** Kurumsal yapıyı bir bütün olarak gösteren ve hizmet birimleri arasındaki çeşitli ilişkileri tamamlayıcı bir düzen içinde gösteren 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 aralıktır.

**Öz Değerlendirme:** Kurum kalite yönetim biriminin sorumluluğunda SKS esas alınarak kurum içinde gerçekleştirilen değerlendirme faaliyetidir.

**Özellikli Hasta Grubu:** Kurumda sunulan sağlık hizmetleri kapsamında; hizmet sunum süreçleri, hizmet verilecek ortam, sağlık profesyonelleri ve kullanılacak ekipmanlar bakımından özellik arz eden, özel bakım uygulamaları ve işlemler içeren, disiplinlerarası iş birliği gerektiren hasta gruplarıdır.

**Partikül:** Maddenin veya enerjinin en küçük parçasını ifade eder.

**Patolojik Atık:** Cerrahi girişim, otopsi, anatomi veya patoloji çalışması sonucu ortaya çıkan doku, organ, fetüs, vücut parçaları ve vücut sıvılarıdır.

**Performans:** Bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavramdır. Organizasyonda sorumluluk taşıyan bireylerin performanslarının değerlendirilmesi ise, organizasyonun amaçlarına ne ölçüde katkıda bulduklarının tespit edilmesidir.

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

**Postoperatif:** Cerrahi uygulama sonrası süreci ifade eder.

**Preoperatif:** Cerrahi uygulama öncesi süreci ifade eder.

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

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

**Radyasyon Uyarı İşaretleri:** Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan, radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren ve bu alanlarda geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerekliliğini ifade eden işaretlerdir.

**Radyoaktif Atık:** Serbestleştirme sınırlarının üzerinde aktivite konsantrasyonu içeren ve bir daha kullanılması düşünülmeyen nükleer ve radyoaktif maddeler ile radyoaktif madde bulaşmış veya radyoaktif olmuş yapı, sistem, bileşen ve malzemeleri ifade eder.

**Ramak Kala Olay:** Kurumda gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen olaydır.

**Rehber:** Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacı ile oluşturulan dokümanlardır.

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

**Revizyon Numarası:** Dokümanların 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 dokümanlardır.

**Risk:** Tehlikeden kaynaklanabilecek kayıp, yaralanma veya başka zararlı sonuç meydana gelme ihtimalidir.

**Risk Değerlendirmesi:** Kurumda var olan veya dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması amacı ile yapılması gerekli çalışmalardır.

**Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi (SBKKS):** Sağlıkta kalite ölçme ve değerlendirme sürecinin yönetildiği ve takip edildiği sistemdir.

**Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi:** İnsanların, sağlığın belirleyicileri (biyolojik, sosyal, ekonomik, çevresel, yaşam tarzı gibi faktörler) üzerindeki kontrollerini artırmalarını böylece kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir.

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.

**Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyon (SHİE):** Hastaya bir sağlık kurumunda bakım veya sağlık hizmeti sunulması sırasında gelişen ve o kuruma başvuru sırasında var olmayan veya kuluçka döneminde olmayan enfeksiyonlardır. Kurumda sunulan hizmetle ilişkili olarak gelişen ancak taburculuk sonrasında bulgu veren enfeksiyonlar ve ilgili sağlık kurumundaki sağlık çalışanlarında meslekleriyle ilişkili olarak gelişen enfeksiyonlar da bu kategoride ele alınır.

**Sterilizasyon:** Fiziksel veya kimyasal yöntemler ile herhangi bir maddenin veya cismin üzerinde bulunan tüm mikroorganizmaların sporlar dâhil öldürülmesidir.

**Tehlike:** Kurumda var olan veya dışarıdan gelebilecek; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, kurum ve kurum ekipmanını etkileyebilecek zarar veya hasar verme potansiyelidir.

**Tehlikeli Atık:** Sağlık hizmeti verilen alanlardan kaynaklanan, genotoksik, farmasötik ve kimyasal atıklar ile ağır metal içeren atıklar ve basınçlı kaplardır.

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

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

**Test, Kontrol ve Kalibrasyon:** Bir cihazın, ulusal ve uluslararası protokol, kılavuz ve standartlar ile üretici kriterleri dikkate alınarak belirlenmiş olan çalışma aralığında olup olmadığını tespit etmek amacı ile ayarlama faaliyetleri hariç olmak üzere gerçekleştirilen deneysel, duyuşsal ve ölçümsel faaliyetlerin tamamını ifade eder.

**Tıbbi Atık:** Sağlık hizmeti verilen alanlardan kaynaklanan, enfeksiyon yapıcı, patolojik ve kesici-delici atıklardır.

**Tıbbi Gözlem:** Hastaların tıp merkezinde belirlenmiş alanda veya acil ünitesinde tıbbi müşahede amacı ile en fazla 30 saate kadar takip edilmesidir.

**Tıbbi Kayıt:** Muayene, teşhis ve tedavi amacı ile kurumda hizmet verilen hastalar ile adli vakalara ait her türlü elektronik veya manuel belgeyi ifade etmektedir.

**Tıbbi Müdahale:** Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili mesleki yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde hastanın bedensel ve ruhsal bütünlüğüne yönelik gerçekleştirilen her türlü faaliyettir.

**Türkiye Sağlıkta Çalışan Güvenliği Bildirim Sistemi (ÇGGBS):** Sağlık kurumlarında çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, ramak kala veya zararlarla sonuçlanan olaylar ile olaylara sebep olabilecek hataların bildirilmesi için geliştirilmiş ulusal sistemdir.

**Türkiye Hasta Güvenliği Bildirim Sistemi (HGGBS):** Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın güvenliğini tehdit edebilecek, ramak kala veya zararlarla sonuçlanan olayların bildirilmesi için geliştirilmiş ulusal sistemdir.

**Varlık (Bilgi Yönetimi):** Kuruma ait tüm hassas bilgiler ve bu bilgilerin işlendiği ortamlardır.

**Veri Tabanı:** Birbirleriyle ilişkili bilgilerin depolandığı alanlardır. Veri tabanları; büyük miktardaki bilgileri depolamada geleneksel yöntem olan "dosya-işlem sistemine" alternatif olarak geliştirilmiştir.

**Virtual LAN:** Sanal yerel alan ağı anlamına gelen VLAN, yerel ağ içerisinde çalışma grupları oluşturmak, yerel ağı anahtarlarla bölmektir.

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

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

**Yangın Algılama Sistemleri:** Kapalı mekânlarda can ve mal güvenliğini yangına karşı erken uyarı sağlayarak koruyan sistemlerdir.

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

# SKS TIP MERKEZİ

---



## SKS Tıp Merkezi

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin amacı ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasıdır. Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin üç önemli yapı taşı bulunmaktadır (Şekil 1).

### ► Merkez ve Taşra Teşkilatı Kurumsal Yapısı

### ► Sağlık Hizmet Kalitesi

- Sağlıkta Kalite Standartları
- Sağlıkta Kalite Göstergeleri
- Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri

### ► Klinik Kalite

- Klinik Kalite Standartları
- Klinik Kalite Göstergeleri
- Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi



Şekil 1. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapı Taşları

Bu amaç doğrultusunda hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) setleri, ülkemizde sağlıkta kalite kültürünün geliştirilmesine yönelik faaliyetlerde önemli bir role sahiptir.

Bu kapsamda, fiziki koşulların iyileştirilmesi, insan gücü ve teknoloji kapasitesinin artırılması ile kalite alanında standartların belirlenmesi, uygulanması ve uygulanma düzeyinin yerinde değerlendirilmesi bir bütünlük arz etmektedir.

Bilindiği üzere kalite alanında ortaya konan kurallar ve geliştirilen standartların belli aralıklarla gözden geçirilmesi, yeniden düzenlenmesi ve yeni gelişmelere ayak uydurması, hatta bir adım ötesini hedeflemesi gerekmektedir. Bu amaçla, SKS standart geliştirme algoritması doğrultusunda SKS Tıp Merkezi seti hazırlanmıştır. Set hazırlanırken, uluslararası gelişmeleri önceleyen, ülkemiz sağlık sistemi ile uyumlu, hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, gelişimi teşvik edici bir yapıda olmasına dikkat edilmiştir.

Bu süreçte öncelikle hizmet alanı ile ilgili bilimsel çalışmalar, ulusal ve uluslararası yayınlar incelenmiştir. Sonrasında, SKS Tıp Merkezi setinin işlevsel ve amaçsal açıdan uyumunun sağlanması, standart ve değerlendirme ölçütlerinin anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla bir dizi çalışma gerçekleştirilmiştir.

Başkanlığımızca oluşturulan "SKS Tıp Merkezi Görüş ve Öneri Platformu" aracılığı ile, kurumsal ve bireysel düzeyde çeşitli paydaşların mevcut standartlara yönelik görüş ve önerileri ile yeni standart ve değerlendirme ölçütlerine ilişkin önerilerini iletmeleri sağlanmıştır. Ayrıca, yeni geliştirilen standart ve değerlendirme ölçütlerinin, anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla değerlendirici ve kullanıcılardan geri bildirimler alınmıştır.

Tüm bulgular ve geri bildirimler değerlendirilerek son hali verilen set üst yönetimin onayına sunulmuş ve yayınlanmıştır.

Şekil 2'de, standartların geliştirilme süreci gösterilmektedir.



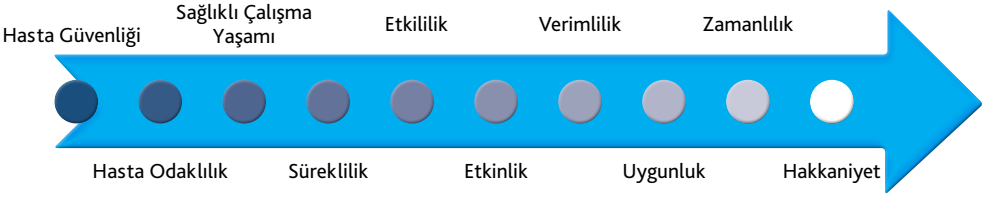
Şekil 2: Standartların Geliştirilme Süreci

## Amaç ve Kapsam

SKS Tıp Merkezi seti, Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak, ayaktan sağlık hizmeti sunan tıp merkezlerinde yüksek kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

## Hedefler

SKS Tıp Merkezi seti, kalitenin güvence altına alınması amacı ile Şekil 3'te yer alan kalite hedefleri doğrultusunda hazırlanmıştır.



Şekil 3. SKS Tıp Merkezi Hedefleri

SKS hedeflerinin bir bütün olarak ele alınması ve uygulamaya konulması önemlidir. Hedefler arasında bir öncelik ilişkisinin bulunmaması, aksine hedeflerin birbirleriyle uyum içinde gerçekleştirilmesi gerekliliği de sağlıkta kalite standartlarının bakış açısını yansıtmaktadır. Örneğin, sağlıklı çalışma ortamının sağlanmadığı bir tıp merkezinde, hasta odaklılık hedefini gerçekleştirmek de mümkün olmayacaktır.

SKS hedeflerine ilişkin tanımlar:

- **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, tıp merkezinin tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.
- **Hasta Odaklılık:** Sunulan tüm hizmetlerde hastanın; istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak 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, disiplinlerarası ve tedavinin tamamlanması sonrası devamlılığının sağlanmasıdır.

## Yapısal Çerçeve

SKS Tıp Merkezi seti, yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak, tıp Merkezinin tüm bölümlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır.

SKS Tıp Merkezi seti, boyut, bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri ile rehberlik ifadelerinden oluşmaktadır (Şekil 4).



Şekil 4. SKS Tıp Merkezi Yapısı

SKS Tıp Merkezi setinde, 5 Boyut, 30 Bölüm, 311 standart, 948 değerlendirme ölçütü bulunmaktadır.

SKS Tıp Merkezi setinde bölümlerin amacına ve gerektiğinde kapsamına yer verilmiştir.

Standart ve değerlendirme ölçütleri; ele alındığı hizmet konusuna özgü amacı belirlemek için ortaya konulmuş temel gereklilikler, rehberlik bilgileri ve tanımlamaları içeren kurallardır.

Rehberlikler ise standart veya değerlendirme ölçütleri hakkında uygulamalara yol gösterici olması açısından açıklayıcı bilgiler içeren ifadelerdir. Standart veya değerlendirme ölçütleri ile birlikte ele alınmalıdır.

Standartlar, yer aldığı bölüme özgü süreçler esas alınarak hazırlanmış ve sıralanmıştır. Standartlar, ilgili bölümün amacı, kapsamı ve hedefleri doğrultusunda, değerlendirme ölçütleri ve rehberlikler ile birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

SKS Tıp Merkezi seti;

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

olarak 5 boyutta ele alınmaktadır.

Bu boyutlar; tıp merkezinde sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak tıp Merkezinin tüm bölümlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

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

**Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu;** hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak, sunulan hizmetlere hasta ve çalışan açısından bakmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

**Sağlık Hizmetleri Boyutu;** tıp merkezinde verilen tüm sağlık hizmet süreçlerinin SKS hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartları içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler, alan ve süreç bazlı sağlık hizmetlerini içermektedir.

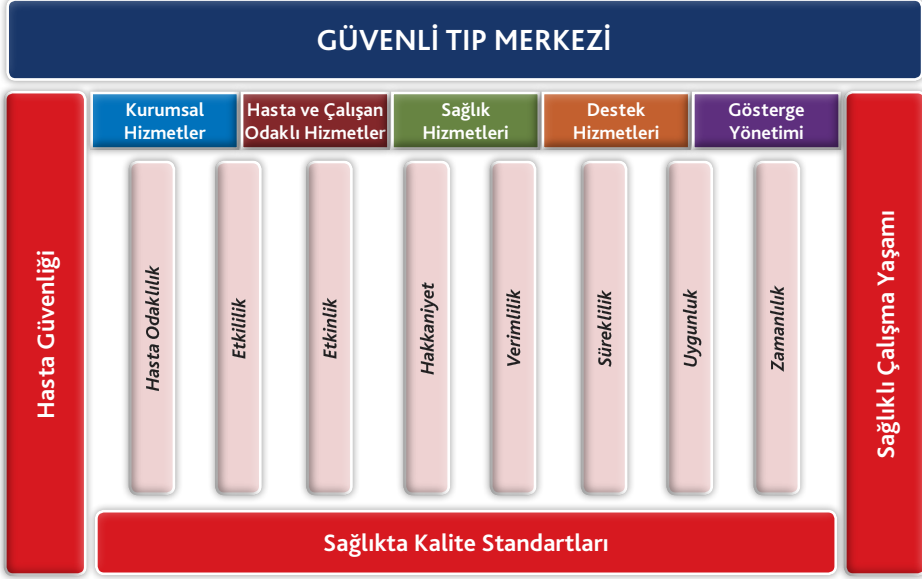
**Destek Hizmetleri Boyutu;** sağlık hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

**Gösterge Yönetimi Boyutu;** hizmet sunum performansını sürekli izleyerek kalite iyileştirme süreçlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla hazırlanmış bölümden oluşmaktadır. Bu bölümde Bakanlık tarafından yayınlanan SKS göstergelerine atıfta bulunmaktadır.

Tablo 1. SKS Tıp Merkezi Seti-Boyut ve Bölümler Tablosu

SKS TIP MERKEZİ SETİ	
<b>KURUMSAL HİZMETLER</b>	
Kurumsal Yapı	
Kalite Yönetimi	
Doküman Yönetimi	
Risk Yönetimi	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	
Afet ve Acil Durum Yönetimi	
Eğitim Yönetimi	
<b>HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER</b>	
Hasta Deneyimi	
Hizmete Erişim	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
<b>SAĞLIK HİZMETLERİ</b>	
Hasta Bakımı	
İlaç Yönetimi	
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	
Radyasyon Güvenliği	
Acil Sağlık Hizmetleri	
Ameliyathane	
Doğum Hizmetleri	
Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Hizmetleri	
Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri	
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri	
Evde Sağlık Hizmetleri	
<b>DESTEK HİZMETLERİ</b>	
Tesis Yönetimi	
Otelcilik Hizmetleri	
Bilgi Yönetim Sistemi	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Atık Yönetimi	
Dış Kaynak Kullanımı	
<b>GÖSTERGE YÖNETİMİ</b>	
Göstergelerin İzlenmesi	

“Güvenli Tıp Merkezi”, 10 hedef üzerine inşa edilen 5 boyuttan oluşmakta, hasta ve çalışan güvenliği temel ilkeleri ile tamamlanmaktadır (Şekil 5).



Şekil 5. Güvenli Tıp Merkezi

### SKS Tıp Merkezi İlişki Matrisi

SKS Tıp Merkezi setinde yer alan boyutlar; tıp merkezinde sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak tıp Merkezinin tamamını kapsayıcı bir bakış açısı ile tüm hizmet sunum alanları ile ilişkili olarak hazırlanmıştır. Standartlar ilişkili olduğu tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Tıp merkezindeki herhangi bir hizmet alanında, hangi SKS bölümleri ve standartlarının uygulanması ve değerlendirilmesi gerektiği konusunda bir bakış açısı oluşturmak amacı ile örnek tablolar oluşturulmuştur.

Tablo 2’de, SKS Tıp Merkezi seti bölüm ve standartlarının tıp merkezi alanları ile ilişkisi örnekler üzerinden açıklanmaktadır.

Tablo 3’te ise, poliklinik alanında hangi SKS bölümleri ve standartlarının uygulanması ve değerlendirilmesi gerektiği konusu örnek olarak ele alınmıştır.

**Tablo 2.** SKS Tıp Merkezi Seti Bölümleri ve Hizmet Alanları İlişki Matrisi  
(Örnek Bölümler Üzerinden)

Bölüm	Standart	Hizmet Alanları ile İlişkisi
<b>Kurumsal Yapı</b>	<b>KKU05</b> Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	Bu standart tıp merkezinde yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Risk Yönetimi</b>	<b>KRY01</b> Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	Bu standart; tıp merkezi yönetimi, kalite yönetim birimi çalışanları ve ilgili sorumluların yönetiminde ele alınır ve uygulanır. İlgili sorumlular risk yönetimi çalışmalarını; kalite yönetim birimi, kalite yönetim komitesi ve bölüm kalite sorumluları ile koordineli şekilde yürütür.
	<b>KRY02</b> Tıp merkezinde gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	Tıp merkezi idari süreçleri dâhil olmak üzere, tüm hizmet alanları ve süreçlerine yönelik uygulanır.
	<b>KRY03</b> Tıp merkezi risk değerlendirme planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	Bu standart, tıp merkezinde yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
	<b>KRY04</b> Tıp merkezi risk değerlendirme planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirmelidir.	Bu standart, tıp merkezinde yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
	<b>KRY05</b> Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.	Bu standart, tıp merkezinde yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü</b>	<b>SEN04</b> Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	Bu standart, tıp merkezinde yer alan tüm sağlık hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle tüm sağlık hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

<b>Radyasyon Güvenliği</b>	<b>SRG06</b> Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	Bu standart, tıp merkezinde radyasyon bulunan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle radyasyon bulunan tüm alanlarda uygulanır ve değerlendirilir.
<b>Hasta Bakımı</b>		Bu bölüm, tıp merkezinde yer alan tüm sağlık hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Sağlık hizmeti sunulan bir alanda, hizmetlerin niteliği ve çeşitliliğine göre, "Hasta Bakımı" bölümündeki standartların bir kısmı veya tamamı uygulanır ve değerlendirilir
<b>Tesis Yönetimi</b>		Bu bölüm tıp merkezinde yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Tıp merkezindeki herhangi bir alanda, sunulan hizmetlerin niteliği ve çeşitliliğine göre, "Tesis Yönetimi" bölümündeki standartların bir kısmı veya tamamı uygulanır ve değerlendirilir.

**Tablo 3.** Tıp Merkezi Poliklinik Hizmet Alanında Uygulanması Gereken SKS Tıp Merkezi Bölüm ve Standartları (Örnek Uygulama)

<b>SKS Tıp Merkezi Seti Bölümü</b>	<b>Standart veya Değerlendirme Ölçütü Kodu</b>
<b>Kurumsal Yapı</b>	KKU01.02, K KU05.05, K KU06.04
<b>Kalite Yönetimi</b>	KKY03, K KY11
<b>Doküman Yönetimi</b>	KDY01.05, K DY02.03, K DY04
<b>Risk Yönetimi</b>	KRY01.03, K RY03.04
<b>İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi</b>	KİO03, K İO04.04
<b>Afet ve Acil Durum Yönetimi</b>	KAD04, KAD05.02, KAD06, KAD07, KAD08.10, KAD09.07, KAD10.08, KAD11.06, KAD13

Eğitim Yönetimi	KEY03.01, KEY04.03, KEY04.05
Hasta Deneyimi	HHD01.02, HHD01.03, HHD02, HHD05, HHD06, HHD07.02, HHD09
Hizmete Erişim	HHE01, HHE02, HHE03, HHE04
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC06.03, HSC06.04, HSC07, HSC08, HSC09, HSC10.02
Hasta Bakımı	SHB02, SHB05, SHB10, SHB13, SHB17, SHB18, SHB21
İlaç Yönetimi	SIY03
Enfeksiyonların Önlenmesi	SEN04, SEN05.01, SEN05.02, SEN06.02, SEN07.02, SEN07.03, SEN07.04, SEN09, SEN10
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	SDS01.03, SDS01.06, SDS04.04, SDS04.06, SDS04.07, SDS05.03
Radyasyon Güvenliği	SRG09, SRG10
Doğum Hizmetleri	SDH06
Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Hizmetleri	SÜT06, SÜT08, SÜT20
Tesis Yönetimi	DTY02.02, DTY02.03, DTY05
Otelcilik Hizmetleri	DOH03, DOH04, DOH05, DOH06
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY02.02, DBY05, DBY06, DBY07, DBY11.01, DBY11.02, DBY11.04, DBY16.05
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC07.01, DMC07.02, DMC07.07, DMC10.02, DMC11, DMC12.03, DMC12.04
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA03, DTA04
Atık Yönetimi	DAY02, DAY03, DAY05
Dış Kaynak Kullanımı*	DDK01, DDK02
Göstergelerin İzlenmesi	GGİ02, GGİ03, GGİ04, GGİ05, GGİ06
Kalite Göstergeleri	Bakanlıkça yayınlanan SKS Gösterge Yönetimi Rehberi'nde yer alan Tıp Merkezleri ile ilgili göstergeler

\*Dış kaynak kullanımı söz konusu ise

## Kodlama Sistematiği

Standardın kodunda ilk kısım harflerden, ikinci kısım rakamlardan oluşmaktadır.

Harf kullanılan kısımlar üç harften oluşmakta, ilk harf ilgili boyut adının baş harfini, devam eden ikinci ve üçüncü harfler ise ilgili bölüm adının kısaltmasını ifade etmektedir (Tablo 4).

İkinci kısımdaki rakamlar standartlar için iki haneli bir sayıdan, değerlendirme ölçütleri için dört haneli bir sayıdan oluşmaktadır.

Standart kodundaki rakamlar bölümdeki standardın numarasını, değerlendirme ölçütlerindeki ilk iki rakam değerlendirme ölçütünün ait olduğu standardı, son iki rakam değerlendirme ölçütünün sıra numarasını ifade etmektedir.

### Örnek Standart Kodu: KDY01

"Kurumsal Hizmetler" boyutunun "Doküman Yönetimi" bölümünde yer alan 1 numaralı standardı ifade etmektedir.

### Örnek Değerlendirme Ölçütü Kodu: KDY01.01

"Kurumsal Hizmetler" boyutunun "Doküman Yönetimi" bölümünde yer alan 1 numaralı standardın birinci değerlendirme ölçütünü ifade etmektedir.

Tablo 4. SKS Tıp Merkezi Seti Kodlama Sistematiğinde Harf Düzeni

SKS TIP MERKEZİ SETİ KODLAMA SİSTEMATIĞI	
Boyutlar	Kod
Kurumsal Hizmetler	K
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	H
Sağlık Hizmetleri	S
Destek Hizmetleri	D
Gösterge Yönetimi	G
Bölmeler	Kod
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY
Risk Yönetimi	RY
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İO
Afet ve Acil Durum Yönetimi	AD
Eğitim Yönetimi	EY
Hasta Deneyimi	HD
Hizmete Erişim	HE



Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Bakımı	HB
İlaç Yönetimi	İY
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	EN
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	DS
Radyasyon Güvenliği	RG
Acil Sağlık Hizmetleri	AS
Ameliyathane	AH
Doğum Hizmetleri	DH
Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Hizmetleri	ÜT
Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri	TL
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri	FR
Evde Sağlık Hizmetleri	ES
Tesis Yönetimi	TY
Otelcilik Hizmetleri	OH
Bilgi Yönetim Sistemi	BY
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Atık Yönetimi	AY
Dış Kaynak Kullanımı	DK
Göstergelerin İzlenmesi	Gİ

Tablo 5. Örnek Kodlama Sistematiği

<b>KRY01</b> <b>ÇEKİRDEK</b>	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	<b>KRY01.01</b>	Risk yönetimi çalışmalarının aktif olarak yürütülmesi ve raporlanmasına yönelik görev ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	<b>50</b>
		<b>KRY01.02</b>	Risk yönetimi çalışmaları, kalite yönetim komitesi, varsa iş sağlığı ve güvenliği kurulu veya birimleri ile koordineli şekilde yürütülmelidir.	
		<b>KRY01.03</b>	Bölmelerde gerçekleştirilen risk yönetimi çalışmalarına ilgili bölüm kalite sorumluları ve çalışanları dahil edilmelidir.	

## SKS Tıp Merkezi Seti Puanlandırma Metodolojisi

Sağlıkta kalite standartlarının puanlandırma metodolojisi 3 başlıkta ele alınmaktadır:

- ▶ Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması
- ▶ Standart ve Göstergelerin Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi
- ▶ Kalite Puanının Belirlenmesi

SKS Tıp Merkezi seti içerisinde yer alan her bir standardın bir puan değeri bulunmaktadır. Tıp merkezinin standarttan alacağı puanı tespit etmek için, standardın karşılanma düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Değerlendirilen standartların puanlarından yola çıkarak tıp merkezinin elde edeceği "Kalite Puanı'na" ulaşılmaktadır.

### Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması

Sağlıkta kalite standartları puanlama sistematığı kapsamında onluk puanlama sistemi kullanılmaktadır. Standart ve göstergeler, SKS ve Bakanlık stratejik hedefleri ile uygulamanın emek yoğunluğu göz önünde bulundurularak 10-50 puan aralığında puanlandırılmaktadır. Bu puan aralığında 50 puan değerindeki standartlar **çekirdek**, 40 puan değerindeki bazı standartlar ise **opsiyonel** standartlardır.

Çekirdek standartlar, sağlık hizmet sunum süreçleri ile hasta ve çalışan güvenliği açısından kritik öneme sahip, Bakanlık politikaları açısından öncelikli olan standartlardır. Bu standartların karşılanmaması durumunda Tıp Merkezi Kalite Puanı doğrudan etkilenir. Set içinde yer alan çekirdek standartlar, ilgili standardın başında yer alan (Ç) harfi ile ifade edilmektedir.

Opsiyonel standartlar ise uygulanması zorunlu olmayan standartlardır. Bu standartların karşılanması durumunda Tıp Merkezi Kalite Puanı pozitif yönde etkilenir. Set içinde yer alan opsiyonel standartlar, ilgili standardın başında yer alan (O) harfi ile ifade edilmektedir.

SKS göstergelerinin belirlenmesi ve değerlendirilmesi amacıyla Gösterge Yönetimi Rehberi hazırlanmış olup, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı internet sitesinde yayınlanmıştır. Rehber ve gösterge listesi gerektiğinde Bakanlıkça güncellenebilecektir. Her bir göstergenin sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamındaki puansal değeri 20 olarak belirlenmiştir.

### Standart ve Göstergelerin Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi

Standartların karşılanma düzeyi belirlenirken amaçsal yorumlama yapılarak standart ve değerlendirme ölçütleri birlikte bir bütün olarak ele alınmalıdır.

"Göstergelerin İzlenmesi" bölümünde yer alan standartlar değerlendirilirken tıp merkezinin tüm göstergelere yönelik yaptığı çalışmalar bir bütün olarak değerlendirilmeli ve puanlandırılmalıdır.

Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı internet sitesinde kurum türüne göre yayımlanan kalite göstergeleri için yapılan değerlendirmelerde ise her bir gösterge için ölçme, analiz ve iyileştirme süreçleri ayrı ayrı ele alınarak ilgili gösterge bazında karşılanma düzeyi belirlenmelidir.

Standart ve göstergelerin karşılanma düzeyi Genel Müdürlüğümüz tarafından yayımlanan, Sağlıkta Kalite Standartları Ölçme, Değerlendirme ve Puanlandırma Sistematğine uygun olarak belirlenir.

Standart ve göstergelerin karşılanma düzeyleri üç kategoride ele alınır:

- ▶ Karşılıyor (K)
- ▶ Kısmen Karşılıyor (KK)
- ▶ Karşılanmıyor (KM)

Standart ve göstergenin karşılanma düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlama yapılır:

- ▶ **Karşılıyorsa;** standart için belirlenen tam puan
- ▶ **Kısmen Karşılıyorsa;** standart için belirlenen puanın yarısı
- ▶ **Karşılanmıyorsa;** 0 (sıfır) puan

Tablo 6. Standartın Karşılanma Düzeyine Göre Puanlandırma Örneği

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Sonuç	Puan		
DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	DTA01.01	Hastaların tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.	40	K →	40		
			<ul style="list-style-type: none"> <li>• Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamında muhafaza edileceği</li> <li>• Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları</li> <li>• Standart dosya planı</li> <li>• Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksiklerinin tamamlanması</li> <li>• Arşiv hizmetlerinin işleyişi</li> </ul>				KK →	20
			<p><u>Rehberlik:</u> Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri, fiziki veya elektronik ortama dayalı olarak kurgulanabilir. Tercihen, elektronik sistemin azami düzeyde kullanılması önerilmektedir.</p>				KM →	0

## Tıp Merkezi Kalite Puanının Belirlenmesi

Kalite Puanı; yerinde yapılan sağlıkta kalite değerlendirmesi neticesinde SKS'nin uygulanma düzeyini gösteren, sıfır (0) ile yüz (100) arasında tespit edilen değerdir. Elde edilen Kalite Puanı ile tıp merkezinin değerlendirme dönemlerine göre gelişimleri ortaya konulabilmekte, diğer tıp merkezleri ile karşılaştırmalar yapılabilmekte, Bakanlık politikalarına uyum izlenebilmektedir.

Ayrıca, puan dağılımı kullanılarak tıp merkezleri derecelendirilebilmektedir.

### Kalite Puanının Hesaplanmasında Kullanılan Formül

$$\text{Kalite Puanı: } [(A + B - C) / D] \times 100$$

A: SKS'de değerlendirilen bölümlerden elde edilen puan toplamı

B: Kalite puanını pozitif etkileyen unsurlar

C: Kalite puanını negatif etkileyen unsurlar

D: (SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standartlar ve göstergelerin puan toplamı) – (SKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standart ve göstergelerden değerlendirme dışı bırakılan puan toplamı)

E: Standardın puan değeri

### Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

#### ► Pozitif Etkileyen Unsurlar

- Opsiyonel standardın karşılanması durumunda, SKS'de değerlendirilen bölümlerden elde edilen toplam puana (A) ilgili standardın puan değeri kadar puan eklenir.
  - o  $B = E \times n$   
(n: Karşılanan opsiyonel standart sayısı)
- Opsiyonel standardın puan değeri paydaya (D) eklenmez.
- Opsiyonel standart veya göstergenin karşılanmaması veya değerlendirilmesinin talep edilmemesi durumunda, ilgili standart veya gösterge puanlamaya dâhil edilmez.
- Tıp Merkezi Kalite Puanı bu kurallar dâhilinde 100'ü geçiyorsa, "Kalite Puanı" 100 kabul edilir.

#### ► Negatif Etkileyen Unsurlar

- SKS setinin bütününe yönelik yapılan yerinde değerlendirmede; "Karşılanmayan" her bir çekirdek standardın puanının yarısı kadar puan, elde edilen toplam puandan (A) düşürülür.

- o  $C = [(E/2) \times n]$   
(n: Karşılanmayan çekirdek standart sayısı)
- SKS setinin bütününe yönelik yapılan yerinde değerlendirmede; "Kısmen Karşılanan" her bir çekirdek standardın puanının beşte biri kadar puan, elde edilen toplam puandan (A) düşürülür.
- o  $C = [(E/5) \times n]$   
(n: Kısmen karşılanan çekirdek standart sayısı)
- Yapılan son değerlendirmede "Kısmen Karşılanıyor" ve "Karşılanmıyor" olarak tespit edilen standartlara yönelik yapılan yerinde değerlendirmeler ile Bakanlıkça belirlenen standart ve bölümlere yönelik gerçekleştirilen yerinde değerlendirmelerde, "Karşılanmayan" ve "Kısmen Karşılanan" çekirdek standartlara yönelik ayrıca puan düşürülmez.

**Tablo 7. "Değerlendirme Dışı" Kavramının Kullanılması ile İlgili Kurallar**

DEĞERLENDİRME DIŞI KAVRAMININ KULLANILMASI İLE İLGİLİ KURALLAR
Sağlık Hizmetleri boyutunda yer alan bölümlerden herhangi biri veya birkaçının, tıp merkezinde sürekli veya geçici olarak müstakil hizmet vermiyor olması durumunda ilgili bölüm değerlendirme kapsamına alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü veya göstergenin, tıp merkezi hizmet alanı kapsamına girmemesi durumunda, ilgili standart, değerlendirme ölçütü veya gösterge değerlendirmeye alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü veya göstergenin, mevzuat gereği tıp merkezinde uygulanmadığı durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü veya gösterge değerlendirmeye alınmaz.
Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü veya gösterge ile ilgili olarak, standardın veya göstergenin amacını tam olarak yerine getirmek kaydıyla, yenilikçi ve farklı bir uygulama bulunduğu durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü veya gösterge "Karşılanıyor" olarak puanlanır.
İlgili bölüm/standart, değerlendirme ölçütü ve/veya göstergenin değerlendirme dışı bırakılma nedeni tam, detaylı ve anlaşılır şekilde değerlendirme raporunda belirtilir.



# TABLÖLAR



**SKS Tıp Merkezi**  
**Tablo 8. Boyut ve Bölümler**

KURUMSAL HİZMETLER	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	DESTEK HİZMETLERİ	GÖSTERGE YÖNETİMİ
Kurumsal Yapı	Hasta Deneyimi	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Yönetimi	Hizmete Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	
Doküman Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	Bilgi Yönetim Sistemi	
Risk Yönetimi		Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi		Radyasyon Güvenliği	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Afet ve Acil Durum Yönetimi		Acil Sağlık Hizmetleri	Atık Yönetimi	
Eğitim Yönetimi		Ameliyathane	Dış Kaynak Kullanımı	
		Doğum Hizmetleri		
		Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Hizmetleri		
		Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri		
		Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri		
		Evde Sağlık Hizmetleri		



SKS Tıp Merkezi  
Tablo 9. Sayısal Dağılım Tablosu (Genel)

Boyut ve Bölümler	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
<b>Kurumsal Hizmetler</b>	<b>54</b>	<b>167</b>
Kurumsal Yapı	7	19
Kalite Yönetimi	11	34
Doküman Yönetimi	5	15
Risk Yönetimi	6	12
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	6	15
Afet ve Acil Durum Yönetimi	14	59
Eğitim Yönetimi	5	13
<b>Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler</b>	<b>24</b>	<b>63</b>
Hasta Deneyimi	10	21
Hizmete Erişim	4	10
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	10	32
<b>Sağlık Hizmetleri</b>	<b>149</b>	<b>460</b>
Hasta Bakımı	21	60
İlaç Yönetimi	13	41
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	10	19
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	14	62
Radyasyon Güvenliği	15	41
Acil Sağlık Hizmetleri	11	29
Ameliyathane	10	28
Doğum Hizmetleri	6	23
Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Hizmetleri	20	71
Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri	14	47
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri	5	18
Evde Sağlık Hizmetleri	10	21
<b>Destek Hizmetleri</b>	<b>77</b>	<b>246</b>
Tesis Yönetimi	15	55
Otelcilik Hizmetleri	14	48
Bilgi Yönetim Sistemi	17	59
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	16	45
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	8	13
Atık Yönetimi	5	21
Dış Kaynak Kullanımı	2	5
<b>Gösterge Yönetimi</b>	<b>7</b>	<b>12</b>
Göstergelein İzlenmesi	7	12
<b>TOPLAM</b>	<b>311</b>	<b>948</b>

## SKS Tıp Merkezi

Tablo 10. Sayısal Dağılım Tablosu (Özet Tablo)

Boyutlar	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	54	167
Hasta ve alışan Odaklı Hizmetler	24	63
Sağlık Hizmetleri	149	460
Destek Hizmetleri	77	246
Gösterge Yönetimi	7	12
TOPLAM	311	948

## SKS Tıp Merkezi

Tablo 11. Bölüm Bazlı Puansal Dağılım Tablosu

Bölmeler	Standart Kategorileri										Puan
	10 Puanlık Standartlar		20 Puanlık Standartlar		30 Puanlık Standartlar		40 Puanlık Standartlar		50 Puanlık Standartlar		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Kurumsal Hizmetler	5	50	1	20	24	720	5	200	19	950	1940
Kurumsal Yapı					5	150	1	40	1	50	240
Kalite Yönetimi	2	20			3	90			6	300	410
Doküman Yönetimi	3	30			2	60					90
Risk Yönetimi					1	30	1	40	4	200	270
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi					2	60	2	80	2	100	240
Afet ve Acil Durum Yönetimi			1	20	7	210			6	300	530
Eğitim Yönetimi					4	120	1	40			160
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	1	10	4	80	10	300	2	80	7	350	820
Hasta Deneyimi			2	40	4	120			4	200	360
Hizmete Erişim			1	20	3	90					110
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	1	10	1	20	3	90	2	80	3	150	350
Sağlık Hizmetleri			4	80	64	1920	30	1200	51	2550	5750
Hasta Bakımı					13	390	2	80	6	300	770
İlaç Yönetimi					9	270			4	200	470
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü					3	90	2	80	5	250	420
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri					2	60	8	320	4	200	580
Radyasyon Güvenliği					2	60	3	120	10	500	680
Acil Sağlık Hizmetleri					8	240			3	150	390
Ameliyathane			1	20	2	60	4	160	3	150	390
Doğum Hizmetleri					2	60	2	80	2	100	240
Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Hizmetleri			2	40	9	270			9	450	760

Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri			1	20	8	240			5	250	510
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hizmetleri					2	60	3	120			180
Evde Sağlık Hizmetleri					4	120	6	240			360
Destek Hizmetleri			8	160	36	1080	19	760	14	700	2700
Tesis Yönetimi			1	20	6	180	6	240	2	100	540
Otelcilik Hizmetleri			2	40	8	240	3	120	1	50	450
Bilgi Yönetim Sistemi			1	20	8	240	3	120	5	250	630
Malzeme ve Cihaz Yönetimi			3	60	6	180	4	160	3	150	550
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri			1	20	5	150	1	40	1	50	260
Atık Yönetimi					2	60	2	80	1	50	190
Dış Kaynak Kullanımı					1	30			1	50	80
Gösterge Yönetimi					5	150			2	100	250
Göstergelerin İzlenmesi					5	150			2	100	250
<b>TOPLAM</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<b>17</b>	<b>340</b>	<b>139</b>	<b>4170</b>	<b>56</b>	<b>2240</b>	<b>93</b>	<b>4650</b>	<b>11460</b>

## SKS Tıp Merkezi

Tablo 12. Boyut Bazlı Puansal Dağılım Tablosu (Özet Tablo)

Bölümler	Standart Kategorileri										Puan
	10 Puanlık Standartlar		20 Puanlık Standartlar		30 Puanlık Standartlar		40 Puanlık Standartlar		50 Puanlık Standartlar		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Kurumsal Hizmetler	5	50	1	20	24	720	5	200	19	950	1940
Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	1	10	4	80	10	300	4	160	7	350	820
Sağlık Hizmetleri			4	80	64	1920	30	1200	51	2550	5750
Destek Hizmetleri			8	160	36	1080	19	760	14	700	2700
Gösterge Yönetimi					5	150			2	100	250
<b>TOPLAM</b>	<b>6</b>	<b>60</b>	<b>17</b>	<b>340</b>	<b>139</b>	<b>4170</b>	<b>56</b>	<b>2240</b>	<b>93</b>	<b>4650</b>	<b>11460</b>

## SKS Tıp Merkezi

Tablo 13. Standart Puan Tablosu

Boyut	Kurumsal Hizmetler	
Bölüm	Kurumsal Yapı	
Kod	Standart	Puan
KKU01	Tıp Merkezinin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	30
KKU02	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	40
KKU03	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	30
KKU04 (Çekirdek)	Tıp merkezi faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	50
KKU05	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
KKU06	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	30
KKU07	Tıp Merkezinin elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.	30
Bölüm	Kalite Yönetimi	
KKY01 (Çekirdek)	Tıp merkezi kalite politikası oluşturulmalıdır.	50
KKY02 (Çekirdek)	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	50
KKY03 (Çekirdek)	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	50
KKY04 (Çekirdek)	SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	50
KKY05	Tıp merkezi yönetimi, hizmet sunumuna yönelik bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	30
KKY06 (Çekirdek)	Kalite yönetimi komitesi oluşturulmalıdır.	50
KKY07 (Çekirdek)	Kalite yönetimi komitesinin görev alanı tanımlanmalıdır.	50
KKY08	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	10
KKY09	Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	30
KKY10	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	30
KKY11	Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.	10
Bölüm	Doküman Yönetimi	
KDY01	Kalite yönetimi kapsamında doküman yönetim sistemi oluşturulmalıdır.	30
KDY02	Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlar güncel olmalıdır.	30

KDY03	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY04	Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
KDY05	Fiziksel veya elektronik imzalı dokümanların arşivlenmesi, muhafazası ve imhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	10
<b>Bölüm</b>	<b>Risk Yönetimi</b>	
KRY01 (Çekirdek)	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	50
KRY02 (Çekirdek)	Tıp merkezinde gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50
KRY03 (Çekirdek)	Kurum risk değerlendirme ve eylem planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50
KRY04 (Çekirdek)	Kurum risk değerlendirme ve eylem planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.	50
KRY05	Risk değerlendirmesi en geç dört yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.	40
KRY06	Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi</b>	
KİO01 (Çekirdek)	İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır.	50
KİO02	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30
KİO03	Çalışanlara istenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.	40
KİO04 (Çekirdek)	İstenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KİO05	Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri değerlendirilmeli, gerektiğinde görüş ve öneriler çerçevesinde düzenleme yapılmalıdır.	30
KİO06 (Opsiyonel)	İstenmeyen olay bildirim sisteminin, ulusal bildirim sistemlerine entegrasyonu sağlanmalı ve çalışanlara ulusal bildirim sistemleri hakkında eğitim verilmelidir.	40
<b>Bölüm</b>	<b>Afet ve Acil Durum Yönetimi</b>	
KAD01	Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30
KAD02 (Çekirdek)	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	50
KAD03	Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.	30
KAD04	Tıp merkezi acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	20
KAD05	Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
KAD06	Tıp merkezinde görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir.	30
KAD07 (Çekirdek)	Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50

KAD08	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD09	Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD10 (Çekirdek)	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	50
KAD11	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
KAD12 (Çekirdek)	Tıp merkezi yangınına ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır.	50
KAD13 (Çekirdek)	Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
KAD14 (Çekirdek)	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	50
<b>Bölüm</b>	<b>Eğitim Yönetimi</b>	
KEY01	Çalışana yönelik eğitim ihtiyaçları, tıp merkezinde sunulan hizmetin kapsamı dikkate alınarak belirlenmelidir.	30
KEY02	Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	30
KEY03	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	40
KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	30
KEY05	Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	30
<b>Boyut</b>	<b>Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler</b>	
<b>Bölüm</b>	<b>Hasta Deneyimi</b>	
HHD01 (Çekirdek)	Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.	50
HHD02 (Çekirdek)	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	50
HHD03	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.	30
HHD04	Hasta ve yakınlarının tıp merkezi bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
HHD05 (Çekirdek)	Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	50
HHD06 (Çekirdek)	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	50
HHD07	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.	20
HHD08	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.	30
HHD09	Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır.	20
HHD10	Refakatçilere ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30

Bölüm	Hizmete Erişim	
HHE01	Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere tıp merkezinde karşılama, kabul, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.	30
HHE02	Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalı ve hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitimler verilmelidir.	20
HHE03	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
HHE04	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	30
Bölüm	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
HSÇ01	İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
HSÇ02	İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	10
HSÇ03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	20
HSÇ04 (Opsiyonel)	Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler ve hedeflere ulaşmak üzere yapılacak faaliyetler belirlenmelidir.	40
HSÇ05 (Çekirdek)	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
HSÇ06 (Çekirdek)	Çalışanlara yönelik sağlık gözetiminin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
HSÇ07 (Çekirdek)	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu donanım kullanılmalıdır.	50
HSÇ08	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	40
HSÇ09	Personelin sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
HSÇ10	Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30
Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Bölüm	Hasta Bakımı	
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler tıp merkezine başvuran tüm hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.	30
SHB02	Hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bulgular ile ön tanı, tanı ve tedaviye yönelik elde edilen sonuçlar tıp merkezi tarafından belirlenen biçim ve içerikte kayıt altına alınmalıdır.	30
SHB03 (Çekirdek)	Tıbbi gözlem sürecindeki hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	50
SHB04 (Çekirdek)	Bakım ihtiyaçları doğrultusunda tıbbi gözlem sürecindeki hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir.	50
SHB05	Ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SHB06	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	30



SHB07 (Çekirdek)	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SHB08	Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır	40
SHB09	Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SHB10 (Çekirdek)	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50
SHB11	Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.	30
SHB12	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
SHB13 (Çekirdek)	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SHB14	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SHB15	Tıbbi gözlem sürecindeki hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.	30
SHB16	Tıp merkezine başvuran hastalarda müdahaleye bağlı olarak gelişen komplikasyonlar ve/veya yoğun bakım hizmetine ihtiyaç olan durumlarda tıp merkezi tarafından, önceden belirlenmiş, koordineli olarak çalışılan ve bu hizmetlerin alındığı özel veya kamu hastaneleriyle gereken koordinasyon sağlanarak hasta transfer edilmelidir.	30
SHB17 (Çekirdek)	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	50
SHB18	Sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır.	30
SHB19	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetler tanımlanmalıdır.	30
SHB20	Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30
SHB21	Özellikli hasta grupları tanımlanmalı, bu gruplara özgü hizmet sunumu ve klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>İlaç Yönetimi</b>	
SIY01	İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
SIY02	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SIY03 (Çekirdek)	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SIY04 (Çekirdek)	İlaçların stok ve miat takibine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SIY05 (Çekirdek)	İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	50
SIY06	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SIY07	İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SIY08 (Çekirdek)	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SIY09	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30

SİY10	Narkotik ve psiko trop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SİY11	Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
SİY12	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
SİY13	İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü</b>	
SEN01 (Çekirdek)	Tıp merkezinde enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	50
SEN02	Tıp Merkezinin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program bulunmalıdır.	30
SEN03	Tıp merkezi el hijyeni politikası tanımlanmalıdır.	30
SEN04 (Çekirdek)	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50
SEN05	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.	40
SEN06 (Çekirdek)	Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	50
SEN07 (Çekirdek)	İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	50
SEN08 (Çekirdek)	Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50
SEN09	Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30
SEN10	Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	40
<b>Bölüm</b>	<b>Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri</b>	
SDS01 (Çekirdek)	Tıp Merkezinin temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
SDS02	Tıp merkezinde gerçekleştirilen temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri kontrol edilmelidir.	40
SDS03	Tıp merkezinde kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon riski düzeyine göre gruplandırılmalıdır.	30
SDS04	Malzeme ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	40
SDS05 (Çekirdek)	Yüksek düzey dezenfektanlarla gerçekleştirilen uygulamaların kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır.	50
SDS06	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SDS07	Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	40
SDS08	Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.	40

SDS09	Paketleme ve yükleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.	40
SDS10 (Çekirdek)	Sterilizasyon işleminin etkinliği sağlanmalıdır	50
SDS11	Basıncılı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır	40
SDS12	Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	40
SDS13	Sterilizasyon süreci izlenebilir olmalıdır.	40
SDS14 (Çekirdek)	Tıp merkezinde kullanılan endoskopik cihazların dezenfeksiyon süreci ve sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50
<b>Bölüm</b>	<b>Radyasyon Güvenliği</b>	
SRG01	Radyasyondan korunma sorumlusu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	40
SRG02 (Çekirdek)	İyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SRG03 (Çekirdek)	Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemlerinin, yapıldığı alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
SRG04	Yüksek manyetik alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SRG05	Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konfor ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SRG06 (Çekirdek)	Görüntüleme işlemlerine yönelik çekim protokolleri hazırlanmalıdır.	50
SRG07	Hasta ve hasta yakınının, özellikli radyolojik tetkik ve girişimler ile ilgili bilgilendirilmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SRG08 (Çekirdek)	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG09 (Çekirdek)	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG10 (Çekirdek)	Kontrollü (Denetimli) alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
SRG11	Radyoaktif kaynakların bulunduğu alanlarda (brakiterapi, kan ışınlama, nükleer tıp gibi) kaynağın korunması ve güvenli kullanımına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	40
SRG12 (Çekirdek)	Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası acil durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.	50
SRG13 (Çekirdek)	Nükleer tıp uygulamalarına özgü uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	50
SRG14 (Çekirdek)	Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü ve yönetimi sağlanmalıdır.	50
SRG15 (Çekirdek)	Radyoaktif madde uygulanan hastaların ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
<b>Bölüm</b>	<b>Acil Sağlık Hizmetleri</b>	
SAS01	Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30

SAS02	Acil sağlık hizmetleri sunum alanlarına ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	30
SAS03	Acil ünitesinin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAS04	Acil ünitesi için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır.	30
SAS05 (Çekirdek)	Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalıdır.	50
SAS06	Acil servislerde konsültasyona yönelik süreçleri tanımlayan bir plan bulunmalı, konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30
SAS07 (Çekirdek)	Tıbbi gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.	50
SAS08	Tıbbi gözlem, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SAS09 (Çekirdek)	Acil ünitesinde hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	50
SAS10	Acil ünitesi ilgili personeline KPR (kardiyopulmoner resüsitasyon) eğitimi verilmelidir.	30
SAS11	Tıp merkezi dışına hasta nakli ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Ameliyathane</b>	
SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
SAH03	Ameliyathanedeki sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.	30
SAH04	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
SAH05	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
SAH06	Tıbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir.	30
SAH07 (Çekirdek)	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	50
SAH08 (Çekirdek)	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50
SAH09	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.	40
SAH10 (Çekirdek)	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
<b>Bölüm</b>	<b>Doğum Hizmetleri</b>	
SDH01	Doğum hizmetleri için uygun fiziksel koşullar sağlanmalıdır.	30
SDH02	Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.	30
SDH03 (Çekirdek)	Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SDH04	Doğum eylemini izlemeye yönelik Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi kullanılmalıdır.	40
SDH05 (Çekirdek)	Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50

SDH06	Gebe ve yakınlarına gebelik süreci ve doğum eylemine ilişkin eğitim verilmelidir.	40
<b>Bölüm</b>	<b>Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Hizmetleri</b>	
SÜT01	ÜYTE hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
SÜT02	ÜYTE hizmetlerinin sunumuna yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.	30
SÜT03	Tıbbi ve teknik donanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
SÜT04	ÜYTE hizmetleri kapsamında kullanılan ilaçların temini, depolanması, kullanılması ve imhasına yönelik kurallar belirlenmeli ve bu kurallar doğrultusunda uygulamalar gerçekleştirilmelidir.	30
SÜT05 (Çekirdek)	ÜYTE hizmetleri kapsamında görev yapan hekimler uygun mesleki unvana ve sertifikaya sahip olmalıdır.	50
SÜT06	ÜYTE hizmetleri kapsamında çiftler ile gerçekleştirilen ön görüşmeye yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
SÜT07 (Çekirdek)	ÜYTE hizmetleri kapsamında sunulan tedavi yöntemlerine yönelik klinik protokoller oluşturulmalıdır.	50
SÜT08 (Çekirdek)	ÜYTE hizmetleri kapsamında çiftlerin yazılı ve sözlü bilgi almasını sağlamaya yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	50
SÜT09	ÜYTE hizmetleri kapsamında aşılama tedavi sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SÜT10	ÜYTE hizmetleri kapsamında yumurta uyarma sürecine yönelik tanımlama yapılmalıdır.	30
SÜT11	ÜYTE hizmetleri kapsamında yumurta toplama sürecine yönelik tanımlama yapılmalıdır.	30
SÜT12	ÜYTE hizmetleri kapsamında semen örneği alınması sürecine yönelik tanımlama yapılmalıdır.	30
SÜT13 (Çekirdek)	Döllenme sürecine yönelik tanımlanan kurallar çerçevesinde uygulama yapılmalıdır.	50
SÜT14 (Çekirdek)	Embriyo transferi ve sonrasına yönelik sürecin kontrolü sağlanmalıdır.	50
SÜT15 (Çekirdek)	Üreme hücreleri ve gonad dokularının dondurulması ve saklanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	50
SÜT16	ÜYTE hizmetleri kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan her bir işlem (ön görüşme, yumurta uyarma, üreme hücresi toplama, döllenme, transfer ve sonrası) için kimlik doğrulanması yapılmasına yönelik süreç tanımlanmalıdır.	30
SÜT17 (Çekirdek)	ÜYTE hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen işlemler sırasında çiftlerin mahremiyetine özen gösterilmelidir.	50
SÜT18 (Çekirdek)	Laboratuvarda üreme hücrelerinin doğru kimliklendirilmesi ve işlenmesiyle ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	50
SÜT19 (Çekirdek)	ÜYTE hizmetleri tıbbi deontoloji ve meslekî etik kuralları çerçevesinde sunulmalıdır.	50
SÜT20	ÜYTE hizmeti alan çiftlere ihtiyaç halinde psikolojik destek sunulmalı veya çiftlerin bu hizmeti alması için gerekli yönlendirme yapılmalıdır.	20

Bölüm	Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri	
STL01	Tıbbi laboratuvar hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.	30
STL02 (Çekirdek)	Tıbbi laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.	50
STL03 (Çekirdek)	Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.	50
STL04	Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.	30
STL05	Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	30
STL06 (Çekirdek)	Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.	50
STL07 (Çekirdek)	Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
STL08	Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
STL09	Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.	30
STL10 (Çekirdek)	Panik tanı/ değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirim sağlanmalıdır.	50
STL11	Test süreci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonuçlarının biyogüvenlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.	20
STL12	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30
STL13	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	30
STL14	Patoloji laboratuvarında intraoperatif konsültasyon (frozen section) sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
Bölüm	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	
SFR01	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30
SFR02	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunumu için gerekli fiziksel koşullar ve tıbbi donanım sağlanmalıdır.	30
SFR03	Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir.	40
SFR04	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.	40
SFR05 (Opsiyonel)	Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında eğitim ve danışmanlık programları oluşturulmalıdır.	40
Bölüm	Evde Sağlık Hizmetleri	
SES01	Evde sağlık hizmetlerinde hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	30
SES02	Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların ziyaret süreçleri düzenlenmelidir.	40
SES03	Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	40

SES04	Hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir.	40
SES05	Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SES06	Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SES07	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	30
SES08	Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.	40
SES09	Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili çalışanların eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.	30
SES10	Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde tıp merkezine transferi sağlanmalıdır.	30
<b>Boyut</b>	<b>Destek Hizmetleri</b>	
<b>Bölüm</b>	<b>Tesis Yönetimi</b>	
DTY01	Bina turları yapılmalıdır.	40
DTY02	Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY03	Tıp merkezi yerleşim alanında bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	30
DTY04 (Çekirdek)	Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	50
DTY05	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	30
DTY06	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	20
DTY07 (Çekirdek)	Tıp merkezi su, elektrik enerjisi, ısıtma-soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılabilir alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.	50
DTY08	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY09	Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY10	Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY11	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DTY12	Sihhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY13	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY14	Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DTY15	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	40
<b>Bölüm</b>	<b>Otelcilik Hizmetleri</b>	
DOH01	Tıbbi gözlem ünitelerine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	40
DOH02	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	30

DOH03	Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır	30
DOH04	Tıp merkezinin bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	20
DOH05	Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	30
DOH06	Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	30
DOH07	Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	30
DOH08	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	40
DOH09	Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	40
DOH10 (Çekirdek)	Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
DOH11	Tıp merkezi dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20
DOH12	Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	30
DOH13	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30
DOH14	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Bilgi Yönetim Sistemi</b>	
DBY01	Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin tıp merkezi politikası oluşturulmalıdır	30
DBY02	Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	30
DBY03	Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.	30
DBY04	Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
DBY05 (Çekirdek)	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50
DBY06	SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.	30
DBY07	Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanımının sağlanmasına yönelik çalışma yapılmalıdır.	30
DBY08	Sağlık bilgi yönetim sistemi (SBYS)'nde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	40
DBY09	SBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	30
DBY10 (Çekirdek)	SBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
DBY11	Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DBY12	Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.	40
DBY13 (Çekirdek)	Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50
DBY14	Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.	20



DBY15 (Çekirdek)	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	50
DBY16	Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	30
DBY17 (Çekirdek)	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	50
<b>Bölüm</b>	<b>Malzeme ve Cihaz Yönetimi</b>	
DMC01	Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	20
DMC02	Malzeme ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DMC03	Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
DMC04	Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	40
DMC05	Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DMC06	Uyumsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	30
DMC07 (Çekirdek)	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
DMC08	Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	20
DMC09	Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
DMC10	Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	40
DMC11	Cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DMC12 (Çekirdek)	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	50
DMC13	Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	40
DMC14	Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	30
DMC15	Cihazların kullanım dışı bırakılması sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	20
DMC16 (Çekirdek)	Hasta Başlı Test Cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
<b>Bölüm</b>	<b>Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri</b>	
DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30
DTA02	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri elektronik ortama dayalı olarak kurgulanmalıdır. İlgili mevzuat gereğince fiziki olarak oluşturulması, kullanılması ve saklanması zorunlu olan yazılı dokümanlar haricindeki tüm dokümanlar ve kayıtlar elektronik olarak oluşturulmalı, kullanılmalı ve saklanmalıdır.	30

DTA03	Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	20
DTA04	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	30
DTA05 (Çekirdek)	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ve standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	50
DTA06	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır	30
DTA07	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanmasına yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır.	40
DTA08	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Atık Yönetimi</b>	
DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
DAY02 (Çekirdek)	Atıklar kaynağında ayrıştırılmalıdır.	50
DAY03	Atıkların toplanması ve taşınmasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	40
DAY04	Atıklar ilgili kuruluşa teslim edilinceye kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.	40
DAY05	Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30
<b>Bölüm</b>	<b>Dış Kaynak Kullanımı</b>	
DDK01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	30
DDK02 (Çekirdek)	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
<b>Boyut</b>	<b>Gösterge Yönetimi</b>	
<b>Bölüm</b>	<b>Göstergelerin İzlenmesi</b>	
GGİ01 (Çekirdek)	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.	50
GGİ02	Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.	30
GGİ03 (Çekirdek)	Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.	50
GGİ04	Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
GGİ05	Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda veriler analiz edilmelidir.	30
GGİ06	Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	30
GGİ07	Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.	30

# KURUMSAL HİZMETLER

*Kurumsal Yapı* ◀

*Kalite Yönetimi* ◀

*Doküman Yönetimi* ◀

*Risk Yönetimi* ◀

*İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi* ◀

*Afet ve Acil Durum Yönetimi* ◀

*Eğitim Yönetimi* ◀



# Kurumsal Yapı

## Amaç

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

**KKU01 Tıp merkezinin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.**

**Rehberlik:**

Değerler, merkezin gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları ifade etmektedir.

**KKU01.01**

Tıp merkezi misyon, vizyon ve değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.

**KKU01.02**

Misyon, vizyon ve değerler çalışanlar ile paylaşılmalı, konu ile ilgili çalışanlara yönelik farkındalık eğitimleri düzenlenmelidir.

**KKU02 Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.**

**KKU02.01**

Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, tıp merkezinin amaç ve hedefleri belirlenmelidir.

- ▶ Merkezin amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geri bildirimleri dikkate alınmalıdır.
- ▶ Tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, merkezin temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.

**Rehberlik:**

İç çevre faktörleri; insan kaynakları, finansal durum, büyüklük, hizmet çeşitliliği, yapısal koşullar gibi etkenleri ifade etmektedir. Dış çevre faktörleri; ekonomik çevre, hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler gibi etkenleri ifade etmektedir.

**KKU02.02**

Merkezin faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.

**KKU03 Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.**

**(Ç) KKU04 Tıp merkezi faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.**

#### **KKU04.01**

Organizasyon yapısı; tıp Merkezinin misyon, vizyon, amaç ve hedefleri doğrultusunda, kurumsal sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalı ve kurum faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.

#### **KKU04.02**

Organizasyon yapısı en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkileri gösterecek şekilde tanımlanmalıdır.

Organizasyon yapısı ile ilgili asgari aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

- ▶ Sorumluluk ve ilişkiler
- ▶ Dikey ve yatay koordinasyon ve entegrasyon noktaları
- ▶ Gerektiğinde yetki devrinin nasıl yapılacağı

#### **KKU04.03**

Merkezin organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren güncel organizasyon şeması oluşturulmalıdır.

**KKU05 Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

#### **KKU05.01**

Görev tanımları, kapsayıcı ve net, çatışmaya yol açmayacak şekilde oluşturulmalı ve birimler arası ilişkileri de içerecek şekilde düzenlenmelidir.

Görev tanımları asgari aşağıdaki hususları içermelidir:

- ▶ Birim
- ▶ Görev adı
- ▶ Amir ve üst amirler
- ▶ Görev devri (herhangi bir nedenle görevinde olmadığı durumlarda, görevini yerine getirecek kişilerin belirlenmesi)
- ▶ Görev amacı
- ▶ Temel iş ve sorumluluklar
- ▶ Yetkiler
- ▶ Sağlık meslekleri için etik ilkeler

**KKU05.02**

Görev tanımları, ilgili birimdeki tüm süreçleri kapsayacak şekilde etik ilkeler ve ekip anlayışı içerisinde tanımlanmalıdır.

**KKU05.03**

Görev dağılımında çatışma yaşanması durumunda izlenecek yol tanımlanmalıdır.

**KKU05.04**

Birim veya kişilere verilen yetki ve sorumlulukların denkliği sağlanmalıdır.

**KKU05.05**

Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.

**KKU05.06**

Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde; politika, prosedür, süreç ve planların uygulanması sağlanmalıdır.

**KKU06 Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.****Rehberlik:**

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.

**KKU06.01**

Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır.

Hedef kitle tanımlanırken; kurumun büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınmalıdır.

**Rehberlik:**

Hedef kitle, tıp merkezi içindeki ve dışındaki iletişim paydaşlarını (merkez çalışanları, hasta ve yakınları, dış tedarikçiler, kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.

**KKU06.02**

Kurum içi hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmeli ve bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Tıp merkezini 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

#### **KKU06.03**

Kuruluş dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmeli ve bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Hasta ve yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi
- ▶ Tıp merkezi çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi
- ▶ Hizmet alıcıların tanı, tedavi ve ücretlendirme süreçleri hakkında bilgilendirilmesi

#### **KKU06.04**

Çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu artırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

**KKU07 Tıp merkezinin elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.**

#### **KKU07.01**

Tıp merkezinin web sitesi olmalıdır.

#### **KKU07.02**

Web sitesi etkin bir şekilde yönetilmeli, güncel ve yeterli bilgi içermeli, kolay erişilebilir ve kullanılabilir olmalıdır.

Web sitesinde tıp merkezine ait asgari aşağıdaki bilgiler olmalıdır:

- ▶ Organizasyon yapısı
- ▶ Misyon, vizyon ve değerler
- ▶ Kalite çalışmalarına yönelik bilgi
- ▶ Toplu taşıma seçeneklerini de içerecek şekilde tıp merkezine ulaşım bilgileri
  - Şehir dışından (havaalanı, otogar, tren garından) gelen hastalar için tıp merkezine ulaşım bilgileri
- ▶ İletişim bilgileri
- ▶ Hizmet verilen bölüm ve branşlar
- ▶ Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları

- ▶ Varsa sunulan acil sağlık hizmetleri ve kapsamı
- ▶ Varsa özellikli hizmetlere (özellikli tıbbi donanım veya tecrübe gerektiren işlemler) yönelik bilgiler
- ▶ Randevu alma bilgileri
- ▶ Radyoloji ve laboratuvar tetkik sonuçlarına erişimin nasıl sağlanacağına dair bilgi
- ▶ Refakatçilerin uyması gereken kurallar (gözlem veya klinik izlem sürecindeki hastalara hizmet verilen alanları kapsar)
- ▶ Varsa koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinlikler
- ▶ Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri

# Kalite Yönetimi

## Amaç

- ▶ Kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması
- ▶ Tüm çalışanların kalite iyileştirme faaliyetlerindeki rol ve sorumluluklarının tanımlanması
- ▶ Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu
- ▶ Kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

**(Ç) KKY01 Tıp merkezi kalite politikası oluşturulmalıdır.****Rehberlik:**

Kalite politikası, bir kuruluşun yönetimince resmi olarak beyan edilen kalite ile ilgili amaçları ve bu amaçlara uygunluğun sürekli olarak sağlanmasına yönelik taahhüdüdür.

**KKY01.01**

Yönetim, aşağıdaki hususlara yönelik taahhütlerini içeren bir kalite politikası oluşturmalıdır:

- ▶ Kurumun amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygunluğu
- ▶ Kalite hedeflerinin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi
- ▶ Kalite yönetim sisteminin şartlarının yerine getirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması
- ▶ Kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi

**KKY01.02**

Kalite politikası yönetim tarafından onaylanmalı, yönetimin değişmesi durumunda yeniden gözden geçirilerek taahhüt yenilenmelidir.

**(Ç) KKY02 Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.****KKY02.01**

Kalite yönetimine ilişkin dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmalıdır.

**KKY02.02**

Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

**KKY02.03**

Kalite yönetim sorumlusu belirlenmelidir.

- ▶ Kalite yönetim sorumlusunun çalışma ofisi olmalıdır.
- ▶ Kalite yönetim sorumlusu kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır.

**KKY02.04**

Kalite yönetim sorumlusunun sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Kalite yönetim sorumlusu;

- ▶ SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır.
- ▶ Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir.
- ▶ Öz değerlendirmeleri yönetmelidir.
- ▶ İstenmeyen olay bildirim sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir.
- ▶ Risk yönetimi ile ilgili çalışmalarda yer almalıdır.
- ▶ Çalışan geri bildirim anketlerinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları gibi) yönetmelidir.
- ▶ SKS çerçevesinde doküman yönetimini sağlamalıdır.
- ▶ SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

**Rehberlik:**

Kalite yönetim birimi SKS'ye ilişkin tüm süreçleri bizzat uygulamakla sorumlu değildir. Birimlerin faaliyet alanında gerçekleştirilmesi gereken kalite çalışmaları ilgili birimde görev alan tüm çalışanların sorumluluğundadır.

(Ç) KKY03 SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.

**KKY03.01**

Bölüm kalite sorumluları hizmet birimi kapsamında belirlenmelidir.

**KKY03.02**

Sorumlular, kalite yönetim sorumlusu ile koordineli çalışmalıdır.

**KKY03.03**

Sorumlular bölümlerinde yürütülen düzeltici ve iyileştirici faaliyetleri takip etmelidir.

(Ç) KKY04 SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.

**KKY04.01**

SKS'ye ilişkin öz değerlendirmeler, yılda en az iki kez olacak şekilde ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

**KKY04.02**

Öz değerlendirme öncesinde sürece ilişkin plan yapılmalıdır.

- ▶ Öz değerlendirme ile ilgili ekip belirlenmelidir.
- ▶ Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır.
- ▶ Bölümler öz değerlendirme takvimi hakkında önceden bilgilendirilmelidir.
- ▶ Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsamalıdır.

**KKY04.03**

Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.

**KKY04.04**

Öz değerlendirme sonuçları Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) ve Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sisteminde (SBKKS) kayıt altına alınmalıdır.

**KKY04.05**

Yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

**KKY05 Tıp merkezi yönetimi, hizmet sunumuna yönelik bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.**

**KKY05.01**

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

**KKY05.02**

Değerlendirme toplantılarında, kurumsal amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülen faaliyetler, öz değerlendirmeler ve kalite süreçleri değerlendirilmelidir.

**KKY05.03**

Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli görülen iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır.

**(Ç) KKY06 Kalite yönetimi komitesi oluşturulmalıdır.**

**KKY06.01**

Kalite yönetimi komitesi asgari aşağıda belirtilen konular ile ilgili çalışmalarını gerçekleştirmelidir:

- ▶ Hasta güvenliği
- ▶ Çalışan sağlığı ve güvenliği
- ▶ Eğitim yönetimi
- ▶ Tesis güvenliği

**KKY06.02**

Kalite yönetimi komitesinde görev alacak kişilerin niteliği ve sayısı, hizmet sunulan alanın büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yönetim tarafından belirlenmelidir.

- ▶ Kalite yönetimi komitesinde yönetimden en az bir kişi bulunmalıdır.

**KKY06.03**

Komite üyelerinin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.

**KKY06.04**

Komite, düzenli aralıklarla yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.

**KKY06.05**

Kalite yönetimi komitesi, ilgili görev alanlarına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmalarını izlemelidir.

**KKY06.06**

Kalite yönetimi kapsamında belirlenen her bir konuya ilişkin eğitim faaliyetleri planlanmalıdır.

**(Ç) KKY07 Kalite yönetimi komitesinin görev alanı tanımlanmalıdır.**

**KKY07.01**

Hasta güvenliğine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- ▶ İlaç güvenliğinin sağlanması
- ▶ Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- ▶ Hasta mahremiyetinin sağlanması
- ▶ Hastaların güvenli transferi

- ▶ Bilgi güvenliğinin sağlanması
- ▶ Enfeksiyonların önlenmesi

#### **KKY07.02**

Çalışan güvenliğine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Özellikle durumu olan personelin (gebe, emziren, engelli, kronik hastalık gibi) sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemelerin yapılmasının sağlanması ve takibi
- ▶ Çalışan geri bildirimlerinin (öneri, şikayet gibi) değerlendirilmesi
- ▶ İlgili mevzuat gereğince bünyesinde iş sağlığı ve güvenliği hizmetlerine yönelik bir yapının bulunma zorunluluğu olmayan kurumlarda;
  - Çalışana yönelik risk değerlendirmesi çalışmalarının takibi
  - Çalışan güvenliği kapsamında tespit edilen risklere yönelik iyileştirme faaliyetlerinin takibi
  - Sağlık gözetimi programının hazırlanması ve takibi

#### **KKY07.03**

Eğitim yönetimine ilişkin çalışmalar asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Sağlıkta kalite standartları eğitimleri
- ▶ Hizmet içi eğitimler ve uyum eğitimleri

Komite, eğitim faaliyetlerini planlanmalı ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlamalıdır.

#### **KKY07.04**

Tesis güvenliğine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Tıp merkezinde can ve mal güvenliğinin sağlanması
- ▶ Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları
- ▶ Atık yönetimi çalışmaları ve tehlikeli maddelerin yönetimi

**KKY08 Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**

#### **KKY08.01**

Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmeli ve bilgilendirme asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Toplantı yöneticisi ve katılımcıları



- ▶ Toplantı gündemi ve süresi
- ▶ Toplantı yeri ve zamanı

**KKY08.02**

Toplantıya ait kayıtlar tutulmalıdır.

**KKY09 Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**

**KKY09.01**

Gerçekleştirilen kalite iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.

**KKY09.02**

Gerekli durumlarda düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**Rehberlik:**

Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyet kapsamında ele alınabilir.

**KKY09.03**

Düzeltilen ve iyileştirici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar kurum tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde kayıt altına alınmalı ve izlenmelidir.

**KKY10 Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.**

**KKY11 Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.**

**KKY11.01**

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

**Rehberlik:**

Tanıtım kartları hizmet verilen hasta profili göz önünde bulundurularak farklı dillerde alternatifli olarak hazırlanabilir.

**KKY11.02**

Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.



# Doküman Yönetimi

## Amaç

Kurumda;

- ▶ Uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve kayıt altına alınması
- ▶ Uygulamaların kayıtlı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi
- ▶ Kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesinin sağlanmasıdır.

**KDY01 Kalite yönetimi kapsamında doküman yönetim sistemi oluşturulmalıdır.**

#### **KDY01.01**

Doküman yönetimi ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Doküman ihtiyacının belirlenmesi
- ▶ Dokümanın;
  - Hazırlanması
  - Kontrolü
  - Onaylanması
  - Dağıtılması ve duyurulması
  - Güncellenmesi
  - Muhafazası
  - Kullanımdan kaldırılması
  - İmhası
- ▶ Dış kaynaklı dokümanların yönetimi

#### **KDY01.02**

Dokümanların biçimi ve düzeni, doküman türü bazında belirlenmelidir.

#### **KDY01.03**

Dokümanların hazırlanması, kontrolü ve onaylanmasından sorumlu kişiler tanımlanmalıdır.

- ▶ Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlar, yönetim tarafından onaylanmalıdır.

#### **KDY01.04**

Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan dokümanları içeren bir liste bulunmalıdır.

#### **KDY01.05**

İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.

**KDY02 Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümanlar güncel olmalıdır.**

**KDY02.01**

Dokümanlar tıp merkezi tarafından yılda en az bir kez gözden geçirilmelidir.

- ▶ Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.

**KDY02.02**

Dokümanlarda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalı, güncelleme bilgisi doküman listesinde izlenebilir olmalıdır.

**KDY02.03**

Güncel dokümanlara, ilgili çalışanlar tarafından kolay ulaşılabilir olmalıdır.

- ▶ Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır.
- ▶ Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.

**KDY03 Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.****KDY03.01**

Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.

**Rehberlik:**

Dış kaynaklı dokümanlar, tıp Merkezinin kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanan dokümanlardır. Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır.

**KDY03.02**

Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.

**KDY04 Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.****KDY04.01**

Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmelidir.

**KDY04.02**

Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir.

- ▶ Panolarda asılacak dokümanlara yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği belirlenmelidir.

- ▶ Dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır.
- ▶ Dokümanların takibi ile ilgili sorumluluklar belirlenmelidir.

**KDY04.03**

Hastalara yönelik asılan bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır.

**KDY04.04**

Panolar ve panolarda asılı dokümanlar, görsel olarak uygun şekilde düzenlenmelidir.

**KDY04.05**

Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalara yönelik kurallar belirlenmelidir.

**KDY05 Fiziksel veya elektronik imzalı dokümanların arşivlenmesi, muhafazası ve imhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.**

# Risk Yönetimi

## Amaç

Hasta, hasta yakını, çalışan (stajyer ve kurumda mesleki eğitim alanlar dahil), kurum, ekipman ve çevreyi olumsuz etkileyebilecek risklerin belirlenmesi, risklerle kaynağında mücadele edilerek yok edilmesi, bu mümkün değil ise kabul edilebilir seviyeye indirilmesidir.

**(Ç) KRY01 Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

#### **KRY01.01**

Risk yönetimi çalışmalarının aktif olarak yürütülmesi ve raporlanmasına yönelik görev ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

#### **KRY01.02**

Risk yönetimi çalışmaları, kalite yönetim komitesi, varsa iş sağlığı ve güvenliği kurulu veya birimleri ile koordineli şekilde yürütülmelidir.

#### **KRY01.03**

Bölemlerde gerçekleştirilen risk yönetimi çalışmalarına ilgili bölüm kalite sorumluları ve çalışanları dahil edilmelidir.

**(Ç) KRY02 Tıp merkezinde gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**

#### **KRY02.01**

Risk yönetimi; hasta, hasta yakını ve çalışanlara (stajyer ve tıp merkezinde mesleki eğitim alanlar dahil) yönelik asgari aşağıdaki hususlar kapsamında ele alınmalıdır:

- ▶ Tıbbi hizmetler
- ▶ Yönetimsel hizmetler
- ▶ Tesis güvenliği
- ▶ Çevre güvenliği
- ▶ İş sağlığı ve güvenliği

#### **KRY02.02**

Risk yönetimi süreci asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Amaç ve hedefler
- ▶ Kapsam
- ▶ Risk yönetimi kurumsal yapısının oluşturulması
- ▶ Sorumluların ve risk değerlendirme ekibinin bilgilendirilmesi
- ▶ Risk değerlendirme süreci



**(Ç) KRY03 Kurum risk değerlendirme ve eylem planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.**

#### **KRY03.01**

Tıp merkezinde risk değerlendirme çalışmasını yapmak üzere risk değerlendirme ekibi oluşturulmalı, ekibin çalışma usul ve esasları ile sorumlulukları tanımlanmalıdır.

#### **KRY03.02**

Kurum risk değerlendirme ve eylem planı; SKS risk değerlendirme ve eylem planı ile İSG risk değerlendirmesi olmak üzere iki ayrı doküman şeklinde hazırlanmalıdır.

#### **KRY03.03**

Risk analizi yöntemi veya yöntemleri belirlenmelidir.

#### **KRY03.04**

Risk değerlendirme ekibi tarafından, ilgili bölüm sorumluları ve çalışanlarının katılımı ile bölüm veya süreç bazında tehlikeler tanımlanmalı ve riskler belirlenmelidir.

#### **KRY03.05**

Risk değerlendirmesinde; hasta, hasta yakını ve çalışan açısından, fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal tüm risk faktörleri göz önünde bulundurulmalıdır.

#### **KRY03.06**

Mevcut durum ve tedbirler dikkate alınarak riskler analiz edilmeli ve risk düzeyleri belirlenmelidir.

#### **KRY03.07**

Risklere yönelik yapılması gereken düzeltici ve iyileştirici faaliyetler, faaliyet sorumluları ve hedeflenen gerçekleştirme tarihleri tanımlanmalıdır.

**(Ç) KRY04 Kurum risk değerlendirme ve eylem planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.**

**KRY05 Risk değerlendirmesi en geç dört yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.**

**Rehberlik:**

Belirlenen aralıklar dışında risk değerlendirmesinin tamamen veya kısmen güncellenmesi gerekliliğine ilişkin rnekler:

- ▶ Kurumun taşınması veya binalarda değişiklik yapılması
- ▶ Kurumda uygulanan teknoloji, kullanılan madde ve ekipmanlarda değişiklikler yapılması
- ▶ İş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olayın meydana gelmesi
- ▶ Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen bir olayın meydana gelmesi
- ▶ Hasta bakım süreçlerinde meydana gelen önemli değişiklikler
- ▶ çalışma ortamına ait sınır değerlere ilişkin bir mevzuat değişikliği olması
- ▶ çalışma ortamı ölümü ve sağlık gözetimi sonuçlarına göre gerekli görülmesi
- ▶ Kurumun dışından kaynaklanan ve kurumu etkileyebilecek yeni bir tehlikenin ortaya çıkması

**KRY06 Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.**

# İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

## Amaç

- ▶ Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden, ramak kala (gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen) veya gerçekleşen olayların bildirilmesini
- ▶ İstenmeyen olayların kök neden analizlerinin yapılmasını
- ▶ Tespit edilen nedenlere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin yapılmasını ve takibini sağlamaktır.

**(Ç) KiO01 İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır.****KiO01.01**

Sistem, hasta ve çalışan (stajyer dahil) güvenliğini tehdit eden, ramak kala veya gerçekleşen her türlü istenmeyen olayı kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.

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

**KiO01.02**

Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmalıdır.

**Rehberlik:**

- ▶ Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir.
- ▶ Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde veya her iki yöntemi içerecek şekilde de kurgulanabilir.
- ▶ Ana modüllerin altında ilaç güvenliği, laboratuvar güvenliği, kesici delici alet yaralanmaları gibi alt modüller yer alabilir.

**KiO01.03**

Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ve her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır.

**KiO01.04**

Analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.

**KiO01.05**

Sistem, bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır.

**KiO01.06**

Bildirim formları, asgari aşağıdaki başlıkları içerecek şekilde düzenlenmelidir:

- ▶ Olayın konusu
- ▶ Olayın gelişim süreci
- ▶ Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

**Rehberlik:**

- ▶ Bildirim, "Olayın Konusu" başlığı altında kodlama ile yapılabilir.

- ▶ "Olayın Gelişim Süreci" başlığı, bildirim yapan kişinin olayı kendi cümleleri ile anlatmasına izin verecek şekilde düzenlenmelidir.

**KİO02 Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.**

#### KİO02.01

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

**KİO03 Çalışanlara istenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.**

#### KİO03.01

İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitimler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde planlanmalıdır:

- ▶ İstenmeyen olay bildirim sisteminin amacı, önemi ve sistem ile ilgili sorumluluklar
- ▶ Sistemin yapısı
- ▶ Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği
- ▶ Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü
- ▶ İstenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında yer alan istenmeyen olaylar
- ▶ Bildirimin yapılma şekli ve uyulması gereken kurallar
- ▶ Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı
- ▶ Bildirimlerin nasıl değerlendirileceği ve analiz edileceğine ilişkin genel bilgi
- ▶ İstenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta ve hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği

**(Ç) KİO04 İstenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**

#### KİO04.01

Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve bildirimi yapılan her olay için kök neden analizi yapılmalıdır.

**KİO04.02**

Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.

**KİO04.03**

Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler gerçekleştirilmeli ve sonuçları izlenmelidir.

**KİO04.04**

Gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.

**KİO05 Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri değerlendirilmeli, gerektiğinde görüş ve öneriler çerçevesinde düzenleme yapılmalıdır.**

**(O) KİO06 İstenmeyen olay bildirim sisteminin, ulusal bildirim sistemlerine entegrasyonu sağlanmalı ve çalışanlara ulusal bildirim sistemleri hakkında eğitim verilmelidir.**

**KİO06.01**

Sistemin, Bakanlıkça oluşturulan ulusal çalışan güvenliği bildirim sistemine entegrasyonu sağlanmalıdır.

**KİO06.02**

Sistemin, Bakanlıkça oluşturulan ulusal hasta güvenliği bildirim sistemine entegrasyonu sağlanmalıdır.

**KİO06.03**

Çalışanlara ulusal sistemler hakkında eğitim verilmelidir. Eğitim asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:

- ▶ Bildirimlerin bireysel ve kurumsal olarak yapılabildiği
- ▶ Bildirim sırasında hiçbir kişisel bilginin (İp adresi, lokasyon bilgisi, kişi adı vb.) veri tabanına kaydedilmediği
- ▶ Bildirimlerin hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili iyileştirmeler yapılmasına katkı sağladığı aynı zamanda SKS'nin geliştirilmesi amacı ile kullanılacağı
- ▶ Bildirimlerin yapılacağı ulusal sistemlerin adresleri

# Afet ve Acil Durum Yönetimi

## Amaç

- ▶ Karşılaşılabilecek olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olayların gelişmesi durumunda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekları zararın en aza indirilmesi
- ▶ Karşılaşılacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gerekliliklerin tanımlanması
- ▶ Bebek ya da çocuk kaçırma riski veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi
- ▶ Görevli personele yönelik şiddet riski varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasıdır.

**KAD01 Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

#### **KAD01.01**

Afet ve acil durum yönetimi sorumlusu tanımlanmalıdır.

- ▶ Afet ve acil durum yönetimi sorumlusu, kalite yönetim komitesi toplantılarına katılmalı, düzenlenen toplantılarda afet ve acil durum yönetimine ilişkin konular görüşülmeli ve bu kapsamda gerekli uygulamalar yapılmalıdır.

#### **KAD01.02**

Acil durumda görev alacak çalışanlar, yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

**(Ç) KAD02 Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.**

#### **KAD02.01**

Risk değerlendirme kapsamı, olası olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım ve tahliye gerektiren olaylar göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Risk değerlendirmesi asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Tehlikeli kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer maddelerden kaynaklanan yayılım ve zehirlenme
- ▶ Salgın hastalık
- ▶ Yangın
- ▶ Patlama
- ▶ Doğal afetler
- ▶ Sabotaj
- ▶ Savaş
- ▶ Terör eylemi
- ▶ Göç

**KAD03 Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.**



**Rehberlik:**

Yataklı tedavi hizmeti sunan kurumlar Hastane Afet Planı (HAP) oluşturmakla yükümlüdür. Yataklı tedavi hizmeti sunmayan kurumlar ilgili mevzuat doğrultusunda plan oluşturmalıdır.

**KAD03.01**

Afet ve acil durumlara ilişkin tespit edilen risklere yönelik afet ve acil durum planı oluşturulmalı, plan asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Acil durum müdahale yöntemleri
- ▶ Tespit edilen riskler
- ▶ Koruyucu önlemler
- ▶ Kontrol
- ▶ Erken teşhis ve tespit
- ▶ Triyaj
- ▶ Klinik hizmetler ve kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, arşiv vb.)
- ▶ Tesisin tahliyesi
- ▶ Kullanılacak alternatif alanlar
- ▶ Kullanılacak malzemelerin temini
- ▶ Afet ve acil durum malzeme envanteri
- ▶ İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon
- ▶ İş sürekliliğinde kesinti

**KAD03.02**

Afet ve acil durum planı her yıl güncellenmelidir.

**KAD04 Tıp merkezi acil durum plan krokileri bulunmalıdır.**

**KAD04.01**

Tıp merkezi girişinde genel acil durum plan krokisi bulunmalıdır.

- ▶ Acil durum plan krokileri rahatlıkla okunabilecek boyutlarda olmalıdır.

**KAD04.02**

Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat acil durum plan krokileri bulunmalıdır.

**KAD04.03**

Acil durum plan krokilerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler
- ▶ Acil müdahale setinin bulunduğu yerler
- ▶ Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler
- ▶ İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında tıp merkezi haricindeki kuruluşların irtibat numaraları

**KAD04.04**

Çalışanlar acil durum plan krokileri hakkında bilgilendirilmelidir.

**KAD05 Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**KAD05.01**

Afet ve acil durumlara yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalı, tahliye planı asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan)
- ▶ Hastaların güvenli yerlere transferi
- ▶ Geçici yerleştirme alanları
- ▶ Personel takviyesi
- ▶ Trafik akışı ve güvenlik
- ▶ Hasta izleme sistemleri
- ▶ Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma
- ▶ Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu

**KAD05.02**

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır.

- ▶ Tesis tahliye tatbikatı merkezin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini kapsamalıdır.
- ▶ Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır.
- ▶ Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

**KAD05.03**

Tatbikat sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

**KAD05.04**

Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

**KAD06 Tıp merkezinde görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir.  
(Bkz. Eğitim Yönetimi Bölümü)**

**KAD06.01**

Afet ve acil durum eğitimleri asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Temel afet bilinci
- ▶ Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı)
- ▶ Yapısal olmayan risklerin azaltılması (YORA)
- ▶ Kimyasal, biyolojik, radyoaktif ve nükleer tehditlere maruz kalan hastaların başvurması durumunda yapılması gerekenler ve yönlendirme süreci
- ▶ Afet ve acil durum triyajı

**(Ç) KAD07 Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**KAD07.01**

Depreme yönelik gerçekleştirilen risk değerlendirmesi doğrultusunda YORA'ya yönelik gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

**Rehberlik:**

Yapısal olmayan riskler, binanın taşıyıcı sistemi (kolon, kiriş, döşeme, çatı vb.) dışında kalan ve yapıya ait olmayan elemanlardan (mobilyalar, cihazlar, aydınlatma sistemleri, asansör sistemleri, havalandırma sistemleri vb.) kaynaklanan risklerdir.

Yapısal olmayan risklerin önlenmesine yönelik çalışmalar asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:

- ▶ Risk içeren tıbbi cihazların sabitlenmesi
- ▶ Yüksek mobilyaların sabitlenmesi
- ▶ Oksijen tüplerinin, sağlık kuruluşu arabası, sedye, tekerlekli sandalye gibi ekipmanın hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi

- ▶ Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve /veya duvara sabitlenmesi
- ▶ Cisimlerin ağırlıklarına göre ağırdan hafife doğru (ağır cisimler alt raflarda olacak şekilde) raflara yerleştirilmesi
- ▶ Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması
- ▶ Jeneratörler ile ilgili sismik tedbirlerin alınması amacı ile sarsıntıyı algılayan sistemlerin kullanılması
- ▶ Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve rafların malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmesi
- ▶ Çalışanlara depreme yönelik önlemler hakkında eğitim verilmesi

**KAD08 Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **Rehberlik:**

Mavi kod; kurumda karşılaşılabilecek solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik oluşturulan acil uyarı kodudur.

#### **KAD08.01**

Tıp merkezinde karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılması amacıyla mavi kod acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

#### **KAD08.02**

Mavi kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

- ▶ Sorumlular, merkezin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, mavi kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.
- ▶ Sorumluluk alanı, mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

#### **KAD08.03**

Her vardiya için ekipler belirlenmelidir.

- ▶ Ekipte en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır.
- ▶ Hekim ve sağlık çalışanı KPR eğitimi almış olmalıdır.

- ▶ Mesai saatleri dışında ekip oluşturmak için yeterli personelin bulunmadığı durumlarda acil müdahalenin ne şekilde yapılacağı belirlenmelidir.

#### **KAD08.04**

Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalıdır.

- ▶ Acil müdahale setinde yer alan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- ▶ İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.

#### **KAD08.05**

Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar kalite yönetim sorumlusuna iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Müdahale edilen kişiye ait bilgiler
- ▶ Yapılan uygulama
- ▶ Müdahalenin yeri
- ▶ Uyarının yapıldığı tarih ve saati
- ▶ Ekibin olay yerine ulaşma zamanı
- ▶ Müdahalenin sonucu
- ▶ Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri

#### **KAD08.06**

Mavi kod ekibinin olay yerine ulaşmasına ilişkin hedef süre tanımlanmalı, gerçekleşen süreler takip edilmelidir.

#### **KAD08.07**

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez mavi kod uygulamasına yönelik tatbikat yapılmalıdır.

- ▶ Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır
- ▶ Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır.
- ▶ Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

#### **KAD08.08**

Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

#### **KAD08.09**

Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

#### **KAD08.10**

Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

**KAD09 Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****KAD09.01**

Tip merkezinde bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla pembe kod acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

**KAD09.02**

Pembe kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

- ▶ Sorumlular, merkezin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, pembe kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, yönetimden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.
- ▶ Sorumluluk alanı, pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

**KAD09.03**

Pembe kod uygulamaları ile ilgili kayıtlar kalite yönetim sorumlusuna iletmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Olaya maruz kalan kişiye ait bilgiler
- ▶ Olayın gerçekleştiği bölüm
- ▶ Olayın başlangıç-bitiş zamanı
- ▶ Olayın sonucu ile ilgili bilgiler

**KAD09.04**

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez pembe kod uygulamasına yönelik tatbikat yapılmalıdır.

- ▶ Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır.
- ▶ Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır.
- ▶ Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

**KAD09.05**

Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

**KAD09.06**

Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

**KAD09.07**

Çalışanlara pembe kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

**KAD10 Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.****Rehberlik:**

Çalışana yönelik şiddet riski/girişimi varlığında veya şiddet uygulanması halinde, çalışana korumaya yönelik kurum içinde olaya en kısa sürede müdahale edilmesinin sağlanması ve sürecin takibinin yapılmasıdır.

**KAD10.01**

Çalışanlara yönelik şiddet girişimi ihtimali bulunan durumlarda ve şiddet girişimi esnasında olaya en kısa sürede müdahale edilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**KAD10.02**

Sürecin yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları belirlenmelidir.

- ▶ Sorumlular, tıp Merkezinin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, sürecin etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, yönetimden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.
- ▶ Sorumluluk alanı, tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

**KAD10.03**

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez şiddet olayına erken müdahaleye yönelik tatbikat yapılmalıdır.

- ▶ Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır.
- ▶ Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır.
- ▶ Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

**KAD10.04**

Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

**KAD10.05**

Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

**KAD10.06**

Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.

**KAD10.07**

Sağlık hizmeti sunumu kaynaklı şiddet olayının gerçekleşmesi durumunda, hukuki süreç başlatılmak üzere beyaz kod bildirim (Alo 113) yapılmalıdır.

**KAD10.08**

Çalışanlara, kurumda şiddet olayına nasıl müdahale edileceği ve olayın gerçekleşmesi durumunda bildirim yapılması gereken beyaz kod (Alo 113) uygulaması hakkında eğitim verilmelidir.

**KAD11 Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****Rehberlik:**

Kırmızı kod; tıp merkezinde çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.

**KAD11.01**

Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

- ▶ Sorumlular, merkezin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, merkez yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.
- ▶ Sorumluluk alanı; yangın algılama ve uyarı sisteminin bakım ve kontrollerinin düzenli aralıklarla yapılmasının sağlanması, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

**KAD11.02**

Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar kalite yönetim sorumlusuna iletilmeli, kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Yangının çıktığı tarih ve saat
- ▶ Yangının çıktığı yer
- ▶ Yangının başlama nedeni
- ▶ Çevrede oluşan olumsuzluklar
- ▶ Yangına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri

**KAD11.03**

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalı, tatbikata ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.



- ▶ Tatbikat senaryosu oluşturulmalıdır.
- ▶ Tatbikatların video kayıtları bulunmalıdır.
- ▶ Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

**KAD11.04**

Tatbikat hedefleri belirlenmeli, başarılı bir tatbikat gerçekleştirilene kadar tekrar edilmelidir.

**KAD11.05**

Tatbikatlar ve gerçek müdahaleler sırasında belirlenen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

**KAD11.06**

Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

**(Ç) KAD12 Tıp merkezi yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır.**

**KAD12.01**

Merkezin yangınla ilgili yasal düzenlemelere uyumu yetkili kuruluşlarca değerlendirilmelidir.

**KAD12.02**

Değerlendirme raporunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

**(Ç) KAD13 Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**KAD13.01**

Tıp merkezi kapasitesi ve kullanılacak yöntemin etkinliği göz önünde bulundurularak etkin bir yangın söndürme sistemi oluşturulmalı, alan veya birim bazında kullanılacak yöntemler tanımlanmalıdır.

**KAD13.02**

Kullanılan merkezi söndürme sistemlerinin etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

**KAD13.03**

Tıp merkezi krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.

**KAD13.04**

Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.

**KAD13.05**

Alan veya birimin özelliklerine göre uygun yangın söndürücü kullanılmalıdır.

**KAD13.06**

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

**KAD13.07**

Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.

- ▶ Yangın hortumu hasarsız olmalıdır.
- ▶ Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir.
- ▶ Vanalar kolayca açılabilir.
- ▶ Yangın dolabı içindeki ekipman belirli aralıklarda kontrol edilerek kontrol sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

**(Ç) KAD14 Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.**

**KAD14.01**

Çatı giriş çıkışları kontrollü olarak sağlanmalıdır.

**KAD14.02**

Çatılar belirli aralıklarla temizlenmelidir.

**KAD14.03**

Bina çatılarında yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.

**KAD14.04**

Bina çatılarında bulunan elektrik aksamının yalıtımı yapılmış olmalıdır.

# Eğitim Yönetimi

## Amaç

Tıp merkezinin kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda, çalışanlara yönelik gerekli eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde verilmesidir.

**KEY01 Çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları, tıp merkezinde sunulan hizmetin kapsamı dikkate alınarak belirlenmelidir.**

**KEY02 Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.**

#### KEY02.01

Eğitim planlarında asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- ▶ 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

#### KEY02.02

Eğitim planında, sağlıklı çalışma ortamı ve SKS kapsamındaki gereklilikleri sağlamaya yönelik asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir:

- ▶ Stres yönetimi
- ▶ Etkili iletişim
- ▶ Mobbing
- ▶ Kişisel koruyucu donanım kullanımı
- ▶ Birim ve bölüm bazlı riskler ile risklere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler
- ▶ İş ekipmanlarının güvenli ve verimli kullanımı
- ▶ İş güvenliği kapsamında ilgili mevzuatta belirlenen diğer eğitimler
- ▶ SKS kapsamında ilgili bölümlerde belirtilen çalışana yönelik eğitimler

#### KEY02.03

Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında plan revize edilmelidir.

**KEY02.04**

Yapılan güncelleme, geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

**KEY03 Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.****KEY03.01**

Göreve yeni başlayan her çalışana, uyum eğitimi verilmelidir.

Birim değişikliği yapan her çalışana bölüm uyum eğitimi verilmelidir.

- Uyum eğitimine ilişkin konular, tıp Merkezinin hizmet sunum alanları, meslek farklılıkları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

**KEY03.02**

Uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.

**KEY03.03**

Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.

**KEY04 Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.****KEY04.01**

Hizmet içi eğitim sorumlusu belirlenmelidir.

**KEY04.02**

Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.

**KEY04.03**

Personele, çalıştığı birim bazında SKS'ye ilişkin süreçleri kapsayacak şekilde eğitim verilmelidir.

**KEY04.04**

Verilen eğitimlere ilişkin kayıtlara personel dosyasından ulaşılabilir.

**KEY04.05**

İlgili çalışanların, eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**KEY05 Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.****KEY05.01**

Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.

**Rehberlik:**

Eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılabilir 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 lme yöntemleri (kabul görmüş lcekler gibi)

# HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER

*Hasta Deneyimi* ◀

*Hizmete Erişim* ◀

*Sağlıklı Çalışma Yaşamı* ◀







# Hasta Deneyimi

## Amaç

Sağlık hizmeti sunumunda temel hasta hakları esas alınarak tüm süreçlerde hasta katılımının sağlanması, hasta memnuniyetinin artırılması ve hastanın özenle hizmet almasının temin edilmesidir.

**(Ç) HHD01 Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.**

#### **HHD01.01**

Hastalar için bilgilendirme süreci ve sürece ilişkin kurallar belirlenmelidir.

#### **HHD01.02**

Hasta ve hasta yakınlarına; hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi ve takip sürecinde dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği sağlık personeli ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılmalıdır.

#### **HHD01.03**

Hasta ve hasta yakını, hasta hakları ve sorumlulukları hakkında asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir.

- ▶ Mahremiyet hakkı
- ▶ Hastaya ait bilgilerin gizliliğinin sağlanması hakkı
- ▶ Hasta güvenliği ve emniyeti hakkı
- ▶ Sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirilme ve hasta rızasının alınması hakkı
- ▶ Hasta sorumlulukları
- ▶ Ücretlendirmeye yönelik hususlar

#### **HHD01.04**

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.

**(Ç) HHD02 Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.**

#### **HHD02.01**

Hasta ve hasta yakınlarının hasta bakım sürecinde (tanı, tedavi ve taburculuk sonrası) tüm karar alma aşamalarına katılımı sağlanmalıdır.

#### **HHD02.02**

Hastaların, bakım sürecinde kültürel ve manevi değerlerine uygun hizmet alması sağlanmalıdır.

**HHD03 Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.**

**HHD04 Hasta ve yakınlarının tıp merkezi bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.**

#### **HHD04.01**

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

#### **HHD04.02**

Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri düzenli aralıklarla kalite yönetim sorumlusu, hasta hakları sorumlusu ve yönetim ile birlikte değerlendirilmeli, değerlendirme sonuçları ilgili bölümler ile paylaşılmalıdır.

**(Ç) HHD05 Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır.**

#### **HHD05.01**

İşlem öncesi hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.

#### **HHD05.02**

Tıp merkezine ilk kez başvuran hasta, tanı ve tedavi sürecinde gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında genel olarak bilgilendirilerek rızası alınmalıdır.

#### **HHD05.03**

Hastanın işleme özel olarak bilgilendirilmesine yönelik oluşturulan rıza belgesinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ İşlemden beklenen faydalar
- ▶ İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
- ▶ Varsa işlemin alternatifleri
- ▶ İşlemin riskleri-komplikasyonları
- ▶ İşlemin tahmini süresi
- ▶ Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar
- ▶ Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar
- ▶ İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, unvanı, imzası, tarih ve saat bilgisi
- ▶ Hastanın adı, soyadı, imzası ve tarih, saat bilgisi

**HHD05.04**

Bilinci kapalı hastalar, çocuk hastalar, engelli olan hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetisine sahip olmayan hastalar ile acil müdahale gerektiren hastalara yönelik bilgilendirme ve rıza süreçleri tanımlanmalıdır.

**(Ç) HHD06 Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.**

**HHD06.01**

Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır.

- ▶ Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir.
- ▶ Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır.

**HHD06.02**

Hastanın bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Bilgi mahremiyeti, hastanın psikolojik, ekonomik ve sosyokültürel durumuna yönelik hususları da kapsamalıdır.
- ▶ Hastaya yönelik tıbbi değerlendirmeler ve yapılan uygulamalara ait bilgilerin gizliliği sağlanmalıdır.
- ▶ Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir.
- ▶ Hasta ve hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.
- ▶ Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

**HHD06.03**

Tüm çalışanlara hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.

**HHD07 Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.**

#### HHD07.01

Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.

#### HHD07.02

Tıp merkezinde görev yapan hekimler ve ihtisas alanları tanıtılmalıdır.

**HHD08 Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.**

**HHD09 Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarına erişimi sağlanmalıdır.**

#### HHD09.01

Hasta, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlarını inceleyebilmeli, istediğinde belgelerin (yapılan işlemler, tahliller veya kendisine ait özel bilgiler vb.) kopyasına ulaşabilmelidir.

#### HHD09.02

Tıbbi kayıtların hangi durumlarda hasta yakını ile paylaşılacağı belirlenmelidir.

**HHD10 Refakatçilere ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**

#### HHD10.01

Refakatçilerin uyması gereken kurallar belirlenmelidir.

#### HHD10.02

Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, refakatçi uygulamalarına ilişkin özel düzenlemeler belirlenmelidir.



# Hizmete Erişim

## Amaç

Hastaların tıp merkezi tarafından sunulan hizmetlere zamanında, etkin, etkili ve yeterli şekilde ulaşabilmelerine yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını sağlamaktır.

**HHE01 Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere tıp merkezinde karşılama, kabul, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.**

**Rehberlik:**

Sağlık kuruluşunun hizmet verdiği hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak sağlık kuruluşundan hizmet alan tüm hastaların (yabancı uyruklu hastalar dahil) hizmete erişimi kolaylaştırılmalıdır.

**HHE01.01**

Karşılama, kabul, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan sorumlu/ sorumlular tanımlanmalıdır.

**HHE01.02**

Sorumlularda, sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik gerekli ekipman (tıp merkezi bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, merkez içi telefon rehberi gibi) bulunmalıdır.

**HHE01.03**

Sorumlulara, yılda en az bir kez, hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitim verilmelidir.

Eğitim programında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:

- ▶ Hasta memnuniyeti
- ▶ Hasta hakları, sorumlulukları ve hastaların uyması gereken kurallar
- ▶ İletişim becerileri

**HHE02 Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler yapılmalı ve hizmet sunum süreçlerine ilişkin eğitimler verilmelidir.**

**HHE03 Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**

**HHE03.01**

Randevu ve sonuç verme süreleri tıp merkezi tarafından belirlenmelidir.



- ▶ Randevu ve sonuç verme süreleri belirlenirken, merkezin koşulları, istenilen tetkikin özelliği, aciliyeti, hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurulmalıdır.

#### **HHE03.02**

Hasta veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

#### **HHE03.03**

Randevu ve sonuç verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.

- ▶ Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.

**HHE04 Yaşlı ve engelli bireylerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.**

#### **HHE04.01**

Yaşlı ve engelli bireylerin öncelikli kayıt yaptırımları sağlanmalıdır.

#### **HHE04.02**

Yaşlılara, engelli bireylere ve sağlık hizmet alanlarına ulaşımını için yardıma ihtiyacı olan hastalara destek sağlanmalıdır.

#### **HHE04.03**

Yaşlı ve engelli bireylerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

#### **HHE04.04**

Yaşlı ve engelli bireylerin muayene, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelikli olmaları sağlanmalıdır.



# Sağlıklı Çalışma Yaşamı

## Amaç

İnsan kaynaklarının etkin yönetimini sağlamak, sağlık çalışanlarının sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörleri belirlemek, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemleri almak, güvenli, teşvik edici ve konforlu bir çalışma ortamı oluşturmaktır.

**HSÇ01 İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****HSÇ01.01**

Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.

**HSÇ01.02**

Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.

**HSÇ02 İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.****HSÇ02.01**

Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı belirlenmelidir.

**HSÇ02.02**

Personel temin planında, ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer verilmelidir.

**HSÇ02.03**

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

**HSÇ03 Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.****HSÇ03.01**

İhtiyaç duyulan birimlerde önceden tanımlanan işler için istihdam edilmesi planlanan personelin nasıl ve ne şekilde temin edileceği belirlenmelidir.

**HSÇ03.02**

İşe alım süreçleri ile ilgili ilkeler ve süreçler ilan edilmelidir.

► İlkelerin Bakanlık genel politikaları ve modern insan kaynakları yönetimi prensiplerine uygun olmasına dikkat edilmelidir.

**HSÇ03.03**

Personel, tıp merkezinin ihtiyaçları ve personelin yetkinlikleri dikkate alınarak ilgili birimlerde istihdam edilmelidir.

**HSÇ03.04**

Tıp merkezinde gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ülke sağlık politikaları ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş kişilerce sunulmalıdır.

- ▶ İşe yeni başlayan çalışanların çalışma alanlarına yönelik diploma ve yetki belgeleri (sertifika, özel alan yetki belgesi gibi) doğrulanmalıdır.
- ▶ Daha önce diploması doğrulanmış ve halihazırda görevli olan çalışanların çalışma alanına yönelik yetki belgeleri, belgenin geçerlilik süresine göre düzenli aralıklarla doğrulanmalıdır.

**(O) HSÇ04 Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler ve hedeflere ulaşmak üzere yapılacak faaliyetler belirlenmelidir.**

**HSÇ04.01**

Hedefler ve hedeflere ulaşmak üzere yapılacak faaliyetler yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

**HSÇ04.02**

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

**HSÇ04.03**

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

**(Ç) HSÇ05 Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**HSÇ05.01**

Kurum ve bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

- ▶ Risk değerlendirmesi; çalışanların tıp merkezinde karşılaşılabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır.
- ▶ Risk değerlendirmesi mesai dışı hizmet ve süreçleri de kapsamalıdır.
- ▶ Çalışan güvenliği açısından kurum ve bölüm bazında asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:
  - Enfeksiyonların önlenmesi
  - Sağlık gözetimi kapsamında belirlenen işlemler ve bağışıklama
  - Kimyasal madde güvenliği

- Radyasyon güvenliği
- Gıda güvenliği
- Gürültü
- Toz
- Aydınlatma
- Tesis kaynaklı riskler
- Ergonomik faktörler
- Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
- Mobbingin önlenmesi
- Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
- İş yükünün neden olduğu olumsuz unsurlar
- Stres yönetimi  
(Bkz. Risk Yönetimi Bölümü)

#### HSÇ05.02

Kurum ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına veya önlenmesine yönelik iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

#### HSÇ05.03

Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden, ramak kala veya gerçekleşen istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.  
(Bkz. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Bölümü)

- ▶ Çalışanların maruz kaldığı istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalı, gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler yapılmalıdır.

#### HSÇ05.04

Çalışanların, istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır.

**(Ç) HSÇ06 Çalışanlara yönelik sağlık gözetiminin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### HSÇ06.01

Çalışanlara yönelik sağlık gözetimi programı hazırlanmalıdır.

- ▶ Programın hazırlanması ve takibine ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

- ▶ Program oluşturulurken bölüm bazında belirlenen riskler de dikkate alınmalıdır.
- ▶ Belirlenen risklere göre sağlık gözetimi kapsamında yapılması gereken işlemler, işlemlerin zamanı ve tekrarlanma sıklığı tanımlanmalıdır.

#### HSÇ06.02

Programın uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesine ilişkin süreçler ve uygun olmayan sonuçlar elde edildiğinde izlenmesi gereken yol tanımlanmalıdır.

- ▶ Sağlık gözetimi sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.

#### HSÇ06.03

Çalışanlar sağlık gözetimi sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.

- ▶ Sağlık gözetimi sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.

#### HSÇ06.04

Sağlık gözetimi sonuçlarında olumsuz bir durum tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmalıdır.

### (Ç) HSÇ07 Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu donanım kullanılmalıdır.

#### HSÇ07.01

Yapılacak risk değerlendirmesi sonucuna göre ve konuyla ilgili uzmanların da görüşü alınarak bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu donanım (eldiven, maske, önlük, biyogüvenlik kabini, kilitli enjektör, yüz maskesi, kurşun önlük, kulaklık, vakumlu toz emicili çalışma masası vb.) belirlenmelidir.

- ▶ Kişisel koruyucu donanımın kullanım şartları (azami kullanım süresi, kontrol sıklığı, değiştirme koşulları, kullanılacak hasta grupları gibi) ve özellikleri; riskin derecesi, maruziyet sıklığı, her bir çalışanın iş yaptığı yerin özellikleri ve kişisel koruyucu donanımın performansı dikkate alınarak belirlenmelidir.

#### HSÇ07.02

Kullanılan kişisel koruyucu donanım asgari aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır:

- ▶ Kendisi ek risk oluşturmadan ilgili riski önlemeye uygun olmalıdır.
- ▶ Çalışma koşullarına uygun olmalıdır.
- ▶ Kullanıcının ergonomik gereksinimlerine ve sağlık durumuna uygun olmalıdır.
- ▶ Gerekli ayarlamalar yapıldığında kullanıcıya tam uymalıdır.

- Birden fazla kişi tarafından kullanılmasını gerektiren durumlarda, bu kullanımdan dolayı sağlık ve hijyen problemi oluşturmaması için gerekli önlemler alınmalıdır.

### HSÇ07.03

Kişisel koruyucu donanım çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalı ve donanımın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

### HSÇ07.04

Tek kullanımlık olmayan kişisel koruyucu donanımın temizlik, bakım, onarım ve periyodik kontrolleri yapılmalıdır.

### HSÇ07.05

Çalışanlara kişisel koruyucu donanım kullanımı konusunda eğitim verilmelidir.

**HSÇ08 Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.**

### HSÇ08.01

Çalışma ortamına yönelik fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır.

- Çalışanların beklentileri de dikkate alınarak, fiziksel koşullar, kullandıkları malzeme ve cihazlar ile çalışma süreçleri hakkında iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- Çalışanlar için dinlenme alanları bulunmalıdır.
- Çalışanlar için giyinme alanları ve kişisel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolaplar bulunmalıdır.

### HSÇ08.02

Çalışanların, dini inançlarına yönelik ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.

### HSÇ08.03

Çalışanların mesleki gelişiminin teşvik edilmesine ve motivasyonunun artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

- Kişisel gelişim eğitimleri, mesleki eğitim aktiviteleri gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik etkinlikler düzenlenmelidir.



**HSÇ09 Personelin sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.****HSÇ09.01**

Engelli ve kronik hastalığı olan personelin sağlık durumu ve ihtiyacına yönelik düzenlemeler (ulaşım, diyet, uygun çalışma ortamı gibi) yapılmalıdır.

Gebe ve emziren çalışanların çalışma alanları ve koşulları tanımlanmalı, tanımlama doğrultusunda uygulama gerçekleştirilmelidir.

**HSÇ10 Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.****HSÇ10.01**

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

**Rehberlik:**

Çalışanlar görüş, öneri ve şikayetlerini intranet, telefon, internet veya kağıt ortamında bildirebilirler.

**HSÇ10.02**

Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar veya tıp merkezi ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.

**HSÇ10.03**

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.

- ▶ Değerlendirmelerde kalite yönetim sorumlusu ve yönetimden en az bir kişi yer almalıdır.
- ▶ Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.
- ▶ Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa sürede ele alınmalıdır.
- ▶ Veri analizleri ile ulaşılan bulgular yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır.
- ▶ Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır.
- ▶ Görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışan isim veya iletişim bilgisini iletmemiş ise, başvurusu hakkında geri bildirimde bulunulmalıdır.



# SAĞLIK HİZMETLERİ



- Hasta Bakımı* ◀
- İlaç Yönetimi* ◀
- Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü* ◀
- Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri* ◀
- Radyasyon Güvenliği* ◀
- Acil Sağlık Hizmetleri* ◀
- Ameliyathane* ◀
- Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Hizmetleri* ◀
- Doğum Hizmetleri* ◀
- Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri* ◀
- Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri* ◀
- Evde Sağlık Hizmetleri* ◀





# Hasta Bakımı

## Amaç

Tıp merkezinden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlayacak şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır.

**SHB01 Hasta bakımına ilişkin süreçler tıp merkezine başvuran tüm hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.**

**Rehberlik:**

Hasta bakımı, hastaların tıp merkezine kabulü ile başlar, hastaya tanı, tedavi ve takip sürecinde sunulan hizmetlerin tamamını kapsar.

**SHB01.01**

Hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

**Rehberlik:**

Merkezin hasta profili doğrultusunda hasta bakımına ilişkin tanımlanabilecek bazı süreçler aşağıda verilmiştir:

- ▶ Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
- ▶ Değerlendirme sonrasında tanı ve tedavi sürecinin planlanması
- ▶ Planlanan bakımın hastaya uygulanması
- ▶ Hastanın izlenmesi
- ▶ Gerekğinde tanı ve tedavi sürecinde değişiklikler yapılması
- ▶ Tüm süreçlerde hasta güvenliğinin sağlanması
- ▶ Hastanın bakım sürecine katılımının sağlanması
- ▶ Hasta bakım sürecinde gelişen beklenmeyen durumlara yönelik tanımlamaların yapılması (öngörülemez cerrahi işlem gerekliliği, tanı ve tedavi sürecinde beklenmeyen komplikasyon gelişmesi gibi)

**SHB02 Hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bulgular ile ön tanı, tanı ve tedaviye yönelik elde edilen sonuçlar tıp merkezi tarafından belirlenen biçim ve içerikte kayıt altına alınmalıdır. (Bkz. Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Bölümü)**

**(Ç) SHB03 Tıbbi gözlem sürecindeki hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.**

**Rehberlik:**

Tıbbi gözlem sürecindeki hasta ifadesi bu sette, tıp merkezinde belirlenmiş alanda veya acil ünitesinde tıbbi müşahede amacı ile en fazla 30 saate kadar takip edilen hastaları tanımlamak için kullanılmıştır.

**SHB03.01**

Tıbbi gözlem sürecindeki hastaların klinik durumları ve bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.

(Bkz. Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Bölümü)

**SHB03.02**

Bölüme özgü olarak, tıbbi gözlem sürecindeki hastaları bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır.

**Rehberlik:**

Aşağıda, klinik risk değerlendirme uygulamalarına örnekler verilmiştir:

- ▶ İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası hasta vital bulgularının takibi
- ▶ Düşme riski değerlendirmesi
- ▶ Ağrı şiddeti değerlendirmesi
- ▶ Bilinç düzeyi takibi
- ▶ Beslenme durumunun değerlendirilmesi
- ▶ Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi

**(Ç) SHB04 Bakım ihtiyaçları doğrultusunda tıbbi gözlem sürecindeki hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir.**

**Rehberlik:**

Bakım planı, hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümanlardır.

**SHB04.01**

Bakım planı, tıbbi gözlem sürecine alınan hastanın bakım ihtiyaçları dikkate alınarak hazırlanmalıdır.

**SHB04.02**

Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalı ve planın aynı alanda izlenebilmesi sağlanmalıdır.

**Rehberlik:**

Hastaya bakım veren ilgili disiplinlerin (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog vb.) bakım planını aynı alanda izleyebilmeleri açısından elektronik ortamda hazırlanması tercih edilir.

**SHB04.03**

Bakım planında, asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Hastanın bakım ihtiyaçları
- ▶ Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler
- ▶ Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar
- ▶ Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi

**SHB04.04**

Hasta bakım planlarında uluslararası ortak terminoloji (ICD 10, NANDA, NIC, NOC vb.) kullanılmalıdır.

**SHB04.05**

Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler ve gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalıdır.

- ▶ Bakım planında yapılan tüm güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.

**SHB05 Ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**SHB05.01**

Ayaktan ve tıbbi gözlem sürecindeki hastalarda ağrı varlığı sorgulanmalıdır.

- ▶ Ağrı olması durumunda VAS (visuel analog skala), numerik skala gibi ağrı değerlendirme ölçekleri ile ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.
- ▶ Ayaktan hastalarda ağrı şiddeti değerlendirmesi, tıp Merkezinin belirleyeceği branşlarda veya hasta gruplarında yapılmalıdır.

**SHB05.02**

Ağrısı olan hastalarda ağrı takibi yapılmalı ve ağrının kontrolüne yönelik tedbirler alınmalıdır.

**SHB05.03**

Kullanılan ağrı değerlendirme ölçüm aracının önerdiği yeniden değerlendirme sıklığına göre takip yapılmalıdır.

**SHB05.04**

Ağrı takibinde tespit edilen bulgular ve gerçekleştirilen tüm uygulamalar bakım planına kaydedilmeli ve izlenmelidir.



**SHB06 Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.**

#### **SHB06.01**

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

#### **SHB06.02**

- ▶ Acil müdahale setinde asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır:
  - Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için)
  - Balon-valf-maske sistemi
  - Değişik boylarda maske
  - Oksijen hortumu ve maskeleri
  - Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları)
  - Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp)
  - Kişisel koruyucu donanım
- ▶ Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, tıp Merkezinin ihtiyacı ve hasta grubuna göre belirlenmelidir.
- ▶ Hangi bölümlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı, tıp merkezi tarafından belirlenmelidir.

#### **SHB06.03**

Acil müdahale seti sağlık hizmeti sunum alanlarında ihtiyaç duyulduğunda erişilebilir/ulaşılabilir olmalıdır.

#### **SHB06.04**

Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.

#### **SHB06.05**

İlaç ve malzemelerin miat takibi ve fiziki kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

**(Ç) SHB07 Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **SHB07.01**

Ameliyathane öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar tanımlanmalıdır.

**SHB07.02**

Hasta preoperatif dönemde anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.

**SHB07.03**

Anestezi öncesi gereken açlık süresine uyumun sağlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalı, hastaların planlanandan uzun süre aç kalmasını önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.

**SHB07.04**

Kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan bileşenlerine yönelik planlama yapılmalıdır.

**SHB07.05**

Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve rızası yazılı olarak alınmalıdır.

**SHB07.06**

Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ile dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir.

**SHB07.07**

Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**SHB07.08**

Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

**SHB07.09**

Cerrahi işlem öncesinde cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır.

- ▶ Cerrahi bölge işaretlemesi, cerrahi işlemi yapacak ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden önce yapılmalıdır.
- ▶ Cerrahi bölge işaretlemesi, tıp merkezi tarafından belirlenen usulde ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.

**SHB08 Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**Rehberlik:**

Bu standart cerrahi işlem sonrasında hasta izleminin yapıldığı tüm alanları kapsar.

**SHB08.01**

Hastaların cerrahi işlem sonrası ameliyat odası ve uyandırma ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

**SHB08.02**

Cerrahi uygulama sırasında ve sonrasında hastanın hipotermiden korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

**SHB08.03**

Hasta postoperatif dönemde muhtemel riskler ve komplikasyonlar açısından yakından izlenmeli ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.

**SHB08.04**

Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanmalıdır.

**SHB09 Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SHB09.01**

Ameliyathane dışında sedasyon uygulanan alanlar belirlenmelidir.

**SHB09.02**

Ameliyathane dışında yapılacak olan sedasyon uygulamaları ve bunlara ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

**(Ç) SHB10 Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**

**SHB10.01**

Hastanın tanı ve tedavi amacıyla merkeze başvurduğu andan merkezden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç uygulamadan önce, hasta transferi sırasında gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama yöntemleri ile doğrulanmalıdır.

**SHB10.02**

Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı
- ▶ Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı

- ▶ Kimlik doğrulama aracının kullanımına ilişkin kurallar
- ▶ Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği

### SHB10.03

Kimlik tanımlayıcılarının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmeli, sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

**SHB11 Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcıları belirlenmelidir.**

#### Rehberlik:

Kalite yönetimi komitesi tarafından kimlik tanımlayıcısının kullanımı hakkında istisnai durumlar (psikiyatri hastaları, çocuk hastalar vb.) belirlenebilir.

### SHB11.01

Acil ünitesi tıbbi müşahede bölümü dışındaki tıbbi gözlem sürecinde bulunan hastalarda kimlik tanımlayıcısı olarak bileklik veya kol bandı kullanılmalıdır.

- ▶ Alerjik hastalarda kırmızı renkli diğer hastalarda beyaz renkli bileklik kullanılmalıdır.
- ▶ Bileklik barkodlu olmalı, üzerinde en az; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalıdır.
- ▶ Bileklikler üzerinde yer alan bilgiler okunaklı olmalıdır.
- ▶ Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi renkli bileklik kullanılmalıdır.
  - Aynı seri numaralı anne-bebek bilekliği kullanılmalıdır.
  - Annedeki beyaz bileklik bebeğin cinsiyetine göre belirlenen bileklik ile değiştirilmelidir.
  - Bebeğin bilekliğinde en az annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.

**SHB12 Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

### SHB12.01

Tıbbi gözlem sürecindeki hastaların düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Tıbbi gözlem altındaki tüm hastalar için alınması gereken asgari önlemler
- ▶ Düşme riski yüksek olan hastalara (yaşlı hasta, çocuk hasta, postoperatif hasta, engelli bireyler ve düşme riskini artıran ilaç kullanan hastalar gibi) yönelik hasta bazında alınması gereken önlemler
- ▶ Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği gibi)
- ▶ Hasta transferi sırasında nasıl önlemler alınacağı

**(Ç) SHB13 Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.**

#### **SHB13.01**

Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

#### **SHB13.02**

Düşme riski yüksek olan hastalar, düşme riski yüksek hasta figürü ile tanımlanmalıdır.

**(Bkz. Ek-1 Tanımlayıcı Figürler)**

#### **SHB13.03**

Düşme risk düzeyinin yüksek olduğu durumlarda hasta ve hasta yakını düşme riski ile düşmenin önlenmesine yönelik tedbirler hakkında bilgilendirilmelidir.

#### **SHB13.04**

Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik istenmeyen olay bildirim sistemine bildirim yapılmalıdır.

#### **SHB13.05**

Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

**SHB14 Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **SHB14.01**

İlaçla kısıtlama ile ilgili asgari kurallar tanımlanmalıdır.

**SHB14.02**

Fiziksel kısıtlama aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

- ▶ Fiziksel kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir.
- ▶ Fiziksel kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, planda;
  - Uygulamanın başladığı tarih ve saat,
  - Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği,
  - Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.

**SHB15 Tıbbi gözlem sürecindeki hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.**

**SHB15.01**

Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

**SHB15.02**

Meslek gruplarının (hekim-hekim, hemşire-hemşire gibi) hastayı devrederken aktarmaları gereken hasta bilgilerinin asgari içeriği tıp merkezi tarafından belirlenmelidir.

**SHB16 Tıp merkezine başvuran hastalarda müdahaleye bağlı olarak gelişen komplikasyonlar ve/veya yoğun bakım hizmetine ihtiyaç olan durumlarda tıp merkezi tarafından, önceden belirlenmiş, koordineli olarak çalışılan ve bu hizmetlerin alındığı özel veya kamu hastaneleriyle gereken koordinasyon sağlanarak hasta transfer edilmelidir.**

**(Ç) SHB17 Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**

**SHB17.01**

Hastaların güvenli transferine yönelik asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- ▶ Hastaların tıp merkezi dışındaki transfer süreci
- ▶ Hastaların tıp merkezi içerisindeki transfer süreci
- ▶ Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar
- ▶ Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı
- ▶ Transferde yer alacak çalışanlar

**SHB17.02**

Hasta profiline göre transfer için gerekli ekipman (sedye, tekerlekli sandalye, transport kuvöz, yenidoğan arabası gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır.

- ▶ Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.

**SHB17.03**

Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir.

**SHB17.04**

Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak iletilmelidir.

**SHB17.05**

İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.

**SHB17.06**

Acil durumlarda hastanın başka bir merkeze transferi yapılırken nasıl bir yol izleneceği tanımlanmalıdır.

**SHB18 Sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kurmalıdır.****Rehberlik:**

Çalışanlar, hasta ve hasta yakınına kendini tanıtır, olumlu bir iletişim ortamı oluşturmak amacıyla, uygun ses tonu, uygun beden dili, mesleki terimlerden uzak uygun sözcük seçimi ile anlaşılır bir dil kullanmaya özen gösterir.

**SHB19 Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetler tanımlanmalıdır.****SHB19.01**

Tıp merkezinde sunulan yaşam sonu hizmetlerine ilişkin asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- ▶ Cenazenin;
  - Merkezden çıkışının yapılması
  - İlgili yere transfer süreci
- ▶ Adli süreçlerin işleyişi
- ▶ Cenaze kimlik doğrulama süreçleri

- ▶ Cenaze yakınlarının bilgilendirilmesi ve gerektiğinde desteklenmesi
- ▶ Cenaze ve yakınlarının farklı kültürel ve manevi değerlerinin varlığı durumunda izlenecek süreçler
- ▶ Sahibi olmayan cenazelerle ilgili izlenmesi gerekli süreç
- ▶ Ölü doğan bebekler, düşük materyali, ampute edilmiş organlar gibi hususların varlığında izlenecek yol

**SHB20 Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.**

#### SHB20.01

Tıp merkezi içi ve dışı konsültasyon süreçlerine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

#### SHB20.02

Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

#### SHB20.03

Konsültasyon süreçlerine ilişkin kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.

#### SHB20.04

Konsültasyon süreci, hastanın sorumlu hekimi tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.

**SHB21 Özellikli hasta grupları tanımlanmalı, bu gruplara özgü hizmet sunumu ve klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.**

#### Rehberlik:

Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir:

- ▶ Psikiyatri hastaları
- ▶ Otizm spektrum bozukluğu tanılı hastalar
- ▶ Engelli hastalar
- ▶ Geriatri hastaları
- ▶ Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar
- ▶ Hamileler

#### SHB21.01

Kurum özellikli hasta gruplarını belirlemelidir.



**SHB21.02**

Özellikli hasta gruplarına yönelik tanımlanan süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Hizmet sunum süreçleri
- ▶ Disiplinlerarası işbirliği
- ▶ Hizmet verilecek ortam şartları
- ▶ Gerekli ekipman
- ▶ Özel bakım uygulamaları ve işlemler

**SHB21.03**

Özellikli hasta gruplarına özgü süreçlerin tanımlanmasında, varsa ulusal ve uluslararası geçerliliği olan değerlendirme ve klinik bakım kılavuzlarından yararlanılmalıdır.



# İlaç Yönetimi

## Amaç

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

### **SİY01 İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

#### **SİY01.01**

Tıp merkezinde ilaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

#### **SİY01.02**

İlaç yönetimi ile ilgili sorumluluklar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi
- ▶ Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması

### **SİY02 İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

#### **SİY02.01**

İlaç yönetimi ile ilgili tıp merkezine özgü kurallar asgari aşağıdaki süreçleri içerecek şekilde belirlenmelidir:

- ▶ İlaçların temini
- ▶ İlaçların muhafazası
- ▶ İlaçların istemleri
- ▶ İlaçların hazırlanması
- ▶ İlaçların transferi
- ▶ İlaç uygulamaları
- ▶ Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası
- ▶ İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü
- ▶ Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü
- ▶ İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler
- ▶ Yüksek riskli ilaçların yönetimi ve istem süreci
- ▶ Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza şartları uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçların imha süreçleri
- ▶ Yarım doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltilerin imha süreçleri
- ▶ İlaç atıklarının yönetimi

**(Ç) SİY03 İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.****Rehberlik:**

İlaçlar için depolama alanları, eczane depoları ve ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarını kapsamaktadır.

**SİY03.01**

İlaçlar uygun niteliklere sahip depolama alanlarında muhafaza edilmelidir.

**SİY03.02**

Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmalıdır.

**SİY03.03**

İlaçlar, hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve ilaçların korunmasını, sel veya su basması gibi durumlardan etkilenmemesini sağlayacak şekilde depolanmalıdır.

- ▶ İlaçların yerleşiminde, tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır.
- ▶ İlacın cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır.
- ▶ Depolama alanının koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır.
- ▶ Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.

**SİY03.04**

Depo alanları ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.

**SİY03.05**

İlaç depolama alanları ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.

**SİY03.06**

Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.

- ▶ Elektrik kesilmesi, cihaz arızası gibi durumlarda soğuk zincirin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

**(Ç) SİY04 İlaçların stok ve miat takibine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****SİY04.01**

İlaçların stok ve miat takibi SBYS üzerinden yapılmalıdır.

- ▶ İlaçların minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmelidir.
- ▶ Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri SBYS'de takip edilmelidir.
- ▶ Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda SBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.
- ▶ Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik SBYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.

#### **SİY04.02**

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

#### **SİY04.03**

Bozulan veya miadı geçen ilaçlar imha edilmek üzere ayrı bir alanda saklanmalıdır.

#### **SİY04.04**

İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.

**(Ç) SİY05 ilaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**

#### **SİY05.01**

İlaç istem süreci, sürece yönelik kurallar ile özel ve istisnai durumlar tanımlanmalıdır.

#### **SİY05.02**

Tedavi planı hekim tarafından yapılmalı ve onaylanmalıdır.

- ▶ Kağıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunmalıdır.
- ▶ Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası ya da mobil imza bulunmalıdır. SBYS'de kullanıcı şifresi ile verilen istemler, elektronik imza olmaksızın bu amaçla kullanılmamalıdır.

#### **SİY05.03**

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

#### **SİY05.04**

Tedavi planı, SBYS eczane modülünde de görülebilmelidir.

**SİY05.05**

Tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmelidir.

- ▶ İstem süreçlerinin hiçbir aşamasında belirlenen listede yer alan kısaltma, sembol ve simgeler kullanılmamalıdır.
- ▶ Liste dışındaki kısaltmaların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**SİY06 İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.****SİY06.01**

İlaçların ilaç deposundan çıkışına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**SİY06.02**

İlaçlar birim dozlara bölünerek ve her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmelidir.

- ▶ İlaçların adı, formu, dozu ve hasta bilgileri gönderilen pakette yer almalıdır.
- ▶ Birden fazla bölünmüş ambalaj (kesilmiş blister tabletler gibi) içeren ilaç çıkışlarında bu ilaçlar ayrı olacak şekilde paketlenme ve etiketlenme yapılmalıdır.
  - Etiket üzerinde, hastaya ait kimlik tanımlama parametreleri ile ilacın tam adı, farmasötik form, doz, uygulama saati, uygulama yolu ve miat bilgileri bulunmalıdır.

**SİY06.03**

Hazırlama esnasında özel teknik, ekipman veya uzmanlık gerektiren ilaçlar, alanında uzman kişi tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir.

**SİY07 İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.****SİY07.01**

İlacın güvenli transferi için gerekli ekipman bulunmalıdır.

**SİY07.02**

Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.

**SiY07.03**

Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmelidir.

**(Ç) SiY08 İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SiY08.01**

Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebilmelidir.

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

**SiY08.02**

İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır.

- ▶ Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.

**SiY08.03**

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

**SiY08.04**

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

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

**SiY09 Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**Rehberlik:**

Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir:

- ▶ Acil Pediatrik İlaçlar
- ▶ Görünüşü Benzer İlaçlar
- ▶ Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar



- ▶ Psikotrop İlaçlar
- ▶ Narkotik İlaçlar
- ▶ Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
- ▶ Yüksek Riskli İlaçlar
- ▶ Gebelik ve Emzirmede Kullanılmaması Gereken İlaçlar

### **SİY09.01**

Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmalıdır.

### **SİY09.02**

Listeler kullanım alanında bulunmalı ve etkin kullanılmalıdır.

### **SİY09.03**

Acil pediatrik ilaçların, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçların ve yüksek riskli ilaçların dolaplardaki yerleşimi muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılmalıdır.

### **SİY09.04**

Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için uyarıcılar kullanılmalıdır (renkli etiketleme gibi).

**SİY10 Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

### **SİY10.01**

Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.

- ▶ Narkotik ve psikotrop ilaçların muhafazasına yönelik istisnalar tanımlanmalı, gerekli ek önlemler alınmalıdır.

### **SİY10.02**

Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılmalıdır.

- ▶ Devir teslim kayıtlarında;
  - İlacın hangi hastaya ne sıklıkta ve dozda kullanıldığı
  - İlacın kullanıldığı tarih
  - İlacı kimin uyguladığı
  - Kime ne miktarda ilaç teslim edildiği
  - Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır.
- ▶ Muhafaza ve taşınma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulmalıdır.

**SİY10.03**

Miadı geçmiş ya da bozulmuş, kullanımı risk oluşturan vb. nedenlerle imha edilen narkotik ve psikotrop ilaçlar kayıt altına alınmalıdır.

**SİY11 Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**

**SİY11.01**

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar, miat ve fiziksel durum açısından kontrol edilerek teslim alınmalı ve dosyasına kaydedilmelidir.

**SİY11.02**

Hastaların yanında getirdiği ve kendileri tarafından uygulanan ilaçların nasıl yönetileceğine ilişkin kurallar tıp merkezi tarafından belirlenmelidir.

**Rehberlik:**

Hastaların yanında getirdiği ilaçların sağlık personeli tarafından teslim alınması ve yine sağlık personeli gözetiminde uygulanması hasta güvenliği açısından önerilen yoldur.

**SİY12 İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**

**SİY12.01**

İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.

**SİY12.02**

İlaç hataları ve ramak kala olaylar istenmeyen olay kapsamında bildirilmelidir.

**SİY13 İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**SİY13.01**

İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik süreçler ile bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**SİY13.02**

İmha edilen ilaçlara ilişkin kayıtlar (ilaç adı, miktarı, imha nedeni, yöntemi, birimi, tarihi, kim tarafından gerçekleştirildiği vb.) tutulmalıdır.

# Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü

Ulusal ve uluslararası kanıta dayalı bilimsel yayınlar ile güncel mevzuat çerçevesinde; hasta ve çalışan güvenliği açısından risk oluşturan sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonları önlemek, tespit etmek ve kontrol altına almaktır.

**(Ç) SEN01 Tıp merkezinde enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

**SEN02 Tıp Merkezinin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program bulunmalıdır.**

### SEN02.01

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program, tıp Merkezinin sunduğu hizmetleri ve bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.

Program asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi
- ▶ El hijyeni
- ▶ İzolasyon önlemleri
- ▶ Bildirimi zorunlu hastalıkların ulusal bildirim sistemine kaydedilmesi
- ▶ Akılcı antibiyotik kullanımı
- ▶ Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- ▶ Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik yapılması gereken sağlık gözetimi ve bağışıklama işlemlerinin tanımlanması
- ▶ Hava ve su kaynaklı enfeksiyon kontrol önlemleri
- ▶ Tesis kaynaklı tadilat, onarım, inşaat çalışmalarında enfeksiyonların önlenmesi
- ▶ Olağanüstü durumlara (salgınlar, nadir görülen enfeksiyonlar vb.) yönelik planlamaların yapılması

### Rehberlik:

Program, Merkezin enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik politikalarını belirlemek, işleyiş ile ilgili ana süreçleri ve sorumlulukları tanımlamak amacıyla oluşturulmaktadır.

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik sorumlular, tüm süreçleri bizzat yürütmekle değil, programa ilişkin politikaları ve sorumlulukları tanımlamakla görevlidir. Enfeksiyonlarla mücadeleye yönelik faaliyetler, tıp merkezinde her birim ve her sağlık çalışanının sorumluluğundadır.

**SEN03 Tıp merkezi el hijyeni politikası tanımlanmalıdır.****SEN03.01**

Tıp merkezi el hijyeni politikası asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ El hiyeninin tanımı ve genel kapsamı
- ▶ El hijyeninin merkez için önemi
- ▶ El hijyeni ile ilgili merkezin hedefleri
- ▶ Yöneticiler ve çalışanların el hijyeni ile ilgili temel sorumlulukları
- ▶ Sürekli iyileştirme stratejisi
- ▶ El hijyeni ile ilgili prosedürlere atıflar

**SEN03.02**

Tıp merkezi el hijyeni politikası, stratejik hedeflerde ve merkez uygulamalarında izlenebilir olmalıdır.

**SEN03.03**

Belirlenen politika doğrultusunda el hijyenine yönelik stratejilerin belirlenmesi, uygulamaların izlenmesi ve geliştirilmesi enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne ilişkin sorumlular tarafından izlenmelidir.

**(Ç) SEN04 Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.****SEN04.01**

Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir.

- ▶ Eğitimlerin şekli, içeriği ve periyodu, meslek grupları ile çalışanların bilgi ve davranış düzeyine göre planlanmalıdır. Eğitim programlarının, etkin ve verimli bir şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır.
- ▶ El hijyeni ile ilgili eğitim dokümanları asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
  - El hijyeninin önemi
  - El hijyeni endikasyonları
  - El hijyeni sağlama yöntemleri
  - Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar
  - El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler
  - "El Hijyeni için 5 Endikasyon" yaklaşımının simülasyonları
  - Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri

**SEN04.02**

Sağlık çalışanlarının el hijyenini etkin uygulamasına yönelik teşvik edici çalışmalar yapılmalıdır.

**Rehberlik:**

Aşağıdaki çalışmalar el hijyeni açısından teşvik edici uygulamalara örnek olarak verilebilir:

- ▶ Bilgi sistemleri üzerinden uyarıcı mesajlar gönderilmesi
- ▶ Başarılı çalışanların ilan edilmesi, ödüllendirilmesi veya çalışana belge verilmesi
- ▶ Konuya ilişkin özel etkinliklerin düzenlenmesi
- ▶ Çalışanların el hijyeni malzemeleri ve konu ile ilgili yaşadıkları sorunlar hakkında görüş ve önerilerinin alınması
- ▶ El hijyeni gözlem sonuçlarının ilgili çalışanlarla paylaşılması

**SEN05 Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.**

**SEN05.01**

Sağlık hizmeti sunumu sırasında çalışanın kolay erişebileceği şekilde eldiven ve el antiseptiği bulunmalıdır.

**Rehberlik:**

- ▶ El antiseptiği, ilgili hasta bakım alanının özelliğine göre; her yatak başında, iki yatak arasında veya hasta bakımı sırasında çalışanın kolay ulaşmasının mümkün olduğu bir konumda bulunabilir.
- ▶ Hizmet verilen hasta popülasyonu açısından risk taşıması nedeni ile, çocuk hastalara hizmet verilen alanlarda el antiseptik kutularının çocukların ulaşamayacağı yerlerde bulundurulması veya sağlık çalışanlarının cepte taşınabilen el antiseptikleri kullanması önerilebilir.

**SEN05.02**

El yıkama alanlarında el hijyenini uygun şekilde sağlamaya yönelik altyapı ve ekipman (sıvı/köpük el sabunu, kağıt havlu, pedallı/sensörlü çöp kovası vb.) bulunmalıdır.

**SEN05.03**

El hijyeni ürünlerinin birim bazında uygun yerde ve yeterli şekilde bulunma durumu düzenli aralıklarla kontrol edilmeli ve kaydedilmelidir.

**(Ç) SEN06 Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.****SEN06.01**

"5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu" ile çalışanlara yönelik haberli gözlemler yapılmalıdır.

Gözlemler, asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

- ▶ Gözlemler, bir yıllık süreç içinde tüm hasta bakım alanlarını kapsayacak şekilde gerçekleştirilmelidir.
- ▶ Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir.
- ▶ Epidemi şüphesi ya da riski olduğu durumlarda gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır.
- ▶ Gözlemciler konu ile ilgili eğitim almış olmalıdır.

**Rehberlik:**

DSÖ önerileri kapsamında, sağlık çalışanı tarafından el hijyeni uygulanması gereken "5 Endikasyon" aşağıda belirtilmiştir:

- ▶ Hasta ile temas öncesi
- ▶ Aseptik işlemler öncesi
- ▶ Vücut sıvılarının bulaşma riski sonrası
- ▶ Hasta ile temas sonrası
- ▶ Hasta çevresi ile temas sonrası

**SEN06.02**

El hijyeni gözlem sonuçları yönetim ve ilgili birimlerle paylaşılmalı, çalışanlar birimlerine ait gözlem sonuçları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

**(Ç) SEN07 İzolasyon önlemleri ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.****SEN07.01**

Enfekte ya da kolonize hastaların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

- ▶ Enfekte ya da kolonize hastaların yönetiminde kullanılacak olan izolasyon önlemleri belirlenirken kabul görmüş ulusal ve uluslararası rehberler esas alınmalıdır.

**SEN07.02**

Enfekte veya kolonize hastalarda, Bakanlıkça belirlenmiş olan izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır:

- Solunum izolasyonunda sarı yaprak
- Damlacık izolasyonunda mavi çiçek
- Temas izolasyonunda kırmızı yıldız

**(Bkz. Ek-1 Tanımlayıcı Figürler)**

### **SEN07.03**

İzolasyon önlemleri ve tanımlayıcı figürler, hastanın transferi de dahil olmak üzere tüm hizmet süreçlerinde uygulanmalıdır.

### **SEN07.04**

İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları, hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

**(Ç) SEN08 Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**

### **Rehberlik:**

Sağlık çalışanları, enfeksiyon ajanlarına karşı hem kendilerini hem de hastalarını korumak adına gerekli önlemleri almakla görevlidir. Bu önlemler, enfeksiyon ajanı ile temas öncesi, temas sırası, temas sonrasında yapılması gereken uygulamaları kapsar.

### **SEN08.01**

Mesleki enfeksiyonlara yönelik sağlık gözetimi, birimlerdeki risk faktörlerine göre yapılmalı, bağışıklamanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı bağışıklama sağlanmalıdır.

### **SEN08.02**

Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre gerekli koruyucu tedbirler (standart önlemler, izolasyon önlemleri) alınmalıdır.

### **SEN08.03**

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

**SEN09 Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.**



**SEN09.01**

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik eğitim ihtiyaçları, tıp merkezinin hizmet içi eğitimler ile ilgili belirlediği kurallar çerçevesinde birim ve meslek bazında tanımlanmalıdır.

**SEN10 Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.**



# Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri

## Amaç

Tıp merkezinin temizlik ve dezenfeksiyonu ile tıbbi amaçlı kullanılan alet ve malzemelerin dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerinin, kanıta dayalı rehberler ve ulusal ve uluslararası kabul görmüş uygulamalar çerçevesinde kontrol altına alınmasını sağlamaktır.

**(Ç) SDS01 Tıp Merkezinin Temizliğine Yönelik Kurallar Tanımlanmalıdır.****SDS01.01**

Tıp merkezi alanları ile zemin ve yüzeylerinin (kapı ve yatak kolları, yatak kontrol panelleri, elektrik düğmeleri, cihazların yüzeyleri, duvar, tavan ve raflar gibi) temizlik ve dezenfeksiyon açısından risk düzeyleri belirlenmelidir.

**SDS01.02**

Belirlenen riskler doğrultusunda, merkezin tüm alanlarını kapsayan temizlik ve dezenfeksiyon planı oluşturulmalı, plan asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Alan ve yüzey bazında;
  - Risk düzeyi
  - Kullanılacak temizlik ve dezenfeksiyon malzemesi ve ekipmanı
  - Temizlik ve dezenfeksiyon sıklığı ve kuralları
  - Temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerinin kim tarafından yapılacağı
- ▶ Halı, perde, döşeme gibi malzemelere yönelik temizlik yöntemi ve sıklığı
- ▶ Haşerelerle mücadele yöntemleri ve sıklığı

**SDS01.03**

Kullanılan temizlik ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalı, kuralların uygulanma durumu kontrol edilmelidir.

**SDS01.04**

Kan ve vücut sıvıları ile bulaş ve olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında yönelik temizlik ve dezenfeksiyon kuralları tanımlanmalıdır.

**SDS01.05**

Tıp merkezi alan, zemin ve yüzeylerinin temizlik ve dezenfeksiyon işlemlerine yönelik belirlenen kuralların uygunluğu, enfeksiyon kontrolü ve önlenmesine yönelik sorumlular ve yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.

**SDS01.06**

Temizlik hizmetlerinde görevli personele yönelik asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde eğitim verilmelidir:

- ▶ Genel alanların temizlik kuralları
- ▶ Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları
- ▶ Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri
- ▶ Çalışanlar arası iletişim
- ▶ Hasta ve hasta yakınları ile iletişim

- ▶ Kişisel koruyucu donanım kullanımı
- ▶ Temizlik malzemelerine maruz kalma (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaklar
- ▶ Temizlik ve dezenfeksiyonun etkinliğini bozan yapısal sorunlar ve bu sorunlar hakkında sorumlulara bilgi verilmesi gerekliliği

**SDS02 Tıp merkezinde gerçekleştirilen temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri kontrol edilmelidir.**

#### **SDS02.01**

Temizlik ve dezenfeksiyonun kontrolüne ilişkin sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalı, kontrol yöntemi ve aralıkları belirlenmelidir.

#### **SDS02.02**

Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri ile merkezde gerçekleştirilen dezenfeksiyon işlemleri düzenli bir şekilde kontrol edilmelidir.

#### **SDS02.03**

Temizlik ve dezenfeksiyon planına uygun olacak şekilde, kullanım alanlarında gerekli malzeme ve ekipmanın bulunma durumu kontrol edilmelidir.

**SDS03 Tıp merkezinde kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon riski düzeyine göre gruplandırılmalıdır.**

#### **SDS03.01**

Merkezde kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon risk düzeylerine göre en az üç grupta (kritik, yarı kritik ve kritik olmayan gibi) tanımlanmalıdır.

#### **SDS03.02**

Risk düzeylerine göre uygulanması gereken dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemleri tanımlanmalıdır.

#### **Rehberlik:**

Yarı kritik tıbbi cihazlar için yüksek düzey dezenfeksiyon yöntemi yeterli kabul edilmekle birlikte, herhangi bir sterilizasyon yöntemi ile steril edilmesi mümkün olan tıbbi cihazlarda sterilizasyon işlemi uygulanması tercih edilir.

**SDS04 Malzeme ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.**

#### **SDS04.01**

Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.

#### **SDS04.02**

Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon düzeyi, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmelidir.

#### **SDS04.03**

Dezenfektanların bulunduğu kap ya da konteynerlerin kapakları kapalı olmalıdır.

#### **SDS04.04**

Dezenfektanların hazırlandığı kap ya da konteynerlerin üzerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılmalıdır.

#### **SDS04.05**

Dezenfektanlar üretici firmanın önerdiği konsantrasyon ve temas süresine uygun şekilde kullanılmalı, temas süresi takip edilmelidir.

#### **SDS04.06**

İlgili çalışanlara dezenfektanların kullanımı hakkında eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Dezenfektan etkinliğinin sağlanması için dikkat edilecek hususlar
- ▶ Gerekli kişisel koruyucu donanımın kullanımı
- ▶ Havalandırma koşulları
- ▶ Kaza durumunda yapılacaklar
- ▶ Dezenfeksiyon etkinliğini bozan durumların bildirim
- ▶ Dezenfektanların saklanma koşulları

#### **SDS04.07**

Dezenfektanlar uygun şekilde bertaraf edilmelidir.

#### **Rehberlik:**

Dezenfektanların bertaraf süreci, ulusal ve uluslararası rehberler, üretici firma önerileri ve güncel mevzuat dikkate alınarak belirlenir.

#### **SDS04.08**

Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmelidir.

**(Ç) SDS05 Yüksek düzey dezenfektanlarla gerçekleştirilen uygulamaların kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır.**

#### **SDS05.01**

Yüksek düzey dezenfektanların hazırlanması, uygulanması, kontrolü ve bertarafına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

#### **SDS05.02**

Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlar tanımlanmalı ve bu alanlarda uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

#### **SDS05.03**

Yüksek düzey dezenfektanın minimal etkin konsantrasyonu (MEK) indikatörlerle belirlenen sıklıkta kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

- ▶ Yüksek düzey dezenfeksiyon amacıyla kullanılan dezerfektana yönelik uygun MEK testi yapılmalıdır.
- ▶ Test materyali dezenfektanla uyumlu olmalı, "pH ölçer" bu amaçla kullanılmamalıdır.
- ▶ Kontrol sıklığı, solüsyonun kullanım sıklığı ve süresi dikkate alınarak tıp merkezi tarafından belirlenmelidir.
- ▶ Test sonucu olumsuz çıktığında veya dezenfektanın kullanım süresi dolduğunda, solüsyon kullanılmamalı ve üzerine ekleme yapılmamalıdır.

**SDS06 Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

#### **SDS06.01**

Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve süreçlerin işleyişine ilişkin kurallar asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Sterilizasyon ünitesinde yer alan fiziki alanlar
- ▶ Uygulanan hizmetlere ilişkin gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları
- ▶ Aletlerin;
  - Üniteye transferi
  - Yıkınması
  - Hazırlık ve kontrol alanına taşınması
  - Sayımı ve kontrolü
  - Paketlenmesi, steril edilmesi ve depolanması
  - Kullanım alanına transferine kadar sterilitenin korunması

- ▶ Yıkama, paketlenme ve sterilizasyonun etkinliğinin kontrolü
- ▶ Yıkama, paketlenme ve sterilizasyon sürecinde kullanılan cihazlarının günlük temizliği ve düzenli aralıklarla bakımı
- ▶ Hizmetin aksamasına neden olan durumların varlığında (elektrik kesintisi, su kesintisi, cihaz arızaları gibi) izlenmesi gereken yol
- ▶ Sterilizasyon hizmet alımı söz konusu ise kontrollerin kapsamı, kontrol aralıkları ve sorumlusu
- ▶ Tekrar kullanılabilen malzemelerin kullanım koşulları
- ▶ Olağanüstü durumlarda (afetler, tesis kaynaklı sorunlar, cihaz gaz kaçaqları gibi) sterilizasyon hizmetleri ile ilgili alınacak önlemler.

**SDS07 Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**

#### **SDS07.01**

Sterilizasyon ünitesinde kirliliği ve temiz alanlar ile steril depolama ve destek alanları tanımlanmalıdır.

#### **SDS07.02**

Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izlenmelidir.

- ▶ Steril depolama alanında sıcaklık 22°C'yi, nem %60'ı aşmamalıdır.
- ▶ Çalışma alanlarında sıcaklık 18-25°C, nem %35-70 olmalıdır.

#### **SDS07.03**

Steril depolama alanına giriş kontrollü olmalı, steril olmayan malzeme ve tıbbi cihazlar bu alanda bulunmamalıdır.

#### **SDS07.04**

Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

#### **SDS07.05**

Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril depolama alanından kirliliğe doğru olmalıdır.

- ▶ Havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır.
- ▶ Hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır.
- ▶ Havalandırma sistemi kesintisiz çalışmalıdır.



**SDS07.06**

Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler, sterilizasyon süreçlerinin güvenlik ve etkinliğinin sürdürülmesini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.

- ▶ Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemlerin rutin kontrolleri, yetkin teknik personel tarafından yapılmalıdır.
- ▶ Sterilizasyon ünitesinde yıkama dezenfektörlerinin son durulama suyu, termal dezenfeksiyonda kullanılan su ve buhar sterilizatörlerde kullanılan su demineralize olmalıdır.
- ▶ Demineralize suyun kalitesini ölçmeye yönelik süreçler ve kontrol aralıkları tanımlanmalıdır.
  - Suyun iletkenliği her gün ölçülmeli ve kaydedilmelidir.
- ▶ Mikrobiyolojik kontaminasyonun engellenmesi için demineralize suyun büyük oranlarda depolanmasından kaçınılmalı, suyun sıcaklığı kontrol edilmeli ve depolama alanı düzenli olarak temizlenmelidir.
- ▶ Çalışma alanlarının özelliğine göre gerekli aydınlatma düzeyleri (kontrol ve paketleme alanları 1000 lüks, yükleme ve boşaltma alanları 600-800 lüks gibi) belirlenmelidir.

**SDS07.07**

Kirli, temiz ve steril depolama alanları arasındaki geçiş noktalarında el hijyenini sağlamaya yönelik ekipman (lavabo, sıvı sabun, el antiseptiği gibi) bulunmalıdır.

**SDS08 Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.**

**SDS08.01**

Sterilize edilecek malzemelerin teslim alınması, yıkanması ve yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.

**SDS08.02**

Kirli malzemeler sayımı yapılarak teslim alınmalı, malzemenin adı, sayısı, geldiği birim, geliş tarihi ve saati, teslim eden ve alan kişilerin bilgileri kayıt altına alınmalıdır.

**SDS08.03**

Yıkamada kullanılan ekipman, kimyasallar ve fiziksel parametreler (sıcaklık, konsantrasyon, makine kullanılıyorsa çevrim parametreleri gibi) dekontamine edilecek malzemelerle uyumlu olmalıdır.

**SDS08.04**

Yıkama etkinliğinin izlenmesine ilişkin süreç asgari aşağıdaki kontrol basamaklarını içermelidir:

- ▶ Yıkama cihazlarının döngü raporları her yıkama sonrasında değerlendirilmelidir. Çıktı alınamayan cihazlarda harici fiziksel kontrol yöntemleri uygulanmalıdır.
- ▶ Fiziksel çıktıların kontrolüne ek olarak aşağıdaki kontrollerden biri en az haftada bir kez uygulanmalıdır:
  - Sıcaklık zaman parametrelerini gösteren elektronik kontrol sistemleri
  - Yıkama indikatörleri ile kontrol
- ▶ En az iki haftada bir kez protein kalıntı testleri yapılmalıdır.
- ▶ En az altı ayda bir kez demineralize suyun kimyasal ve mikrobiyolojik kontrolü yapılmalıdır.
- ▶ Yıkama kontrolü, kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.

**SDS08.05**

Yıkama alanları ve cihazlarının bakım ve temizliği ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

**SDS09 Paketleme ve yükleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.**

**SDS09.01**

Paketlemeye ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.

**SDS09.02**

Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim alınmalıdır.

**SDS09.03**

Paket içeriği, temizlik, bütünlük ve hasar açısından kontrol edilmeli ve gerekli bakım uygulamaları yapılmalıdır.

**SDS09.04**

Paketleme işlemi temiz alanda gerçekleştirilmelidir.

- ▶ Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.

**SDS09.05**

Paketlemede kullanılacak malzemeler uygulanacak sterilizasyon yöntemi ile uyumlu olmalı, sterilizasyonun etkinliğini ve steril paketlerin güvenli muhafazasını sağlamalıdır.

**SDS09.06**

Paketlerin sterilizasyon cihazına yüklenmesine ilişkin kurallar tanımlanmalı, sterilizasyon etkinliğini azaltacak şekilde fazla ve sıkı yüklemeye yapılmamalıdır.

**(Ç) SDS10 Sterilizasyon işleminin etkinliği sağlanmalıdır.****SDS10.01**

Sterilizasyon etkinliğinin izlenmesine yönelik ünite tarafından izlenecek yöntem ve süreçler tanımlanmalıdır.

**SDS10.02**

Sterilizatörlerin kurulum ve işletim yeterliliği üretici firma tarafından kanıtlanmış olmalıdır.

**SDS10.03**

Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.

**SDS10.04**

İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.

**SDS10.05**

Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde paket içi kimyasal indikatör uygulaması tanımlanmış ise, her pakete paket içeriğinin niteliğine göre uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konulmalıdır.

**Rehberlik:**

Aşağıdaki koşullar sağlanmak kaydı ile içinde en fazla 5 lümensiz alet veya 10 spanç/ped bulunan sterilizasyon paketlerinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir:

- ▶ Buhar sterilizatörün düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonunun yapılması
- ▶ Bowie-Dick testi ve vakum kaçak test sonuçlarının olumlu olması
- ▶ Bu tür paketlerin bulunduğu döngülerde yük kontrol testlerinin her döngüde yapılması ve olumlu olması

**SDS10.06**

Ünite tarafından sterilizasyon etkinliğinin rutin olarak izlenmesinde biyolojik indikatör uygulaması tanımlanmış ise, uygulama asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir:

- ▶ Sterilizasyon yöntemine göre biyolojik indikatör kullanım sıklığı aşağıdaki şekildedir:
  - Buharlı basınç sterilizasyonunda, parametrik ürün teslimi yapılamıyorsa en az haftada bir kez ve implant içeren her yükte
  - Etilenoksit sterilizasyonunda her döngüde
  - Formaldehit sterilizasyonunda her döngüde
  - H<sub>2</sub>O<sub>2</sub> sterilizasyonunda her döngüde
- ▶ Biyolojik indikatör kullanıldığında;
  - Cihazların ilk kurulum çevrimleri ve büyük onarımlarından sonra arka arkaya üç negatif sonuç alındıktan sonra kullanım başlatılmalıdır.
  - Biyolojik indikatör sonucu kayıt altına alınmalıdır.
  - İndikatörün her farklı üretim serisi için bir pozitif kontrol testi yapılmalıdır.
  - Biyolojik indikatör sonucunun pozitif olması durumunda son negatif sonuçtan itibaren teslim edilen malzemeler geri çağrılmalı, tekrar steril edilmeli, malzemeler hastalara kullanılmış ise ilgili hastalar enfeksiyon kontrol komitesince izlenmelidir. Cihazın bakım kontrolleri yapılmalı, kullanımına üç negatif biyolojik kontrol sonrasında izin verilmelidir.
  - Biyolojik indikatör inkübatörü belirlenen aralıklarda ve gerektiğinde kalibre edilmelidir.

**SDS11 Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.**

#### **SDS11.01**

Basınçlı buhar otoklavlarının periyodik bakımı üretici firma önerileri doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

#### **SDS11.02**

Basınçlı buhar otoklavları için vakum kaçak testi yapılmalıdır.

- ▶ Vakum kaçağı 1 milibar/dakikadan az ise haftada bir kez yapılmalıdır.
- ▶ 1 milibar/dakikadan fazla ise her gün yapılmalıdır.
- ▶ Vakum kaçağı 1,3 milibar/dakika üzerinde ise cihazın çalışması durdurulmalıdır.
- ▶ Vakum kaçak test sonuçları izlenebilir olmalıdır.

**SDS11.03**

Her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Bowie-Dick testi uygulanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**SDS12 Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.****SDS12.01**

Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza edilmelidir.

- ▶ Havalandırma sistemi, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla dışarı akışını sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Dış hava ile doğrudan temas olmamalıdır.
- ▶ Steril malzeme depolarında malzeme rafları yerden en az 30 cm yukarıda, en üst rafa malzeme konduktan sonra tavana mesafesi en az 50 cm olacak şekilde, hava sirkülasyonu için duvardan en az 5 cm önde olmalıdır.
- ▶ Steril depolama rafları kolay temizlenebilir olmalı, depolanan ürünün etrafındaki havanın serbest dolaşımına izin vermelidir.

**SDS12.02**

Steril depodan çıkan malzemeler, paketi açılmasa dahi yeniden steril edilmeden depoya kabul edilmemelidir.

**SDS12.03**

Steril malzemelerin üzerinde, sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır.

**SDS12.04**

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

**SDS13 Sterilizasyon süreci izlenebilir olmalıdır.****SDS13.01**

Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında (malzemenin teslim alınması, yıkanması, paketlenmesi, sterilize edilmesi, depolanması, kullanım alanına transferi); zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.

- ▶ Sterilizasyon işlemi ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilmelidir:
  - Yıkama ve termal dezenfeksiyon etkinliğini gösteren performans testleri
  - Döngü sonrası paketlerin nem ve maruziyet bandı açısından kontrolü
  - Sterilizasyon etkinliği kimyasal ve biyolojik indikatörler ile izleniyor ise indikatör kontrol sonuçları
  - Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiği
  - Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
  - Cihaz döngü kayıtları
  - Cihaza ilişkin test sonuçları (vakum kaçak testi, Bowie-Dick testi gibi)
  - Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiği
  - Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığı
  - Varsa diğer aşamalarda gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar.

**(Ç) SDS14 Tıp merkezinde kullanılan endoskopik cihazların dezenfeksiyon süreci ve sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

#### SDS14.01

Endoskopik cihazların ön işlem, temizleme, durulama, yüksek düzey dezenfeksiyon, son durulama, kurulama ve saklama aşamalarına yönelik kurallar ulusal ve uluslararası kılavuzlar doğrultusunda tanımlanmalıdır.

#### SDS14.02

Endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyonunun etkin şekilde gerçekleştirilebilmesi için uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.

- ▶ Endoskopi ünitelerinde dezenfeksiyon işlemi için ayrılmış bir oda bulunmalıdır.
- ▶ Odanın havası saatte 7-15 kez değiştirilmelidir.
- ▶ Biri yıkama amaçlı kullanılmak üzere en az iki adet eviye bulunmalıdır. Ayrıca, elle dezenfeksiyonda sadece durulama için kullanılan ayrı bir eviye de olmalıdır.
- ▶ Eviyenin yapıldığı malzeme kimyasallara dayanıklı olmalı ve kolay temizlenebilmelidir.
- ▶ Eviye, bir endoskopu kordonlarıyla birlikte, zarar görmeden tam olarak alabilecek kadar büyük olmalıdır (en az 42 cm).
- ▶ Eviyeye sıcak ve soğuk su akışı olmalıdır.
- ▶ El yıkama için ayrı bir lavabo bulunmalıdır.

**SDS14.03**

Kullanılan yüksek düzey dezenfektanın minimum etkin konsantrasyonu (MEK) kontrol edilmelidir.

**SDS14.04**

Dezenfektörler ile yapılacak olan endoskop dezenfeksiyonunda, dezenfeksiyon işlemine kadar olan temizleme basamaklarının tamamı uygulandıktan sonra endoskop dezenfektöre yerleştirilmelidir.

- ▶ Dezenfektör döngüsü tamamlanmadan endoskop çıkarılmamalı, elle yapılan dezenfeksiyonda olduğu gibi kurulama ve saklama basamaklarının uygun şekilde tamamlanması sağlanmalıdır.

**SDS14.05**

Endoskoplar kurumaları için düşey pozisyonda asılmalı, kurutulduktan sonra temiz olarak muhafaza edilmelidir.

**SDS14.06**

Endoskopik cihazların temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemlerini gerçekleştiren personel konu ile ilgili eğitim almış olmalıdır.





# Radyasyon Güvenliği

## Amaç

Radyasyon içeren teşhis ve tedavi hizmetleri ile iyonlaştırıcı radyasyon kaynağı içermeyen görüntüleme hizmetlerinin sunumunda hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliğini sağlamaktır.

**SRG01 Radyasyondan korunma sorumlusu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

**SRG01.01**

Radyasyondan korunma sorumlusunun sorumluluk alanları asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Radyasyon alanlarının ve bu alanlarda uyulması gereken kuralların belirlenmesi
- ▶ Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve toplum için radyasyon güvenliği ile ilgili önlemlerin alınması
- ▶ Radyasyon cihazları veya kaynaklarının bakım ve kalibrasyonunun takibi
- ▶ Tehlike veya kaza durumuna yönelik gerekli düzenlemelerin yapılması
- ▶ Radyoaktif atıkların yönetimi ve güvenliğinin sağlanması
- ▶ Radyasyondan korunma konusunda ilgili personele eğitim verilmesi
- ▶ Tespit edilen uygunsuzluklar ile gerekli iyileştirme faaliyetlerinin üst yönetime raporlanması ve izlenmesi

**(Ç) SRG02 İyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**Rehberlik:**

Sağlık kuruluşlarında radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken merkez ve ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır:

- ▶ Nükleer tıp merkezleri
- ▶ Radyasyon onkolojisi merkezi
- ▶ Radyoloji merkezleri
- ▶ ESWL (taş kırma) üniteleri
- ▶ ERCP ünitesi
- ▶ HSG (Histerosalpingografi)

**SRG02.01**

İyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının bulunduğu alanlara yönelik yetkili kurum veya kuruluşlarca oluşturulmuş lisans belgesi bulunmalıdır.

**SRG02.02**

Radyasyon alanlarına giriş ve çıkış kuralları ile bu alanlarda alınması gereken güvenlik tedbirleri tanımlanmalıdır.

Radyasyon alanlarında uygulanması gereken güvenlik tedbirlerinden bazıları aşağıda belirtilmiştir:

- ▶ Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.
- ▶ Hasta, hasta yakını ve çalışanları uyarmaya yönelik araçlar (radyasyon uyarı işaretleri, ışıklı levha vb.) kullanılmalıdır.
- ▶ Uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
- ▶ Bekleme salonları radyasyon alanlarının dışında bulunmalı, tetkik yapılacak hastalar kontrollü (denetimli) alana tanımlanan kurallar doğrultusunda alınmalıdır.
- ▶ Radyasyon yayan portable cihazların kullanımında radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

**(Ç) SRG03 Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemlerinin yapıldığı alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **SRG03.01**

Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemi sonrası hastanın istirahat edebilmesi gerekirse izlenebilmesine yönelik alanlar düzenlenmelidir.

#### **SRG03.02**

Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme işlemi uygulayan sağlık personeli Kardiyopulmoner Resüsitasyon (KPR) ve allerjik reaksiyonlar ile ilgili eğitim almış olmalıdır.

#### **SRG03.03**

Girişimsel veya kontrast madde kullanılarak yapılan görüntüleme alanlarında kolay ulaşılabilir şekilde acil müdahale seti bulunmalıdır.

**(Bkz. Hasta Bakımı Bölümü)**

**SRG04 Yüksek manyetik alanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **SRG04.01**

Yüksek manyetik alanlara yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır.

- ▶ Vücudunda manyetik rezonans ile uyumlu olmayan kalp pili, metalik kalp kapağı, stent, kohlear implant, elektrikli infüzyon pompası gibi maddeler bulunan hasta, hasta yakını ve çalışanlar MRG cihaz odasına alınmamalıdır.

- ▶ MRG cihaz odasına girişlerde hasta üzerinde ya da yanında bozuk para, metalik cisim, tabanca gibi maddeler bulunmamalıdır.
- ▶ MRG cihaz odasında MRG ile uyumlu olmayan oksijen tüpü, defibrilatör, monitör, sedye gibi araçlar bulunmamalıdır.
- ▶ MRG cihaz odası girişinde gerekli uyarı levhaları bulunmalıdır.

#### **SRG04.02**

Yüksek manyetik alanlara giriş kuralları konusunda personele eğitim verilmelidir.

- ▶ Temizlik ve hasta transferinde görevli personel eğitime dahil edilmelidir.

#### **SRG04.03**

MRG cihazı ile yapılan çekimler sırasında hastaların gürültüden rahatsız olmalarını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**SRG05 Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konfor ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **SRG05.01**

Hastalara ait hazırlanma odası ya da kabini bulunmalıdır.

#### **SRG05.02**

Hastalara ait değerli eşyaların korunmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

#### **SRG05.03**

Hastaların kullanımına uygun temiz örtü, önlük gibi malzeme bulunmalıdır.

#### **SRG05.04**

Hastaların görüntüleme alanına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.

**(Ç) SRG06 Görüntüleme işlemlerine yönelik çekim protokolleri hazırlanmalıdır.**

#### **SRG06.01**

Radyoloji, nükleer tıp ve hibrit görüntüleme işlemlerine (SPECT/BT, PET/BT, PET/MR gibi) yönelik çekim protokolleri hazırlanmalıdır.

#### **SRG06.02**

Çekim protokollerinde, işlemin türüne göre, hasta kilosu, yaşı vb. değişkenler dikkate alınarak radyasyon dozu, verilen radyoaktif madde miktarı, çekim süresi, görüntü açısı, görüntüleme tekniği gibi parametreler belirlenmelidir.

- ▶ Gebelerde klinik endikasyon nedeniyle görüntüleme yapılacak ise fetüsün radyasyon maruziyetini azaltmak için optimum görüntü kalitesini sağlayacak mümkün olan en düşük parametreler seçilmeli, yüksek manyetik güç ve uzamış görüntüleme zamanından kaçınılmalıdır.

### SRG06.03

Çalışanlara çekim protokolleri ile ilgili eğitim verilmelidir.

- ▶ Çekim protokolünü otomatik olarak kullanan cihazların varlığı durumunda ilgili personele; çekim protokollerinin amacı, önemi, temel prensipleri, kullanılan cihazın teknik özellikleri ve dikkat edilmesi gereken hususlar hakkında eğitim verilmelidir.

**SRG07 Hasta ve yakınının özellikli radyolojik tetkik ve girişimler ile ilgili bilgilendirilmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

### SRG07.01

Hasta ve yakınının özellikli radyolojik tetkik ve girişimler öncesi ve sonrası süreçleri kapsayacak şekilde bilgilendirilmesine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

### SRG07.02

Hazırlık gerektiren özellikli radyolojik tetkik ve girişimlere yönelik bilgilendirmenin etkin şekilde sağlanabilmesi amacıyla işleme özel bilgilendirici dokümanlar oluşturulmalıdır.

**(Ç) SRG08 Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**

### SRG08.01

Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucular kullanılmalıdır.

- ▶ Hastalar ve yakınları için radyasyon koruyucularının kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir.
- ▶ Hasta profiline göre farklı ebatlarda radyasyon koruyucular (radyasyon koruyucu önlük, tiroid koruyucu, gonad koruyucu, kurşun eşdeğerli gözlük gibi) bulunmalıdır.

### SRG08.02

Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.

**SRG08.03**

Radyasyon koruyucularının kontrollerine yönelik süreç tanımlanmalıdır.

- ▶ Radyasyon koruyuculara yönelik kontrol süreci (kontrollerin hangi yöntemle, hangi aralıklarla, kim tarafından yapılacağı gibi) belirlenmelidir.
- ▶ Radyasyon koruyucularının kontrolleri en az yılda bir kez ve gerektiğinde yapılmalı, kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır.
- ▶ Rutin dışı kontrollerin hangi durumlarda yapılması gerektiği belirlenmelidir.

**SRG08.04**

Doğru hastaya doğru işlemin (doğru ilaç ve doz, doğru malzeme, doğru yöntem vb.) uygulanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

**SRG08.05**

Gebe ve gebelik potansiyeli olan hastalara yönelik dikkat edilmesi gereken kurallar belirlenmelidir.

- ▶ Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.
- ▶ Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde olmak üzere ayrı ayrı yapılmalıdır.

**SRG08.06**

Bebek ve çocuk hastalara yönelik çekimlerde dikkat edilmesi gereken hususlar belirlenmeli, radyasyona maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.

**(Ç) SRG09 Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**

**SRG09.01**

Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.

- ▶ Çalışanların ihtiyaçları çerçevesinde işlemin türüne göre farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.
- ▶ Girişimsel radyoloji uygulamalarında çalışan personel için işleme uygun ilave kişisel donanım (çift taraflı önlükler, kırık tabakalı önlük, el, kol, ayak koruyucu, yüz ve göz koruyucular gibi) bulunmalıdır.

**SRG09.02**

Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır.

- ▶ Dozimetreler kullanan kişinin ismine kayıtlı olmalıdır.
- ▶ Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için;
  - Her dozimetre takip dönemi sonundaki radyasyon dozu kayıt altına alınmalıdır.
  - Yıllık toplam radyasyon dozu hesaplanmalıdır.
  - Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır.
- ▶ Dozimetre sonuçları değerlendirilerek gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- ▶ Girişimsel radyoloji uygulamalarında iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları ile çalışan personel kişisel dozimetresine ek olarak el bileği veya yüzük dozimetresi taşınmalıdır.

**(Ç) SRG10 Kontrollü (Denetimli) alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.**

**SRG11 Radyoaktif kaynakların bulunduğu alanlarda (brakiterapi, kan ışınlama, nükleer tıp gibi) kaynağın korunması ve güvenli kullanımına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.**

**(Ç) SRG12 Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası acil durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.**

#### **SRG12.01**

Radyasyonla ilgili olası kaza, yaralanma, bulaş, serpinti gibi durumlara yönelik alınması gereken önlemler asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde belirlenmelidir:

- ▶ Bölgesel, kurumsal ve kişisel önlemler
- ▶ Müdahale yöntemleri
- ▶ Müdahale veya dekontaminasyon için gerekli malzemeler
- ▶ Müdahale ekibi
- ▶ Acil durumlarda kullanılması gereken ilave koruyucu donanım

**SRG12.02**

İlgili çalışanlara, radyoaktif kaynakların güvenliğinin sağlanması ve radyasyon acil durumlarının yönetimine ilişkin yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.

**SRG12.03**

Radyasyonla ilgili gerçekleşen kaza, yaralanma, bulaş, serpinti gibi olaylar ve bu olaylara müdahale şekli kayıt altına alınmalıdır.

**(Ç) SRG13 Nükleer tıp uygulamalarına özgü uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.**

**SRG13.01**

Radyoaktif madde almamış hasta ve yakınlarına yönelik bekleme alanları, radyasyon alanının dışında olmalıdır.

**SRG13.02**

Tanısal amaçlı radyoaktif madde uygulanan veya radyonüklit tedavi alan hastaların bulunduğu alanlar ayrılmalıdır.

- ▶ Radyoaktif madde alan hastaların;
  - Kullandıkları alanlarda uygun zırlama yapılmış olmalıdır.
  - Kullandıkları lavabo ve tuvaletler bağımsız olmalıdır.
- ▶ Radyonüklit tedavi ünitelerinde oluşan hastadan kaynaklı sıvı atıklar özel tanklarda toplanmalıdır.
- ▶ Acil durumlarda dekontaminasyon uygulamasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.
- ▶ Ortam ve kişilerin dekontaminasyon işlemi konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.
- ▶ Tanısal amaçlı madde alan hastaların beklediği alanlar, hastaların birbirleri ile yakın temas etmeyecekleri şekilde düzenlenmelidir.

**SRG13.03**

Radyoaktif madde içeren farmasötiklerin hazırlandığı odada, havalandırması genel havalandırma sisteminden bağımsız olan güçlü çeker ocak sistemi bulunmalıdır.

- ▶ Çeker ocağın bacası binanın çatısına kadar bağımsız olarak çıkmalı, açığa çıkan gazların açık pencerelerden veya havalandırma sisteminden tekrar binaya girmesi önlenmeli ve bu alanda uygulanması gereken kurallar tanımlanmalıdır.



**(Ç) SRG14 Nükleer tıp kliniklerinde kullanılan radyoaktif maddelerin ve oluşan atıkların kontrolü ve yönetimi sağlanmalıdır.**

#### SRG14.01

Radyoaktif maddenin bölüme giriş kaydı yapılmalı ve giriş yapıldığı andaki radyoaktivite düzeyi ölçülüp kayıt altına alınmalıdır.

#### SRG14.02

Radyoaktif madde içeren farmasötiklerin hazırlandığı alanlarda içerisinde uygun torbaların bulunduğu kurşun zırlı radyoaktif atık kapları bulunmalı, radyoaktif ve kontamine olmuş atıklar bu kaplara atılmalıdır.

- ▶ Sağlık kuruluşunda kullanılan radyoaktif maddelerin yarılanma ömürlerine yönelik listeler hazırlanmalı ve gerekli alanlarda bulundurulmalıdır.
- ▶ Zırlı radyoaktif atık kutularında torbalar içerisinde bulunan atıklar, torbaları ile beraber atık depolarına taşınmalıdır.
- ▶ Atık torbalarında radyasyon ölçümleri yapılmalı ve fiziksel yarı ömürlerine göre gruplandırılmalıdır.
- ▶ İçerisinde radyoaktif atıkların bulunduğu torbaların üzerine;
  - Radyoaktif maddenin adı
  - Ölçümün yapıldığı tarih
  - Radyasyon doz hızı yazılmalıdır.

#### SRG14.03

Radyoaktif madde kullanımından oluşan katı ve sıvı atıklar depolanmalıdır.

- ▶ Atıkların depo giriş ve çıkış radyasyon ölçümleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
- ▶ Radyoaktif katı atıklar tahliye edilmeden önce geçici depolanabilecek kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.
- ▶ Depolama alanı;
  - Sert yapı malzemelerinden yapılmalı, zemin yıkanabilir, sızdırmaz özellikte olmalı, iyi drene edilebilmelidir.
  - Uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmış olmalıdır.
  - Dışında gerekli uyarılar ve radyasyon uyarı işareti bulunmalıdır.
  - Radyoaktif atıkların depolanma süreleri de dikkate alınarak uygun büyüklükte tasarlanmalıdır.
  - Tahliye düzenini sağlayabilmek amacıyla uygun düzenlemeye (raf vb.) sahip olmalıdır.
  - Yetkisiz kişilerin erişimini önlemek için kilit veya şifre mekanizması gibi uygulamalar bulunmalıdır.

**SRG14.04**

Radyoaktif atıklar radyoaktivite düzeyi ölçüm sonucuna göre uygun şekilde tahliye edilmelidir.

- ▶ Tedavi ünitesinde tanklarda bekletilen radyoaktif sıvı atıklar, radyoaktiviteleri kabul edilebilir düzeyin altına düştükten sonra şehir kanalizasyon sistemine salınmalıdır.
- ▶ Radyoaktif katı atıklar, radyasyon ölçüm değeri kabul edilir düzeye geldiğinde tıp merkezi atığı (evsel atık, tıbbi atık vb.) olarak işlem görmelidir.
- ▶ Radyoaktif atık yarı ömrü 100 günün üzerinde olan veya alfa partikülü içeren atıklar yetkili kuruma teslim edilmelidir.
- ▶ Boş jeneratör kapları gibi kapalı radyoaktif kaynaklar ilgili firmaya teslim edilmelidir.

**(Ç) SRG15 Radyoaktif madde uygulanan hastaların ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SRG15.01**

Tedavi ya da tanı amaçlı radyoaktif madde uygulanan hastaların kullandıkları alanlar ile alanlara yönelik giriş ve çıkış kuralları tanımlanmalıdır.

- ▶ Denetimli alanların girişinde radyasyon uyarı işaretleri bulunmalıdır.

**SRG15.02**

Nükleer tıp birimlerinde denetimli ve gözetimli alanlarda rutin olarak ortam radyasyon ölçümleri yapıp kayıt altına alınmalıdır.

- ▶ Personel ve alan kontaminasyonu kullanılan radyoaktiviteye uygun radyasyon ölçüm cihazları kullanılarak ölçülmelidir.
- ▶ Ortam radyasyon ölçümleri radyasyon ölçüm cihazları ile yapılmalı, ayrıca belli yerlerde asılı bulunan radyasyon alan monitörleri ile takip edilmelidir.
- ▶ Ölçüm sonuçları kayıt altına alınmalı, radyasyon ölçüm cihazlarının kalibrasyonlarının belirlenen periyotlarda yapılması sağlanmalıdır.

**SRG15.03**

Radyoaktif madde uygulanan hastalarla ilgili aşağıda yer alan kayıtlar tutulmalıdır:

- ▶ Hastalara verilen aktivite miktarı ve uygulama yolu
- ▶ Varsa gelişen komplikasyon
- ▶ Taburcu edilen hastada 1 metre uzaklıktaki doz hızı

**SRG15.04**

Hasta 1 metre uzaklıktaki doz hızına göre taburcu edilmelidir.

**SRG15.05**

Radyoaktif madde uygulamalarında hasta ve yakınlarına yönelik çevrede ve ailelerinde bulunan kişilerin radyasyondan korunması için dikkat etmeleri gereken konular hakkında bilgilendirici dokümanlar hazırlanmalıdır.

- ▶ Radyoaktif madde uygulanmadan önce hastadan; anlatılanlar ve yazılanları anladığı, radyoaktif madde uygulanmasını kabul ettiği ve çevresinde bulunan kişilerin güvenliğini sağlayacağına dair yazılı onam alınmalıdır.



# Acil Sağlık Hizmetleri

## Amaç

Kesintisiz hizmet vermek üzere ruhsatlandırılan tıp merkezlerinde, acil sağlık hizmetleri sunum alanlarında yapısal ve süreç bazlı faaliyetlerin, hasta ve çalışanın güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmesi ile en etkin ve güvenilir sağlık sonuçlarına ulaşılmalarını sağlamaktır.

**SAS01 Acil sağlık hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

#### **SAS01.01**

Acil sağlık hizmetine yönelik süreçler ve süreçlerin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır.

Doküman asgari aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır:

- ▶ Acil sağlık hizmetleri sunum alanlarının yapısal düzenlemesi
- ▶ Acil ünitesine hasta kabul süreci
- ▶ Muayene, müdahale, tanı ve konsültasyon süreçleri
- ▶ Müşahede süreci
- ▶ İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi
- ▶ Sevk, tıbbi gözlem ve taburculuk süreçleri
- ▶ Hasta ve yakınının bilgilendirilmesi
- ▶ Zehirlenme vakalarının yönetimi
- ▶ Afet ve acil durum yönetimi
- ▶ Acil sağlık hizmeti kapsamında diğer kurum ve kuruluşlar ile koordinasyon süreçleri
- ▶ Acil sağlık hizmeti sunum alanlarında risk yönetimi

**SAS02 Acil sağlık hizmetleri sunum alanlarına ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**

#### **SAS02.01**

Tıp merkezi yerleşkesinde acil ünitesine ulaşımı kolaylaştırıcı işaret ve levhalar bulunmalıdır.

#### **SAS02.02**

Acil servis giriş tabelası tıp merkezi dışından görülebilir olmalıdır.

#### **SAS02.03**

Ambulans girişleri araçların rahatlıkla yaklaşabileceği, manevra yapabileceği genişlikte olmalıdır.

#### **SAS02.04**

Olumsuz hava koşullarından etkilenmeyi önlemek için girişlerin üstü kapalı olmalıdır.

**SAS02.05**

Acil servis girişi aydınlatılmış olmalıdır.

**SAS03 Acil ünitesinin fiziksel ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SAS03.01**

Acil ünitesi hizmet sunum alanları belirlenmelidir.

**SAS03.02**

Acil ünitesi alanları hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşımalıdır.

**SAS04 Acil ünitesi için gerekli ilaç, malzeme ve cihaz bulunmalıdır.**

**SAS04.01**

Bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmeli ve ilgili alanlarda bulundurulmalıdır.

**SAS04.02**

İlaç, malzeme ve cihazların sürekliliği sağlanmalı ve kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır.

**(Ç) SAS05 Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalıdır.**

**SAS05.01**

Hasta profili ve tıp merkezi öncelikleri dikkate alınarak acil ünitesinde hizmet verilen kritik hasta grupları (kardiyak arrest, solunum arresti, intihar girişimi, zehirlenme, anafilaktik şok vb.) belirlenmelidir.

**SAS05.02**

Belirlenen hasta grupları için acil ünitesinde uygulanması gereken, tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.

**SAS05.03**

Kritik vakalarda ilk müdahale, sevk ve transfer işlemlerinin nasıl yapılacağı tanımlanmalıdır.

**SAS05.04**

Acil servise ambulans aracılığıyla gelen hastalara müdahaleye ilişkin planlama bulunmalıdır.

**SAS06 Acil servislere konsültasyona yönelik süreçleri tanımlayan bir plan bulunmalı ve konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.**

**(Ç) SAS07 Tıbbi gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.**

**SAS07.01**

Gözlem odaları, sağlık çalışanının hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır.

**SAS07.02**

Tıbbi gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır.

**SAS07.03**

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

**SAS07.04**

Hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşmasını sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**SAS08 Tıbbi gözlem, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SAS08.01**

Tıbbi gözlem, sevk ve taburculuk işlemleri, tıp merkezi tarafından oluşturulan prosedür çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

**SAS08.02**

Tıbbi gözlem, sevk ve taburculuk durumunda, hastaya ait kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler, ilgili sağlık çalışanlarına hasta teslimi sırasında doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.

**SAS08.03**

Tıbbi gözlem, sevk ve taburculuk durumunda acil ünitesinde gerçekleştirilen tıbbi müdahaleleri içeren kayıtların bir nüshası hasta ile birlikte nakledilmelidir.



**SAS08.04**

Sevk öncesinde, sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır.

**SAS08.05**

Hastanın sevki ambulans ile yapılmalıdır.

**SAS08.06**

Acil ünitesinden taburcu edilen hasta ve yakınlarına taburculuk sonrası süreçle ilgili bilgi verilmelidir.

**(Ç) SAS09 Acil ünitesinde hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.**

**SAS09.01**

Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliği açısından riskler tespit edilmeli ve bu riskleri önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.

- ▶ Genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir.
- ▶ Kameraların yerleşim noktaları, hasta ve çalışan mahremiyeti dikkate alınarak belirlenmelidir.

**SAS09.02**

Acil ünitesi çalışanlarına iletişim becerilerinin geliştirilmesi ve kriz yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.

**SAS10 Acil ünitesi ilgili personeline kardio pulmoner resüsitasyon (KPR) eğitimi verilmelidir.**

**SAS10.01**

Acil ünitesinde görev yapan ve KPR eğitimi alması gereken sağlık çalışanları belirlenmeli ve bu çalışanlara yılda en az bir kez KPR eğitimi verilmelidir.

**SAS11 Tıp merkezi dışına hasta nakli ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.**

**SAS11.01**

Hastaların, tıp merkezi dışına ambulans ile nakledilme ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler ilgili mevzuat doğrultusunda tanımlanmalıdır.

**SAS11.02**

Hasta nakli amacıyla kullanılan ambulansın ilgili mevzuata uygunluğu sağlanmalıdır.

- ▶ Ambulans aracında bulunması gereken ilaç, tıbbi cihaz ve malzemeler tanımlanmalıdır.
- ▶ Ambulans aracında;
  - İlaç, malzeme ve cihazların listesi bulunmalıdır.
  - İlaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve stok durumu günlük olarak takip edilmelidir.
  - İlaç ve malzemelerin miat takipleri yapılmalıdır.
  - Tıbbi ekipman çalışır durumda olmalı ve düzenli aralıklarla kalibrasyonları yapılmalıdır.
  - Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.
  - Tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
  - Sedye kızıakları ve emniyet kemerinin günlük kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
  - Kişisel koruyucu donanım bulunmalıdır.

# Ameliyathane

## Amaç

Ameliyathane hizmeti sunulan tıp merkezlerinde ameliyathane koşullarının ve cerrahi uygulamaların Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokolüne uygunluğunun sağlanmasıdır.

## SAH01 Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

### SAH01.01

Ameliyathane süreçleri ve süreçlerin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Alanlarına göre ameliyathanede uyulması gereken kurallar
- ▶ Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamalar
- ▶ Hastanın;
  - Ameliyathaneye nakli ve kabulü
  - Operasyon öncesi hazırlığı
  - Operasyon süreci
  - Postoperatif süreçte izlemi
  - Ameliyathaneden kliniğe devredilmesi ve nakli
- ▶ Cerrahi öncesi hazırlanma kuralları (cerrahi el yıkama, giyinme, cihaz, ekipman, malzeme ve ilaçların hazırlığı gibi)
- ▶ Ameliyathanede;
  - Hasta ve çalışan güvenliği
  - Tesis güvenliği
  - Radyasyon güvenliği
  - İlaç, malzeme ve cihaz yönetimi
  - Temizlik ve dezenfeksiyon kuralları

## SAH02 Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

### SAH02.01

Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları belirlenmelidir.

- ▶ Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.

### SAH02.02

Ameliyathane alanları en az üç farklı (steril, temiz, serbest alan gibi) kategoride ele alınmalıdır.

- ▶ Ameliyathane yapılanması ve işleyişinde kirli ve temiz malzeme trafiğinin ayrı olmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalı, alan bazında uyulması gereken kurallar tanımlanmalıdır.

**Rehberlik:**

Alanlar, ilgili mekanda gerçekleştirilen faaliyetler ve kurallarla tanımlanmaktadır. Serbest alan, ameliyathaneye hasta, personel ve ekipman girişinin kontrollü olarak sağlandığı bölümdür. Bu bölgede ameliyathane dışı kıyafete izin verilmektedir ve trafik sınırlı değildir. Temiz alan cerrahi bölümün çevresel destek alanlarını içerir. Temiz ve steril malzeme ve cihazlar için depolama alanları, steril alanlara giden koridorlar burada tanımlanır. Bu alandaki trafik yetkili personel ve hastalarla sınırlıdır. Personel cerrahi kıyafet giyer, saçlar ve yüz kılları örtülür. Steril alan ameliyat odalarını içerir. Cerrahi kıyafet giyilmesi, saç ve yüz kıllarının örtülmesi gereklidir. Açık steril malzemenin veya temizlenmiş kişilerin bulunduğu yerlerde maske takılır. El yıkama-ovalama alanları (scrub), ameliyathane yapısına göre temiz ya da steril alan olarak tanımlanabilmektedir. El yıkama-ovalama alanından steril alana geçişte arada farklı bir fiziksel alan bulunmaz.

**SAH02.03**

Ameliyat odası duvar, tavan ve zeminleri kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir özellikte olmalı, duvar birleşim noktaları düzgün ve köşesiz olmalıdır.

**SAH03 Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.****SAH03.01**

Ameliyat türüne ve özelliğine göre ameliyat odasında bulunması gereken sıcaklık ve nem değerleri belirlenmelidir.

- ▶ Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır.
- ▶ Ameliyat odasının sıcaklığı 20-23 °C olmalıdır, ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26 °C arasında ayarlanabilmelidir.
- ▶ Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.

**SAH03.02**

Ameliyathane alanlarında sıcaklık ve nem kontrolleri kayıt altına alınmalıdır.

**SAH04 Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****SAH04.01**

Ameliyathane alanının, hepafiltreli hijyenik klima sistemi veya muadili bir sistem ile iklimlendirilmesi ve havalandırılması sağlanmalıdır.

- ▶ Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan serbest alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).

**SAH04.02**

Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.

**SAH04.03**

Havalandırma sistemlerinin performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır. Havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır:

- ▶ HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi)
- ▶ Hava debisi ve hava hızı ölçümü
- ▶ Alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti
- ▶ Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme)
- ▶ Partikül ölçümü

**SAH04.04**

Havalandırma sisteminin bakımı düzenli aralıklarla yapılmalı, gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.

**SAH05 Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**SAH05.01**

Ameliyat odalarında tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynakları ile beslenmeli, diğer odalar ve koridorlarda yeterli sayıda priz kesintisiz güç kaynağı ile desteklenmelidir.

**SAH05.02**

Elektrik kesilmesi durumunda kesintisiz güç kaynağının ne kadar süre çalışacağı belirlenmelidir.

**SAH05.03**

Kesintisiz güç kaynaklarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

**SAH06 Tıbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir.****SAH06.01**

Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki gösterge panelinden tıbbi gazların basınç düzeyleri kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

**SAH06.02**

Anestezi cihazına entegre olan yedek medikal gaz tüplerinin kontrolü yapılmalıdır.

**(Ç) SAH07 Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.****SAH07.01**

Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlardan önce cerrahi bölge işaretlemesi yapılmı durumu kontrol edilmelidir.

**SAH07.02**

Genel, bölgesel ve lokal anestezi ile yapılan tüm operasyonlarda GCKL kullanılmalıdır.

- ▶ GCKL'nin kullanılmasının zorunlu olduğu durumlarda, listenin "Ameliyathaneden Öncesi" aşaması uygulanmamış ise hasta ameliyathaneye kabul edilmemelidir.
- ▶ GCKL ameliyathanede liste sorumlusu tarafından "anestezi verilmeden önce", "ameliyat kesisinden önce" ve hasta "ameliyattan çıkmadan önce" uygulanmalıdır.

**(Bkz. Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)**

**(Bkz. Ek-2 Tıp Merkezi Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)**

**Rehberlik:**

Liste sorumlusu;

- ▶ Liste basamaklarının uygulanma durumunun ekip tarafından kontrol edildiğini ve onaylandığını teyit eder.
- ▶ Genellikle sirküle (serbest) hemşire olmakla birlikte merkez tarafından belirlenir. Liste sorumlusunun, listede yer alan eylemlerin gerçekleştirilmesi ile ilgili sorumluluğu bulunmamaktadır.

**SAH07.03**

Güvenli cerrahi kontrol listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

**(Ç) SAH08 Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.**

**SAH08.01**

Hasta preoperatif süreçte anestezi yöntemi ve premedikasyon ihtiyacı açısından değerlendirilmelidir.

**SAH08.02**

Anestezi uygulamalarının güvenliğini sağlamaya yönelik anestezi güvenlik kontrol listesi kullanılmalıdır.

**(Bkz. Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)**

**SAH08.03**

Anestezi güvenlik kontrol listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

**SAH09 Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.**

**SAH09.01**

Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar (ameliyat notu, operasyona ilişkin kritik hususlar, anestezi formu, hastaya ait bilgiler gibi) bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığını sağlayacak şekilde tutulmalıdır.

**SAH09.02**

Ameliyat notu hasta ameliyathaneden ayrılmadan önce yazılmalıdır.

**SAH09.03**

Gerçekleştirilen işlemler, öngörülmeleyen durumlar, operasyon ekibinde yer alan üyeler, operasyon başlangıç ve bitiş saatleri ile operasyon sonrası öneriler kayıt altına alınmalıdır.

**SAH09.04**

Doku örneği alınması durumunda nereden ve ne kadar alındığı kayıt altına alınmalıdır.



**(Ç) SAH10 Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **SAH10.01**

Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan dokular uygun örnek kabına alınmalı, doğru ve eksiksiz bir şekilde etiketlenmeli ve uygun şekilde transfer edilmelidir.

Etikette asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Hasta adı-soyadı
- ▶ TC kimlik/protokol numarası
- ▶ Doğum tarihi
- ▶ Örnek alınan organ/bölge

#### **SAH10.02**

Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

#### **SAH10.03**

İlgili çalışanlara eğitim verilmelidir.



# Doğum Hizmetleri

## Amaç

Doğum hizmeti sunulan tıp merkezlerinde doğum eyleminin bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde gerçekleştirilmesi ile anne ve bebeğe hasta güvenliği ilkeleri doğrultusunda gerekli bakım, yönlendirme ve eğitim hizmetlerinin sunulmasıdır.

**SDH01 Doğum hizmetleri için uygun fiziksel koşullar sağlanmalıdır.****SDH01.01**

Doğum öncesi izlem ve doğum eylemi tek kişilik odalarda yapılmalıdır.

- ▶ Doğum öncesi izlem odaları oda içinde doğum yaptırılacak tasarımda olmalıdır.

**SDH01.02**

Doğum öncesi izlem, doğum sırası ve doğum sonrası bakım odalarında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

**SDH01.03**

Doğum eyleminin gerçekleştirildiği alanlarda, duvar, tavan ve zeminler, temizlik ve dezenfeksiyona uygun özellikte olmalı, uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

**SDH01.04**

Doğum eyleminin gerçekleştirildiği odalardaki aydınlatma sistemi, yeterli aydınlatmayı sağlayacak ve gerektiğinde loş ortam oluşturabilecek şekilde düzenlenmelidir.

**SDH01.05**

Gürültü düzeyinin azaltılması için gerekli tedbirler (monitör ve çağrı sistemlerinin sesinin kısılması, yüksek sesle konuşulmaması gibi) alınmalıdır.

**SDH01.06**

Vajinal doğumda sedasyon veya anestezi altında müdahale gerekmesi durumunda, müdahalelerin ameliyathane dışında hangi alanda yapılacağı tanımlanmalı ve çalışanlar bu konuda bilgilendirilmiş olmalıdır.

**SDH02 Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.****SDH02.01**

Doğum süreci için gerekli ekipman ve sayısı belirlenmelidir.

- ▶ Doğumun gerçekleştirilen birimde asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır:
  - Acil müdahale seti
  - Defibrilatör
  - Forseps

- Vakum
- Dirsek üzerine kadar çıkan ve kavite kontrolü için kullanılan kalın steril eldivenler
- Bumm küret
- Kanama durdurucu balon
- Farklı ebatlarda elastik kompresyon çorapları
- Bebek ısıtıcısı
- Bebek aspiratörü ve puar
- Laringoskop seti
- Farklı ebatlarda entübasyon tüpü
- Uygun boyutta balon-valf maske sistemi ve T-Parça canlandırıcı sistem
- Oksijen ile hava karıştırıcı
- Nabız oksimetre cihazı ve probu

### SDH02.02

Vajinal doğumun gerçekleştirildiği odalarda, gebenin her türlü doğum pozisyonunu (dik pozisyonlar, çömelme, litotomi gibi) alabileceği doğum yatağı ve doğum aparatları (asılma aparatları, egzersiz topu gibi) bulunmalıdır.

### SDH02.03

İhtiyaç durumunda kolay ulaşılabilecek şekilde transport kuvüzü bulunmalıdır.

- ▶ Transport kuvüzü dahili olarak şarj edilebilen bataryaya sahip olmalı ve harici batarya ile çalışabilmelidir.
- ▶ Transport kuvüzünün oksijen ile hava karıştırıcısına uygun şekilde bağlanmış oksijen ve hava tüpü bulunmalıdır.
- ▶ Ulaşılabilir alanda, her bir tüp için yedek tüpler bulunmalıdır.

### SDH02.04

Ekipmanların teknik kontrolleri yapılmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

**(Ç) SDH03 Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

### SDH03.01

Doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası aşamalar belirlenmiş kurallar çerçevesinde izlenmelidir.

- ▶ Doğum eyleminde Bakanlıkça yayımlanan "Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi"ne göre izlem yapılmalıdır.

- ▶ Acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf ile izlenmeli, partograf kayıtları hasta dosyalarında bulunmalıdır.
- ▶ Doğum sonrası süreçte annenin takibi Bakanlıkça yayımlanan "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi"ne göre yapılmalı, izlem kayıt altına alınmalıdır.

### SDH03.02

Sunni olarak servikal açıklık sağlanması gereken durumlar tanımlanmalıdır.

- ▶ Servikal açıklık sağlamak için kullanılacak mekanik (servikal olgunlaştırıcı kateter, foley kateter gibi) ve farmakolojik yöntemler tanımlanmalıdır.

### SDH03.03

Gebeler venöz tromboemboli riski açısından değerlendirilmeli, risk varlığında gerekli koruyucu önlemler alınmalıdır.

### SDH03.04

Doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal desteğin bire bir olarak sağlanması ve gebelerin bu desteğe kolaylıkla ulaşabilmesi için yeterli sayıda ve nitelikte personel bulundurulmalıdır.

- ▶ Çalışanlara, doğum sürecinde gebeye fiziksel ve duygusal destek sağlanmasına yönelik eğitim verilmelidir.
- ▶ Her primipar gebe için en az bir ebe tanımlanmalıdır.

### SDH03.05

Doğum servisinde görev alan tüm sağlık çalışanları, postpartum kanama ve doğumun üçüncü evresinin aktif yönetimine yönelik eğitim almalıdır.

### SDH03.06

Doğum süreci başlayan gebeye uygulanacak ilaçsız ağrıyla mücadele yöntemleri tanımlanmalıdır.

- ▶ Ağrıyla mücadele yöntemleri konusunda doğumda görev alan tüm sağlık çalışanları eğitim almış olmalıdır.

**SDH04 Doğum eylemini izlemeye yönelik Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi kullanılmalıdır.**

### SDH04.01

Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi, kontrol listesi sorumlusu tarafından başvuru anında, doğumdan önce, doğumdan hemen sonra (ilk bir saat içinde) ve taburculuk öncesinde uygulanmalıdır.

**(Bkz. Güvenli Doğum Süreci Uygulama Rehberi)**

**(Bkz. Ek-3 Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi)**

**SDH04.02**

Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi hasta dosyasında bulunmalıdır.

**(Ç) SDH05 Yenidoğan bebeğın izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**SDH05.01**

Yenidoğanın takibi ve kontrolleri belirlenmiş kurallar doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

- ▶ Yenidoğan bebek, Bakanlıkça yayımlanan "Bebek, Çocuk, Ergen İzlem Protokolleri" doğrultusunda izlenmeli, izlem kayıt altına alınmalıdır.
- ▶ İzlem aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır:
  - Doğum anı ve doğumun hemen sonrası
  - Bebek stabilize olduktan sonra
  - Bebek ve anne tıp merkezinden ayrılmadan önce

**SDH05.02**

Anneye emzirme ve bebek bakımı konularında eğitim verilmelidir.

**SDH05.03**

Taburcu sonrası bebeğın takibi (yenidoğan tarama testleri, periyodik muayeneler ve bağışıklama programı gibi) hakkında aile bilgilendirilmelidir.

**SDH06 Gebe ve yakınlarına gebelik süreci ve doğum eylemine ilişkin eğitim verilmelidir.**

**SDH06.01**

Gebe ve yakınlarına verilecek olan eğitime ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

**SDH06.02**

Tıp merkezine başvuran gebeler ile merkez dışından katılım sağlayacak olan gebelerin nasıl bilgilendirileceğı tanımlanmalıdır.





# Üremeye Yardımcı Tedavi (ÜYTE) Hizmetleri

## Amaç

Üremeye yardımcı tedavi yöntemleri vasıtasıyla çocuk sahibi olmaları tıbben uygun görülen evli çiftlere; üremeye yardımcı tedavi merkezlerinde, bilimsel kurallar, kabul görmüş yaklaşımlar ve meslekî etik kurallar çerçevesinde hizmet sunumunun sağlanmasıdır.

**SÜT01 ÜYTE hizmetlerine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

### SÜT01.01

ÜYTE hizmetleri ile ilgili süreçler ve süreçlere yönelik kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ ÜYTE merkezinin yapısal düzenlemeleri
- ▶ İnsan kaynakları yönetimi
- ▶ Görev tanımları
- ▶ Hasta kabul kriterleri
- ▶ Hasta mahremiyeti
- ▶ ÜYTE uygulamaları kapsamında gerçekleştirilen işlemlerin (ön görüşme, yumurta uyarma, üreme hücresi toplama, döllenme, embriyo transferi, embriyo saklama, çözme ve imha, gonad dokusu/hücresi saklama, çözme ve imha gibi) her birine yönelik süreçlerin tanımlanması
- ▶ Hastaların işleme özel hazırlıklarının tanımlanması
- ▶ Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü
- ▶ Hastanın işlem sonrası tıbbi takibinin yapılması
- ▶ İşlemin sonlandırılması
- ▶ Olası komplikasyonların izlenmesi
- ▶ Gerçekleştirilen işlemlerin izlenebilirliği
- ▶ Hasta şikayetlerinin değerlendirilmesi ve sonuçlandırılması
- ▶ Kritik malzeme ve cihazların yönetimi
- ▶ Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamaları
- ▶ Atıkların yönetimi
- ▶ Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetler
- ▶ Bilgilendirme ve tanıtım süreci faaliyetleri
- ▶ Faturalandırma süreci

**SÜT02 ÜYTE hizmetlerinin sunumuna yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.**

### SÜT02.01

Bakanlıkça belirlenen kriterlere uygun olacak şekilde tedavi uygulama bölümlerinde asgari aşağıdaki birimler bulunmalıdır;

- ▶ Embriyoloji laboratuvarı
- ▶ Androloji laboratuvarı
- ▶ Sperm verme odası
- ▶ Gözlem odası
- ▶ Oocyte Pick-Up (OPU) odası
- ▶ Testiküler Sperm Ekstraksiyonu (TESE) odası
- ▶ El yıkama lavabosu
- ▶ Dondurma ve saklama alanı

### SÜT02.02

ÜYTE hizmeti sunulan merkezlerde, Bakanlıkça belirlenen kriterlere uygun olacak şekilde destek alanları (hasta bilgilendirme odası, hasta hazırlık alanı, lavabo ve erkek hastalar için duş alanı vb.) oluşturulmalıdır.

### SÜT02.03

Embriyoloji laboratuvarı iş akışına uygun bir şekilde konumlandırılmalıdır.

- ▶ Embriyoloji laboratuvarı, OPU odası ve androloji laboratuvarı ile bitişik ve fiziksel olarak bağlantılı olmalıdır.

### SÜT02.04

Çalışma ortamından kaynaklı hata riskini en aza indirmek, güvenli bir çalışma ortamı sağlamak için gerekli konfor (tezgâhların yüksekliği, ayarlanabilir koltukların kullanımı, kişi başına düşen yeterli çalışma alanının varlığı, uygun mikroskop göz yüksekliği, yeterli aydınlatma gibi) sağlanmalıdır.

### SÜT02.05

Laboratuvara yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.

**SÜT03 Tıbbi ve teknik donanıma yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

### SÜT03.01

ÜYTE merkezlerinde Bakanlıkça tanımlanan sayıda ve nitelikte araç-gereç bulunmalıdır.

### SÜT03.02

OPU odası ve laboratuvarlarda, HEPA filtreli havalandırma sistemi bulunmalıdır.

**SÜT03.03**

Laboratuvarlar ile dondurma ve saklama alanının zemini; antibakteriyel, antistatik malzeme ile kaplanmalıdır.

**SÜT03.04**

OPU odası, gözlem odası ve embriyoloji laboratuvarında medikal gaz kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Gazlar tercihen merkezi sistemden temin edilmelidir.
- ▶ Gazların dolum tüpleri şeklinde kullanılması durumunda güvenli kullanımına yönelik hususlar tanımlanmalıdır.

**SÜT03.05**

ÜYTE hizmetleri kapsamında kullanımda olan malzeme, cihaz ve ekipmanın güvenli kullanımına (bakım, onarım ve kalibrasyon gibi) yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**SÜT04 ÜYTE hizmetleri kapsamında kullanılan ilaçların temini, depolanması, kullanılması ve imhasına yönelik kurallar belirlenmeli ve bu kurallar doğrultusunda uygulamalar gerçekleştirilmelidir.**

**(Ç) SÜT05 ÜYTE hizmetleri kapsamında görev yapan hekimler uygun mesleki unvana ve sertifikaya sahip olmalıdır.**

**SÜT06 ÜYTE hizmetleri kapsamında çiftler ile gerçekleştirilen ön görüşmeye yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

**SÜT06.01**

Ön görüşmede, çiftlerden detaylı öykü alınmalı, varsa önceden yapılmış tetkik ve işlemler değerlendirilmeli, varsa konsültasyon ihtiyacı belirlenmeli, bu kapsamda gerekli görülen tanı ve tedavi süreci planlanmalıdır.

**SÜT06.02**

Uygulanmasına karar verilen tedavi sürecine yönelik asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde bilgilendirme yapılmalıdır:

- ▶ Tedavinin içeriği

- ▶ Uygulanma süresi
- ▶ Tedavi aşamaları
- ▶ Kullanılan yöntemin teknik detayları
- ▶ Yöntemin başarı oranı
- ▶ Yöntemin riskleri ve komplikasyonları
- ▶ İşlemin ücreti
- ▶ Başarısızlık durumundaki alternatifleri

### SÜT06.03

Her çift için bir hasta dosyası hazırlanmalı, hasta dosyasında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Evlilik durumunu gösterir belge
- ▶ (Varsa) merkeze yönlendiren sağlık kurum ve kuruluşu bilgileri
- ▶ Rapor düzenleyen ve/veya sevk eden hekim bilgileri
- ▶ Önceden gerçekleştirilen tetkik ve tedavi bilgileri
- ▶ Merkez bünyesinde çiftlere yönelik gerçekleştirilen tüm işlemlere ilişkin ayrıntılı bilgi

**(Ç) SÜT07 ÜYTE hizmetleri kapsamında sunulan tedavi yöntemlerine yönelik klinik protokoller oluşturulmalıdır.**

**(Ç) SÜT08 ÜYTE hizmetleri kapsamında çiftlerin yazılı ve sözlü bilgi almasını sağlamaya yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

### SÜT08.01

Anne ve baba adayları tedavi sürecinin her aşamasında, gerçekleştirilmesi planlanan işlemler ve işlemlere ilişkin dikkat edilecek hususlar hakkında bilgilendirilmelidir.

### SÜT08.02

Çiftler, gebelik gerçekleşmesi veya gerçekleşmemesi durumunda yapılması gerekenlere yönelik bilgilendirilmelidir.

### SÜT08.03

ÜYTE süreçleri kapsamında kullanılan ilaçların uygulama yolu, dozu ve zamanına yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.

**SÜT08.04**

Bilgilendirme çiftlerin anlayabileceği bir dilde açık ve net olmalıdır.

**SÜT08.05**

Bilgilendirme hasta mahremiyetini sağlayacak şekilde yapılmalıdır.

**SÜT09 ÜYTE hizmetleri kapsamında aşılama tedavi sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

**SÜT09.01**

Çiftlerin üreme organları ve hücrelerinin işleme yönelik uygunluk durumu fizyoanatomik açıdan değerlendirilmelidir.

- Yapılan değerlendirme sonucunda uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda klinik protokol kapsamında tedavi planı yeniden oluşturulmalıdır.

**SÜT09.02**

Aşılama işlemi öncesi kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

**SÜT09.03**

Sperm örneği, baba adayından aşılama işleminin yapılacağı gün merkezde alınmalıdır.

- Sperm örneğinin aynı gün elde edilememe ihtimali doğrultusunda, alternatif sperm elde etme yöntemlerine yönelik hazırlık yapılmalı, çiftler uygulanabilecek yöntemler hakkında önceden bilgilendirilmelidir.

**SÜT09.04**

Klinik endikasyon varlığında aşılama tedavisi öncesinde yumurtaların uyarılmasına yönelik süreç planlanmalıdır.

**SÜT10 ÜYTE hizmetleri kapsamında yumurta uyarma sürecine yönelik tanımlama yapılmalıdır.**

**SÜT10.01**

Oluşturulan klinik protokoller kapsamında anne adayına uygun algoritma belirlenmelidir.

**SÜT10.02**

Anne adayı, ilaçların kullanımı ve saklanma koşulları ile gelişebilecek muhtemel komplikasyonlara yönelik bilgilendirilmelidir.

**SÜT10.03**

Anne adayının süreç içerisinde belirlenen dönemlerde kontrolleri planlanarak yumurtaların gelişimi takip edilmelidir.

**SÜT10.04**

Anne adayı, yumurta çatlatma iğnesinin belirlenen zamanda yapılmasının önemi konusunda yazılı olarak bilgilendirilmelidir.

- ▶ Anne adayına, yumurta çatlatma iğnesinin uygulanma zamanının hatırlatılmasına yönelik bir yöntem (e-posta, kısa mesaj vb.) belirlenmelidir.

**SÜT11 ÜYTE hizmetleri kapsamında yumurta toplama sürecine yönelik tanımlama yapılmalıdır.**

**SÜT11.01**

İşlem öncesi kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

**SÜT11.02**

Anne adayının klinik durumu ve yumurta hücresinin gelişimine göre planlanan tarihte yumurta toplama işlemi gerçekleştirilmelidir.

**SÜT11.03**

Toplanan yumurtaların muhafazasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**SÜT11.04**

Yumurta toplama süresi, toplanan yumurta sayısı ve işlemi yapan kişiye ait bilgiler kayıt altına alınmalıdır.

**SÜT11.05**

Yumurta toplama süresinin optimizasyonu/kısaltılmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

**SÜT11.06**

Anestezi ve sedasyon gerektiren işlemlerden sonra anne adayının tıbbi takibi etkin bir şekilde yapılmalıdır.

**SÜT11.07**

Girişimsel işlemlere yönelik ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**SÜT12 ÜYTE hizmetleri kapsamında semen örneği alınması sürecine yönelik tanımlama yapılmalıdır.**

#### **SÜT12.01**

Baba adayı, semen örneğinin toplanmasına yönelik işlem öncesinde dikkat edilmesi gereken hususlara yönelik (hijyen, cinsel perhiz, zamanlama vb.) bilgilendirilmelidir.

#### **SÜT12.02**

Semen örneğinin alınması için tanımlanan oda uygun niteliklere göre hazırlanmalıdır.

- ▶ Odanın androloji laboratuvarı ile bağlantısı olmalı, içinde lavabo ve duş bulunmalıdır.
- ▶ Mahremiyet, güvenlik, temizlik gibi hususlara yönelik kurallar belirlenmeli, odanın tanımlanan kurallara uygunluğu kurum yöneticisi tarafından düzenli aralıklar ile kontrol edilmelidir.

#### **SÜT12.03**

Semen örneğinin teslim alınması ve etiketlenmesi sırasında kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

#### **SÜT12.04**

Çiftlerden üreme hücreleri toplama işlemi aynı günde gerçekleştirilmelidir.

#### **Rehberlik:**

Yumurta toplama gününde semen örneği alınmasında zorluk olabileceği öngörülüyorsa veya erkek faktörü sebebiyle sperm krioprezervasyonu gerekli ise önceden dondurma işlemi yapılabilir.

#### **SÜT12.05**

Semen örneğinin özelliklerine ve alınan kaynağa özgü uygun bir sperm hazırlama yöntemi (swim-up tekniği, çok katlı dansite gradient santrifügasyon gibi) seçilmelidir.

#### **SÜT12.06**

Sperm analizi ve hazırlığı örnek alınmasından sonra en geç bir saat içinde başlamalıdır.

#### **SÜT12.07**

Bulaşıcı hastalığı olan baba adayları için sperm hazırlığının yapılmasına yönelik süreç tanımlanmalıdır.

#### **Rehberlik:**

Kan yoluyla bulaşan virüs taşıyıcısı babalar için detaylı bir sperm analizi yapılması ve serolojik duruma bağlı olarak, hazırlanan sperm süspansiyonunun dondurulması ve kullanılmadan önce virüs yükünün test edilmesi önerilir.



**SÜT12.08**

Sperm örneğinin alınmasına yönelik asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde kayıt tutulmalıdır:

- ▶ Kullanılan kap türü
- ▶ Toplama yeri ve zamanı
- ▶ Toplama ve analiz arasında geçen süre
- ▶ Toplama ve hazırlama arasında geçen süre
- ▶ İlaç kullanımı
- ▶ Yakın dönemde geçirilmiş ateşli bir hastalık olup olmadığı
- ▶ Ejakülataın tamamının toplanıp toplanmadığı

**SÜT12.09**

Anestezi ve sedasyon gerektiren girişimsel işlemlerle semen elde edilmesi durumunda işlemten sonra baba adayının tıbbi takibi uygun bir şekilde yapılmalıdır.

**Rehberlik:**

Girişimsel yöntemlerle sperm elde edilmesine yönelik örneklere aşağıda yer verilmiştir:

- ▶ Mikroskop Altında Epididimal Sperm Aspirasyonu (MESA)
- ▶ Perkutan Epididimal Sperm Aspirasyonu (PESA)
- ▶ Testiküler Sperm Aspirasyonu (TESA)
- ▶ Testiküler Sperm Ekstraksiyonu (TESE)

**SÜT12.10**

Girişimsel işlemlere yönelik ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**(Ç) SÜT13 Döllenme sürecine yönelik tanımlanan kurallar çerçevesinde uygulama yapılmalıdır.**

**SÜT13.01**

Çiftlerden elde edilen üreme hücreleri, klinik protokol kapsamında belirlenen yöntem (IVF, ICSI gibi) ile döllenmelidir.

**SÜT13.02**

Döllenme işlemi öncesi çiftlere ait üreme hücrelerinin kimliği embriyolog ve işlemi uygulayan klinisyen tarafından ayrı ayrı kontrol edilmelidir.

**SÜT13.03**

Klinik endikasyon varlığında üreme hücrelerinin genetik tarama sürecine yönelik hususlar tanımlanmalıdır.

**SÜT13.04**

Döllenme zamanı, işlemi yapan kişi ve kullanılan ileri hareketli ve morfolojisi düzgün sperm konsantrasyonuna yönelik bilgiler kayıt altına alınmalıdır.

**SÜT13.05**

Döllenme sonucunda elde edilen embriyonun takibine yönelik kurallar tanımlanmalı ve asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde kayıt tutulmalıdır:

- ▶ Embriyo takibi yapan kişinin bilgileri
- ▶ Değerlendirme tarihi ve saati
- ▶ Embriyo morfolojisi özellikleri

**SÜT13.06**

Çiftler, ilgili sağlık çalışanı tarafından embriyonun gelişim durumu ile ilgili bilgilendirilmelidir.

**(Ç) SÜT14 Embriyo transferi ve sonrasında yönelik sürecin kontrolü sağlanmalıdır.**

**SÜT14.01**

Anne adayının tıbbi takibi neticesinde ve hekimin uygun gördüğü zamanda, uygunluğun gerekçesi çiftlere anlatılarak transfer işlemi gerçekleştirilmelidir.

**SÜT14.02**

Transfer edilecek embriyonun sayısına karar verilirken, embriyo kalitesi ve gelişim evresi, anne adayının yaşı ve tedavi sayısı gibi hususlar esas alınmalıdır.

- ▶ İki embriyo transfer edilmesi durumunda çiftlerden ayrı ayrı rıza alınmalıdır.

**SÜT14.03**

Transfer işlemine yönelik kayıtlar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tutulmalıdır:

- ▶ Embriyo transferinin tarihi ve saati
- ▶ Transferi yapan hekimin adı
- ▶ Transfer anında embriyoların sayısı, gelişim evreleri ve kaliteleri
- ▶ Kullanılan kateter tipi

- ▶ İşlem ile ilgili ayrıntılar (kateterde kan görülmesi, transfer sonrası kateterde kalan embriyolar gibi)
- ▶ Geriye kalan embriyolara yönelik yapılan uygulamalar

#### **SÜT14.04**

Çiftler, talepleri doğrultusunda transfer sonrası geriye kalan embriyoların dondurulabileceği ve imha edilebileceği konusunda bilgilendirilmelidir.

#### **SÜT14.05**

Transfer işleminden sonra anne adayı tıbbi takip altında tutulmalıdır.

**(Ç) SÜT15 Üreme hücreleri ve gonad dokularının dondurulması ve saklanmasıyla yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

#### **SÜT15.01**

Çiftlerden alınan üreme hücreleri ve gonad dokuları, Bakanlıkça belirlenen koşullar dışında saklanmamalıdır.

#### **SÜT15.02**

Üreme hücreleri ve gonad dokularının doğru kimliklendirilmesi ve etiketlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

#### **SÜT15.03**

Saklanmasıyla karar verilen üreme hücreleri ve gonad dokularının muhafazası belirlenen niteliklere uygun bir ortamda sağlanmalıdır.

#### **SÜT15.04**

Dondurma ve saklama tanklarında sıcaklık ve sıvı azot seviyeleri takip edilmeli, bu kapsamda uyarı sistemi kurulmalıdır.

#### **SÜT15.05**

Sıvı azot kullanımı sırasında kişisel koruyucu donanım (örneğin gözlük, yüz koruması, soğuktan koruyucu eldivenler, önlük, ayakkabı) kullanılmalıdır.

#### **SÜT15.06**

Dondurulan üreme hücreleri ve gonad dokuları asgari aşağıdaki hususları içerecek şekilde kayıt altında tutulmalıdır:

- ▶ Taşıyıcının etiketlenmesi
- ▶ Dondurulma yöntemi
- ▶ Dondurulma tarih ve saati
- ▶ İşlemi yapan kişi

- ▶ Üreme hücrelerinin kalitesi
- ▶ Embriyo kalitesi ve gelişim evresi
- ▶ Taşıyıcıya yüklenen üreme hücresi veya embriyo sayısı
- ▶ Hasta başına saklanan taşıyıcı sayısı
- ▶ Saklanan örneklerin konumu (depo, kanister numarası gibi)

#### SÜT15.07

Dondurulan üreme hücreleri ve gonad dokularının hangi durumlarda çözüleceği, kullanılacağı ve imha edileceği Bakanlık tarafından belirlenmiş hususlar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

#### SÜT15.08

Saklanan hücre ve dokulara yönelik belirlenen yasal süreyi aşan durumlarda çiftlere DNA testi yaptırma hakkı olduğu bilgisi verilmelidir.

**SÜT16 ÜYTE hizmetleri kapsamında gerçekleştirilmesi planlanan her bir işlem (ön görüşme, yumurta uyarma, üreme hücresi toplama, döllenme, transfer ve sonrası) için kimlik doğrulanması yapılmasına yönelik süreç tanımlanmalıdır.**

**(Ç) SÜT17 ÜYTE hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen işlemler sırasında çiftlerin mahremiyetine özen gösterilmelidir.**

**(Ç) SÜT18 Laboratuvarda üreme hücrelerinin doğru kimliklendirilmesi ve işlenmesiyle ilgili kurallar tanımlanmalıdır.**

#### SÜT18.01

İçerisinde biyolojik materyal bulunduran tüm tıbbi cihazlar, hasta bilgilerinin ve tedavi tarihlerinin belirgin şekilde yazılı olduğu işaretlerle etiketlenmelidir.

#### SÜT18.02

Farklı hastaların biyolojik materyalleri aynı çalışma alanında, aynı anda işleme alınmamalıdır.

#### SÜT18.03

Kritik adımlar sırasında (hücreler ve dokuların ilk kimliklendirilmesi, biyolojik materyalin bir kaptan başka bir kaba taşınması ve işlemlerin son aşamalarında,

örneğin embriyo transferi, azot tankına aktarım vb.), ikinci bir kişinin tanıklığı ve/veya bir elektronik tanımlama sistemi tarafından çift kontrol sağlanmalıdır.

**(Ç) SÜT19 ÜYTE hizmetleri tıbbî deontoloji ve meslekî etik kuralları çerçevesinde sunulmalıdır.**

**Rehberlik:**

ÜYTE hizmetleri, Bakanlığın belirlemiş olduğu kriterler çerçevesinde toplumun dini değerleri, gelenekleri ve etik anlayışa uygun bir şekilde sunulmalıdır.

**SÜT19.01**

Üreme hücreleri ve gonad dokularının saklanma kriterleri Bakanlıkça belirlenmiş hususlar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

**SÜT19.02**

ÜYTE uygulanacak çiftlere sadece kendilerine ait üreme hücreleri uygulanmalı, herhangi bir nedenle donör kullanılmamalıdır.

**SÜT19.03**

Bakanlıkça belirlenen hususlar çerçevesinde anne ve çocuk sağlığını riske eden ikiden fazla çoğul gebelikler önlenmelidir.

**SÜT19.04**

Cinsiyetle ilgili ciddi bir kalıtsal hastalıktan kaçma hali hariç, doğacak çocuğun cinsiyetini belirleme amaçlı gonad ve/veya embriyo seçimi ve transferi yapılmamalıdır.

**SÜT19.05**

ÜYTE yöntemleri kullanılarak oluşan çoğul gebeliklerde embriyonal ya da fetal redüksiyon tıbbî endikasyonu belgelenmeden yapılmamalıdır.

**SÜT20 ÜYTE hizmeti alan çiftlere ihtiyaç halinde psikolojik destek sunulmalı veya çiftlerin bu hizmeti alması için gerekli yönlendirme yapılmalıdır.**



# Tıbbi Laboratuvar Hizmetleri

## Amaç

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

**STL01 Tıbbi laboratuvar hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.**

#### **STL01.01**

Tıbbi laboratuvarda çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır.

Test rehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgileri içermelidir:

- ▶ Laboratuvarda çalışılan testler
- ▶ Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği
- ▶ Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar
- ▶ Numune alımı ile ilgili kurallar
- ▶ Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar
- ▶ Test çalışma yöntemi
- ▶ Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler
- ▶ Gerekli ise testlere özel açıklamalar

#### **STL01.02**

Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.

#### **STL01.03**

İlgili sağlık çalışanları, rehber nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.

**(Ç) STL02 Tıbbi laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır.**

#### **Rehberlik:**

Analiz öncesi süreç, test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar. Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, tıbbi laboratuvara kadar istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.

#### **STL02.01**

Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

- ▶ Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır.
- ▶ Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.



**STL02.02**

Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır:

- ▶ Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.
- ▶ Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir.
- ▶ İstemin yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi kayıt altına alınmalıdır.
- ▶ Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.

**STL02.03**

Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

- ▶ Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem gibi), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır.
- ▶ 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.
- ▶ Sorumlu klinisyen hekimler, özel biyopsilerin gönderim koşulları hakkında bilgilendirilmelidir.

**STL02.04**

Laboratuvara kabul edilen numunelerin analiz öncesi saklanacağı yer ve koşullar tanımlanmalıdır.

**STL02.05**

Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, etiketleme, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

**(Ç) STL03 Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler kontrol edilmelidir.**

**STL03.01**

Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.

- ▶ Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.

**STL03.02**

Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır.

- ▶ Kayıtlarda asgari;
  - Tarih ve saat
  - Numuneleri gönderen bölüm
  - Kim tarafından kabul veya reddedildiği
  - Reddedildi ise ret nedeni bulunmalıdır.

**STL03.03**

Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.

**STL03.04**

Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.

**STL03.05**

Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

- ▶ Reddedilme nedenleri ve reddeden kişiye ait bilgiler kaydedilmelidir.
- ▶ Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir.
- ▶ Gerektiğinde iyileştirici faaliyet başlatılmalıdır.
- ▶ Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik veya sözlü olarak ret işlemi hakkında geri bildirim yapılmalıdır.

**STL03.06**

İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı hakkında eğitim verilmelidir.

**STL03.07**

Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

**STL04 Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.****STL04.01**

Testlerin çalışılma sürecine yönelik asgari aşağıdaki bilgileri içeren doküman bulunmalıdır.

- ▶ 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

- ▶ Testlerin çalışılma sürecine yönelik detaylı algoritmalar
- ▶ Akılcı laboratuvar uygulamaları
- ▶ Sonuçların onaylanması

#### STL04.02

İlgili dokümanlar en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.

#### STL04.03

Hazırlanan dokümanlar ve yapılan güncellemeler hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

**STL05 Laboratuvarında bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.**

#### STL05.01

Laboratuvarında bulunan her test cihazı için asgari aşağıdaki bilgileri içeren cihaz yönetim dosyası bulunmalıdır:

- ▶ Kullanım kılavuzu (fiziki veya elektronik ortamda)
- ▶ Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları (kalibrasyon planları, kabul kriterleri, kalibrasyon aralığı ve sonuç belgeleri gibi)
- ▶ Varsa kalite kontrol sonuçları
- ▶ Cihaz bakım formları (günlük, haftalık, aylık gibi)
- ▶ Firma iletişim bilgileri
- ▶ Kullanıcı eğitim sertifikaları

#### STL05.02

Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.

#### STL05.03

Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgili eğitim verilmeli, eğitim asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- ▶ Cihaz ve malzemelerin kullanımı
- ▶ Miat ve uygunluk kontrolü
- ▶ Güvenli kullanım kuralları
- ▶ Cihazların bakım ve temizliği
- ▶ Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği

**(Ç) STL06 Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.****Rehberlik:**

İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.

**STL06.01**

Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.

- ▶ Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne göre tüm testler için uygulanacak iç kalite kontrol yöntemi, kullanılacak kontrol materyalleri, kullanım aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.

**STL06.02**

İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

**STL06.03**

İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma aralıkları, test prospektüsü veya uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.

**STL06.04**

İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği fiziki veya elektronik ortamda kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.

**STL06.05**

İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

**(Ç) STL07 Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.****STL07.01**

Laboratuvar testlerinin dış kalite değerlendirme süreçleri ve süreçlere yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.

- ▶ Laboratuvarda gerçekleştirilen testlerin türüne göre gerekli testler için uygulanacak dış kalite değerlendirme yöntemi, kullanılacak kontrol

materyalleri, program kapsamında değerlendirme aralıkları, kim tarafından uygulanacağı, değerlendirileceği ve onaylanacağı tanımlanmalıdır.

#### **STL07.02**

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

#### **STL07.03**

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

#### **STL07.04**

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

#### **STL07.05**

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

### **STL08 Hasta sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **STL08.01**

Hasta sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.

Hasta sonuç raporlarında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Tıp merkezi adı
- ▶ Testin yapıldığı laboratuvarın adı
- ▶ Hastanın adı, soyadı
- ▶ İstemi yapan hekimin adı, soyadı
- ▶ İstem yapıldığı tarih ve saat
- ▶ Numunenin ve testin adı
- ▶ Numunenin alındığı tarih ve saat
- ▶ Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
- ▶ Sonuç değer birimi
- ▶ Referans aralığı/değeri veya karar sınırları
- ▶ Sonucun onaylandığı tarih ve saat

**STL08.02**

Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.

**Rehberlik:**

Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.

**STL09 Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.****STL09.01**

Test sonuç verme süreleri tıp merkezi koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.

**Rehberlik:**

Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en uygun sürenin tespit edilmesi gereklidir. Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.

**STL09.02**

Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

- ▶ Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı merkez tarafından belirlenmelidir.
- ▶ Hastaların, mümkün olan her test için yazılı olarak bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.
- ▶ Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, bilgi yönetim sistemi sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

**(Ç) STL10 Panik tanı/değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirim sağlanmalıdır.****Rehberlik:**

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

**STL10.01**

Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

- ▶ Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır. Buna ilişkin;
  - Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı
  - İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği
  - Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı
  - Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği
  - Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.

**STL10.02**

Test bazında panik değerler tanımlanmalıdır.

**STL10.03**

Panik değer tespiti durumunda, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

**STL10.04**

Panik değer bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır. Panik değer bildirim kayıtlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Hastanın;
  - Adı soyadı
  - Protokol numarası
  - Hizmet aldığı birim
  - Testin adı
- ▶ Panik değer sonucu
- ▶ Test sonucunun çıktığı tarih ve saat
- ▶ Bildirimi yapan kişi
- ▶ Bildirim yapılan kişi
- ▶ Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
- ▶ Bildirimin hangi yolla yapıldığı

**STL10.05**

Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirim ile ilgili eğitim verilmelidir.

**STL11 Test süreci tamamlanmış numuneler ve izolatlar ile test verileri ve sonuçlarının biyogüvenlik kurallarına uygun olarak muhafaza edilmesi ve arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.**

**STL12 Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**

### STL12.01

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

Laboratuvar test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:

- ▶ Hastanın adı-soyadı
- ▶ Hastanın yaşı
- ▶ Hastanın cinsiyeti
- ▶ Protokol numarası
- ▶ İstem tarih ve saati
- ▶ İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü
- ▶ Numune türü
- ▶ Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi
- ▶ Numunenin;
  - Alındığı tarih ve saat
  - Laboratuvara kabul edildiği tarih, saat ve kim tarafından kabul edildiği
- ▶ Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem
- ▶ Varsa test tekrarı ve sonuçları
- ▶ Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- ▶ Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı

**STL13 Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak kala olaylar izlenmeli, analiz edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.**



**STL14 Patoloji laboratuvarında intraoperatif konsültasyon (frozen section) sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **STL14.01**

İntraoperatif konsültasyon süreci ile ilgili asgari aşağıdaki süreçler tanımlanmalıdır:

- ▶ Frozen cihazının günlük bakım ve kontrolü
- ▶ Numunelerin transferi
- ▶ Numune kabul ve ret kriterleri
- ▶ Dondurma işlemi
- ▶ Kesme ve boyama ile ilgili işlemler
- ▶ Sonuç hakkında bilgilendirme

#### **STL14.02**

Frozen cihazının günlük bakım ve kontrolü ile ilgili sorumlular belirlenmeli, gerçekleştirilen bakım ve kontroller kayıt altına alınmalıdır.

#### **STL14.03**

Sonuç hakkında bilgilendirmenin, belirlenen kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmesi ve anında kayıt altına alınması sağlanmalıdır.

#### **STL14.04**

Sonuç verme süreleri izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

- ▶ İntraoperatif konsültasyonların %90'ı laboratuvara geldikten sonra 20 dakika içerisinde rapor edilmelidir.

#### **STL14.05**

Kalıcı kesit değerlendirmesini içeren biyopsi raporuna intraoperatif konsültasyon (frozen section) sonucu da dahil edilmelidir.

#### **STL14.06**

İntraoperatif konsültasyon (frozen section) kesitleri, preparat arşivinde olguya ait kalıcı kesitler ile birlikte saklanmalıdır.



# Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri

## Amaç

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

**SFR01 Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

### **SFR01.01**

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

#### **Rehberlik:**

FTR kapsamında sunulabilecek bazı hizmetler aşağıda belirtilmiştir:

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

### **SFR01.02**

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

- ▶ Hasta kabul kriterleri
  - Hizmet verilecek hasta grubu
  - Hastanın değerlendirilmesi
  - Hastanın bilgilendirilmesi
- ▶ Hasta bakım ihtiyaçlarının tespiti
- ▶ Hasta bakım planının oluşturulması ve uygulanması
- ▶ Hasta bakım süreçleri
  - Semptomatik tedavi protokolleri
  - Ağrı takibi
  - Rehabilitasyon süreci
  - Özel bakım uygulamaları ve işlemler

- ▶ Hasta mahremiyetinin sağlanması
- ▶ Tıbbi malzeme ve cihazların temizlik ve dezenfeksiyonu
- ▶ Tıbbi cihazların güvenli kullanımı
- ▶ Hizmet sunumunda yer alan personelin nitelikleri
- ▶ Multidisipliner ekip yaklaşımı ve rolleri
- ▶ Hasta taburculuk kriterleri
- ▶ Bakımın sonlandırılması
- ▶ Bakımın sürekliliği

**SFR02 Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet sunumu için gerekli fiziksel koşullar ve tıbbi donanım sağlanmalıdır.**

#### **SFR02.01**

Sunulan hizmetlerin özelliğine göre gerekli fiziki ve tıbbi donanım sağlanmalıdır.

#### **SFR02.02**

Kullanılan tıbbi cihazların bakım, onarım ve kalibrasyon süreçleri tıp merkezi tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanmalı ve izlenmelidir.

#### **SFR02.03**

Hastaya özel kullanılması gereken malzeme ve cihazlar tanımlanmalı ve bu kapsamda uygulama yapılmalıdır.

#### **SFR02.04**

Tek kullanımlık malzemeler kurallarına uygun şekilde kullanılmalıdır.

#### **SFR02.05**

Fiziksel koşullar hasta mahremiyetini ve güvenliği sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

#### **SFR02.06**

Hizmet sunum alanında hastanın personele erişimini sağlamaya yönelik çağrı sistemi bulunmalıdır.

#### **SFR02.07**

Hastaların özel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.

#### **SFR02.08**

Acil durumlar için hasta nakline uygun fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.

**SFR03 Hastanın bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir.**

**(Bkz. Hasta Bakımı Bölümü)**

#### **SFR03.01**

Hastanın bakım ihtiyaçları ilgili disiplinler tarafından değerlendirilmeli ve hastaya özgü bakım planı hazırlanmalıdır.

#### **Rehberlik:**

Her bir disiplin kendi bakım planını oluşturabileceği gibi, ekip tarafından tek bir bakım planı da hazırlanabilir. Disiplinler tarafından ayrı ayrı bakım planı oluşturulması durumunda, ekip üyelerinin ilgili bilgilere erişimi sağlanmalıdır.

Bakım planı aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- ▶ Hastanın spesifik bakım ihtiyacı alanı/konusu
- ▶ Bakıma katılan sağlık profesyonellerinin (hekim, hemşire, fizyoterapist, ergoterapist gibi) isim ve imzaları
- ▶ Hasta için kısa ve uzun vadeli hedefler (beklenen iyileşme derecesi ve iyileşme süresini içerecek şekilde)
- ▶ Hastanın kısa ve uzun vadeli hedeflere ulaşmasına yardımcı olacak stratejiler ve faaliyetler
- ▶ FTR uygulamasına yönelik detaylar (haftada kaç gün, günde kaç saat gibi)

#### **SFR03.02**

Hasta, bakım planı kapsamında uygulanan tedavilere (egzersizler, fizik tedavi modaliteleri, özel programlar, girişimsel işlemler gibi) yönelik bilgilendirilmeli ve hastanın rızası alınmalıdır.

**(Bkz. Hasta Deneyimi Bölümü)**

#### **SFR03.03**

Planlanan bakım uygulamaları, hastanın fonksiyonel durumuna göre belirlenmiş süre içinde gerçekleştirilmelidir.

#### **SFR03.04**

Hastanın kabulünden hizmetin sonlandırılmasına kadar geçen süre içerisindeki hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.

**SFR04 Özellikle hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.**

**SFR04.01**

Tıp Merkezinin hizmet kapsamına giren alanlar dikkate alınarak özellikli hasta gruplarına yönelik bakım algoritmaları oluşturulmalıdır.

Aşağıda, merkezin hizmet kapsamına göre bakım algoritmaları oluşturulabilecek hasta gruplarına örnekler verilmiştir:

- ▶ Ekstremitte kaybına uğramış hasta
- ▶ Bası yaralı hasta
- ▶ Nörolojik hastalıklar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta (İnme, travmatik beyin hasarı, omurilik hasarı, multiple skleroz, parkinson vb.)
- ▶ Pediatrik rehabilitasyon (serebral palsi, gelişim bozuklukları brakial pleksus hasarı, beyin ve omurilik hasarı, meningomyelose, kas hastalıkları gibi)
- ▶ Muskuloskeletal ve romatolojik hastalıklar (osteoartrit, romatoid artrit, ankilozan spondilit gibi) ve sportif sorunlar nedeniyle rehabilite edilmek üzere kabul edilmiş hasta
- ▶ Görme ve işitme rehabilitasyonu gereken hasta

**(O) SFR05 Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında eğitim ve danışmanlık programları oluşturulmalıdır.**

**SFR05.01**

Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetleri kapsamında tıp merkezinde sunulabilecek eğitim ve danışmanlık hizmetlerine örnekler aşağıda verilmiştir:

**Rehberlik:**

FTR kapsamında sunulabilecek bazı hizmetler aşağıda belirtilmiştir:

- ▶ Destekleyici Teknoloji ve Yardımcı Araç Gereçlerin Kullanımı Eğitimi (koltuk değneği, tekerlekli sandalye, protez, ortez vb.)
- ▶ Yaşlı ve Engelli Yaşam Kalitesini Arttırmaya Yönelik Danışmanlık
- ▶ Okul Çağı Çocuk /Gençlerin Postür Düzgünlüğü ve Yaşam Kalitesine Yönelik Danışmanlık
- ▶ Dolaşım Problemlerinde Koruyucu Yaklaşımlar Eğitimi
- ▶ Aktif Solunum Döngüsü Eğitimi

**SFR05.02**

Program sonuçları merkez tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşılma derecesi belirlenmelidir.

**SFR05.03**

Değerlendirme sonuçlarına göre program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.





# Evde Sağlık Hizmetleri

## Amaç

Evde sağlık hizmeti sunulan tıp merkezlerinde, hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetini esas alacak Şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde sunulmasını sağlamaktır.

**SES01 Evde sağlık hizmetlerinde hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.**

#### **SES01.01**

Hasta bakımına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Hasta başvuruları ile başvuru ve onay sürecine yönelik kurallar
- ▶ Hastaya randevu verilmesi, ilk muayene ve kontrol muayeneleri ile takip ziyaretlerinin planlanmasına yönelik süreçler
- ▶ Hastaların kabul kriterleri
- ▶ Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
- ▶ Değerlendirme sonrasında tıbbi bakımın nasıl planlanacağı
- ▶ Planlanan tıbbi bakımın hastaya nasıl uygulanacağı
- ▶ Tıbbi bakımın sonuçlarının nasıl izleneceği ve değerlendirileceği
- ▶ Tıbbi bakım planında gerekli değişikliklerin nasıl yapılacağı
- ▶ Hastaların transferi ile ilgili süreçler
- ▶ Hasta yakını eğitimleri
- ▶ Evde sağlık hizmetinin sonlandırılması

**SES02 Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların ziyaret süreçleri düzenlenmelidir.**

#### **SES02.01**

Kayıtlı hastaların ziyaretleri planlanmalıdır.

#### **SES02.02**

Hasta, ziyaret aralıkları ve sonraki ziyaret tarihi hakkında bilgilendirilmelidir.

#### **SES02.03**

Planlanan ziyaret süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.

#### **SES02.04**

Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici ve iyileştirici faaliyetler başlatılmalıdır.

**SES03 Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.**

#### **SES03.01**

Hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan bakım kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

#### **SES03.02**

Hastaların klinik durumları ve tıbbi bakım ihtiyaçları; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.

#### **SES03.03**

Hasta ve yakınının öz bakım kapasitesi, bakım sürecine ilişkin bilgi düzeyi ve uygulama becerisi değerlendirilmelidir.

#### **SES03.04**

Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarından korumak için hastalar ziyaret programı dahilinde izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

#### **Rehberlik:**

Bakım sürecinin istenmeyen sonuçlarının önlenmesine yönelik izlem örnekleri:

- ▶ İlaç uygulamalarının takibi
- ▶ Bası ülseri risk değerlendirmesi
- ▶ Ağrı şiddeti değerlendirmesi
- ▶ Düşme riskinin değerlendirilmesi
- ▶ Beslenme durumunun değerlendirilmesi
- ▶ Kateter bakımı ve takibi
- ▶ Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi
- ▶ Ağız bakımı ve takibi
- ▶ Hasta ve yakını tarafından gerçekleştirilen bakım uygulamalarının etkinliğinin değerlendirilmesi

**SES04 Hasta bakım ihtiyaçları doğrultusunda bakım planı düzenlenmelidir. (Bkz. Hasta Bakımı Bölümü)**

**SES05 Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**SES05.01**

Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, yönlendirilmesi ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**SES05.02**

Hastaların, nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

**SES05.03**

Malnütrisyonu olan veya malnütrisyon riski saptanan hastalar için nütrisyon desteğinin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.

**SES05.04**

Nütrisyonel destek verilen hasta ve hasta yakınına konuyla ilgili eğitim verilmelidir.

**SES05.05**

Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, yönlendirilmesi ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.

**SES06 Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**SES06.01**

Hastaların ağrı şiddeti ağrı değerlendirme ölçekleri ile değerlendirilmelidir.

**SES06.02**

Hastalarda ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

**Rehberlik:**

Ağrı kontrolü farmakolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi, soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan bilimsel yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.

**SES06.03**

Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) hakkında hasta ve yakınına eğitim verilmeli, bakım planına kaydedilmeli ve ziyaret programı dahilinde izlenmelidir.

**SES07 Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.**

#### **SES07.01**

Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler asgari aşağıdaki bilgileri içerek şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Hastalara yönelik kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı
- ▶ Hasta ve hasta yakınının kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği

#### **Rehberlik:**

Evde sağlık hizmetlerinde, ilk muayenede, hastanın resmi kimliği üzerinden kimlik doğrulaması yapılması esastır. Sonraki ziyaretlerde, sağlık personelinin değişmesi söz konusu olduğunda ya da personel gerekli gördüğü takdirde kimlik doğrulaması yapılabilir. Ayrıca numune alımı, numunelerin etiketlenmesi, hasta kayıtlarının düzenlenmesi gibi işlemler sırasında da doğru işlemin doğru hastaya uygulandığından emin olunması büyük önem arz etmektedir.

#### **SES07.02**

Sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

**SES08 Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.**

#### **SES08.01**

Hastanın hizmet alma nedeni ile hastaya tanı, tedavi, takip sürecinde gerçekleştirilen tüm hizmetler ve bu hizmetlerin kim tarafından, ne zaman verildiğine ilişkin bilgi hasta dosyasında izlenebilir olmalıdır.

#### **SES08.02**

Hastanın evde sağlık hizmetleri kapsamından çıkarılması durumunda; çıkarılma nedeni, hastanın son durumu ve önerilerin yer aldığı hekim notu hazırlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**SES09 Evde sağlık hizmetleri kapsamında ilgili çalışanların eğitim ihtiyaçları tüm süreçleri kapsayacak şekilde planlanmalı ve gerekli eğitimler verilmelidir.**

**Rehberlik:**

Eğitimlerde, çağrının kabulü, hastayı ziyaret, hastayakınlarıyla iletişim, güvenlik tedbirleri, numune alınması, saklanması ve taşınması, bilgi mahremiyeti gibi konular yer alabilir.

**SES10 Evde sağlık biriminden hizmet alan hastaların gerektiğinde tıp merkezine transferi sağlanmalıdır.**

# DESTEK HİZMETLERİ



- Tesis Yönetimi* ◀
- Otelcilik Hizmetleri* ◀
- Bilgi Yönetim Sistemi* ◀
- Malzeme ve Cihaz Yönetimi* ◀
- Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri* ◀
- Atık Yönetimi* ◀
- Dış Kaynak Kullanımı* ◀







# Tesis Yönetimi

## Amaç

Tıp merkezinin fiziki koşulları ve teknik altyapısının hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte olmasını sağlamaktır.

**DTY01 Bina turları yapılmalıdır.****DTY01.01**

Bina turlarını yapmak üzere bir ekip oluşturulmalıdır.

- ▶ Ekip, tıp merkezinin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır.
- ▶ Ekipte yönetimden en az bir kişi bulunmalıdır.

**DTY01.02**

Bina turları en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.

**DTY01.03**

Bina turuna ilişkin kayıtlar tutulmalı, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için bir eylem planı hazırlanmalıdır.

- ▶ İş takibi kontrolüne yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
- ▶ Eylem planı kapsamında alınan kararlar merkez yönetimi ve kalite yönetimi komitesine sunulmalıdır.

**DTY02 Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DTY02.01**

Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

**DTY02.02**

Tespit edilen risklere yönelik asgari aşağıdaki tedbirler alınmalıdır.

- ▶ Tutunma barlarının bulunması
- ▶ Merdivenlerde korkuluk bulunması
- ▶ Merdiven basamaklarının kaydırmaz özellikte olması
- ▶ Alçak tavan uyarılarının kullanılması
- ▶ Kaygan ve ıslak zemin uyarı levhalarının kullanılması
- ▶ Zeminde bulunan engellere karşı önlem alınması
- ▶ Ortamın yeteri kadar aydınlatılması
- ▶ Yatak korkuluklarının kaldırılması ve yatak emniyet kilidinin kapalı olması

**DTY02.03**

Gerçekleşen ve ramak kala düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildirilmelidir.

**DTY02.04**

Gerçekleşen ve ramak kala düşme olayları ile ilgili düzeltici ve iyileştirici faaliyetler yapılmalıdır.

**DTY03 Tıp merkezi yerleşim alanında bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.**

**DTY03.01**

Merkezin yerleşim alanına, giriş kapılarına yakın bir şekilde konumlandırılmış yerleşim planı bulunmalıdır.

**DTY03.02**

Merkezin girişinde, ana hizmet birimlerini gösteren genel kroki bulunmalıdır.

- ▶ Kat girişleri veya asansör çıkışlarında, bulunan yeri, acil çıkış kapılarını ve yangın tüp/istasyonlarını da gösteren kat krokileri bulunmalıdır.

**DTY03.03**

Okunabilir ve işlevsel nitelikte yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.

**(Ç) DTY04 Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.**

**DTY04.01**

Acil çıkış levhaları bulunmalıdır.

- ▶ Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır.
- ▶ Levhalar, tıp merkezinin her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir.
- ▶ Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.
- ▶ Çalışanların, işaret ve levhaların işlevsel kullanımı hakkında eğitim alması sağlanmalıdır.

**DTY04.02**

Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Tıp merkezi krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir.
- ▶ Acil çıkış kapısının doğrudan dışarıya (kaçış yönüne doğru) veya güvenli bir alana açılması sağlanmalıdır.
- ▶ Kaçış yolu kapıları kaçış yönünde kapı kolu kullanılmadan açılabilir şekilde el ile açılabilir ve kilitli tutulmamalıdır.

- ▶ Kapılarda eşik olmamalı, raylı veya döner kapılar ile turnikeler, çıkış kapısı olarak kullanılmamalıdır.
- ▶ Acil çıkış yolları ve kapıları ile buralara açılan yol ve kapılarda çıkışı zorlaştıracak hiçbir engel bulunmamalıdır.
- ▶ Aydınlatılması gereken acil çıkış yolları ve kapılarında, elektrik kesilmesi halinde yeterli aydınlatmayı sağlayacak ayrı bir enerji kaynağına bağlı acil aydınlatma sistemi bulundurulmalıdır.
- ▶ Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye, tekerlekli sandalye gibi araçlar bulunmalıdır.

**DTY05 Yaşlı ve engelli bireyler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.**

#### **DTY05.01**

Tesis giriş çıkış alanları, lavabo ve tuvaletler engelli bireylerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.

#### **DTY05.02**

Yaşlı ve engelli bireyler için ilgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurularak yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

#### **DTY05.03**

Tıp merkezi bünyesindeki bölümlere ulaşımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

#### **Rehberlik:**

Yaşlı ve engelli bireylerin tıp merkezi içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için yapılan uygulamalara aşağıdaki örnekler verilebilir:

- ▶ Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tekerlekli sandalye, yardımcı personel vb.
- ▶ Görme engelli hastaların yön bulmaları ve merkezin içindeki ulaşımını sağlamaya yönelik işlevsel düzenlemeler
- ▶ Muayenede öncelikli hasta tabelaları

#### **DTY05.04**

Yaşlı ve engelli bireylerin poliklinik alanlarında öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**DTY05.05**

Acil durumlarda yaşlı ve engelli bireylerin merkezden tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.

**(Bkz. Afet ve Acil Durum Yönetimi)**

**DTY06 Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.**

**DTY06.01**

Tıp Merkezinin bahçesi bulunması durumunda yeşil alan düzenlemesi yapılmalı ve oturma alanları bulunmalıdır.

**DTY06.02**

Tıp merkezi yerleşim alanı uygun şekilde ışıklandırılmalıdır.

**DTY06.03**

Tıp Merkezinin yerleşim alanında uygun konumda ve sayıda atık kutusu bulunmalıdır.

**(Ç) DTY07 Tıp merkezinde su, elektrik enerjisi, ısıtma-soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılabilir alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.**

**DTY08 Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DTY08.01**

Asansörler yetkili kuruluşlarca tescil edilmiş olmalıdır.

**DTY08.02**

Asansörlerin bakım süreçleri tanımlanmalı ve düzenli aralıklarla bakımları yapılmalıdır.

- ▶ Asansörlerin periyodik kontrolleri yılda en az bir kez yetkili kurum veya kuruluşlar tarafından yapılmalıdır.

- Periyodik kontrol sonuçları kusursuz (yeşil renk), hafif kusurlu (mavi), kusurlu (sarı renk) ve güvensiz (kırmızı renk) olmak üzere dört grupta değerlendirilmiş olmalıdır.
  - Renkli bilgi etiketleri asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır.
  - Takip kontrolü neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörün kullanımına izin verilmemelidir.
  - Kontrol raporundaki asansör kimlik numarası, etiket rengi ölçeği ve muayene tarihi ile etiket üzerindeki bilgiler birbiri ile uyumlu olmalıdır.
- Asansörlerin ara bakımları yapılmalıdır.

#### **DTY08.03**

Asansörlerde çalışır durumda yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.

#### **DTY09 Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

##### **DTY09.01**

Hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından izlenmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

##### **DTY09.02**

İklimlendirme sistemlerinin ve varsa merkezi havalandırma sisteminin bakım ve kontrolleri belirlenen aralıklarla yapılmalıdır.

##### **DTY09.03**

Kapalı alanlarda bulunan sistemler için mekanın günlük sıcaklık takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

##### **DTY09.04**

Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

- Havalandırma sistemine yönelik asgari aşağıdaki performans testleri uygulanmalıdır:
- HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi)
  - Hava debisi ve hava hızı ölçümü
  - Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti
  - Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme)
  - Partikül ölçümü

- ▶ Bu sistemlerin performans ölçümünde kullanılan referans cihazlar ilgili standart ve mevzuatlara uygun olmalıdır.

**DTY10 Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **DTY10.01**

Tıp merkezi trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

#### **DTY10.02**

Jeneratörlerin geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır. Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

#### **DTY10.03**

Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS) kontrol ve bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı ve kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.

#### **DTY10.04**

Elektrik prizleri sabitlenmiş olmalı, çalışma alanlarında düşme riski oluşturacak hareketli uzatma kablosu vb. kullanılmamalıdır.

#### **DTY10.05**

Çocukların ulaşabileceği prizlerde priz koruması olmalıdır.

#### **DTY10.06**

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

**DTY11 Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **DTY11.01**

Depo, suyun özelliklerini değiştirmeyecek paslanmaz çelik, krom nikel, beton ve benzeri maddeler ile yapılmış olmalı, beton yapıdaki su depolarının iç yüzeyi suyun niteliğini bozmayacak, kolay temizlenebilir ve sızdırmaz bir malzeme ile kaplanmalıdır.

#### **DTY11.02**

Depoya ait kapak kilitli ve sızdırmaz olmalı, depo kapağı sadece depo görevlileri ve yetkili personel tarafından açılıp kapanmalıdır.

**DTY11.03**

Depolar, ısı kaynaklarından uzak olmalı, direkt olarak gün ışığına maruz bırakılmamalıdır.

**DTY11.04**

Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılmalıdır.

- ▶ Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir.
- ▶ Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.

**DTY11.05**

En az haftada bir kez su depolarında ve su şebekesinin uç noktalarında klor ölçümleri yapılmalıdır.

**DTY12 Sıhhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DTY12.01**

Şebeke suyunda herhangi bir nedenden dolayı oluşabilecek bir kesinti durumunda, mevcut yedek su kaynakları devreye alınarak su ihtiyacı sağlanmalıdır.

**DTY12.02**

Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından tıp merkezi tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmeli, tespit edilen sorunlara yönelik iyileştirme faaliyetleri düzenlenmelidir.

**DTY12.03**

Yangın dolabı bulunan kurumlarda yangın sularının sürekli ve uygun basınçta kullanılabilmesine yönelik düzenli aralıklarla kontrol gerçekleştirilmelidir.

**DTY13 Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DTY13.01**

Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.



**DTY13.02**

Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması için oksijen, azot, vakum ve medikal havanın basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır.

**DTY13.03**

Medikal gaz sistemindeki basınç değişiklikleri işitsel ve görsel uyarı sistemi ile takip edilmelidir.

- ▶ Basınç düşüklüğü durumunda kullanılmak üzere yedek sistemler bulunmalıdır.

**DTY13.04**

Gazlar cinsine göre depolanmalı ve gazların birbiri ile depolanabilir olup olmadığı kontrol edilmelidir.

**DTY13.05**

Medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılmalıdır.

**DTY13.06**

Medikal gaz sisteminin bulunduğu alanların kapalı havalandırma kanalları, başka bölüm veya binaların havalandırma kanallarına bağlanmamalıdır.

**DTY14 Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DTY14.01**

Taşınabilir gaz silindirleri dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz silindirleri tek tek veya konteyner içinde sabitlenmiş olmalıdır.

**DTY14.02**

Üretici firma tarafından tıp merkezine teslim edilen sıkıştırılmış gaz silindirlerinin sertifikası bulunmalıdır.

**DTY14.03**

Sıkıştırılmış gaz silindirlerinin doluluk ve sızdırmazlık kontrolleri yapılmalıdır.

**DTY14.04**

Gaz silindirleri gaz tiplerine göre depolanmalı, yanıcı gazlar ve oksitleyici maddelerden ayrılmalıdır.

**DTY15 Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.**

#### **DTY15.01**

Basınçlı kapların ilk defa kullanılmadan önce ve her yer değişikliğinde kontrolü yapılmalı, doğru kurulduğu ve güvenli şekilde çalıştığını gösteren belge düzenlenmiş olmalıdır.

#### **DTY15.02**

Basınçlı kapların periyodik kontrolleri yapılmalıdır.

#### **DTY15.03**

Basınçlı kapların çalışma şeklinde değişiklikler, kazalar, doğal olaylar veya ekipmanın uzun süre kullanılmaması gibi durumlarda kontroller tekrarlanmalıdır.

#### **DTY15.04**

Ekipmanı kullanmakla görevli personele, bu ekipmanın kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir.

# Otelcilik Hizmetleri

## Amaç

- ▶ Tıp merkezinin tüm alanlarında temizliğin sürekliliğini ve etkinliğini sağlayarak hasta, hasta yakını ile çalışanların güvenliği ve memnuniyetini arttırmak
- ▶ Hasta, hasta yakını ve çalışanların istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak etkin ve güvenli yemek hizmeti almalarını sağlamak
- ▶ Merkezde sunulan çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli olmasını sağlamak
- ▶ Hasta ve hasta yakınlarının merkezde buldukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlamak
- ▶ Merkezde hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaktır.

**DOH01 Tıbbi gözlem ünitelerine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.****DOH01.01**

Tıbbi gözlem sürecindeki hastanın konforunu sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- ▶ Gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır.
- ▶ Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte olmalıdır.
- ▶ Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.

**DOH01.02**

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

- ▶ Hasta başı panelinin kontrolleri düzenli aralıklarla yapılarak kaydedilmelidir.

**DOH01.03**

Hastanın ve hasta yakınlarının kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere alanlar (lavabo, tuvalet, banyo vb.) belirlenmelidir.

**DOH02 Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.****DOH02.01**

Tıbbi gözlem sürecindeki hastaların sağlık hizmeti aldığı alanlarda yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

**DOH02.02**

Tıbbi gözlem sürecindeki hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

**DOH02.03**

Hasta ve hasta yakınlarına, çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.

**DOH03 Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **DOH03.01**

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

#### **DOH03.02**

Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.

#### **DOH03.03**

Kişisel temizlik alanlarında bulundurulan temizlik malzemelerinin hijyen koşullarına uygun olması sağlanmalıdır.

- ▶ Kişisel temizlik alanlarında, sıvı veya köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.

**DOH04 Tıp merkezinin bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.**

#### **DOH04.01**

Bekleme alanlarında hasta potansiyeline göre uygun nitelik ve sayıda oturma alanları bulunmalıdır.

#### **DOH04.02**

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

**DOH05 Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.**

#### **DOH05.01**

Muayene odaları temiz olmalı, uygun havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

#### **DOH05.02**

Muayene odası girişinde hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanı bulunmalıdır.

**DOH05.03**

Muayene odasında, hijyen koşullarının sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Lavabo, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu ve alkol bazlı el antiseptikleri gibi kişisel temizlik malzemeleri bulunmalıdır.
- ▶ Muayene masasının örtüsü tek kullanımlık olmalıdır.
- ▶ Gerekli kişisel koruyucu donanım bulunmalıdır.

**DOH05.04**

Muayene odalarında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

**DOH06 Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.****DOH06.01**

Bebek bakım ve emzirme odasında fiziki ortamın uygun koşulları içermesi sağlanmalıdır.

Bebek bakım ve emzirme odasında;

- ▶ Kenarları sivri olmayan malzeme ve mobilyalar kullanılmalıdır.
- ▶ Oyuncak bulundurulmamalıdır.
- ▶ Bebek alt değiştirme yeri korkuluklu ve temiz olmalıdır.
- ▶ Lavabo, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
- ▶ İklimlendirme sağlanmalıdır.

**DOH06.02**

Bebek bakım ve emzirme odalarında, emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalıdır.

**DOH07 Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.****DOH07.01**

Tip merkezi genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir.

**DOH07.02**

Kamera kayıtları, sadece yönetim tarafından tanımlanan kişilerin erişimine açık olmalıdır.

**DOH07.03**

Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.

**DOH08 Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.****DOH08.01**

Mutfak bölümleri (depolama, gıda hazırlama, bulaşık yıkama yerleri gibi) çapraz kontaminasyonu engelleyecek şekilde birbirinden ayrı alanlarda ve iş akışına uygun şekilde düzenlenmelidir.

**DOH08.02**

Tıp merkezinde mutfak hizmeti verilen tüm alanların tavan, taban ve duvarları yıkama ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.

- ▶ Zemin kayma ve düşmeyi önleyici malzemeden yapılmış olmalıdır.

**DOH08.03**

Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.

- ▶ Depo koşullarının uygunluğu izlenebilir olmalıdır.

**DOH08.04**

Mutfakta iklimlendirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- ▶ Mutfak kokularının tıp merkezi hizmet alanlarına karışmasını önleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.

**DOH08.05**

Mutfak alanlarının hayvan ve haşerelerden korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**DOH08.06**

Mutfak atıkları hijyenik ve çevreye zarar vermeyecek şekilde ortamdan uzaklaştırılmalıdır.

- ▶ Yemek atıklarının geçici olarak muhafaza edilmesine yönelik uygun alan oluşturulmalıdır.

## DOH09 Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.

### DOH09.01

Gıda zinciri süreçlerine yönelik kontrol sağlanmalıdır.

### DOH09.02

Gıdaların güvenli tedarikine ilişkin kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde belirlenmelidir:

- ▶ Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler
- ▶ Kalite kontrol kriterleri
- ▶ Tedarikçi kabul ve değerlendirme kriterleri
- ▶ Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler

### DOH09.03

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

- ▶ Gıda depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.
- ▶ Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir.
- ▶ Üretilmiş ve satın alınmış gıdaların stoklanmasında tavsiye edilen tüketim tarihlerinin etkin şekilde takibi yapılmalıdır.
- ▶ Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin üretim ve son tüketim tarihleri kayıt edilmelidir.
- ▶ Çiğ, yarı pişmiş ve pişmiş ürünlerin depolanması ayrı alanlarda yapılmalıdır.

## (Ç) DOH10 Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

### DOH10.01

Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır.

- ▶ Gıdaların hazırlanmasında kullanılan sarf malzeme, araç gereç ve ekipman uygun şekilde temizlenmeli ya da dezenfekte edilmelidir.
- ▶ Gıda ile temas eden malzemeler sağlığa uygun özellikte olmalıdır.
- ▶ Tüm çalışanlar; yapılan işin özelliğine göre maske, eldiven, bone, galoş, kolluk gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.



**DOH10.02**

Mutfak ve servis personeline asgari aşağıdaki eğitimler verilmeli ve düzenli aralıklarla tekrarlanmalıdır:

- ▶ Gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi
- ▶ Diyet yemeklerinin içeriği
- ▶ Yemeklerin porsiyonlanması

**DOH10.03**

Hizmet kapsamındaki kişilere servis edilen her son üründen şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.

**DOH10.04**

Hazırlanan menüler, standart yemek tarifeleri ve gramaj listelerinin Bakanlıkça yayınlanan rehberlere uygunluğu kontrol edilmelidir.

**DOH11 Tıp merkezi dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

**DOH11.01**

Gıdalar, servis edilecekleri sıcaklıklara uygun bir taşıma aracında birbirlerine karışmayacak ve araç içine bulaşmayacak şekilde uygun kaplarda taşınmalıdır.

**DOH11.02**

Taşıma araçları ve içindeki kaplar başka herhangi bir maddenin taşınmasında kullanılmamalıdır.

**DOH11.03**

Taşıma aracı ve kapların, temizlik ve dezenfeksiyonuna yönelik işlemler kayıt altına alınmalıdır.

**DOH12 Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.**

**DOH12.01**

Gıdalar servis sıcaklıklarına uygun olarak sunulmalıdır.

**DOH12.02**

Taşıma sırasında yemeklerin üzeri kapalı olmalıdır.

**DOH12.03**

Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek taşıma araçları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları (muhafaza edildiği alanlar da dahil) yapılmalıdır.

**DOH12.04**

Yemek dağıtımını yapan personel; uygun iş kıyafeti ile bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.

**DOH13 Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

**DOH13.01**

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

**DOH13.02**

Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır.

- ▶ Konteynerler ile taşıma yapan merkezlerde;
  - Konteynerlerin temizliği günlük olarak yapılmalıdır.
  - Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirliliği ve temiz olarak tanımlanmalıdır.
- ▶ Otomatik sistem ile taşıma yapan merkezlerde, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.

**DOH13.03**

Ekipmanın kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.

**DOH13.04**

İlgili çalışanlara ekipmanın kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.

**DOH14 Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.****DOH14.01**

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

- ▶ Çamaşırhane hizmetlerinin tıp merkezi dışından sağlanması durumunda da, kirlı çamaşır toplama ve temiz çamaşır dağıtım alanları ayrılmış olmalıdır.

**DOH14.02**

Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.

**DOH14.03**

Çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

**DOH14.04**

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



# Bilgi Yönetim Sistemi

## Amaç

Hasta ya da çalışanlara ait tıbbi ve kişisel bilgilerin, doğru ve güvenli şekilde kayıt altına alınması ve depolanması ile ihtiyaç duyulan doğru bilginin, bilgi mahremiyeti ve güvenliği gözetilerek, doğru zamanda, doğru kişiye ulaştırılmasını sağlamaktır.

### **DBY01 Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin tıp merkezi politikası oluşturulmalıdır.**

#### **DBY01.01**

Bilgi yönetim sistemi (BYS) politikasında asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- ▶ BYS'nin amaç ve kapsamı
- ▶ Bilgi güvenliği
- ▶ BYS'yi oluşturan alt sistemler (SBYS, LBYS, PACS, web, e-posta, dosya sunucu, varsa diğer bilgi yönetim alt sistemleri gibi)
- ▶ SBYS işletimi ve değişiklik yönetim süreçleri
- ▶ Bilgi sistem donanım ve altyapı, yönetim ve talep süreçleri
- ▶ Varlık yönetimi
- ▶ İş sürekliliği yönetimi
- ▶ Yedekleme
- ▶ Bilgi teknolojileri imha yönetimi (bilgisayar, disk, sunucu vb)

### **DBY02 Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.**

#### **DBY02.01**

BYS ile ilgili politikaların oluşturulması, BYS'ye ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonunun sağlanması, bilgi güvenliği ile ilgili hususlarda gerekli çalışmaların yapılması amacıyla sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

#### **DBY02.02**

Bilgi yönetim sistemine ilişkin rol grupları (hekimler, hemşireler, sekreterler gibi) ve yetkileri belirlenmelidir.

- ▶ Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir.
- ▶ Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır.
- ▶ Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır.
- ▶ İşe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesine yönelik yetki verme ve iptal etme süreçleri tanımlanmalıdır.

#### **DBY02.03**

Rol grupları ve kullanıcılar için tanımlanan yetkiler periyodik olarak ve gerektiğinde (görev değişikliği, işten ayrılma vb.) gözden geçirilmeli, gerekli güncellemeler yapılmalıdır.

**DBY03 Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.****DBY03.01**

Bilgi yönetim sistemine yönelik fiziksel tehlikeler, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kişisel verilerin korunması, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi yapılmalıdır.

**DBY03.02**

Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

**DBY03.03**

Risk analizleri en geç altı ayda bir olacak şekilde düzenli aralıklarla ve gerektiğinde güncellenmelidir.

**DBY04 Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DBY04.01**

Bilgi yönetim sistemine ilişkin yazılımsal ve donanımsal hataların nasıl bildirileceği ve hatalara nasıl müdahale edileceği tanımlanmalıdır.

**DBY04.02**

Bildirilen hatalar ile ilgili asgari aşağıdaki bilgiler kayıt altına alınmalıdır:

- ▶ Hatanın oluştuğu tarih ve saat
- ▶ Bildirimin yapıldığı tarih ve saat
- ▶ Hatanın içeriği
- ▶ Hatanın giderildiği tarih ve saat

**DBY04.03**

Karşılaşılan hatalar, çözüm süreçleri, ne kadar sürede hatanın çözüldüğü gibi bilgiler kayıt altına alınmalı, benzer hatalar gerçekleşmesi durumunda bu kayıtlar izlenebilir olmalıdır.

**DBY04.04**

Hata giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler bölüm bazında belirlenmelidir.

**(Ç) DBY05 Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.**

#### **DBY05.01**

Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması ile ilgili asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- ▶ Erişim ve yetki kontrolü
- ▶ Fiziksel ve çevresel güvenlik yönetimi
- ▶ İletişim güvenliği
- ▶ Bilgi güvenliği ihlal olayı yönetimi
- ▶ Kişisel verilerin korunması

#### **DBY05.02**

Bilgi güvenliği ve kişisel verilerin korunması konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.

#### **DBY05.03**

Bilgi yönetim sisteminde kullanılan parolalar, Bakanlık parola politikaları ile uyumlu olmalıdır.

#### **DBY05.04**

Bilgi yönetim sistemi sorumluları ve kullanıcıları gizlilik sözleşmesi imzalamalıdır.

**DBY06 SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.**

#### **DBY06.01**

SBYS'nin muayene ekranlarından ulusal sağlık veri tabanına entegrasyon sağlanmalıdır.

#### **DBY06.02**

Hastaların aynı tıp merkezindeki geçmiş tıbbi kayıtlarına SBYS üzerinden erişim sağlanmalıdır.

**DBY07 Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanımının sağlanmasına yönelik çalışma yapılmalıdır.**

#### **DBY07.01**

Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanılabilmesine ilişkin çalışanlara eğitim verilmelidir.



- ▶ Eğitimler, çalışanların ihtiyacına göre planlanmalı ve uygulanmalıdır.

#### **DBY07.02**

Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir.

#### **DBY07.03**

Bilgi yönetim sistemi uygulamalarına ilişkin güncelleme geçmişleri kullanıcılar tarafından izlenebilir olmalıdır.

**DBY08 Sağlık bilgi yönetim sistemi (SBYS)'nde yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.**

#### **DBY08.01**

SBYS'de, farklı hizmet süreçlerine yönelik farklı modüller bulunması halinde söz konusu modüller birbirine entegre şekilde çalışmalıdır.

#### **Rehberlik:**

SBYS'de, farklı hizmet süreçlerine yönelik oluşturulabilecek modüllerden bazılarının aşağıda yer verilmiştir:

- ▶ Hasta kayıt
- ▶ Hasta yatışı
- ▶ Poliklinik
- ▶ Klinik
- ▶ Eczane
- ▶ Depo
- ▶ Satın alma
- ▶ Ayniyat
- ▶ Laboratuvar
- ▶ Vezne
- ▶ Faturalandırma
- ▶ Radyoloji
- ▶ Personel modülü

#### **DBY08.02**

Malzeme ve cihaz istemlerinin yapılmasından, bölümlerde kullanılmasına kadar geçen tüm süreçlere ilişkin işlemler SBYS üzerinden gerçekleştirilmelidir.

**DBY08.03**

SBYS üzerinde, modüllerin kullanımına ilişkin yardım bilgileri bulunmalıdır.

**DBY08.04**

Personel modülünde, çalışanlara ilişkin asgari aşağıda belirtilen bilgi ve belgeler bulunmalıdır:

- ▶ Çalışana ait fotoğraf
- ▶ Aktif olarak çalıştığı bölüm
- ▶ Kan grubu
- ▶ İletişim bilgileri
- ▶ İzin ve rapor bilgileri
- ▶ Eğitim durumu
- ▶ Sertifikaları
- ▶ Hizmet içi eğitimleri
- ▶ Yabancı dil bilgisi

**DBY09 SBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.**

**DBY09.01**

İz kayıtlarının geçmişe yönelik izlenebilirliği sağlanmalıdır.

- ▶ BYS üzerinde yapılan düzeltme ve iptal kayıtları izlenebilir olmalıdır.
- ▶ Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.
- ▶ Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır.
- ▶ Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.

**(Ç) DBY10 SBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**DBY10.01**

Yedekleme ile ilgili süreçler, verinin depolanması ve korunmasına yönelik dikkat edilmesi gereken hususlar ve veri kurtarma testi planlarını kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

**DBY10.02**

Yedekleme, biri tam ve ikisi fark olmak üzere günde en az 3 defa yapılmalıdır.

**DBY10.03**

Yedekleme dosyaları SBYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortama alınmalıdır.

- ▶ Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.

**DBY10.04**

Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak SBYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.

**DBY10.05**

Veriler, yedekleme politikasında belirtildiği şekilde offline ortamlarda süresiz olarak saklanmalıdır.

**DBY10.06**

Veri kurtarma testleri altı aylık dönemlerde yapılmalı ve tıp merkezi yönetimi tarafından kontrol edilmelidir.

- ▶ Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir.
- ▶ Test kayıt altına alınmalıdır.
- ▶ Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

**DBY11 Bigi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DBY11.01**

Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil edilmelidir.

**DBY11.02**

Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı olmalıdır.

**DBY11.03**

Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalı, envanterde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Bulunduğu bölüm
- ▶ Marka
- ▶ Model
- ▶ Seri no

- ▶ Demirbaş numarası
- ▶ Donanım ve yazılım adı
- ▶ İşletim sistemi
- ▶ Ek aksamlar
- ▶ Alınma tarihi
- ▶ Varsa garanti süresi

**DBY11.04**

Kullanıcı bilgisayarlarındaki virüs yazılımları ve virüs tarama dosyaları ile işletim sistemi ve güvenlik yamalarının güncellenmeleri merkezi bir sunucu vasıtası ile otomatik olarak yapılmalıdır.

**DBY11.05**

Misafir kullanıcıların bağlandığı kablosuz ağ bağlantıları için farklı vlan oluşturulmalıdır.

**DBY12 Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.**

**DBY12.01**

Yazılım-donanım destek birimi bulunmalıdır.

- ▶ Yazılım-donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır.
- ▶ Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.

**DBY12.02**

Bilgi yönetim sistemdeki arızalar ve devre dışı kaldığı durumlar nedenleri ile birlikte kayıt altına alınmalıdır.

**DBY12.03**

Sistemde tespit edilen kesinti ve arızalara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

**(Ç) DBY13 Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır.**

**DBY13.01**

Sunucu ve ağ cihazlarına tahsis edilmiş bağımsız bir sistem odası bulunmalıdır.

**DBY13.02**

Sistem odasına girişler kontrol altına alınmalıdır.

- ▶ Kamera sistemi bulunmalıdır.
- ▶ Sistem odasının kapısı geçiş kontrollü olmalıdır.
- ▶ Odaya giriş çıkış yapan personelin kayıtları tutulmalıdır.
- ▶ Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.

**DBY13.03**

Su kaynaklı tehlikelere karşı gerekli önlemler alınmalıdır.

- ▶ Sistem odası suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.
- ▶ Odada su basmasına neden olabilecek musluk, kalorifer peteği, atık su gibi tesisat bulunmamalıdır.

**DBY13.04**

Yangın tehlikesine karşı gerekli önlemler alınmalıdır.

- ▶ Gaz temelli yangın söndürme sistemi ( Halon, FM200, CO<sub>2</sub> gibi) bulunmalıdır.
- ▶ Elektrik sisteminin güvenliği sağlanmalıdır.
- ▶ Yangın dağılımını kolaylaştıracak tefrişat ve malzeme bulunmamalıdır.
- ▶ Gaz temelli yangın söndürme tüplerinin aktif olması durumunda ortamda kişisel koruyucu donanım hazır bulundurulmalıdır.
- ▶ Yangın söndürme sürecinde çalışanların güvenliği hakkında gerekli tedbirlerin alınmasına yönelik eğitim verilmelidir.

**DBY13.05**

Sistem odasına özel, tıp merkezindeki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.

- ▶ Fiziksel sunucuların güvenli bir şekilde kapatılabilmesi için gerekli süre en az 30 dk olmalıdır.

**DBY13.06**

İdeal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.

- ▶ İdeal sıcaklık; 18-22 °C aralığında olmalıdır.
- ▶ Nem oranı; %45 - %70 aralığında olmalıdır.
- ▶ Yedekli olarak çalışan ve nem tutma özelliği olan klimalar bulunmalıdır.

**DBY13.07**

Alev, duman, ortam sıcaklığı ve su basması ile ilgili olağan dışı durumlarda sistem yöneticilerini uyarmak üzere uyarı sistemi bulunmalıdır.

**DBY14 Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.****DBY14.01**

Tıp merkezinde bulunan bütün sunucuların kayıtları asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde tutulmalıdır.

- ▶ Sunucunun adı
- ▶ Yeri
- ▶ IP adresi
- ▶ Türü (fiziki/sanal)
- ▶ Ana işlevi (web, veri tabanı, e-posta vb.)
- ▶ Üzerinde çalışan uygulama ve servisler
- ▶ İşletim sistemi ve sürümü
- ▶ Sorumlu kişi ve iletişim bilgileri
- ▶ Donanım bilgileri (markası, modeli)
- ▶ Garanti durum bilgisi
- ▶ Garanti kapsamında ise ilgili firma ve kişi bilgileri

**(Ç) DBY15 Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.****DBY15.01**

Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.

**DBY15.02**

Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.

**DBY15.03**

Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.

- ▶ Mevcut Sağlık Bilişim Ağı (SBA) mimarisi uyarınca güvenlik duvarı olmayan tıp merkezlerinde, sunucular son kullanıcı ve tıbbi cihazlardan farklı bir VLAN'a konumlandırılmış olmalıdır.

**DBY16 Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.****DBY16.01**

Veritabanı sistem iz kayıtları tutulmalı ve gerektiğinde tıp merkezi yönetimi tarafından izlenebilmelidir.

- ▶ Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalara ilişkin iz kayıtları yazılım tarafından kayıt altına alınmalıdır.

**DBY16.02**

Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

**DBY16.03**

Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları parolalar şifreli bir şekilde saklanmalıdır.

**DBY16.04**

Veritabanı üzerinde iz kaydı alınması gereken işlemler belirlenmelidir.

**DBY16.05**

Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendirilmelidir.

**(Ç) DBY17 Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.****DBY17.01**

Dış ortamdan iç ortama erişebilme koşulları ve erişim sağlayabilecek kişiler belirlenmelidir.

**DBY17.02**

Hizmet alımı kapsamında tıp merkezi verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm kişilere kişisel gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.

**DBY17.03**

Tıp merkezi verilerine fiziksel veya bilgi sistemleri vasıtası ile erişim sağlayabilen tüm firmaların kurumsal gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.

**DBY17.04**

Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.





# Malzeme ve Cihaz Yönetimi

## Amaç

Tıp merkezinde malzeme gereksiniminin hasta ve çalışan ihtiyaçları gözetilerek tespitinden, malzemelerin temin edilmesi, kabulü, depolanması, stok kontrolü, çevreye dönüşümüne kadar geçen sürecin güvenli, verimli ve etkin şekilde yönetilmesini sağlamaktır.

**DMC01 Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

**DMC02 Malzeme ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **DMC02.01**

Malzeme ihtiyaç tespiti ve temini ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Malzemelere ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci
- ▶ Malzeme talep yetkisi bulunan kişiler
- ▶ Talep yöntemi
- ▶ Taleplerin yönetim tarafından değerlendirilmesi
- ▶ Satın alma yönteminin belirlenmesi
- ▶ Tekliflerin değerlendirilme süreci
- ▶ Malzemelerin kontrolü ve kabulü

#### **DMC02.02**

Tıp merkezinde bulundurulması gereken malzemeler birim bazında belirlenmelidir.

- ▶ İhtiyaç duyulan malzeme miktarı merkezin önceki yıllardaki verileri ve sunmayı planladığı hizmet kapasitesi dikkate alınarak hesaplanmalıdır.

**DMC03 Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### **DMC03.01**

Malzemelerin cinslerine göre depolanması ve muhafaza süreçlerine yönelik doküman hazırlanmalıdır.

#### **DMC03.02**

Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına, tanımlanmış yetkili çalışanlar haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.

#### **DMC03.03**

Malzemeler, depolama alanlarında özelliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

**DMC03.04**

Depoların temizliği, düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

**DMC03.05**

Malzemeler, cinslerine göre uygun sıcaklık ve nem koşullarında depolanmalıdır.

**DMC03.06**

Steril sarf malzemeler, uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.

**DMC03.07**

Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.

**DMC04 Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**

**DMC04.01**

Stok kontrol sürecinde uygulanacak olan stok takip yöntemi (ilk giren ilk çıkar gibi) belirlenmelidir.

**DMC04.02**

Malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.

**DMC05 Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**DMC05.01**

Malzemelerin güvenli taşınması için gerekli donanım bulunmalıdır.

**DMC05.02**

Malzemelerin depolardan birimlere transferi sırasında gerçekleşebilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınmalıdır.

**DMC05.03**

Taşınması açısından özel nitelikli ve tehlikeli malzemeler tanımlanmalı ve malzemelerin transferini gerçekleştirecek çalışanlara güvenli transfer ile ilgili eğitim verilmelidir.

**DMC05.04**

Malzemelerin birimlere teslimi kayıt altına alınmalıdır.

**DMC06 Uygun olmayan malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.**

**(Ç) DMC07 Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### **DMC07.01**

Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

#### **DMC07.02**

Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve bu maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler belirlenmelidir.

#### **DMC07.03**

Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri asgari aşağıdaki bilgileri kapsayacak şekilde oluşturulmalıdır:

- ▶ Tehlikeli maddenin ismi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vb.), kullanım şekli ve miadı
- ▶ Saklama koşulları
- ▶ Etkileşime girdiği maddeler
- ▶ Temas halinde yapılacaklar
- ▶ Kullanıldığı ve depolandığı yerler
- ▶ Taşıma şekli
- ▶ İmha yöntemleri
- ▶ Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler

#### **DMC07.04**

Envanter, depo ve kullanım alanlarında bulunmalıdır.

#### **DMC07.05**

Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalı, etikette maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge bulunmalıdır.

#### **DMC07.06**

Radyoaktif maddelerin radyoaktivite değeri ve ölçüm tarihi kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.

**DMC07.07**

Kullanıcılara, tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.

**DMC08 Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**

**DMC09 Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**DMC09.01**

Cihazlara yönelik ihtiyaç tespiti, cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci
- ▶ Cihaz talep yetkisi bulunan çalışanlar
- ▶ Talep yöntemi
- ▶ Taleplerin nasıl ve kimler tarafından değerlendirileceği
- ▶ Teknik şartname hazırlanması
- ▶ Tekliflerin değerlendirilme süreci
- ▶ Cihazların temini
- ▶ Temin edilen cihazların kontrolü
- ▶ Cihazların tedarikçiden teslim alınması ve hizmete sunulması

**DMC10 Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.**

**DMC10.01**

Cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.

- ▶ Envanterde aşağıdaki asgari bilgiler bulunmalıdır:
  - Cihazın adı
  - Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası)
  - Seri numarası

- Markası
- Bulunduğu bölüm
- ▶ Demirbaş olmayan cihazların kontrolü sağlanmalıdır.

#### DMC10.02

Asgari aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde cihaz kartı veya etiketi bulunmalıdır.

- ▶ Cihaz kartı/etiketi üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
  - Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal numarası veya demirbaş numarası)
  - Bulunduğu bölüm

**DMC11 Cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

#### DMC11.01

Cihazların güvenli ve verimli kullanımına ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

- ▶ Cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kesintisiz teknik destek sağlanmalıdır.
- ▶ Personele cihazın kullanımı için gerekli eğitimler verilmelidir.
- ▶ Cihazın güvenli ve verimli kullanımı açısından fiziki ve teknik altyapı uygun şekilde oluşturulmalıdır.
- ▶ Cihazların verimli ve güvenli çalışması için uygun malzeme ve ekipman kullanılmalıdır.
- ▶ Cihazların bakım ve kalibrasyonları düzenli olarak yapılmalıdır.
- ▶ Tıbbi cihazlarda maliyetler ile üretilen hizmet çıktıları izlenmeli ve cihazların verimliliği değerlendirilmelidir.

#### DMC11.02

Cihazların temizliği, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

#### DMC11.03

Cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.

**(Ç) DMC12 Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.**

#### DMC12.01

Tıbbi cihazların bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve bir plan dahilinde izlenmelidir.

- ▶ Tıbbi cihazların güvenli çalışması ve doğru sonuç vermesi amacıyla, firma önerileri, tıp merkezi ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta, bakım, onarım, ayar ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.

#### DMC12.02

Kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazların test, kontrol ve kalibrasyon raporu bulunmalı, raporda aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Tıp merkezinin adı ve iletişim bilgileri
- ▶ Varsa yetki belgesine ait bilgi
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın bulunduğu merkeze ait tanımlayıcı bilgileri
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın yeri, adı, markası, modeli, kimlik ve seri numarası
- ▶ Tıbbi cihaza yapılan test, kontrol ve kalibrasyon işlemleri, ölçüm değerleri, sonuçları ve ölçüm belirsizliği ile bu işlemlerin hangi standart ve kriterlere göre yapıldığı
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyon işlemi için kullanılan cihaz, donanım, yazılım ve aksesuarların adı markası, modeli, seri numarası, kalibrasyon tarihi, sertifika numarası ve kalibrasyonun yapıldığı yer
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonu yapan ve onaylayan kişilerin adı, soyadı ve imzası
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yer, tarih ve geçerlilik süresi
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyonun yapıldığı yerin ortam şartları ile ilgili sıcaklık, basınç, nem ve benzeri bilgiler
- ▶ Test, kontrol ve kalibrasyon raporunun numarası
- ▶ Kalibrasyonu yapan personelin eğitim sertifikasyon bilgileri
- ▶ Hizmet alımı yoluyla tıp merkezinde yapılan test, kontrol ve kalibrasyon çalışmaları sırasında tüm süreci gözetim altında tutan tıp merkezi personelinin imzası

#### DMC12.03

Kalibrasyon testine tabi tutulan tıbbi cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalı, etiket üzerinde aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- ▶ Kalibrasyonu yapan firmaya ait tanımlayıcı bilgi
- ▶ Cihaz kimlik numarası
- ▶ Kalibrasyon tarihi
- ▶ Kalibrasyon geçerlilik süresi
- ▶ Kalibrasyon sertifika numarası

#### DMC12.04

Kalibrasyonu geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapılmalıdır.

**DMC13 Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.**

#### DMC13.01

Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

- ▶ Kullanıma uygun olmadığı tespit edilen tıbbi cihazların bakım, onarım ve yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl sürdürüleceği belirlenmelidir.

#### DMC13.02

Sınırlı kullanım kararı verilen cihazın test, kontrol ve kalibrasyon sonucunda uygun olmadığı tespit edilen fonksiyonları kullanılmamalıdır.

- ▶ Kullanılmaması gereken fonksiyonlar çalışanlar tarafından cihaz üzerinde izlenebilir olmalıdır.

**DMC14 Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.**

#### DMC14.01

Arıza ve onarım süreçleri ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

#### DMC14.02

Cihazlarda meydana gelen arızaların bildirim en kısa sürede sağlanmalıdır.

#### DMC14.03

Cihaz arızaları ile arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.



**DMC14.04**

Arıza durumunda cihaz kullanım dışı bırakılmalı ve cihaz üzerinde arıza uyarısı bulunmalıdır.

**DMC15 Cihazların kullanım dışı bırakılması sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**DMC15.01**

Cihazların kullanım dışı bırakılmasına (geçici veya sürekli kullanım dışı bırakma, hurdaya ayırma, iade vb.) yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

**(Ç) DMC16 Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**Rehberlik:**

HBTC, hasta başında değerlendirme/test amaçlı olarak laboratuvar dışında erken tanı için kullanılan tıbbi tanı cihazlarıdır. Kan glikozu, kan gazı ve elektrolitleri, idrar strip testi, streptokok antijeni, kardiyak enzimler, koagülasyon parametreleri, C-reaktif protein gibi parametreleri laboratuvar dışında ölçen cihazlardır.

**DMC16.01**

Tıp merkezinde kullanılan HBTC'ler izlenebilir şekilde tanımlanmalıdır.

- ▶ İzlenebilirliği sağlayabilmek amacıyla cihazların kullanıldığı birim, birim cihaz sorumlusu, cihaz numarası, cihaz türü, marka ve model bilgilerini içeren envanter oluşturulmalıdır.

**DMC16.02**

HBTC'nin bakımı ve temizliği ile ilgili sorumluluklar tanımlanmalıdır.

**DMC16.03**

HBTC için kalite kontrol çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.

- ▶ Kalite kontrol testleri kayıt altına alınmalıdır.

**DMC16.04**

Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici ve iyileştirici faaliyet başlatılmalıdır.

**DMC16.05**

HBTC'yi kullanacak çalışanlara asgari aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir.

- ▶ çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar
- ▶ Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi
- ▶ Cihazın temizliği ve bakımı

**DMC16.06**

HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.

# Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

## Amaç

Tıbbi kayıtların etkin, doğru ve zamanında oluşturulması, sistematik bir arşivleme sistemi ile güvenli muhafazası ve bakım sürecine ilişkin her türlü bilgi ve belgeye zamanında ulaşılabilmesinin sağlanmasıdır.

**DTA01 Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**

#### **DTA01.01**

Hastalara ait tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları
- ▶ Standart dosya planı ve içeriği
- ▶ Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması
- ▶ Arşiv hizmetlerinin işleyişi

**DTA02 Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri elektronik ortama dayalı olarak kurgulanmalıdır. İlgili mevzuat gereğince fiziki olarak oluşturulması, kullanılması ve saklanması zorunlu olan yazılı dokümanlar haricindeki tüm dokümanlar ve kayıtlar elektronik olarak oluşturulmalı, kullanılmalı ve saklanmalıdır.**

**DTA03 Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**

**DTA04 Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.**

#### **DTA04.01**

Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.

- ▶ Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye hangi koşullarda erişebileceği)
- ▶ Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü
- ▶ Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç

**(Ç) DTA05 Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ve standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.**

#### DTA05.01

Hastaların tıbbi kayıtlarına, her başvuruda aynı sabit dosya numarası ile erişilebilmelidir.

- ▶ Hastaların poliklinik sürecine ilişkin tüm tıbbi kayıtları (önemli semptom ve bulgular, ön tanı, tetkik sonuçları, tanı, tedavi gibi), belirlenen sabit dosya numarası üzerinden fiziki veya elektronik ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

#### DTA05.02

Hasta dosyaları için standart bir dosya içeriği belirlenmelidir.

- ▶ Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve doküman tanımlanmalıdır.
- ▶ Söz konusu tanımlama, gerektiğinde branş veya bölüm bazında gerçekleştirilmelidir.

#### DTA05.03

Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer almalıdır.

- ▶ Hasta dosyasında hastanın;
  - Adı soyadı
  - Doğum tarihi
  - Cinsiyeti
  - İkametgah bilgileri
  - Medeni durumu
  - Eğitim durumu
  - Hastanın kendisi ile ilgili tıbbi kayıtlara erişim konusunda başka birine yetki verip vermediği, verdi ise kişiye ait bilgiler
  - Şimdiki veya daha önceki mesleği bulunmalıdır.

#### DTA05.04

Hasta dosyaları içerik ve kayıtların eksiksiz olması açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir.

**DTA06 Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.**

#### DTA06.01

Taburculuk özeti, taburculuk kararı ile birlikte en kısa sürede yazılmalıdır.

**DTA06.02**

Taburculuk özetinde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- ▶ Hastanın başvuru nedeni
- ▶ Önemli bulguları
- ▶ Konulan teşhis
- ▶ Uygulanan tedaviler
- ▶ Hasta taburcu olurken genel durumu
- ▶ Taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar
- ▶ Kontrol zamanı
- ▶ Acil durumlarda hastanın arayabileceği telefon numaraları
- ▶ Hastanın dikkat edeceği hususlar

**DTA06.03**

Taburculuk özeti bir nüshası hastaya verilmelidir.

**DTA07 Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanmasına yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır.**

**DTA07.01**

Arşiv bölümü, kolayca ulaşılabilecek, hasta yoğunluğunun az olduğu alanlarda konumlandırılmalıdır.

**DTA07.02**

Arşivde bulunan hasta dosyalarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

- ▶ Sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.
- ▶ İklimlendirme yapılmalıdır.
- ▶ Haşere, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.
- ▶ Yetkisiz kişilerin arşiv bölümüne erişimi engellenmelidir.

**DTA08 Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

**DTA08.01**

Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar asgari aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır:

- ▶ Arşiv planı
- ▶ Arşive erişim ile ilgili yetkilendirme
- ▶ Dosyaların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü
- ▶ Kabul edilen dosyaların arşive yerleştirilmesi
- ▶ Dosyaların arşivden çıkışı
- ▶ Arşive yerleştirilen dosyaların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar
- ▶ Adli vaka dosyalarının yönetimi

**DTA08.02**

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





# Atık Yönetimi

## Amaç

Tıp merkezinde oluşan atıkların çevreye ve insan sağlığına zarar vermeden kaynağında ayrı toplanması, taşınması, geçici depolanması, tıbbi atık işleme tesisine teslim edilmesi ve bertaraf edilmesi süreçlerinin kontrol altına alınmasıdır.

**DAY01 Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.****DAY01.01**

Atık yönetimine yönelik asgari aşağıdaki konuları kapsayan doküman oluşturulmalı ve düzenli aralıklarla güncellenmelidir.

- ▶ Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri
- ▶ Atıkların kaynağında ayrıştırılması
- ▶ Üretilen atık miktarının azaltılması
- ▶ Oluşan atık miktarı ile ilgili bilgilerin düzenli olarak kayıt altına alınması
- ▶ Merkez çinde atıkların usulüne uygun olarak toplanması ve taşınması
- ▶ Toplama sıklığı ve kuralları
- ▶ Atıkları taşımada kullanılacak ekipman ve araçlar
- ▶ Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu
- ▶ Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kurallar
- ▶ Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları
- ▶ Atıkların teslim alınması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye veya yüklenici ile protokol yapılması
- ▶ Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler
- ▶ Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi
- ▶ Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumlular
- ▶ Atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah

**(Ç) DAY02 Atıklar kaynağında ayrıştırılmalıdır.****DAY02.01**

Atıklar, çalışanlar tarafından kaynağında ayrıştırılarak biriktirilmelidir.

Atıklar asgari aşağıdaki kategorilerde ayrıştırılmalıdır:

- ▶ Evsel atıklar
  - Genel atıklar
  - Ambalaj atıkları

- ▶ Tıbbi atıklar
  - Enfeksiyöz/tıbbi atık
  - Patolojik atık
  - Kesici-delici atık
- ▶ Tehlikeli atıklar
  - Kimyasal atıklar
  - Bitkisel yağ atıkları
  - Pil/akümülatör atıkları
  - Floresan lamba atıkları
- ▶ Radyoaktif atıklar

#### DAY02.02

Bölüm bazında oluşan atık türlerine göre uygun atık kutuları bulunmalıdır.

#### DAY02.03

Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol edilmelidir.

#### DAY02.04

Atık toplama kutuları konumlandırılırken atık kaynaklarına uzaklığı ve kullanım kolaylığı göz önünde bulundurulmalıdır.

#### DAY02.05

Atık kutularının üzerinde uluslararası uyarı işaretleri ve atığı tanımlayan ifade bulunmalıdır.

**DAY03 Atıkların toplanması ve taşınmasına yönelik kurallar belirlenmelidir.**

#### DAY03.01

Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek bir şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.

#### DAY03.02

Atıkların toplanması ve taşınması sırasında görevli personelin giysileri uygun nitelikte olmalıdır.

#### DAY03.03

Görevli personele atıkların toplanması ve taşınması hakkında eğitim verilmelidir.

**DAY03.04**

Atıkların toplanması ve taşınması ile ilgili risk değerlendirmesi yapılmalı, oluşabilecek kazalara karşı gerekli önlemler alınmalıdır.

**DAY03.05**

Uygun niteliklere sahip atık toplama ekipmanı kullanılmalıdır.

**DAY03.06**

Atık torbaları, merkezin içinde uygun niteliklere sahip, temizlenmesi kolay, kapaklı ekipman ile taşınmalıdır.

**DAY03.07**

Torbalar en fazla  $\frac{3}{4}$  oranında doldurulmalı, içeriği hiçbir şekilde sıkıştırılmamalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır.

**DAY03.08**

Torbalar hiçbir şekilde geri kazanılmamalı ve tekrar kullanılmamalıdır.

**DAY04 Atıklar ilgili kuruluşa teslim edilinceye kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.**

**Rehberlik:**

Tıp merkezi, günlük 50 kilogramdan fazla tıbbi atık üretilmesi durumunda tıbbi atık geçici deposu tesis etmekle, günlük 50 kilografa kadar tıbbi atık üretilmesi durumunda geçici tıbbi atık konteyneri bulundurmamakla, günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretilmesi durumunda ise en yakın veya en uygun tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine götürmek veya bu atıkları tıbbi atık toplama aracına vermekle yükümlüdür.

**DAY04.01**

Tıp merkezinin büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner veya geçici atık deposu bulundurulmalıdır.

**DAY04.02**

Tıp merkezinde bulunan geçici tıbbi atık deposu asgari aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır;

- ▶ Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalı ve depolarda yeterli aydınlatma bulunmalıdır.
- ▶ Depolama süresi dikkate alınarak uygun havalandırma ve iklimlendirme sağlanmalıdır.

- ▶ Depo kapısı üzerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır.
- ▶ Depo kapısı kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmemelidir.
- ▶ Depo, tıp merkezi giriş-çıkışı gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınlıklarına tesis edilmemelidir.
- ▶ Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalıdır.
- ▶ Depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmamalıdır.
- ▶ Depo, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka bir amaçla kullanılmamalıdır.

#### DAY04.03

Tıp merkezinde bulunan konteynerler asgari aşağıdaki özelliklere sahip olmalıdır;

- ▶ Paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalıdır.
- ▶ Konteynerlerin dış yüzeylerinde "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile "DİKKAT! TIBBİ ATIK" ibaresi bulunmalıdır.
- ▶ Konteynerler merkezin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek sayıda olmalıdır.
- ▶ Konteynerler, merkez sınırları içinde; doğrudan güneş almayan, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilmelidir.
- ▶ Konteynerlerin kapakları kilitli tutulmalı, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmemelidir.
- ▶ Konteynerler, atıkların boşaltılmasını müteakiben uygun dezenfektan kullanılarak dezenfekte edilmelidir.
- ▶ Konteynerler, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka bir amaçla kullanılmamalıdır.

#### DAY04.04

Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.

#### Rehberlik:

- ▶ Tıbbi atıklar, 48 saatten fazla olmamak üzere tıbbi atık geçici deposu veya konteynerinde bekletilebilir.
- ▶ Tıbbi atık geçici deposu içindeki sıcaklığın +4 °C olması ve kapasitenin uygun olması koşuluyla bekleme süresi bir haftaya kadar uzatılabilir.

**DAY04.05**

Geçici atık deposu veya konteynerin temizliği hakkında görevli personele eğitim verilmelidir.

**DAY04.06**

Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

**DAY05 Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.**

**DAY05.01**

Atığın üretildiği birimlerdeki sağlık çalışanlarına asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde eğitim verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

- ▶ Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması
- ▶ Atık toplama ekipmanının kullanımı
- ▶ Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması hakkında genel bilgi
- ▶ Atıkların yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar
- ▶ Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler

# Dış Kaynak Kullanımı

## Amaç

Tıp merkezi tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin tıp merkezinin temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve sağlıkta kalite standartlarında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasını sağlamaktır.

**DDK01 Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin yönetilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**

**DDK01.01**

Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır.

**DDK01.02**

Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetlerin kapsamı belirlenmelidir.

**DDK01.03**

Dış hizmet sağlayıcısının tıp merkezine sağlayacağı hizmetler ile ilgili kontrol ve iş tamamlama süreçleri belirlenmelidir.

**DDK01.04**

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

**(Ç) DDK02 Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**

**DDK02.01**

Yüklenici tarafından dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetler; tıp Merkezinin belirlediği kurallara, hedeflere ve sağlıkta kalite standartlarına uygun şekilde sunulmalıdır.

- ▶ Dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanan hizmetler düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.



# GÖSTERGE YÖNETİMİ

Göstergelerin İzlenmesi ◀



# Göstergelerin İzlenmesi

## Amaç

Tıp merkezinde ölçüm sistematığı ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

**(Ç) GGİ01 Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.**

### **GGİ01.01**

Tıp merkezinde izlenecek göstergelere yönelik, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmaları ile ilgili doküman bulunmalıdır.

### **GGİ01.02**

Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite yönetim sorumlusu tarafından SKS Gösterge Yönetimi Rehberi'nde yer alan hususlar esas alınarak koordine edilmelidir.

### **GGİ01.03**

Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

### **GGİ01.04**

Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.

### **GGİ01.05**

Bölüm kalite sorumlularının kendi bölümleri ile ilgili göstergelere ilişkin sorumlulukları tanımlanmalıdır.

- ▶ Bölüm kalite sorumluları, göstergelerin izlenmesi, verilerin toplanması, sonuçların analizi ve analiz sonrası iyileştirme çalışmalarını aktif olarak yürütmelidir.

**GGİ02 Tıp merkezinde izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.**

### **GGİ02.01**

Merkezin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS Gösterge Yönetimi Rehberi'nde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir.

### **GGİ02.02**

Göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

**(Ç) GGİ03 Tıp merkezinde izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.**

#### GGİ03.01

Merkezde izlenecek her gösterge için asgari aşağıdaki bilgilerin yer aldığı gösterge kartı oluşturulmalıdır.

- ▶ Gösterge kodu
- ▶ Göstergenin kısa tanımı
- ▶ Amaç
- ▶ Hesaplama yöntemi/formülü
- ▶ Alt gösterge
- ▶ Hedef değer
- ▶ Veri kaynağı
- ▶ Veri analiz periyodu
- ▶ Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler
- ▶ Sonuçların kimlerle paylaşılacağı
- ▶ Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar

**GGİ04 Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**

#### GGİ04.01

Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.

#### GGİ04.02

Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

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

#### GGİ04.03

Veri toplama yöntemi ve periyodu göstergenin özelliğine göre belirlenmelidir.

**GGİ05 Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda veriler analiz edilmelidir.**

**GGİ06 Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.**

#### **GGİ06.01**

Planlanan ve uygulanan iyileştirme faaliyetlerinin sonuçları ilgili çalışanlarla paylaşılmalıdır.

**GGİ07 Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.  
(Bkz. SKS Gösterge Yönetimi Rehberi)**

# EKLER



## EK-1

### TANIMLAYICI FİGÜRLER

#### Düşme Riski Yüksek Hasta

- ▶ Düşme riski yüksek olan hastaları temsil etmektedir.



#### Sarı Yaprak (Solunum İzolasyonu)

- ▶ Ağaçlar doğanın, yapraklar ise ağaçların akciğerleridir.
- ▶ Solunumun baş harfi "s" ile başlayan sarı yaprak kullanılmıştır.



#### Mavi Çiçek (Damlacık İzolasyonu)

Ortadaki nokta hastayı etrafındaki yapraklar ise damlacıkları temsilen kullanılmıştır.



#### Kırmızı Yıldız (Temas İzolasyonu)


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





## EK-2

## TIP MERKEZİ GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ

		Hastanın Adı Soyadı																																																											
		Ameliyat Bölgesi																																																											
		Ameliyat Tarihi																																																											
<b>I. Klinikten Ayrılmadan Önce</b>																																																													
<p>1. Hastanın;</p> <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi doğrulandı.		<p>2. Hasta ameliyata yönelik rızasını teyit etti mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır																																																											
<p>3. Hasta aç mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		<p>4. Ameliyat bölgesi traşi yapıldı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Gerekli değil																																																											
<p>5. Hastada makyaj/öle, protez, değerli eşya var mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		<p>6. Hastanın kıyafetleri tüümüyle çıkarılıp ameliyat önlüğü ve bonesi giydirildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır																																																											
<p>7. Ameliyat için gerekli olacak özel malzeme, implant, kan veya kan ürünü hazırlığı teyit edildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		<p>8. Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkikleri ile konsültasyon sonuçları mevcut mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır																																																											
<p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>																																																													
<b>II. Anestezi Verilmeden Önce</b>																																																													
<p>09. Hastanın kendisinden</p> <input type="checkbox"/> Kimlik bilgileri <input type="checkbox"/> Ameliyatı <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi <input type="checkbox"/> Ameliyatı ile ilgili rızası doğrulandı mı?		<p>10. Ameliyat bölgesinde işaretleme var mı?</p> <input type="checkbox"/> Var <input type="checkbox"/> İşaretlenme Uygulanmaz																																																											
<table border="1"> <tr> <td>55</td><td>54</td><td>53</td><td>52</td><td>51</td><td>61</td><td>62</td><td>63</td><td>64</td><td>65</td> </tr> <tr> <td>18</td><td>17</td><td>16</td><td>15</td><td>14</td><td>13</td><td>12</td><td>11</td><td>21</td><td>22</td><td>23</td><td>24</td><td>25</td><td>26</td><td>27</td><td>28</td> </tr> <tr> <td>48</td><td>47</td><td>46</td><td>45</td><td>44</td><td>43</td><td>42</td><td>41</td><td>31</td><td>32</td><td>33</td><td>34</td><td>35</td><td>36</td><td>37</td><td>38</td> </tr> <tr> <td>85</td><td>84</td><td>83</td><td>82</td><td>81</td><td>71</td><td>72</td><td>73</td><td>74</td><td>75</td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td> </tr> </table>		55	54	53	52	51	61	62	63	64	65	18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28	48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38	85	84	83	82	81	71	72	73	74	75							<p>11. Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi tamamlandı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	
55	54	53	52	51	61	62	63	64	65																																																				
18	17	16	15	14	13	12	11	21	22	23	24	25	26	27	28																																														
48	47	46	45	44	43	42	41	31	32	33	34	35	36	37	38																																														
85	84	83	82	81	71	72	73	74	75																																																				
<p>12. Pulse oksimetre hasta üzerinde ve çalışıyor mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Hastanın Risk Değerlendirmesi		<p>13. Hastanın bilinen bir alerjisi var mı?</p> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var																																																											
<p>14. Gerekli görüntüleme cihazları var mı?</p> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var		<p>15. Hastada kan kaybı riski var mı?</p> <input type="checkbox"/> Yok <input type="checkbox"/> Var, uygun damar yolu erişimi ve sıvı ve kanama durdurucu ajanlar temin edildi.																																																											
<p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>																																																													
<b>III. Ameliyat Kesiminden Önce</b>																																																													
<p>16. Ekipteki kişiler kendilerini ad, soyad ve görevleri ile tanıttı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		<p>17. Ekipten bir kişi sesli olarak hastanın kınığını, yapılan ameliyatı, ameliyat bölgesini teyit etti mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır																																																											
<p>18. Kritik olaylar gözden geçirildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Tahmini ameliyat süresi <input type="checkbox"/> Beklenen kan kaybı <input type="checkbox"/> Ameliyat sırasında gerçekleştirecek beklenmedik olaylar <input type="checkbox"/> Olası anestezi riskleri <input type="checkbox"/> Hastanın pozisyonu		<p>19. Profilaktik antibiyotik sorgulandı mı?</p> <input type="checkbox"/> Kesiden önceki son 60 dakika içerisinde uygulandı <input type="checkbox"/> Kullanılmadı																																																											
<p>20. Kullanılacak malzemeler hazır mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		<p>21. Malzemelerin sterilizasyonu uygun mu?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır																																																											
<p>22. Kan şekeri kontrolü gerekli mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		<p>23. Antikoagulan kullanımı var mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır																																																											
<p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>																																																													
<b>IV. Ameliyattan Çıkımdan Önce</b>																																																													
<p>24. Gerçekleştirilen ameliyat için sözlü olarak;</p> <input type="checkbox"/> Hasta, <input type="checkbox"/> Yapılan ameliyat, <input type="checkbox"/> Ameliyat bölgesi, teyit edildi.		<p>25. Alet, spanç/kompres ve iğne sayımları yapıldı mı?</p> <input type="checkbox"/> Evet/Tam <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Sayım Uygulanmaz																																																											
<p>26. Hastadan alınan numune etiketinde</p> <input type="checkbox"/> Hastanın adı doğru yazılı <input type="checkbox"/> Numunenin alındığı bölge yazılı		<p>27. Ameliyat sonrası kritik gereksinimler gözden geçirildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Anesteziğin önerileri: <input type="checkbox"/> Cerrahinin önerileri:																																																											
<p>28. Hastanın ameliyat sonrası gideceği bölüm teyit edildi mi?</p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır		<p>Liste Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza</p>																																																											

## EK-3 GÜVENLİ DOĞUM SÜRECİ KONTROL LİSTESİ

### Doğum Öncesi



### Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi

1

Annenin Adı - Soyadı:

#### 1- Başvuru Sırasında

Annenin sevk edilmesi gerekiyor mu?

- Hayır  
 Evet, planlandı

Kurumun sevk kriterlerini kontrol edin.

Partograf başlatıldı mı?

- Hayır, 4 cm ve üstünde başlayacak  
 Evet, planlandı

Serviks 24 cm iken işaretlemeye başlayın,  
Serviks her 1 saatte en az 1 cm genişlemelidir.  
• Her 30 dk: Kalp atışı, kontraksiyonu, fetal kalp atışını,  
• Her 2 saat: Vücut sıcaklığını,  
• Her 4 saat: Kan basıncını, işaretleyin

Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?

**Antibiyotik?**

- Hayır  
 Evet, verildi

Herhangi bir ilaç vermeden önce alerjileri sorgulayın.  
Aşağıdaki durumlarda anneye antibiyotik verin:  
• Annenin vücut sıcaklığı  $\geq 38$  °C ise  
• Kötü kokulu vajinal akıntı öyküsü varsa  
• Membranların yırtılmasından sonra >18 saat geçmişse.  
• B grubu streptokoklu yenidoğan enfeksiyonu öyküsü varsa  
• 37 hafta altındaki doğumlarda

**Magnezyum sülfat?**

- Hayır  
 Evet, verildi

Su durumlarda anneye Magnezyum sülfat verin:  
• Diastolik kan basıncı 110mmHg ve üzerinde ise (Proteinüriden bağımsız olarak)  
• Diastolik kan basıncı 90mmHg ve üzerinde ise ve beraberinde şiddetli baş ağrısı ve görme bozukluğu veya epigastrik ağrı varsa (Proteinüriden bağımsız olarak)

**Antihipertansif tedavi?**

- Hayır  
 Evet, verildi

Annenin sistolik kan basıncı 160 mmHg üzerinde ise antihipertansif tedavi verin ve kan basıncını 150 / 100 mmHg altına tutun.

**Kortikosteroid?**

- Hayır  
 Evet, verildi

Doğum eylemi 34 hafta + 6 günlük gebelik haftası veya öncesinde başlamış ise anneye verilir.

**Anti-retroviral?**

- Hayır  
 Evet, ilaç başlandı  
 Durum bilinmiyor, HIV testi istendi

Referans laboratuvarında HIV doğrulama testi pozitif olan annelere verilir.

Her vajinal muayenede el hijyeni ve eldiven kullanımı için yeterli malzeme mevcut mu?

**Refakatçi doğumda bulunması için teşvik edildi mi?**

- Evet  
 Hayır, kurum politikalarına uygun değil

Annenin veya refakatçinin doğum sırasında gerektiğinde sağlık çalışanından yardım isteyeceğinden emin olun

Annenin veya refakatçinin sağlık çalışanından yardım isteyeceği asgari durumlar:  
• Kanama  
• Şiddetli karın ağrısı  
• Şiddetli baş ağrısı veya görme bozukluğu  
• İdrar yapamama  
• İkınma isteği

Kontrolü Yapan Adı - Soyadı, İmza

## Doğum Öncesi



## Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi

2

## 2- Doğumdan Önce (Normal Doğum veya Sezaryenden Önce)

**Gerektiği durumda doğuma yardım etmesi için yeterli sayıda sağlık çalışanı tanımlanıp ilgili kişiler bilgilendirildi mi (Bebek bakımı ile doğuma yardım için çağrılacak sağlık çalışanı ayrı olacak şekilde tanımlama yapılmalıdır)?**

 Evet

 Hayır
**Kanama durdurucu balon (Bakri balon) doğumhanede mevcut mu?**
 Evet (kullanımına ilişkin eğitim almış personel mevcut)

 Hayır

 Evet (kullanımına ilişkin eğitim almış personel yok)
**Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?****Antibiyotik?**
 Hayır

 Evet, verildi

 Başvuru anında başlanmıştı

Herhangi bir ilaç vermeden önce alerjileri sorgulayın.

Aşağıdaki durumlarda anneye antibiyotik verin:

- Annenin vücut sıcaklığı  $\geq 38$  °C ise
- Kötü kokulu vajinal akıntı öyküsü varsa
- Membranların yırtılmasından sonra >18 saat geçmişse.
- Sezaryen ile doğum gerçekleşecek ise
- B grubu streptokoklu yenidoğan enfeksiyonu öyküsü varsa
- 37 hafta altındaki doğumlarda

**Magnezyum sülfat?**
 Hayır

 Evet, verildi

 Başvuru anında başlanmıştı

Su durumlarda anneye Magnezyum sülfat verin:

- Diastolik kan basıncı 110mmHg ve üzerinde ise (Proteinüriden bağımsız olarak)
- Diastolik kan basıncı 90mmHg ve üzerinde ise ve beraberinde şiddetli baş ağrısı ve görme bozukluğu veya epigastrik ağrı varsa (Proteinüriden bağımsız olarak)

**Antihipertansif tedavi?**
 Hayır

 Evet, verildi

 Başvuru anında başlanmıştı

Annenin sistolik kan basıncı 160 mmHg üzerinde ise antihipertansif tedavi verin ve kan basıncını 150/100 mmHg altında tutun.

**Gerekli malzemeler anne yatağı yanında kullanıma hazır mı?****Anne için:**
 Eldivenler

 Alkol bazlı el antiseptiği veya sabun ve temiz su

 10 IU enjektörde oksitosin (soğuk zincir uygulandığından emin ol)

Doğumdan hemen sonra annenin bakımı için hazırlanın: Sadece tek bebek olduğunu (çoklu doğum olmadığını) doğrulayın.

1. Doğumdan sonra 1 dakika içinde oksitosin verin
2. Doğumda 1-3 dakika sonra plasentayı çıkarın
3. Plasenta çıktıktan sonra uterusu masaj yapın.
4. Uterusun kasıldığını doğrulayın

**Bebek için:**
 Temiz havlular

 Göbek bağının kesilmesi için bistüri (steril bıçak) ve göbek klempini veya ip

 Aspirasyon malzemeleri (puar, streil gazlı bez, gerekirse kullanılmak üzere aspiratör ve aspirasyon sondası)

 Balon - maske tercihen T parça canlandırıcı

Bebek bakımına doğumun hemen sonrası için hazırlanın:

1. Bebeği kurulayın ve sıcak tutun
2. Nefes almıyorsa, uyarı verin ve hava yolunu temizleyin
3. Nefes almama devam ediyorsa:
  - Göbek bağını kesin
  - Gerekli ise hava yolunu temizleyin
  - Balon maske veya T parça canlandırıcı ile ventilasyon yapın
  - Yardım isteyin

**Kontrolü Yapan Adı - Soyadı, İmza**

## Doğum Sonrası



## Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi

3

## 3- Doğumdan Hemen Sonra (İlk 1 saat içinde)

<p><b>Doğumun 3. evresi aktif olarak yönetiliyor mu?</b></p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır	<p>Postpartum her hastada doğumdan hemen sonra IV uterotopik (oksisitosin) infüzyonuna başlayın, kontrollü kord traksiyonuyla plasentayı alın, fundusa masaj yapın.</p>
<p><b>Annede anormal kanama var mı?</b></p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, yardım çağırıldı	<p>Anormal kanama varsa:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Uterusa masaj yapın</li> <li>• Daha fazla uterotonik vermeyi planlayın</li> <li>• IV sıvı başlayın ve anneyi sıcak tutun</li> <li>• Nedene yönelik tedavi yapın: uterin atoni, plasenta/parça kalması, vajinal yırtık, uterus rüptürü</li> </ul>
<p><b>Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?</b></p> <p><b>Antibiyotik?</b></p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	<p>Herhangi bir ilaç vermeden önce alerjileri sorgulayın. Aşağıdaki durumlarda antibiyotik verin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Annenin vücut sıcaklığı <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math> veya plasenta elle çıkarılmış ise buna eşlik eden; <ul style="list-style-type: none"> <li>* Üşüme, titreme varsa</li> <li>* Kötü kokulu vajinal akıntı öyküsü varsa</li> </ul> </li> <li>• Annede 3. veya 4. derece perine yırtığı oluşmuşsa</li> </ul>
<p><b>Magnezyum sülfat?</b></p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	<p>Su durumlarda anneye Magnezyum sülfat verin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Diastolik kan basıncı 110mmHg ve üzerinde ise (Proteinüriden bağımsız olarak)</li> <li>• Diastolik kan basıncı 90mmHg ve üzerinde ise ve beraberinde şiddetli baş ağrısı ve görme bozukluğu veya epigastrik ağrı varsa (proteinüriden bağımsız olarak)</li> </ul>
<p><b>Antihipertansif tedavi?</b></p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	<p>Annenin sistolik kan basıncı 160 mmHg üzerinde ise antihipertansif tedavi verin ve kan basıncını 150/100 mmHg altında tutun.</p>
<p><b>Bebegin sevk edilmesi gerekiyor mu?</b></p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, planlandı	<p>Kurumun sevk kriterlerini kontrol edin.</p>
<p><b>Bebek için ilaç kullanımı gerekiyor mu?</b></p> <p><b>Antibiyotik?</b></p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	<p>Doğum sırasında anneye maternal enfeksiyon tedavisi için antibiyotik verilmişse veya bebekte aşağıdakilerden birisi varsa, antibiyotik verin:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Solunum <math>&gt;60/\text{dk}</math> veya <math>&lt;30/\text{dk}</math> ise</li> <li>• Göğüste çekilme, inlemeli solunum veya konvülsiyon varsa</li> <li>• Uyarıyla zayıf hareketler varsa</li> <li>• Bebeğin vücut sıcaklığı <math>&lt;35^{\circ}\text{C}</math> (sıttıktan sonra yükselmeyen) veya <math>\geq 38^{\circ}\text{C}</math> ise</li> </ul>
<p><b>Anti-retroviral?</b></p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, verildi	<p>Referans laboratuvarında HIV doğrulama testi pozitif olan annelerin bebeklerine verilir.</p>
<p><b>Bebegin özel bakım veya takibe ihtiyacı var mı?</b></p> <input type="checkbox"/> Hayır <input type="checkbox"/> Evet, planlandı	<p>Aşağıdaki durumlarda bebek için özel bakım izlem/planlayın:</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• <math>&gt; 1</math> ay erken doğum varsa</li> <li>• Doğum ağırlığı <math>&lt;2500</math> gram veya <math>&gt;4000</math> gram ise</li> <li>• Antibiyotik ihtiyacı varsa</li> <li>• Resüsitasyon gerekli ise</li> </ul>
<p><b>İlk 30 dk içinde emzirme ve cilt temasına başlandı mı (anne ve bebeğin sağlık durumları iyiye)?</b></p> <input type="checkbox"/> Evet <input type="checkbox"/> Hayır, 30 dakikadan sonra başlandı	
<p><b>Anne veya refakatçinin olası tehlikeli bir durum varlığında sağlık çalışanından yardım isteyeceğinden emin olun</b></p> <input type="checkbox"/>	<p>Annede;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Kanama</li> <li>• Ciddi abdominal ağrı</li> <li>• Şiddetli baş ağrısı</li> <li>• Görüş bozukluğu</li> <li>• Nefes almada güçlük</li> <li>• Şiddetli bacak ağrısı</li> </ul> <p>Bebekte;</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>• Ateş, titreme</li> <li>• Defekasyonda güçlük</li> <li>• Hızlı veya zor nefes alma</li> <li>• Göğüste çekilme</li> <li>• Ateş veya normal dışı soğukluk</li> <li>• Beslenmenin kesilmesi</li> <li>• Hareketlerinde azalma</li> <li>• Tüm vücudun sarı olması</li> <li>• İdrar veya gaita çıkışı olmaması</li> </ul>
<p><b>Kontrollü Yapan Adı - Soyadı, İmza</b></p>	

## Doğum Sonrası



## Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi

4

## 4- Taburculuk Öncesinde

 Normal doğumdan sonra 24 saat, sezaryenden sonra ise 48 saat kurumda kalınmasını sağlayın

**Annenin kanaması kontrol altına alındı mı?**

- 
- Evet
- 
- 
- Hayır (Tedavi edin ve taburcuğu erteleyin)

Annenin nabızı 110/dk üzeri ve kan basıncı 90 mmHg altı ise IV tedavi başlayın, sıcak tutun ve hipovolemik şok açısından dikkat edin.

**Annenin kan basıncı normal mi?**

- 
- Evet
- 
- 
- Hayır (Tedavi edin ve taburcuğu erteleyin)

Su durumlarda anneye Magnezyum sülfat verin:

- Diastolik kan basıncı 110mmHg ve üzerinde ise (proteinüriden bağımsız olarak)
- Diastolik kan basıncı 90mmHg ve üzerinde ise ve beraberinde şiddetli baş ağrısı ve görme bozukluğu veya epigastrik ağrı varsa (proteinüriden bağımsız olarak)

Sistolik KB >160 mmHg ise antihipertansif ilaç verin  
Amaç KB'nı <150/100 mmHg tutmak.

**Anne için ilaç kullanımı gerekiyor mu?**
**Antibiyotik?**

- 
- Hayır
- 
- 
- Evet (İlaç verin ve taburculuğu erteleyin)

Herhangi bir ilaç vermeden önce alerjileri sorgulayın. Aşağıdaki durumlarda anneye antibiyotik verin ve taburculuğu erteleyin:

- Annenin vücut sıcaklığı  $\geq 38^{\circ}\text{C}$  ve buna eşlik eden;
  - \* Üşüme, titreme varsa
  - \* Kötü kokulu vajinal akıntı öyküsü varsa

**Bebek için ilaç kullanımı gerekiyor mu?**
**Antibiyotik?**

- 
- Hayır
- 
- 
- Evet (Taburculuğu erteleyin, ileri bakımı planlayın, ilaç verin)

- Solunumun çok hızlı (dakikada 60 üstünde) veya çok düşük (dakikada 30 altında) olduğu durumlarda
- Göğüste hırıltı sesinin, konvülsyonların olduğu durumlarda
- Hareket veya uyarana cevap verilmeyen durumlarda
- Vücut sıcaklığı ısıtma sonrasında  $35^{\circ}\text{C}$ 'nin üstüne çıkmıyorsa veya  $38^{\circ}\text{C}$ 'nin üstünde olduğu durumlarda
- Emmeyi kestiği durumlarda
- Göbek bağının çevresinde cilde doğru kırmızlaşma olması durumlarda bebeğe antibiyotik verin.

**Bebek iyi besleniyor mu?**

- 
- Evet
- 
- 
- Hayır (İyi emzirme uygulamalarını gerçekleştirin ve taburculuğu erteleyin)

**Anneye aile planlaması seçeneklerinin sunulması gerekiyor mu?**

- 
- Evet, bilgilendirme yapıldı
- 
- 
- Hayır

**Doğum sonrası için kontrol/takip ayarlaması yapıldı mı?**

- 
- Evet, planlama yapıldı
- 
- 
- Hayır

**Anne veya refakatçisinin olası tehlikeli bir durum varlığında sağlık çalışanından yardım isteyeceğinden emin olun**

- |  |                                      |  |
|--|--------------------------------------|--|
| Annede;                                | • Titreme                            | • Ateş   |
| • Kanama                               | • Defekasyonda güçlük                | • Normal dışı soğukluk                               |
| • Ciddi abdominal ağrı                 | • Bebeğin bakımını sürrekli reddetme | • Beslenmenin durması                                |
| • Şiddetli baş ağrısı, görme bozukluğu | Bebekte;                             | • Hareketlerinde azalma veya tüm vücudun sarı olması |
| • Nefes almada güçlük                  | • Hızlı veya zor nefes alma          |  |
| • Şiddetli bacak ağrısı                |                                      |  |
| • Ateş                                 |                                      |  |

**Kontrolü Yapan Adı - Soyadı, İmza**



# YARARLANILAN KAYNAKLAR



- Accreditation Canada Standards, Qmentum International. (2010-2011). Erişim adresi: <https://accreditation.ca/standards/>
- Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı (AFAD). (2011). Depreme Karşı Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması, İstanbul, T.C. Başbakanlık
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). (2008). National healthcare disparities report, Chapter 3. Erişim adresi: <https://search.ahrq.gov/search?q=National+healthcare+disparities+report%2C+Chapter+3.+&btnG=Search+Arhive&siteDomain=archive.ahrq.gov>
- Agency for Healthcare Research and Quality (AHRQ). Quality measure tools and resources. Erişim adresi: <https://www.ahrq.gov/patient-safety/settings/index.html>
- Akçabay, M. Preoperatif değerlendirme ve premedikasyon. Erişim adresi: <https://studylibtr.com/doc/646604/dr.mehmet-ak%C3%A7abay-1-preoperatif%C3%A7f-de%C4%9Fferlendi%C7%9C%87rme-ve>
- Akdur, R. (2005). Afetlere karşı sağlık hizmetleri senaryoları yazma, "Deprem örneği" içinde. Afet Tıbbi. Ed: Eryılmaz, M., Dizer, U. Ünsal Yayınları, Ankara, s. 213- 225
- Alp Meşe, E. Ameliyathane organizasyonu ve giriş çıkışlarda uyulması gereken kurallar. (2012). Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Enfeksiyon Kontrol Komitesi. Erişim adresi: <https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Files/infectioncontrol/5b6e8fb4-5d13-43e7-b9b9-8e9cfc225049.pdf>
- Ankara Türk Tabipleri Birliği. (2011). Hasta güvenliği, Türkiye ve Dünya. Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Arslanoğlu, A. (2009). Yönetimde dış kaynaklardan yararlanma yaklaşımı ve sağlık sektöründe bir araştırma (Yüksek lisans tezi). İstanbul Marmara Üniversitesi SBE Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı
- Asansör İşletme ve Bakım Yönetmeliği. (2019, 6 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 30737). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/04/20190406-1.htm>
- Asansör Periyodik Kontrol Yönetmeliği. (2018, 4 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı:30411). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/05/20180504-1.htm>
- Aştı, T. (2003). Bakım teknolojisinde yenilikler: II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı (s. 174-180) içinde. Kemer, Antalya
- Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2015, 02 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29314). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20644&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik. (2010, 26 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı:27533). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=13887&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). Hospital accreditation workbook, commonwealth of Australi. Sydney. ACSQHC. Erişim adresi: [https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Hospital\\_Workbook\\_Oct\\_2012.doc](https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Hospital_Workbook_Oct_2012.doc)
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2017). National safety and quality health service standards. Second edition. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/publications-and-resources/resource-library/national-safety-and-quality-health-service-standards-second-edition>



- Australian Commission, on Safety and Quality in Health Care. (2009). Preventing falls and harm from falls in older people best practice guidelines for australian hospitals. Commonwealth of Australia. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/Guidelines-HOSP1.pdf>
- Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi. (1994, Mart). Amsterdam
- Aydın, G., D. (2006). Hastane acil servislerinin organizasyonu ve yönetimi Haydarpaşa Numune Eğitim Araştırma Hastanesi Vehbi Koç Acil Tıp Merkezinin bu açıdan değerlendirilmesi (Yüksek Lisans Tezi). İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü
- Bayraktar, H., Sahtiyancı, E. ve Kuru, A. (2019). Risk değerlendirme matris yöntemi kullanarak okullarda deprem kaynaklı yapısal olmayan risklerin olası etkilerinin belirlenmesi. Afet ve Risk Dergisi, 2(2), 128-152
- Bechtel, B., Churchman, A. (2002). Handbook of environmental psychology. John Wiley and Sons Inc, New York
- Berglund, Birgitta, Lindvall, Thomas, Schwela, Dietrich, H and World Health Organization. Occupational and Environmental Health Team. ( 1999) . Guidelines for community noise. World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/66217>
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik. (2007, 19 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26735). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=200712937&MevzuatTur=21&MevzuatTertip=5>
- Bozkurt, Ö. vd. (2008). Kamu yönetimi sözlüğü. TODAI: Türkiye ve Ortadoğu Amme İdaresi Enstitüsü
- Caldwell, C. (1998). Sağlık kuruluşlarında stratejik yönetim, (Çev. Akınhay, O.), Sistem Yayıncılık. İstanbul
- Cander, B. ve arkadaşları. (2008). Acil servis hizmetlerinin iyileştirilmesi ve yeniden yapılanması. JAEM, 7(2),16
- CDC and HICPAC. (2003). Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago IL; American Society for Healthcare Engineering/ American Hospital Association. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
- Costello, A., Azad, K., Barnett, S. (2006). An alternative strategy to reduce maternal mortality. The Lancet, 368 (9546), 1477-1479
- Çakar, E., vd. (2009). Aydınlatılmış onamın günümüzdeki yeri: Fiziksel tıp ve rehabilitasyon pratiğindeki sık uygulamalar için örnekler eşliğinde. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi, 12, 140-50
- Çakmakçı, M. (2001). Hastane infeksiyonları ve hastane tasarımı: Ameliyathanelerin planlanması. Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 5(3), 172-177. Erişim adresi: [http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu\\_folder/2001-03/2001-5-3-172-177.pdf](http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2001-03/2001-5-3-172-177.pdf)
- Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Genelge. (2012, 14 Mayıs). T.C. Sağlık Bakanlığı (Sayı: 951.99/6665). Erişim adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklen-ti/1073,calisangenelgesipdf.pdf?0>
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik. (2013, 15 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28648). Erişim adresi: <https://>

[www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18371&MevzuatTur=7&MevzuatTer-tip=5](http://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18371&MevzuatTur=7&MevzuatTer-tip=5)

- Çırpı, F., Merih, Y., Kocabey, M. (2009). Hasta güvenliğine yönelik hemşirelik uygulamalarının ve hemşirelerin bu konudaki görüşlerinin belirlenmesi. I. Uluslararası Sağlıkta Performans ve Kalite Kongresi, Bildiriler Kitabı Cilt II, s. 85-94. Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı
- Dağlı, G., Özyurt, M., Akalın, M. (2010). Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSÜ) ve Uygulamaları, İstanbul. Erişim adresi: <https://www.yumpu.com/tr/document/read/10017053/merkezi-sterilizasyon-unitesi-msu-ve-uygulamaları>
- Demir, H., Okan, T. (2009). Teknoloji, örgüt yapısı ve performans arasındaki ilişkiler üzerine bir araştırma. İstanbul, Doğuş Üniversitesi Dergisi, 10 (1), 57-72
- Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. (2019, 18 Ekim.). T.C. Resmi Gazete (Sayı:30922). Erişim adresi: <https://www.devletarsivleri.gov.tr/Sayfalar/Haberler/Duyuru.aspx?ID=4164>
- Devlet Memurları Kanunu. (1965, 23 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 12056). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>
- Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği (DAS). (2019). Dezenfeksiyon, Anti-sepsi, Sterilizasyon Rehberi, Ankara
- Elektrik Enerjisi İmdat Grupları ve Otoprodüktör Tesisleri Ruhsat Yönetmeliği. (1988, 2 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 19917). Erişim adresi: <https://www.elektriktesisatportali.com/wp-content/uploads/12-elektrik-enerjisi-imdat-gruplari-ve-otoproduktor-tesisleri-ruhsat-yonetmeliği.pdf>
- Eren, E. (2013). Stratejik yönetim ve işletme politikası. Beta Yayıncılık
- Gıda Güvenliği ve Kalitesinin Denetimi ve Kontrolüne Dair Yönetmelik. (2008, 26 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 27009). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080926-4.htm>
- European Society of Human Reproduction and Embryology. (2015). IVF laboratuvarlarına yönelik, gözden geçirilmiş iyi uygulama kılavuzları (Çev. Klinik Embriyoloji Derneği). İstanbul
- Gıda Hijyeni Yönetmeliği. (2011, 17 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 281457). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/12/20111217-5.htm>
- Groene, O., Barbero, M. G. (2005). Hastanelerde sağlığın geliştirilmesi, kanıt ve kalite yönetimi (Zaralı, F., vd, Çev.). Dünya Sağlık Örgütü (Sağlık Bakanlığı çevirisi), Ankara
- Guidelines for protecting the safety and health of health care workers. (1988). NIOSH Publication. No: 88-119
- Günaydın, M., Esen, Ş., Saniç, A., Leblebicioğlu, H. (2002). Sterilizasyon dezenfeksiyon ve hastane infeksiyonları kitabı. (1. Baskı). Samsun: SİMAD Yayınları, s:105-13
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 01 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı:23420). Erişim adresi:<http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4847&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>
- Hillman, B. J., Amis, E. S., Neiman, H. L. (2004). The future quality and safety of medical imaging: Proceedings of the third annual. ACR FORUM. J Am Coll Radiol, 1(1), 9-39

- Hoyert; D. L. (2007). Maternal mortality and related concepts. Vital and Health Statistics. Dept of Health and Human Services, 3(33), 1-13 <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16923&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi. (2016, 16 Mart). T.C. Sağlık Bakanlığı Hukuk Müşavirliği (Sayı: 2016/3). Erişim adresi: <https://beyazkod.saglik.gov.tr/hukuki-yardim-ve-uygulama-genelgesi.pdf>
- Information on levels of environmental noise requisite to protect public health and welfare with an adequate margin of safety. (1974). The U.S Environmental Protection Agency
- Inozu, B., Chauncey, D. et.al. (2012). Performance improvement for healthcare-leading change with lean, six sigma and constraints management. Novaces LLC.
- Institute of Medicine. (1999). To err is human: Building a safer health system. National Academy Press, Washington, DC
- Institute of Medicine. (2001). Crossing the quality chasm: A new health system for the 21st century, National Academies Press, Washington, DC
- Institute of Medicine. (2004). Patient safety: Achieving a new standard for care. National Academies Press, Washington, DC
- Institute of Medicine. (2015). Improving diagnosis in health care. National Academies Press, Washington, DC
- International Atomic Energy Agency. (2014). Safety Standart Series No. GSR Part 3. Radiation Protection and Safety of Radiation Sources: International Basic Safety Standarts, Vienna
- International Atomic Energy Agency. Training Material. Erişim adresi: <https://www.iaea.org/resources/rpop/resources/training-material#4>
- In Vitro Tanı Amaçlı Tıbbi Cihaz Yönetmeliği. (2021, 2 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 31499). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=38658&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- ISO 15189. (2012). Medical laboratories-Requirements for quality and competence, International Organization for Standardization. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/56115.html>
- ISO 31000. (2009). Risk management - Principles and guidelines. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/43170.html>
- ISO 31000. (2018). Risk management-guidelines. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/65694.html>
- ISO 9001:2015. Quality management systems-requirements. Erişim adresi: <https://www.iso.org/standard/62085.html>
- İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik. (2014, 15 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28973). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=19578&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5>
- İnce, Ü. Patolojide kalite kontrol. ACÜ Tıp Fakültesi ve Acıbadem Sağlık Grubu Patoloji Laboratuvarı. Erişim adresi: [http://www.turkpath.org.tr/pdf/TEOS/umit\\_ince-\\_teos.pdf](http://www.turkpath.org.tr/pdf/TEOS/umit_ince-_teos.pdf)
- İş Ekipmanlarının Kullanımında Sağlık ve Güvenlik Şartları Yönetmeliği. (2013, 25 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28628). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/04/20130425-7.htm>

- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28512). Erişim adresi:
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28512). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuat-No=16924&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 20 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28339). (Kanun No:6331). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı:28532). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?-mevzuatNo=17031&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012, 29 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28512). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16925&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme. (2005, 22 Nisan). International Labour Organization (ILO). (2004, 13 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 25345). Erişim adresi: [https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS\\_377299/lang--tr/index.htm](https://www.ilo.org/ankara/conventions-ratified-by-turkey/WCMS_377299/lang--tr/index.htm)
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği (2012, 26 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28509). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=16909&MevzuatTur=9&MevzuatTertip=5>
- İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik. (2013, 17 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28710). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130717-2.htm>
- İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Haziran) T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28681). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/06/20130618-8.htm>
- İyonlaştırıcı Radyasyon ve Radyonüklit Kullanılarak Sunulan Sağlık Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. (2023, 13 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 32162). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/anasayfa/MevzuatFihristDetayIframe?MevzuatTur=21&MevzuatNo=7077&MevzuatTertip=5>
- Jacobs, A. (2010). Causes and treatment of postpartum hemorrhage. American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG, 14(3)
- Japan Council for Quality Health Care. Erişim adresi: <https://www.isqua.org/map/japan-council-for-quality-health-care-jq.html>
- Jeng, J. (2005). Usability assessment of academic digital libraries: Effectiveness, efficiency, satisfaction and learnability. School of Communication, Information and Library Studies, Rutgers, The State University of New Jersey
- Joint Commission International. (2013). Joint commission international accreditation hospital, survey process guide, 4th edition for Academic Medical Centers
- Joint Commission International. (2017). Joint commission international accreditation standards for hospitals, 6th edition, p: 1-37
- Kaji, A. H., Lewis, R. J. (2008). Assessment of the reliability of the Johns Hopkins/ Agency for Healthcare Research and Quality Hospital Disaster Drill Evaluation Tool. US National Library of Medicine National Institutes of Health, 52(3), 204-10
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu. (2007, 2 Mayıs). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26510). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-1.htm>

- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği. (2008, 4 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 270704). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=12632&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Kanın Klinik Kullanımı El Kitabı (M.C. Ar, H. Bilgen ve T. Utku, Çev.). (2005). DSÖ Kan Transfüzyon Güvenliği
- Karagöz, İ. vd. (1998). İleri Teknoloji Ürünü Tıbbi Cihazların Bakım Onarımlarının Hastane Organizasyonu İçindeki Klinik Mühendislik Birimleri Tarafından Yapılmasının Hasta Bakım Kalitesi ve Verimliliğine Etkileri. Biyomedikal Mühendisliği Ulusal Toplantısı Bildiriler Kitabı (s:110-115) içinde. Gülhane Askeri Tıp Akademisi Biyomedikal ve Klinik Merkezi, Ankara
- Kimyasal Maddelerle Çalışmalarda Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik. (2013, 12 Ağustos). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28733). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/08/20130812-1.htm>
- Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik. (2013, 2 Temmuz). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28695). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130702-2.htm>
- Kişisel Koruyucu Donanımların Kategorizasyon Rehberine Dair Tebliğ. (2012, 11 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28230). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/03/20120311-6.htm>
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu. (2016, 7 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29677). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.6698.pdf>
- Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği. (2015). Tıbbi mikrobiyoloji uzmanları için klinik örnekten sonuç raporuna uygulama rehberi, üriner sistem örnekleri, Ankara
- Klinik Mikrobiyoloji Uzmanları Derneği. (2017). Tıbbi mikrobiyoloji uzmanları için klinik örnekten sonuç raporuna uygulama rehberi, kan dolaşımı örnekleri, Ankara
- Küçükler, N. D., Çelebi, G. (2009). Hastane enfeksiyonları kontrolünde çamaşırhane. Sivas, Hastane Enfeksiyonları Eğitim Programı Sözel Sunumu
- Laboratory General Checklist, CAP Accreditation Program (2012). Erişim adresi: [http://www.cap.org/apps/docs/laboratory\\_accreditation/checklists/new/microbiology\\_checklist.pdf\(checklist](http://www.cap.org/apps/docs/laboratory_accreditation/checklists/new/microbiology_checklist.pdf(checklist)
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 1981
- Medditto, A., Patriarca, M., Magnusson, B. (2007). Understanding the meaning of accuracy, trueness and precision. *Accred Qual Assur*, 12,45-47, DOI 10.1007/s00769-006-0191
- Medicare, Medicaid and CLIA Programs; Regulations Implementing the Clinical Laboratory Improvement Amendments of 1988 (CLIA). (1992). *Federal Register*, 57(40), p. 7002-7186
- Medikal Gazların Üretim, Dolum, Depolama ve Satışını Yapan Tesisler Hakkında Tebliğ. (2015, 10 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29471). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/09/20150910-5.htm>
- Meral, Y. (2006). Sağlık kuruluşlarında dış kaynaklardan yararlanmanın hasta memnuniyetine olan etkisi ve bu konuya ilişkin bir araştırma (Yayınlanmamış yüksek lisans tezi). İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge. (2018, 15 Kasım). T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı (Sayı: 4469)

- MMO ve TTMD Hijyenik Klima ve Havalandırma Komisyonu. (2009). Hastane hijyenik alanlarının klima ve havalandırma proje hazırlama esasları: Bölüm 86. IX. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi Seminer Bildirisi, (s. 1203-1250) içinde. MMO, İzmir. Yayın no: E/2009/494-1
- Mousa, H. A., Alfirevic, Z. (2007). Treatment for primary postpartum haemorrhage. *Cochrane Database Syst Rev*, 24(1), CD003249
- MRG ve BT İnceleme Standartları. (2018). Türk Radyoloji Derneği. Erişim adresi: <http://www.turkrad.org.tr/assets/DernektenHaberler-Pdf/STANDARTLAR2018.pdf>
- National Institute of Standards and Technology. (2011-2012). Health care criteria for performance excellence. National Institute of Standards and Technology, Department of Commerce Baldrige Performance Excellence Program
- NIOSH. (1988). Guidelines for protecting the safety and health of health care workers, No. 88-119
- Nielsen, J. (1993). Usability engineering. Boston Academic Press, Boston.
- Noble, M. A. (2010). Development and use of quality indicators for process improvement and monitoring of laboratory quality; approved guideline. Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), QMS12-A 30(24)
- Nour, N. M. (2008). An introduction to maternal mortality. *Reviews in Obstetrics and Gynaecology*, 1(2), 77-81
- Nükleer Düzenleme Kurumu. Erişim adresi: <https://www.ndk.org.tr/>
- Nükleer Tıp Hizmetleri Yönetmeliği (2023, 25 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 32171). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2023/04/20230425-8.htm>
- OECD. (2009). Health care quality indicators project: Patient safety indicators report, OECD. Health Working Papers No. 47 OECD Health Care
- OECD. (2021). Health at a Glance. Erişim adresi: <https://doi.org/10.1787/4d-d50c09-en>
- OECD. Health Care Quality and Outcomes Indicators. Erişim adresi: <https://www.oecd.org/health/health-systems/health-care-quality-outcomes-indicators.htm>. Erişim tarihi: 01.11.2022
- Okay, A. (2012). Sağlık iletişimi. Derin Yayınları
- Onkoloji Hemşireler Derneği. (2014). Antineoplastik ilaçların güvenli kullanım standartları rehberi, Ankara
- Onkoloji Hemşireliği Derneği. (2009). Kemoterapi Ünitesi Standartları. Erişim adresi: <http://www.onkohem.org.tr/sites/default/files/dosya/standart-yonetmelik/kemoterapi-unitesi-standartlari.pdf>
- Ovayolu, N., Bahar, A. (2006). Hemşirelikte kalite. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1)
- Öncü, S. (2011). Cerrahide antibiyotik profilaksisi. *Ulusal Cerrahi Dergisi*, 27(3), 176-181. Erişim: <http://www.ulusalcerahidergisi.org/text.php?id=947>
- Özlü, T. (2005). Kuramsal metinler, felsefi arka plan ve örnek olgularla hasta hakları: Hakkınız var, çünkü hastasınız. TİMAŞ Yayınları, İstanbul
- Özlü, T. (2005). Hasta hakları. TİMAŞ Yayınları, İstanbul
- Phillips, R. L., Dovey, S. M., Hickner, J. S., Graham, D., Johnson, M. (2005). The AAFP patient safety reporting system: Development and legal issues pertinent to medical error tracking and analysis. *Advances in patient safety: from research*

- to implementation. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 3,121-124. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/books/NBK20535/>
- Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Hakkında Genelge. (2017, 12 Haziran). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 2683). Erişim adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,24719/poliklinik-hizmetlerinde-ocelik-sirasi-genelgesinde-degisiklik.html>
  - Postpartum Hemorrhage. (2017). American College of Obstetricians and Gynecologists, ACOG Practice Bulletin Price, C. Christenson, R. (2003). Evidence-based laboratory medicine: from principles to outcomes, AACCC Press, Washington, DC
  - Prevention and Management of Postpartum Haemorrhage. (2000). The Society of Obstetricians and Gynaecologists of Canada (SOGC). Clinical Guidelines, JOGC
  - Public Health Focus: Surveillance, prevention and control of nosocomial infections. (1992). CDC, MMWR, 41,7-783
  - Pugh, D. S., (Ed). (1990). Organization theory: Selected readings, Harmondsworth: Penguin.
  - Radyasyon Güvenliği Tüzüğü. (1985, 7 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı:188619). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.859727.pdf>
  - Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği. (2000, 24 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 23999). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Asp?MevzuatKod=7.5.5272 &MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=>
  - Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2013, 9 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28582). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=17191&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5> Radyoloji Hizmetleri Yönetmeliği. (2022, 26 Nisan). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 31821). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=39497&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
  - Radyoaktif Maddelerin Serbestleştirilmesi ve Salımına İlişkin Yönetmelik. (2023, 1 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 32296). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=40306&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
  - Raju, P. S., Lonial, S. C. (2003). 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
  - Rampton, G. M., Turnbull, L. J., Doran, J. A. (1999). Human resource management systems: A practical approach, (2nd edition) Ontario: Carswell Thomson Professional Publishing, p: 25
  - Raouf, E. Nakhleh, M. D. FCAP and Patrick, L., Fitzgibbons, M. D: FCAP editors. (2012). Quality management in anatomic pathology: Promoting patient safety through systems, improvement and error reduction, CAP. Item number: PUB118
  - Recommendations of the international commission on radiological protection. (2007). ICRP publication 103. Erişim adresi: [http://www.icrp.org/docs/ICRP\\_Publication\\_103\\_Annals\\_of\\_the\\_ICRP\\_37%282-4%29- Free\\_extract.pdf](http://www.icrp.org/docs/ICRP_Publication_103_Annals_of_the_ICRP_37%282-4%29- Free_extract.pdf) . Erişim Tarihi: 13.11.2014
  - Regional Office for South-East Asia, New Delhi. (2009). Prevention and management of postpartum haemorrhage. Royal College of Obstetricians Gynaecologists (RCOG) Green-top Guideline, 52, 15-24
  - Restuccia, D. J. (2013). Amerika Birleşik Devletleri'nde sağlık hizmetlerinin kalitesi: Uygulama ve gelecek, (Çev. Kaya, S.)

- Robert, J. M et. al. (2010). Sağlık reformunun doğru yapılması, performans ve hakaniyetin geliştirilmesi için bir kılavuz, (Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü), Ankara
- Rootman, I. et.al. (2001). Evaluation in health-promotion principles and perspectives. WHO Regional Publications, European Series
- Roy, J. E. Hunt, J. L. (2010). Detection and classification of diagnostic discrepancies (errors) in surgical pathology. *AdvAnatPathol*, 17, 359-365
- Rubin, D. L. (2010). Informatics in radiology: Measuring and improving quality in radiology: Meeting the challenge with informatics. Erişim adresi: DOI <http://dx.doi.org/10.1148/rg.316105207>
- Rutala, W. A., Weber, D. J. (2007). Sterilization and disinfection. Jarvis WR (eds). Bennett and Brachman's Hospital Infections. (5.bs), 20. Bölüm. Philadelphia: Lippincott Williams and Wilkins
- Reproductive Technology Accreditation Committee. (2021). Code of practice for assisted reproductive technology units. Australia and New Zealand.
- Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi. (2015, 31 Aralık). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 116). Erişim adresi: <https://bilgiguvenligi.saglik.gov.tr/Home/Mevzuat>
- Sağlık Bakanlığı Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi. (2008, 20 Ağustos). T.C. Sağlık Bakanlığı (Sayı:26529). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11257/saglik-bakanligi-yangin-onleme-ve-sondurme-yonergesi.html>
- Sağlık Hizmetleri Finansman Yapısının Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılması için Altyapı Geliştirilmesi Projesi. (2005). Hacettepe Üniversitesi, Ankara
- Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği. (2013, 11 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28762). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?Mevzuat-No=18829&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesine ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. (2015, 27 Haziran). T. C. Resmi Gazete (Sayı: 29399). Erişim adresi: [https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/28352/0/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelikpdf.pdf?\\_tag1=E5B24F5681DE95F54DD045037A-4553919AAFCDF9](https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/28352/0/saglikta-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-dair-yonetmelikpdf.pdf?_tag1=E5B24F5681DE95F54DD045037A-4553919AAFCDF9)
- Sciacovelli, L. et al. (2011). 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), 835-844
- Shahangian, S., Snyder, S. (2009). Laboratory medicine quality indicators, a review of the literature. *Am J Clin Pathol*, 131, 418-431
- Siström, C. L. (2009). The appropriateness of imaging: Comprehensive conceptual framework. *Radiology*, 251(3), 49-637
- Spector, J. M. et al. (2012). Improving Quality of Care for Maternal and Newborn Health: Prospective Pilot Study of the WHO Safe Childbirth Checklist Program. Erişim adresi: <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/22615733>
- Srivastava R., et al. (2010). Reflex and reflective testing: efficiency and effectiveness of adding on laboratory tests. *Ann Clin Biochem*, 47, 223-227
- Starfield, B., Shi, L. (2004). The medical home, access to care, and insurance: A review of evidence. *Pediatrics*, 113(5), 1493-8



- Sur, H., Palteki, T. (2019). Hastane güvenliği. Palme Yayınevi, Ankara
- Süngü, A. (2007). Ameliyathane havalandırma sistemleri ivf ve genetik laboratuvar havalandırma sistemleri. 5. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongresi. Erişim adresi: <https://das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/ali.sungu-das-2007-yazi.pdf>
- Şimşek, Ö. Y. vd. (2012.) Neredeyse kaybedilecek (near miss) obstetrik hasta profili, tedavi sonuçları ve maternal mortalite değerlendirmesi: Üçüncü basamak merkez deneyimi. Perinatoloji Dergisi, 20(1), 1-5
- T.C. Sağlık Bakanlığı Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Bebek, çocuk, ergen izlem protokolleri, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Acil obstetrik bakım yönetim rehberi, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum sonu bakım yönetim rehberi, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü. (2018). Doğum öncesi bakım yönetim rehberi, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2019). Kemoterapi ünitesi ve kemoterapi ilaçlarının sunumuna ilişkin talimat, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. (2012). Sağlık kurumlarında özürü bireyler için ulaşılabilirlik temel bilgiler rehberi, Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sistem Yönetimi Daire Başkanlığı. Donanım, altyapı ve sistem bileşenleri alım kılavuzu sürüm 1.0. (2018). Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (2016). Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi Minimum Veri Modeli (Sürüm 1.2.). Erişim adresi: <https://sb-sgm.saglik.gov.tr/TR,71718/saglik-bilgi-yonetim-sistemi-minimum-veri-modeli-vem-surum1.html>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Standart ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2019). Sağlık bilgi yönetim sistemi alım kılavuzu (Sürüm 1.2), Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü. (2019). Bilgi güvenliği politikaları kılavuzu sürüm (2.1), Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2021). SKS gösterge yönetimi rehberi. Ankara. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/41931/0/sks-gosterge-yonetimi-rehberi-rev02-1511pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı. (2020). SKS doküman yönetimi rehberi. Ankara. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/37914/0/dokuman-yonetimi-rehberi-09072020pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2015). SKS ilaç güvenliği rehberi. Ankara. Erişim adresi: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/Eklenti/3734/0/ilacguvenligirehberiguncel.pdf.pdf>
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS ışığında sağlıkta kalite 1. cilt. Ankara

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS ışığında sağlıkta kalite 2. cilt. Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS ışığında sağlıkta kalite 3. cilt. Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Uygulamaları Daire Başkanlığı. Ulusal Sağlık Veri sözlüğü (1. Sürüm), Ankara
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2004). Antineoplastik (Sitotoksik) ilaçlarla güvenli çalışma rehberi, Ankara
- Taşınır Mal Yönetmeliği. (2007, 18 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26407). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=200611545&MevzuatTur=3&MevzuatTertip=5>
- Tatar, M. (Ed). (2012). Sağlık kurumları yönetimi-I. Eskişehir Anadolu Üniversitesi
- Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık işletmeleri yönetimi. Ankara
- The Fitness for Purpose of Analytical Methods: A Laboratory Guide to Method Validation and Related Topics: Second Edition, A Focus for Analytical Chemistry in Europe (EURACHEM). (2014). Erişim adresi: [https://www.eurachem.org/images/stories/Guides/pdf/MV\\_guide\\_2nd\\_ed\\_EN.pdf](https://www.eurachem.org/images/stories/Guides/pdf/MV_guide_2nd_ed_EN.pdf)
- The Food and Drug Administration. (2018). Guidance for Industry- Bioanalytical Method Validation". U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration (FDA), p. 1-44
- The Food and Drug Administration.(2000). Analytical Procedures and Methods Validation: Chemistry, Manufacturing, and Controls, U.S. Department of Health and Human Services Food and Drug Administration (FDA)Federal Register (Notices), 65(169)
- The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2008). Guideline for disinfection and sterilization in healthcare facilities. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/>
- The Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). (2007). Guideline for isolation precautions: Preventing transmission of infectious agents in healthcare settings. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
- Thompson, B. L., (1998). Yönetim fonksiyonları. (Çev. Diker, V.G.). Hayat Yayınları, İstanbul
- Thompson, M. Ellison, SLR. and Wood, R. (2002). Harmonized guidelines for singlelaboratory validation of methods of analysis. Pure Appl. Chem, 74(5), 835 – 855
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2017, 25 Ocak). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29959). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/01/20170125-2.htm>
- Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik. (2015, 25 Haziran). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 2939799). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=20855&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği (2013, 09 Ekim). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 28790). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/mevzuat?MevzuatNo=18933&MevzuatTur=7&MevzuatTertip=5>

- Turkey National Maternal Mortality Study. (2005). Hacettepe University, Institute of Population Studies, , Ankara
- Tüm Kamu Eczacılar Derneği (TÜKED). Onkolojide tehlikeli ilaçlarla güvenli çalışma ve eczacılık uygulama rehberi. (2016). Ankara
- Türk Biyokimya Derneği. (2015). Venöz kan alma kılavuzu, Ankara
- Türk Dil Kurumu. Erişim adresi: [www.tdk.gov.tr](http://www.tdk.gov.tr)
- Türk Neonatoloji Derneği. (2018). Yüksek riskli bebek izlem rehberi, Ankara
- Türkiye Diyabet Vakfı. (2019). Diyabet tanı ve tedavi rehberi, Ankara
- Türkiye Enerji, Nükleer ve Maden Araştırma Kurumu. Erişim adresi: <https://www.tenmak.gov.tr/>
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. Akılcı ilaç kullanımı. Erişim adresi: <https://www.titck.gov.tr/faaliyetalanlari/ilac/akilci-ilac-kullanimi>
- Ulusal Kan ve Kan Bileşenleri Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi, Türkiye'de Kan Tedarik Sisteminin Güçlendirilmesi Teknik Destek Projesi. (2016). Erişim adresi: [https://www.kanver.org/Upload/Dosya/ulusal\\_kan\\_rehberi.pdf](https://www.kanver.org/Upload/Dosya/ulusal_kan_rehberi.pdf)
- Usluer, G. vd. (2006). İzolasyon önlemleri kılavuzu. Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği, Hastane İnfeksiyonları Dergisi, 10, Ek 2
- Uztuğ, F. (Ed). Kurumsal iletişim. Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 1562
- Ülgen, H. ve Mirzek, K. (2004). İşletmelerde stratejik yönetim. Literatür Yayınları
- Üremeye Yardımcı Tedavi Uygulamaları ve Üremeye Yardımcı Tedavi Merkezleri Hakkında Yönetmelik. (2014, 30 Eylül). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 29135). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/File/GeneratePdf?mevzuatNo=20085&mevzuatTur=KurumVeKurulusYonetmeliği&mevzuatTertip=5>
- Wayne, P. A. (2016). Using of proficiency testing to improve the clinical laboratory, Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI) Approved Guidelines, 3 rd ed. GP27-A2
- Westgard, J. O et al. (2006). Statistical quality control for quantitative measurement procedure: Principles and definitions; approved guidelines-third edition. Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), C24-A3, 26(25)
- Westgard, J. O. (1995). A method evaluation decision chart (medx chart) for judging method performance. Clin Lab Sci, 8(5), 83-277
- Williams, S. J., Calnan, M. (1991). Convergence and Divergence: Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care setting. Social Science and Medicine, 33(6), 707-716
- Williams, S. J., Calnan, M., (1991). Convergence and divergence: "Assessing criteria of consumer satisfaction across general practice, dental and hospital care setting. Social Science and Medicine, 33 (6), 707- 716
- World Health Organization (WHO). (1998). Health Promotion Glossary. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/WHO-HPR-HEP-98.1>
- World Health Organization (WHO). (2002). Prevention of hospital-acquired infections, a practical guide, 2nd edition. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO\\_CDS\\_CSR\\_EPH\\_2002.12.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/67350/WHO_CDS_CSR_EPH_2002.12.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (WHO). (2004). Practical guidelines for infection control in health care facilities. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206946/9290222387\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/206946/9290222387_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

- World Health Organization (WHO). (2005). WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems: From information to action. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (WHO). (2008). Core components for infection prevention and control programmes: Report of the second meeting, Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care, Geneva, Switzerland, 26-27 June 2008. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326442/9789289002943-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (WHO). (2008). World Alliance for Patient Safety 2008-2009. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO\\_IER\\_PSP\\_2008.04\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70460/WHO_IER_PSP_2008.04_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (WHO). (2009). Guidelines on hand hygiene in health care, first global patient safety challenge clean care is safer care. Erişim adresi: <https://www.who.int/publications/i/item/9789241597906>
- World Health Organization (WHO). (2009). Milestones in health promotion- statements from global conferences. Erişim adresi: [https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70578/WHO\\_NMH\\_CHP\\_09.01\\_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/70578/WHO_NMH_CHP_09.01_eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y)
- World Health Organization (WHO). (2009). Safe Surgery Save Lives, Safe Surgery Checklist, Patient Safety Checklists. Erişim adresi: <https://www.who.int/patient-safety/safesurgery/en/>
- World Health Organization (WHO). (2013). Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/326442/9789289002943-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- World Health Organization (WHO). (2015). Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview, Patient Safety Checklists. Erişim adresi: <https://www.who.int/teams/integrated-health-services/patient-safety/research/safechildbirthpatient-safety/implementation/checklists/childbirth/en/>
- Yapı Denetimi Uygulama Yönetmeliği. (2008, 5 Şubat). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 26778). Erişim adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.11951&MevzuatIliski=0>
- Yi, M. Yao, G. Bai, Y. (2014). The monitoring of intra-abdominal pressure in critically ill Patients" *Zhonghua Wei Zhong Bing Ji Jiu Yi Xue*, 26(3), 8-175
- Yorgancıoğlu, Z. R., Ceceli, Esmâ. (2006). Estimation of program "Interactive education in function" over system falter, in a rehabilitation clinic. *Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi- J PMR Sci*, 9(2), 63-68
- Zarbo, R. J. Mejer, F. A. Raab, S. S. (2005). Error detection in anatomic pathology. *ArchPatholLabMed*, 129(10), 1237-1245
- Zenciroğlu, D. (2005). Etilen oksit ile sterilizasyon; Nasıl çalışır? Kullanılan cihazların özellikleri nelerdir? Nasıl denetlenir? 4. Ulusal Sterilizasyon Dezenfeksiyon Kongre Kitabı (s. 099-120) içinde. On Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun







