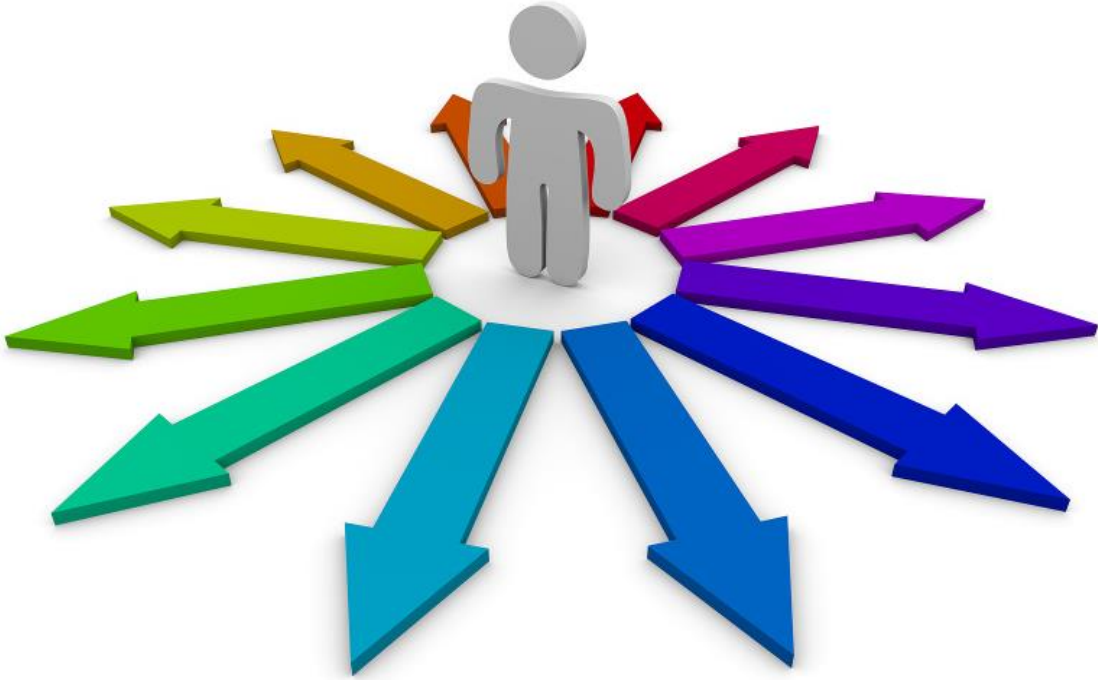


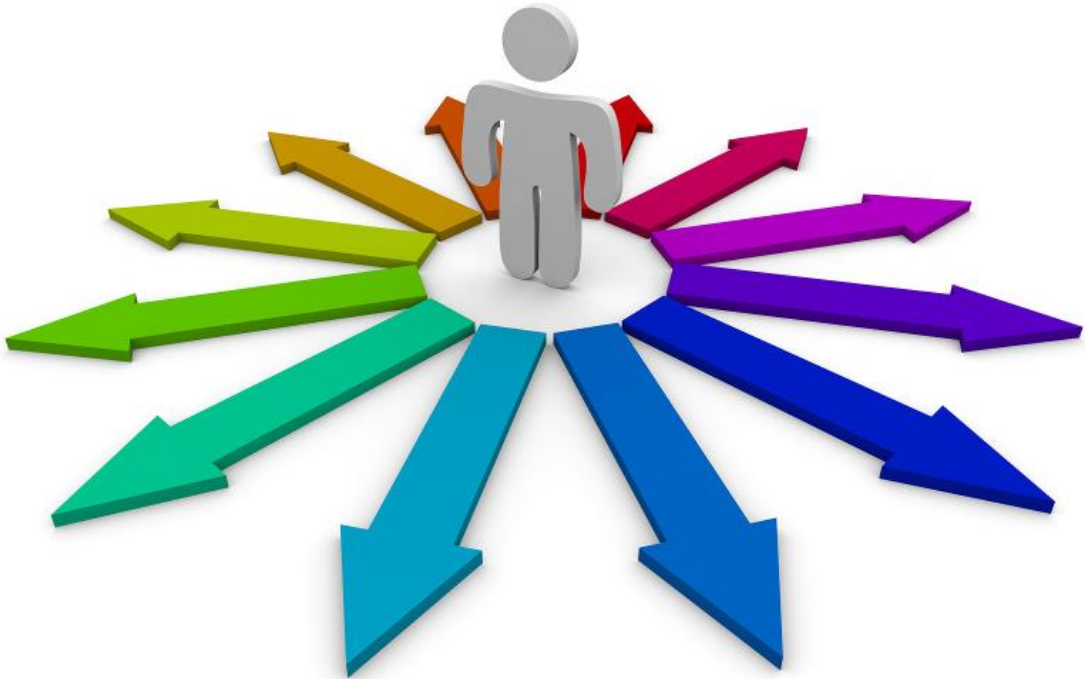
Hastane Akreditasyon Standartları

Uygulama Rehberi



Hastane Akreditasyon Standartları

Uygulama Rehberi



Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Hastane Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberi

1.Baskı: Ankara, Şubat, 2017

ISBN: 978-605-67412-2-7

© Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
Bu kitabın her türlü yayın hakkı T.C. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'ne aittir.
Enstitünün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek
alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi
bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

T. C. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
Mithatpaşa Cad. No: 3 06434
Sıhhiye / ANKARA
Web: www.tuseb.gov.tr/tuska



Hastane Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberi

Editör

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ

Hazırlayanlar

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ
Uzm. Demet GÖKMEN KAVAK
Yrd. Doç. Dr. Umut BEYLİK
Dr. İbrahim H. KAYRAL
Dr. Keziban AVCI
Uzm. Canan CENGİZ
Uzm. Metin YÜCE
Uzm. Özden GÜDÜK

Ankara – Şubat 2017



Katkıda Bulunanlar*

Prof. Dr. Abbas TANER
Prof. Dr. Afsun Ezel ESATOĞLU
Prof. Dr. Aytolan YILDIRIM
Prof. Dr. Bilçin TAK MEYDAN
Prof. Dr. Dilaver TENGİLİMOĞLU
Prof. Dr. Gülsen YILMAZ
Prof. Dr. Hüseyin BASKIN
Prof. Dr. Mehmet Ali ÖZGÜVEN
Prof. Dr. Meltem GÜLHAN HALİL
Prof. Dr. Nilgün SARP
Prof. Dr. Sıdika KAYA
Prof. Dr. Tonay İNCEBOZ
Prof. Dr. Yeşim ÇETİNKAYA ŞARDAN
Doç. Dr. Elif DİKMETAŞ YARDAN
Doç. Dr. Hatice ULUSOY
Doç. Dr. Görkem YAMAN
Doç. Dr. Özgür UĞURLUOĞLU
Doç. Dr. Türker YARDAN
Doç. Dr. Zekai ÖZTÜRK
Doç. Dr. Yeliz AKKUŞ
Yrd. Doç. Dr. Güven BEKTEMÜR
Yrd. Doç. Dr. Hacer ATAMAN
Yrd. Doç. Dr. Tunçay PALTEKİ
Uzm. Dr. Halim Ömer KAŞIKÇI
Uzm. Dr. Kemal OKTAY
Uzm. Dr. Merve AKIN
Uzm. Dr. Nedim HAVLE
Dr. Emine Elvan ÇİFTLİK
Dr. Fatih ORHAN
Dr. Gülay YAZICI
Dr. M. Said YILDIZ
Dr. Vahide BAYRAKAL
Uzm. Ali ARSLANOĞLU
Uzm. Burcu ELİTEZ
Uzm. Çağlayan SARAL
Uzm. Emrullah İNCESU
Uzm. Ganime SEVİNÇ GEZER
Uzm. Gülten YÜCEBAŞ
Uzm. Sakine TOPALOĞLU
Uzm. Sevgi TAŞKIN KARATAŞ
Uzm. Uğur IŞIK
Ecz. Tuğba ERMİŞLER
Müh. Dinçer YEĞEN
Müh. Rabia KAYA
Mustafa GÜVEN
Nedim Yüksel ÇAKIR
Sami AKGÜN
Servet SAĞLAM

*İsimler akademik unvana göre sıralanmıştır.



Teşekkür

Hastane Akreditasyon Denetim Rehberi çalışmalarında görev alan SAD Eğitimcileri ve Denetçilerine, TÜSKA Hastane Akreditasyon Programına ilişkin pilot çalışmaların yürütüldüğü kamu, özel ve üniversite hastaneleri yöneticileri, kalite yönetim ofisi çalışanları ve standart hazırlık sürecinde görev alan tüm çalışanlarına, bu rehberin hazırlanmasına olan katkılarından dolayı teşekkür ederiz.



İçindekiler

Hazırlayanlar	1
Katkı Sunanlar	2
Teşekkür	3
Önsöz	7
Sunuş	9
Semboller	10
1.Bölüm: Genel Bilgiler	11
Bu rehber neden hazırlandı?	12
Standartlar Hakkında	13
2.Bölüm: Standart Uygulama Yöntemi.....	25
Standart Uygulama Yöntemi.....	26
Standartların Uygulanmasına İlişkin İstisnai Durumlar	38
Standart Uygulamalarına İlişkin Bir Yol Haritası	39
3.Bölüm: Standartların Uygulanması	40
Standart 1 Hastane Organizasyon Yapısının Oluşturulması	41
Standart 2 Hastanenin Gerekli Tüm Yetki ve İzin Belgelerine Sahip Olması	48
Standart 3 Temel Politika ve Değerlerin Tanımlanması	52
Standart 4 Kalite İyileştirme Çalışmaları	61
Standart 5 Doküman Yönetim Sisteminin Bulunması	70
Standart 6 İstenmeyen Olayların Bildirilmesi ve Gerekli Önlemler Alınması.....	81
Standart 7 Sunulan Hizmetlere İlişkin Risklerin Yönetilmesi	89
Standart 8 Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi, Uygulanması	97
Standart 9 Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi	107
Standart 10 Kurumsal İletişim Faaliyetlerinin Yürütülmesi	111
Standart 11 Hizmet Sunumuna Yönelik Kurumsal Performansın Ölçülmesi.....	118
Standart 12 SAS Göstergelerinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi.....	125
Standart 13 İnsan Kaynakları Yönetim Yapısının Oluşturulması	131
Standart 14 Çalışanların İşe Alım ve Uyum Süreçleri	139



Standart 15 Çalışanların Sağlığını ve Güvenliği.....	154
Standart 16 Hastanın ve Hasta Yakınlarının Haklarının Gözetilmesi	164
Standart 17 Hastanın ve Hasta Yakınlarının Güvenliğinin Gözetilmesi	177
Standart 18 Hasta ve Hasta Yakınlarının Geri Bildirimlerinin Alınması.....	183
Standart 19 Hizmetlere Erişim	190
Standart 20 Yaşamın Sona Ermesi Durumunda Verilecek Hizmetler	201
Standart 21 Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi	209
Standart 22 Sterilizasyon Hizmetlerine Yönelik Süreçler	222
Standart 23 Etkin ve Güvenli İlaç Yönetimi	230
Standart 24 Kan ve Kan Ürünlerine Yönelik Süreçlerin Kontrolü	247
Standart 25 Kan ve Kan Ürünlerinin Hazırlanması, Saklanması ve Transferi ..	252
Standart 26 Kan ve Kan Ürünlerinin Güvenli Transfüzyonu	262
Standart 27 Hasta Bakım Süreçlerinin Yürütülmesi	271
Standart 28 Doğru İşlemin Doğru Hastaya Uygulanması	285
Standart 29 Hasta Düşmelerinin Önlenmesi.....	292
Standart 30 Tıbbi Bilgi Akışında Etkili İletişimin Sağlanması	301
Standart 31 Kendine ya da Başkalarına Zarar Verme Riski Olan Hastalar.....	313
Standart 32 Özellikle Hasta Gruplarına Yönelik Bakım Uygulamaları	321
Standart 33 Radyasyon Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Tedbirler	328
Standart 34 Laboratuvarların Fiziki Ortamı	339
Standart 35 Laboratuvar Test Rehberi Hazırlanması	344
Standart 36 Laboratuvar Testleri ile İlgili Analiz Öncesi Süreçler.....	348
Standart 37 Laboratuvar Testleri ile İlgili Analitik Süreçler	354
Standart 38 Laboratuvar Testleri ile İlgili Analiz Sonrası Süreçler.....	361
Standart 39 Laboratuvar Testleri ile İlgili Süreçlerin İzlenebilirliği	369
Standart 40 Laboratuvar Süreçlerinin Performansının Ölçülmesi	372
Standart 41 Cerrahi Uygulamalarda Hasta Güvenliği	376
Standart 42 Ameliyathane Koşulları.....	383
Standart 43 Acil Serviste Yapısal Düzenlemeler	394
Standart 44 Acil Serviste Süreçlerin Tanımlanması.....	403
Standart 45 Hastanenin Tüm Alanlarının Temiz Olması	412
Standart 46 Yemek Hizmetlerine İlişkin Süreçlerin Tanımlanması.....	416
Standart 47 Çamaşır Hizmetlerinin Sunulması	424



Standart 48 Hasta Odaları ve Hasta/Hasta Yakınlarının Kullandıkları Alanlar	430
Standart 49 Can ve Mal Güvenliğini Sağlanması	434
Standart 50 Nitelikli Bir Tesis Yönetimi Yapısı ve İşleyişi Oluşturulması	438
Standart 51 Hastanede Üretilen Atıkların Yönetiminin Sağlanması	447
Standart 52 Etkin ve Güvenli Bir Bilgi Yönetim Sistemi	454
Standart 53 Malzemelerin ve Cihazların Etkin, Verimli ve Güvenli Kullanımı	462
Standart 54 Dış Kaynak Kullanılarak Sağlanan Hizmetler	472
Standart 55 Doğal Afetler ya da Acil Müdahale vb. Gerektiren Olaylar	479
Standart 56 Solunum Arresti veya Kardiyak Arrest Durumlarında Müdahale	487
Standart 57 Bebek/Çocuk Kaçırma Riski ya da Eylemi.....	499
Standart 58 Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet	510
Standart 59 Yangına Zamanında Müdahale	520
Tablolar	530



Önsöz

TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü olarak, hastanelere yönelik sağlıkta akreditasyon standartları kapsamında hazırlamış olduğumuz bu çalışma kitabını gururla sunarız.

Bilindiği üzere, Enstitümüzün kurulmasıyla birlikte Ulusal Akreditasyon süreci başlamış ve daha önce Sağlık Bakanlığı'na hazırlanarak ISQua tarafından akredite edilen Sağlıkta Akreditasyon Standartları kamuoyu ile paylaşılmıştır. Standartların yayınlanmasını takiben, özellikle hastanelerde standartları inceleyen ve uygulamaya çalışan paydaşlarımızdan aldığımız geri bildirimler sonucunda, akreditasyona yönelik çalışmalarda sağlıkta akreditasyon standartları kullanıcılarına rehberlik edecek kaynak bir dokümana ihtiyaç duyulduğunu gözlemledik ve Enstitü olarak ulusal hastane akreditasyon programımız ile birlikte böyle bir rehber kitabı siz değerli kullanıcılarımız için hazırladık.

Bu kitabın, sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli iyileştirmeyi içselleştirmiş ve bunu TÜSKA Akreditasyon Belgesi olarak taçlandırmayı hedefleyen hastanelerimiz için, akreditasyona giden yolda, her bir standarda ilişkin adım adım yol gösterici ipuçları içeren, onları sağlam bir temelle akreditasyona hazırlayacak olan önemli bir kaynak olacağına inanıyoruz.

Bu rehberde, Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Setinde yer alan standart, değerlendirme ölçütü ve gerekliliklerin daha kolay anlaşılması ve bu yolla uygulama kolaylığı sağlaması amacıyla, basit, sade bir anlatımla, kullanıcıların doğrudan standardın kendisine odaklanmasını sağlayacak bir tasarım kullandık. Standartların uygulanmasına ilişkin kullanıcılardan tam olarak neler beklendiğini, akreditasyon denetimlerinde karşılaşılabilecek kritik hususlara ilişkin dikkat edilmesi gereken noktaları, bir standardın diğer standartlarla ve ulusal mevzuatla olan ilişkisini ortaya koyduk.

Bu rehber ile hastanelerde akreditasyon standartlarına yönelik gerçekleştirilen uygulamalar gözden geçirilerek, çalışanlar ve hastalar için en uygun şekilde yeniden düzenlenmesi suretiyle gereksiz işlem basamaklarının çıkarılması veya uygulamaların daha verimli ve faydalı şekilde yeniden tasarlanmasının yolu açılmış olacaktır.



Standartlarımızı inceleyen ve sahanın sesi olarak bize geri bildirimde bulunan tüm paydaşlarımıza ve Enstitü çalışanlarımıza teşekkür eder, bu rehberin hastanelerinde akreditasyon süreçlerini koordine etmekle yükümlü olan tüm çalışanlar için faydalı bir kaynak olmasını ve başarılarına katkı sağlamasını temenni ederim.

Prof. Dr. Mustafa BERKTAŞ

Enstitü Başkanı

TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü



Sunuş

Bu Rehber, TÜSKA Hastane Akreditasyon Programına özgü Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Seti v1.1'e yönelik olarak, akredite olmayı hedefleyen hastaneler tarafından kullanılmak üzere hazırlanmıştır. Akredite olabilmek için TÜSKA'ya başvuran/başvurmayı planlayan kurumlar, akreditasyon sürecine yönelik yükümlülüklerini anlamak ve sistemlerini geliştirmek için bu rehberi kullanabilirler.

Standartların, hastanelerde nasıl uygulanacağı ile ilgili açıklayıcı, anahtar bilgiler vermek üzere hazırlanmış olan bu rehber, kalitenin öğrenerek içselleştirilmesini ve kurumsal kültüre dönüşmesini ve kurumlara böyle bir sürekli iyileştirme ortamını akreditasyonla taçlandırma fırsatı yakalamalarını sağlayacak önemli bir araçtır. Bu açıdan standartların daha iyi anlaşılabilirlik uygulanması ve standartlara yönelik öz değerlendirme sürecinde hastane çalışanlarına kolaylık sağlayacaktır.

Bu rehber, akreditasyon standartlarının bir parçası değildir ve standartların uygulanmasına yönelik yol gösterici bir kaynak rehber niteliğinde hazırlanmıştır. Rehberin kullanımına ilişkin yasal bir zorunluluk bulunmamaktadır. Rehber, zaman zaman güncellenecek, güncellenmiş versiyonlarına TÜSKAnet üzerinden erişilebilecektir.

Rehber hazırlanırken, SAS Hastane tasarımı temel alınmış, bununla birlikte kullanıcıların yalnızca ve doğrudan standartların kendisine odaklanılmasını sağlayacak bir tasarımla hazırlanmıştır. Toplam 59 adet olan Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının (Hastane) her biri sırasıyla ele alınmış, bir standardı doğru uygulamak ve tüm gerekliliklerini tam olarak yerine getirmelerini sağlayacak rehberlik bilgileri, standardın yazılı doküman isteyip istemediği, mevzuatla ve standartların bütünü açısından birbiriyle olan ilişkisi vb. konularına yönelik bilgiler verilmiştir. Rehber boyunca standartlarla ilgili dikkat edilmesi gereken hususlara yönelik, bazı hatırlatıcı semboller kullanılmıştır. Bu semboller akreditasyona giden yolda uygulayıcılar için önemli ipuçları içermektedir. Bu nedenle standartları uygularken sembollerin akılda tutulması önemli olacaktır.

Enstitümüz tarafından hazırlanan bu çalışmanın tüm kalite gönüllüleri için faydalı olmasını temenni eder, akreditasyona hazırlık sürecinde tüm kurumlarımıza başarılar dilerim.

Uzm. Demet GÖKMEN KAVAK

Akreditasyon Standartları Birim Sorumlusu
TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Semboller



Bu sembol, standartların nasıl uygulanacağı ve tam karşılanıyor kabul edilmesi için nelere dikkat edilmesi gerektiği ile ilgili ipuçlarını ifade eder.



Bu sembol, ilgili standardın içeriğinde yer alan, standardın temel uygulama ölçütleri olan değerlendirme ölçütünü ifade eder.



Bu sembol, ilgili standart/değerlendirme ölçütüne ilişkin, zorunlu olarak prosedür/politika vb. bir doküman hazırlanması gerektiğini ifade eder.



Bu sembol, ilgili standart/değerlendirme ölçütünün ulusal bir yasal düzenleme ile ilişkili olduğunu ifade eder.



1.Bölüm

Genel Bilgiler

Bu rehber neden hazırlandı?

Bu rehber, TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü tarafından **Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Seti**'nin uygulanmasında hastanelere rehberlik sağlamak amacı ile hazırlandı.

Ulusal sağlık hizmetleri akreditasyonu sürecinde kullanılması amacıyla T.C. Sağlık Bakanlığı'nca hazırlanan Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Seti 2014 yılında International Society for Quality in Healthcare (ISQua) tarafından akredite edilmiş ve Enstitümüzce gerçekleştirilecek hastane akreditasyon faaliyetleri kapsamında kullanılacak bir araç olarak Haziran 2016'da kullanıcıların erişimine sunulmuştu.

Standartların kamuoyu ile paylaşılmasından sonra, hastane akreditasyon programına yönelik gerçekleştirilen pilot çalışmalar ve sağlıkta akreditasyon denetçisi eğitimleri sırasında kullanıcılardan alınan geribildirimler doğrultusunda, standartların uygulama süreçlerine ilişkin daha ayrıntılı ve daha somut bilgiler içeren bir kaynak uygulama rehberine ihtiyaç duyulduğu ve böyle bir rehberin akreditasyona hazırlanan hastaneler için faydalı bir kaynak olacağı gözlemlendi ve bu ihtiyaca cevap vermek amacı ile bu rehber hazırlandı.

Enstitümüzce sağlıkta akreditasyon standartlarının nasıl uygulanması gerektiğine ilişkin hazırlanan bu rehber ile kullanıcılara,

- Akreditasyon sürecine odaklanan,
- Akreditasyon denetimlerinde dikkat edilecek kritik hususları içeren,
- Standartların birbiriyle ve mevzuatla olan ilişkisini daha net biçimde ortaya koyan,
- Basit, sade bir anlatımla ve doğrudan standartlarda istenen gerekliliklere odaklanan ayrıntılı ve somut bilgiler sunulmaktadır.

Bu rehber, hastanelerde akreditasyon süreçlerini koordine etmekle yükümlü olan sağlık çalışanları için yol gösterici bir kaynak kitap olarak hazırlanmıştır. Bu yönüyle Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Kitabı ile birlikte kullanılması uygun olacaktır.



Standartlar Hakkında

Standartlar neden önemli?

Günümüzde tıp teknolojileri ve uygulamalarında yaşanan hızlı ilerlemeler, tanı ve tedavi süreçlerinde yükselen başarı oranları, artan hasta sayıları, artan hasta beklentileri gibi nedenler hastane yönetimlerinde rekabet ortamı oluşmasına neden olmakta, bu ise profesyonel yönetim yaklaşımlarının benimsenmesini zorunlu kılmaktadır. Bu durum hastanelerde, tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalara en kısa sürede, en kaliteli bakım hizmeti sunma gerekliliğini ortaya çıkarmıştır. Dünyada sağlık hizmeti sunumunda optimal kalitenin sağlanmasının en etkili araçlarından biri akreditasyondur ve hastaneleri akreditasyona ulaştıracak temel araç akreditasyona yönelik hazırlanan standartlardır. Bu açıdan akredite olmayı hedefleyen hastaneler için Sağlıkta Akreditasyon Standartları büyük önem taşır.

Standartlar nasıl geliştirildi?

Türkiye’de sağlık hizmetlerinde kalite ve akreditasyon çalışmalarının temelleri 2003 yılında Sağlıkta Dönüşüm Programı ile atılmış, programın altıncı bileşeninde yer alan “nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon” ilkesi ile Sağlık Bakanlığı bünyesinde yaklaşık on yıldan bu yana etkili çalışmalar yapılmıştır. Sağlıkta ulusal akreditasyon sistemimizin oluşturulmasına yönelik ilk adımlar, Sağlık Bakanlığı tarafından 2012 yılında ISQua ile kurulan resmi işbirliği süreci ile birlikte atılmaya başlanmış ve 2012-2014 yılları arasında yürütülen çalışmalar sonucunda ilk akreditasyon standart seti olan “Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane” seti hazırlanmıştır.

2015 yılı itibari ile Akreditasyon faaliyetleri kapsamında her türlü bilgi ve doküman ile yürütülen tüm iş ve işlemler Bakanlık Makamının 18.10.2015 Tarih ve 26325996/147 Sayılı Oluru ile Protokol ile ÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü’ne devredilmiştir.

Standartlar ulusal ihtiyaç ve önceliklerimiz, ulusal-uluslararası çalışmalar, Dünya Sağlık Örgütü Hedefleri ve ISQua ilkeleri baz alınarak ve aralarında akademisyenler, sağlık yöneticileri, denetçiler ve uygulayıcıların bulunduğu alanında uzman çok sayıda profesyonelin katılımıyla, anlaşılabilirlik, uygulanabilirlik, ölçülebilirlik gibi parametreler açısından test çalışmaları yapılarak hazırlanmış ve 09 Ocak 2014 tarihinde ISQua tarafından akredite edilmiştir.

Standartlar neyi amaçlıyor?

Standartlar, hasta güvenliği, kalite iyileştirme, hasta ve hizmet kullanıcı odaklılığı, kurumsal planlama ve performans gibi ilkeleri temel alarak hastanelerde “**minimum risk, maksimum güvenlik ve optimum düzeyde kalite**”nin sağlanmasını amaçlamaktadır.

Standartların hedefi ne?

Standartlar 10 temel hedefe ulaşılmasını garanti eder. Bu hedefler organizasyonel ve insan odaklı olmak üzere iki temel başlık altında düşünülerek aşağıda belirtildiği şekilde sıralanmıştır;

Organizasyonel Hedefler

1. Etkililik
2. Etkinlik
3. Verimlilik
4. Sağlıklı Çalışma Yaşamı

İnsan Odaklı Hedefler

5. Hasta Güvenliği
6. Hakkaniyet
7. Hasta Odaklılık
8. Uygunluk
9. Zamanlılık
10. Süreklilik

Bu hedeflerin her biri akredite olmak isteyen kurumlara ayrıcalık kazandıracak nitelikte aşağıda belirtildiği şekilde tanımlanmaktadır;

1. Etkililik: Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
2. Etkinlik: İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
3. Verimlilik: Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.
4. Güvenlik: Hizmeti alan ya da sunan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.
5. Hakkaniyet: Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.
6. Uygunluk: Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasıdır.
7. Zamanlılık: Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.

- 
8. Hasta Odaklılık: Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımının sağlanmasıdır.
 9. Süreklilik: Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığının sağlanmasıdır.
 10. Sağlıklı Çalışma Yaşamı: Sağlık çalışanları için ideal bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.

Standartlar kimleri kapsıyor?

Standartlar ulusal kapsamda, kamu, özel, üniversite ayrımı gözetmeksizin sağlık hizmeti sunan tüm hastanelere yönelik olarak hazırlanmıştır. Enstitümüzce, her ülkenin kendi ihtiyaçlarına yönelik hazırlanmış farklı akreditasyon standartlarının ve/veya uluslararası çekirdek akreditasyon standartlarının kullanılması gerekliliğine dair görüşün benimsenmesi nedeni ile uluslararası kullanıma açık değildir.

Standartlar ve Mevzuat İlişkisi

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ile sağlık kuruluşunun uymak zorunda olduğu yasal düzenlemeler (mevzuat) arasında uyumsuzluk olduğu durumlarda;

- Standartta yasal düzenlemeye engel bir husus var ise, yasal düzenleme esas alınır.
- Yasal düzenleme ile standart arasında farklılık var ancak biri diğerine engel teşkil etmiyor ise sağlıkta akreditasyon standartları hedefleri dikkate alındığında daha yüksek düzeyde fayda sağlayan düzenleme esas alınır.

Standartların Birbiri ile İlişkisi

Standartlar, hastanede sunulan tüm hizmetler ve hizmet sürecinde yer alan tüm çalışanlar baz alınarak hastanenin tamamını kapsayıcı bir perspektifle, tüm hizmet alanları ile ilişkili olacak şekilde hazırlanmıştır. Bu nedenle, hem kurumun tamamı hem de kurum bünyesindeki her bir departman, birim veya hizmet için geçerlidir. Bu açıdan her bir standart ilişkili olduğu tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Standartlar

Standartların Yapısı

Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Seti, nitelik olarak, uluslararası gelişmeleri dikkate alan, ülkemizdeki sağlıkta kalite altyapısı ile uyumlu, sağlık kuruluşundaki tüm hizmet alanlarını kapsayan, amaçsal yorumlamaya uygun, hizmet süreçlerine ve çıktılarına odaklı, inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay, kapsayıcı standartlar içermektedir. İçerik olarak 7 Boyut, 34 Bölüm, 59 Standart, 242 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır.

Standartlar yapısal olarak; standart, değerlendirme ölçütü ve kılavuzlardan oluşmaktadır. Kılavuzlarda standartların amaçları, hedefleri ve standart gereklilikleri yer almaktadır.

Standartların Kullanımı

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti, Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına göre akredite olmak isteyen hastanelerde sunulan tüm hizmetleri kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. Bu amaca yönelik olarak boyut ve bölüm bazında ele alınan hizmetler ve hizmet süreçleri için standartlar, değerlendirme ölçütleri ve bunlara ilişkin açıklamaların yer aldığı kılavuzlar oluşturulmuştur. Kullanıcılar bu kapsamda Standart Setini, sadece standartlar temelinde değil, setin tüm unsurlarıyla bir bütün olarak değerlendirmeli ve uygulamalıdır. Bu kapsamda akreditasyon başvuru sürecinden, hastanelerin yükümlülüklerine, standartlardan, standartlara ilişkin açıklamalara kadar tüm başlıklar sağlıkta kalite hedeflerine ulaşılmasına yönelik bir bütünün parçaları olarak ele alınmalıdır.



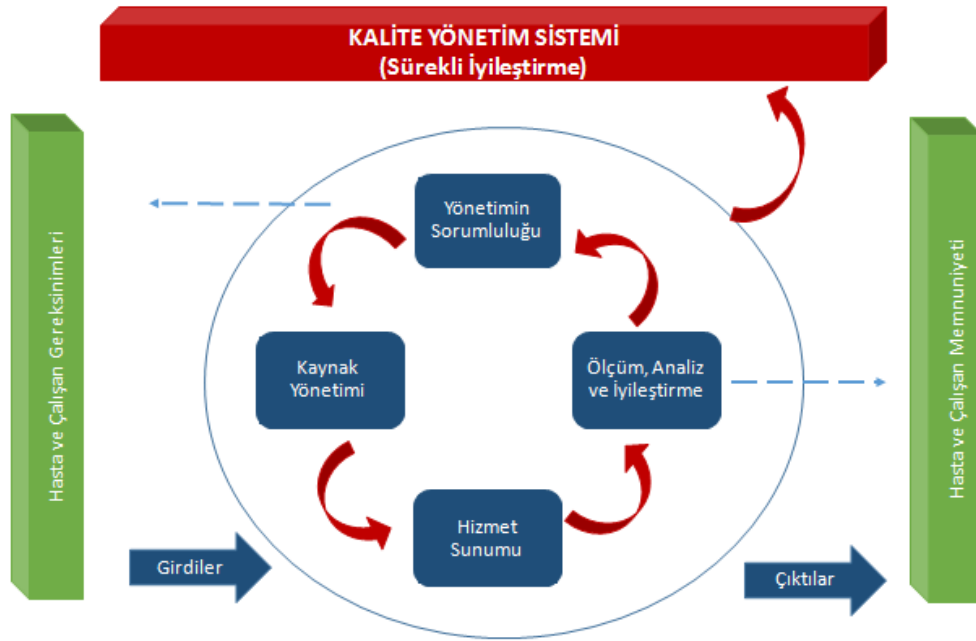
- Standart, değerlendirme ölçütleri ve ilgili kılavuzlar birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.
- Standartlar ve Değerlendirme Ölçütleri ve bunlara ilişkin Kılavuzlar, sağlıkta kalite hedeflerine uygun şekilde amaçsal yorumlanmalıdır.
- Bu kapsamda kılavuzlar ve değerlendirme ölçütleri, standartların karşılama düzeylerinin belirlenmesinde bağlayıcı niteliktedir.

Standartların Boyut ve Bölümleri

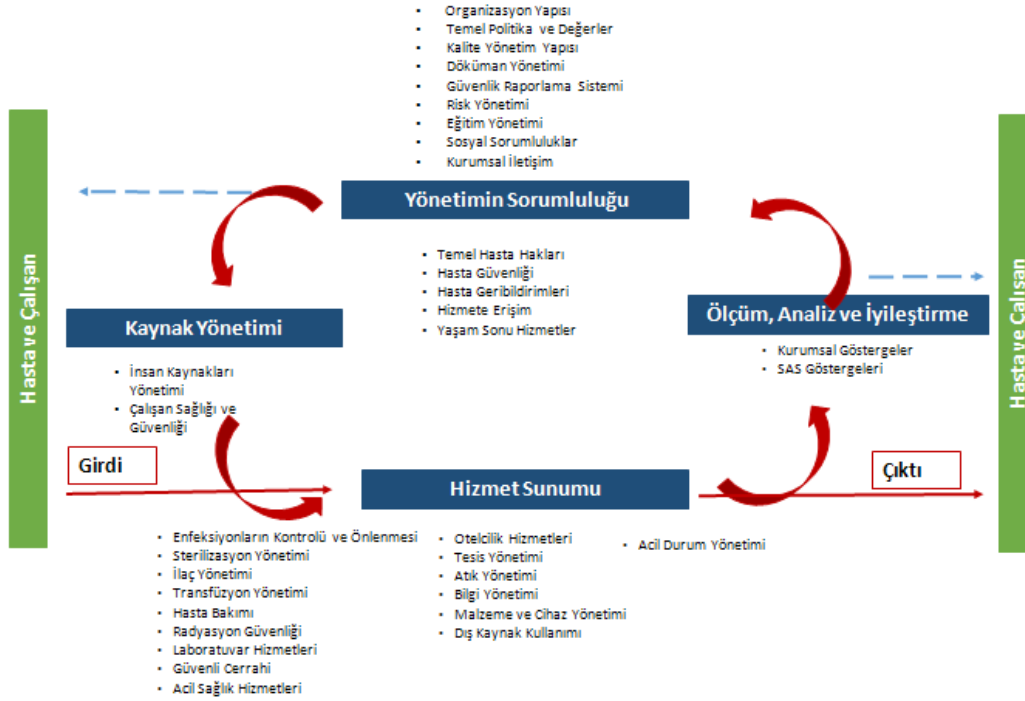
Boyutlandırma Metodolojisinin Felsefesi

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Setinin bütüncül yapısı, sürekli iyileştirmeye odaklı bir kalite yönetim sisteminin tüm parametrelerini içerecek şekilde tasarlanmıştır. Standartlar, hasta ve çalışan gereksinimlerinin temel girdiler olarak ele alındığı, tüm hizmet süreçlerine ilişkin hastane yönetiminin sorumluluğunda planlandığı, kaynakların etkin yönetildiği, hizmet sunum süreçlerine ilişkin ölçüm, analiz ve iyileştirme çalışmalarının yürütüldüğü ve bu sayede hasta ve çalışan güvenliği ile memnuniyetin temel çıktılar olarak ele alındığı bir felsefeye dayanmaktadır. (Şekil 1, Şekil 2)

Şekil 1: Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Teorik Çerçeve



Şekil2: Sağlıkta Akreditasyon Standartları-Hastane Bölümleri Sürekli İyileştirme Çerçevesi



Böyle bir yaklaşımla ele alınan sağlık hizmet sunumuna ilişkin tüm süreçler, boyut ve bölümler şeklinde bir yapı ile kullanıcılara sunulmaktadır. Boyutlar, hastanede sunulan sağlık hizmet süreçlerinin temel çerçevesini, bölümler ise ilgili boyut altında düşünülebilecek alt hizmet süreçlerini ifade edecek şekilde tasarlanmıştır.

Standartlar 7 boyutta ele alınmaktadır. Bu boyutlar; hastanelerde sunulan hizmetler, yönetim faaliyetleri ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak, hiçbir hizmet süreci açıkta bırakılmayacak şekilde belirlenmiştir. Yönetim ve organizasyon boyutu ile performans ölçümü ve kalite iyileştirme boyutları doğrudan hastane yönetimi ile ilgilidir. Çalışanlar için sağlıklı çalışma ortamı oluşturulmasının öncelendiği, çalışanlara yönelik ayrı bir boyut oluşturulmuştur. Hastaların güvenliği ve memnuniyetini artırmaya yönelik çalışmalar ile hastanede temel hasta haklarının uygulanması çalışmaları ayrı bir boyutta ele alınmıştır. Hastanede verilen hizmetler göz önünde bulundurularak Sağlık Hizmetleri ve Destek Hizmetleri bölümleri hazırlanmış, gelişebilecek acil durumlara karşı tedbir almak ve süreci daha hızlı ve güvenli bir şekilde yönetebilmek amacı ile Acil Durum Yönetimi Boyutu oluşturulmuştur.

Boyutların Genel Amaçları ve Kapsamı

1.Boyut: Yönetim ve Organizasyon

Bu boyutta yer alan standartlarla;

- Hastane işleyişinde süreklilik sağlanarak çalışma faaliyetlerini sistemli bir şekilde yürütecek bir yönetim yapısı oluşturmak
- Üst yönetim ve tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kurum kalite yönetim yapılanması meydana getirmek amaçlanmıştır.

Bu amaca ulaşmak için;

- Hastane organizasyon yapısının oluşturulması
- Temel politika ve değerlerin belirlenmesi
- Kalite yönetim yapısı oluşturulması
- Doküman yönetiminin sağlanması
- Güvenlik raporlama sistemi kurulması
- Risk yönetimi ve Eğitim yönetiminin sağlanması ve
- Kurumsal iletişimin sağlanmasına yönelik standartlara yer verilmiştir.

2.Boyut: Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme

Bu boyutta yer alan standartlarla;

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

Bu amaca ulaşmak için;

- Kurumsal olarak belirlenen göstergeler ile
- Sağlıkta Akreditasyon Standartları göstergelerinin kullanılmasına yönelik standartlara yer verilmiştir.

3.Boyut: Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Bu boyutta yer alan standartlarla;

- Kaliteli sağlık hizmet sunumu için çalışanların sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmaları ve hastane organizasyonlarına çalışan perspektifinden bakılması amaçlanmıştır.

Bu amaca ulaşmak için;

- İnsan kaynakları yönetimine yönelik bir yapı oluşturulması
- Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörlere yönelik önlem alınması ve
- Çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekliliklerin belirlenmesine yönelik standartlara yer verilmiştir.

4.Boyut: Hasta Deneyimi Boyutu:

Bu boyutta yer alan standartlarla;

- Temel hasta haklarının, hasta güvenliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanması hedeflerine yönelik olarak, hizmetlere hasta perspektifinden bakılması amaçlanmıştır.

Bu amaca ulaşmak için;

- Hastanenin sunduğu hizmetlerin, hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek,
- Hizmetlere zamanında ulaşılmasını ve hasta konforunun teminini sağlayacak ve
- Hasta güvenliğini güvence altına alacak şekilde düzenlenmesini sağlayacak standartlara yer verilmiştir.

5.Boyut: Sağlık Hizmetleri Yönetimi Boyutu:

Bu boyutta yer alan standartlarla;

- Hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerin SAS hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amaçlanmıştır.

Bu amaca ulaşmak için;

- Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi
- Sterilizasyon Hizmetleri
- İlaç Yönetimi
- Transfüzyon Yönetimi
- Radyasyon Güvenliği
- Hasta Bakımı
- Laboratuvar Hizmetleri
- Güvenli Cerrahi ve
- Acil Sağlık Hizmetlerine yönelik standartlara yer verilmiştir.

6.Boyut: Destek Hizmetleri Yönetimi Boyutu:

Bu boyutta yer alan standartlarla;

- Tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amaçlanmıştır.

Bu amaca ulaşmak için;

- Otelcilik hizmetlerine yönelik çalışmalar yürütülmesi
- Tesis Yönetimi
- Atık Yönetimi
- Bilgi Yönetimi
- Malzeme ve Cihaz Yönetimi ve
- Dış Kaynak Kullanımına yönelik standartlara yer verilmiştir.

7.Boyut: Acil Durum Yönetimi Boyutu:

Bu boyutta yer alan standartlarla;

- Hastanede karşılaşılabilecek deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama vb. acil durumlar
- Bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eylemi
- Solunum veya kardiyak arrest olayları
- Çalışanların şiddete uğraması durumlarında en hızlı ve en etkin şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlike ve zararların önlenmesine yönelik standartlara yer verilmiştir.

Standartların Kodlama Sistematığı

Kullanıcılar arasında standartlara ilişkin dil birliği sağlamak amacıyla bir kodlama sistematığı kullanılmıştır. Buna göre her bir standart kendisine ait standart kodu ile anılmaktadır. Bir standart kodu 4 kısımdan oluşur;

- İlk iki kısım harflerden, son iki kısım rakamlardan oluşur.
- Harf kullanılan kısımlar iki harften oluşmakta olup, ilgili boyut ve bölümün kısaltması şeklindedir.
 - Son iki kısımdaki rakamlar (3. ve 4. kısım) iki basamaklı bir sayıdan oluşur
 - Üçüncü kısım bölümdeki standart numarasını ifade eder.
 - Dördüncü kısım standardın değerlendirme ölçütü numarasını ifade eder.
 - Dördüncü kısımdaki “00” standardın kendisini, “01”den başlayan numaralar değerlendirme ölçütlerinin sıralamasını ifade eder. Aşağıdaki şekilde standartların kodlama sistematığına ilişkin bir örnek yer almaktadır.

Şekil 3: Standart Kodlama Sistematığı Örneği

Boyutlar		Kodları		1.Kısım	2.Kısım	3.Kısım	4.Kısım
				Boyut Kodu	Bölüm Kodu	Standart Numarası	DÖ.Sıra Numarası
Yönetim ve Organizasyon	YO	PO	PO				
Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirilmesi	PÖ	PO	PO				
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SC	SC	SC				
Hasta Deneyimi	HD	HD	HD				
Sağlık Hizmetleri	SH	SH	SH				
Destek Hizmetleri	DH	DH	DH				
Acil Durum Yönetimi	AD	AD	AD				

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	PÖ.KG	Kurumsal Göstergeler/Yerel Göstergeler	SH.EK	Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi
YO.OY	Organizasyon Yapısı	PÖ.SG	SAS Göstergeleri	SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi
YO.PD	Temel Politika ve Değerler			SH.IY	İlaç Yönetimi
YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı	SC.IK	İnsan Kaynakları Yönetimi	SH.TY	Transfüzyon Yönetimi
YO.OY	Doküman Yönetimi	SC.CG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SH.HB	Hasta Bakımı
YO.GR	Güvenlik Raporlama Sistemi			SH.RG	Radyasyon Güvenliği
YO.RY	Risk Yönetimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları	SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri
YO.EY	Eğitim Yönetimi	HD.HG	Hasta Güvenliği	SH.GC	Güvenli Cerrahi
YO.SS	Sosyal Sorumluluklar	HD.GB	Hasta Geribildirimleri	SH.AS	Acil Sağlık Hizmetleri
YO.KI	Kurumsal İletişim	HD.HE	Hizmete Erişim	DH.OH	Onkolojik Hizmetler
		HD.YS	Yaşam Sonu Hizmetler	DH.TY	Teşhis Yönetimi
				DH.AY	Atık Yönetimi
				DH.BY	Bilgi Yönetimi
				DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
				DH.KK	Diğer Kaynak Kullanımı

Örnek Standart Kodu: YO.OY.01.00

Örnek Değerlendirme Ölçütü Kodu: YO.OY.01.01

Standartlar

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hastane Seti aşağıda yer alan 59 adet standarttan oluşmaktadır.

Tablo 1: Hastaneler için Sağlıkta Akreditasyon Standartları

Standart 1	: Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.
Standart 2	: Hastane, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
Standart 3	: Hastanenin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.
Standart 4	: Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.
Standart 5	: Hastanede doküman yönetim sistemi bulunmalıdır.
Standart 6	: Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.
Standart 7	: Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.
Standart 8	: Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.
Standart 9	: Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.
Standart 10	: Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.
Standart 11	: İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.
Standart 12	: Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile SAS Göstergeleri izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
Standart 13	: İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
Standart 14	: Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.
Standart 15	: Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörlere yönelik önlem alınmalı, çalışma yaşamının geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.

- 
- Standart 16** : Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek şekilde düzenlenmelidir.
- Standart 17** : Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözetecek şekilde düzenlenmelidir.
- Standart 18** : Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.
- Standart 19** : Hastanın hizmetlere zamanında ve hasta konforunu sağlayacak şekilde ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.
- Standart 20** : Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetler tanımlanmalıdır.
- Standart 21** : Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
- Standart 22** : Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.
- Standart 23** : Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.
- Standart 24** : Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.
- Standart 25** : Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, bağışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- Standart 26** : Kan ve kan ürünlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.
- Standart 27** : Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.
- Standart 28** : Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.
- Standart 29** : Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.
- Standart 30** : Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.
- Standart 31** : Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.
- Standart 32** : Özellikle hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.
- Standart 33** : Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- Standart 34** : Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.
- Standart 35** : Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.
- Standart 36** : Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
- Standart 37** : Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

- 
- Standart 38** : Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
- Standart 39** : Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.
- Standart 40** : Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.
- Standart 41** : Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.
- Standart 42** : Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.
- Standart 43** : Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.
- Standart 44** : Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.
- Standart 45** : Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için hastanenin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.
- Standart 46** : Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
- Standart 47** : Hastanede çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.
- Standart 48** : Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.
- Standart 49** : Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.
- Standart 50** : Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.
- Standart 51** : Hastanede üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.
- Standart 52** : Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.
- Standart 53** : Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.
- Standart 54** : Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin hastanenin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.
- Standart 55** : Doğal afetler ya da acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.
- Standart 56** : Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.
- Standart 57** : Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.
- Standart 58** : Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.
- Standart 59** : Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.



2.Bölüm Standart Uygulama Yöntemi

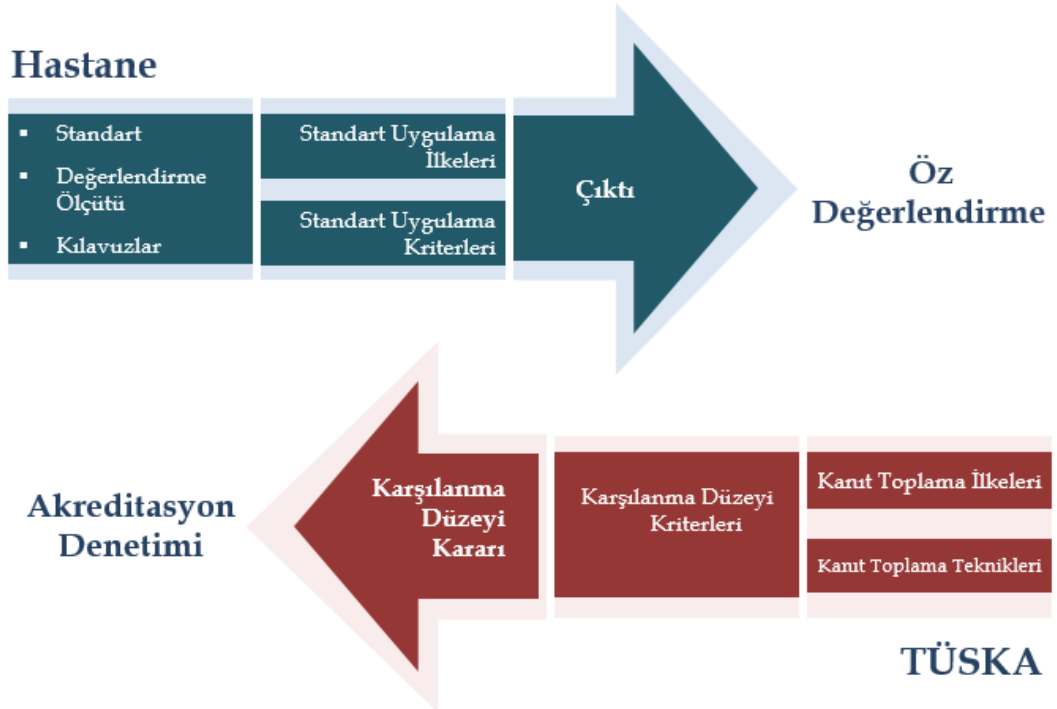
Standart Uygulama Yöntemi

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının uygulanması, hastane ve TÜSKA perspektifinden olmak üzere iki aşamalı bir bakış açısı gerektirir. Hastane perspektifinden bakış, her bir standardın standart uygulama yöntemi ilkeleri doğrultusunda uygulanarak kanıta dayalı çıktılar elde edilmesi, TÜSKA perspektifinden bakış ise akreditasyon denetim yöntemi kapsamında standardın uygunluk/uygunsuzluk durumuna ilişkin kanıtlar toplanması ve bunun sonucunda standardın karşılanma düzeyi kararının belirlenmesi ile ilgilidir. **Bir akreditasyon denetimi sürecinde, standartların bu iki pencereden birlikte bakılarak uygulanması kuruma akreditasyonu elde etme başarısı kazandıracak temel anahtardır.**

Standartları uygulamakla görevli kişilerin temel amacı standardın istediği gereklilikleri tam olarak analiz edip, tüm gereklilikleri yerine getirecek şekilde, kanıta dayalı uygulamalar gerçekleştirmek olmalıdır. Standarda ilişkin kanıtlar, standardın uygun ya da uygunsuz olduğunu belirleyecek temel göstergeler olacaktır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının hastane tarafından uygulanması ve TÜSKA tarafından denetlenmesine ilişkin süreçler aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulama ve Puanlama Sistematiği



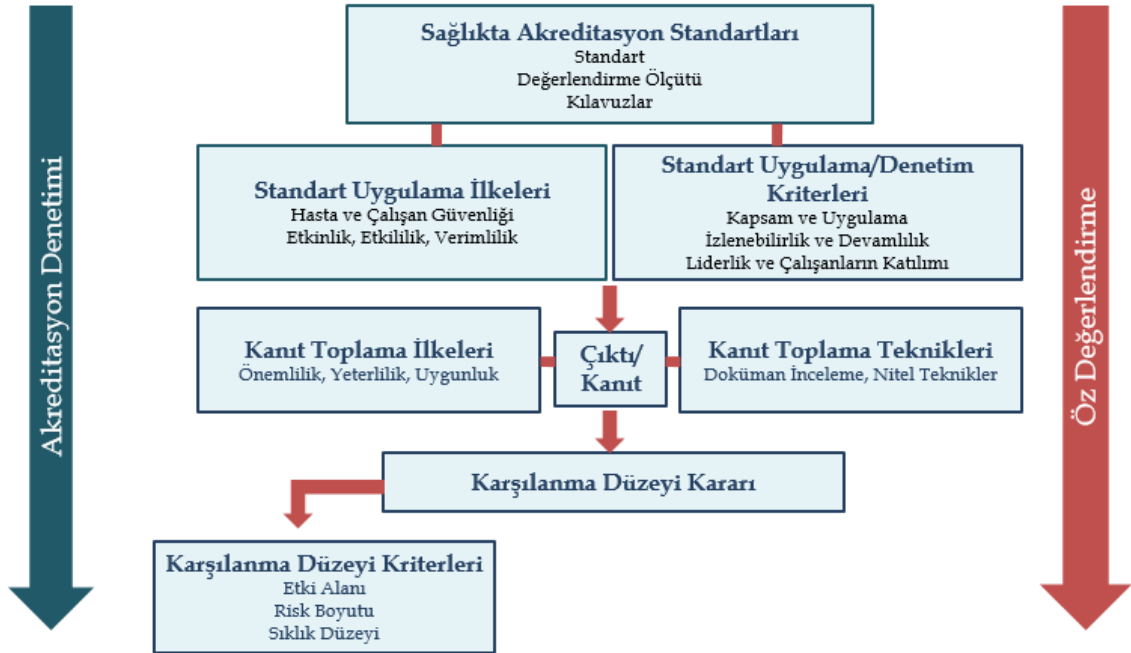
Buna göre, standartlar hastane tarafından, standart uygulama ilkeleri ve standart uygulama kriterleri çerçevesinde doğru olarak uygulanarak standardın tüm gereklilikleri yerine getirilmeye çalışılır ve buna ilişkin çıktılar elde edilir. Elde edilen çıktılar ile akreditasyona yönelik öz değerlendirme yapılır.

Akreditasyon denetim sürecinde ise standartların karşılanma düzeyi kararının belirlenmesi öz değerlendirme sürecine benzer şekilde, standartların uygulanma durumunu gösteren çıktılar (kanıtlar) üzerinden yapılmaktadır. Standartlara ilişkin, kanıt toplama ilkeleri ve kanıt toplama teknikleri kullanılarak karşılanma düzeyi kriterleri doğrultusunda karşılanma düzeyi kararı belirlenir.

Kurumlarında sağlıkta akreditasyon standartlarını uygulamakla görevli kişilerin standartlara yönelik öz değerlendirmelerini, akreditasyon denetim yöntemi için de esas olan teknik ve ilkeler doğrultusunda yapmaları, akreditasyonun başarısı için önemli bir anahtardır.

Standartların uygulama yöntemine ilişkin süreç adımları aşağıda belirtilmektedir. Standartların uygulanmasına yönelik adımlar kurumları akreditasyona hazırlaması bakımından akreditasyon denetim yöntemi ile benzerlik göstermektedir. Süreç adımlarına yönelik gerçekleştirilecek etkin uygulamalar kurumun akreditasyon denetimine hazırlanmasında önemli rol oynar.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulama Yöntemi



Standartlar

Standartlar, değerlendirme ölçütleri ve ilgili kılavuzlar (amaç, hedefler ve standart gereklilikleri) birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve hiçbir unsur açıkta kalmayacak şekilde tam olarak uygulanmalı, standardın hedefine uygun şekilde amaçsal olarak yorumlanmalıdır.

Standart Uygulama İlkeleri

Standartlar aşağıda belirtilen uygulama ilkeleri esas alınarak uygulanır.

- Etkinlik, Etkililik ve Verimlilik
- Hasta ve Çalışan Güvenliği

Bu ilkelerin her biri aşağıda belirtildiği şekilde tanımlanmaktadır;

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.

Güvenlik: Hasta ve çalışanların, zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.

Bir standart uygulanırken, hasta ve çalışanların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutacak şekilde, standardın hedefine uygun, doğru ve en az kaynak kullanımı ile uygulama yapmak temel ilke olmalıdır.

Standart Uygulama Kriterleri

Standartlar, standardın amaç ve hedefleri doğrultusunda “Standart Uygulama Kriterleri ”ne göre uygulanır. Sağlıkta Akreditasyon Standartları boyut ve bölümleri itibari ile hastanenin tüm hizmet alanlarını ve süreçlerini kapsamaktadır. Standartlar/değerlendirme ölçütleri sağlık kuruluşunda ilgili hizmetin verildiği tüm hizmet alanlarında ve süreçlerde uygulanır.

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



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

Çıktılar/Kanıtlar

Yukarıda belirtilen ilke ve kriterler doğrultusunda gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda standarda ilişkin çıktılar elde edilir. Bu çıktılar öz değerlendirme sürecinde standardın karşılanma düzeyinin belirlenmesini sağlayacak her türlü bilgi ve belge niteliğindeki kanıtlardır.

Öz Değerlendirme Süreci

Öz değerlendirme, temel olarak hastane kalite yönetim ekibinin sorumluluğunda, sağlıkta akreditasyon standartlarına yönelik yapılan değerlendirme faaliyeti olarak tanımlanır.

Öz değerlendirme süreci, “Standart Uygulama Yöntemi” kullanılarak, standart/değerlendirme ölçütleri ile ilgili olarak belirtilen “Standart Uygulama Kriterleri ve İlkeleri” doğrultusunda, “Kanıt Toplama İlkeleri ve Teknikleri” temel alınarak, standart/değerlendirme ölçütünün “Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi” aşamalarından oluşur.

Standardın amaç ve hedefleri doğrultusunda “Standart Uygulama Kriterleri”ne göre standarda ait değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyleri toplanan kanıtlar kapsamında belirlenir. Sağlıkta Akreditasyon Standartları boyut ve bölümleri itibari ile denetlenen kurumun tüm hizmet alanlarını ve süreçlerini kapsamaktadır. Standartlar/değerlendirme ölçütleri Standart Uygulama Kriterlerine göre kurumda ilgili hizmetin verildiği tüm hizmet alanlarında ve süreçlerde aranır.



Öz değerlendirmenin bütüncül bir bakış açısıyla yapılmasını sağlarken aynı zamanda kalite kültürünü geliştiren ve teşvik eden bir denetim nosyonu oluşturulmalıdır.

Kanıt Toplama

Öz değerlendirme kanıtı, değerlendirme ekibinin standarda ilişkin görüşünü oluşturmak için kullandığı bütün bilgi ve belgelerdir. Kanıtlar değerlendirmenin esasını oluşturur ve öz değerlendirme süreci özetle kanıt toplama ve değerlendirme süreci olarak tanımlanabilir.

Kanıt Toplama İlkeleri

Standartlara ilişkin kanıtlar, standart/değerlendirme ölçütü amaç ve hedefleri kapsamında *Önemlilik*, *Yeterlilik* ve *Uygunluk* ilkeleri dikkate alınarak toplanır. Öz değerlendirme ekibi, kanıtların önemliliğine, yeterliliğine ve uygunluğuna ilişkin karar alma aşamasında; kurumun yapısını, uygulanan kanıt toplama yöntemini ve elde edilen kanıtın niteliğini, değerlendirme konusunun önemliliğini, değerlendirme risklerini ve değerlendirme süreci boyunca ortaya çıkan kurumun bilgi sisteminin kalitesi, iç kontrol sisteminin etkinliği, yöneticilerin dürüstlüğü gibi diğer etmenleri değerlendirerek sonuca varacaktır. Önemli, yeterli ve uygun kanıt neyin oluşturduğuna ilişkin kararlar, değerlendirme ekibinin kanaatine bırakılmaktadır.

Önemlilik

Öz değerlendirme ekibi, önemlilik düzeyi yüksek hususlara ilişkin daha fazla kanıt inceler. Önemli ve riskli kalemler için çok sayıda kanıt incelemesi, yapılacak öz değerlendirme sonucu ulaşılabilecek yargı ve sonuçların doğruluğu açısından önem arz eder.

Yeterlilik

Yeterlilik, standart/değerlendirme ölçütünün karşılanma düzeyi hakkında verilecek karar için, kanıtın nitelik ve nicelik olarak karşılama düzeyidir. Değerlendirme görüşü oluşturmak için gerekli kanıt miktarı, elde edilen kanıtların uygunluğu/kalitesi ve değerlendirilen hususa ilişkin önemli bir yanlışlık yapılması riskinden etkilenir. Değerlendirme riski arttıkça toplanacak değerlendirme kanıtı miktarı da artırılmalıdır. Değerlendirme kanıtlarının uygunluğunun artması öz değerlendirme ekibi açısından daha az kanıtlarla değerlendirme görüşü oluşturulabileceğini ifade eder. Ancak daha fazla değerlendirme kanıtı toplamak değerlendirme kanıtının düşük kalitesini telafi etmez.

Uygunluk

Uygunluk, öz değerlendirme kanıtının kalitesinin ölçümüdür. Bir başka deyişle öz değerlendirme kanıtının uygunluğu; kanıtın güvenilirliği ve ilgili olmasıdır.

- a. **Güvenilirlik:** Kanıtın öz değerlendirme ekibi tarafından kabul edilebilirliğidir.
 - Etkin bir iç kontrol sistemi güvenilir kanıtlar sağlar.
 - Doğrudan somut bir şekilde sunulan kanıtlar, dolaylı ve çıkarımlar yoluyla elde edilen kanıtlardan daha güvenilirdir.
 - Değerlendirme kanıtları belge şeklinde mevcut olduğu zaman daha güvenilirdir.
 - Orijinal belgeler, fotokopi ve faks yoluyla elde edilen kanıtlardan daha güvenilirdir.
- b. **İlgililik:** Standart/değerlendirme ölçütüne ilişkin öz değerlendirme amacıyla ilişkilendirme, yani değerlendirme görüşüne etki edebilme derecesini ifade eder. Öz değerlendirme ekibinin elde ettiği değerlendirme kanıtının, standart/değerlendirme ölçütü hakkında oluşturacak görüşü etkileme özelliğidir. Değerlendirme kanıtı ile değerlendirme amacı arasında kurulan anlamlı ve mantıklı ilişkidir. Değerlendirme kanıtı standart/değerlendirme ölçütüne ilişkin yönetim iddialarının ve/veya kurum süreç ve uygulamalarının doğruluğu veya yanlışlığını kanıtlayabilen bir nitelik taşımalıdır.

Kanıt Toplama Teknikleri

Kanıtlar, standardın/değerlendirme ölçütünün karşılanıp karşılanmadığı ile ilgili her türlü bilgiler olup öz değerlendirme esnasında ilgili çalışanlar tarafından sunulan dokümanların incelenmesi ile gözlem, görüşme vb. teknikler kullanılarak toplanır. Kanıt toplama teknikleri; doküman inceleme ve nitel teknikler olarak sınıflandırılmaktadır. Öz değerlendirmenin konusu bunlardan sadece biri ya da her ikisi ile birlikte elde edilen kanıtları içerebilir. Öz değerlendirme kanaati yani standartların/değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi bu aşamanın doğru ve eksiksiz yapılması ile yakından ilişkilidir.

Doküman İnceleme

Öz değerlendirme sürecinde kurum yönetimi ve yetkilileri tarafından onaylanmış elektronik ve/veya fiziksel her türlü doküman (plan, program, prosedür, rehber, form, liste, tutanak, belge vb.), kayıtlar gibi fiziki ve/veya elektronik ortamdan somut olarak elde edilebilecek kanıtlardır. Buradan elde



edilen kanıtlar genel olarak kurumun sisteminin nasıl tasarlandığını yansıtmaktadır. Kanıt toplama ilkeleri kapsamında öz değerlendirme ekibi bu kanıtları elde etmelidir. Standart/değerlendirme ölçütü ile ilgili elde edilen bu kanıtlar, eğer denetim konusu uygulama süreçleri ile ilişkiliyse mutlaka diğer nitel tekniklerden elde edilecek bulgular ile bütünleştirilerek değerlendirilmelidir.

Nitel Teknikler

Standart/değerlendirme ölçütü öz değerlendirme konusu ile ilgili görüşme, mülakat, iz sürme, gözlem vb. tekniklerle yapılabilir. Bu tekniklerin öz değerlendirmenin konusuna göre; geneli temsil etmesi, süreç bazlı olması, hizmet sunanları ve alanları kapsamaması gerekmektedir. Sonuçta her bir nitel teknik kendi alt tekniklerini içerebilir (Odak görüşme, süreç bazlı gözlem, hasta veya sistem izi sürme gibi). Buradan elde edilen kanıtlar tasarlanan sistemin uygulamaya yansımaları gösterecektir.

İlgili standart/değerlendirme ölçütünün “Standart Uygulama Kriterleri” bakımından kapsamı ve kanıt toplama esasları dikkate alınarak gerekli kanıt toplama teknikleri ile elde edilen kanıtların; hastane genelini yansıtmaması, yeterli nitelik ve nicelikte toplanması, ilgili olanların süreç bazlı olarak hizmet alanları ve sunanları kapsamaması gerekmektedir.

Karşılama Düzeyi Kararının Belirlenmesi

Yukarıda belirtilen ilke ve kriterler doğrultusunda yapılacak bir öz değerlendirme sonucunda ulaşılması beklenen nihai sonuç standardın/değerlendirme ölçütünün karşılama düzeyine karar vermektir.

Standartların karşılama düzeyi aşağıdaki ilkeler doğrultusunda belirlenir;

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



Standartların/değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi kategorileri aşağıda tanımlandığı şekildedir;

- Karşılıyor (**K**): Uygunsuzluk yok ise ya da var olsa bile Karşılama Düzeyi Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucu karşılıyor kararı verilebilir.
- Kısmen Karşılıyor (**KK**): Tespit edilen uygunsuzluğun Karşılama Düzeyi Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirilmesi sonucu kısmen karşılıyor kararı verilebilir.
- Karşılanmıyor (**KM**): Tespit edilen uygunsuzluğun Karşılama Düzeyi Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirilmesi sonucu karşılanmıyor kararı verilebilir.

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

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

- Standart ve değerlendirme ölçütünün kapsam ve uygulanma düzeyi
- Standart ve değerlendirme ölçütünün uygulamada izlenebilirlik ve devamlılık düzeyi
- Standart ve değerlendirme ölçütü ile ilgili hususlara yöneticilerin liderliği ve çalışanların katılım düzeyi kriterleri arasından uygun ve ilişkili olanlara göre değerlendirme yapılır.

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

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

Karşılama düzeyi kriterleri şunlardır;

- Sıklık Düzeyi
- Etki Alanı
- Risk Boyutu



Sıklık Düzeyi
Değerlendirilen örneklem bağlamında incelendiğinde, standarda/değerlendirme ölçütüne ilişkin uygunsuzluğun örneklem içindeki sıklığıdır. Uygunsuzluğun değerlendirilen örneklem içindeki sıklığı; ■ Uygunsuzluk yok ya da nadir ise (Seçilen örneklemde % 5 ve altında): AZ ■ Az sıklıkta ise (Seçilen örneklemde % 6-15 arasında ise): ORTA ■ Çok sık ise (Seçilen örneklemde % 16 ve üzerinde ise): YÜKSEK

Etki Alanı
Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların, bireysel ya da kısıtlı bir alanda mı sınırlı olduğu, yoksa kurumsal ve sistemsel düzeyde mi etkili olduğunun belirlenmesini ifade eder. ■ Uygunsuzluk bireysel veya oldukça sınırlı alanda ise: BİREYSEL olarak belirlenir. ■ Bireysel uygunsuzluklar genellikle çalışanların dikkatsizliği, ihmalkârlığı, mesleklerinin gereklerini yerine getirmemeleri veya başka bir dış faktörden kaynaklanan nedenlerle oluşur. Kurum ya da kuruluşun tasarladığı ve uyguladığı sistem dâhilinde yer almayan ve ayrıca kurum ya da kuruluşun sorumlu tutulamayacağı çalışan veya başka bir dış faktör kaynaklı konuları genellikle içerir. ■ Uygunsuzluk kurumsal veya sistemsel düzeyde etkili ise: SİSTEMSEL olarak belirlenir. ■ Kurum ya da kuruluş tarafından tasarlanan sistemin organizasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ile ilgili uygunsuzluklar bu kapsamda değerlendirilir.

Risk Boyutu
Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların hasta ve çalışan güvenliği ile ilişkisini ifade etmektedir. Burada güvenlikle ilgili doğrudan olan uygunsuzluklar dikkate alınır ancak olumsuzluğun en yüksek potansiyeli göz önünde bulundurulur. ■ Hasta ve çalışan güvenliği açısından olumsuzluk yok/çok az (en çok ayakta tedavi edilebilecek olumsuzluklar) ise: AZ ■ Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından kısmen olumsuz (ölümcül ya da ciddi olmayan, kronik olumsuzluklara yol açmayacak olumsuzluklar) ise: ORTA ■ Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından çok olumsuz (kronik, sekel bırakan, ciddi, ölümcül nitelikte olabilecek olumsuzluklar) ise: YÜKSEK

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

Değerlendirme Ölçütü
Karşılama Düzeyi Kriterleri Matrisi

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

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

Standart Karşılanma Düzeyi Kararı

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

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

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

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

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

Akreditasyon Denetim Yöntemi

Akredite olmak amacıyla, sağlıkta akreditasyon standartlarına yönelik çalışmalar yürüten hastanelerin TÜSKA Hastane Akreditasyon Programına başvurması halinde yapacakları öz değerlendirmeleri sonucunda standartların en az %85 oranında karşılanması durumunda hastaneye akreditasyon denetimi planlanır.

Akreditasyon denetiminin amacı, akreditasyon standartlarına yönelik uygunluk/uygunsuzlukların kanıta dayalı olarak belirlenmesi ve bunun sonucunda standart/değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyinin belirlenmesidir.

Akreditasyon Denetim Yöntemi, hastanelerce uygulanan öz değerlendirme sürecine benzer şekilde; ilgili standart/değerlendirme ölçütleri ile ilgili olarak belirtilen Denetim Kriterleri ile Denetim İlkelerine göre Kanıt Toplama ve ardından standart/değerlendirme ölçütü Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi aşamalarından oluşmaktadır.

- Standartlar yukarıda belirtilen çerçevede hem hastane öz değerlendirme hem akreditasyon denetim süreçleri bakış açısıyla uygulanarak, standart uygulama ilkeleri çerçevesinde ve standart uygulama kriterlerine uygun kanıtlar oluşturacak şekilde çıktılar elde edilir.
- Elde edilen çıktılara yönelik, belirtilen kanıt toplama ilkeleri ve kanıt toplama teknikleri temel alınarak ve karşılanma düzeyi kriterleri doğrultusunda öz değerlendirme yapılarak karşılanma düzeyi kararı belirlenir.
- Akreditasyon denetim yönteminde öz değerlendirme süreçleri kapsamında belirtilen esaslar ile aynı doğrultusunda uygulamalar yürütülecektir. Bu açıdan standart uygulama yöntemi doğrultusunda



gerçekleştirilecek uygulamaların belirtilen karşılanma düzeyi teknikleri kullanılarak ve karşılanma düzeyi kriterleri ve ilkeleri dikkate alınarak yapılması akreditasyon başarısı için önemli bir anahtardır.

Standartların Uygulanmasına İlişkin İstisnai Durumlar

Aşağıda belirtilen bazı istisnai durumlarda, hastanelerde standart/değerlendirme ölçütü/standart gerekliliğinin uygulanması mümkün olmayabilir. Böyle durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da standart gerekliliği akreditasyon denetimi dışında tutulabilir. Bu karar TÜSKA tarafından verilir.

Standartların uygulanmasına ilişkin istisnai durumlar şunlardır;

- Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da standart gerekliliklerine yönelik, **hastanede müstakil hizmetin verilmemesi**
- Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü, standart gereklilikleri ya da göstergenin, **hastanenin hizmet alanı kapsamına girmemesi**
- Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü, standart gereklilikleri ya da göstergenin, **mevzuat gereği hastanede uygulanamıyor olması**
 - Ör. İlgili mevzuat gereği dal hastaneleri ve 1. seviye acil servislerde triyaj uygulamasının zorunlu olmaması
- Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü, standart gereklilikleri ya da göstergenin, **hastanenin türü gereği uygulanamıyor olması**
 - Ör. Ceza İnfaz Kurumları Hastanelerinde hizmet sunulan hasta profilinin engel olduğu durumlar
- Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü, standart gereklilikleri ya da gösterge ile ilgili olarak, standardın ya da göstergenin amacını tam olarak yerine getirmek kaydıyla, **yenilikçi ve farklı bir uygulama bulunuyor olması** durumları söz konusu olduğunda, ilgili standart, değerlendirme ölçütü, standart gereklilikleri ya da göstergeden muafiyet sağlanabilir.

Not: İlgili bölüm/standart, değerlendirme ölçütü ve/veya göstergeden muafiyet söz konusu olduğu durumlarda, muafiyet nedeni tam, detaylı ve anlaşılır şekilde öz değerlendirme raporu ve denetim raporlarında belirtilir.

Standartları Uygulamaya Başlamak İçin Bir Yol Haritası

Standartları uygulamaya başlarken aşağıdaki şekilde bir çalışma yöntemi benimsenmesi kolaylaştırıcı olabilir.

1.Adım

Standartların uygulanması yalnızca bir kişinin ya da yalnızca kalite yönetim birimlerinin sorumluluğuna bırakılamaz. Bu nedenle öncelikle standartları uygulayacak çalışma ekipleri oluşturulabilir. Bu amaçla;

- ✓ Standartların boyutlar bazında çalışma ekipleri oluşturulabilir.
- ✓ Bölüm bazlı çalışma ekipleri oluşturulabilir.
- ✓ Konu bazlı çalışma ekipleri oluşturulabilir.

2.Adım

Standartları uygulayacak çalışma ekipleri standartlara ilişkin mevcut durum analizi yapabilir. Bu analizi yaparken her bir standarda ilişkin aşağıdaki sorulara cevap arayabilir;

1. Doküman;
 - a. Standarda ilişkin hangi dokümanlar mevcut?
 - b. Standarda ilişkin hangi dokümanların hazırlanması gerekiyor?
2. Eğitim;
 - a. Standarda ilişkin çalışanlara hangi eğitimler verildi?
 - b. Standarda ilişkin çalışanlara hangi eğitimlerin verilmesi gerekiyor?
3. Süreç İyileştirme;
 - a. Standardın uygulamasına ilişkin süreçlerin iyileştirilmesi gerekiyor mu?
 - b. Standarda ilişkin hangi süreçlerin iyileştirilmesi gerekiyor?
4. Fiziksel Düzenleme (bina, personel, teknoloji, teçhizat vb)
 - a. Standarda ilişkin fiziksel düzenleme yapılması gerekiyor mu?
 - b. Standarda ilişkin hangi fiziksel düzenlemelerin yapılması gerekiyor?

3.Adım

Yapılan mevcut durum analizi doğrultusunda standartların uygulanmasına yönelik gerekli kaynaklara ilişkin (insan, malzeme vb.) ihtiyaçlar belirlenir.

4.Adım

Belirlenen ihtiyaçlar temin edilerek, yukarıda belirlenen doğrultuda, standartları tam karşılayacak uygulamalar gerçekleştirilir.



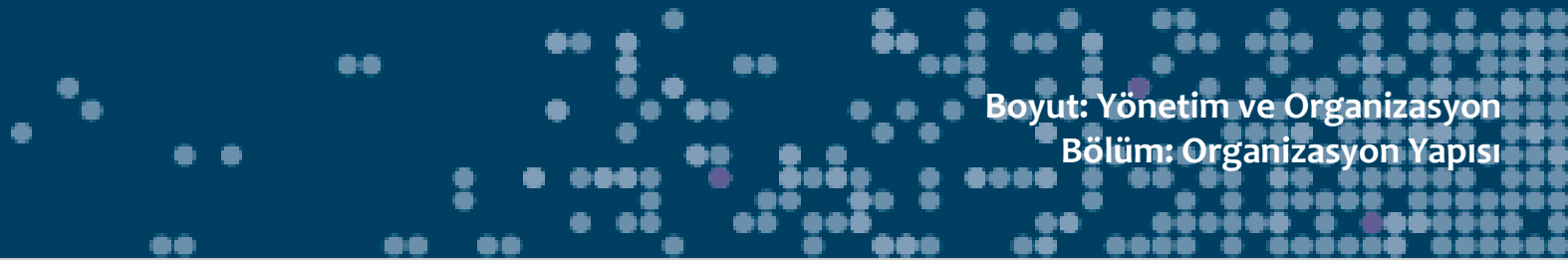
3.Bölüm Standartların Uygulanması



Standart 1

Hastane Organizasyon Yapısının Oluşturulması

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Organizasyon Yapısı





Standart 1: Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.

YO.OY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak bir organizasyon yapısının oluşturulması kapsamında,

- ✓ Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkilerin tanımlanmasını,
- ✓ Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanmasını,
- ✓ Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmesini,
- ✓ Organizasyon yapısı esas alınarak belirlenen sorumluluk alanlarında politika, prosedür, süreç ve planların uygulanmasının sağlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Kurum tarafından planlanan hedeflere ulaşılmasını, işleri doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılmasını, hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını ve sunulan hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası da devamlılığını sağlayacak şekilde bir hizmet sunumu ortamı sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

YO. OY.01.01

Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanenin büyüklüğüne ve hizmet çeşidine göre işlevsel, bölümsel veya varsa matriks organizasyon yapılarını gösteren bir organizasyon şeması hazırlanır.
 - Organizasyon şemasının yayın tarihi ile (varsa) organizasyon yapısındaki değişikliklerin organizasyon şemasına yansıtılıp yansıtılmadığına dair revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
 - Organizasyon yapısını gösteren şemalar üst yönetim tarafından onaylanmalı, çalışanlar organizasyon şeması hakkında bilgilendirilmelidir.
 - Organizasyon şeması üst yönetim ve çalışanların katılımı ile hazırlanmalıdır.

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Organizasyon şemasında iletişim ve ilişki yolları farklı görsel öğelerle/şekillerle ifade edilmelidir. Yetki devri yolları görev tanımları veya görevlendirme yazıları üzerinde ifade edilebilir.*
- *Organizasyon şeması için asgari gerekliliklerin şemaya yansıtılıp onaylanarak kurumda yürürlüğe girmesi gerekir. Bu kapsamda oluşturulan şema ile tüm kurum çalışanları haberdar edilmeli ve gereklilikleri benimseyerek şemadaki rolleri hakkında doküman bazında yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.*

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



Bu değerlendirme ölçütü hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanedeki tüm çalışanların görev tanımları hazırlanmalıdır.
- Görev tanımlarının içerikleri gereklilikte bahsedilen asgari şartları sağlamalıdır.
- Görev tanımlarının doküman formatı doküman yönetimi kurallarına uygun hazırlanmalıdır.
- Görev tanımları ilgili çalışanlar tarafından biliniyor ve içselleştirilmiş olmalıdır.
- Görev tanımlarının üst yönetim tarafından onaylanıp onaylanmadığı ve kurum çalışanlarının görev tanımları hakkında nasıl bilgi sahibi oldukları (iç yazı, duyuru, eğitim vb.) dokümanlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.
- Yöneticiler çalışanların görev tanımları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.



YO.OY.01.03

Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.

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



Bu değerlendirme ölçütü hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Birim sorumlularının ve üst yöneticilerin atama, görevlendirme yazıları veya sözleşmeleri bulunmalıdır.
- Tüm yönetim kademelerinde görev yapanlar için üst, orta ve alt kademe yönetime ait görevlendirme/atama yazıları geçerli ve güncel olmalıdır.
- Görevlendirme yazıları yetkili veya üst yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.
- Bu görevlendirmelerin kurum geneline duyuruları sağlanmalıdır.
- Çalışan ve yöneticiler atama/görevlendirme yazıları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
- Görevlendirme yazılarının tarihi ile kişilerin göreve başlama tarihi uyumlu olmalıdır.



YO.OY.01.04

Organizasyon yapısı esas alınarak belirlenen sorumluluk alanlarında politika, prosedür, süreç ve planların uygulanması sağlanmalıdır.



*Bu değerlendirme ölçütü hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir.
Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.*

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanenin tüm süreçleri için oluşturulan politika, prosedür ve planlar tanımlandıkları şekilde uygulanıyor olmalıdır.
- Organizasyon yapısı kapsamındaki sorumluluk alanları için uygulamaya yönelik çıkarılan ve yürürlükte olan dokümanlarda üst yönetimin onayı bulunmalı ve ilgili çalışanlar kendileri ile ilgili dokümanlara ilişkin bilgilendirilmiş olmalıdır.
- Uygulamaya yönelik hazırlanan dokümanlarda belirtilen birim bazlı sorumluluklar ilgili sorumlular ve çalışanlarla görüşülerek uygulamaların nasıl ve ne düzeyde yapıldığı takip edilebilir.
- Uygulama alanlarında yapılacak gözlemler yoluyla dokümanlarda tanımlanan süreçlerin yerine getirilip getirilmediği izlenebilir.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

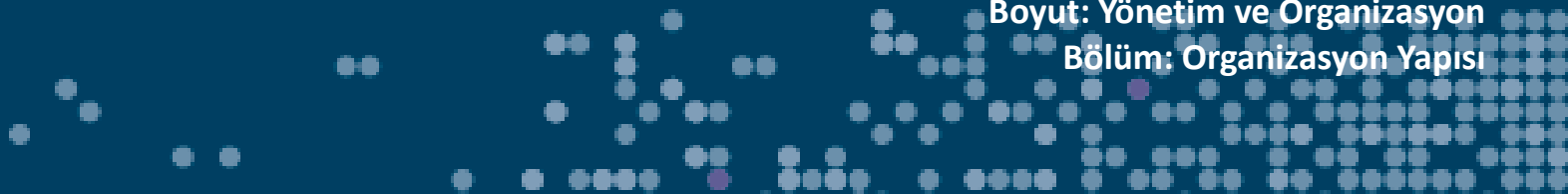
- T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, “Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge, 30.10.2012.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmi Gazete, Sayı:3359, 15.05.1987
- 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete, Sayı:28103, 02.11.2011



Standart 2

**Hastanenin Gerekli Tüm Yetki ve İzin
Belgelerine Sahip Olması**

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Organizasyon Yapısı





Standart 2:

Hastane, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.

YO.OY.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanenin, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olması kapsamında,

- Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olması,
- Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve
 - izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığının düzenli olarak gözden geçirilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Kurum tarafından planlanan hedeflere ulaşılmasını, kuruma işleri doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılmasını ve hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

YO.OY.02.01

Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.

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

Bu kapsamda; Hastane ve/veya hizmet alanı düzeyinde gerekli faaliyet izin belgesi, ruhsat vb. bulunmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlgili mevzuat gereği hastane ve hizmet alanı düzeyinde faaliyet izin belgesi ve ruhsatlandırılması gereken birimlerin bu kapsamdaki dokümanları hazırlanmalıdır.
- Yönetici ve çalışanlar hastane ruhsatı ve faaliyet belgeleri konusunda bilgi sahibi olmalıdır.
- Yeni faaliyete girecek birimler ya da sunulacak hizmetlerle ilgili yetki ve izin belgeleri edinilmeli, eskiler arşivlenmeli ve hizmetin devamlılığı aksatılmamalıdır.
- Yeni oluşturulacak birimler ve sunulacak hizmetlerle ilgili faaliyet izin belgesi, ruhsat gibi unsurlar ilgili birim sorumluları ile ortak hareket edilerek yönetimce temin edilmiş olmalıdır.
- Sunulacak tüm hizmetlerin, açılacak tüm birimlerin faaliyet ve izin belgelerinin sağlanmasında ilgili birim sorumlusunun sürece aktif katılımı sağlanmalıdır.



YO.OY.02.02

Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı düzenli olarak gözden geçirilmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Çalışanlar için gerekli belgeler (diploma, yetki belgesi ve sertifikalar) hastanenin hizmet alanlarında, güncel, geçerli ve geriye dönük izlenebilir olmalıdır.*
- *Diploma, yetki belgesi vb. olmayan personellerin hizmet sunumuna katılmaması, güncelliğini ya da geçerliğini yitiren belgelere sahip çalışanların sistem dışında bırakılması, bunun üst yönetim ve bölüm yöneticileri ile koordineli bir şekilde gerçekleştirmesi sağlanmalıdır.*

Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, “Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge, 30.10.2012.
- Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmi Gazete, Sayı:3359, 15.05.1987
- 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete, Sayı:28103, 02.11.2011



Standart 3

Temel Politika ve Değerlerin Tanımlanması

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Organizasyon Yapısı



Standart 3:

Hastanenin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.

YO.PD.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanenin temel politika ve etik değerlerinin tanımlanması kapsamında,

- Hastanenin misyon, vizyon ve etik değerlerinin açık ve anlaşılır şekilde belirlenmesini,
- Hastane, misyon, vizyon ve etik değerlerinin kamuoyu ile paylaşılmasını,
- Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedeflerin belirlenmesini,
- Bölüm amaç ve hedeflerinin, hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmasını,
- Hastanede kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlamasının, çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmasını,
- Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme yapılmasını,
- Hastanenin, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını düzenli olarak gözden geçirmesi ve değerlendirmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Kurum tarafından planlanan hedeflere ulaşılmasını, kuruma işleri doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılmasını ve hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

YO.PD.01.01

Hastanenin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.

İç ve dış çevresel koşulların analizi sonucunda elde edilen bilgiler ile hastanenin ulaşmayı hayal ettiği koşullar esas alınarak kurum misyon ve vizyonu belirlenmelidir.

Hastane, gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları içeren değerlerini belirlemelidir. Etik ilke ve davranış kuralları, hasta ve çalışan odaklılığını ön plana çıkaran ilkeler gibi konular hastane değerleri kapsamında ele alınabilir.

Hastane, temel politika ve değerlerinin çalışanlar ve hizmet alıcılarının asgari değerleri ile uyuşmasına özen göstermelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Misyon ve vizyon ifadeleri, iç paydaşlara yönelik asgari bölüm yöneticileri, birim yöneticileri, kalite sorumluları ve mümkün olduğunca personelin geniş katılımı ile hazırlanmalı ve üst yönetim tarafından kabul edilerek onaylanmış olmalıdır.
- Misyon ve vizyonun belirlenmesi çalışmalarına yönelik tutanak, toplantı raporları, analiz kayıtları ve diğer dokümanlar hazır bulundurulmalıdır.
- Çalışmalarda dış paydaşlara yönelik analizler raporlanmalıdır. (Bakanlık, Müdürlükler, Dernekler, Uluslararası ve Ulusal hasta profili vb. misyon ve vizyonu etkileyecek tüm paydaşların dikkate alınmış olması)
- Misyon ve vizyon çalışmalarına katılan paydaşlar kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Etik değer ve ilkeler hastanenin sunduğu hizmet alanı da dikkate alınarak belirlenmiş ve izlenebilir olmalıdır.
- Çalışan ve hastaların beklentileri ve geri dönüşleri temel politika ve değerlere yansıtılmış olmalıdır.
- Misyon, vizyon ve etik değerlerin yönetim toplantılarında görüşülüp gerektiğinde yapılan revizyonlara ilişkin kanıtlar bulunmalıdır.
- Misyon vizyon ve etik değerlerin belirlenmesi çalışanların katılımı ile sağlanmalı ve izlenebilir olmalıdır.
- Tüm çalışanlar kendileri ile yapılacak görüşmelerde hastanenin misyon, vizyon ve etik değerlerini söyleyebiliyor olmalıdır.
- Misyon, vizyon ve değerlerin hastane kültürüne yansımış olması tüm süreçlerde gözlemlenebiliyor olmalıdır.



YO.PD.01.02

Hastane, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Zaman içerisinde misyon, vizyon ve etik değerlerde yapılan güncellemelerin kamuoyu ile yapılan paylaşımlara yansıtılmalı ve bu durum geriye dönük izlenebiliyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hastane yönetimi çeşitli platformlarda misyon, vizyon ve etik değerlerine yer vermiş olmalıdır.*
Ör: Hastaneye ilişkin internet sitesinde misyon, vizyon ve etik değerlerin yer almış olmalıdır.
Ör: Hastane faaliyet raporları ya da stratejik planlama dokümanlarında misyon, vizyon ve etik değerlere yer verilmiş olmalıdır.
Ör: İnternet sitesi dışında başka alanlarda da (rapor, plan, rehber, ilan panoları, eğitim, toplantı vb.) hastanenin misyon, vizyon ve etik değerleri izlenebiliyor olmalıdır.



YO.PD.01.03

Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.



Hastane, temel politika ve değerleri paralelinde, kurum ve bölüm bazında amaç ve hedeflerini belirlemelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hastanenin misyon, vizyon ve etik değerleri ile tutarlı olarak belirlenen amaç ve hedefler üst yönetimce stratejik planlara yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.*
- *Kurum ve bölüm bazında belirlenmiş amaç ve hedeflere ilişkin izlenebilir dokümanlar (stratejik plan vb.) bulunmalıdır.*
- *Bu dokümanlar misyon, vizyon ve değerler ile uyumlu olmalıdır.*
- *Amaç ve hedeflere yönelik analizler yapılmış ve (varsa) revizyonlar izlenebilir olmalıdır. Amaç ve hedeflerin sonuçlarının ölçülmesi ve bu amaç ve hedeflere ulaşıp ulaşılmadığının takibinin yapılması konusunda bir personel görevlendirilebilir.*
- *Misyon, vizyon ve değerler asgari ana hizmet alanlarında (tıbbi, idari, mali, otelcilik vb.) içselleştirilmiş olmalıdır.*
- *Yönetim, ilgili bölüm ve birim sorumluları, kurumsal amaç ve hedeflerin belirlenmesine katılmalı, bu konuda farkındalıkları yüksek olmalıdır.*

Hastane, temel politika ve değerleri paralelinde, kurum ve bölüm bazında amaç ve hedeflerini belirlemelidir.



Bu değerlendirme ölçütü hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane içerisindeki her bölüm, hastanenin temel politika ve değerleri ile uyumlu olarak kendi amaç ve hedeflerini yazılı hale getirmiş olmalıdır.
- Bölümlerin amaç ve hedeflerini gösteren yazılı belgeler, geriye dönük izlenebilir olmalı, bu amaç ve hedeflere ilişkin (varsa) güncelleme yapıp yapılmadığı izlenebilmeli ve kurumun temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.
- Hastane yönetiminde, bölümler tarafından hazırlanan amaç ve hedeflerin, kurumun temel politika ve değerlerine uyumluluğu denetlenmeli ve tüm çalışanlarla bu amaç ve hedeflerin paylaşılmalıdır.
- Bölüm amaç ve hedeflerini hazırlayan çalışanlar ve hastane çalışanları amaç ve hedeflerin kurumun politika ve değerleriyle ilişkisini söyleyebiliyor olmalıdır.

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

Planlama yapılırken iç (insan kaynakları, finansal durum, büyüklük, hizmet çeşitliliği, yapısal koşullar vb.) ve dış çevre faktörleri (hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler vb.) ile hasta/hizmet kullanıcısı, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geribildirimleri dikkate alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanenin tüm iç ve dış çevre faktörlerini dikkate alarak hizmetlerini planladığı, yönetim tarafından onaylanmış bir hizmet planlama belgesi bulunmalıdır.
- Plan hazırlama sürecine ait tutanak, rapor vb. belgelerin, geriye dönük iç ve dış çevre analizleri yapılmalı ve analiz sonuçları dikkate alınmış olmalıdır.
- İç ve dış çevre analizlerine dayalı hizmet planı hastane yönetiminde dikkate alınarak uygulamalara yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- Planın hazırlanmasına görev alanlar, ilgili süreçte yer alan çalışanlar ve hastane çalışanları hizmet planından haberdar olmalıdır.
- Hizmet planlarının uygulamaya yansıtıldığı izlenebiliyor olmalıdır.



YO.PD.01.06

Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetiminin onayı ile kurumda bütçeleme faaliyetlerini yürütecek becerilere sahip bir komite, komisyon, birim vb. oluşturulabilir.
- Kurumda bütçeleme faaliyetlerinin yürütüldüğünü gösteren tutanak ve belgeler bulunuyor olmalı ve bu dokümanlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Her bir kurumsal amaç ve hedef bir bütçe kalemi ile ilişkilendirilmiş olmalıdır. Ör. Bütçe dokümanlarında her bir amaç ve hedefe ulaşılabilmesi için finansal bir kaynak ayrılmış olması.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Bütçeleme faaliyetlerini yürüten ekibin kurumun amaç ve hedefleri ile ilişkilendirerek hazırlamış olduğu bütçe, hastane yönetimince uygulamalara yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.*
Ör: Bütçe belgesinde belirtilen finansal kaynaklar, ilgili amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesi için aktarılmış olmalı
Ör: Bütçeleme faaliyet ve belgeleri tüm çalışanlara duyurulmuş olmalı.
- *Bütçeleme faaliyetlerinde görev alan çalışanlar ile ilgili süreçte yer alan üyeler ve hastane çalışanları, bütçeleme faaliyetlerinden ve yapılan değişikliklerden haberdar olmalıdır.*

YO.PD.01.07

Hastane, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını düzenli olarak gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hastane yönetiminin onayı ile hastanenin sahip olduğu kurumsal kaynakları düzenli olarak gözden geçirip değerlendireceği bir yapı (komite, birim, komisyon vb.) oluşturulmuş olmalıdır.*
- *Komite vb. yapı, kurumun plan ve bütçeleri kapsamında kurumsal kaynaklarını düzenli olarak gözden geçirip değerlendirdiğini gösteren belge, tutanak, rapor vb. geriye dönük izlenebilir olmalıdır.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

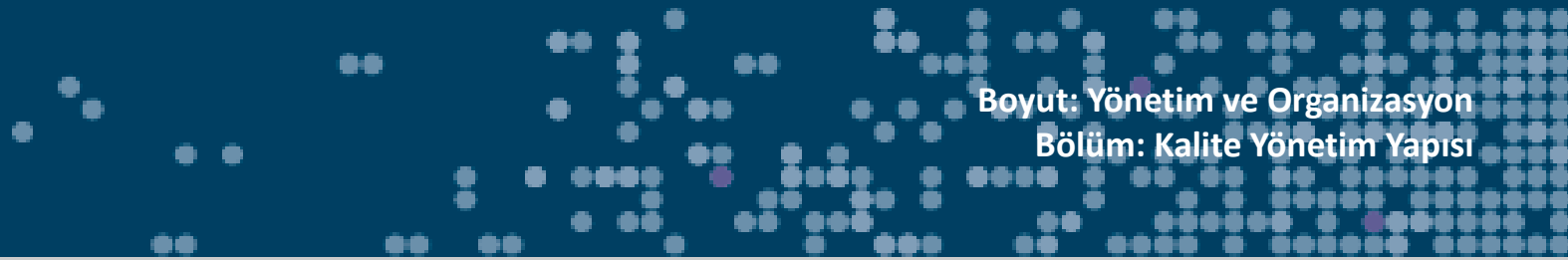
- Kurumsal kaynakları değerlendiren komite vb. kararları, hastane yönetimince uygulamalara yansıtılmalı ve hastane personeli ile paylaşılmalıdır.
- Kurumsal kaynakları değerlendirmek üzere oluşturulan yapılanmanın üyeleri, değerlendirme sürecinde yer alan çalışanlar ve hastane personeli, komite vb. kararlarından haberdar olmalıdır.



Standart 4

**Kalite İyileştirme Çalışmalarının Planlanması,
Yürütülmesi, Koordinasyonu ve Sürekliliğinin
Sağlanması**

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Kalite Yönetim Yapısı





Standart 4:

Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.

YO.KY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonunun ve sürekliliğinin sağlanması kapsamında;

- Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmasını,
 - Yönetsel yapı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumluluklarının tanımlanmasını,
 - Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmasını içerir.
1. Çalışan güvenliği
 2. Hasta güvenliği
 3. Eğitim
 4. Tesis yönetimi
 5. Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi
 6. Radyasyon güvenliği

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Kurum tarafından planlanan hedeflere ulaşılmasını, işleri doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılmasını, hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını ve sunulan hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası da devamlılığını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO.KY.01.01

Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.



Hastanede kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanede kalite iyileştirme ile ilgili tüm alanlarda hastane aktivitesini planlayacak, yürütecek, koordinasyonun, sürekliliğini ve denetimini sağlayacak bir yapı oluşturulmalıdır.
- Kurumun kalite yönetim yapısını tanımlayan bir düzenlemesi bulunmalıdır.
- Kalite çalışanlarının görev tanımlarının varlığı sorgulanır.
- Hastanedeki kalite iyileştirme çalışmaları için oluşturulan yapıyı, sorumlulukları ve süreci tanımlayan plan, program, prosedür vb. doküman bulunmalıdır. (Komite toplantı tutanakları, öz değerlendirmeye ilişkin dokümanlar, hasta/çalışan memnuniyet anketlerine yönelik doküman vb.)
- Kalite yönetim yapısında yer alan çalışanlara yönelik doküman düzeyinde üst yönetimin onayı bulunmalıdır.
- Kalite yönetim yapılanması kararları üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- Kalite komiteleri kararları ilgili prosedürlere yansıtılmış olmalıdır. Kalite yönetim komiteleri tarafından alınan kararlar üst yönetimce tüm çalışanlara duyurulmuş olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kalite komite üyeleri, kalite sorumluları ve kalite iyileştirme çalışmalarında görev alan diğer personel dokümanlarda tanımlanan bilgileri biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
Ör: Komite üyelerinin komitedeki rol ve fonksiyonlarını biliyor olması ve katılması
Ör: Komite üyelerinin en son toplantıda görüşülen/kararlaştırılan konuları biliyor olması
- Hastane çalışanları kalite yönetim prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olup olmalı ve uygulamalıdır. (Ör. Kalite yönetim prosedüründeki son revizyon uygulama alanlarında gözlemlenebiliyor olmalıdır.)



YO.KY.01.02

Yönetsel yapı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.



Yönetsel yapıda yer alan kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ile bu yapının dikey ve yatay ilişkileri tanımlanmalıdır.

Bu yönetsel yapı ile koordineli çalışacak şekilde bölüm ve/veya süreçler bazında kalite sorumluları belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane organizasyon şemasında kalite yönetim sistemi ile ilgili yapı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumluluklarının yatay ve dikey olarak tanımlandığı dokümanın bulunmalıdır. Yönetsel yapı ile koordineli çalışacak kalite sorumluları bölüm ve/veya süreç bazında tanımlanmış olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yönetmelik yapı içinde yer alan birim, kalite komiteleri, kalite sorumluları ve kalite iyileştirme çalışmalarında görev alan diğer çalışanların faaliyetlerini gösteren dokümanların geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Ör: Kalite komiteleri toplantı tutanaklarından komitelerin sorumlu oldukları konularda yaptıkları/ yapmadıkları faaliyetler, kalite komitesi toplantılarının düzenli ve sürekli olarak yapılıp yapılmadığı izlenebilir olmalıdır.
- Kalite iyileştirme çalışmalarında görev alan kişiler görev tanımlarını belirleme, onaylama, ilgililere bildirme konularında üst yönetim sürece hakim olmalıdır.
- Süreç bazında hazırlanan bir dokümanda ilgili süreç kalite sorumlusu, hazırlama aşamasına katılmış olmalıdır.
- Kalite komite üyeleri, sorumluların görev, yetki ve sorumluluklarını biliyor olmalıdır.
- Bir sürece ilişkin bir dokümanın içeriğini ilgili süreçte görev alanlar biliyor olmalıdır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları çerçevesinde, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlamak üzere aşağıda yer alan asgari faaliyetler yürütülmelidir:

- Ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve izleme çalışmalarının planlanması ve uygulanmasının sağlanması
 - Öz değerlendirmeye ilişkin süreçlerin tanımlanması ve uygulanması (yılda en az 2 kez ve tüm süreç ve bölümleri kapsayacak şekilde)
 - Hasta/çalışan memnuniyet anketlerine yönelik kapsam ve süreçlerin tanımlanması ve uygulanması [Yılda en az iki kez ve hastanenin hizmet türüne göre farklı hizmet alanlarını (ayaktan hasta, yatan hasta, acil hizmetler, günübirlik girişimsel işlem yapılan hastalar, kemoterapi hastaları vb.) kapsayacak ve bu hizmet alanlarına özgü beklenti ve algıyı yansıtabilecek şekilde]
 - Hasta/çalışan görüş ve önerilerinin alınması ve değerlendirilmesine yönelik süreçlerin tanımlanması ve uygulanması

- Göstergeler aracılığı ile kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik performansın izlenmesi, buradan elde edilen sonuçların iyileştirme amaçlı kullanılmasına yönelik çalışmaların planlanması ve takibi
 - Hastanede gerçekleştirilen dış değerlendirmelere ilişkin sonuçların izlenmesi ve kurum yararına kullanılması ile ilgili süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
- Komite çalışmalarının izlenmesi ve ilgili komitelerin koordinasyonu



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Kalite iyileştirme çalışmalarının ilgili gereklilikte belirlenen kapsamda yapılmasını sağlamaya yönelik güncel bir doküman bulunmalı ve ilgili kişiler bu dokümandan haberdar olmalı ve uygulamalarını dokümanda belirtilen kapsamda yapıyor olmalıdır.*
- *Kalite iyileştirme çalışmalarının ilgili gereklilikte belirlenen kapsamda yapılmasını sağlamaya yönelik üst yönetimin desteği ve katılımı sağlanmalıdır.*

Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin tanımlanması, dokümantasyon sisteminin oluşturulması ve sistemin gerektirdiği kurallar çerçevesinde uygulanmasının sağlanması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin tanımlanması, dokümantasyon sisteminin oluşturulması ve sistemin gerektirdiği kurallar çerçevesinde uygulanmasını sağlamaya yönelik bir düzenleme bulunmalıdır.*
- *İlgili düzenleme ile ilgili revizyonlar güncel olduğu doküman üzerinde izlenebiliyor olmalıdır.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinde üst yönetimin onayı, dokümanların yönetim tarafından çalışanlara duyurulması için yapılan çalışmalar izlenebilir olmalıdır.
- Hastane yönetimi ve çalışanlar çalışma süreleri ile ilgili dokümanlardan ve (varsa) değişikliklerden haberdar olmalı ve dokümanın gerekliliklerini uyguluyor olmalıdır.

- Bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları ile işbirliği içinde bölüm ve/veya süreç bazlı yapılan kalite çalışmalarının izlenmesi ve koordinasyonu.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları ile kalite yönetim direktörü arasındaki işbirliği ve çalışmalar dokümanlara izlenebilir olmalı, ilgili dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.
Ör. Geçmiş dönemlerde işbirliği içinde yürütülen bir süreç, bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları tarafından geriye dönük olarak ifade edilebiliyor olmalıdır.
- Bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları ve kalite yönetim direktörü işbirliğinin farkındalığı ve bilgisi olmalıdır.



YO.KY.01.03

Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır.



Sağlıkta Akreditasyon Standartları kapsamında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır (hastane büyüklüğü ve koşullarına göre komiteler birleştirebilir):

1. Çalışan Güvenliği
2. Hasta Güvenliği
3. Eğitim
4. Tesis Yönetimi
5. Enfeksiyon Kontrolü ve Önlenmesi
6. Radyasyon Güvenliği



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Belirtilen asgari komiteler oluşturulmuş olmalıdır.
- Komite toplantılarının tutanakları geriye dönü olarak izlenebilir olmalıdır.
- Toplantı sonuçlarının üst yönetime ulaşip ulaşmadığına ait dokümanlar izlenebiliyor olmalıdır.
- Komite üyeleri toplantılara ve toplantı kararlarına katılımı sağlanıyor olmalıdır.
- Üst yönetim ve çalışanların toplantı sonuçları hakkında farkındalık seviyeleri yüksek olmalıdır.

Komitelerin diğerkomitelerle işbirliğı ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Komiteler arasındaki işbirliğı ve koordinasyonun sağlanmasına dair süreçler kayıtlar üzerinden izlenebiliyor olmalıdır.*
- *Daha önceki dönemlerde oluşan işbirliğı ve koordinasyonların süreç dokümanına uygun olarak yapılıp yapılamadığına dair kayıtlar bulunmalıdır.*
- *Komiteler arasında işbirliğı ve koordinasyonu arasında yapılacak aksiyon planları üst yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.*
- *Üyeler ve yönetim işbirliğı ve koordinasyon süreçlerini biliyor olmalıdır.*



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.



Standart 5

Doküman Yönetim Sisteminin Bulunması

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Doküman Yönetimi



Standart 5: Hastanede doküman yönetim sistemi bulunmalıdır.

YO.DY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanede doküman yönetim sistemi bulunması kapsamında,

- Hastanede ki tüm temel fonksiyonlara ilişkin politika, prosedür, süreç ve planların dokümante edilmesini,
- Dokümanların formatının belirlenmesini,
- Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhafazasının sağlanmasını,
- Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmesini,
- Hastanenin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik sürecin tanımlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Kuruma, planlanan hedeflere ulaşılmasını ve işleri doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO.DY.01.01

Hastanedeki tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümente edilmelidir.



Dokümanların yönetimine yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır:

Tanımlama asgari aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır;

- Hazırlanması gereken dokümanların belirlenmesi
- Doküman formatının belirlenmesi
- Dokümanların;
 - Hazırlanması
 - Kontrolü ve onaylanması
 - İlgililere ulaştırılması
 - Muhafazası
 - Revizyonu
 - Arşivlenmesi ve imhası
- Dış kaynaklı dokümanların takibi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane ölçeğinde doküman yönetim sisteminin yapı ve işleyişini tanımlayan yazılı bir prosedür ve yürürlükte olan doküman listesi bulunmalıdır.
- Dokümanların yayın tarihi ve en az 6 aydır yürürlükte olduğu izlenebilir olmalıdır.
- Doküman hiyerarşisine uygun olarak dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmış olduğu tüm dokümanlarda izlenebiliyor olmalıdır.
- Kurum tarafından doküman yönetim sisteminin yapı ve işleyişini tanımlamak için hazırlanmış olan bir prosedür standartta belirtilen gereklilikleri karşılayan içeri



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanenin tüm süreçlerine ilişkin hazırlanan diğer dokümanlar, ilgili prosedüre uygun hazırlanmış olmalıdır.
- Üst yönetim doküman yönetimi ile ilgili süreçlere hakim olmalıdır.
- Çalışanlar çalışma alanları ile ilgili dokümanlarla ilgili süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
- Çalışanlar dokümanların hazırlanması ile ilgili süreçleri biliyor ve katılıyor olmalıdır.
- Dokümanların hazırlanması ve reviyonu süreç sahipleri ve sahadaki uygulayıcılarla yapılıyor olmalıdır.

Hazırlanması gereken dokümanlar; Sağlıkta Akreditasyon Standartları, hastanenin büyüklüğü, hizmet sunum alanları ve süreçleri dikkate alınarak belirlenmelidir.

- Hastanenin tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümante edilmelidir.
- SAS doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda listelenmiştir:
 - Prosedür
 - Talimat
 - Rehber
 - Form
 - Plan
 - Rıza Belgesi
 - Liste
 - Yardımcı Doküman:
 - Politika
 - Protokol
 - Hedefler
 - Görev-Yetki-Sorumluluklar
 - Klinik Rehberler
 - İş Akışı
 - İlaç İmha Tutanağı
 - Toplantı Tutanakları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane doküman yönetim prosedüründe süreçlerin (temel, destek, ana, alt vb) nasıl belirlenip nasıl dokümante edileceği tanımlanmış olmalıdır. Bu kapsamda süreç dokümanlarında her bir sürecin hangi doküman yapısı içerisinde yönetileceği belirlenmiş olmalıdır.
- Dokümanların yayın tarihi bulunmalı, en az 6 aydır yürürlükte olmalıdır.
- Kurum tarafından hazırlanan tüm dokümanlar doküman yönetim prosedüründe tanımlandığı gibi hazırlanmış olmalıdır.
- İlgili dokümanlar süreç sahipleri tarafından biliniyor olmalıdır.
- Süreç dokümanları sahada dokümanta tanımlandığı şekliyle uygulanıyor olmalı ve çalışanların farkındalığı yüksek olmalıdır.



YO.DY.01.02

Dokümanların formatı belirlenmelidir.

Tüm dokümanlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Doküman yönetim prosedüründe tanımlanan format, standartta belirtilen gereklilikleri karşılıyor olmalıdır.
- Tüm dokümanlar tanımlanan formata uygun hazırlanmış olmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Dokümanlar, orijinal nüshalarında doküman yönetim prosedüründe belirlenmiş olan kişiler tarafından onaylanmış olmalıdır.*



YO.DY.01.03

Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhafazası sağlanmalıdır.

Dokümanlar, doküman yönetim sistemi kapsamında belirlenen kurallar çerçevesinde hazırlanmalıdır.

Doküman ilgili bölüm/komite/ekip çalışanları tarafından hazırlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Dokümanlar, hastane doküman yönetim prosedüründe tanımladığı şekilde olmalıdır.*
- *Dokümanı hazırlayan bir komite ise komitenin ilgili dokümanı değerlendirdiği toplantı tutanağı vb. kayıtlar izlenebilir olmalıdır.*
- *Doküman hazırlığı bir bölüm/komite/ekip çalışanları tarafından yapılmışsa ilgili süreç sahipleri süreçle ilgili bilgi sahibi olmalıdır.*

Dokümanlar anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli açık ve net olmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yeni hazırlanan bir doküman kalite yönetim birimi tarafından format açısından değerlendiriliyor olmalıdır.
- Uygun formatta hazırlanmayan ve onaylı olmayan dokümanlar gerekli şekilde düzeltilmelidir.

Islak imzalı tüm orijinal dokümanlar kalite yönetim birimince muhafaza edilmelidir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dokümanlar hastanenin doküman yönetim prosedüründe tanımlandığı gibi muhafaza edilmelidir.
- Kurum tarafından elektronik sistem kullanılabilir.

SAS doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanakları gibi) düzenli bir şekilde muhafaza edilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dokümanların muhafazası ile ilgili açıklayıcı bir doküman bulunmalıdır.
- Bu dokümanların muhafazası tanımlandığı şekliyle uygulanmalıdır.
- SAS standartlarının dayandığı mevzuat ya da destekleyen diğer dokümanlar göz önünde bulundurulmalıdır.
- Dokümanların nasıl korunacağı, saklanacağı ve nasıl imha edileceğini bir dokümanda tanımlanmış olmalıdır.

Hastanenin herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Yeni açılan bir hizmet/bölüm, hizmet kapsamında genişleme/daralma ya da teknolojik iyileştirme (örneğin ilaç yönetiminde elektronik istem, elektronik arşiv vb.) açısından ilgili dokümanlar güncellenmelidir.*
- *Uygulamada süreçteki değişiklikler dokümantasyondaki revizyona yansıtılmalıdır.*

Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır.

Yönetimin onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanmalı, ilgililere duyurulması sağlanmalı ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Dokümanların güncellenmesine ilişkin süreç Doküman yönetim prosedüründe tanımlanmış olmalıdır.*
- *Farklı zamanlardaki doküman değişiklikleri için de aynı düzenleme yapılmalıdır.*
- *Değişikliğin niteliğine bağlı olarak değişikliklerle ilişkin duyuru yapılmış, eğitim planlanmış olabilir.*
- *Çalışanlar güncellenen doküman hakkındaki duyuru-eğitim faaliyetinden haberdar olmalıdır.*

Güncellenen dokümana revizyon numarası ve revizyon tarihi yazılmalıdır. Dokümanın ilk yayınında revizyon numarası sıfır (0), revizyon tarihi ise boş olmalıdır. Dokümanın eski versiyonları değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince arşivlenmelidir.

Hastanede kullanılan tüm dokümanların bir listesi bulunmalı ve bu liste güncellemelerin izlenmesini de sağlamalıdır. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içermelidir.

- Doküman Adı
- Doküman Kodu
- Yayın Tarihi
- Revizyon Tarihleri
- Revizyon Numarası

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hastane dokümanların nasıl korunacağı, saklanacağı ve nasıl imha edileceğini bir dokümanda tanımlamış olmalıdır.*
- *Uygulamaların ilgili mevzuata uygun olması sağlanmalıdır.*



YO.DY.01.04

Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.



Dokümanların güncel versiyonlarının etkin şekilde ilgili çalışanlarla paylaşılması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *İlgili prosedür ya da benzer bir dokümanda, dokümanların güncel versiyonlarının çalışanlarla ne şekilde paylaşıldığına dair bilgi olmalıdır.*
- *Çalışanlar dokümanların kendileriyle paylaşılmasına ilişkin süreci biliyor ve katılıyor olmalıdır.*

İlgili çalışanlara, hazırlanan dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Dokümanlara yönelik çalışanlara verilen eğitim kayıtları geriye dönük izlenebiliyor olmalıdır.*

Gerekmedikçe dokümanların asılması engellenmelidir. Asılması gereken dokümanların görüntü kirliliği oluşturmamasına dikkat edilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *İlgili prosedürde dokümanların asılmasına yönelik bir bilgi bulunmalıdır.*
- *Hastane bünyesinde asılı doküman bulunmamalı, varsa görüntü kirliliğine neden olmuyor olmalıdır.*



YO.DY.01.05

Hastanenin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.



Dış kaynaklı dokümanların takibi ve güncelliği hastanece belirlenen bir metot ile sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Revizyonunun ne kadar zamanda bir yapılması gerektiği belirlenmiş olmalıdır.
- Çalışanlar dış kaynaklı dokümanlara nasıl ulaşacağını biliyor olmalıdır.
- Hastane dış kaynaklı doküman takibini sağlayacağı il ilgili süreçler tanımlanmış ve uyguluyor olmalıdır. Konuyla ilgili sorumlular belirlenebilir.

Hastane dış kaynaklı doküman takibini sağlayacak sorumluları belirlemelidir.



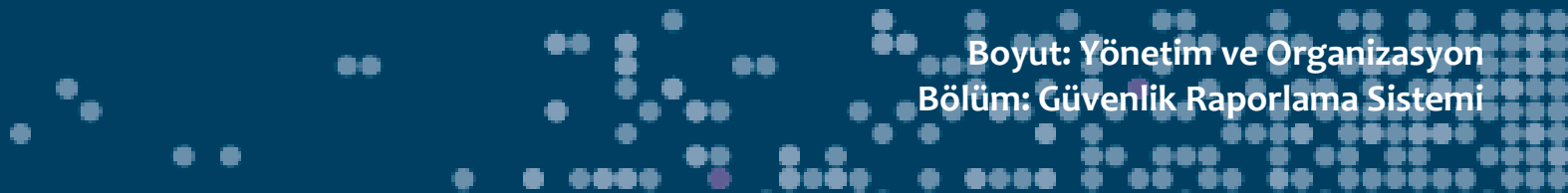
Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlgili prosedür ya da farklı bir dokümanda dış kaynaklı dokümanların kim tarafından takip edildiği belirtilmiş olmalıdır.
- Dış kaynaklı dokümanlardan sorumlu olan çalışanlar süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır.



Standart 6

İstenmeyen Olayların Bildirilmesi ve Gerekli Önlemler Alınması





Standart 6:

Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

YO.GR.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınması kapsamında,

- Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmasını,
- Olay bazında analiz ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmasını,
- Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizlerinin yapılmasını, raporlanmasını ve değerlendirilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısı sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO.GR.01.01

Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır.



Hastanede; hasta ve çalışanlara zarar veren, zarar verme ihtimali olan veya zarar oluşmadan önce fark edilen istenmeyen olayların bildirimini sağlayarak, olayları analiz etmek, gerekli tedbirleri almak ve hataların tekrarlanmasını önlemek amacı ile “Güvenlik Raporlama Sistemi” oluşturulmalı, sistem iki modülde kurgulanmış olmalıdır.

- Hasta Güvenliği Modülü (hasta yakınları ve ziyaretçilere ilişkin güvenliği tehdit edici hususlar da bu modülde bildirilmelidir)
- Çalışan Güvenliği Modülü



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı kurulan sistem hazır ve izlenebilir olmalıdır.
- İstenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile oluşturulan sistemin uygunluğu, ulaşılabilir, anlaşılır ve kolay kullanılabilir olup olmadığı; hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulup oluşturulmadığına ilişkin kanıtlar bulunmalıdır.
- Sistem izlenebilir ve ihtiyaçlara cevap veren bir kurguda tasarlanmış olmalı ve raporlamalar gerçek durumu yansıtmalıdır.
- Sistem, son 6 aylık süreçte kurgulandığı şekliyle kullanılıyor olmalıdır.
- Hastane yönetimi sistemin oluşturulmasını destekliyor olmalı, çalışanlar sürece katılım sağlıyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yöneticileri çalışanları raporlama konusunda teşvik edici, cesaretlendirici olmalıdır.
- Olay bildirim sistemine yapılan bildirimlerin kimler tarafından erişilebileceği tanımlanmış olmalıdır.
- GRS ne ilişkin verilen eğitimler vb. kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
- Çalışanlar ramak kala ve istenmeyen olayların raporlanıp raporlanmadığı, sistemin etkinliği ve kullanım oranı vb. hususlar ile ilgili bilgi sahibi olmalı ve sistemi aktif kullanabiliyor olmalıdır. Güvenlik raporlama sistemine yapılan bildirimlere yönetimin yaklaşımı, çalışanların algısı, sistemi sahiplenmeleri vb. konularda farkındalıkları yüksek olmalıdır.

Güvenlik Raporlama Sistemi kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler tanımlanmalı ve süreçlere yönelik sorumlular belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Güvenlik raporlama sistemi kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler tanımlanmış olmalıdır.
- Güvenlik Raporlama Sistemi kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin bir doküman bulunuyor olmalı ve bu dokümanda tüm süreçler tanımlanmış olmalıdır.
- Raporlamaya ilişkin konuların nasıl belirleneceği ve yönetileceğine ilişkin tanımlamalar yapılmış olmalıdır.
- Süreçlere yönelik sorumlular belirlenmiş ve yetkilendirmeye ilişkin belgeler (görevlendirme yazıları vb.) izlenebilir olmalıdır. Sorumlular bir dokümanda organizasyon yapısında tanımlanmış olabilir.

Sistem; uygulamanın etkinliğini ve kullanımını artırmak, hastanede raporlama kültürü oluşturmak, olaylardan ders çıkarılmasını sağlamak, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmek ve çözümlerin uygulanmasını teşvik etmek amacı ile;

- Çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalı
- Hasta güvenliği modülü gizlilik esaslı olmalı
- Gönüllülük esasına uygun olmalı
- Ulaşılabilir olmalı
- Kolay kullanılmalı
- Basit ve anlaşılır olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Sistem kurum kültürüne uygun olarak sistem yapılandırılmış ve çalışan isimlerinin sistemde yer alması çalışanların kendilerini güvende hissettikleri bir ortamda hastane açısından sorun teşkil etmiyor olabilir. Böyle bir durumda sistem üzerinde kullanıcı kimliklerinin bulunması standarda uygunsuzluk anlamı taşımaz.
- Hasta Güvenliği Modülünün gizlilik esaslı olmasında, hasta kimliklerine yönelik gizlilik yerine bildirimlere ilişkin sürecin gizliliği esas alınmalıdır.

Sistem, asgari aşağıdaki bilgileri elde edecek şekilde tasarlanmalıdır:

- Olayın konusu
- Olayın anlatılması
- Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bildirimler içerik ve kapsam açısından tanımlanan gereklere uygun yeterlikte olmalıdır.



YO.GR.01.02

Olay bazında analiz ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Güvenlik Raporlama Sistemine yapılan bildirimler, olay bazında analiz edilmeli, analiz sonrası gerekli iyileştirme çalışmaları planlanmalı ve uygulanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Olayların analizi bildirim bazında yapılabileceği gibi olay bazında gruplandırılarak da yapılabilir.
- Analiz süreçleri bir dokümanda tanımlanmış olmalıdır.
- Yapılan bildirim analizleri üzerinden tamamlanan iyileştirmeler izlenebilir olmalıdır.
- İyileştirmeler için sorumlular belirlenmeli, zaman planlaması yapılmalı, iyileştirmeler olayın ciddiyeti ile uyumlu ve etkin olmalıdır.
- Ölçüm yöntemi dokümante edilmiş olmalıdır.
- Mevcut analiz raporları üzerinde sistematik yaklaşım, süreklilik ve tutarlılık izlenebilir olmalıdır.
- Hastane yönetimi, bildirimler sonrası gerekli araştırma ve iyileştirmelerin yapılmasına liderlik etmeli ve destek vermelidir. Bildirimlere neden olan uygulamalarda yapılan değişiklikler dokümanla uyumlu olmalıdır.
- Çalışanlar, yapılan bildirimler sonucu alınan aksiyonlardan haberdar olmalıdır.
- Analiz çalışmalarını yapan sorumlular süreç hakkında bilgi verebiliyor olmalıdır.
- Analiz sonuçları, gerekli tüm birim ve çalışanlar ile paylaşılmalıdır.
- Olayın niteliğine bağlı olarak olay bildirim ve birim bazlı iyileştirme çalışmaları, olayla ilgili tarafların katılımıyla birlikte yapılabilir (Vaka bazlı analiz çalışması)
- Etkin iyileştirme çalışmaları sonucunda olayların tekrarlanma oranlarında azalma olup olmadığını gösteren kanıtlar bulunmalıdır.
- Olay bildirimlerine ilişkin analizler bir gösterge ile ilişkilendirilerek yapılabilir. Problemlerin çözümü yalnızca komiteden beklenmemelidir.



YO.GR.01.03

Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.

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

Genel analizler sonucu yapılan değerlendirmelere göre bölüm ya da süreç bazında iyileştirme çalışmalarının gerekliliği belirlenmelidir.

Tüm çalışanlar; hasta ve çalışan güvenliğinde bildirimin önemi ve nasıl yapılacağı ile bildirimler sonucunda gerçekleştirilen iyileştirme çalışmaları hakkında bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Sisteme yapılan genel analizler düzenli olarak yapılıyor olmalıdır. Analizlerin dönem içinde nasıl bir trend izlediği, klinikler arası farklılıklar olup olmadığını belirlemeye yönelik çalışmalar yapılabilir.
- Ulusal-uluslararası karşılaştırmalar, kurumlar arası benchmarking yapılabilir.
- İyileştirme çalışmalarının etkinliğinin sağlanıp sağlanmadığına ilişkin farkındalık yüksek olmalıdır.
- Çalışanlara yönelik bilgilendirme eğitim vb. kayıtlar tutuluyor olmalı ve indikatör bazında sağlanan iyileştirmelere ilişkin çalışanlara geri bildirim veriliyor olmalıdır.
- Genel analiz sonuçları doğrultusunda bölüm ya da süreç bazında iyileştirme çalışmaları bulunmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Genel analiz raporlarının ne şekilde hazırlandığı, sürekliliği ve tutarlığı, sunulan hizmetlerle uyumu rapor üzerinde izlenebilir olmalıdır.
- Genel analizleri hastane yönetimine raporlanıyor olmalı ve buna ilişkin üst yönetim kararı ile yapılan iyileştirmeler, önceliklendirmeler izlenebilir olmalıdır.
- İyileştirme kararları üst yönetim tarafından çalışanlara duyuruluyor olmalıdır.
- Dokümanların revize edilip edilmediği, dokümanların güncel olup olmadığı, uygulamaların dokümana yönelik yapılıp yapılmadığı izlenebilir olmalıdır.
- Çalışanlar genel analiz raporlarının sistematik iyileştirme amacıyla kullanımı, konusunda bilgi sahibi olmalı ve iyileştirme süreçlerine katılıyor olmalıdır.

Hastane yönetimi tarafından, güvenlik kültürünü değerlendirmek ve izlemek için kurumsal ölçütler belirleyebilir.



Standart 7

**Hastane ve Hastanede Sunulan Hizmetlere
İlişkin Risklerin Yönetilmesi**

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Risk Yönetimi





Standart 7:

Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.

YO.RY.01.00

Standardın İçeriği?

Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesi kapsamında;

- Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmasını,
- Risk yönetimi planının; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçleri kapsamasını,
- Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak risklerin belirlenmesi, analiz edilmesi ve risk düzeylerinin tespit edilmesini,
- Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmasını ve iyileştirme çalışmaları yapılmasını,
- Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliğinin düzenli aralıklarla gözden geçirilmesini,
- Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmesi ve izlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Kurum tarafından planlanan hedeflere ulaşılmasını, işleri doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılmasını, hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbirlerin alınmasını ve iyileştirmelerin yapılmasını ve sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısı sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO.RY.01.01

Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır.



Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Risk yönetim planı oluşturulması kapsamında, öncelikli olarak yapılması gereken, kurumda risk yönetiminin sağlanmasına yönelik görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmasıdır. Risk yönetimine yönelik çalışmalar Kalite Yönetim yapısı çalışmalarının koordinasyonunda ilgili tüm komitelerle entegre biçimde yürütülmeli, ilgili bölüm kalite sorumlularıyla işbirliği yapılmalıdır.
- Kurumda risk yönetimine ilişkin tüm süreçleri içine alan bir doküman (prosedür vb.) oluşturulmalıdır. Bu dokümanda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır;
 - Risk yönetimine ilişkin kurumsal amaç ve hedefler
 - Risk yönetimine yönelik çalışmalarının kapsamı
 - Sorumlular ve Sorumluluklar
 - Risk analizi yöntemi
 - Risklerin tanımlanması
 - Tanımlanan risklerin raporlanması
 - Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti
 - Gerekli iyileştirme çalışmalarının nasıl yapılacağı
 - Çalışanların eğitimi
- Hastane yönetimince onaylan bu doküman tüm çalışanlar tarafından biliniyor ve sürece katkı sağlanıyor olmalıdır.
- Hastane yönetimi kurumda risk yönetiminin etkinliğini sağlayıcı tedbirler alınmasını sağlamalıdır.



YO.RY.01.02

Risk yönetimi planı; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçleri kapsamalıdır.

Risk yönetimi planı; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçleri kapsamalıdır.

Risk yönetimi planı kapsamında asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir.

- Amaç ve hedefler
- Kapsam
- Sorumlular ve Sorumluluklar
- Risk analizi yöntemi
- İlgili çalışanların görüşlerinin alınması
- Tanımlanan risklerin listesi
- Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti
- Gerekli iyileştirme çalışmaları
- Çalışanların eğitimi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanelerde karşılaşılabilecek çok sayıda risk unsuru bulunmaktadır. Bunlar; hasta bakım süreçleri ile ilişkili riskler, sağlık personeli (tıbbi personel) ile ilişkili riskler, çalışanlar ile ilişkili riskler, kurumun fiziki mekânı ve mülkle ilgili riskler, finansal riskler vb. pek çok açıdan çeşitlilik göstermektedir. Bu nedenle risk yönetimine ilişkin süreç planlanırken tüm bu unsurlar göz önünde bulundurulmalıdır.
- Bu çerçevede hazırlanan risk yönetim planında, plana ilişkin süreç, bu süreçte karşılaşılabilecek riskler, bu risklerin düzeyi, alınabilecek önlemler, ilgili sorumlular vb. hususlar tanımlanmış olmalıdır.
- Risk yönetim planından çalışanlar haberdar olmalı ve planın hazırlanması ve ilgili süreçleri uygulanması aşamalarına katılıyor olmalıdır. Çalışanlar kendi birimi için belirlenmiş risk ve düzeyleri hakkında bilgi sahibi olmalı, planda belirtilen önlemler alınmış olmalıdır.



YO.RY.01.03

Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.

Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler bölüm, kişi ve/veya süreç bazında belirlenmelidir.

Hastaları bakım veya tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından (alerji riski, bası ülseri riski, düşme riski vb.) korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır.

Riskler kurum tarafından belirlenen yöntemle göre analiz edilmelidir.

Risk analiz yöntemi basit, anlaşılır ve uygulanabilir olmalıdır.

Risk düzeyleri en az 3 kategoride (Düşük, orta, yüksek) belirlenmelidir.



Bu değerlendirme ölçütü hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler bölüm, kişi ve/veya süreç bazında belirlendiği ve klinik risklerinde (hastaların bakım ve tedavisine yönelik) değerlendirmeye dahil edilip edilmediği ile ilgili izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır.
- Risklerin belirlenmesi çerçevesinde yapılan faaliyetlerin akışının izlenebilirliği amacıyla, faaliyetlere ilişkin kayıtlar (faaliyet akış tablosu ya da şeması yoksa risk analizi sürecinin başlamasından sonuna kadar geçen süreçte yapılan yazışmalar, toplantılar ve kayıtları vb) hazırlanmalıdır.
- Risk analiz sürecinde oluşturulan dokümanlar (risk yönetim planı, toplantı tutanakları, iyileştirme kayıtlarında) hastane yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
- Söz konusu dokümana yönelik çalışanlar bilgi sahibi olmalı, ilgili doküman ulaşılabilir olmalı ve doküman kapsamında gerekli yapılmış olmalıdır



YO.RY.01.04

Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

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



Bu değerlendirme ölçütü hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Risk analizi sonucunda belirlenen risklerin önemlilik düzeylerine göre kurumca düzenlenen iyileştirme faaliyetlerinin yer aldığı izlenebilir dokümanlar bulunmalıdır.
- Risk analizi sonucunda alınan önlemler ve iyileştirme faaliyetlerine yönelik, dokümanın ne zamandan bu yana uygulandığı, ilgili faaliyetlerin sürekliliği, konuya ilişkin toplantı tutanakları, varsa talimatlar, iyileştirme faaliyetlerine yönelik yazışmalar, satın alma kayıtları vs. gösteren kayıtlar bulunmalıdır.
- Risk analiz sonucunda kararlaştırılan iyileştirme faaliyetlerinin belirlendiği dokümanın yönetim tarafından onaylanmış olmalı ve iyileştirme faaliyetini takip edecek çalışanlar tanımlanmış olmalıdır. İlgili çalışana görevi yazılı olarak bildirilmiş olmalı ve toplantılara katılım durumunu gösteren kanıtlar olmalıdır.
- Risk analizi sonucunda belirlenen risklerin önemlilik düzeylerine göre kurumca düzenlenen iyileştirme faaliyetlerinin yer aldığı dokümanların varlığından ilgili kişiler haberdar olmalıdır.
- Risk analiz sonucunda kararlaştırılan iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleşme durumları ile ilgili birim çalışanları tarafından ifade edilebiliyor olmalıdır.
- Söz konusu faaliyetlerden yönetim ve ilgililer haberdar olmalıdır.



YO.RY.01.05

Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.



*Bu değerlendirme ölçütü hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir.
Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.*

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliğinin düzenli aralıklarla kontrol edildiğini gösterir izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır. Gözden geçirme aralıkları, belirlenen riskler kapsamında kurum tarafından belirlenebilir.
- Risklere yönelik alınan önlemlerin etkinliğini izlemek ve sürekliliğini sağlamak için, düzenli aralıklarla risk değerlendirme turları/çalışmaları yapılabilir.
- Risk analizleri belirlenen risklerin özelliği, şiddeti, işleyişle ilgili kurumsal süreçler vb. dikkate alınarak kurum tarafından belirlenen aralıklarla veya gerektiğinde güncellenmelidir.



YO.RY.01.06

Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.

- Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.
- Risk yönetiminde etkinliğin sağlanması için; alınan önlemlerin sürekliliği sağlanmalıdır.
- Risk analizleri belirli periyotlarda (yılda en az bir kez) veya gerektiğinde güncellenmelidir.



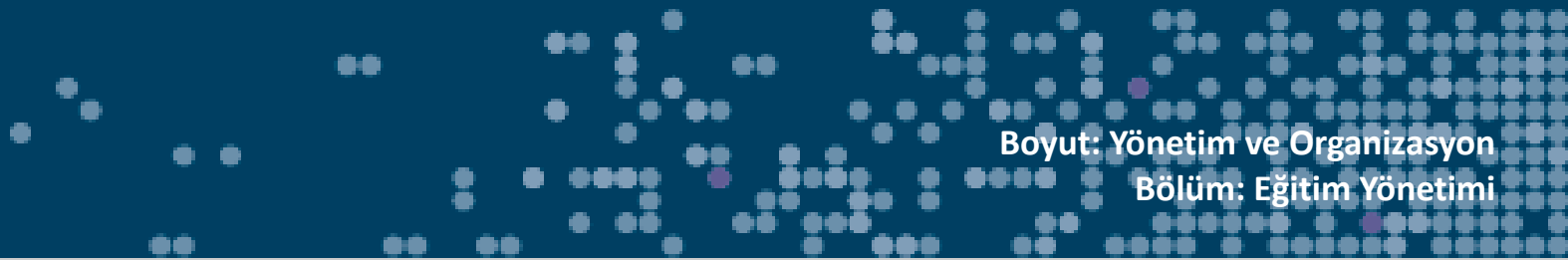
Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik oluşturulmuş göstergelerin (insidans, prevelans vb.) bulunmalı ve takibi bir dokuman üzerinde izlenebilir olmalıdır. Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik dokumanlar (yılda en az bir kez tekrarlanan risk analizi kayıtları, kök neden analiz kayıtları, DÖF, toplantı tutanakları) oluşturulmalıdır.
- Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik oluşturulmuş göstergelerin değerlendirildiği ve izlendiğine ilişkin düzeltici önleyici faaliyet formları, kök neden analizi vb. kayıtlar, alınan önlemlerin uygulanma durumu vb. geçmişe yönelik izlenebiliyor olmalıdır.
- Risk yönetiminin etkinliğinin izlenmesine yönelik tüm kayıtlarda yönetimin onayı bulunmalı, çalışanların farkındalığı yüksek ve sürece katılımları tam olmalıdır.



Standart 8

Hasta, Hasta Yakını ve Çalışanların Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi, Gerekli Eğitimlerin Etkin Şekilde Uygulanması





Standart 8:

Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.

YO.EY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması kapsamında,

- Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmasını,
- Eğitim ihtiyaçlarının; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmesini,
- Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planlarının oluşturulması ve uygulanmasını,
- Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliğinin izlenmesi ve gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Kurum tarafından planlanan hedeflere ulaşılmasını, işleri doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılmasını, hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını ve sunulan hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası da devamlılığını, yapılmasına kara verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO.EY.01.01

Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.

Hastanede kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda gerekli eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi amacı ile karar verme, planlama, koordinasyon, iletişim ve değerlendirme basamaklarını yönetmek üzere bir komite oluşturulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Komitenin oluşturulduğuna ve komite üyelerinin görevlendirildiğine dair üst yönetimce de onaylanmış yazılı belgeler bulunmalıdır.*
- *Eğitim prosedüründe sorumluluklar belirlenmiş, Eğitim Planlama Kurulu veya ilgili komitenin görev kapsamı, işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır.*
- *Komite toplantılarına yönelik izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.*
- *Komite üyeleri, karar verme, planlama, koordinasyon, süreçlerini biliyor olmalı ve katılım sağlıyor olmalıdır.*
- *Özellikle eğitim çalışmalarında görev alan çalışanlar (eğitim hemşiresi vb.) eğitim faaliyetlerinin sürekliliği konusunda geribildirim verebiliyor olmalıdır.*
- *Çalışanlar ve yönetim komite faaliyetleri konusunda bilgi sahibi olma düzeyleri yönetimin desteği yüksek olmalıdır.*

Komite tarafından; eğitimler ile ilgili süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar belirlenmelidir. Bu kapsamda asgari ele alınması gereken süreçler aşağıda yer almaktadır:

- Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi
- Eğitim planlarının oluşturulması
- Planlanan eğitim faaliyetlerinin uygulanması
- Eğitim planının ve uygulanan eğitimlerin etkinliğinin izlenmesi ve geliştirilmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Komite tarafından eğitimlerle ilgili faaliyetlerin ne şekilde yürütüleceğine yönelik süreç doküman olarak tanımlanmış olmalıdır.*
- *Prosedürde eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi, eğitim planlarının oluşturulması planlanan eğitim faaliyetlerinin uygulanması, eğitim planının ve uygulanan eğitimlerin etkinliğinin izlenmesi ve geliştirilmesine ilişkin tüm süreçler tanımlanmış olmalıdır.*
- *İhtiyaç tespiti, plan ve etkinlik ölçümlerinin kesintisiz bir şekilde yerine getirildiğine dair katılım formları, imza çizelgeleri vb. kanıtlar oluşturulmalıdır.*
- *Eğitim planı üst yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.*
- *İhtiyaçların belirlenmesinde çalışanların beklentisi göz önünde bulundurulmalı komite çalışanları ve hastane çalışanları süreçle ilgili bilgi sahibi olmalıdır.*
- *Planlar oluşturulurken zorunlu eğitimler dışında kalan eğitimler ve plansız eğitimler konularının ne şekilde faaliyette yer aldığını gösteren kanıtlara yer verilmiş olmalıdır.*
- *Yapılan eğitimlere yönelik olarak eğitimin etkinliğini ne şekilde ölçüleceği tanımlanmış ve uygulanıyor olmalıdır. (anket, öğrenme değişikliği, yapılan hata bildirimi ya da şikâyetlerin azlığı).*
- *Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve eğitimin etkinliğinin ölçümü konusunda çalışanların katılımı sağlanmalıdır.*
Ör; Son zamanlarda yönetime iletilen eğitim ihtiyaçları dikkate alınmış ve bu yönde planlama yapılmış olmalıdır.
- *Sertifikalı eğitim programları, stajyerlere yönelik yapılan uyum eğitimlerine yönelik planlamalar bulunuyor olmalıdır.*

Eğitim komitesi çalışmalarını, kalite yönetimi kapsamında faaliyet gösteren diğer birim ve komiteler ile iş birliği içinde yürütmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Diğer komite toplantılarında ya da komite faaliyetlerinde tespit edilen eğitim ihtiyacına yönelik kararlara ilişkin kayıtlar ile eğitim komitesince düzenlenen, planlanan kayıtlar tutarlı olmalı ve işbirliği izlenebiliyor olmalıdır.*
- *Hasta Güvenliği, Çalışan güvenliği, Enfeksiyon kontrol komitelerinden eğitim komitesine gelen eğitim önerileri vb. bulunuyor olmalıdır.*
- *Diğer komite üyeleri, eğitim komitesi üyeleri, çalışanlar ve hasta ve yakınları sürecin nasıl işlediği ile ilgili tutarlı bilgiler verebiliyor olmalıdır.*



YO.EY.01.02

Eğitim ihtiyaçları; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmelidir.

Kalite iyileştirme hedefleri doğrultusunda; kimin, hangi konularda, hangi düzey ve kapsamda eğitim ihtiyacı olduğu belirlenmelidir. Eğitim ihtiyacı olan konular ve kapsamı belirlenirken;

- Hastanede kalite iyileştirme kapsamında uygulanan performans değerlendirme sonuçları (öz değerlendirmeler, göstergelerden elde edilen veriler vb.)
- Önceki eğitimlerden elde edilen etkinlik değerlendirme sonuçları
- Eğitim faaliyetleri ile ilgili geribildirimler, talepler, gözlemler değerlendirilmelidir.



Bu değerlendirme ölçütü hastanede yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Prosedürde ilgili maddeler yer almalı, eğitim ihtiyacını belirlemede kullanılan anketler, değerlendirmelerden elde edilen raporlar, geribildirim kayıtları izlenebilir olmalıdır.*
- *Hastanın tedavi süreci boyunca alması gereken eğitimler, yatışı sırasında genel bilgilerin verilmesine yönelik ve tedavisini destekleyici nitelikte olacak şekilde planlanmalıdır.*
- *Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesine yönelik geçmişe dönük olarak kayıtlar sahada uygulamaya yansımış olmalıdır.*
- *Çalışanlar eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesine ilişkin süreçleri biliyor ve geribildirimlerinin dikkate alındığına ilişkin geribildirim verebiliyor olmalıdır.*

Eğitim konuları; en az hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir. Hangi eğitimin, hangi meslek grubuna ve hangi içerikte verileceği belirlenmelidir. Eğitim konuları asgari aşağıdaki genel başlıklarda verilmelidir.

- Kalite yönetimine ilişkin eğitimler
- Çalışanlara yönelik hasta hakları eğitimleri
- Çalışanlara yönelik hasta ve çalışan güvenliği eğitimleri
- Hastalara yönelik eğitimler
- Hasta yakınlarına yönelik eğitimler
- Personel uyum eğitimleri
- Cihaz eğitimleri
- Birim bazlı mesleki eğitimler
- Bilimsel yeni gelişmeleri içeren eğitimler
- Sosyal amaçlı eğitimler
- Kişisel gelişim eğitimleri



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Asgari yukarıda belirtilen konu başlıklarında eğitimler planlandığı ve uygulandığına ilişkin kanıtlar bulunmalıdır. Bu kanıtlar eğitimlerin verildiğine ilişkin yazılı belgeler olabileceği gibi ilgili kişilerin sürece ilişkin geri bildirimleri, değerlendirmeleri ile izlenebiliyor olmalıdır.*



YO.EY.01.03

Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.

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

Eğitim planları; eğitim ihtiyacının niteliği, ilgili konularda ulaşılmak istenen hedeflerin öncelik durumu, hedeflere erişilebilme süresi, hastanenin kurumsal politikası ile değişim sürecine yönelik amaç ve hedefleri doğrultusunda kısa, orta ve uzun vadeli şekilde oluşturulmalıdır.

Eğitim planlarında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:

- Eğitimin amaç ve hedefleri
- Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği
- Eğitim yöntemi
- Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi)
- Eğitimin yeri
- Eğitimin süresi
- Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar
- Eğitim için gerekli materyaller
- Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri

Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır. Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi

konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir. İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Eğitim verecek personelin ya da yönetimin değiştii durumlarda eğitim planları ve zaman çizelgesi değişebilmektedir. Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında plan revize edilmeli, revizyon geriye dönük izlenebilir olmalıdır.*
- *Eğitim planlarının zaman çizelgesi dışında aynı zamanda kısa, orta ve uzun vadede planlama yapılmış olmalıdır.*
- *Örneğin; 1 yıl sonra yoğun bakım açılacaksa hemşire eğitimleri planlanmalıdır.*
- *Planlanan zamanda uygulanmayan eğitimlerin geriye dönük incelemesi yapılarak plandan sapma nedeni ve planlama tarih dışında verilip verilmediği gibi durumlarda zamanında uygulanmayan eğitimler için gerekçeli bir karar alınıp alınmadığı farklı bir tarih için izlenebilirliği vb. planlamalar ilgili dokümanlar üzerinde izlenebiliyor olmalıdır.*

Genel ve bölüm uyum eğitimlerine yönelik rehberler oluşturulmalı, uyum eğitimlerinin göreve başlama sonrası en kısa sürede verilmesi sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Eğitim prosedürü ya da genel ve bölüm uyum eğitimleri ile ilgili dokümanlarda uyum eğitimlerine ilişkin süreç tanımlanmış olmalıdır.*
- *Genel uyum eğitimi ve meslek bazında bölüm uyum eğitimine yönelik sorumlular belirlenebilir.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Geriye dönük olarak başlayış yapan personelin uyum eğitimi kayıtları devamlılık içermeli, personelin işe ya da bölüme başlama tarihi ile uyum eğitiminin verildiği tarih kaydı uygunluk göstermelidir.*
- *Genel ve bölüm uyum eğitimlerine yönelik kurumun belirlediği kurallar çerçevesinde ve meslek bazında bir rehber hazırlanabilir.*
- *Genel ve bölüm uyum eğitimlerine ilişkin konular, kurumun türü, hizmet sunum alanları, meslek farklılıkları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.*
- *Verilen eğitimler kayıt altına alınmış ve izlenebilir olmalıdır.*
- *Çalışanlar uyum eğitiminde verilen konularla ilgili geribildirim verebiliyor olmalıdır.*



YO.EY.01.04

Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Hazırlanan eğitim planlarına uyum düzeyi izlenmeli, plana uyumun artırılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği, belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Etkinlik değerlendirmeleri eğitimcinin performansını da kapsamalıdır.

Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılabilecek yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:

- Ön test-son test
- Öz değerlendirmeler
- Gözlemler
- Kişilerle yapılan görüşmeler
- Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler
- Anketler
- Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ *Yapılan eğitim sayısı eğitime katılan kişi sayısı, eğitim öncesi ve sonrası testler, eğitimden memnuniyet düzeyi ve eğitim hedeflerine ilişkin sonuç göstergeleri ile ilgili veri, belge, istatistiksel analiz sonuçları izlenebilir olmalıdır.*

Ör 1. Yapılan eğitimler, katılımcı sayısı ön test ve post test sonuçlarını gösterir raporlar

Ör:2 Eğitime katılanların memnuniyetine ilişkin değerlendirme verileri

Ör:3 Meslek üyelerine yönelik yapılan eğitim faaliyetlerinin hizmetlere ve hasta bakım sonuçlarına yansımalarına ilişkin veriler

Ör.4 Çalışanların performans değerlendirme sonuçları ile eğitim hedeflerini karşılaştıran raporlar.

➤ *Eğitimin gerçekleştirilmesi sonrasında çalışan performans değerlendirme sonuçları ve hizmetlerin kalitesi ilişkili belge ve dokümanlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.*

Ör.1. Gerçekleştirilen eğitimlerin planlara uygunluğuna ilişkin veriler

Ör.2 Eğitim öncesi ve eğitim sonrası hizmetlerin kalite göstergelerine ilişkin veriler

Ör 3. Eğitim öncesi ve sonrası çalışan performans sonuçlarına ilişkin veriler, raporlar

Ör 3. Eğitim faaliyetlerinin konu içerik sunum süre vb. yapılan iyileştirmeler

➤ *Gerçekleştirilen eğitimin faaliyetlerinin sonuçları ve hizmetlerin kalitesine yansımalarına ilişkin izlenebilir bilgi, rapor, tutanak vb. bulunmalıdır.*

Ör 1. Hastane yönetimine iletilen eğitim faaliyetlerinin etkinliğine ilişkin bilgi rapor, tutanak.

Ör.2. Hastane yönetiminden birim yöneticilerine iletilen eğitim faaliyetlerinin etkinliğini bildiren azı

Ör 3. Birim yöneticileri ve çalışanların eğitim faaliyetleri ve etkinliğine ilişkin geri bildirimleri

➤ *Eğitime katılanlar ve diğer çalışan ve birim yöneticileri eğitimin sonuçları hakkında ve sağlanan iyileştirmelere ilişkin bilgi sahibi olmalıdır.*



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

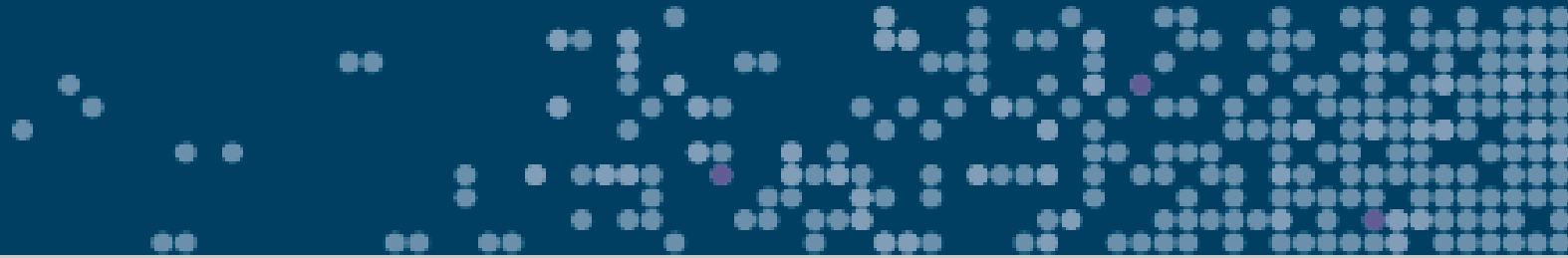
- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.



Standart 9

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Sosyal Sorumluluk





Standart 9:

Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.

YO.SS.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastane, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlenmesi kapsamında,

- Hastane, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemelidir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Kurumun planlanan hedeflere ulaşılmasını,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasını,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını ve tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO.SS.01.01

Hastane, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemelidir.

Hastane hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık dokusunu/ yapısı ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırmalıdır. Bu kapsamda aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılmalıdır:

- Nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik verileri
- Morbidite, mortalite ve epidemiyolojik verileri içeren sağlık istatistikleri
- Giyim, yemek, kültürel ve fiziksel aktivite alışkanlıkları sosyal ve kültürel yapısı

Yapılan durum tespiti esas alınarak, hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler bir program dâhilinde planlanmalıdır. Hastane, bu kapsamda en az iki program oluşturmalıdır.

Program sonuçları, hastane tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.

Programın değerlendirmesi ve etkililiği; kısa, orta ve uzun vade olup olmamasına göre programın yapılmasına esas ana veri ve bilgilerin zaman içindeki değişiminin analizi ile yapılmalıdır.

Değerlendirme sonuçlarına göre program hedeflerine ulaşmak için program faaliyetlerinde iyileştirmeler yapılmalı ve süreklilik sağlanmalıdır.

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

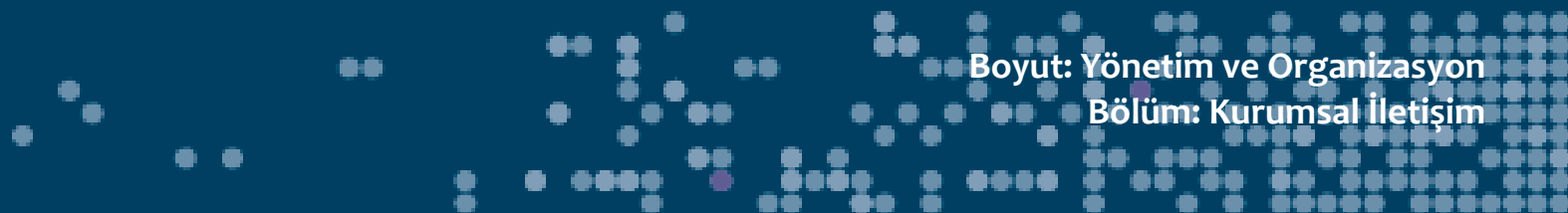
- Hastanede, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemesini yürütecek nitelikte personelden oluşan komite, birim, komisyon vb. bir yapılanma oluşturulabilir.
- Bu kapsamda yürütülecek çalışmalar, hastanenin hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık dokusunu/ yapısı ile ilgili bir mevcut durum analizi sonucunda tespit edilen ihtiyaçlar doğrultusunda belirlenmiş olmalıdır. Ve hizmet verilen topluma pozitif yönde bir katkı sağlayacak nitelikte olmalıdır.
- Planlanan çalışmalara yönelik uygulama faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. izlenebilir dokümanlar bulunmalıdır.
- Sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemesi üst yönetim tarafından destekleniyor ve teşvik edilerek, hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla ve halkla paylaşılmalıdır.
- Bu süreçte görev alan çalışanlar konuyla ilgili rol ve fonksiyonlarını biliyor olmalı ve sürece katılıyor olmalıdır.
- Bu kapsamda gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda, toplumun yararına olacak şekilde pozitif çıktılar elde edildiğine dair izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır.



Standart 10

Kurumsal İletişim Faaliyetlerinin Yürütülmesi

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Kurumsal İletişim





Standart 10:

Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.

YO.Kİ.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Kurumsal iletişim faaliyetlerinin etkili bir şekilde yürütülmesi kapsamında,

- Hastane yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmesi, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanması,
- Hedef kitlenin hastane faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmesi,
- Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetlerin gerçekleştirilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasını,
- kurumun planlanan hedeflere ulaşılması ve tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO.Kİ.01.01

Kurumsal iletişim kapsamında; hastane yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.



Kurumsal iletişim kapsamında; hastane türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.

Hedef kitle, hastane içinde ve hastane dışındaki iletişim paydaşları esas alınarak belirlenmelidir.

İletişim stratejisi çerçevesinde hastane içinde yer alan hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kapsamda asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır;

- Hastaneyi oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi ve karar akışı
- Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı
- Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim
- Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hedef kitleyi belirleme yöntemleri ve hedef kitlenin özelliklerine ilişkin bir belge rapor vb. bir doküman üzerinde izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. Hastanenin iç paydaşları ve dış paydaşlarına yönelik bilgi dokümanı (personel dosyası, hasta dosyası)
 - Ör 2. hastanenin iç ve dış paydaşlarına yönelik iletişiminin sağlandığı bilgi belge doküman



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaneyi oluşturan bölüm ve organlar arasında, değerlendirme ve denetim fonksiyonlarına ilişkin bilgi ve karar akışı ile eğitim ve bilgilendirme faaliyetleri izlenebilir olmalıdır.
Ör. İç ve dış paydaşlara ilişkin bilgilerin istatistiksel sonuçları ve değerlendirme raporları
- Hedef kitleye ilişkin hastane yönetimi ve diğer çalışanların katkı ve destekleri kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör 1. Hastane yönetimine iletilen rapor
Ör 2. Hedef kitle tarafından hastane yönetimine iletilen teşekkür şikayet vb yazı doküman
Ör 2 Hedef kitlenin şikâyetlerini değerlendiren ve memnuniyetini sağlamaya ilişkin alınan önlemler ve sonuç raporları
- İç ve dış paydaşlar (hastalar, çalışanlar vb) hedef kitlenin belirlenmesi ve iletişim sağlanmasına ilişkin yöntemler hakkında geribildirim verebiliyor olmalıdır.



YO.Kİ.01.02

Hedef kitle hastane faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.

Belirlenen hedef kitleye özgü bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirmelidir.

Kurumsal web sitesi etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel, kolay kullanılabilir ve yeterli bilgi içerecek şekilde hazırlanmalıdır. Hedef kitle asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- Temel politika ve değerler
- Organizasyon yapısı
- Hizmet verdiği alanlar
- Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler
- İnsan kaynakları
- Halkla ilişkiler faaliyetleri
- Acil hizmetler
- Randevu alma ve sonuç verme
- İletişim ve ulaşım (Hastane içinde hizmete ulaşım)

Hastane içi çalışanlar kurumsal iletişimin önemli temsilcileri olması nedeniyle çalışanlara bu konuda eğitim düzenlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hedef kitlenin hastane faaliyet ve organizasyonu hakkında bilgilendirmesi ile ilgili faaliyetler ilgili rapor belge tutanak vb üzerinde izlenebilir olmalıdır.
Ör 1. Kurumsal Web sitesinin, hastane hizmetleri, organizasyon yapısı, sosyal sorumluluk, acil hizmetler, randevu sistemi vb.
Ör 2. İç ve dış paydaşların bilgilendirmeye ilişkin dergi, bülten, gazete, TV vb. kitle iletişim araçlarını kullanma durumu sıklığı ve içeriği
Ör 3. Hedef kitleye ilişkin yapılan diğer bilgilendirme faaliyetlerinin içeriği, bilgilendirilen kişi sayısı ve sonuçlarına ilişkin rapor
- Hedef kitleyi bilgilendirme faaliyetlerinin sürekliliği rapor vb. belgeler üzerinde izlenebilir olmalıdır.
Ör 1. Kurumsal web sitesinin güncellenme ve erişimine ilişkin bilgi belge,
Ör 2. Kitleyi bilgilendirme faaliyetlerinin sıklığı ve sürekliliğini gösteren rapor
Ör 2. Hedef kitlenin hastane faaliyetlerine ilişkin geri dönüşümüne ilişkin belge rapor vb.
- Hastane yönetimi ve çalışanların hedef kitlenin hastane faaliyetlerine ilişkin bilgilendirildiğine yönelik bilgi katkı ve desteği kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Hastane çalışanları hedef kitleye yönelik bilgilendirme süreçleri hakkında bilgi sahibi olmalı ve bilgilendirme süreçlerine katılım sağlıyor olmalıdır.



YO.Kİ.01.03

Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

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

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hedef kitlede olumlu kamuoyu oluşturmak için yapılan faaliyetler, belge, rapor vb. dokümanlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.
Ör 1. Olumu kamuoyu oluşturmaya ilişkin yapılan çalışmalara ilişkin anketler vb. dokümanlar,
Ör 2. Kamuoyu araştırma sonuçlarına ilişkin raporlar
- Kamuoyu oluşturmaya yönelik faaliyetlerin sıklığı ve sonuçların değerlendirildi, belge rapor vb. doküman üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör 1 Hastane ve faaliyetleri hakkında kamuoyunun görüşlerine ilişkin istatistiksel veriler
Ör 2. Kamuoyunun görüşlerini iyileştirme ve geliştirmeye ilişkin yapılan faaliyetler ve sonuçları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Olumlu kamuoyu oluşturmada hastane yönetiminin katkı bilgi katkı ve desteğini gösterir kanıtlar oluşturulmalıdır.
Ör. Hastane yönetiminin kamuoyu oluşturma gündemli toplantı raporları
Ör. Kamuoyu görüşlerinin hastane yönetimi tarafından/duyurulduğu paylaşıldığına ilişkin yazı belge.
Ör. Hastane yönetiminin kamuoyu oluşturma ve kamuoyu görüşlerini iyileştirme yönünde katkı ve önerilerini gösteren belge vb.
- Hasta ve çalışanlar, hastane ve faaliyetlerinden memnuniyetleri ve başkalarına tavsiye etme durumları açısından geribildirimlerinin alındığını ifade edebiliyor olmalıdır.
- Kamuoyu araştırma sonuçları ile hasta hasta yakını ve çalışanların görüşlerini birbiri ile tutarlı olmalıdır.



Standart 11

Hizmet Sunumuna Yönelik Kurumsal Performansın Ölçülmesi

Boyut: Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme
Bölüm: Kurumsal Göstergeler



Standart 11:

İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır

PÖ.KG.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılması kapsamında,

- İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmesini,
- Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmasını,
- Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasının bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmesini,
- Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Göstergelerin özelliğine göre farklılık gösterebilmekle birlikte bütüncül olarak değerlendirildiğinde kurumsal hizmet süreçlerine ilişkin süreçlerde sürekli bir iyileştirmeyi sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



PÖ.KG.01.01

İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.

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

Bu süreçlere yönelik gerçekleştirilecek performans ölçümü kapsamında göstergeler belirlenmelidir.

Belirlenen göstergeler ölçülebilir, izlenebilir, hastane misyon, vizyon, hedefleri ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda takip edilecek göstergelerin ne şekilde tespit edildiği tanımlanmalıdır.
- Özellikle tıbbi, idari ve finansal süreçler için gösterge belirlenmiş olması ve bunların tespiti aşamasındaki sorumlular tanımlanmış olmalı, belirlenen göstergelerle ilgili doküman bulunmalıdır.
- Göstergelerin belirlenmesi konusundaki çalışmalarda katkı sağlayan ve sorumluluğu bulunan kişi/kişiler hastane yönetiminin onayı ile görevlendirilmiş olmalıdır.
- Göstergelerin planlanmasında kararlar diğer birim sorumlularının da katılımı ile belirlenmesinin yanı sıra üst yöneticinin her bir süreçteki takip edilecek gösterge hakkında bilgisi olmalıdır. Gösterge takibini müteakip yapılacak iyileştirme çalışmalarında üst yönetimin konuya hâkimiyeti diğer süreç yöneticilerini yönlendirmesi son derece önemlidir.
- Tıbbi, idari ve finans birim çalışanları, göstergelerin belirlenmesi hakkında bilgi sahibi olmalı, gösterge takibi ve sonuçları ile ilgili bilinç düzeyinin yüksek olmalıdır.
- Göstergelerin belirlenmesine ilişkin izlenebilir toplantı kayıtları bulunmalıdır.
- İdari, tıbbi ve mali konularla ilgili sorumluların gösterge belirlenmesi konusuna sağladıkları katkı gözlenebilir olmalıdır.



PÖ.KG.01.02

Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Göstergeler, belli bir düzen içerisinde toplanması, sorumlularının belirlenmesi, analiz ve değerlendirme sıklığı, sonuçların yorumlanması ve iyileştirme amaçlı kullanımının belirlenmesi ve kartlarla takip amacı ile doküman edilmelidir.
- Kurumdaki belirlenmiş olan göstergelerin kartlarındaki veri toplama aralığı, gösterge hedefi, gösterge sorumluları, verileri toplama ve analiz periyodu, verilerin değerlendirmesi doküman üzerinde izlenebilir olmalıdır.
- Göstergelerin güncelliğinden çalışanların haberdar olması üst yönetimin sorumluluğudur.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Gösterge takibinde birim bazlı bir takip yöntemi esas alınabilir ve ilgili gösterge kartları, takip edildiği birimde ulaşılabilir olmalıdır.
- Kurumda takip edilen göstergeler konusunda tüm çalışanlar üst yönetim tarafından bilgilendirilmiş olmalıdır.



PÖ.KG.01.03

Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda takip edilen göstergelerin izlemi, raporlanması ve değerlendirilmesi BYS üzerinden olmalı ve dokümantasyon ile tanımlanmış olmalıdır.
- Göstergelerin bilgi sistemi üzerinden izlemi ve değerlendirilmesi konusunda düzenleme olmalıdır. Bu dokümanlar eşliğinde göstergelerin belirlenmiş kurallara uygun olarak takip edildiği gözlenebilir olmalıdır.
- Üst yönetim tarafından göstergelerin bilgi sistemleri üzerinden takip ve değerlendirilmesine olanak sağlayacak altyapı düzenlemesi yapılmış olmalıdır.
- Tüm göstergelerin takibi ve analizi hastane bilgi sistemi üzerinden yapılıyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Birimlerdeki gösterge sorumluları ve çalışanlar mevcut göstergeler üzerindeki sonuç ve hedef değerleri biliyor olmalıdır.
- Göstergelere ilişkin yapılan analiz ve değerlendirme kayıtları geriye dönük sistem üzerinden izlenebiliyor olmalıdır.
- Üst yönetici ve çalışanlar göstergelerin bilgi sistemi üzerinden takibi, bu konudaki düzenlemenin etkinliği vb. hususlar açısından bilgi sahibi olmalı, süreçle ilgili uygulamalara katılımı sağlanmalıdır.



PÖ.KG.01.04

Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda takip edilen göstergelerin hangi amaçla toplandığı ve sonucunda hangi tür düzenlemelerin yapılacağı dokümente edilmiş olmalıdır.
- İdari, tıbbi, mali başta olmak üzere kurum tarafından belirlenen her göstergenin hedef değere ulaşması ya da ulaşmaması durumunda yapılması gerekenler tanımlanmalıdır.
- Yönetici konumunda çalışanların gösterge takibini iyileştirme faaliyetlerine yansıtması ile ilgili düzenleme bulunmalıdır.
- İlgili birim sorumlu ve çalışanları birim bazlı göstergeler ile ilgili yapılan iyileştirme ve düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
- Gösterge sonuçları ve iyileştirme çalışmalarına ilişkin planlar toplantı kayıtları vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Üst yönetim, gösterge sonuçlarını yönetim toplantılarında iyileştirme faaliyetlerini planlama sırasında kullanabiliyor olmalıdır.
- Gösterge takibin iyileştirme faaliyetlerinde çıktılarının kullanımı konusunda çalışanlar bilgilendirilmelidir.



Standart 12

SAS Göstergelerinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi



Standart 12:

Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile SAS Göstergeleri izlenmeli ve değerlendirilmelidir

PÖ.SG.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile SAS Göstergelerinin izlenmesi ve değerlendirilmesi kapsamında,

- Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulması,
- Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasının, bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmesi,
- Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması,
- SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçların SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Göstergelerin özelliğine göre farklılık gösterebilmekle birlikte bütüncül olarak değerlendirildiğinde sağlık hizmet süreçlerine ilişkin süreçlerin sürekli iyileştirilmesini sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



PÖ.SG.01.01

Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.

Hastanede izlenecek göstergelere ilişkin gösterge kartları hazırlanmalıdır.

Gösterge kartlarında asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Göstergeler, belli bir düzen içerisinde toplanması, sorumlularının belirlenmesi, analiz ve değerlendirme sıklığı, sonuçların yorumlanması ve iyileştirme amaçlı kullanımının belirlenmesi ve kartlarla takip amacı ile dokümanite edilmelidir.
- Kurumdaki belirlenmiş olan göstergelerin kartlarındaki veri toplama aralığı, gösterge hedefi, gösterge sorumluları, verileri toplama ve analiz periyodu, verilerin değerlendirmesi doküman üzerinde izlenebilir olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Göstergelerin güncelliğinden çalışanların haberdar olması üst yönetimin sorumluluğudur.
- Gösterge takibinde birim bazlı bir takip yöntemi esas alınabilir ve ilgili gösterge kartları, takip edildiği birimde ulaşılabilir olmalıdır. Kurumda takip edilen göstergeler konusunda tüm çalışanlar üst yönetim tarafından bilgilendirilmiş olmalıdır.



PÖ.SG.01.02

Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda takip edilen göstergelerin izlemi, raporlanması ve değerlendirilmesi BYS üzerinden olmalı ve dokümantasyon ile tanımlanmış olmalıdır.
- Göstergelerin bilgi sistemi üzerinden izlemi ve değerlendirilmesi konusunda düzenleme olmalıdır. Bu dokümanlar eşliğinde göstergelerin belirlenmiş kurallara uygun olarak takip edildiği gözlenebilir olmalıdır.
- Üst yönetim tarafından göstergelerin bilgi sistemleri üzerinden takip ve değerlendirilmesine olanak sağlayacak altyapı düzenlemesi yapılmış olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Tüm göstergelerin takibi ve analizi hastane bilgi sistemi üzerinden yapılıyor olmalıdır.
- Birimlerdeki gösterge sorumluları ve çalışanlar mevcut göstergeler üzerindeki sonuç ve hedef değerleri biliyor olmalıdır.
- Göstergelere ilişkin yapılan analiz ve değerlendirme kayıtları geriye dönük sistem üzerinden izlenebiliyor olmalıdır.
- Üst yönetici ve çalışanlar göstergelerin bilgi sistemi üzerinden takibi, bu konudaki düzenlemenin etkinliği vb. hususlar açısından bilgi sahibi olmalı, süreçle ilgili uygulamalara katılımı sağlanmalıdır.



PÖ.SG.01.03

Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda takip edilen göstergelerin hangi amaçla toplandığı ve sonucunda hangi tür düzenlemelerin yapılacağı dokümanite edilmiş olmalıdır.
- İdari, tıbbi, mali başta olmak üzere kurum tarafından belirlenen her göstergenin hedef değere ulaşması ya da ulaşmaması durumunda yapılması gerekenler tanımlanmalıdır.
- Yönetici konumunda çalışanların gösterge takibini iyileştirme faaliyetlerine yansıtması ile ilgili düzenleme bulunmalıdır.
- İlgili birim sorumlu ve çalışanları birim bazlı göstergeler ile ilgili yapılan iyileştirme ve düzenlemeler hakkında bilgi sahibi olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Gösterge sonuçları ve iyileştirme çalışmalarına ilişkin planlar toplantı kayıtları vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Üst yönetim, gösterge sonuçlarını yönetim toplantılarında iyileştirme faaliyetlerini planlama sırasında kullanabiliyor olmalıdır.
- Gösterge takibin iyileştirme faaliyetlerinde çıktıların kullanımı konusunda çalışanlar bilgilendirilmelidir.



PÖ.SG.01.04

SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

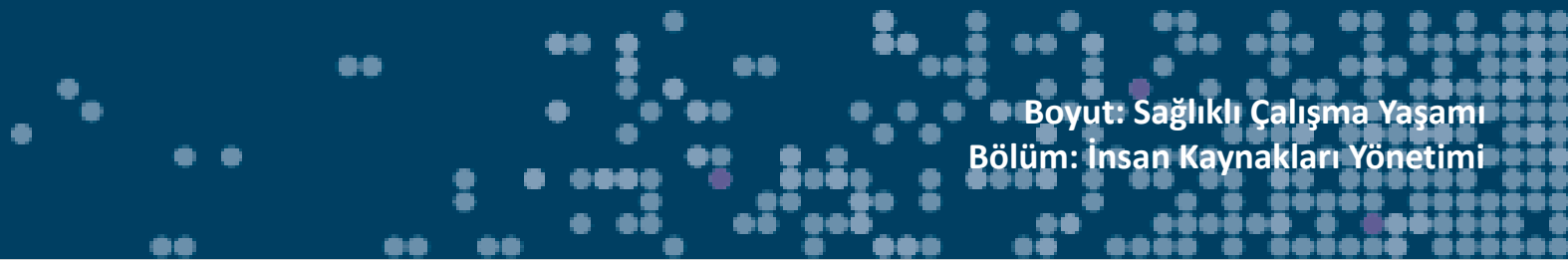
- Hastane tarafından takip edilen SAS göstergelerine ilişkin hedef, sonuç ve başarı yüzdesi şeklindeki bilgiler, TÜSKAnet Akreditasyon Yönetim Sistemi üzerinde yer alan SAS Gösterge Veri sistemine girilmelidir.
- SAS Göstergelere ilişkin sonuçların, SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmesine ilişkin ilgili çalışanlar bilgi sahibi olmalı ve sistemi kullanabiliyor olmalıdırlar.



Standart 13

İnsan Kaynaklarına Yönelik Bir Yönetim Yapısı Oluşturulması

Boyut: Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Bölüm: İnsan Kaynakları Yönetimi





Standart 13:

İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.

SÇ.İK.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulması kapsamında,

- Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisinin tanımlanması,
- Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiğinin tanımlanması,
- Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulması,
- Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçlerinin tanımlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının oluşturulmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SÇ.İK.01.01

Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.



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

Oluşturulacak yönetim yapısının hastanenin yönetim hiyerarşisinde nerede yer alacağı, kime ya da kimlere karşı sorumlu olacağı, hangi yetkilere sahip olacağı, kimlerin bu yapıda yer alacağı ve kimlerin bu yapıya karşı sorumlu olacağı gibi yönetsel ilişkiler tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetiminin onayı ile hastanedeki insan kaynakları yönetime yönelik çalışmaları yürütecek, nitelikli personelden oluşan komite, birim, komisyon vb. bir yapı oluşturulmuş olmalıdır.
- Böyle bir yapının oluşturulduğu kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.
Ör: 1. Organizasyon şeması, hastane yönetimi onayı, resmi görevlendirme yazıları, iş ve görev tanım belgeleri
Ör: 2. insan kaynaklarına ilişkin yönetsel yapının diğer kademelerle ilişkisini' gösteren yazılı bir prosedür vb. doküman
- Yönetim yapısındaki değişikliklerin örgüt şemasına yansıtılması, iş analizi, görev tanımlamalarının personele tebliğ belgeleri, bunların kurumun web sitesinde yayınlanması, hastanenin vizyon, misyon ve politikaları gösterir tüm belgelerine İK yönetim yapısının diğer yönetim yapılarına yer verildiği şekli ile yer verildiği ilgili kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör. Üst yönetim toplantı tutanakları, web sitesi, hastane politika dokümanları vb.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İK yönetim biriminin çeşitli karar süreçlerini yansıtan (işe alım prosedürü, performans değerlendirme vb.) konular ile diğer üst yönetim birimlerinin uyumu sağlanmalıdır.
Ör. İK biriminin işe alım sürecine ilişkin yapılanma kararları hakkında, işe alım komitesindeki diğer üyelerin (başhemşire, yoğun bakım bölüm başkanı vs.) uyum gösterdiğini ve sorunsuz işe alımların düzen içerisinde yapıldığı gösteren işe alım dokümanları, sınav sonuç belgeleri
Ör 2: İK yönetim biriminin çeşitli kararlarının üst yönetim tarafından tüm birim yönetici ve çalışanlarına uygulamaya esas olarak duyurulması, buna ilişkin belgeler
- Yönetim yapısında görev alan üyelerin İK süreçlerine ilişkin bilgi ve farkındalıkları yüksek olmalı ve bunlar dokümanlarda tanımlanan bilgilerle tutarlılık göstermelidir.
- Ör: Yönetim yapısındaki üyelerin rol ve fonksiyonları biliyor olması ve katılıyor olması.
- Tüm hastane çalışanları İK yönetim yapısından haberdar olmalı, çalışanların kendi birimlerinde İK yönetim yapısında belirlenen süreçlere uyumu sağlanmalıdır.
- Ör: Çalışanların kurumda uygulanan performans değerlendirme sisteminin kendi iş birimlerine ve/ya süreçlerine olumlu/olumsuz yansımalarına ilişkin bilgisi olmalı, buna ilişkin sonuçlar izlenebiliyor olmalıdır.

SÇ.İK .01.02

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

Yönetim yapısında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.

Ortaya konulması gereken görevlerin ve sorumlulukların yerine getirilmesi için yapıda yer alacak kişilerin hangi niteliklere sahip olması gerektiği de tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane üst yönetimi onayı ile İK yönetim birimindeki tüm görev alanları için iş analizi yapılmış olmalı, çalışanlar için iş tanım ve gereklilikleri oluşturulmalıdır.
Buna ilişkin yapılan çalışmalar, tutanaklar, raporlar vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör: İK çalışanları için oluşturulmuş bireysel beceri dosyalarından çalıştıkları birimlere yetkinlik bazlı seçilme nedenlerini gösteren CV., eğitim sertifikası, diploma yönetici notları, vb. belgeler
- İK yetki alanı içine giren tüm süreçlere ilişkin çıktı raporları, Performans değerlendirme raporları, işe alım faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. dokümanlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Ör: Genel olarak İK birimine ve alt birimlerine ilişkin devir oranı istatistikleri, birimde çalışan personel memnuniyet raporları
- İK biriminde çalışma, iş analizi çalışmaları kapsamındaki görev-sorumluluk çalışmaları yapılması diğer çalışanlar ve üst yönetim tarafından desteklenmelidir.
Ör: Performans değerlendirme biriminde çalışanların iş gereklilikleri kapsamında düzenlenen görev-yetki-sorumluluklarını gösteren belgeler, üst yönetim tarafından diğer birimlere örnek ve uygulamaya esas olması için tüm çalışanlara duyurulmalıdır.
- İşe alım yapılanmasında görev alanlar (ör. Komite üyeleri) kendileri ile ilgili rol ve fonksiyonları biliyor ve süreçlere katılım sağlıyor olmalıdır.
- İK birim personeli, işe bağlılık, örgütsel sessizlik, çatışma vb. konularda bilgi sahibi olmalıdır.
Ör: İK birim personeli, yetkinliklerine uygun olarak sadece görev tanımlarında belirtilen doğrultuda çalıştırılıyor olmalıdır.
- İK çalışmaları hastane yönetimi tarafından destekleniyor ve tüm süreçler hastane yönetimi ile koordineli bir şekilde yürütülüyor olmalıdır.



SÇ.İK .01.03

Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İK birim hedefleri yıllık olarak belirlenmiş olmalıdır. , İK yönetim yapısına ait bütçe, faaliyetlere ilişkin nicel ve nitel planlar (Ör: Bütçe yazıları, faaliyet planları ve önleyici tedbirlere ilişkin dokümanlar) hastane yönetimi tarafından onaylanmalıdır.
- Hedeflerin aylık ve yıllık olarak veya belirlenmiş farklı zaman periyotlarında incelenmeli, hedef ve gerekli bütçeyi belirleme faaliyetleri, tutanak, rehber, rapor vb. doküman üzerinde geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Ör: Düzeltici, önleyici faaliyet raporları
- Hedef belirleme sürecine ilişkin yapılanma kararları üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- Ör 1: Hedef belirleme prosedüründeki revizyonlara ilişkin birim karar dokümanları
Ör 2: Hedeflerin üst yönetimce tüm çalışanlara duyurulması
- İK Yönetim yapılanmasında görev alan çalışanlar, hedeflerin belirlenmesi süreçlerini biliyor olmalı
Ör: Birim çalışanlarının hedefleri ve hedeflere ulaşılabilmesini engelleyici tedbirleri biliyor olmaları
- İlgili süreç sahibi üyeler dokümanlarda tanımlanan süreçleri biliyor ve katılım sağlıyor olmalıdır.
Ör: Toplantı kararları ile uygulamaların tutarlı olduğunun gözlenmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane çalışanları işe alım prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olmalı ve gerekli değişiklikleri uygulamalarına yansıtmış olmalıdır.
- Ör: Hedef belirleme ve bütçelendirme prosedüründeki yapılan gerekli revizyonların uygulama alanlarına yansıtılmış olması



SÇ.İK .01.04

Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.



Çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilerek bunların dikkate alınması ve karar mekanizmalarına katılımlarının sağlanması noktasında geri bildirimlerin hangi kapsamda ve hangi araçlarla elde edileceğinin tanımlandığı bir sistem kurulmalıdır.

Çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesine yönelik çalışmalar, asgari aşağıdaki gereklilikleri kapsamalıdır;

- Düzenli yapılan memnuniyet anketleri
- Çalışanlar ile birebir ve yüz yüze görüşmeler
- Çalışanların görüş ve önerilerinin alınması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İK yönetimi birimlerinin hastanedeki personelin görüş ve önerilerini düzenli olarak alması hastane yönetimi tarafından onaylanmış olmalı ve bu yönde gerçekleştirilen uygulamalar kayıt vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör: 1. Çalışan memnuniyeti anketleri istatistiksel değerlendirmesi, sonuçların hastane web sitesinden paylaşılması vb.
Ör. 2. Çalışanların görüş ve önerilerinin alındığına dair kayıtlar, konuyla ilişkili yönetim kurul kararları
- Memnuniyet anketlerinin kurumsal yapılandırılma durumlarını gösteren tutanak, rapor vb. dokümanlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır. Ör. 1. Anketlerin kullanım rehberleri
Ör. 2. İhtiyaç ve beklentilere ilişkin analiz raporları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Personelin geri bildirimlerinin alınması sürecine ilişkin yapılanma kararları üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
Ör 1: İşe alım prosedüründeki değişikliklerle işe alım komitesi kararları arasında tutarlılık
Ör 2: İşe alım komitesi kararlarının üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulması
- İK yönetimi birimleri, hastanedeki personelin görüş ve önerilerinden geri bildirim olarak gerekli değişiklikleri yapıldığı gözlenebilir olmalıdır.
- Memnuniyet anketlerinde görev alanlar (üyeler) ile anket sonuçları tutarlık gösteriyor olmalıdır.
Ör: 3 ayda bir çalışanların görüş ve önerilerinin düzenli olarak alınması ve yönetime bildirilmesi
- Hastane çalışanları, görüş ve isteklerinin düzenli toplanmasına ilişkin yapılanmadan haberdar olmalı ve önerileri uygulanıyor olmalıdır.
- Ör: Hastanede performans değerlemeye ilişkin çalışanlardan alınan önerilerin dikkate alınmış ve uygulamaya yansıtılmış olması



Standart 14

**Çalışanların İşe Alım ve Uyum Süreçleri ile
Çalışma Yaşamının Geliştirilmesi**

Boyut: Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Bölüm: İnsan Kaynakları Yönetimi



Standart 14: Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.

SÇ.İK.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmesi kapsamında,

- Hastanenin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmasını,
- Personel işe alım süreçleri tanımlanmasını,
- İşe alınan personelin hastaneye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçlerin belirlenmesini,
- Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmesini,
- Çalışanların performans ölçümlerinin yapılması, performansın artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve gerekli eğitimlerin sağlanmasını,
- Hastane tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığının izlenmesi, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Çalışanların; işe alım ve uyum süreçleri için yapılması gerekenlerin ve çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesine yönelik gerekliliklerin tespit edilmesini ve uygulanmasını amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının oluşturulmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SÇ.İK.02.01

Hastanenin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.

Hastane, hangi hizmet alanında hangi niteliklerde personele ihtiyaç duyduğunu belirlemeli, istihdam edebileceği personel imkânlarını tespit etmeli, personelin temin edilmesi ve eğitilmesi gibi temel süreçleri önceden planlamalıdır.

Temin planında, sunulacak hizmetlere ilişkin ihtiyaçları karşılayabilecek farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri vb.) yer verilmelidir.

Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmeli ve yasal düzenlemeler de dikkate alınarak insan kaynakları planlaması gerçekleştirilmelidir.

Tespit edilen ihtiyaçlara yönelik olarak hangi nitelikteki ve sayıdaki personelin nasıl temin edileceğine yönelik tedbirler belirlenmelidir.

İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde hangi bilgi ve belgelerin gerektiği, değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmelidir.

Hastane, işe alınacak personeli hastanenin hangi imkânlarından yararlanabileceği, çalışanlara sunulan olanaklar ve çalışan hakları konusunda bilgilendirmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Standart gerekliliklerine uygun olarak hazırlanmış, üst yönetim tarafından onaylanmış temin planı bulunmalıdır. Temin planı, hastanede yürütülen hizmet birimlerinin sayısı nitelikleri ile bu birimlerde çalışacak personelin sayı ve niteliği ile yeni açılması yada kapatılması öngörülen hizmet birimlerinde personel değişim dönüşüm plan ve politikaları şeklinde hazırlanmış olabilir.

Ör.1.Hizmet birimleri ve özelliklerinin yer aldığı hastane yönetmeliği/yönerge/organizasyon el kitabı / organizasyon şeması

Ör.2.Hizmet birimlerinde görevli profesyonel üyeler (meslek grupları) ve diğer personelin (profesyonel olmayan) dağılımını gösteren belge form vb.

Ör.3. Hizmet birimleri için ihtiyaç duyulan personelin sayı ve niteliğini hizmet gösterir yazı belge, (planlar ve birim yöneticilerinin talepleri)

Ör.4. Kritik hizmet birimlerinde (Yoğun bakım, yeni doğan üniteleri vb) bulundurulması zorunlu personel sayısı ve niteliğine ilişkin mevzuat, yönetmelik yönerge vb.

Ör.5. Talep edilen personel ihtiyacının teminine ilişkin planlamalar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Personel temin planı geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde standart gerekliliklerde belirtilen basamakları içeren doküman bulunmalıdır. Hizmet birimlerine özgü mevcut ve ihtiyaç duyulacak personelin nasıl temin edildiğine ilişkin planlamalar, belge, rapor toplantı kararları vb. izlenebilir olmalıdır.
 - Ör.1. Hizmet birimlerinden personel ihtiyacına ilişkin gelen yazılar
 - Ör.2. Personel ihtiyacına karşılama zamanı ve temin süresine ilişkin veriler
 - Ör.3. Hastane yönetiminin yeni hizmet birimi açılmasına ilişkin karar yazıları
 - Ör.4. Personel hareketliliğine (kurum içi yer değişikliği, işten ayrılımlar.) ilişkin istatistiksel veriler
 - Ör.5. Hastanede hizmet birimlerine personel temininde iç kaynaklardan etkin yararlanıldığına ilişkin belge veriler.
- İşe alınacak personelin bilgilendirildiği kayıtlar vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Personel temin planı yapılanmasının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. dokümanın geriye dönük incelenebilir olmalıdır.
- Kamu ve üniversite hastaneleri gibi, personel temin süreci resmi bir üst merci tarafından yürütülen kurumlarda, hastanenin yönetimine dâhil olan konular üzerinden uygulanır.
- Hastane çalışanları personel temin planından haberdar olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumdaki personel temin planının işe yararlığına ilişkin faaliyet çıktıları ve bunların sürekliliği izlenebilir olmalıdır.
- Personel temin planı uygulamaları hastane yönetimi tarafından destekleniyor olmalı ve hastane çalışanları ve birimler ilgili planlamaya uyum ve katılım sağlamalıdır. Hastane yönetiminin personel planlarına ilişkin onayı personel teminine verdiği destek izlenebilir olmalıdır.
 - Ör.1. Hastane yönetiminin personel temin planına ilişkin görüşlerine ilişkin belge, yazı vb.
 - Ör.2. Hastane yönetiminin personel politikalarına ilişkin kararları,
 - Ör.3. Personel temini ve planlara ilişkin hastane yönetim ile yapılan toplantı tutanakları
 - Ör.4. Birim yöneticilerinin personel planlarına ilişkin talep ve sorun ve desteklerine ilişkin yazışma, rapor vb. iletiler
- Birim yöneticileri ile insan kaynakları ihtiyaçlarının belirlenmesi ve karşılanmasına ilişkin süreci biliyor ve tanımlandığı şekliyle uyuluyor olmalıdır.



SÇ.İK .02.02

Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır.



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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Tüm işe alım süreçlerini tanımlayan doküman bulunmalıdır.
- Farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personelin nitelikleri (eğitim durumu, bilgi beceri yetenek vb) işe başvuru ve kabul koşullarını gösteren yazılı karar, belge, fomlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
 - Ör.1 Meslek gruplarına özgü hazırlanmış işe başvuru form örnekleri
 - Ör.2 Meslek gruplarına özgü işe alım yöntemi (mülakat, yetenek testi vb değerlendirme yöntemleri) ile ilgili belge, doküman
 - Ör.3. Personel alımı ile ilgili durumu ilan metni
 - Ör.4. Personelin işe alım sürecinde görevlendirilen komite kişilerle ilgili görevlendirme yazıları
 - Ör.5 personel işe alım sürecinde yapılan değerlendirme(yazılı sözlü) sınav test vb. belge örnekleri
 - Ör.6.İşe alınma hak kazanan personele yapılan bildirimi ile ilgili ilan/yazı vb.
 - Ör.7. İşe alım sürecine yapılan itirazlar ve verilen cevaplara ilişkin belge tutanak karar yazıları
- İşe alım süreçleri ile ilgili tüm belge ve dokümanlar izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. Başvuru formlarında yapılan revizyon sayısı
 - Ör.2 işe alımda sözlü yada yazılı değerlendirme formlarında yapılan revizyon
 - Ör.3 İşe alım süreçlerinde eksiklik ve hatalara ilişkin tutulan raporlar
 - Ör 4.İşe alım süreci ile ilgili gelen şikâyet öneri vb. belge yazı, tutanaklar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İşe alım sürecinin tüm aşamalarında hastane yönetimi ve ilgili birim yöneticilerinin bilgisi ve onayı belge, rapor vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör 1. Süreç ilişkin hastane yönetiminin onaylı yazısı vb. doküman
Ör 2. İşe alım süreci ile ilgili gelen şikâyet öneri vb. belge yazı, tutanaklar
- İlgili süreç sahibi çalışanlar ve yöneticiler işe alım süreçlerini ilgili dokümanda tanımlanan doğrultuda gerçekleştiriyor olmalıdır.
- İşe alım süreçleri ile ilgili ilke ve süreçler ilan edilmiş olmalıdır. İşe alım süreçleri ile ilgili ilke ve süreçlerin ilan edilme durumu, kayıtlar vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Kamu ve üniversite hastaneleri gibi, personel temin süreci resmi bir üst merci tarafından yürütülen kurumlarda, hastanenin yönetimine dâhil olan konular üzerinden uygulanır.



SÇ.İK .02.03

İşe alınan personelin hastaneye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.

Hastane, ihtiyaçları doğrultusunda tanımlanan pozisyon için istihdam ettiği personelin yeni çalışma ortamına hızlı ve doğru bir şekilde adap- te olmasını sağlamaya yönelik süreçleri tanımlamalıdır.

Çalışanın iş ortamında uyması gereken temel ve mesleki kurallar, hastanenin temel çalışma ilkeleri, çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit edebilecek unsurlar ile hiyerarşik düzende çalışacağı kişiler ve hastane çatısı altında yararlanabileceği fiziksel, sosyal tüm imkânlarla kadar her türlü bilginin personele işe başlarken ve belli bir zaman diliminde aktarılması gereklidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İşe alınan personelin meslek grupları ve iş tanımları doğrultusunda, iş ortamında uyması gereken temel ve mesleki kurallar, hastanenin temel çalışma ilkeleri, çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit edebilecek unsurlar ile hiyerarşik düzende çalışacağı kişiler ve hastane çatısı altında yararlanabileceği fiziksel, sosyal olanaklar vb. bilginin belli bir zaman diliminde aktarıldığı ile ilgili süreçlerin varlığı izlenebilir olmalıdır.
- İşe alınan personele yapılan uyum eğitimlerine ilişkin süreci belirleyen, belge form rapor tutanak vb. dokümanlar hazırlanmalıdır.
 - Ör 1. Uyum eğitim programlarının içeriğini (mesleki, genel, işe özel eğitimler vb) gösterir belge
 - Ör 2. Uyum eğitimlerinde öngörülen başarı puanı, eğitim öncesi ve sonrası yapılan (ön test-son test) değerlendirme formu
 - Ör.3. Uyum eğitiminin yapıldığı zamanı, işlenen konu, eğitmen, eğitimin süresi ve değerlendirme yöntemine ilişkin bilgilerin yer aldığı form
 - Ör 4 Uyum eğitimi alanlara verilen katılım belgesi formu örneği
- Çalışanlar ve birim yöneticileri, uyum eğitimlerinin içeriği, sunumu, süresi ve yararlılığı hakkında geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- İşe alınan personele yapılan uyum eğitimleri sonucunda personelin işe uyumunda başarısı ile ilgili karşılaştığı sorunlar ve çözümüne ilişkin alınan önlemler izlenebilir olmalıdır.
- Uyum eğitimleri sonuçları, rapor toplantı tutanağı v.b kayıtlar üzerinden değerlendiriliyor olmalıdır.
 - Ör. 1 Uyum eğitimi alanların başarı puanları ile uygulamadaki performansına ilişkin çalışan ve birim yöneticilerinin geri bildirim rapor ve yazıları
 - Ör 2. Geri bildirimler doğrultusunda uyum eğitimlerinde yapılan değişikliklerle ilgili rapor
 - Ör 3. Birime ve işe uyumla ilgili sorunları devam eden çalışanlarla ilgili alınan önlemlere belge
 - Ör 4.Uyum eğitimleri sonrasında katılımcıların eğitimden memnuniyetini değerlendirme formu



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışanlar ve birim yöneticileri, eğitimin içeriği, süre ve sunum devamlılığına ilişkin geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- İşe alınan personelin hastaneye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçlerden ve sonuçlarından hastane ve birim yöneticileri bilgi sahibi olmalı ve sürece ilişkin kayıtlarda onayı bulunmalıdır.
- Hastane yönetiminin uyum eğitim sürecinin işe başlayan tüm personele uygun zaman diliminde yapıldığı ve sonuçları ile ilgili geri bildirimleri kayıtlar üzerinden izlenebilmelidir.
Ör. Çalışanların uyumuna ilişkin hastane yönetimine iletilen tutanaklar /yazılar
- Uyum eğitimlerinin zamanı süresi içeriğine ilişkin hastane yönetimi ve birim yöneticileri bilgi sahibi olmalıdır.



SÇ.İK .02.04

Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.

Çalışan veya istihdam edilmesi planlanan personelin önceden tanımlanan işleri içerecek şekilde görevleri, görevlerine ilişkin yetki ve sorumluluk alanları hizmet süreçleri ile uyumlu olarak belirlenmelidir.

Çalışanların görevlerini başarı ile yerine getirip getirmediğinin ölçüsü olarak ifade edilen performans kriterleri belirlenmeli ve çalışanlar bu kriterler hakkında bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışanların görev yetki ve sorumluluklarının görevin gerektirdiği niteliklere ve performans kriterleri uygunluğu dokümanlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör. 1.Hastanede tüm çalışanların iş tanımları ve görev yetki ve sorumluluklarının yazılı olarak yer aldığı organizasyon el kitabı vb. belge
Ör.2.Çalışanların görevin niteliğine uygunluğunu gösteren diploma, sertifika belgesi
Ör.3 Çalışanların ilgili görevle görevlendirilme yazıları
Ör.3 Çalışanların performans kriterlerinin tanımlandığı belge
- Çalışanlar, birim yetkilileri vb. görevin nitelikleri ile uyumlu olarak görevlendirilme durumu gözlenebilir olmalıdır.
- Çalışanların mesleki niteliklerine uygun görevlendirme ve performans kriterleri ilgili kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör. 1.Görev tanımlarında yapılan revizyon sayısı
Ör 2. Görev değişikliği yapılan personel sayısı ve niteliğine uygunluğunu gösterir belge kayıt, personel dosyası
Ör Belirlenen performans kriterlerinde yapılan revizyona ilişkin tutanak, belge vb.
- Hastane yönetiminin, personelin görevlendirilmelerine ilişkin onayı izlenebilir olmalıdır.
Ör.1. Personel dosyasında görevlendirme belgelerinin incelenmesi
Birim yöneticileri ve çalışanların görevlendirmeler ve performans kriterlerine ile ilgili görüşleri



SÇ.İK .02.05

Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı, performansın artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.

Hastane tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır.

Çalışan performansını artırmaya yönelik hangi eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin hangi kapsamda olması gerektiği, çalışanların farklı niteliklerine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak belirlenmeli ve eğitime yönelik gerekli planlamalar yapılmalıdır.

Bu kapsamda verilecek eğitimlerin hedefleri önceden tanımlanmalı, eğitimler sonrasında eğitim hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı ölçülmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışanların performans ölçme araçları ve performanslarını geliştirici eğitimler, ilgili belge kayıt ve dokümanlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.
 - Ör.1.Performans ölçmede kullanılan yöntemler ve ölçme araçları ile ilgili dokümanlar
 - Ör 2. Performans ölçümleri sonucunda eğitimi ihtiyaçlarına göre yapılan eğitimlerle ilgili rapor kayıt vb doküman
 - Ör.1 Eğitim içerik sayı katılımcı ve değerlendirme sonuçlarını gösterir tutanak belge vb.
- Çalışanların performans değerlendirme sonuçları, etkileyen faktörler ve yapılan eğitim faaliyetleri kayıtlar üzerinde izlenebilmelidir.
 - Ör.1 Kurum çalışanlarının genel performans düzeylerine ilişkin istatistiksel veriler (6 aylık/ yıllık vb) raporlar
 - Ör.2.Çalışanların bireysel performanslarına ve yapılan geliştirici eğitime ilişkin personel dosyası kayıtları
- Hastane yönetimi, personeli ödüllendirme, kurum içi belirli pozisyonlarda görevlendirmelerde performans değerlendirme sonuçlarını dikkate alıyor olmalıdır.
 - Ör.1 Personel dosyasının incelenmesi
 - Ör.2.Personel dosyasında, performans sonuçlarına göre yapılan değerlendirmelere ilişkin onaylı belge



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışan personel ve birim yöneticileri, performans ölçme yöntemi ve geliştirici faaliyetler ve sonuçları hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
- Birim yöneticileri ve çalışanlar, performans ölçme süre ve sıklığına ilişkin geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Çalışanlar ve birim yöneticilerinin performans değerlendirme sistemine destek ve katkıları gözlenebiliyor olmalıdır.

SÇ.İK .02.06



Hastane tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.



Özellikli ekipman ve tıbbi cihazların yalnızca eğitimli ve yetkili kimseler tarafından kullanılması sağlanmalı ve eğitim planlarında bu konudaki eğitim ihtiyacı da göz önünde bulundurulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin neler olduğu birim/meslek grubu bazında belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Standart, protokol ve klinik rehberlerin kullanım durumu kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
 - Ör.1.Oluşturulan hastane protokolleri sayı ve çeşitlerine ilişkin form, belge
 - Ör.2. Oluşturulan klinik rehberlerin sayı ve çeşidine ilişkin form belge
 - Ör.3. İlgili protokollerin uygulandığını gösterir kayıtlı form dokümanlar
 - Ör.4. Kullanılan standart protokol ve klinik rehberlere ilişkin yapılan eğitimleri (zamanı, süresi, katılımcı sayısı, değerlendirme sonuçları) gösterir belge, rapor vb. kayıtlar
- Çalışanlar hizmetlere ilişkin oluşturulan standart, protokollerin kullanımı, etkililiği ve yapılan eğitimlerle ilgili bilgi sahibi olmalı ve süreçlere katılımı gözenebilir olmalıdır.
- Mevcut standart protokol ve klinik rehberlerin güncellenme sıklığı sürekli kullanımı ve yapılan eğitimlerin sürekliliği belge ve dokümanlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
 - Ör.1. Hastanede kullanılan standart, protokol ve klinik rehberlerin oluşturulma tarihi ve revizyon tarihlerini(sıklığını) gösterir belge, tutanak kayıt
 - Ör.2. Standart protokol ve klinik rehberlerin güncel formlarının ilgili birim ve çalışanlara bildirildiğini gösteren belge kayıt ve dokümanlar
 - Ör.3 Hastane hizmet göstergelerine ilişkin istatistiksel veriler
 - Ör. 4 Standart, protokol ve klinik rehberlerde yapılan revizyonla hastane hizmet göstergelerine yansımalarına ilişkin sayısal veriler



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

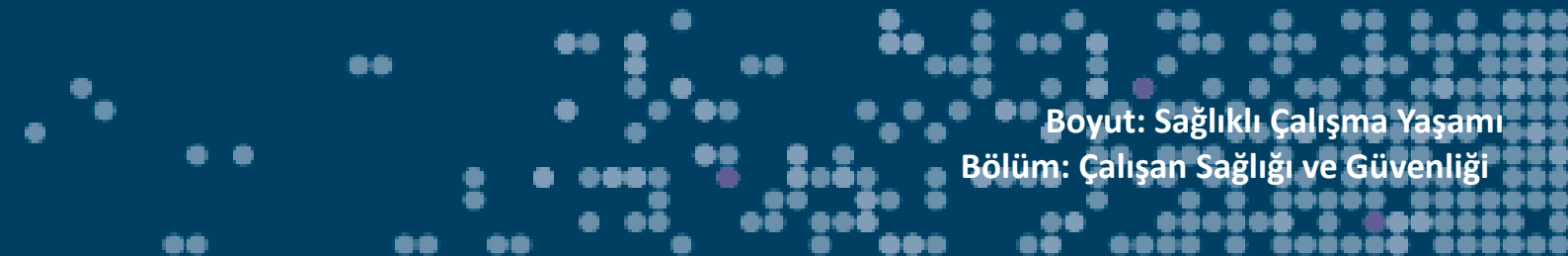
- Hasta ve çalışanlar, hizmetlerin kalitesi ve memnuniyetlerine ilişkin geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Mevcut standart protokol ve klinik rehberlerin kullanımına ilişkin dokümanlar hastane yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
 - Ör.1 Hastane yönetiminin hizmetlerin etkinliğine ilişkin istatistiksel verileri
 - Ör.2 Hastaların tanı tedavi ve bakım hizmetlerinin niteliğine ilişkin veriler, raporlar.
 - Ör. 3. Hastane yönetiminin kullanılan standart protokol ve klinik rehberlere ilişkin yaptığı toplantı ve kararları
- Birim yöneticileri ve çalışanlar, hizmet standart ve protokollerinin oluşturulması ve etkin kullanımına ilişkin verdikleri katkı ve desteğe yönelik geribildirim verebiliyor olmalıdır.



Standart 15

Çalışanların sağığını ve güvenliğini tehdit eden faktörlere yönelik önlem alınması, çalışma yaşamının geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmesi ve yerine getirilmesi

Boyut: Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Bölüm: Çalışan Sağlığı ve Güvenliği





Standart 15:

Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörlere yönelik önlem alınmalı, çalışma yaşamının geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir

SÇ.ÇG.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörlere yönelik önlem alınması, çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekliliklerin belirlenmesi ve yerine getirilmesi kapsamında,

- Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulması,
- Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizleri yapılması ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınması,
- Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanın çalışanlar tarafından kullanılmasının sağlanması,
- Çalışanların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanması,
- Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanması ve çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçlarının karşılanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının oluşturulmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SÇ.ÇG.01.01

Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetimi onayı ile hastanedeki çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili tüm süreci yürütecek nitelikte personelden oluşan komite oluşturulduğuna ilişkin izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır. Bünyesinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu bulunan hastanelerde bu komite çalışmaları tek bir yapı olarak birlikte yürütülebilir.
Ör.1. Komite çalışanlarının resmi görevlendirme yazıları vb.
- Çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili yapının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Ör: Komite toplantı tutanaklarının değerlendirilmesi
- Çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili yapılanmanın kararları, üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
Ör.1. Çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili prosedürdeki değişikliklerle ilaç komitesi kararları arasında tutarlılık olmalı
Ör 2. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi kararları, üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili yapılanmada görev alan Komite üyeleri, komitedeki rol ve fonksiyonları biliyor olmalı ve katılım sağlıyor olmalıdır.
- İlgili süreç sahibi üyeleri dokümanlarda tanımlanan süreçleri biliyor olmalıdır.
Ör: Toplantı kararları ile uygulamalar arasındaki tutarlılık gözlenebilir olmalıdır.
- Hastane çalışanları, çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili prosedürlerdeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamaya yansıtmış olmalıdır.



SÇ.ÇG .01.02

Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Öncelikle, bölüm ve hastane bazında çalışan güvenliği açısından güvenliği tehdit eden risk faktörleri ve bunların risk dereceleri belirlenerek durum tespiti yapılmalıdır. Riskler ortaya konulduktan sonra tespit edilen tehditlerin öncelik düzeylerine göre ortadan kaldırılması ya da minimuma indirilmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.

Hastanelerde çalışan sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik olarak asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:

- Çalışan sağlığı ve güvenliği kapsamında yönetim politikalarının oluşturulması
- Enfeksiyonların önlenmesi
- Sağlık taramalarına yönelik planlama ve uygulamaların yapılması
- Kimyasal madde ve radyasyon güvenliği
- Gıda güvenliği
- Gürültü
- Aydınlatma
- Düşmelerin önlenmesi
- Tesis kaynaklı risklerin yönetilmesi
- Ergonomik faktörler

- Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
- Psikiyatri kliniği, yoğun bakım ünitesi, acil servis gibi özellikli bölümlerde çalışan personele yönelik risklerin yönetimi
- Çalışanlar arası mobbingin önlenmesi
- Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
- Bağışıklama

Hastanede, çalışanların tıbbi, psikolojik ve diğer danışmanlık ve destek hizmetlerini sürekli alabileceği şekilde düzenleme yapılmalıdır.

Çalışanların mesleki kaza ve yaralanmalarının tedavisi ve çalışanların güvenliğini tehdit eden ramak kala yaşanan olaylar ve istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklerin belirlenmesine yönelik çalışma yapacak kişi/kişiler belirlenmiş olmalıdır.
- Bu kişilerin risklerin belirlenmesi çalışmasını yapma yöntem ve uygulamaları izlenebilir olmalıdır.
- Risklerin tespitinin ardından yapılacak iyileştirme ve bertaraf çalışmalarındaki uygulama usul ve esasları izlenebilir olmalıdır.
- Risk analiz çalışmalarını yapan kişiler, analiz çalışmalarını ne şekilde yaptıkları konusunda geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Yapılan risk analizlerine yönelik alınacak tedbirlerin ne şekilde planlandığı izlenebilir olmalıdır.
- Komite çalışmaları sırasında yapılan iyileştirme önerileri ile ilgili oluşturulan aksiyon planları komite üyeleri tarafından biliniyor ve uygulanıyor olmalıdır.
- Risk analizi ile ilgili yazılı bir doküman hazırlanmalıdır.
- Yapılan risk analizleri doğrultusunda planlanan iyileştirme faaliyetleri ve alınması öngörülen tedbirler yazılı dokümana aktarılmış olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışan güvenliği ve sağlığı ile ilgili tehditlerin tespitinin ardından komite olarak yapılan iş ve işlemler kayıtlar ve uygulamalar açısından izlenebilir olmalıdır.
- Yapılacak iyileştirme çalışmalarının yıl içindeki dağılımları ile yapılan ya da yapılması planlanan uygulamalar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Çalışan sağlığı ve güvenliği risk faktörleri üst yönetim ve bölüm/süreç yöneticileri tarafından biliniyor olmalı, iyileştirme faaliyetlerinin planlanması ve uygulanması gözlenebilir olmalıdır.
- Kurumdaki risk analiz çalışmalarının yapılması sırasında yönetim kademesi yanında her seviyede birim çalışanı tarafından çalışmalara destek verilmiş ve katkı sağlanmış olmalıdır.



SÇ.ÇG .01.03

Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanın çalışanlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır.

Hangi bölümlerde hangi kişisel koruyucu ekipmanın kullanılması gerektiği belirlenerek, ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Çalışanları koruyacak niteliklere sahip kişisel koruyucu ekipmanın, belirlenen çalışma alanlarında yeterli sayıda bulundurulması ve çalışanlara bu ekipmanın kullanılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi gereklidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışan risk analizi doğrultusunda kurum tarafından belirlenmiş olan yöntem ile (birim/bölüm/meslek grubu bazlı) risklere yönelik koruyucu ekipmanlar belirlenmiş olmalıdır.
- Koruyucu ekipman kullanımı ile ilgili kurallar dokümanite edilmiş olmalıdır.
- Ameliyathane, sterilizasyon, çamaşırhane, laboratuvarlar vb. alanlarda çalışanlar sağlık ve güvenlik açısından kullanmaları gereken koruyucu ekipmanları kullanıyor olmalıdır.
- Kurumdaki tüm birim sorumluları ve yöneticiler, çalışan sağlığı ve güvenliği için ihtiyaç duyulan koruyucu ekipmanların kullanımı konusunda bilgi sahibi olmalıdır.
- Koruyucu ekipman kullanımı konusunda yöneticiler çalışanları teşvik etmelidir.
- Çalışan sağlığı ve güvenliği ile ilgili risk değerlendirmesinde risk düzeyi özellikle yüksek belirlenen ve koruyucu ekipman kullanımı gereken birimlerde görev yapan çalışanlar konuyla ilgili bilgi sahibi olmalı ve koruyucu ekipmanları kullanıyor olmalıdır.
- Birim/bölümlerde çalışanların koruyucu ekipman kullanım alışkanlıkları gözlenebilmelidir.
- Koruyucu ekipman kullanımına ilişkin kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır. (eğitim kayıtları vb.)
- Birimlerde çalışanlar için belirlenmiş olan koruyucu ekipmanlar, çalışan sayısı göz önünde bulundurularak değerlendirilmelidir.
- Hasta ve çalışanlar ekipman kullanımı konusunda geribildirim verebiliyor olmalı ve bu geribildirimler tanımlanan süreçlerle tutarlı olmalıdır.
- Birim sorumluları ve yöneticiler tarafından çalışanların koruyucu ekipmanları kullanma durumları ile ilgili tespit ve kontroller gerçekleştirilmelidir.



SÇ.ÇG .01.04

Çalışanların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kalite iyileştirme faaliyetlerine ilişkin kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Ör: Açılan DÖF'lerin sonuçları, alınan aksiyonlara ait raporlar vb.
- Kalite iyileştirme çalışmaları ile ilgili farklı bölüm ve meslek gruplarındaki çalışanlar bilgi ve farkındalıkları yüksek olmalıdır.
Ör: teknik hizmetler görevlisi, sterilizasyonda çalışan hemşire, nükleer tıp bölümünde görevli doktor vb.
- Bölümlerde gerçekleştirilen kalite iyileştirme çalışmaları gözlenebilir olmalıdır.
Ör: Kurumun toksisitesi yüksek kimyasallar yerine daha düşük toksisitesi olan veya hiç toksisitesi olmayan kimyasalları kullanımına geçmesi vb.
- Kalite iyileştirme çalışmalarının etkinliğinin değerlendirildiğine ait izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.
Ör.1. İyileştirme sonrası etkinlik değerlendirme raporları vb.
- Kalite iyileştirme çalışmaları ile ilgili süreçleri kontrol etmekle kalite yönetim direktörü, bölüm sorumluları, komite üyeleri vb. sorumlu olan çalışanlar konuyla ilgili dokümanlarda izlenen bulgularla tutarlı bilgilere sahip olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışanlar kalite iyileştirme çalışmaları ile ilgili bilgilendirilmiş olmalıdır. Bu durum doküman ve gözlem düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
Ör. Çalışanlara konu ile ilgili mail yollanması, intranet/internet üzerinden duyuru yapılması vb.
- Hastane yönetimi ile (başhekim, kalite konseyi üyeleri vb.) süreç hakkında bilgi sahibi olmalı ve destek veriyor olmalıdır.
- Kalite iyileştirme çalışmaları ile ilgili farklı bölümlerde ve farklı meslek grubundaki çalışanlar (teknik hizmetler görevlisi, sterilizasyonda çalışan hemşire, nükleer tıp bölümünde görevli doktor vb.) konuyla ilgili bilgi sahibi olmalı ve sürece katkı veriyor olmalıdır.



SÇ.ÇG .01.05

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

Çalışanların fiziksel ortamları, kullandıkları malzeme ve cihazlar, kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddeler ve çalışma yöntemleri gibi konularda iyileştirme planları, personelin beklentileri de dikkate alınarak tasarlanmalıdır. Yapılan işler ile çalışanların fiziksel ve zihinsel kapasiteleri arasında uyum sağlanmalıdır.

Yeterli sağlık ve güvenlik düzeyine ulaşılması amacı ile çalışanların mesleki gelişimini veya motivasyonunu teşvike yönelik eğitimler ve faaliyetler, birimler ve bölümler arasında çalışanların haberleşme, iletişim ve işbirliğinin etkin olarak sağlanmasına yönelik çalışmalar planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Hastane tarafından; Personelin yararlanabileceği dinlenme, okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü, bireysel gelişim eğitimleri, hastane çalışanları için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik faaliyetler yapılmalıdır.

Hastanede engelli ve hasta personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Çalışana sağlanan imkânların, kolay ulaşılabilir, pratik ve çalışan odaklı olmasına özen gösterilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışma ortamı ile ilgili şartların çalışanlar açısından uygunluk değerlendirmesinin yapılma sıklığı ve nasıl gerçekleştirileceği konusu tanımlanmış olmalıdır.
- Belirlenen yöntemle yapılan değerlendirmelerin ardından çalışılan ortamdaki tüm özellikler (fiziksel, kimyasal, ergonomik, tıbbi cihaz ve teknik donanım gibi) gözden geçirilmiş ve iyileştirme ihtiyaçları tespit edilmiş olmalıdır.
- Çalışanlar açısından ortam şartlarının düzenlenmesinde çalışan görüş öneri ve beklentileri dikkate alınmalıdır.
- Yapılacak düzenlemelerde önceliklerin tespit edilmelidir.
- Kurum üst yöneticisi ve yönetim kademesi çalışanlarının sağlıklı çalışma ortamı oluşmasındaki katkıları, yapılan yönetim toplantılarında dokümanite edilmiş olmalıdır.
- Çalışanlarla yapılan görüşmelerde sağlıklı çalışma ortamlarına sahip oldukları gözlenebilir olmalıdır.
- Çalışanlar, çalışma ortamlarının çalışma koşullarına uygunluğunun tespit edilmesi ve ortamları ile ilgili yapılan düzenlemelerde katkı sağlıyor olmalıdır.
- Kreş vb. sosyal imkânlar sağlanıyor olmalıdır.
- Eğitim vb. gibi işle ilgili konularda imkân sağlanıyor olmalıdır.
- Kurumdaki her seviyedeki yönetici, sağlıklı çalışma yaşamı oluşturma konusunda bilgi sahibi olmalı ve uygulamaları destekliyor olmalıdır.
- Yapılan iyileştirme çalışmalarına çalışanların katılımı sağlanmalıdır.

Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

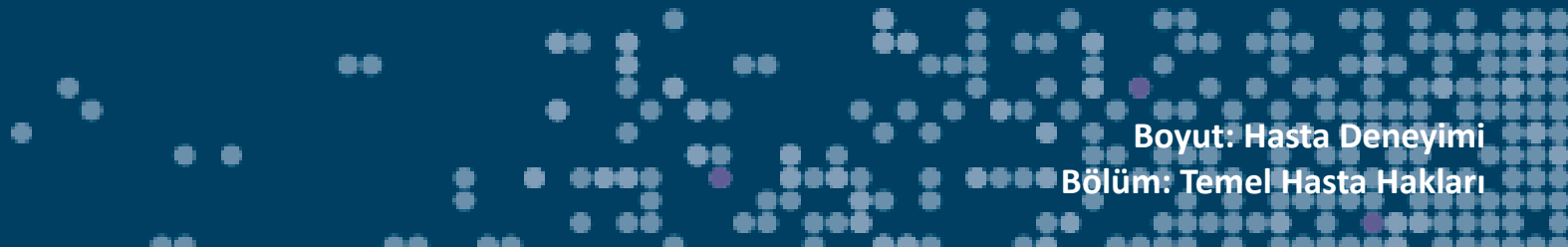
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28648, 15.05.2013.
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı:28512, 29.12.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı:28545, 29.12.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Kanun No:6331, Kabul Tarihi 20.06.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013.
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmî Gazete, Sayı: 28602,29.03.2013.



Standart 16

**Hastanın ve Hasta Yakınlarının
Haklarının Gözetilmesi**

Boyut: Hasta Deneyimi
Bölüm: Temel Hasta Hakları



Standart 16: Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.

HD.HH.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanede sunulan hizmetlerin, hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmesi kapsamında,

- Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulması,
- Hastanenin sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmesi,
- Hasta ve/veya hasta yakınının, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmesi,
- Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçlerin tanımlanmasını,
- Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmasını,
- Hastaya uygulanacak tıbbi işlemler öncesinde hastanın bilgilendirilmesi ve riskli işlemlerde hastanın rızası alınarak dokümanite edilmesini,
- Hastanın, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmesi, istediğinde dokümanların bir kopyasını alabilmesini,
- Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmasını,
- Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmasını,
- Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmasını,
- Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmasını içerir.



Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Hastanenin sunduğu hizmetlerde, hastanın ve hasta yakınlarının haklarının güvence altına alınması, hizmetlerin ve süreçlerin bu doğrultuda düzenlenmesini amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını ve tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



HD.HH.01.01

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta hakları konusundaki güncel mevzuatlara uygun bir yapılanma (hasta iletişim birimi vb.) ve düzenlemeler bulunduğu kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır. (Hastane yönetimi onayı, görevlendirme yazıları, diğer yazışmalar vb.)
- Bu yapıya ilişkin çalışmaları yerine getirecek sorumlu/sorumlular belirlenmiş, sorumlulukları tanımlanmış olmalıdır.
- Hastalar birime kolaylıkla başvuru yapabilecekleri, kolaylıkla geribildirimde bulunabilecekleri bir düzenleme bulunmalıdır.
- Ör.1.Hastaların geribildirimlerini elektronik ortamda iletebiliyor olmaları
- Hastaların bu yapıya yaptıkları tüm geribildirimler (görüş, öneri ve şikâyetler vb.) değerlendiriliyor ve gerekli iyileştirmeler yapılarak sonuçlandırılıyor olmalıdır.
- Bu yönetsel yapının varlığından çalışanlar, hasta ve hasta yakınları haberdar olmalı ve hastalar tarafından aktif kullanılıyor olmalıdır.
- Hasta/hasta yakını/çalışanlardan gelen öneri, talep ve istekler, ilgili yapıdan gelen talepler vb. durumlar hastane yönetimi tarafından destekleniyor ve teşvik ediliyor olmalıdır.
- Bu yapıda görev alan çalışanlar görev ve sorumluluklarını biliyor ve görevin gereklerini yerine getiriyor olmalıdır.
- Hizmet aldıkları süre boyunca kendilerine sunulan hakların neler olduğu, geribildirimleri olduğunda bunu ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak iletebilecekleri konusunda geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Hastaların kurumdan memnuniyet düzeyleri planlanan aralıklarla ölçülüyor ve buna yönelik gerekli iyileştirmeler sağlanıyor olmalıdır.



HD.HH .01.02

Hastane sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.

Hastane sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane, sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri, güncel ve sürekli bir biçimde ve geriye dönük izlenebilir olarak, haber, web sitesi bilgisi, bilgilendirme panoları vb. kayıtlar üzerinden kamuoyu ile paylaşıyor olmalıdır.
- Hastanenin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik oluşturulan kurumsal web sitesi
 - kamuoyuna etkin bilgilendirme imkânı sağlıyor olmalı, asgari kurumun organizasyon yapısı, hastane misyon, vizyon ve değerleri, hastaneye ulaşım ve iletişim bilgileri, hizmet verilen bölümler/branşlar, hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık alanına ilişkin spesifik ilgi alanları, varsa özellikli hizmetlere yönelik bilgiler, ziyaret saatleri, uyulması gereken konular, geribildirim verilebilecek alanlar vb. kullanıcıların hastane hakkında temel bilgilere erişimini sağlayan bir tasarımda olmalıdır.
- Hastane sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgilerin sürekliliği ve devamlılığına yönelik, yönetimin katkı ve katılımı, ilişkili yazışmalar, önerilere verilen yanıtlar, ne kadar soruna ne sürede olumlu geri bildirim verildiğini gösteren kayıtlar vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Hasta/hasta yakını ve çalışanlar, hastanenin sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkında bilgi sahibi olmalı ve farkındalıkları yüksek olmalıdır.

Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetlerini, hasta sorumluluklarını ile diğer hizmetleri kim tarafından, ne zaman, ne sıklıkla, hangi içerikte, nasıl bir yöntemle bilgilendirme yapıldığına yönelik süreçler tanımlanmış olmalıdır.
- Ör. Hastaların bilgilendirilmesine yönelik politika/prosedür vb.
- İlgili konulara ilişkin yapılan eğitim planları, toplantı tutanakları, rehberler, raporlar, izlem raporları vs. geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Bu konuda alınan kararlara yönetimin desteği ve katılımına yönelik yanıtlara, söz konusu konuya ilişkin talep, istek ve önerilere yönetimin ne sayıda ve ne sürede olumlu yanıt verdiği kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler ilgili kim tarafından, ne zaman, ne sıklıkla, hangi içerikte, nasıl bir yöntemle bilgilendirme yapıldığı, kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalı, hastalar bu yönde olumlu geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Çalışanlar, hasta ve hasta yakınlarına teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri konusunda bilgi verilmesine ilişkin süreçlerin işleyişi hakkında bilgi sahibi olmalı ve katılım sağlıyor olmalıdır.
- Hasta ve/veya hasta yakınlarının bilgilendirilmesi ile ilgili uygulamalar hastane yönetimi tarafından teşvik ediliyor olmalıdır.



HD.HH.01.04

Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.



Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanın hekimini seçme hakkını güvence altına alınacak şekilde süreçleri tanımlayan bir düzenleme (doküman/sistem, ör. MHRS düzenlemesi, vs.) bulunmalıdır. Hastanın farklı bir hekimden tedavi almak istemesi durumunda nasıl bir yol izleneceği tanımlanmış olmalıdır.
- Hastanede görev yapan hekimler ve uzmanlık alanları hakkında bilgiler kamuoyuna tanıtılıyor olmalıdır.
- İlgili düzenlemelerin kurumda ne zamandan bu yana uygulandığı, aktif olarak kullanılıp kullanılmadığı vb. geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Hastalar ve/veya hasta yakınları, kurumda hekim seçme hakkını kolaylıkla kullanılabildiği, bu süreçlerin kendilerine sağlandığı yönünde olumlu geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Hekim seçme hakkının uygulanmasına ilişkin çalışanların farkındalıkları yüksek olmalı ve gereklerine uygun hareket ediyor olmalıdır.



HD.HH.01.05

Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hizmet sunum süreçlerinde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik kurallar tanımlanmış olmalıdır.
Ör. Hasta-sağlık çalışanı iletişimi, hasta şikâyetleri, memnuniyetlerinin sağlanması vb.
- Hizmet sunum süreçlerinde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik uygulamalar izlenebilir olmalıdır.
Ör. Hasta şikâyetleri, memnuniyetlerine ilişkin kayıtlar, hasta önerilerinin dikkate alınma durumunu gösteren belgeler, hastaların geribildirimleri vb.
- Çalışanların hizmet sunumunun tüm aşamalarında, hastalarla karşılıklı saygı ve profesyonellik çerçevesinde olumlu iletişim kuruyor olduğu gözlenebilir olmalıdır.



HD.HH.01.06

Hastaya uygulanacak tıbbi işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve riskli işlemlerde hastanın rızası alınarak dokümente edilmelidir.

Hastaya uygulanacak her türlü tıbbi işlem öncesinde, hasta bilgilendirilmelidir.

Riskli işlemler öncesinde hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır. Bu yazılı onay asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:

- İşlemi yapacak kişi
- İşlemden beklenen faydalar
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
- Varsa işlemin alternatifleri
- İşlemin riskleri, komplikasyonları
- İşlemin tahmini süresi
- Hastanın adı, soyadı ve imzası
- İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, ünvanı ve imzası
- Onayın alındığı tarih ve saat bilgileri



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaya uygulanacak her türlü tıbbi işlem öncesinde, hastanın nasıl ve ne kapsamda bilgilendirileceğine yönelik bir düzenleme bulunmalıdır. Bu düzenleme hasta rızasının, yapılacak riskli işlem öncesinde hastanın sözlü olarak bilgilendirilmesi ardından rızasının yazılı olarak alınması yönünde olmalıdır.
- Hasta rızasının alınmasına yönelik kuralların tanımlandığı şekilde uygulandığı, kayıt üzerinde izlenebilir olmalıdır. Ör. Bir riskli işlem öncesinde alınmış yazılı hasta rızasının hasta dosyasında bulunması.
- Yazılı hasta rızası, hastaya uygulanacak riskli işlemin kimin tarafından yapılacağı, işlemde beklenen faydaları, vb. gerekliliklerde belirtilen tüm parametreleri içeriyor olmalı ve hasta tarafından imzalanmış olmalıdır. Hastanın yaşının küçüklüğü, akıl hastalığı, sarhoşluk, bilincinin kapalı olması vb. durumlarda hukuki açıdan hastanın kanuni temsilcisi olabilecek bir kişinin imzası da kabul edilebilir.
- Hastalar kendisinin onayı alınmadan önce uygulanacak işlem, riskleri vb. gerekliliklerde belirtilen konularda sözlü olarak bilgilendirildikten sonra yazılı olarak rızasının alındığına yönelik geribildirim veriyor olmalıdır.
- Çalışanlar hasta rızasının alınmasına yönelik süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır.



HD.HH.01.07

Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaya yapılan işlemler, tahliller ya da kendisine ait özel bilgilerini içeren tüm dokümanlar bu kapsamda ele alınmalı ve hizmet alırken ya da hizmet alımı sonrasında bu dokümana ulaşabilmeli ve bir kopyasını alabiliyor olmalıdır. Bu durum kayıtlar ve uygulama düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
- Hasta ile ilgili bilgi ve dokümanların hangi durumlarda hasta yakını ile paylaşılabilceği tanımlanmış olmalı ve çalışanlar bunu biliyor ve uyguluyor olmalıdır.



HD.HH.01.08

Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaların manevi ihtiyaçları, inançlar, değerleri ile ilgili, kültürel ihtiyaçlar ise dil, din, tarih, gelenek-görenek, sanat ve dünya görüşü ile ilgili öğeleri ifade etmektedir. Kurumdan hizmet alan tüm hastaların, bu çerçevede kültürel ve manevi değerleri ile çatışmadan, ihtiyaçlarına cevap bulabildiği bir hizmet ortamında hizmet almaları sağlanmış olmalıdır.
- Hastaların manevi ve kültürel ihtiyaçları doğrultusunda hizmet aldığı uygulama ve hastalarla görüşmeler düzeyinde izlenebilir olmalıdır.



HD.HH.01.09

Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta mahremiyeti, hastanın fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyetini kapsayacak şekilde ele alınmalı ve alınacak tedbirlerin kapsamı bu çerçevede tanımlanmış ve uygulanıyor olmalıdır.

Fiziksel mahremiyet; sağlık hizmeti sunum süreçlerinin tamamında hastanın onayı dışındaki kişilerin ortamda bulunmaması, muayene masaları ve hasta yatakları arasında perde, paravan vb. düzenlemelerin olması vb. uygulamaları içerir.

Sosyal mahremiyet; Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyetle ilgilidir. Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunabilir. Kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihini söz konusu kültürel özellikler doğrultusunda belirleme, adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma ve tedbirli olma bunlardan bazılarıdır.

- Hastaların kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda, özellikle hassasiyet gösterilmesi yönünde talebi olduğu durumlarda teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı tanımlanmış ve uygulanıyor olmalıdır.
- Çalışanlar, hasta mahremiyeti konusunda bilgi sahibi olmalı ve bu bilgileri uygulamalarına yansıtmış olmalıdır.
- Hastalar kurumdan hizmet aldıkları tüm süreçlerde mahremiyetlerine özen gösterildiği yönünde olumlu geribildirim verebiliyor olmalıdır.



HD.HH.01.10

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hastaların sözlü olarak bildirilerek yazılı olarak rızası alınacağı tanımlanmış olmalı ve uygulanmalıdır.
- Bu uygulamanın geçmişe dönük olarak yapıldığı ve sürekliliği izlenebilir olmalıdır.
- Bu uygulamanın sağlanması hastane yönetimi tarafından destekleniyor ve teşvik ediliyor olmalıdır
- Çalışanlar bu uygulamayı biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
- Araştırma ve deneysel amaçlı çalışmalar gerçekleştirmeyen hastaneler için de olası durumlar açısından süreç tanımlanmış olmalıdır.



HD.HH.01.11

Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta ve hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.





Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta ve hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreç tanımlanmış olmalıdır.
- Bu yönde uygulama yürütüldüğü kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör. Güvenlik raporlama sistemine yapılan, hasta güvenliğine yönelik bir istenmeyen olay bildirimi hakkında ilgili hastanın bilgilendirilmiş olması.
- Çalışanlar, bu konuyla ilgili bilgi sahibi olmalı ve tanımlanan yönde gereklilikleri yerine getiriyor olmalıdır.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 23420 Tarih: 01.08.1998;



Standart 17

**Hastanın ve Hasta Yakınlarının Güvenliğinin
Gözetilmesi**

Boyut: Hasta Deneyimi
Bölüm: Hasta Güvenliği



Standart 17:

Hastanede sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.

HD.HG.01.00

Standart İeriği?

Bu standart,

Hastanede sunulan hizmetlerin, hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmesi kapsamında,

- Hasta güvenliğini sağlanmasına yönelik komite oluşturulması,
- Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizleri yapılması ve güvenliğı tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınması
- Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Hastanenin sunduğı hizmetlerde, hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğinin sağlanması ve güvenliklerini tehdit edebilecek unsurların önceden tespit edilerek, sunulan hizmetlerin ve ortaya konulan süreçlerin bu doğrultuda düzenlenmesini amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbirler alınmasını ve iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesini sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



HD.HG.01.01

Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.



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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetimi onayı ile hastanelerde var olan ya da oluşabilecek güvenlik tehditlerinin tespit edilebilmesi ve tedbirlerin alınabilmesini sağlamaya yönelik çalışmalar yürütecek nitelikte personelden oluşan komite oluşturulduğuna ilişkin izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır.
Ör.1. Komite çalışanlarının resmi görevlendirme yazıları vb.
- Hasta güvenliğinin sağlanması ile ilgili yapının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Ör: Komite toplantı tutanaklarının değerlendirilmesi
- Hasta güvenliğinin sağlanması ile ilgili yapılanmanın kararları, üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
Ör 1. Hasta Güvenliği Komitesi kararları, üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulmalıdır.
- Hasta güvenliğinin sağlanması ile ilgili yapılanmada görev alan Komite üyeleri, komitedeki rol ve fonksiyonları biliyor olmalı ve katılım sağlıyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlgili süreç sahibi üyeleri dokümanlarda tanımlanan süreçleri biliyor olmalıdır.
Ör: Toplantı kararları ile uygulamalar arasındaki tutarlılık gözlenebilir olmalıdır.
- Hastane çalışanları, (varsa) hasta güvenliğinin sağlanması ile ilgili prosedürlerdeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamaya yansıtılmış olmalıdır.
- Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın çeşitli bölümlerinde yer alan Hasta Güvenliği ile ilgili tüm konular bu komite kontrolünde ele alınmalı ve gerekli uygulamalar yürütülmelidir.

HD.HG .01.02



Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliğini tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Hasta güvenliğine yönelik riskler analiz edilmeli, değerlendirilmeli, risk düzeyleri belirlenmeli ve analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Hastane, Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın çeşitli bölümlerinde yer alan Hasta Güvenliği ile ilgili aşağıdaki konuları bu kapsamda ele almalıdır.

- Enfeksiyonların kontrolü
- İlaç güvenliği
- Radyasyon güvenliği
- Düşmelerin önlenmesi
- Güvenli cerrahi
- Kimlik doğrulama
- Bilgi güvenliği
- Acil durum yönetimi
- Tesis güvenliği
- Transfüzyon güvenliği
- Tıbbi cihaz güvenliği
- Güvenlik raporlama sistemi
- Atık yönetimi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda hasta güvenliğini tehdit eden risklerin belirlenmesine yönelik çalışma yapacak kişi/kişiler belirlenmiş olmalıdır.
- Bu kişilerin risklerin belirlenmesi çalışmasını yapma yöntem ve uygulamaları izlenebilir olmalıdır.
- Risklerin tespitinin ardından yapılacak iyileştirme ve bertaraf çalışmalarındaki uygulama usul ve esasları izlenebilir olmalıdır.
- Risk analiz çalışmalarını yapan kişiler, analiz çalışmalarını ne şekilde yaptıkları konusunda geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Yapılan risk analizlerine yönelik alınacak tedbirlerin ne şekilde planlandığı izlenebilir olmalıdır.
- Komite çalışmaları sırasında yapılan iyileştirme önerileri ile ilgili oluşturulan aksiyon planları komite üyeleri tarafından biliniyor ve uygulanıyor olmalıdır.
- Risk analizi ile ilgili yazılı bir doküman hazırlanmalıdır.
- Yapılan risk analizleri doğrultusunda planlanan iyileştirme faaliyetleri ve alınması öngörülen tedbirler yazılı dokümana aktarılmış olmalıdır.
- Hasta güvenliği ile ilgili tehditlerin tespitinin ardından komite olarak yapılan iş ve işlemler kayıtlar ve uygulamalar açısından izlenebilir olmalıdır.
- Yapılacak iyileştirme çalışmalarının yıl içindeki dağılımları ile yapılan ya da yapılması planlanan uygulamalar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Hasta güvenliği risk faktörleri üst yönetim ve bölüm/süreç yöneticileri tarafından biliniyor olmalı, iyileştirme faaliyetlerinin planlanması ve uygulanması gözlenebilir olmalıdır.
- Kurumdaki risk analiz çalışmalarının yapılması sırasında yönetim kademesi yanında her seviyede birim çalışanı tarafından çalışmalara destek verilmiş ve katkı sağlanmış olmalıdır.



HD.HG .01.03

Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

Analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

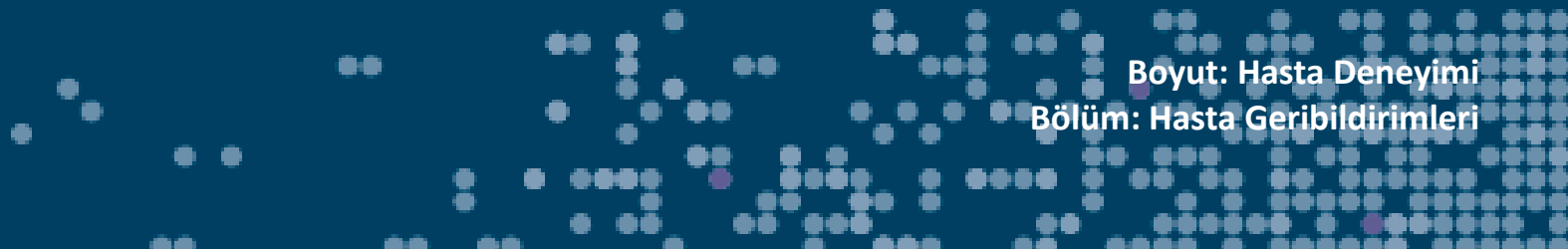
- Kalite iyileştirme faaliyetlerine ilişkin kayıtlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Örn: Açılan DÖF'lerin sonuçları, alınan aksiyonlara ait raporlar, kalite iyileştirme çalışmalarını gösteren tutanak, rehber, rapor vb.
- Kalite iyileştirme çalışmaları ile ilgili farklı bölüm ve meslek gruplarındaki çalışanlar bilgi ve farkındalıkları yüksek olmalıdır.
- Bölümlerde gerçekleştirilen kalite iyileştirme çalışmaları gözlenebilir olmalıdır.
- Kalite iyileştirme çalışmalarının etkinliğinin değerlendirildiğine ait izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.
Ör.1. İyileştirme sonrası etkinlik değerlendirme raporları vb.
- Kalite iyileştirme çalışmaları ile ilgili süreçleri kontrol etmekle kalite yönetim direktörü, bölüm sorumluları, komite üyeleri vb. sorumlu olan çalışanlar konuyla ilgili dokümanlarda izlenen bulgularla tutarlı bilgilere sahip olmalıdır.
- Çalışanlar kalite iyileştirme çalışmaları ile ilgili bilgilendirilmiş olmalıdır. Bu durum doküman ve gözlem düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
- Hastane yönetimi ile (başhekim, kalite konseyi üyeleri vb.) süreç hakkında bilgi sahibi olmalı ve destek veriyor olmalıdır.
- Kalite iyileştirme çalışmaları ile ilgili farklı bölümlerde ve farklı meslek grubundaki çalışanlar (teknik hizmetler görevlisi, sterilizasyonda çalışan hemşire, nükleer tıp bölümünde görevli doktor vb.) konuyla ilgili bilgi sahibi olmalı ve sürece katkı veriyor olmalıdır.



Standart 18

Hasta ve Hasta Yakınlarının Geri Bildirimlerinin Alınması

Boyut: Hasta Deneyimi
Bölüm: Hasta Geribildirimleri





Standart 18:

Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.

HD.GB.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin alınmasına yönelik sistem oluşturulması kapsamında,

- Sistemde, başta şikâyetler olmak üzere tüm geribildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsam, yöntem ve araçlar tanımlanması,
- Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmesi,
- Geribildirimlerin değerlendirilmesi,
- Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Kurumdan hizmet alanların, aldıkları hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin sistemli bir şekilde alınarak gerekli iyileştirmelerin yapılmasını sağlamayı amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

HD.GB.01.01

Sistemde, başta şikâyetler olmak üzere tüm geribildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsam, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastalar birime kolaylıkla başvuru yapabilecekleri, kolaylıkla geribildirimde bulunabilecekleri bir düzenleme bulunmalıdır.
- Ör.1.Hastaların geribildirimlerini elektronik ortamda iletebiliyor olmaları
- Hastaların bu yapıya yaptıkları tüm geribildirimler (görüş, öneri ve şikâyetler vb.) değerlendiriliyor ve gerekli iyileştirmeler yapılarak sonuçlandırılıyor olmalıdır
- Hasta ve hasta yakınlarının kendilerine sunulan hizmetlerle ilgili geribildirimleri hangi kanallar ve kimler aracılığıyla yapabilecekleri konusunda hastanenin poliklinik, acil servis, yataklı servis, danışma, hasta kayıt gibi bölümlerinde rehber, bilgilendirme broşürü, afiş, duyuru, LCD monitör, ya da bilgilendirme yapan bir personel bulundurulabilir.
- Memnuniyet anketleri rehberi doğrultusunda uygulama yapan personele gerekli eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yapılan gözlemlerde hastanede öneri ve şikayet kutusunun poliklinik, acil, servis, görüntüleme gibi bölümlerinde olma durumu gözlemlenmelidir. Hastane web sitesinde öneri ve istek bölümü bulunmalıdır. Öneri dışında hasta şikayet hakkı talep ederse çalışanlar hasta iletişim birimine yönlendirmelidir. Poliklinik alanı ve servislerde yapılan hasta görüşmeleri neticesinde hastanın kurum yetkilileri tarafından bilgilendirilip bilgilendirilmediği gözlemlenmeli ve sorgulanmalıdır.
- Hasta/hasta yakınlarından gelen öneri, talep ve istekler, ilgili yapıdan gelen talepler vb. durumlar hastane yönetimi tarafından destekleniyor ve teşvik ediliyor olmalıdır.
- Hastaneye yapılan başvurularla ilgili hastane yönetimince herhangi bir boşluk bırakılmaksızın ilgililere yönelik tanımlamalar yapılmalıdır. Ayrıca geribildirimler kapsamında değerlendirilebilecek, hasta hakları ve sorumlulukları, hasta memnuniyeti ve etik vb. konularda çalışanlara yönelik eğitimler yapılmalı ve bu eğitimler kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalıdır. Ör. Çalışanların yıllık eğitim planında yer almış olması, eğitim kayıtları vb.
- Hasta iletişim birimi sorumlusu, başhekim yardımcısı, sosyal hizmet uzmanı ve kalite yönetim direktörü vb. yapılan görevlendirmeler kapsamında gerekli işlemlerin yürütülme durumu kayıtlar ve ilgili çalışan ve hastalarla yapılan görüşmeler düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
- Tüm geribildirimler ile ilgili sorumlular, görev ve yetkileri kapsamında işlemleri gerçekleştiriyor olduğu gözlenebilir olmalıdır.

HD.GB .01.02

Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.

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

Geribildirimlerini ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabilecekleri gibi konularda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hizmet aldıkları süre boyunca kendilerine sunulan hakların neler olduğu, geribildirimleri olduğunda bunu ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak iletebilecekleri konusunda geribildirim verebiliyor olmalıdır.

HD.GB .01.03

Geribildirimler değerlendirilmelidir.

Hasta ve hasta yakınlarından elde edilen geri bildirimler sistemli bir şekilde analiz edilmeli ve bulgular değerlendirilmelidir.

Şikâyet içerikli geribildirimlerin değerlendirilmesine yönelik hastanın temsil edildiği bir değerlendirme komisyonu kurulmalıdır.

Hasta/Hizmet kullanıcısının şikâyetleri zamanında ve adil bir şekilde sonuçlandırılmalıdır.

Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalı, geribildirimlerden etkin bir şekilde yararlanılmalıdır.

Hasta/Hizmet kullanıcısının şikâyetleri zamanında ve adil bir şekilde sonuçlandırılmalıdır.

Bu amaçla hasta temsilcilerinin de yer aldığı bir değerlendirme komisyonu kurulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaların bu yapıya yaptıkları tüm geribildirimler (görüş, öneri ve şikâyetler vb.) değerlendiriliyor ve gerekli iyileştirmeler yapılarak sonuçlandırılıyor olmalıdır.
- Geribildirimlerin değerlendirilme durumu kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör. Toplantı tutanakları, değerlendirme formları vb.
- Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü, hasta iletişim birimi temsilcisi ve yönetimden bir kişi yer almalı, görüş, öneri ve şikâyetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalı, veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır.

HD.GB .01.04

Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır.
- Görüş, öneri ve şikâyeti bulunan hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.
- Geribildirimler sonucunda gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetleri kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.



Standart 19

**Hizmetlere Zamanında ve Hasta Konforunu
Sağlayacak Şekilde Ulaşılması**

Boyut: Hasta Deneyimi
Bölüm: Hizmete Erişim



Standart 19:

Hastanın hizmetlere zamanında ve hasta konforunu sağlayacak şekilde ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.

HD.HE.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanın hizmetlere zamanında ve hasta konforunu sağlayacak şekilde ulaşması için gerekli tedbirlerin alınması kapsamında,

- Hastanın hastaneye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulması,
- Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirlerin planlanması, hastanın ne kadar bekleyeceği, ne zaman muayene olacağı konusunda bilgilendirilmesi,
- Hastanede hizmet sunulan tüm alanların hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmesi,
- Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşımında ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınması,
- Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmesi,
- Taburcu sürecindeki hasta ve/veya hasta yakınlarına; hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi sonrasında dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği hekim ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasını,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını, teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

HD.HE.01.01

Hastanın hastaneye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.

Hastane, sunduğu hizmetlere yönelik deklare ettiği bilgilerle tutarlı şekilde, hastaneye başvuran hastaların karar süreçlerine yardımcı olmaya yönelik, ihtiyaç duyabileceği hizmetlerle ilgili detaylı bilgileri hastaya sağlamalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Karşılama, yönlendirme ve danışma hizmetlerinin hastanenin hangi bölümlerine konuşturılacağı ve bu alanlarda çalışacak kişilerin görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olmalıdır.
- Hastanenin hizmet verdiği hasta profili göz önünde bulundurularak hastaneden hizmet alan tüm hastaların (yabancı uyruklu hastalar dahil) hizmete erişimini sağlamaya yönelik planlamalar yapılmış olmalıdır.
- Hastane yönetimi tarafından bu personellere hasta hakları ve sorumlulukları, hasta memnuniyet, iletişim, zor insanlarla başa çıkma yöntemleri ve hizmet süreçleri gibi konularda eğitim verilmelidir.
- Özellikle Acil servis, hastane ana girişi, poliklinik alanları, ameliyathane bekleme alanları gibi hastanenin büyüklüğüne göre danışma hizmetinin ihtiyaç duyulabileceği alanlarda bu hizmet veriliyor olmalıdır.
- Bu alanlarda görevlendirilen çalışanlar hastaların ihtiyaç duyacağı bilgilere sahip oldukları gözlenebilir olmalıdır.
- Hastalar, karşılama, yönlendirme ve danışma hizmetlerinin etkinliği hakkında olumlu geribildirim sağlıyor olmalıdır.
- Hastane yönetimi hastanın başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı tüm bilgileri nasıl sunacağını önceden planlamış ve bu planlamaya uygun araç ve gereçleri hazır hale getirmiş olmalıdır.
- Örneğin danışma yönlendirme personelinin çalıştıkları alanlarda telefon, telsiz, bilgisayar, hizmet sunumuna yönelik birim listesi, hekim çalışma programı, kat planları, hasta bilgi rehberi, broşür gibi belgeleri hastane yönetimi temin etmelidir.



HD.HE.01.02

Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta ne kadar bekleyeceği, ne zaman muayene olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.

Hastanın ve hasta yakının başvuru sürecinde yapması gereken işlemler, ihtiyaç duyacağı bilgi ve belgeler için hastanenin içinde ulaşması gereken noktalar, bekleme alanları vb. tüm karşılama, danışma ve yönlendirmeye yönelik bilgilerin ne şekilde hastaya sunulacağı önceden planlanmalı ve uygulanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaların muayene olacağı zaman aralıkları ve tahmini bekleme süreleri kurumun koşulları, acil durumlar, öncelikli hastalar ve hastaların ihtiyaçları gibi hususlar göz önünde bulundurularak tanımlanmış olmalıdır.
- HBYS üzerinde hastanın randevu saati ve muayene olduğu saat tanımlanmış olduğu izlenebilmelidir.
- Poliklinik sürecinde hastaların muayene olmalarına ilişkin süreç tanımlandığı şekliyle uygulanma durumu gözlenebilir olmalıdır.
- Bekleme süreleri hususunda hastalar bilgilendirilmiş olmalı, hasta kendi muayene olacağı zaman dilimini ifade edebiliyor olmalıdır.
- Randevulu muayene olan hastaların randevu saatleri ile muayene oldukları zaman aralığı arasında geçen süre, belirlenen sürelerle uyumlu olmalıdır.
Ör.HBYS üzerinden seçilen hasta örneğinde ilgili hastanın randevu saati ile muayene olduğu saatin uyumlu olması
- Randevusuz hastaların yönetimine ilişkin süreç tanımlanmış ve tanımlandığı şekliyle uygulanıyor olmalıdır.
- Hastaların fazla bekleme durumu söz konusu olduğunda, hastane yönetiminden ilgili kişiler ve çalışanlar tarafından iyileştirme faaliyetleri planlanmış olması kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta konforu göreceli bir kavram olabilmekle birlikte hasta/hasta yakınlarının hastaneden hizmet aldığı süre boyunca özenle hizmet alması, hastaların hastanenin fiziksel imkânlarından kaynaklanan sorunlar yaşamaması ve teşhis ve tedaviye ilişkin süreçlerde bu konuda karşılaşılabilecek risklerin minimize edilmesi amacıyla hastaların temel gereksinimlerine yönelik konforu sağlanmalıdır.
- Bu kapsamda merdivenler, asansörler, otopark alanları, bekleme alanları hastanenin büyüklüğüne ve yoğunluğuna göre planlanmış olmalı
- Hasta güvenliğini tehdit eden riskler belirlenerek gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.
- Asansörlerde kat planları güncel ve işlevsel olmalıdır.
- Merdivenler hasta güvenliğini sağlayacak şekilde yapılandırılmış olmalıdır. Merdivenlerde hastaların güvenliğini sağlayacak korkuluklar bulunmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Otoparklar hasta yoğunluğuna göre planlanmış olmalıdır. Hastaların kullanımına yönelik planlanmış ayrı otopark bulunmalıdır. Otopark acil ve ayaktan hastalar için ayrı olacak şekilde planlanmalıdır.
- Yoğun bakım, ameliyathane, poliklinik gibi alanlarda hastanın konforuna yönelik bekleme alanları oluşturulmalıdır. Bekleme alanlarında hasta yoğunluğu dikkate alınarak yeterli sayıda koltuk, sandalye vb. bulunmalıdır. Yatan hasta odalarında bulunan refakatçi koltukları açılabilir özellikte olmalıdır. Bekleme alanlarının iklimlendirmesi olmalıdır.
- Hastane genelinde ulaşımı kolaylaştırıcı yönlendirme levhaları bulunmalıdır.
- Tuvaletler temiz ve ihtiyaç duyulabilecek malzemeler bulunuyor olmalıdır.
- Hastane yönetimi hasta konforunu sağlamak üzere gerekli yönde destek sağlıyor olmalıdır.

HD.HE.01.04

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

Hastanede, hizmet verilen tüm alanlarda yaşlılar, engelliler ve hastalık durumlarına göre yardıma ihtiyaç duyanların hizmetleri rahatlıkla alabilmelerine yönelik; çıkış rampaları, tekerli sandalye hizmetleri gibi uygulamalar ile merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları gibi zorunlu kullanım alanlarına ilişkin düzenlemeler bulunmalıdır.

Hastaneden hizmet alan yaşlılar, engelliler ve hastalık durumlarına göre yardıma ihtiyaç duyanlara yönelik, hizmet süreçlerinde öncelik tanınmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hizmet sunumunda öncelikli hasta grupları ilgili mevzuat ve kurumun hitap ettiği hasta popülasyonuna uygun olarak yazılı olarak tanımlanmalıdır (Kadın hastalıkları ve çocuk hastaneleri gibi) Ör. Öncelikli hasta grubu listesi
- Öncelikli hasta grubu, hizmet verilen tüm teşhis ve tedavi ünitelerinin kayıt birimlerinde hastaların göreceği şekilde ilan edilmelidir.
- Engelli otoparklarına sağlam kişi araçları park etmediği gözlenebilir olmalıdır.
- Görme engelli yüzey takip izleri işlevsel olmalıdır.
- Yaşlı ve hamilelere ayrılmış alanlar amacına yönelik kullanılıyor olmalı, ayakta kalan yaşlı ve hamile hasta olmadığı gözlenebilir olmalıdır.
- Poliklinik muayenesi ve işlem sırasında öncelikli hasta gruplarına öncelik tanındığına ilişkin bulgular gözlenebilir olmalıdır.
- Hasta karşılama ve yönlendirme birimlerinde yaşlı ve engelli hastalar için yeterli sayıda tekerlekli sandalye ve sedye bulundurulmalıdır.
- Engelli hastalar için standartlara uygun ayrı otopark planlanmalıdır.
- Engelli hastalara yönelik (işitme engelli, görme engelli) düzenlemeler yapılmalıdır.
Örn: Braille alfabesi ile hazırlanmış yönlendirme levhaları, hissedilebilir yüzey, işitme engellilere yönelik işaret dili bilen personel bulundurulması gibi.
- Yaşlı ve engellilere yönelik asansörler ayrılmalı, sesli uyarı sistemi kurgulanmalıdır.
- Yaşlı, engelli ve hamilelerin oturma alanları ayrı olarak tanımlanmalıdır.
- Hastane yönetiminin gerekli yapısal düzenlemelerine olan katkısı görüşme ve toplantı tutanakları, hasta/tesis güvenliği komite kararları üzerinde izlenebilir olmalıdır.
- Çalışanlar öncelikli hasta grupları hakkında bilgi sahibi olmalı ve işlemlerin tanımlanan listeye uygun şekilde önceliklendirilerek yürütülmesine katkı sağlıyor olmalıdır.

Teşhis ve tedavi süresini uzatarak hasta güvenliği açısından risk oluşturabilecek sistem sorunları ve kısıtlılıkların tespit edilmesine yönelik olarak işlemler ve işlem adımları detaylı şekilde incelenmeli, işlem sürelerinin optimal şekilde kısaltılması ve etkinliğin artırılmasına yönelik tedbirlerin alınması sağlanmalıdır.

Hastane, hizmet süreçlerini bu çerçevede değerlendirerek etkinlik, verimlilik ve güvenliği artırmaya yönelik çalışmalarını ve planlarını dokümente etmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Teşhis ve tedavi işlemlerine yönelik süreçler hastaların gecikmeden zamanında hizmet almasını sağlayacak şekilde tanımlanmış olmalıdır.
Örn. Ayaktan hasta işleyiş prosedürü, yatan hasta işleyiş prosedürü, tetkik ve görüntüleme sonuç, randevu süreleri listesi, hizmet sunum rehberi gibi.
- Teşhis ve tedavi sunumunda randevu ve sonuç verme süreleri tanımlandığı liste, talimat vb. bulunmalıdır.
- Randevu ve sonuç verme süreleri ile ilgili gecikmeler yönetimin ve bölüm çalışanlarının katılımı ile takip edilmelidir. Gecikmelere dair kök/neden analizi yapılmalı, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmış olmalıdır. Yapılan iyileştirmelerin süreçteki olumlu/olumsuz değişiklikleri izlenebilir olmalıdır.
- Ör. Toplantı tutanakları, DÖF kayıtları, analizler.
- Kan alma üniteleri hasta yoğunluğuna cevap verecek sayıda ve hizmet sunumu hasta yığılmalarına engel olacak şekilde planlanmış olmalıdır.

Taburcu sürecindeki hasta ve/veya hasta yakınlarına; hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi sonrasında dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği hekim ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılmalıdır.

Hastanın tanı ve tedavisinden sonraki süreçlerde nasıl bir yol izlemesi gerektiği konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

Taburcu sürecinde ve taburcu sonrasında hastanın aldığı tedavi, kullanması gereken ilaçlar, fiziksel aktiviteleri, hareket kısıtları, kontrol süreleri, gerektiğinde kimlerle iletişime geçebileceği ve bu kişilerin iletişim bilgileri gibi bilgilerin hasta ve/veya hasta yakınına anlatılması ve/veya bu konuda yazılı olarak bilgi verilmesi sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanın taburculuk sürecinde ve taburculuk sonrasında dikkat etmesi gerek hususlar, bu hususlarda nasıl ve kim tarafından bilgilendirileceği vb. süreçler tanımlanmış olmalıdır.
Ör. Taburculuk planı, eğitim formu, prosedür, talimat vb.
- Eğitim içeriği hastanın kullanması gereken ilaçları, fiziksel aktiviteleri, kontrol zamanını, gerektiğinde kimle iletişime geçeceği gibi konu başlıklarını kapsamalıdır.
- Hastanın/yakınının bilgi aldığına dair kayıtlar hasta dosyasında bulunmalıdır.
- Ör. Taburculuk eğitim formlarında eğitimi veren ve alanın isim-soyad ve imza bilgisinin yer alması.
- Eğitim kayıtları taburcu olup hastaneden ayrılan hastaların dosyasında da izlenebilir olmalıdır.
- Hangi bilgilendirmeleri kimin yapacağı ilgili dokümanda tanımlanmış olmalıdır.
- Eğitim ve bilgilendirmeye dair kayıtlarda bilgilendirmeyi yapan kişinin isim-soyad, unvan ve imzası bulunmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta/hasta yakınının taburcu olurken bilgilendirilmesinde görev alanlar süreci dokümanda tanımlandığı şekliyle biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
- Dokümanda belirtilen eğitim konu başlıklarına dair bilgilendirme yapıp yapılmadığı taburcu olacak hasta/hasta yakınlarıyla görüşmeler düzeyinde gözlenebilir olmalıdır.
- Dokümanlarda yer alan bilgiler ile hasta ve çalışanların bilgileri tutarlılık göstermelidir.
- Hastanede sunulan hizmetlere ulaşmak için izlenecek yol, gerekli evraklar vb. gibi hastanın hastaneye geldiğindeki sürecini kısaltmaya yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.
- Ör. Kurumun web sayfasında yayınlanan hizmet sunum rehberi, hasta bilgilendirme panolarında yapılan bilgilendirmeler gibi.
- Hastalar, teşhis ve tedaviye ilişkin süreçlerde fazla bekleme yaşamadıkları, randevu ve sonuç verme sürelerinin tanımlanmış olduğu ve bu bilgilerin kendilerine iletiildiği vb. süreçlerle ilgili hastane tarafından tanımlanan bilgilerle tutarlı geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Ör: Patoloji, radyoloji, endoskopi, kan alma birimleri gibi alanlarda hastalar gereksiz bekleme ve prosedürlere maruz kalarak işlemleri gecikmeden zamanında yapıldığının gözlenebilir olması.
- Ör. Tetkik sonuçlarının belirlenen sürelerde verilebildiğinin elektronik/basılı formlardan izlenebilmesi



Standart 20

**Yaşamın Sona Ermesi Durumunda Verilecek
Hizmetlerin Tanımlanması**

Boyut: Hasta Deneyimi
Bölüm: Yaşam Sonu Hizmetler



Standart 20: Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetler tanımlanmalıdır.

HD.YS.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetlerin tanımlanması kapsamında,

- Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda, hastanın ve hasta yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak saygı çerçevesinde hizmet verilmesi,
- Cenazenin hastane içinde taşınması ve bekletilmesine yönelik süreçler ile fiziksel koşullar, hasta ve hasta yakınların kültürel ve manevi değerleri ile saygı beklentileri dikkate alınarak oluşturulması,
- Cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçlerin tanımlanması, hasta yakınları için konforlu bekleme alanları oluşturulması,
- Cenazenin yakınlarına teslimi sürecinde, fiziksel ve psikolojik durumlarını dikkate alacak şekilde hasta yakınlarına destek olacak uzman personel bulundurulması,
- Cenazelerin, kimlik bilgileri ile tanımlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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



Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasını,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını, teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

HD.YS.01.01

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yaşam sonu hizmetlere dair süreçler planlanırken hasta odaklı planlama yapılmalı ve yazılı olarak tanımlanmalıdır.
Ör. Din ve mezheplerine göre cenaze işlemlerine yönelik sürecin nasıl yürütüleceği prosedür ya da talimatta belirtiliyor olması.
- İlgili personel, hasta yakınlarının taleplerine göre süreci nasıl işleteceklerini biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
- Yaşam sonu hizmetlerde yaşamın sona erdiği ilk andan, morg ve sonrası süreçlere kadar geçen her aşamada, hastane yönetimi, hastanın ve hasta yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak saygı çerçevesinde hizmet verilmesi konusunda ilgili personelin süreçlere uyumunu sağlayıcı, destekleyici bir yaklaşımda olmalıdır.

HD.YS.01.02

Cenazenin hastane içinde taşınması ve bekletilmesine yönelik süreçler ile fiziksel koşullar, hasta ve hasta yakınların kültürel ve manevi değerleri ile saygı beklentileri dikkate alınarak oluşturulmalıdır.

Hastanın yaşamını yitirdiği bölümden yakınlarına teslim edilinceye kadar geçen süreçlerde, bekletileceği alan ya da alanlarda temizlik, sıcaklık, aydınlatma vb. fiziksel koşullara dikkat edilmesi ve bu koşulların mahremiyet, güvenlik gibi unsurlara dikkat edilerek düzenlenmesi gerekmektedir.

Yaşamını yitiren hastanın bölümler arası taşınması ve hasta yakınlarına teslim edilmesi esnasında cenazeye saygı gösterilmesine özen gösterilmeli ve süreçler bu çerçevede tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hastanın yaşamını yitirdiği bölümden yakınlarına teslim edilinceye kadar süreçteki taşıma şekli, teslim edilme kriterleri, temizlik kuralları, bekletilme koşulları, mahremiyeti ve güvenliğini sağlamak üzere süreçler talimat, prosedür gibi dokümanlarda tanımlanmış olmalıdır.*
- *Cenazenin bekletildiği alanın ısı, nem takip çizelgeleri, temizlik formları, kontrol formları, teslim defterleri izlenebilir olmalıdır.*
- *Dokümanlarda süreç sorumlularının onaylarına dair imza kaşe bulunmalıdır.*
- *Yaşam sonu hizmetlerde görevli çalışanlar, cenazenin hastane içinde taşınması ve bekletilmesine yönelik süreçler ile fiziksel koşullar vb. hakkında bilgi sahibi olmalı ve bu bilgiler dokümanda tanımlanan bilgilerle tutarlılık göstermelidir.*
- *İlgili çalışanın cenazeyi dokümanda belirtildiği şekilde teslim ettiği gözlenebilir olmalıdır.*
- *Uygunsuzluk olması durumunda ilgili personel ve yönetimin sürece nasıl müdahale ettikleri kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.*

HD.YS.01.03

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

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

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

Bekleme alanları, hasta yakınlarının hassas durumları özellikle dikkate alınarak yeterli oturma alanlarını barındıran, farklı hava koşullarından olumsuz etkilenmeyecekleri şekilde oluşturulmalıdır.

Cenaze işlemlerinin en kısa sürede ve kolay bir şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Cenazenin teslim edilmesine kadar ki süreçte resmi evrak işlemleri ve hasta yakınlarında oluşabilecek olumsuz durumlara yönelik riskler belirlenmiş ve yazılı olarak talimat, prosedür, plan vb. dokümanlarda tanımlanmış olmalıdır.*
- *İlgili çalışanlar hasta ve hasta yakınları ile iletişimleri ve cenaze işlemleri ile ilgili bilgi sahibi olmalı ve uygulamalarına yansıtma durumları izlenebilir olmalıdır. (Ör.Eğitim kayıtları, uygulamalara ilişkin gözlem vb.)*
- *Cenaze işlemlerini yapan çalışanlar süreci dokümanda tanımlanan şekliyle uyguladığı gözlenebilmelidir.*

HD.YS.01.04

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

Yaşamını yitiren hastayı son kez görmek için ya da teslim almak için hastaneye gelen hasta yakınlarının, hastanede hizmet aldıkları süre zarfında yaşayacakları fiziksel ve psikolojik ani olumsuzluklar göz önünde bulundurularak gerekli tedbirler alınmalıdır. Özellikle aşırı psikolojik tepkiler vb. riskler tanımlanmalı ve bu risklere yönelik olarak eğitilmiş bir personelin zamanında hasta yakınına ulaşması için tedbirler önceden tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Cenaze teslimi sürecinde nitelikli uzman personel (din görevlisi, psikolog, sosyal hizmet uzmanı vb.) görevlendirmesi yapılmış olduğu kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör. Görevlendirme yazısı
- Uzman personelin görev/yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olmalı ve ilgili personel görevin gereklerini yerine getirme durumu kayıtlar ve uygulama düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
Ör. Bu personelin cenaze yakınları ile yapmış olduğu görüşmelere dair notlar vb.
- Bu süreçler için hazırlanmış bir eylem algoritması olmalıdır. Algoritmada tanımlanmış süreçlerde görevli kişiler görevlerinin farkında olmalı ve gerçekleştirilen uygulamalar izlenebilir olmalıdır.
- Uzman personel cenaze işlemlerinin yapıldığı birimde bulunmalıdır.

HD.YS.01.05

Cenazeler, kimlik bilgileri ile tanımlanmalıdır.

Cenazenin hasta yakınlarına teslim edilmesi sürecinin son aşamasında doğru cenazenin, doğru hasta yakınına, uygun şekilde ve cenazeye saygı gösterilerek teslim edilmesine yönelik kurallar belirlenmelidir

Cenaze kimlik bilgileri resmi belgeler aracılığı ile ve yakınlarının sözlü ve yazılı onayı alınarak doğrulanmalı ve hasta yakınlarına doğrulanarak teslim edilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Cenazenin ve teslim edileceği kişinin tanımlanması, kimlik doğrulama işlemlerinin buna uygun bir şekilde nasıl yapılacağı talimat, yönerge, prosedür vb. yazılı belgede tanımlanmış olmalıdır.
- Cenaze kimlik tanımlayıcısı ve hasta yakınının teslim aldığına dair onay alınmalıdır. Bu süreçle ilişkin uygulamalar kayıtlar üzerinde geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Örn: Kimlik tanımlayıcısı, teslim formları, onay belgesi vb.
- Görevli çalışanlar bu konuda eğitim almalı buna ilişkin kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
- Cenaze tesliminde görevli personel cenazenin kimliğinin tanımlanmasına ilişkin süreçleri dokümanda tanımlanan süreçle uyumlu bir şekilde biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
- Cenaze yakınları tarafı bu uygulama ile ilgili olumsuz bir geribildirim vermiyor olmalıdır. (Cenazelerin karışması vb.)



Standart 21

**Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi İçin
Gerekli Tedbirlerin Alınması**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi



Standart İçeriği?

Bu standart,

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması kapsamında;

- Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesine yönelik komite oluşturulması ve sorumlulukların belirlenmesini,
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program oluşturulmasını,
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik programda asgari aşağıdaki konu başlıklarının ele alınmasını içerir;
 - Sağlık hizmetleri ve destek hizmetlerinin sunulduğu alanlarda enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
 - Sürveyans
 - El hijyeni
 - İzolasyon önlemleri
 - Akılcı antibiyotik kullanımı
 - Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
 - Çalışanların mesleki enfeksiyonu

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını,
- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.EK.01.01

Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesine yönelik komite oluşturulmalı ve sorumluluklar belirlenmelidir.

Hastanede enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi sürecinden sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.

Bu komitenin üyeleri; ülkenin mevzuatı, hastanenin personel kapasitesi, hasta profili ve hastane ihtiyaçları göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik oluşturulan komitenin sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetimi onayı ile hastanede, Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili tüm süreci yürütecek nitelikte personelden oluşan komite oluşturulduğuna ilişkin izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır.
Ör: 1. Komite vb. resmi görevlendirme yazıları
- Enfeksiyon kontrol komitesi (EKK) 'nde görev alacak sorumlular belirlenmiş ve görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olmalıdır.
Ör: 1. Personelin resmi görevlendirme yazıları
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili yapının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Ör: Komite toplantı tutanaklarının değerlendirilmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili yapılanmanın kararları, üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
Ör.1. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili yapılanmasının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. dokümanın geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Ör: 2. Komite toplantı tutanaklarının izlenebilir olmalıdır.
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili yapılanmada görev alan Komite üyeleri, komitedeki rol ve fonksiyonları biliyor olmalı ve katılım sağlıyor olmalıdır.
- İlgili süreç sahibi üyeleri dokümanlarda tanımlanan süreçleri biliyor olmalıdır.
Ör: Toplantı kararları ile uygulamalar arasındaki tutarlılık gözlenebilir olmalıdır.
- Hastane çalışanları, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili prosedürlerdeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamaya yansıtılmış olmalıdır.
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi prosedüründeki (varsa) son revizyon uygulamaya yansıtıldığı gözlenebiliyor olmalıdır.
-

SH.EK.01.02

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program oluşturulmalıdır.

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

Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi

- Sürveyans
- El hijyeni
- İzolasyon önlemleri
- Akılcı antibiyotik kullanımı
- Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- Çalışanların mesleki enfeksiyonu
- Çamaşırhane, mutfak, morg, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların kontrolü



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik programın varlığı enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi komitesinin hazırladığı program ile ilgili faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. kayıtlar üzerinden ve geriye dönük olarak izlenebilir olmalıdır.
Ör: 1. Komite toplantı tutanaklarının değerlendirilmesi
- Enfeksiyon kontrol programı kapsamındaki başlıkların uygulamaya geçirilmesi hastane üst yönetimi tarafından desteklenmelidir.
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi Komitesinin hazırladığı program ile ilgili yapılanmada görev alanlar (üyeler) konuyla ilgili tanımlanan dokümanla tutarlı bilgiye sahip olmalıdır ve uygulamalarına yansıtılmış oldukları gözlemlenebilmelidir.
- Toplantı kararları ile uygulamalar tutarlı olmalıdır.
- Hastane çalışanlarının Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi Komitesi'nin hazırladığı program ile ilgili prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olması ve uygulamalarına yansıtılmaları sağlanmış olmalıdır.

SH.EK.01.03

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik programda asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:

Sağlık hizmetleri ve destek hizmetlerinin sunulduğu alanlarda enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi, Sürveyans, El hijyeni, İzolasyon önlemleri, Akılcı antibiyotik kullanımı, Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi ve Çalışanların mesleki enfeksiyonu.

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

- Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi
- Sürveyans
- El hijyeni
- İzolasyon önlemleri

- 
- Akılcı antibiyotik kullanımı
 - Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepti, antisepti
 - Çalışanların mesleki enfeksiyonu
 - Çamaşırhane, mutfak, morg, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların kontrolü

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

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

Sürveyans çalışmaları kapsamında asgari aşağıdaki faaliyetler gerçekleştirilmelidir:

- İzlenecek klinik sürveyans/mikrobiyolojik sürveyans belirlenmelidir.
- Belirlenen enfeksiyon/mikroorganizma ile ilgili tanısal kriterler ve tanımlar netleştirilmeli ve hastane içinde standardizasyonu (bunun için uluslara arası ya da ulusal olarak kabul görmüş kriterlerin kullanılması uygundur) sağlanmalıdır.
- Veri kaynakları ve veri toplama metodolojisi belirlenmelidir.
- Tanı kriterlerinin incelenmesi, veri toplanması, verilerin analizi aşamalarını yürütecek olan tüm personel eğitilmelidir.
- Aktif, hasta bazlı, ileriye dönük (prospektif) sürveyans sistemi oluşturulmalıdır.
- Oluşturulan sürveyans sisteminin mümkün olduğunca kolay, ulaşılabilir ve net olması sağlanmalıdır.
- Enfeksiyon kontrolüne yönelik politikaların belirlenmesinde sürveyans sonuçları kullanılmalıdır.
- Sürveyans verileri, enfeksiyonlara yönelik ulusal sürveyans ağına girilmelidir. Bu konuda ulusal bir sistem yok ise uluslararası olarak bu amaçla oluşturulmuş sistemlere üye olunmalı ve sürveyans verileri bu sistemler üzerinden paylaşılmalıdır.

Enfeksiyonların sürveyansına yönelik çalışmalar, Yoğun Bakım/Cerrahi sağlık hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle Yoğun Bakım/Cerrahi sağlık hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.



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

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

“5 Endikasyon Kuralı”na göre;

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

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

El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi

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

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

El Hijyeni Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar

El hijyeni uyumunu geliştirmeye yönelik asgari aşağıdaki çalışmalar yapılmalıdır:

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

- 
- Malzemeye erişimin kolaylaştırılması

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

Sağlık çalışanlarının cilt bakımını desteklemek

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

Eğitimler

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

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

Malzemeye erişimin kolaylaştırılması

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

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

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

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

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



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

El hijyeni uygulamalarına yönelik çalışmalar, hastanede yer alan tüm sağlık hizmeti sunum alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle tüm sağlık hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Akılcı Antibiyotik Kullanımı

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

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

- Hastanede antibiyotik kullanımı ile ilgili politikalar belirlenmeli, gerekli uygulamalar yapılmalı ve izlenmelidir.
- Akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili farkındalık oluşturulması, konuyla ilgili gerekli çalışmaların planlanması ve yürütülmesinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı, ekibin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.
- Akılcı antibiyotik kullanımı ilkeleri ve uygun antibiyotik profilaksisi ile ilgili rehber hazırlanmalıdır. Uygulamaların rehber doğrultusunda yapılmasını sağlamaya yönelik eğitim, bilgilendirme faaliyetleri vb. düzenlenmeli ve uygulamaların klinik pratiğe yansımaları izlenmelidir (Örn. Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanım oranları)
- Antibiyotik kullanım politikaları belirlenirken uluslar arası ve varsa ulusal ve/veya lokal rehberlerden yararlanılmalı, lokal direnç verileri de incelenmelidir.
- Antibiyotik duyarlılık testi raporlarında kısıtlı bildirim kuralları belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- Antibiyotik kullanımı ve bakteriyel direnç hastane bazında izlenmelidir.
- Dirençli mikroorganizmalar ile kolonize hastaların izolasyonu sağlanmalıdır.
- Antibiyotik direncine yönelik sürveyans verileri ve antibiyotik kullanımı ilkelerine yönelik elde edilen sonuçlar hastane yöneticileri ve ilgili klinisyenler ile paylaşılmalıdır.

Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon, Asepsi, Antisepsi

Sağlık hizmeti sunumu sırasında kullanılan tüm alanlar ve insan dokuları ile temas eden tüm araç ve gereçler enfeksiyon kaynağı olabilmektedir. Bundan



dolayı ilgili alanlar ve araçların mikroorganizmalar açısından kontrol altına alınması için çeşitli işlemler uygulanmaktadır:

- Temizlik
- Dezenfeksiyon
- Sterilizasyon
- Asepsi
- Antisepsi

Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir. Bu süreçlerde;

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

Temizlik

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

Dezenfeksiyon

» Hasta bakımında kullanılan tıbbi malzeme ve ekipmanlar, dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemlerinin gerekliliğini tespit etmek amacı ile kritik, yarı kritik ve kritik olmayan şeklinde sınıflandırılmalıdır (Spaulding sınıflaması).

- Dezenfeksiyon işlemi yapılan yüzey, malzeme, ekipman ve atıklar belirlenmelidir.
- Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon türü, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları (süre, miktar, yüksek düzey dezenfektanlarda etkin konsantrasyonun sağlanmasına yönelik kontrol veya tedbirler, hasta ve çalışan güvenliği açısından dikkat edilmesi gereken hususlar gibi) belirlenmelidir.
- Hasta sirkülasyonuna göre dezenfeksiyon işlemlerinin yeterli sürede ve etkin şekilde gerçekleşebilmesi için kullanılan ekipmanın yeterli sayıda bulunması sağlanmalıdır.
- Yüksek düzey dezenfektan kullanılan alanlarda, havalandırma koşulları çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır.
- Uygulayıcılar eğitilmeli ve dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi konusundaki sorumlular tarafından izlenmelidir.

Sterilizasyon

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

Asepsi ve Antisepsi

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

Çalışanların Mesleki Enfeksiyonu

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

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

- Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda yapılması gereken işlemler belirlenmeli, uygulanmasını sağlamak ve kontrol etmek amacı ile sorumlular belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanedeki Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi noktasında belirtilen tüm başlıklara yönelik planlamalar prosedür, talimatlar vb. kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalıdır. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi komitesinin hazırladığı program ve alt başlıkları ile birlikte ilgili faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman, geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Enfeksiyon kontrol komitesinin karar ve uygulamaları üst yönetimce onaylanmış ve uygulamaya yansıtılmış olmalıdır.
- Hastanedeki enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi noktasında belirtilen tüm başlıklarda prosedür veya talimatlarda yer alan bilgiler ile ilgili süreç sahibi üyelerin bilgi düzeyleri ve konuya ilişkin uygulamaları tutarlı olmalıdır.
- Ör: 1. Toplantı kararları ile uygulamalar arasındaki tutarlılık

SH.EK.01.04

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik hastanede gerçekleştirilen uygulamalar süreç ve sonuç bazında izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

İzleme ve değerlendirme çalışmalarında; rutin gözlem ve kontroller, sürveyans raporları, uygulamalara yönelik belirlenen süreç ve sonuç bazlı göstergeler kullanılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesine yönelik sürveyans mevzuatın belirlediği şekilde yapılıp yapılmadığı, sürveyans sonucu elde edilen veriler ulusal veri ağına girilip girilmediği, sonuçların kliniklerle ve yönetimle paylaşılıp paylaşılmadığı, sürveyans sonuçlarına göre kurum veya bölüm bazında gerekli görülen iyileştirme faaliyetlerinin uygulanıp uygulanmadığı vb konular, ilgili süreç sahibi üyeler ile yapılan görüşmeler ve kayıtlar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
- Mikrobiyoloji Laboratuvarında kısıtlı antibiyotik bildiriminin yapılması için alt yapı oluşturulmalıdır.
- Kişisel koruyucu ekipmanın sürekliliğinin sağlanması, enfeksiyon hızlarında görülen sapmalara yönelik oluşturulan eylem planları vb. tüm süreçlerle ilişkili kayıtlar üzerinden enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliğinin izlenme durumu gözlenebilir olmalıdır.

İzleme ve değerlendirmede elde edilen sonuçların analizi yapılmalı, belirlenen hedeflerle uyumu değerlendirilmeli ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Elde edilen sonuçlar yönetim ve ilgili çalışanlar ile paylaşılmalıdır.

Çalışanların enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili sorumluluklarına yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yapılmalıdır.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”, Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.



Standart 22

**Sterilizasyon Hizmetlerine Yönelik Süreçlerin
Tanımlanması ve Kontrol Altına Alınması**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Sterilizasyon Yönetimi



Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.

SH.SY.01.00

Standart 22:

Standart İçeriği?

Bu standart,

Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçlerin tanımlanması ve kontrol altına alınması kapsamında;

- Sterilizasyon ünitesinde kirli, temiz ve steril alanlar ile bu alanlara yönelik çalışma koşullarının tanımlanması,
- Malzemelerin steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçlerin kontrol altına alınması,
- Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını,
- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.SY.01.01

Sterilizasyon ünitesinde kirli, temiz ve steril alanlar ile bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.

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

Kirli alan: Temizlik ve dekontaminasyon işlemlerinin uygulandığı alandır.

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

Steril alan: Steril malzemenin cihazdan çıkarıldığı ve depolandığı alanlardır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetimi onayı ile hastanede, tüm sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreci yürütecek nitelikte personelden oluşan komite, komisyon, birim vb. bir yapı oluşturulduğuna dair izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır.
Ör 1; dezenfeksiyon sterilizasyon alt komitesi
- Ünite fiziki alanlara ve bu alanlarda uygulanan hizmetlere göre gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları, aletlerin üniteye transferi, ön temizlik ve dekontaminasyonu vb. sterilizasyon süreçleri prosedür/politika vb bir dokümanda tanımlanmış olmalıdır.
- Sterilizasyon ünitesinde kirli, temiz ve steril alanlar ile destek alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları ve kurallar tanımlanmalıdır. Alan tanımlaması olarak temiz, yarı temiz ve kirli alan vb. farklı tanımlamalar uygulamada soru teşkil etmez. Amaçsal yorumlama esas alınmalıdır.
- Sterilizasyon süreçlerine ilişkin yönetsel yapının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. dokümanlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Alanları tanımlayan dokümanlar, ilgili üniteye eş zamanlı olarak izlenebilir olmalıdır.
-



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ünitelerde fiziki alanlara ve bu alanlarda uygulanan hizmetlere göre gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları belirleyen dökümanlar ve uygulamalar eş zamanlı izlenebilir olmalıdır.
- Sterilizasyon yönetim yapılanması kararlarının üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılıp yansıtılmadığı ve çalışanlarla paylaşılma durumu izlenebilir olmalıdır.
- Ör1. Dezenfeksiyon sterilizasyon prosedüründeki değişikliklerle dezenfeksiyon sterilizasyon alt komitesi kararları tutarlılık
- Ör2; dezenfeksiyon sterilizasyon alt komitesi kararlarının üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulması
- Sterilizasyon yönetim yapılanmasında görev alanlar ile bu alanda görev yapan çalışanlar süreçlere ilişkin tanımlanan kuralları biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
- Hastane çalışanlarının sterilizasyon yönetim prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olup olmadıkları ve uygulayıp uygulamadıkları izlenebilir olmalıdır.
Ör1; sterilizasyon yönetim prosedüründeki son revizyonun uygulama alanlarına yansıtılmış olması
- Sterilizasyon süreçlerine yönelik kurallara ilişkin Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Rehberi (DAS) Rehberi temel alınabilir.

Sterilizasyon ünitesinde yüzeyler kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebiliyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Sterilizasyon ünitesinde kullanılan yüzeylerin kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir olmasına dair tanımlamaların yer aldığı doküman bulunmalıdır.
- Sterilizasyon ünitesinde yüzeylerin kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir nitelikte olup olmadığı gözlenebilmeli ve ilgili dokümanda tanımlanan uygulamalarla tutarlı olmalıdır.
- Ör. Yüzeylerde çatlaklar olmaması, derzsiz malzeme kullanılmış olması, kumaş, flaster vb. ile sarılmış yüzeyler bulunmaması, seramik yüzey kullanılmışsa yüzeyin büyük olması vb.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıklarının tanımlandığı doküman bulunmalıdır.
- Sıcaklık ve nem takiplerine ilişkin kayıtlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Alanlara göre tanımlanan sıcaklık ve nem aralıklarının uygunluğu gözlenebilir olmalıdır.
- Sıcaklık ve nem takiplerinin düzenli yapıldığını gösteren kayıtlar geriye dönük olarak izlenebilmelidir.
- (Varsa) Uygunsuzluklar için düzeltici önleyici faaliyet başlatılmış olmalıdır.
- Çalışanların sıcaklık kontrollerinde bir problem olup olmadığına yönelik farkındalıkları yüksek olmalı, kayıtlardaki sorunlar açısından yönetime bilgilendirme yapılıyor olmalı ve hastane yönetimi sorunların çözümüne yönelik olumlu yönde katkı sağlıyor olmalıdır.

Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril alandan temiz alana ve kirli alana doğru olmalıdır. Havalandırma sistemi saatte en az 10 filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır. Hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Havalandırma sisteminin, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla dışarı akışını sağlayacak şekilde tasarlandığı kayıtlar ve uygulama düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
Ör. Otomasyon sistemi, teknik servis kayıtları, havalandırma cihazının basınç ölçümleri vb. havalandırmaya ilişkin bu bilgiyi veren kayıtlar
- Havalandırma sisteminin pozitif basınçlı olma durumu (hava akımının yönü) havalandırma cihazı gözlemi ve/veya izlemi düzeyinde izlenebilir olmalıdır.

Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler sterilizasyon güvenliğini sağlayacak şekilde planlanmalı ve izlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dekontaminasyon, hazırlama ve paketlenme, sterilizasyon, steril depolama ve dağıtım dahil olmak üzere merkezi sterilizasyon ünitesinin bütün alanları için su, aydınlatma ve kesintisiz güç kaynağı gibi sistemlerin sterilizasyon güvenliğini sağlayacak şekilde planlandığı ve izlendiğine ilişkin kurallar tanımlanmış olmalı ve ilgili kayıtlar (örn. UPS bakım kayıtları vb) üzerinden geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Aydınlatma, su ve kesintisiz güç kaynağının tanımlanan kurallar çerçevesinde sağlanma durumu izlenebilir olmalıdır.
- Çalışanlar "su ve elektrik kesintisi olma durumunda ne yapıldığı" konusunda tanımlanan doğrultuda geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Ortam aydınlatmasının yeterli düzeyde olması gözlenebiliyor olmalıdır.
- Kurallara ilişkin Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Rehberi (DAS) Rehberi temel alınabilir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Steril depolama alanına ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. Kurallara ilişkin Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Rehberi (DAS) temel alınabilir.
- Steril depolama alanında, Steril depolama alanının konumu, Sterilizasyon alanında hava sirkülasyonun engellenip engellenmediği Steril malzemelerin kontamine olup olmadığı, Malzeme raflarının konumu, Malzemelerin yerleşim planı vb. hususlar tanımlanan kurallara uygun olması gözlenebiliyor olmalıdır.

SH.SY.01.02

Malzemelerin steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.

Sterilizasyon hizmeti süreci döngüsel şekilde ilerleyen işlem basamaklarından oluşur:

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

Tüm süreçlerde malzemenin niteliği, sterilizasyon yöntemi, kullanılan ekipman ve kullanım alanına yönelik çalışma ve kontrol kuralları belirlenmeli ve ilgili çalışanlara konu ile ilgili eğitim verilmelidir.

Süreçlerde tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.

Kullanılan sterilizasyon yöntemine göre fiziksel-mekanik kontroller yapılmalı, kayıtları tutulmalıdır.

- Fiziksel-mekanik kontroller; basınç, gaz konsantrasyonu, sıcaklık, nem, zaman gibi parametreleri içeren program döngüsü kayıtları ile cihaza ait bakım ve kalibrasyon kayıtlarını içerir.

Kimyasal kontrol yöntemleri ile sterilizasyonun etkinliği değerlendirilmelidir.

- Sınıf 1 işlem indikatörleri her paket üzerinde kullanılmalıdır.
- Sınıf 2 indikatörler her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce uygulanmalıdır.
- Her bir paket içine en az sınıf 4 kimyasal indikatör konulmalıdır.

Biyolojik kontrol yöntemleri ile sterilizasyonun tam olarak gerçekleşip gerçekleşmediği değerlendirilmelidir.

- Hastane, başta bilimsel gereklilikler olmak üzere; malzeme yükü, hasta profili, cihaz çalışma sıklığı gibi hususları da göz önünde bulundurarak her bir sterilizasyon yöntemi için asgari indikatör kullanım sıklığını belirlemeli, gerektiğinde kullanım sıklığını artırmalıdır.
- Biyolojik indikatör işlem sonrası pozitif çıkarsa, geriye dönük malzeme ve hasta takibi yapılmalıdır. Bir önceki negatif üreme gösteren biyolojik indikatör kullanımına kadar dağıtılan tüm steril malzeme gözden geçirilmeli, bunlar arasında hastaya kullanılan malzeme var ise hasta enfeksiyon açısından takip edilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin yukarıda belirtilen tüm süreçlerde, malzemenin niteliği, sterilizasyon yöntemi, kullanılan ekipman ve kullanım alanına yönelik çalışma ve kontrol kurallarının tanımlandığı doküman bulunmalıdır. Kurallara ilişkin Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Rehberi (DAS) Rehberi temel alınabilir.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Basınçlı buhar otoklavları, lümenli aletlerin yıkama, paketlenme ve sterilizasyon süreçleri, Etilen Oksit Sterilizatörüne ilişkin güvenlik tedbirleri ve endoskopik cihazların yüksek düzey dezenfeksiyonuna ilişkin kurallar da bu dokümanda tanımlanmış olmalıdır.
- Süreçlere ilişkin tüm kayıtlar güncel ve geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Sterilizasyon süreçlerinin kontrolünün işlendiği izlenebilir doküman/lar bulunmalıdır.
- Çalışanlara yönelik eğitim kayıtları güncel ve geriye dönük olarak izlenebilmelidir. Eğitimler bölüm oryantasyon eğitimleri kapsamında yürütülüyor olabilir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Sterilizasyona ilişkin tüm süreçlerin, kurallarda tanımlandığı şekliyle uygulanma durumu gözlenebilir olmalıdır. Bu gözlemler sırasında; Kirli malzemenin sterilizasyon ünitesine kabulü, ön temizliği ve dekontaminasyonu, yıkama etkinlik kontrol testlerinin yapılması, malzemelerin temiz alana teslimi, malzemelerin paketlenmesi, sterilizasyon işleminin etkinliğinin kontrolü, sterilizasyon cihazlarının
- program döngülerinin izlenme ve kaydedilme durumu, basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri, steril malzemelerin muhafazası gibi tüm süreçlere yönelik uygulamaların dokümanda tanımlandığı şekliyle yürütülüyor olduğu izlenebilmelidir.
- Bilgi: Sınıf 2 indikatörler ile buhar otoklavlarda kullanılan Bowie&Dick test kastedilmektedir.
- Çalışanlarla süreçlere ilişkin bilgi sahibi olmalı ve uygulamalarına yansıtıyor olmalıdır.
- Süreçlerde tespit edilen uygunsuzluklar ve bu uygunsuzluklara yönelik düzeltici önleyici faaliyetler, kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde güncel ve geriye dönük olarak izlenebilmelidir.
- Uygunsuzluklara ilişkin düzeltici önleyici faaliyetlerin etkinliği izlenmelidir.



SH.SY.01.03

Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.

Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.

Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgilerin hasta dosyasında bulunması ya da hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığının kaydedilmesi gereklidir. Gerekğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılabilirlik sağlanmalıdır.

Malzeme ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilirlik sağlanmalıdır:

- Kullanılan indikatörün renk değişikliğinin tespiti (kullanım sırasında kullanıcıların kontrolüne ilişkin kayıt)
- Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi döngüde steril edildiğine dair bilgi
- Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
- Cihaz döngü kayıtları
- Cihaza ilişkin testler (vakum kaçak testi, Bowie Dick test gibi)
- Biyolojik indikatör sonucu
- Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine dair bilgi
- Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığına dair bilgi
- Her aşamada gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin hasta dosyası ya da hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığının izlenebildiği güncel ve geriye dönük kayıtlar bulunmalıdır.
- Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar, tanımlanan süreçlerle tutarlılık göstermelidir.
- Çalışanlar, kontrol parametrelerine ilişkin bilgi sahibi olmalı ve uygulamalara katılıyor olmalıdır.



Standart 23

**Kurumda Etkin ve Güvenli İlaç Yönetiminin
Sağlanması**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: İlaç Yönetimi



Standart 23:

Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.

SH.İY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanması kapsamında;

- Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı planlanması,
- İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamaların tespit edilmesi ve bunlara ait yöntem ve kuralların belirlenmesi,
- Doğru ilacın, doğru zamanda temin edilmesi ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanması,
- İlaçların uygun şartlarda muhafaza edilmesi
- İlaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınması,
- Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliğinin sağlanması, gerekli iyileştirmelerin yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını,
- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyetini,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını,
- Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.İY.01.01

Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı planlanmalıdır.



Hastanede etkin bir ilaç yönetim sistemi oluşturmak için öncelikle, yeterli düzeyde dokümantasyon içeren aktif bir yönetim tasarımı oluşturulmalıdır. Bu yönetim tasarımı yer alan kişilerin ilaç güvenliğine ilişkin görev ve sorumlulukları tanımlanmalı, yetkinliklerini iyileştirmek amacıyla gerekli eğitim imkânları sağlanmalıdır.

İlaç yönetimine dair dokümanlar hastanenin ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Dokümanlar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- İlaçların temini
- İlaç yönetiminde yer alan çalışanların görev ve sorumlulukları
- İlaçların muhafazası
- İlaç istemleri
- İlaçların transferi
- İlaçların hazırlanması
- İlaç uygulamaları
- Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü
- Advers etki bildirimleri
- İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler
- Tehlikeli ilaçlar ve hata durumunda müdahale yöntemleri
- İlaç güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulan özel nitelikli ilaçlara ait tablolar

Özel niteliğe sahip ilaç grupları, mevzuata uygun olarak hastane tarafından belirlenmeli, bu tür ilaçların etkin ve güvenli kullanımına yönelik uyarıcı mekanizmalar (renkli veya sesli uyarılar gibi) kullanılarak etkin kullanımı sağlanmalıdır.

Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmiştir:

- Acil Pediatrik İlaçlar
- Görünüşü Benzer İlaçlar
- Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
- Psikotrop İlaçlar
- Narkotik İlaçlar
- Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
- Yüksek Riskli İlaçlar
- Hazırlanması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren ilaçlar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetiminin onayı ile hastanedeki tüm ilaç yönetim sürecini yürütecek nitelikte personelden oluşan komite, birim, komisyon vb. bir yapılanma oluşturulmuş olmalıdır.
Ör: Komite vb. resmi görevlendirme yazıları
- İlaç yönetiminde yer alan çalışanların görev ve sorumluluklarına ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
- İlaç yönetim yapılanmasının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. dokümanın geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Ör: Komite toplantı tutanakları
- İlaç yönetim yapılanması kararları üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- Ör 1: İlaç yönetim prosedüründeki değişikliklerle ilaç komitesi kararları arasında tutarlılık olmalı.
- Ör 2: İlaç yönetim komitesi kararlarının üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulması
- İlaç yönetim yapılanmasında görev alanlar (ör. Komite üyeleri) görev ve sorumluluklarını biliyor ve görevin gereklerine uygun hareket ediyor olmalıdır.
- İlgili süreç sahibi üyelerle görüşmelerinin bilgi düzeyi ve uygulamaları dokümanda tanımlanan süreçlerle uyumlu olmalıdır.
Ör: Toplantı kararları ile uygulamalar arasında tutarlılık izlenebilir olmalı.
- Hastane çalışanları ilaç yönetim prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamalarına yansıtılmış olmalıdır.
Ör: ilaç yönetim prosedüründeki son revizyonun uygulama alanlarında izlenebilmesi



SH.İY.01.02

İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.



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

Çalışanlara, ilaç yönetimi ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerini artırmaya yönelik eğitim verilmelidir.

Hasta, kendisine uygulanan ilaçlarla ilgili olarak bilgilendirilmelidir.

Hasta taburcu olurken, tedavisinde yer alan ilaçların muhafazası ve güvenli kullanımı ile ilgili bilgilendirilmelidir. Bilgilendirmenin mümkün olduğunca sade ve net bir dille yapılmasına özen gösterilmelidir.

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

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

Tedavi planına aktarılan uygulama istemleri asgari şu bilgileri içermelidir:

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

Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.

İlacın güvenli transferi için gerekli donanım (ilaç taşıma kutuları, forklift benzeri araçlar vb.). temin edilmelidir. Bu donanım, transferi sağlanacak ilacın miktarına göre değişiklik gösterebilir

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlacın kurumdaki tüm aşamalarına ait süreçlerin oluşturulduğu, yöntem ve kuralların belirlendiği, komite tutanakları vb. kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.

Ör: Asgari aşağıdaki konuları içeren kayıtlar bulunmalıdır.

- İlaçların temini
 - İlaçların muhafazası
 - İlaç istemleri
 - İlaçların transferi
 - İlaçların hazırlanması
 - İlaç uygulamaları
 - Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü
 - Advers etki bildirimleri
 - İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler
 - Tehlikeli ilaçlar ve hata durumunda müdahale yöntemleri
- Ör: İlaç güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulan özel nitelikli ilaçlara ait tablolar

- Kurumdaki ilaç süreçlerinin ve bunlara ait yöntem ve kuralların belirlendiğini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

Ör: Komite toplantı tutanakları

- İlaç süreçlerine ait kararlar üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.

Ör: İlaç süreçleri ile ilgili kararlarının üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulması

- İlaç yönetim yapılanmasında görev alanlar (ör. Komite üyeleri) görev ve sorumluluklarını biliyor ve görevin gereklerine uygun hareket ediyor olmalıdır.

Ör: Toplantı kararları ile uygulamalar arasında tutarlılık izlenebilir olmalı.

- Hastane çalışanları ilaç yönetim prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamalarına yansıtmış olmalıdır. Ör: ilaç yönetim prosedüründeki son revizyonun uygulama alanlarında izlenebilmesi



SH.İY.01.03

Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.



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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *İlaç temin talepleri ve ilaçların temin edilmesi ve etkin stok yönetimine yönelik kurallar ve yöntemleri kayıtlar üzerinden izlenebilmelidir.*

Ör: Kimlerin ilaç temin talebinde bulunabileceği, talep yöntemi, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceğine ait kayıtlar

Ör: Temini gerçekleştirilecek ilaç türlerinin ve miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler, temin talepleri ve tüketim analizleri kayıtları

- *İlaç talep, temin ve stok ile ilgili tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilmelidir.*

Ör; Farklı bölümlerden gelen ilaç talep kayıtları,

Ör: Tıbbi danışma kurulu raporları,

Ör: İhtiyaç tespit komisyonu tutanakları,

Ör: yıllık tüketim kayıtları, stok kayıtları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlaç temini ve stok yönetimi ile ilgili kararlar üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- Ör: İlaç temini ile ilgili bölümlerden görüş alınması
- Ör: Yıllık tüketim kayıtlarının ilgili bölümlerle paylaşılması
- İlaç talep ve temin ve stok süreçlerinin farklı aşamalarında görev alanlar (üyeler), süreçler ile ilgili hazırlanan dokümanla uyumlu bilgi sahibi olmalı ve katılım sağlıyor olmalıdır.
- Ör: Tıbbi danışma kurulu üyeleri
- Ör: İhtiyaç tespit komisyonunda görev alan üyeler
- Ör: Stok yönetiminde görev alanlar
- Hastane çalışanları ilaç temini ile ilgili süreçlerden haberdar olmalı ve uygulamalara katılıyor olmalıdır.
- Ör: ilaç talebinin nasıl yapılacağı ve ilaç temini ile ilgili üst yönetime görüş bildirmeleri uygulama alanlarında gözlenebilir olmalı



SH.İY.01.04

İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.

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

Güvenlik ve emniyet açısından depolara sorumlu personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.

Bu alanlarda ilaçların, niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanması gerekmektedir. Bu amaçla, ihtiyaç duyulan iklimlendirme, ışık kontrolü gibi düzenlemeler gerçekleştirilmeli ve fiziki koşulların takibi yapılmalıdır.

İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.

İlaç kutularının hemzemin yerleşimi yapılmamalı, raf alt hizalarının yerden yüksekliği sel veya su basması gibi durumlarda ilaçların etkilenmeyeceği yükseklikte olmalıdır.

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

- Yerleşim planının hazırlanması sırasında, özel niteliğe sahip ilaçlar için ayrı alanlar tanımlanmalı, yazılışı/okunuşu/görünüşü benzer ilaçların yerleşiminin birbirine uzak olması sağlanmalıdır.

Psikotrop ve narkotik ilaçların güvenliğine yönelik tüm hastane alanlarında gerekli muhafaza tedbirleri alınmalıdır.

Yüksek riskli ilaçlara yönelik uyarıcılar(etiket vb.) etkin olarak kullanılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *İlaç depolarından kimlerin sorumlu olduğuna dair doküman var olmalıdır. Giriş-çıkışa dair süreçler tanımlanmış olmalıdır.*
- *Depolardan sorumlu kişiler sorumluluğunun bilincinde olmalı ve bu diğer çalışanlar tarafından da biliniyor olmalıdır.*
- *Depolara giriş süreçlerine yönelik uygulamalar tanımlanan süreçlerle uygun olmalıdır. Depo girişlerinde erişimin kısıtlı olduğuna dair yazı, uyarı, tabela vs. olmalıdır.*
- *Depo fiziki koşullarının izlenmesine dair takip çizelgeleri bulunmalı, ısı, nem ölçer vs. gibi takip cihazları kullanılıyor olmalıdır.*
- *Takip çizelgelerini kimin ne sıklıkla işaretlediği, çizelgelerin güncelliği, doldurulup doldurulmadığı, takibinin kim tarafından yapıldığı vb. bilgiler uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.*
- *Takip cihazları çalışır durumda, uygun ve yeterli olmalıdır.*
- *İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Depo ortamının fiziki uygunluğu ve ilaçların sel ve su basması durumlarından etkilenmeyecek şekilde yerden yüksekte olduğu gözlemlenebiliyor olmalıdır.
- Daha önce depoda bulunan ilaçların zarar görüp görmediği ve bu durumda neler yapıldığı yönünde uygun geribildirimler alınabiliyor olmalıdır.
- İlaç depolama yerleşim planı bulunmalı ve güncel olmalıdır.
- Özel niteliğe sahip ilaçlar için ayrı alanlar tanımlanmalı, yazılışı/okunuşu/görünüşü benzer ilaçların yerleşimi tanımlamaya uygun yapılmış olmalıdır.
- Psikotrop ve narkotik ilaçların kullanımı, saklanması, teslimi gibi süreçleri tanımlayan dokümanlar bulunmalı, Psikotrop ve narkotik ilaçlarla ilgili uygulamalar, devir teslim formu, defteri vb. gibi kayıtlar ve çalışanlarla görüşmeler düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
- Yüksek riskli ilaçlar için süreçleri tanımlayan prosedür, talimat vb. güncel doküman bulunmalı, eczanede bu ilaçlar için kullanılacak etiket vb. uyarıcılar kullanılıyor olmalı ve çalışanlar bu uyarıcıların anlamını biliyor olmalıdır.



SH.İY.01.05

İlaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.

Eczanede ilaç hazırlayan, kişiler ilaç konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır.

Bölünmüş ambalajların (kesilmiş blister tabletler vb.) tanımlanması için tedbirler alınmalı, hazırlanan tüm ilaçların son kullanma tarihleri kontrol edilmeli ve istemleri teyit edilmelidir.

Hazırlama esnasında özel teknik/ekipman veya uzmanlık gerektiren (kemoterapi ilaçları gibi) ilaçlar, uzmanı tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir. Hazırlama esnasında renkli etiketle işaretli ilaçlar için renge ait yönergelere uyulmalıdır.

Hasta için özel hazırlanan ilaçlar, belirlenen kurallar çerçevesinde dikkatle uygulanmalı ve uygulama işlemi kayıt altına alınmalıdır.

İlaç uygulamaları, sadece ilaç uygulamaya yetkili personel tarafından (hekim, hemşire, hemşire gözetiminde stajyer vb.) gerçekleştirilmelidir.

Uygulama öncesinde hasta kimliği doğrulanmalı ve tedavi bilgileri teyit edilmelidir.

Özellikle riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar takip edilmeli, oluşabilecek reaksiyonlara karşı hazırlıklı olunmalıdır.

Hastada görülen advers etkiler kayıt altına alınarak bildirim sağlanmalıdır.

Hasta yanında hiçbir surette ilaç bırakılmamalı, yatış işlemi esnasında hastanın beraberinde getirdiği ilaçların kontrolü sağlanmalıdır.

Hastadan teslim alınan ilaçlar miat ve fiziksel durum kontrolünden geçirilmelidir.

Son kullanma tarihi geçen, fiziksel yapısında değişim tespit edilen ilaçlar hasta bilgilendirilerek imha edilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ *İlaç istemleri, ilaç transferi, ilaç hazırlanması ve uygulaması süreçlerinde hasta ve çalışan güvenliğine ait alınacak tedbirlerle ilgili kayıtlar izlenebilir olmalıdır.*

Ör: Hastane, tüm istem aşamaları için yetki, yöntem ve kuralları mevzuata uygun olarak belirlemelidir. 3 kısım ilaç istemleri kontrol edilmelidir:

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

Ör: İlaçların transferi ile ilgili gerekli prosedürlere ait kayıtlar

- Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı alınan önlemler
- İlacın güvenli transferi için gerekli donanım (ilaç taşıma kutuları, forklift benzeri araçlar vb.).
- Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verildiğine ait kayıtlar

Ör: Eczanede ilaçların hazırlanma süreçleri ile ilgili kayıtlar;

- Bölünmüş ambalajların (kesilmiş blister tabletler vb.) tanımlanması için alınan tedbirler,
- hazırlanan tüm ilaçların son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi,
- Hazırlama esnasında özel teknik/ekipman veya uzmanlık gerektiren (kemoterapi ilaçları gibi) ilaçlar,
- Hazırlama esnasında renkli etiketle işaretli ilaçlar için renge ait yönergeler

Ör: İlaç uygulama süreçleri ile ilgili kayıtlar

- Kimlik doğrulama
- Tedavi bilgilerinin teyit edilmesi
- İlaç uygulamasına ait kayıtlar
- Özellikle riskli ilaçlar sonrası hastaların advers etkiler açısından takibi

Ör: Hasta beraberinde gelen ilaçlarla ilgili süreçlere ait kayıtlar

- Hasta yanında ilaç bırakılmaması
- Yatış işlemi esnasında hastanın beraberinde getirdiği ilaçların kontrolü
- Hastadan teslim alınan ilaçlar miat ve fiziksel durum kontrolü
- Son kullanma tarihi geçen, fiziksel yapısında değişim tespit edilen ilaçlar hasta bilgilendirilerek imhası



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ İlaç istemleri, ilaç transferi, ilaç hazırlanması ve uygulaması süreçlerinde hasta ve çalışan güvenliğine ait alınacak tedbirlerle ilgili kişilerin bilgi düzeyi dokümanlar ile tutarlı olmalıdır.

Ör: İlaç istemleri uygunluğu ile ilgili maddeler biliyor olmalıdır:

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

Ör: İlgili alanlarda ilaç transferi ile ilgili kişiler, alınan önlemler, donanım, tehlikeli ilaç kırılmaları anında yapılacakları biliyor olmalıdır.

Ör: Eczanede ilaç hazırlanması ile ilgili kişiler, son kullanma tarihleri, kemoterapi gibi özel teknik ekipman gerektiren ilaçların hazırlanması ile ilgili prosedürler, renkli etiketle işaretli ilaçlara ait yönergeleri biliyor olmalıdır.

Ör: İlaç uygulama süreçleri ile ilgili kişiler ilacın güvenli uygulanmasına yönelik kuralları biliyor olmalıdır.

Ör: Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlarla ilgili süreçlere ilgili çalışanlar tarafından biliniyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ İlaç istemleri, ilaç transferi, ilaç hazırlanması ve uygulaması süreçlerinde hasta ve çalışan güvenliğine ait alınacak tedbir faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

Ör: Hasta bazlı istemler, stok bulunduran birimlerin eczaneye yaptığı depolama istemleri ve depoda bulunmayan ilaçlar için yapılan istemlere ait kayıtlar

Ör: Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verildiğine ait kayıtlar

Ör: İlaçların son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesine ait kayıtlar

Ör: İlaç uygulamalarına ait kayıtlar

Ör: Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlara ait kayıtlar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlaçların hazırlama ve uygulama süreçleri ile ilgili kararlar üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.

Ör: İlaç hazırlama ve uygulama kararların üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulması

Ör: İlaç istemleri ile ilgili süreçlere ait bilgilendirmenin hastane bilgi yönetim sisteminde yayınlanması



SH.İY.01.06

Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Tüm ilaç yönetimi sürecinde oluşturulan verilerin bilgi yönetim sistemleri kapsamında izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.

Çalışanların herhangi bir aşamada yaşanan sorunları bildirebilmesini sağlayacak bilgi altyapısının oluşturulması ve etkin olarak kullanılması gerekmektedir.

İlaç yönetimine ilişkin bildirim gerekli sorunlar asgari olarak advers etki ve ilaç hataları konularını kapsamalıdır.

Bildirimlerden elde edilen bilgiler mevcut ulusal hata sınıflandırma sistemlerine göre kodlanmalı, ilaçlara ait hatalar ve ramak kala olaylar ilgili uzmanlarca incelenmeli, tespit edilen hata kaynaklarına yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlaç süreçlerinin izlenebilirliği ve iyileştirmelerin yapılabilmesi için gerekli bildirim altyapıları ve göstergelerin oluşturulduğu kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.

Ör: Tüm ilaç yönetimi sürecinde oluşturulan verilerin bilgi yönetim sistemleri kapsamında izlendiğine ait kayıtlar





Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

Ör: Çalışanların herhangi bir aşamada yaşanan sorunları bildirebilmesini sağlayacak bilgi altyapısının oluşturulduğuna ve etkin olarak kullanıldığına ait kayıtlar

Ör: Advers etki ve ilaç hataları kayıtları

Ör: Bildirimlerden elde edilen bilgilerin mevcut ulusal hata sınıflandırma sistemlerine göre kodlandığı, ilaçlara ait hatalar ve ramak kala olayların ilgili uzmanlarca incelendiği ve tespit edilen hata kaynaklarına yönelik iyileştirmelerin yapıldığına ait kayıtlar

➤ İzlenebilirlik ve iyileştirme faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

Ör: Advers etki ve ilaç hataları kayıtları (aylara ve yıllara göre kayıtların dökümü, en çok bildirilen advers etki ve ilaç hatalarının belirlenmesi vb)

Ör: Hastane bilgi yönetim sisteminde ki bildirim altyapısının incelenmesi

Ör: Herhangi bir ilaç süreciyle ilgili yapılan iyileştirme faaliyetine ait kayıtlar

➤ İzlenebilirlik ve iyileştirmelerle ilgili kararlar üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.

Ör: Yapılan bir iyileştirme ile ilgili kararın üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulması

➤ Çalışanlar ilaç süreçlerinin her aşaması ile ilgili bildirimlerin yapılabilirliği hakkında dokümanlar ile tutarlı bilgiye sahip olmalıdır.

Ör: Advers etki ve ilaç hataları bildirim süreçlerini ilgili kişilerin biliyor olması

➤ Ör: İlaç süreçleri ile ilgili yapılan herhangi bir iyileştirme için iyileştirme takımında görev alan kişiler süreçler hakkında tutarlı geribildirim vermesi

➤ Hastane çalışanları izlenebilirlik ve iyileştirme faaliyetlerinden haberdar olmalı ve uygulamalara katılıyor olmalıdır.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayısı 28970, 12.04.2014
- • İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014



Standart 24

**Kan ve Kan Ürünlerine Yönelik Süreçlerin
Güvenli Bir Şekilde Yürütülmesi ve
Koordinasyonu**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Transfüzyon Yönetimi



Standart 24:

Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.

SH.TY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunun sağlanması kapsamında;

- Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar tanımlanmasını,
- Süreçlere yönelik risk değerlendirmesi yapılmasını,
- Belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunun sağlanmasını amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyetini,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.TY.01.01

Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar tanımlanmalıdır.

Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumlulukların tanımlandığı dokümanlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.
Ör. Kan transfüzyon sorumlusu, transfüzyon komitesinin görev, yetki ve sorumlulukları, kan transfüzyonu prosedürü vb. kayıtlar
Ör. Kan transfüzyon komitesinin sorumluluklarının güncellenmesine ilişkin son altı aya ait toplantı tutanakları vb.
- Tanımlanan sorumluluklar hastane üst yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
Ör. Sorumluluk verilenlerin görevlendirmelerine ait resmi yazılar
Ör. Çalışanların kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerde tanımlanmış sorumluluklar hakkındaki bilgilendirilmesine ilişkin kayıtların incelenmesi
Ör. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Kurumdaki kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin yürütülmesi ve koordinasyonu için görev verilen çalışanlar (Komite başkanı veya üyeleri, Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı, Kan ve kan ürünleri süreçlerinde görev alan çalışanlar) görev ve sorumluluklarını biliyor ve uyguluyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması ve kullanılması süreçlerine yönelik yapılan risk değerlendirmesine ait izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.
Örn: 1. İlgili sorumlular tarafından oluşturulmuş risk değerlendirmesine ait rapor, tutanak, formlar risk değerlendirmesinin belirli periyotlarda tekrarlandığının ve gerektiğinde güncellemesinin yapıldığına ait kayıtlar
Örn: 2. Farklı zamanlarda tekrarlanacak risk değerlendirmesine ait plan ya da farklı zamanlarda gerçekleştirilmiş risk değerlendirmesine ait rapor, tutanak, form
- Risk değerlendirmesinde hastane yönetimi ve çalışanların katılımı kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Yapılan risk değerlendirmesi ile ilgili kayıtlarda katılımcıların bilgileri, imzalarının incelenmesi çalışanların konu ile ilgili bilgilendirildiğine ait dokümanlar, duyurular
Örn: 2. Çalışanlara konu ile ilgili mail yollanması, intranet/internet üzerinden duyuru yapılması gibi.
- Risk değerlendirmesinde görev alan çalışanlar (ilgili hekim, hemşire vb.) süreçle ilgili bilgi sahibi olmalı ve katılım sağlıyor olmalıdır.
- Kan ve kan ürünleri hazırlanması ve uygulanmasında görev alan çalışanlar (Ör.kan merkezindeki çalışanlar, kan ve kan ürünleri isteminde bulunan hekimler, kan ve kan ürünleri uygulayan hemşireler, risk değerlendirmesinde görev alan hemşireler vb.) risk değerlendirmesi ile ilgili, yanlış kan grubu sayısı ve DÖF ile ilgili neler yapıldığı vb. süreçleri biliyor ve katılım sağlıyor olmalıdır.
- Hastane çalışanları (Ör.kan ve kan ürünlerini hazırlayan kan merkezi çalışanları vb.) kan ve kan ürünlerini uygulayan sağlık çalışanları kan ve kan ürünleri ile ilgili süreçlere yönelik yapılan risk değerlendirmesi hakkında bilgi sahibi olmalıdır.

SH.TY.01.03

Belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmalıdır.

Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması ve kullanılması süreçlerine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalı ve belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Belirlenen risklere göre alınması gereken tedbirlerin tanımlanmasında görev alanlar (Ör. Tedbirlerin tanımlanmasında görev alan hekim, hemşire, hemovijilans sorumlusu, hemovijilans koordinatörü veya görev alan diğer bir sağlık çalışanı) ve ilgili yöneticiler (Ör. Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü/Başhekim) belirlenen risklere göre alınan tedbirler ile ilgili geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Ör. Kan ve kan ürünleri isteminde bulunan bir hekim veya uygulamayı yapan bir hemşire belirlenen risklere ilişkin ne gibi tedbirler alındığını biliyor olmalıdır.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, 5624 Sayılı, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.
- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı 270704, 04.12.2008.



Standart 25

**Kan ve Kan Ürünlerinin Hazırlanması,
Saklanması ve Transferi Süreçlerinde
Güvenliği Sağlanması**



Standart 25

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

SH.TY.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, bağışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınması kapsamında;

- Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçlerin tanımlanması,
- Güvenli kan ve kan ürünleri teminine yönelik gerekli tedbirler alınması,
- Kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesine ilişkin kurallar belirlenmesi,
- Kan ve kan ürünlerinin uygun şartlarda muhafaza edilmesi ve stok takiplerinin yapılması,
- Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferinin sağlanması,
- İmhası gereken kan ve kan ürünlerine yönelik kurallar belirlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyetini,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.TY.02.01

Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Süreçlerin Tanımlanması ve Dokümantasyon

Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler bu süreçlere ilişkin işleyiş kuralları tanımlanmalı ve dokümanite edilmelidir.

Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi için kullanılan alanlar, etkin çalışmayı kolaylaştıracak, hizmet sürecine uygun ve hata riskini en aza indirecek şekilde planlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda, kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler tanımlanmış olmalıdır. Tanımlanan süreçlerin ve çıktılarının gözden geçirildiğine ait kayıtların izlenebilir olmalıdır. Kurallar tanımlanırken Ulusal Kan ve Kan Ürünleri Rehberi temel alınabilir.
Örn: 1. Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine ilişkin prosedürler, talimatlar vb.
Örn:2. Tanımlanan süreçlerin gözden geçirildiği toplantı raporları, tutanakları vb.
- Tanımlanan süreçler hastane üst yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
Örn: 1. Dokümanlardaki hastane yönetiminin onayı
- Çalışanların kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerde bilgilendirilmesine ilişkin kayıtlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Kurumdaki kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçlerde çalışanlar (Ör. Kan merkezi çalışanları, ilgili hastane yönetiminden görevli kişiler, konu ile ilgili Başhekim/Başhekim yardımcısı) tanımlanan süreçlere ilişkin bilgi sahibi olmalı ve tanımlanan süreçlere uygun hareket ediyor olmalıdır.

Güvenli Kan Temini ve Bağış Süreci

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

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

Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- • Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, 5624 Sayılı, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.
- • Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı 270704, 04.12.2008.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Aferez yöntemi ile bağış durumlarında; aferez cihazları bu konuda eğitim almış personel tarafından kullanılmalıdır. Alınan tedbirlerle ilişkili kayıtlardaki çıktıların izlenerek gerektiğinde iyileştirmelerde bulunulduğuna ilişkin izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.
Örn: 1. Bağışçı sorgulama, değerlendirme formlarının eksik doldurulup doldurulmadığının kontrolüne ait kayıtlar
- Alınan tedbirlerde hastane yönetiminin desteği sağlanmış olmalı ve bu destek ilişkili kayıtlardan izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Hastane yöneticisinin/başhekimin alınan tedbirlere ilişkin kayıtlarda imzasının bulunması
- Çalışanların konu ile ilgili bilgilendirildiği dokümanlar, duyurular vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Çalışanlara konu ile ilgili mail yollanması, intranet/internet üzerinden duyuru yapılması gibi.
- Kurumda güvenli kan temini ve bağış sürecinde görevli çalışanlar konu ile ilgili süreçle hakkında bilgi sahibi olmalı ve tanımlanan süreçlere uygun hareket ettikleri izlenebilir olmalıdır.
- Kan bağışında buluna kişiler süreçlerle ilgili uygulamalar hakkında tanımlanan süreçlerle tutarlı yönde geribildirim veriyor olmalıdır.
- Merkezin Bağış alma izni olduğu izlenebilir olmalıdır. Not: mevzuat incelenmelidir.

SH.TY.02.03

Kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Kan ve Kan Ürünlerinin Güvenliği

Kan ve kan ürünleri, mevzuat kapsamında zorunlu testler yapılmadan kullanılmamalıdır:

- Bağışçıdan alınan her ünite kan için ABO-Rh tayini yapılmalıdır.
- HBsAg, Anti-HCV, Anti-HIV ve Sifilis (VDRL) testleri çalışılmalıdır.
- Çelişkili sonuçlar söz konusu ise; durumu çözmek, tarama testinde tekrarlayan reaktif sonuç saptanan kan ve kan bileşenlerinin tedavide kullanılmasını engellemek, bu bileşenleri ayrı bir ortamda saklamak yada imha etmek için tanımlanmış prosedürler olmalıdır.

- Doğrulama testlerinde pozitif sonuçların varlığı halinde bağışçı bilgilendirilmeli ve yapılması gereken işlemler hususunda yönlendirilmelidir.
- Çapraz karşılaştırma testleri çalışılmalıdır.
- Alıcıya ait diğer immüno hematolojik testler çalışılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kan ve kan ürünleri hazırlanması ve etiketlenmesi ile ilgili dokümanların incelenmesine yönelik kuralların tanımlandığı doküman izlenebilir olmalıdır.
Örn:1. İlgili prosedür/talimat vb.
- Kan ve kan ürünlerinin etiketlenmesi ile ilgili kayıtlar üzerinde etikette yer alan bilgiler vb izlenebiliyor olmalıdır.
- Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesi süreçlerinin çıktılarının gözden geçirildiği ve gerektiğinde kuralların yeniden belirlendiği ilgili kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Belirlenen kuralların gözden geçirildiği toplantı tutanakları vb.
- Belirlenen kurallar hastane üst yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
- Çalışanlar kurallara ilişkin bilgilendirilmiş olmalı ve bu bilgilendirme kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Kan ve kan ürünleri hazırlanması ve etiketlenmesinde görev alan çalışanlar
(Örn:1. Kan merkezinde görevli tekniker/teknisyen/biyolog vb.) süreçle hakkında bilgi sahibi olmalı ve tanımlanan süreçlere uygun hareket ettikleri izlenebilir olmalıdır
- Kurumdaki kan ve kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesi ile ilgili kuralların uygulanmasını kontrol eden sorumlu çalışanların (Kan merkezi sorumlu hekimi vb) sürecin takibi ile ilgili farkındalık düzeyi yüksek olmalıdır.
Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesine dair çalışanlar (Kan ve kan ürünü istemi yapan hekimler, uygulayan hemşireler) süreçle hakkında bilgi sahibi olmalı ve tanımlanan süreçlere uygun hareket ettikleri izlenebilir olmalıdır.

SH.TY.02.04

Kan ve kan ürünlerinin uygun şartlarda muhafaza edilmesi ve stok takiplerinin yapılması sağlanmalıdır.

Kan ürünlerinin hazırlanması ile ilgili prosedürler tanımlanmalıdır. Kan ürünleri hazırlanması, filtre edilmesi, ısıtılması, yıkanması gibi ek işlemler ile ilgili aşamalar kayıt altına alınmalı ve belirlenen aşamalar izlenmelidir. Mikrobiyoloji test sonuçları Kan ürünlerinin etiketlenmesi, ulusal mevzuat ve uluslararası düzenlemelere uygun olarak yapılmalıdır. Etiketle asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir:

- Bileşenin adı
- Kalite gereklerine uygun şekilde ürünün ölçüm (hacim, ağırlık, sayı vb.) bilgisi
- Bağışçının sayısal veya alfabetik tanımı
- Hizmet biriminin adı
- ABO kan grubu, RhD Grubu
- Alınma ve son kullanma tarihi
- Mikrobiyoloji test sonuçları
- Depolama sıcaklığı
- Antikogulan ve ek solüsyonlarının ismi, bileşimi ve hacmi
- Depolama sıcaklığı
- Antikogulan ve ek solüsyonlarının ismi, bileşimi ve hacmi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kan ve kan ürünlerinin kullanıma hazır hale getirilmesi ile ilgili dokümanlar ve süreçteki kontrollere ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Prosedürler/talimatlar, formlar vb.
- Süreçte kullanılan cihazların kalibrasyon ve bakımlarına ait kayıtlarının güncel olmalıdır.
Örn: 1. Kalibrasyon sertifikası, bakım kontrol formu vb.
- Süreçte kullanılan kan dolapları, dondurucular vb. sıcaklık takiplerine ait kayıtlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. sıcaklık takip formu vb. (Buzdolabı ısı takiplerinin uyarı sistemi olan bir yöntemle takip edilmeli)



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kan ve kan ürünlerinin muhafazası ve stok takibi süreçlerinin çıktılarının gözden geçirildiği ve gerektiğinde kuralların yeniden belirlendiği kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.
Örn: 2. Kalibrasyondan geçmeyen cihazların ayarlanması ya da yenileri ile değiştirildiğine dair kayıtlar vb.
- Kan ve kan ürünlerinin muhafazası ve stok takibine ilişkin kayıtlar hastane üst yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
Örn:1. Kalibrasyondan geçmeyen, sık arızalana bir cihazın yenisinin satın alınması talebi vb.
- Çalışanların konu ile ilgili bilgilendirildiği kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Süreçte görev alan sağlık çalışanları (kan merkezinde görevli tekniker/teknisyen/biyolog vb.) süreçle ilgili tanımlanan kurallarla uyumlu geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Süreçte kullanılan kan dolapları, dondurucular vb. sıcaklık takipleri tanımlanan kurallara uygun olduğu gözlenebilir olmalıdır.
- Kurumdaki kan ve kan ürünlerinin muhafazasından ve stok takiplerinden sorumlu çalışanlar (Kan merkezi sorumlu hekimi, kan merkezi sorumlu teknisyeni vb.) süreçle ilgili tanımlanan kurallarla uyumlu geribildirim verebiliyor olmalıdır.

SH.TY.02.05

Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.

Saklama koşulları, tüm saklama süresince kan bileşenlerinin optimal canlılık ve işlevlerini korumak üzere tasarlanmalıdır.

Kan dolapları, dondurucu ve çalkalayıcıların sıcaklık takipleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bu cihazlarda, uygun sıcaklık koşullarının sağlanamadığı durumlara yönelik uyarı sistemleri bulunmalıdır.

Transfüzyon merkezinde bulunan cihazların envanteri tutulmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonları yapılmalıdır.

Kan ve kan ürünlerinin kullanıma hazır hale getirilmesi ile ilgili prosedürler belirlenmeli ve her aşaması kontrol edilerek kayıt altına alınması sağlanmalıdır.

Bağışçı ve hastaya ait kan örnekleri uygun şartlarda saklanmalıdır.

Testlerde kullanılmak amacı ile bağışçı ve hastadan alınan kan örneklerinin uygun koşullarda ve sürede saklanması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kan ve kan ürünlerinin transferinde kullanılan kapların temizlenmesine ilişkin kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. temizlik ve kontrol formu vb.
- Kan ve kan ürünleri transferini sağlayan çalışanların yetkilendirmesine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.
Örn: 2. Yetkilendirme belgesi, ilgili eğitim kayıtları vb.
- Kan ve kan ürünleri güvenli transferi ve çıktılarının gözden geçirildiğine ve gerektiğinde kuralların yeniden belirlendiğine ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: 3. Kan transfüzyon komitesi toplantı tutanakları vb.
- Kan ve kan ürünlerinin transferine yönelik uygulamalar hastane üst yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
Örn: 1. transfüzyondan sorumlu çalışanların görevlendirme yazısı vb.
- Çalışanların konu ile ilgili bilgilendirilmesine ait izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.
Örn: 1. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
Örn:1. klinik destek personeli ya da kan transferi ile görevlendirilmiş çalışan vb. görevlendirmeler
- Kan ve kan ürünlerinin transferinden sorumlu çalışanlar ve transfer sürecini kontrol eden sorumlular (kan ve kan ürünü transferi yapan çalışanlar, kan merkezi sorumlu hekimi, kan merkezi sorumlu teknisyeni vb.) süreçle ilgili tanımlanan kurallarla tutarlı geribildirim verebiliyor olmalıdır.
- Kan ve kan ürünleri kullanan bölümlerin çalışanları kanın güvenli transferinin sağlandığı yönünde olumlu geribildirim verebiliyor olmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kan ve kan ürünleri ile bağışçılar ve hastalara ait numunelerin imhası ile ilgili kurallar tanımlanmış olmalıdır.
Örn:1. İlgili prosedür/talimat vb.
- İmha edilen kan ve kan ürünlerine ilişkin kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Kan imha tutanakları, raporları.
- Kan ve kan ürünlerinin imhası sürecinin çıktılarının gözden geçirildiğine ve gerektiğinde kuralların yeniden belirlendiğine ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Belirlenen kuralların gözden geçirildiği toplantı raporları, tutanakları vb.
- Belirlenen kurallar hastane üst yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
Örn:1. Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
- Çalışanların kurallara ilişkin bilgilendirilmesi kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Kurumda konuyla ilgili görevli çalışanlar tanımlanan kurallarla tutarlı geribildirim verebiliyor olmalı ve kuralların uygulamalara yansıtılmış olduğu gözlenebilir olmalıdır;
 - Kan ve kan ürünlerinin imhası sürecinde görev alan çalışanlar (Kan merkezi teknisyen/tekniker/biyolog vb.)
 - Kurumdaki kan ve kan ürünlerinin imhası ile ilgili kuralların uygulanmasını kontrol eden sorumlu çalışanlar (Kan merkezi sorumlu hekimi vb.)
 - Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı,
 - Kan ve kan ürünlerinin imhasına ilişkin çalışanlar,
 - Kan ve kan ürünü istemi yapan hekimler, uygulayan hemşireler



Standart 26

Kan ve Kan Ürünlerinin Güvenli Transfüzyonu



Standart 26:

Kan ve kan ürünlerinin güvenli transfüzyonu sağlanmalıdır.

SH.TY.03.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Kan ve kan ürünlerinin güvenli transfüzyonunun sağlanması kapsamında;

- Kan ve kan ürünlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmesi,
- Transfüzyon öncesi, esnası ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınması,
- Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonların izlenmesi,
- Kan ve kan ürünlerinin izlenebilirliğinin sağlanarak, beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin takibine yönelik süreç belirlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Transfüzyon sürecinin tüm aşamalarında hasta güvenliğini sağlamayı amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyetini,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.TY.03.01

Kan ve kan ürünlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.



Kan İstem Süreci

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

Transfüzyon kararı verilen kan veya kan ürününün hazırlanması amacı ile hastanın hekimi tarafından transfüzyon merkezine istem yapılmalıdır. İstem formunda asgari şu bilgilere yer verilmelidir:

- Hastanın;
 - Adı ve soyadı
 - Protokol numarası
 - Tedavi gördüğü bölüm
 - Kan grubu
 - Transfüzyon endikasyonu
- Hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı
- Hazırlanacak olan kan veya kan ürününün kan grubu
- Hazırlanacak kan veya kan ürününün türü ve miktarı
- Hekim kaşesi ve imzası

Kan istem formu üzerindeki tüm ayrıntılar kurallara uygun ve eksiksiz olarak doldurulmalıdır. Çapraz karşılaştırma testi (cross-match)yapılması gereken durumlarda; kan istem formu ile birlikte hastadan alınan kan örneği etiketlenerek transfüzyon merkezine gönderilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kan ve kan ürünlerinin istemine ilişkin kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
- Örn: 1. Kan istem formu imzalı olmalı, gerekliliklerde istenen tüm parametreleri içeriyor olmalıdır.
- Kan ve kan ürünlerinin istemi sürecinin çıktılarının gözden geçirildiğine ve gerektiğinde kuralların yeniden belirlendiğine ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: 2. Belirlenen kuralların gözden geçirildiği toplantı raporları, tutanakları vb.
- Belirlenen kurallar hastane üst yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
Örn: 1. Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
- Çalışanların kurallara ilişkin bilgilendirilmesi kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Kurumda konuyla ilgili görevli çalışanlar tanımlanan kurallarla tutarlı geribildirim verebiliyor olmalı ve kuralların uygulamalara yansıtılmış olduğu gözlenebilir olmalıdır;
 - Kan ve kan ürünlerinin isteminde bulunan çalışanlar (Ör. Hekimler)
 - Kan ve kan ürünlerinin istemi ile ilgili kuralların uygulanmasını kontrol eden sorumlu çalışanlar (Kan merkezi sorumlu hekimi vb)
 - Tanımlanan süreçler ile ilgili hastane yönetiminden görevli çalışanlar (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı)
 - Kan ve kan ürünlerinin istemine dair çalışanlar (Kan ve kan ürünü istemi yapan hekimler, uygulayan hemşireler)

Kan ve Kan Ürünlerinin Güvenli Transferi

Transfüzyon öncesi kontroller, transfüzyon esnasında yapılacak takipler ve transfüzyon sonrası izlemler ve bildirimlere yönelik prosedürler tanımlanmalıdır.

Transfüzyona başlamadan önce, hekim tarafından hasta veya yakınları transfüzyon hakkında bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.

Kan ve kan ürünleri tedavi planına yazılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Transfüzyon öncesi alınan tedbirlere ilişkin kayıtların izlenebilir olmalıdır.
Ör. Transfüzyon öncesi hasta ve kan-kan ürünü ile ilgili kontrollerin kayıt edildiği formlar
- Transfüzyon esnasında alınan tedbirlere ilişkin kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Ör. Transfüzyon esnasında yapılan faaliyetlerin kayıt edildiği formlar
- Transfüzyon sonrasında alınan tedbirlere ilişkin kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Ör. Transfüzyon sonrasında hasta kontrollerinin kayıtlarını içeren formlar.
- Alınan tedbirlerin izlenerek gerektiğinde yeni tedbirlerin alınmış olduğuna ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: Alınan tedbirlerin kontrolüne ilişkin form, Reaksiyon gelişen bir Hasta dosyası vb.
- Alınan tedbirlerin izlenerek gerektiğinde yeni tedbirlerin alınmasında hastane yönetiminin tarafından sürecin içinde olduğunu gösteren kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Hastane yöneticisinin/başhekimin alınan yeni tedbirlerde onayı



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışanların kurallara ilişkin bilgilendirilmesi kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Örn:1. Çalışanlara konu ile ilgili mail yollanması, intranet/internet üzerinden duyuru yapılması gibi.
- Kurumda konuyla ilgili görevli çalışanlar tanımlanan kurallarla tutarlı geribildirim verebiliyor olmalı ve kuralların uygulamalara yansıtılmış olduğu gözlenebilir olmalıdır;
 - Alınan tedbirlerle ilgili transfüzyon sürecinden sorumlu çalışanlar (Ör. Transfüzyon sürecinde görev alan hekim ve hemşireler)
 - Alınan tedbirlerin izlenerek gerektiğinde yeni tedbirlerin alınmasında görev alanlar (Ör. Transfüzyon komitesi)
 - Hastane yönetimi (Sağlık bakım hizmetleri müdürü/Başhekim)
 - Alınan tedbirlerle ilgili sağlık çalışanları (Kan ve kan ürünleri uygulamasını yapan hemşireler)
- Transfüzyon öncesi, esnası ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirlere ilişkin tanımlanan süreçler, tanımlandığı şeklide uygulanıyor olmalı ve bu durum, ör. reaksiyon gelişen bir Hasta dosyası vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.



SH.TY.03.03

Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.

Transfüzyon öncesi kontroller, transfüzyon esnasında yapılacak takipler ve transfüzyon sonrası izlemler ve bildirimlere yönelik prosedürler tanımlanmalıdır.

Transfüzyona başlamadan önce, hekim tarafından hasta veya yakınları transfüzyon hakkında bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.

Kan ve kan ürünleri tedavi planına yazılmalıdır. Transfüzyon öncesi hastaya ait kan yada kan ürününe ait bilgiler iki sağlık çalışanı tarafından kontrol edilmelidir. Yapılacak kontrollerde asgari aşağıdaki bilgiler gözden geçirilmelidir:

- Hastanın kan grubu

- Bölüme gelen kanın kan grubu
- Mikrobiyoloji testlerinin çalışılmış ve sonuçlarının negatif olduğunu gösterir etiketin varlığı
- Alınma ve son kullanma tarihleri
- Tedavi planına yazılan ürün ile servise gelen ürünün aynı olup olmadığı
- Torbadan sızma olup olmadığı
- Ürün renginde değişiklik, içerisinde pıhtı/partikül varlığı
- Cross-match testinin yapılıp yapılmadığı
- Bağışçının sayısal veya alfabetik tanımı
- Depolama sıcaklığı
- Kalite gereklerine uygun şekilde ürünün ölçüm (hacim, ağırlık, sayı vb.)bilgisi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonların ne şekilde izleneceği ile ilgili kurallar tanımlanmış olmalıdır.
Ör. İlgili prosedürler, talimatlar.
- Transfüzyona bağlı gelişen reaksiyonlarda gerçekleştirilen tıbbi müdahaleye ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Ör. Transfüzyon reaksiyonlarında doldurulan formlar, transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonların, hastaya yapılan müdahalelerin ve hastaların müdahale sonuçlarının izlenerek analizlerinin yapıldığına ve sonuçlara göre tekrarlarının önlenmesine yönelik yapılan faaliyet kayıtları.
Ör. Transfüzyona bağlı reaksiyonların izlendiği veri toplama formları vb.
- Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonların izlenmesinde ve tekrarlamayı önleyici faaliyetlerde hastane üst yönetiminin onayının bulunduğu kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn:1. Kalite konseyi, hasta değerlendirme ve bakım komitesi, hasta güvenliği komitesi vb. tutanakları raporlarında yönetimin onayı
- Çalışanların kurallara ilişkin bilgilendirilmesi kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda konuyla ilgili görevli çalışanlar tanımlanan kurallarla tutarlı geribildirim verebiliyor olmalı ve kuralların uygulamalara yansıtılmış olduğu gözlenebilir olmalıdır;
 - Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar ilgili transfüzyon sürecinde görev alan çalışanlar (Ör. Transfüzyon sürecinde görev alan hemşireler)
 - Transfüzyona bağlı reaksiyonların izlenmesinden sorumlu çalışanlarla görüşülmesi (Ör. Hemovijilans sorumlusu ya da hemovijilans koordinatörü)
 - Tanımlanan süreçler ile ilgili hastane yönetiminden görevli olanlar (Ör. Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı)
 - Konu ile ilgili çalışanlar (Kan ve kan ürünlerinin yoğun olarak kullanıldığı servislerde, postop yoğun bakım ünitelerinde görev alan hemşire, hekim vb.)



SH.TY.03.04

Kan ve kan ürünlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin takibine yönelik süreç belirlenmelidir.

İzlenebilirlik, Beklenmeyen ve İstenmeyen Etkilerin Takibi

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Transfüzyona bağlı olarak gelişen beklenmeyen ve istenmeyen etkilerinde izlenebilirliğin ne şekilde sağlanabildiğine ilişkin dokümanlar izlenebilir olmalıdır.
Ör. İlgili prosedürler, talimatlar.
- Bağış süreci de dahil olmak üzere kan ve kan ürünlerine bağlı gelişen beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin takibine ait kayıtlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Ör. Beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin izlendiği veri toplama formları vb.
- Tanımlanan süreçlerin hastane üst yönetimi tarafından onayına ait izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.
Ör. Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
- Çalışanların sürece ilişkin bilgilendirilmeleri kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
Ör. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Kurumda konuyla ilgili görevli çalışanlar tanımlanan kurallarla tutarlı geribildirim verebiliyor olmalı ve kuralların uygulamalara yansıtılmış olduğu gözlenebilir olmalıdır;
 - Belirlenen süreç ile ilgili sorumlu çalışanlar (Ör. Hemovijilans sorumlusu ya da hemovijilans koordinatörü)
 - Tanımlanan süreçler ile ilgili hastane yönetiminden görevli olanlar (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı)
 - Kan ve kan ürünlerine bağlı beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin ne şekilde izlendiğine dair çalışanlar (Bağışçıdan kan ve kan ürünü alan veya hastaya kan ve kan ürünü uygulayan hemşire vb.)



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

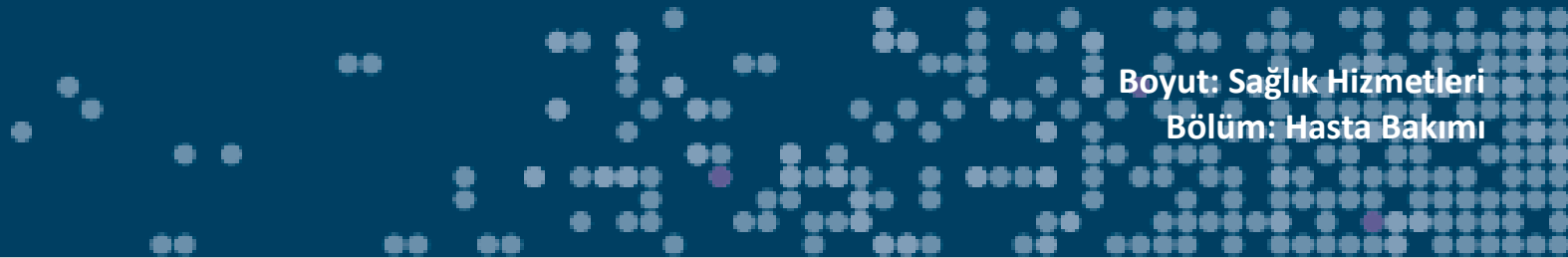
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu, 5624 Sayılı, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.
- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı 270704, 04.12.2008.



Standart 27

Hasta Bakım Süreçlerinin Yürütülmesi

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı





Standart 27:

Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.

SH.HB.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta bakım süreçlerinin, hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesinin sağlanması kapsamında,

- Hasta bakım uygulamalarına yönelik sürecin planlanmış olmasını,
- Hastaların, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmesini,
- Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmasını,
- Bakım planının, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek gerektiğinde güncellenmesini,
- Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımının sağlanmasını,
- Hastanın sevki veya taburcu edilmesine yönelik süreçlerin bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyetini,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasını,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığının sağlanmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.HB.01.01

Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.



Hasta bakımı, hastaların hastaneye kabulünden taburculuğuna kadar geçen süreci ve taburculuk sonrası izlenmesini kapsamaktadır. Bu süre içinde hasta bakımına yönelik sunulacak hizmetlerin etkinliğini sağlamak amacı ile bakım süreçleri tanımlanmalıdır. Bu tanımlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Ayaktan/Yatan hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
- Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması
- Planlanan bakımın hastaya sunulması
- Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
- Gerekğinde bakımda değişiklikler yapılması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaların hastaneye kabulünden taburculuk sonrası izlenmesine kadar süreci kapsayan bakım uygulamalarının tanımlandığı, hastane yönetimi tarafından onaylanmış temel bir doküman bulunmalıdır. Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır. Ayaktan 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 içerecek şekilde tanımlanmalıdır.
- İlgili dokümanda asgari
 - Ayaktan/Yatan hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
 - Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması
 - Planlanan bakımın hastaya sunulması
 - Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
 - Gerekğinde bakımda değişiklikler yapılması bilgileri yer almalıdır.
- Hasta bakım sürecinde görev alan çalışanlar ilgili dokümanda tanımlanan kurallar hakkında bilgi sahibi olmalı, uygulamalarına yansıtılmış olmalıdır.

Hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın planlanması, uygulanması ve izlenmesi ile ilgili tüm aşamalar, multidisipliner bir anlayış ile bakım ekibinin tüm üyeleri tarafından koordineli bir biçimde gerçekleştirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta bakım sürecine ilişkin temel dokümanda, hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın planlanması, uygulanması ve izlenmesi ile ilgili tüm aşamalar, multidisipliner bir anlayış ile bakım ekibinin tüm üyelerini kapsayan bir yaklaşımla, koordineli bir biçimde gerçekleştirilmesi gerektiğine ilişkin bilgilere yer verilmiş olmalıdır.
- Hasta bakım sürecinde görev alan çalışanlar, bakıma ilişkin tüm süreçlerin diğer çalışanlarla koordineli bir şekilde yürütüldüğü, çalışanların birbirleri ile ilgili bakım uygulamalarından haberdar olduğu, süreçlerin tüm çalışanlar tarafından izlenebiliyor olduğu yönünde geribildirim verebiliyor olmalıdır.

Söz konusu işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bakım sürecine ilişkin tüm uygulamaların eş zamanlı olarak kayıt altına alınma durumu ilişkili kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Bakım sürecinde görev alan çalışanlar (ilgili hemşire, hekim, diyetisyen vb) söz konusu işlemlerin kayıt altına alınma durumu ve buna ilişkin uygulamaların nasıl yapıldığı ile ilgili bilgi sahibi olmalı ve uygulamaların tanımlanan kurallarla tutarlı olduğu gözlenebilir olmalıdır.
- Bakım sürecine ilişkin tüm uygulamaların eş zamanlı olarak kayıt altına alınma durumu, herhangi bir bakım uygulamasına ilişkin süreç üzerinden gözlenebilir olmalı ve kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.

Yatan hastalara ilişkin değerlendirme, bakım planı ve izlem sonuçlarının tüm çalışanlarca izlenebilir olması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Yatan hastalara ilişkin değerlendirme, bakım planı ve izlem sonuçlarının tüm çalışanlarca izlenebilir olma durumu ilgili kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.*
- *Bakım sürecinde görev alan çalışanlar, yatan hastalara ilişkin değerlendirme, bakım planı ve izlem sonuçlarının izlenebilir olması hakkında bilgi sahibi olmalı ve uygulamalıdır.*



SH.HB .01.02

Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.

Hastanın bakım ihtiyaçları; yatan hastalarda hasta bölüme kabul edildiğinde, ayaktan hastalarda ise ayaktan sağlık hizmeti alınan bölümde hastaya bakım verecek sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmelidir.

Bakım ekibinin tüm üyeleri hastayı kendi hizmet alanı ile ilgili olarak değerlendirmeli ve hastanın bakım ihtiyaçlarını tespit etmelidir.

Hastanın bakım ihtiyaçları tespit edilirken hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül bir yaklaşımla ve hasta/hasta yakınının da katılımı ile değerlendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ayaktan ve yatan hastalarda, bakım veren sağlık çalışanları tarafından hastanın genel durumunun fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden ve kendi uzmanlık alanı doğrultusunda değerlendirildiğine ilişkin izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.
 - Hastaların bakım ihtiyaçlarının saptanıp kaydedildiği hastane yönetimi onaylı dokümanlar (protokol, rehber ve formlar vb)
Ör 1. Bakım protokolleri, hasta değerlendirmede formu, ağrı değerlendirme ölçeği vb. ölçekler.
 - Hasta değerlendirmesine ilişkin doküman ve kayıtlar
Ör 1. Bakım protokolleri, hasta değerlendirme formu, yaşam bulguları izlem formu vb.
- Ayaktan ve yatan hastaların tüm birimlerde ve her vardiyada fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirildiğini gösteren kayıtlar ve bunların sürekliliği geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Ayaktan hastaların bakım ihtiyaçlarına ilişkin değerlendirme sonuçları, hastane tarafından belirlenen formatta ve içerikte hazırlanan kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalı ve gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.
 - Hastanın klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular, planlanan tedavi vb. ni gösteren kayıtlar
- Bölüme özgü olarak, yatan hastaları bakım veya tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapıldığı, ilgili kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
 - İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası hasta vital bulgularının takibi
 - Bası ülseri risk değerlendirmesi
 - Düşme riski değerlendirmesi
 - Ağrı şiddeti değerlendirmesi
 - Bilinç düzeyi takibi
 - Beslenme durumunun değerlendirilmesi
 - Ventilator ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi
 - Kateter bakımı ve takibi
 - Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi
 - Ağız bakımı ve takibi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanın değerlendirilmesine ilişkin hastane yönetimi, birim yöneticileri ve bakıma katılan tüm sağlık çalışanlar, tanımlanmış görevleri doğrultusunda sürece katılım sağlıyor olmalıdır.
Ör. Hasta değerlendirilmesine yönelik doküman ve kayıtların revizyonu ile ilgili hastane yönetiminin onayı
Ör. Bakım veren çalışanların hastanın değerlendirilmesinde kullanılan rehberlerin revizyonu ile ilgili önerileri hakkındaki raporları
- Hastanın bakım ihtiyaçlarının değerlendirilmesine ilişkin bakım veren çalışanlar hastaların bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmesine ilişkin kurallar hakkında bilgi sahibi olmalı ve uygulamaları tanımlanan kurallarla tutarlı olmalıdır.
Ör 1. Bir hemşirenin hastanın kabulü sırasındaki hasta değerlendirmesinin, tanımlanan değerlendirme kuralları ile uyumlu olması

SH.HB .01.03

Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.

Bakım planı hastanın bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri ve uygulamaların değerlendirilmesini içermelidir.

Hasta bakımı uygulamalarında bakımın sürekliliği esastır. Bakım planları hastanın hastanede yatarak hizmet aldığı tüm zaman dilimini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yatan hastalara yönelik, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda hastaya özgü olarak hazırlanmış bakım planı izlenebilir olmalıdır.
Ör. Hemşirelik sürecini içeren (hasta bakım planı kayıtları (matbu ya da elektronik)
Ör. Hekim bakım/tedavi planı
Ör. Diyetisyen tarafından kullanılan formlar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bakım planı, hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, gerçekleştirilen uygulamaları ve uygulamaların sonuçlarını içeriyor olmalıdır.
- Hastanın gereksinimlerine göre oluşturulan bakım planlarının tüm yatış süresinde sürekliliğinin sağlandığı ve hastaya bakım veren çalışanların ortak olarak kullanabildiği ve diğer sağlık ekip üyeleri ile tutarlı girişimlerde bulunduğu kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
- Hastanın kabulünden taburculuğuna kadar bakımının planlandığını gösteren izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.
Ör. Hasta bakım planının hastanın yatışından itibaren planlandığını ve her vardiyayı kapsadığını gösteren kayıt
Ör. Hastanın hemşiresi değiştiğinde bakım planının devam ettiğini gösteren kayıtlar
Ör. Bakım hedefleri ile diğer sağlık ekibi üyelerinin girişimlerinin tutarlı olduğunu gösteren kayıtlar
- Yöneticiler ve hastaya bakım veren tüm çalışanlar, hastanın bakım planına katılımı ve katkısı kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Yöneticilerin ve hastaya bakım veren tüm çalışanların hastanın bakım planına katılımı ve katkısını gösteren rapor ve yazışmalar.
Ör. Hasta bakım planlarının uygulanabilirliğine ilişkin birim yöneticilerinin raporları
Ör. Hastaya bakım veren çalışanların ortak hasta bakımının planlanmasına ilişkin eğitim isteği yazışmaları
- Hastaya bakım veren çalışanlar, hasta bakım planının hazırlanmasına ilişkin kurallar hakkında bilgi sahibi olmalı ve uygulamalarına yansıtması olmalıdır.
Ör 1. Hastanın bakımının planlandığı şekilde verildiğinin gözlemi



SH.HB .01.04

Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek gerektiğinde güncellenmelidir.

Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler (hastanın klinik tablosunun değişmesi, kullandığı ilaçların değiştirilmesi, hastaya herhangi bir girişimde bulunulması vb. durumlar) bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir.

Bakım planında yapılan güncellemelerden ilgili sağlık çalışanları haberdar olmalıdır.

Hasta bakım planları çerçevesinde gerçekleştirilen işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bakım planının hastanın gereksinimlerine göre planlandığı ve hastanın bakım ihtiyacının sürekli olarak değerlendirilerek güncellendiği ilişkili kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.
Ör. Hastanın klinik durumu ve tedavisindeki değişiklikler ve değerlendirme verileri doğrultusunda güncellenen bakım planı, Planda (günlük) değerlendirme verileri ile tanı ve girişimlerdeki güncellemelerin varlığı
- Bakım planının hastanın gereksinimlerine göre (tüm birimlerde ve her vardiyada) güncel olduğu ilişkili kayıtlar üzerinde izlenebilir olmalıdır.

Ör. Hasta bakım planı kayıtları

- Hasta bakım planına eklenen yeni hemşirelik tanılarını gösteren belge
- Ameliyat sonrası hastanın bakım planının güncellendiğini gösteren kayıtlar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta bakım planının güncellenmesine ilişkin birim yöneticileri ve bakım veren çalışanlar bilgi sahibi olmalı ve uygulamalarına yansıtılmış olmalıdır. Ör. Yöneticilerin ve hastaya bakım veren tüm çalışanların hastanın bakım planının güncellenmesine katılımı ve katkısını gösteren rapor ve yazışmalar.
 - Birim yöneticilerinin hastanın bakım planı ile ilgili vizit raporları, yazışmalar.
 - Sağlık ekibi ile yapılan ortak hasta değerlendirme toplantıları ya da vizitlerini gösteren rapor, kayıtlar
- Hastanın bakım planı ile ilgili hasta ve bakım veren çalışanlar bakım planında belirtilen bilgilerin güncelliğini gösteren şekilde geribildirim veriyor olmalıdır.
- Hastaların bakımı sırasında meydana gelen tüm değişikliklerin bakım planına eş zamanlı olarak yansıtıldığı izlenebilir olmalı, bakım planındaki güncellemelerden ilgili sağlık çalışanları haberdar olmalıdır.



SH.HB .01.05

Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.

Hasta/hasta yakınının hastaneye/bölüme uyumu sağlanmalıdır. Hasta/ hasta yakınları; hastanede uymaları gereken kurallar, kahvaltı ve yemek saatleri, telefon kullanımı, sağlık çalışanlarına nasıl ulaşabilecekleri, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin ne şekilde bilgi alabilecekleri vb. konularda bilgilendirilmelidir.

Hasta bakım sürecinde hastanın bağımsız fonksiyonlarını yerine getirmesine izin verilmeli ve hastalar kendi bakımlarına katılmaları konusunda teşvik edilmelidir.

Hastaya hizmet veren tüm bakım ekibi, hasta/hasta yakınları ile beklenti, ihtiyaç ve değerlerini gözeterek şekilde iletişim kurmalıdır. Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde pozitif bir diyalog içinde bulunulmalıdır.

Bakım uygulamaları kapsamında hastaya uygulanacak tüm işlemlerde hasta/hasta yakını işlemi uygulayacak kişi tarafından, işlem hakkında bilgilendirilmelidir.

Hasta/hasta yakınları bakım uygulamalarının seyri konusunda hastanece belirlenen sıklıkta ve zamanda bilgilendirilmelidir.

Riskli işlem uygulanması durumunda, hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır.
Hasta/hasta yakınının bakım süreçlerine katılımı sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta ve hasta yakınlarının hastaneye/bölüme uyumu ile hastanın ve yakınlarının bakım süreci hakkında bilgilendirilmesi, beklenti, ihtiyaç ve değerlerinin dikkate alınması, bakımın sürekliliği amacıyla eğitilmesi, yapılacak işlemler için rızasının alınarak bakıma katılımlarının sağlandığı vb. izlenebilir olmalıdır.
 - Hastanın bakıma katılımlarının sağlanmasına yönelik bilgilendirme doküman ve kayıtları
Ör. Hasta bilgilendirme için hazırlanmış broşürler / rehberler
Ör.(Riskli) Girişimler için yazılı onamlar
- Tüm birimlerde ve vardiyada, hasta ve yakınlarının bakım sürecine katılımının sağlandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Hastanın bakım (ve tedavi) kayıtları
Ör. Hastanın hastaneye/birime uyumuna ilişkin kayıtlar
Ör. Hastaya verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar
Ör. (Riskli) Girişimler için yazılı onamlar
- Hasta ve yakınlarının bakım sürecine katılımına ilişkin hastane yöneticileri, birim çalışanları, bakım veren çalışanların bilgi ve katkısının dikkate alınması izlenebilir olmalıdır.
 - Yöneticiler, bakım veren çalışanların bakım planına katılımı ve katkısını gösteren rapor ve yazışmalar.
Ör. Hasta bilgilendirme ve eğitimi ile ilgili revizyonlar
Ör. Yazılı onamlar ile ilgili revizyonları gösteren belge
Ör. Hastane yönetiminin bakıma yönelik hasta ve yakınlarının öneri/şikayetlerine ilişkin rapor ve yazışmalar
- Hastaya bakım veren çalışanlar ve hastalar, bakım süreçlerine hasta katılımlarının sağlandığına ilişkin tanımlanan doğrultuda geribildirim veriyor olmalıdır.
 - Ör. Hastanın birime uyumu hakkında hemşire tarafından yapılan bilgilendirmeler
- Hasta/hasta yakını bakım süreçlerine katıldıkları hakkında olumlu yönde geribildirim verebiliyor olmalı, süreçlere katılımlarının sağlandığı durumlar gerekliliklerde tanımlan doğrultuda tutarlı olmalıdır.



SH.HB .01.06

Hastanın sevkı veya taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.

Hasta/hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir. Eğitim içeriği; hasta hakları, ilaçların kullanımı, bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar, taburculuk eğitimi vb. konuları kapsamalıdır.

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

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

Hastanın hastaneden taburcu edilmesine yönelik işlemler planlanmalıdır.

- Hekim tarafından taburculuğuna karar verilen hastalar; taburculuk sonrası evde bakımı, kullanacağı ilaçlar, varsa diyeti ve yapılmaması gereken aktiviteleri, kontrol için hangi branş doktoruna ne zaman ve nasıl başvuracağı gibi konular hakkında bilgilendirilmelidir.
- Taburculuk sürecine ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.
- Hazırlanan planda; hekim izni olmadan hastaneden ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler de belirlenmiş olmalıdır.
- Hastaya sunulan her türlü bakım/tedavi hizmetine rağmen, hastanın ölümünün beklenmesi durumunda, uygulanacak işlemlerde;
 - Hasta ve ailesinin manevi ve kültürel ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.
 - Hastanın ağrı ve semptomlarının yönetimi sağlanmalıdır.
 - Hasta ve ailesine destek sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanın başka bir hastaneye sevkine veya taburcu edilmesine ilişkin tanımlanan süreçlerin, hastanın başka bir kurumda ya da evinde bakımın devam etmesini sağlayacak şekilde oluşturulmuş olduğu izlenebilir olmalıdır.
 - Hastanın başka bir hastaneye sevki ya da taburculuk sürecine ilişkin prosedür ve kayıtlar
Ör. Birimler arası/kurumlar arası bakımın sürekliliğinin sağlanmasına ilişkin girişimlerin belirtildiği hastane yönetimi onaylı prosedür ve doküman (Hasta Transfer Prosedürü vb)
Ör. Hastanın taburculuğa hazırlanması ve taburculuk sürecinde yapılması gerekenlerin belirtildiği hastane yönetimi onaylı prosedür ve dokümanlar (Taburculuk Prosedürü vb)
- Hastanın başka bir hastaneye sevki veya taburcu edilmesine ilişkin faaliyetlerin tüm birimlerde ve her vardiyada devamlılığı, kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
 - Hastanın sevk ve taburculuk kayıtları
Ör. Hasta, yakınları ve ilgili kurum çalışanlarının (yazılı ve sözlü) bilgilendirildiğine ilişkin kayıtlar
Ör. Transfer ve taburculukta hastanın klinik durumuna ilişkin kayıtlar
Ör. Taburculuk sonrası bakıma ilişkin eğitim kayıtları
Yöneticiler ve bakım veren çalışanların sevk veya taburculuk sürecine katılımı ve katkısını gösteren rapor ve yazışmalar.
- Sevk veya taburculuk sürecinde süreçte hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların tanımlanmış görevleri doğrultusunda sürece katılımı ve katkısı kayıt ve uygulama düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Ör. Hastane yönetiminin taburculuk eğitimine ilişkin hasta ve hasta yakınlarının önerilerini ve şikâyetlerini içeren rapor ve yazışmaları
 - Ör. Diğer kurum çalışanının hasta bilgilendirme yöntemine ilişkin önerilerini gösteren belge, yazışma.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Süreçte görev alan çalışanlar Hastanın başka bir hastaneye sevkine veya taburcu edilmesine ilişkin tanımlanan süreçler hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
 - Ör. Bakım veren çalışanların hastanın sevkı sırasında diğer kurum çalışanlarını bilgilendirme yöntemini biliyor olması
- Süreçte görev alan çalışanlar Hastanın başka bir hastaneye sevkine veya taburcu edilmesine ilişkin tanımlanan süreçleri uygulamalarına yansıtmış olmalıdır.
 - Ör. Hastanın başka bir hastaneye sevkı sırasında faaliyet ve kayıtların gözlemi
- Sevk veya taburculuk sürecinde görev alan çalışanlar ile hasta ve yakınları tanımlanan süreçler hakkında bilgi sahibi olmalıdır.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.



Standart 28

Doğru İşlemin Doğru Hastaya Uygulanması

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı



Standart 28: Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.

SH.HB.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanmasının sağlanması kapsamında,

- Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliğinin doğrulanması,
- Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılması,
- Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyetini,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasını,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığının sağlanmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.HB.02.01

Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

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

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

- Ad-soyadı
- Doğum tarihi
- Baba adı
- Protokol numarası vb.

Aşağıda, kimlik doğrulama işlemi sırasında kullanılacak yöntemlere örnekler verilmiştir:

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hastaneden hizmet alan tüm hastaların, hastaneye başvurudan taburculuğa kadar tüm süreçlerde kimliğinin doğrulandığı izlenebilir olmalıdır.*
 - *Kimlik doğrulamanın nasıl, ne zaman ve kim tarafından yapılacağını tanımlayan Hastane Yönetimi onaylı prosedür/doküman*
Ör. Kimlik tanımlamada kullanılacak parametreleri (ad-soyad, doğum tarihi, baba adı, protokol no vb.) belirten doküman
- *Bakım hizmeti alan bireylerin, tüm girişimlerde ve birimler arasında kimlik doğrulamanın devam ettiği izlenebilir olmalıdır.*
 - *Hastanın kimliğinin doğrulandığına ilişkin kayıtların geriye yönelik incelenmesi*
Ör. Hastaların servis/ünite değişikliği, girişimsel uygulamalarda vb. durumlarda kimlik doğrulandığına ilişkin kanıt
- *Hastane yönetimi, birim yöneticileri ve tüm çalışanlar, hastanın kimliğinin doğrulanmasına ilişkin katkısı ve desteği izlenebilir olmalıdır.*
 - *Hasta kimliği doğrulanmasına ilişkin yaşanan eksiklik ve sorunlara ilişkin tutanak ve yazışma belgeleri*
Ör. Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin yöneticilerin uyarı/hatırlatma yazışmaları
Ör. Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin çalışanlar tarafından yapılan yazılı bildirimler
- *Tanımlandığı şekilde kimlik doğrulama yapıldığı gözlenebilir olmalıdır*
- *Hasta ve yakınları tüm girişimlerde, tüm bakım süreçlerinde, birimler arasında vb. kimliklerinin doğrulandığını teyit ediyor olmalıdır.*



SH.HB .02.02

Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.

Kimlik doğrulaması amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.

- Bu amaçla Ayaktan hastalarda;
Hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı resimli ve resmi belgeler
- Yatan hastalarda;
 - Kol bantları/bileklikler
 - Barkodlama Sistemleri
 - Biyometrik sistemler (Retinal tarama, parmak izi taraması, avuç içi kimlik doğrulama sistemi vb.)
 - Hastane tarafından belirlenen hasta kimliğini tanımlayabilecek diğer yöntemler

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hastanın kimlik doğrulaması amacıyla hasta kimlik tanımlayıcısının her birimde kullanıldığı ve tanımlanan gerekli durumlarda değiştirildiği izlenebilir olmalıdır.*
 - *Hastanın kimlik tanımlayıcısının kontrol edildiği ve değiştirildiğini gösteren kanıtlar*
- *Hasta kimlik tanımlayıcılarına ilişkin hastane yönetimi, birim yöneticileri ve tüm çalışanların onayı, önerileri ve katkısı izlenebilir olmalıdır.*
 - *Hasta kimlik tanımlayıcısına ilişkin onayın ve önerilerin alındığına ilişkin yazışma ve belgeler*
Ör. Hasta kol bandında değişimle ilgili rapor/ tutanak vb.
Ör. Birim yöneticileri ve çalışanlarının kimlik doğrulamada biyometrik sistem kullanma istekleri ile ilgili yazıları
- *Çalışanlar ve hastalar, kimlik tanımlamada kullanılan tanımlayıcılar hakkında bilgi sahibi olmalıdır.*
 - *Ör. Hastaya yatışında bileklik takılıp takılmadığının sorulması*
 - *Ör. Hastaya tedavi uygulanırken kimlik bilekliğinden kimlik kontrolünün yapıldığının gözlenmesi*
- *Kimlik tanımlayıcısının hasta doğrulamada kullanımının devamlılığı hakkında hasta ve yakınları tanımlanan kurallara uygun geri bildirim veriyor olmalıdır.*
 - *Ör. Hastanın, alerjisi olduğunun belirlendiğinde bilekliğinin kırmızı ile değiştirildiğini ifade ediyor olması*



SH.HB .02.03

Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

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

Hastalar kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve kimlik doğrulamanın önemi hakkında bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Kimlik doğrulanması, kimlik tanımlayıcıların kullanılması ve kimlik doğrulamanın önemi hakkında hasta ve sağlık çalışanlarına eğitim verildiği izlenebilir olmalıdır.*
 - *Hasta kimlik doğrulaması hakkında eğitim kayıt ve tutanaklarının olması*
Ör. Hastalara verilen eğitim programı konu, içerik, yöntem, katılımcı sayısını gösterir belgeler
Ör. Çalışanlara verilen eğitim sayısı, eğitim programı konu, içerik, yöntem, katılımcı sayısı, pre-post test değerlendirme sonuçlarını gösterir belgeler
Ör. Eğitim programının revizyonuna ilişkin yönetimle yazışma ve belgeler
- *Hasta kimlik doğrulaması hakkında eğitiminin tüm çalışanlara ve hastalara verildiği ve devamlılığı izlenebilir olmalıdır.*
 - *Hasta kimlik doğrulaması hakkında eğitim kayıt ve tutanaklarının geriye yönelik incelenmesi*
Ör. Hasta kimliğinin doğrulanma yönteminden kaynaklanan sorunlara ilişkin raporlar
Ör. Yönetime iletilen sorunların çözümüne ilişkin kayıt ve raporlar.
- *Hastane yönetimi, birim yöneticileri, çalışanların ve hastaların hasta kimliği doğrulama eğitimleri ile ilgili onayı ve önerileri izlenebilir olmalıdır.*
 - *Hastane yönetimi tarafından onaylı hasta kimlik doğrulama eğitimi programı*
Ör. Çalışanların eğitim istekleri ile ilgili yazıları
Ör. Hastaların eğitime ilişkin geri bildirimlerini içeren yazışmalar/kayıtlar
- *Çalışanlar ve hastalar hasta kimlik doğrulaması hakkında eğitim içeriği, yöntemi vb. hakkında bilgi sahibi olmalıdır.*
- *Hasta kimlik doğrulaması eğitiminin etkinliği hakkında hasta ve çalışanlar olumlu yönde geri bildirim veriyor olmalıdır.*



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.



Standart 29

Hasta Düşmelerinin Önlenmesine Yönelik Tedbirler Alınması

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı



Standart 29:

Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

SH.HB.03.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınması kapsamında,

- Düşmelerin önlenmesine yönelik sürecin planlanmış olmasını,
- Yatan hastaların düşme riski yönünden değerlendirilmesini,
- Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmasını,
- Gerçekleşen düşme olaylarının izlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyetini sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.HB.03.01

Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane genelinde hastaların düşerek zarar görmesini engellemek amacıyla düşmelerin önlenmesine yönelik bir sistemin oluşturulmuş olduğu kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik hastane yönetimi onaylı düzenlemeye ilişkin prosedür, doküman
- Hasta düşmelerinin önlenmesi prosedürünün tüm birimlerde tanımlandığı şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta bakım ve transfer kayıtları
Ör. Hasta bakım ve transfer kayıtlarında tüm birimlerde düşme önlemlerinin alındığına ilişkin kanıt



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta düşmelerinin önlenmesine ilişkin oluşturulan sisteme hastane yönetimi, birim yöneticileri ve tüm çalışanların bilgisi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik yöneticiler ve çalışanların bilgisi ve katkısını gösteren yazışmalar, raporlar.
 - Ör. Hasta düşmelerinin önlenmesine ilişkin hastane ve birim yöneticilerine bildirilen önerilere ilişkin yazışma.
Ör. Hasta düşmelerine neden olabilecek durumlara ilişkin (fiziksel ortam ve cihaz vb) hastane yönetimine sunulan rapor.
- Hastalar, çalışanlar ve yöneticiler hasta düşmelerinin önlenmesi prosedüründe tanımlanan süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
 - Ör. Hastanın transferini sağlayan çalışanın hasta düşmelerinin önlenmesi prosedürünü biliyor olması
 - Ör. Hasta transferinde düşme önlemlerinin alındığının gözlenmesi
Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik yöneticiler ve çalışanlarla görüşme yapılır.
 - Hastaların düşmelerin önlenmesine yönelik kendisine iletilen kurallara uygun hareket ediyor olduğunun gözlenmesi

SH.HB.03.02

Yatan hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.

Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Hastane tarafından, bazı özellikli bölümlerde yatan hastalar (yoğun bakım hastaları, yeni doğan yoğun bakım hastaları, 0-3 yaş bebek ve çocuk hastalar) risk değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir.

Yatan hastaların düşme riski değerlendirmesi hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi tarafından yapılmalıdır.

Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.

Yatan hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır. Morse, Hendrich II, İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) gibi ulusal ve uluslararası ölçekler bu ölçeklere örnek olarak verilebilir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yatan hastalarda, belirlenen kriterler doğrultusunda ve risk değerlendirme ölçeği kullanılarak hastanın düşme riskinin belirlendiği izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta düşme riski değerlendirme ölçeğinin kullanıldığını, prosedürde tanımlandığı şekilde risk değerlendirmesinin yapıldığını gösteren doküman, belge
Ör. Yetişkinler için düşme risk puanlarını gösteren belge (örneğin İtali Düşme Riski Ölçeği vb)
Ör. Çocuk hastalar için düşme risk puanlarını gösteren belge (örneğin Harizmi Düşme Riski Ölçeği vb)
- Düşme riski değerlendirilmesinin tanımlandığı durumlarda yenilendiği izlenebilir olmalıdır.
 - Yetişkin ve çocuk hastalar için düşme risk puanlarını gösteren belge
Ör. Hastanın ameliyat sonrasında düşme riskinin yeniden değerlendirilmesi
Ör. Düşen hastaların risk değerlendirilmesinin yapılmış olduğunu gösteren kanıt
- Hasta düşme riskinin değerlendirilmesine ilişkin hastane yönetiminin, birim yöneticilerinin ve tüm çalışanların bilgi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta düşme riskinin değerlendirilmesine ilişkin yöneticiler ve çalışanların bilgi ve katkısını gösteren yazışma, belgeler.
Ör. Hasta düşmelerinin önlenmesine ilişkin hastane yönetiminin yazışmaları
Ör. Hasta düşme nedenlerine yönelik önerilerin alınması ile ilgili yazışmalar
Ör. Hasta düşme sonuçlarının ve nedenlerinin çalışanlar ile paylaşıldığını gösteren rapor ve belgeler



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastalar, çalışanlar ve yöneticiler düşme riskinin değerlendirilmesine yönelik süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır

SH.HB.03.03

Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.

Belirlenen risk düzeylerine göre alınacak önlemler planlanmalıdır.

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

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

Yüksek riskli hastalara yönelik alınacak asgari genel önlemler aşağıdaki gibidir:

- Yüksek riskli hastalar dört yapraklı yonca sembolü ile tanımlanmalıdır. Dört yapraklı yonca sembolü hastanın bulunduğu veya transfer edildiği her alanda çalışanları uyarmak amacı ile hastanenin belirleyeceği şekilde kullanılmalıdır.
- Yüksek riskli hastaların bakımı planlanmalı, alınan koruyucu önlemler izlenmelidir.
- Yüksek riskli hastaların gözlem sıklığı belirlenmelidir.
- Hasta/hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.

Düşmelere neden olması açısından, belirlenen hastane ortamına özgü (hastane bazlı) risklere yönelik asgari aşağıdaki önlemler alınmalıdır:

- Hasta odası yalın hale getirilmeli, odada gereksiz alet, malzeme ve eşyalar bulundurulmamalı, odada yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.
- Hasta yatakları hasta düşmelerini engelleyecek şekilde konumlandırılmalıdır.
- Yürüme alanları hasta düşmelerini engelleyecek şekilde kuru tutulmalı, kaygan zeminlerde uyarı levhası bulundurulmalı ve yürüme alanında hareketi engelleyen cisim ve eşyalar bulunmamalıdır.
- Gerekli yerlerde hastalar için tutunma barları bulundurulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaların belirlenen düşme riskine göre hasta, bölüm ve hastane bazlı alınan önlemler izlenebilir olmalıdır.
 - Düşme riski yüksek olan hastalar için hasta, birim ve hastane bazlı alınan önlemlerin tanımlandığı doküman ve kayıtlar
 - Ör. Düşme riski yüksek olan hastalar için alınacak önlemleri içeren döküman
- Hastaların belirlenen düşme riskine göre alınan hasta, bölüm ve hastane bazlı önlemlerin her vardiyada tüm çalışanlar tarafından tanımlandığı şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Düşme riski yüksek olan hastalar için alınan önlemlere (hasta, birim ve hastane bazlı) ilişkin doküman ve kayıtlar
Ör. Düşme riski yüksek olan hastaların bakım planı kayıtlarında alınan önlemlerin belirtilmiş olması
Ör. Hastaya özgü her vardiyada alınan düşme önlemlerini gösteren kayıtlar
Ör. Hastanın transferi sırasında alınan önlemlerin gösteren kayıtlar
Ör. Riskli hastalarda alınan önlemlerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla düşme olaylarının izlendiğini gösteren belge, rapor
- Hastaların düşme riskine göre gerekli önlemlerin alınmasına ilişkin hastane yönetiminin, birim yöneticilerinin ve tüm çalışanların bilgi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
 - Hastaların düşme riskine göre gerekli önlemlerin alınmasına ilişkin yöneticiler ve çalışanların bilgi ve katkısını gösteren yazışma, belgeler.
Ör. Hastane yönetiminin düşmelerin önlenmesine yönelik fiziki yapının düzenlenmesine ilişkin alınan önlemleri gösteren yazışma, rapor.
Ör. Birim yöneticilerinin birimdeki düşme önlemlerinin etkinliğini değerlendirdiğini gösteren rapor, belge.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastalar, çalışanlar ve yöneticiler düşme riskinin değerlendirilmesine yönelik süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır
 - Ör. Düşme riski yüksek olan hasta odalarında dört yapraklı yonca sembolünün yer aldığı gözlemi
 - Ör. Hasta ve yakınlarının düşme önlemleri hakkında bilgilendirilmiş olması

SH.HB .03.04

Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.

Hastanede gerçekleşen düşme olayları izlenmeli, istatistiksel analizleri yapılmalı, analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır

Çalışanların, düşme olaylarını güvenlik raporlama sistemine bildirmesi sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanede gerçekleşen düşme olaylarının tekrarlamaması için izlendiği ve yapılan analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirmelerin yapıldığı izlenebilir olmalıdır.
 - Güvenlik raporlama sisteminde hasta düşmelerinin izlenmesi
 - Ör.Hasta düşmelerinin güvenlik raporlama sistemi ile bildirildiğini gösteren belge



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta düşme olaylarının hastane genelinde izlenmesi, olay bildirimlerin devamlılığının sağlandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta düşmelerinin bildirim kayıtları ve hasta düşme analiz raporları
Ör. Güvenlik raporlama sisteminde yer alan düşme olaylarını gösteren belge
Ör. Düşme olaylarının istatistik ve kök- neden analizi sonuçlarını gösteren rapor
- Hasta düşme olaylarının izlenmesi ve tekrarlanmamasına ilişkin hastane yönetiminin, birim yöneticilerinin ve tüm çalışanların bilgi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta düşme olaylarının izlenmesine ilişkin yöneticiler ve çalışanların bilgi ve katkısını gösteren yazışma, belgeler.
Ör. Hasta düşmelerine ilişkin analiz sonucuna göre gerçekleştirilecek iyileştirmeleri gösteren yazışmalar
Ör. Hasta düşmelerinin tekrarlanmamasına ilişkin çalışanların önerilerini içeren yazışmalar
- Hastalar, çalışanlar ve yöneticiler düşme riskinin değerlendirilmesine yönelik süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır
 - Ör. Çalışanların düşme bildiriminin nasıl yapıldığını bilmesi



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

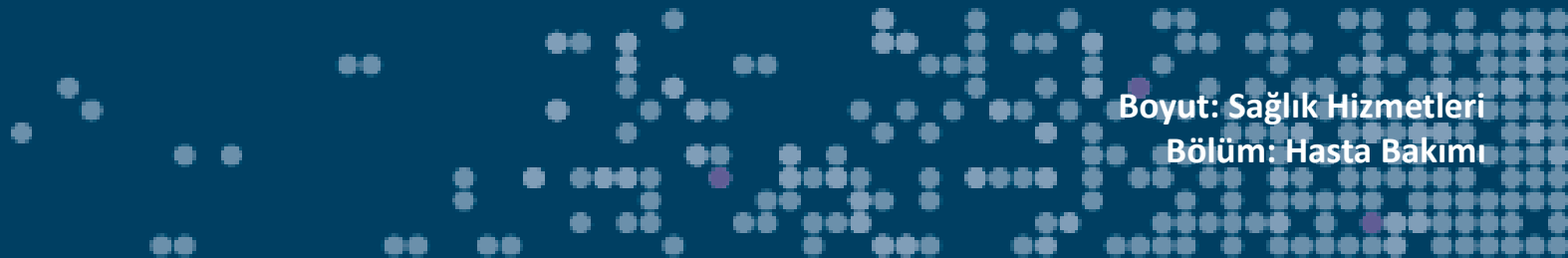
- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.



Standart 30

**Tıbbi Bilgi Akışında
Etkili İletişimin Sağlanması**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı





Standart İçeriği?

Bu standart,

Sağlık çalışanları arasında, tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanması kapsamında,

- Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin sürecin tanımlanması,
- Tanı amaçlı yapılan tetkik işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim sürecinin tanımlanması,
- Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılması,
- Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılması,
- Bölümler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımının sağlanması,
- Hastane içi ve hastane dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin sürecin planlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbir alınmasını ve süreçlerin iyileştirilmesini,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyetini,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.HB.04.01

Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.



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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bilgi akışının sağlanması amacıyla nöbeti devreden ve devralan çalışanlar arasında nöbet teslim sürecini belirleyen sürecin tanımlanmış olduğu izlenebilir olmalıdır.
 - Çalışanlar arasında nöbet teslim sürecini belirleyen hastane yönetimi onaylı prosedür ve dokümanlar
 - Ör 1. Nöbet teslimi kayıtlarını gösteren belge
- Nöbet teslim sürecinin tüm birimlerde tanımlandığı şekilde yapıldığı ve izlenebilir olmalıdır.
 - Nöbet tesliminin belirtilen şekilde yapıldığını gösteren kayıtlar
Ör 1. Her vardiyada nöbet tesliminin yapıldığını gösteren kayıtlar
Ör 2. Nöbet tesliminin hasta başında yapıldığını gösteren belge



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Nöbet teslimi sürecine ilişkin hastane yönetimi, birim yöneticileri ve nöbetli çalışan tüm çalışanların bilgi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
 - Hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanlarının Nöbet teslim sürecinin işleyişine, yaşanan sorunlara ve geliştirilmesine ilişkin katkılarını gösteren kanıt
Ör 1. Nöbet teslimine ilişkin hastane yönetiminin yaptığı yazışma, rapor ve tutanaklar
Ör 2. Nöbet teslimine ilişkin çalışanların birim yöneticileri ile yazışmaları
Ör 3. Nöbet tesliminden kaynaklanan sorunlara ilişkin rapor/tutanaklar
- Çalışanların nöbet teslimi sürecini doğru, devamlı olarak, her vardiyada uyguladığı geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. Nöbet tesliminin en az iki çalışan ile hasta başında yapıldığının gözlemi
 - Ör: Her vardiyada nöbet tesliminin hasta kayıtları üzerinden ve hasta başında yapıldığının gözlemi

SH.HB.04.02

Tanı amaçlı yapılan tetkik işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim süreci tanımlanmalıdır.

Panik değerlerin bildirimine ilişkin süreç planlanmalıdır. Bu plan; panik değerlerin neler olduğu, bu değerler ortaya çıktığında nasıl, ne şekilde, kim tarafından ve kime bildirileceği vb. bilgileri içermelidir.

Panik değer sonuçları mümkün olan en kısa sürede ilgili sağlık çalışanına bildirilmelidir.

- Bildirimlerde; bildirim yapan kişi, bildirim yapılan kişi, panik değer sonucu, bildirim yapıldığı tarih ve saat kayıt edilmelidir.
- Telefon ile bildirilen panik değerler geri okuma yöntemi kullanılarak doğrulanmalıdır.



Bu değerlendirme ölçütü, laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası hizmet sunum süreçleri ile ilişkilidir. Bu nedenle laboratuvar hizmet sunum süreçleri ile birlikte değerlendirilerek uygulanır.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Tetkiklerde hastanın sağlığı için risk oluşturabilecek (panik) değerler hakkında ilgili sağlık çalışanının en kısa sürede bilgilendirilmesi sürecinin tanımlandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Panik değer bildiriminin ne zaman, nasıl ve kim tarafından yapılacağını içeren hastane yönetimi onaylı prosedür ve doküman
- Panik değer bildirim sistemi çıktıları ve işleyişin devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Panik değer bildirim kayıtları
Ör: Kayıtın bildirim yapan kişi, bildirim yapılan hasta, panik değer sonucu, bildirim tarihi ve saati içerdiğinin kontrolü
- Panik değer bildirim sistemine ilişkin hastane yönetimi, birim yöneticileri ve nöbetli çalışan tüm çalışanların bilgi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
- Hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanlarının panik değer bildirim sürecinin işleyişine, yaşanan sorunlara ve geliştirilmesine ilişkin katkılarını gösteren kanıtlar izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. Panik değer bildirimine ilişkin hastane yönetiminin yazışmaları
 - Ör 2. Panik değer bildirimine ilişkin çalışanların birim yöneticileri ile yazışmaları
 - Ör 3. Panik değer bildirim ile yaşanan sorunlara ilişkin tutanak/rapor
- Çalışanların Panik değer bildirim sistemi hakkında bilgi düzeyi ve farkındalıkları yüksek olmalı, sistemi aktif kullanıyor olmalıdırlar.
 - Ör 1. Çalışanlara panik değer bildirim sonuçlarının en kısa sürede kendilerine haber verildiğinin sorgulanması
 - Ör 2. Telefonla bildirimde geri okuma yönteminin kullanıldığının gözlenmesi
- Panik değer bildirimine ilişkin öneriler hakkında çalışanların geribildirimleri alınıyor olmalıdır.
 - Ör 1. Panik değer bildiriminde yaşanan sorunlara ilişkin çalışanların önerileri

Sözel istem uygulamasından mümkün olduğunca kaçınılmalı, zorunlu durumlar dışında uygulanması sınırlandırılmalıdır. Yazılı isteme imkân tanımayan durumlar söz konusu olduğunda sözel istem alımı kaçınılmaz ise aşağıdaki hususlar çerçevesinde sözel istem alınmalıdır:

- Hastane sözel istem alımı ile ilgili kuralları net olarak belirlemelidir.
- Sözel istemlerin hangi durumlarda kullanılabileceği tanımlanmalıdır.
- Reçetelendirme, yetkilendirme ve reçetenin geçerliliğini sağlamak için bir mekanizma sağlanmalıdır.
- Sözel istemin alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilmelidir.
- Sözel istem alındığı anda mutlaka doğrulanmalıdır. Doğrulama şu şekilde yapılmalıdır:
 - Sözel istem alınırken istem önce dinlenir.
 - Verilen istem kayıt altına alınır.
 - Yazılan istem daha sonra geri okunur ve doğruluğu istemi veren kişiye onaylatılır. İstemi alan kişi istemi doğrulatırken yapacağı geri okumayı aşağıdaki yöntemlerle yapabilir.
 - İlaç ismini hecelelemek
 - İlaç isimlerinin jenerik ve ticari isimlerinin ikisini beraber kullanmak
 - Hangi amaçla kullanılacağını belirtmek
 - Konuşulurken karışabilecek rakamları kullanmamak
 - Ön ek ve son ek olarak karışabilecek ilaç isimlerinden kaçınmak. Bunlar için ayırıcı hecelemeye yardımcı metot geliştirilebilir (B için Bursa gibi)
 - Gerekirse verilen ilaç adının kodlama yöntemi (B için Bursa gibi) ile tekrar edilmesini istemek
- Bütün sözel istemler, mümkün olan en kısa sürede yazılı hale getirilmeli, hastanenin medikal kayıtlarına işlenmeli, istemi veren kişiye imzalatılmalıdır.
- Sözel istem kayıtlarında istemin ne şekilde alındığı (sözlü-telefonla vb.) belirtilmelidir.
- Sözel istem kayıtlarında; hastanın adı-soyadı, yaşı, ilaç ismi, dozaj formu, (tablet-kapsül-inhalant), dozu, veriliş yolu, miktarı ve/veya zamanı, istemi verenin ad ve soyadı bilgileri belirtilmelidir.
- Hastane tarafından belirlenen yüksek riskli ilaçlara yönelik sözel istem yapılmamalıdır.

- Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hekimin yazılı tedavi istemi veremeyeceği özel durumları sınırlamak ve güvenliği sağlamak amacıyla tanımlanan (sözlü ve telefonla) sözel istem süreci izlenebilir olmalıdır.
 - Sözel istemi tanımlayan hastane yönetimi onaylı prosedür ve dökümanların bulunması
Ör. Sözel istemin verilebileceği özel durumların belirtildiği, sözel istemde hekim ve hemşirenin görev ve sorumluluklarını tanımlayan doküman
- Sözel istemin işleyişi, belirtilen özel durumlar dışında uygulanmadığı ve izlenebilir olmalıdır.
 - Sözel istem kayıtlarının incelenmesi
Ör. Sözel istem ile verilen ilacın yazıldığını gösteren belge
Ör. Sözel istem kayıtlarında yüksek riskli ilaçların olmadığını gösteren belge
- Sözel istemin azaltılması ve doğru işleyişe yönelik ilgili hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların bilgi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
 - Sözel istemin azaltılmasına yönelik önerilerin bulunması, yanlış uygulandığına yönelik şikayetlerin bulunması, sözel istemin neden olduğu olayların incelenmesi
Ör. Sözel istem uygulanmada yaşanan sorunlara ilişkin rapor/tutanaklar
Ör. Sözel olarak istemi verilen ilacın neden olduğu olay bildirimlerine ilişkin kanıt
Ör. Sözel istemin kaydedilmesine ilişkin çalışanların önerilerini içeren yazışmalar
- Sağlık çalışanları sözel istem işleyişi hakkında tanımlanan doğrultuda bilgi sahibi olmalıdır.
 - Ör. Hekimin sözel istem yapılması gereken koşulları biliyor olması yapılır.
 - Ör. Hemşirenin sözel istemin alınması sırasında kodlama yöntemini kullanıldığını biliyor olması
- Sözel istemin tanımlandığı şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Ör. Sözel istemin kaydı sırasında geri okuma yönteminin kullanılması
- Çalışanlar sözel istem işleyişinin revizyonu ve revizyon uygulamalarının uygulanmasına ilişkin bilgi sahibi olmalıdır.

Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Hastane tarafından; kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli ve listelenmelidir.

İstem süreçlerinin hiçbir aşamasında belirlenen listede yer alan hiçbir kısaltma, sembol ve simgeler kullanılmamalıdır.

İstem açık, net ve okunaklı bir şekilde yazılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Tedavi ve bakım sürecinin güvenliğini sağlamak amacıyla kullanılmaması gereken kısaltmalar, sembol ve simgelerin belirlenmiş ve doz miktarlarının açık ve okunaklı yazıldığını belirten düzenlemenin varlığı izlenebilir olmalıdır.
 - Kullanılmaması gereken kısaltmalar, sembol ve simgeler hakkında düzenlemeleri içeren hastane yönetimi onaylı doküman
 - Ör 1. Tedavi isteminde kullanılmaması gereken kısaltma, sembol ve simge listesi
 - Ör 2. İlaç doz miktarının açık ve okunaklı yazıldığını gösteren tedavi planı ya da elektronik sistem çıktısı
- Tanımlanan kısaltma, sembol ve simgelerin tüm birimlerde kullanılmıyor olduğu izlenebilir olmalıdır.
 - Kısaltma, sembol ve simgelerin kullanılmaması gereken kayıtların varlığı
 - Ör 1. Hasta tedavi planında belirtilen kısaltmaların kullanılmıyor olması
 - Ör 2. İlaç dozunun okunaklı olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kısaltma, sembol ve simgeler ve ilaç dozu yazımı ile ilgili hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların bilgi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. Kısaltma, sembol ve simgeler ve ilaç dozu yazımı ile ilgili yazılı öneriler
 - Ör 2. Kısaltma, sembol ve simge kullanımına ilişkin yaşanan sorunlara ilişkin tutanak/rapor
 - Ör 3. İlaç dozu yazım hatası nedeniyle yaşanan istenmeyen olaylara ilişkin tutanak veya rapor.
- Kullanılmaması gereken kısaltmalar, sembol ve simgeler ve ilaç dozu yazımı hakkında ilgili çalışanlar bilgi sahibi olmalıdır.
 - Ör: Hekimlerin ve hemşirelerin tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmaları biliyor olması
- Kısaltma, sembol ve simgelerin kullanılmadığı ve ilaç dozu yazımı tanımlandığı şekilde uygulanıyor olmalıdır.
- Kısaltma, sembol ve simgeler ve ilaç dozu yazımı ile ilgili öneriler ve şikâyetler dikkate alınıyor olmalıdır.

SH.HB.04.05

Bölümler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.

Bölümler arası hasta transferi uygun nakil yönetimi ile yapılmalıdır (sedye, tekerlekli sandalye vb.)

Nakil sırasında hastaya bir sağlık çalışanı eşlik etmelidir.

Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından anlaşılır ve pratik yöntemlerle (Elden Ele/Handover iletişim tekniği vb.) doğru ve tam olarak iletilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta transferinde bakımın güvenli bir şekilde devam ettirilebilmesi için hasta bilgilerinin doğru ve tam olarak aktarıldığı izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta transferi sürecini tanımlayan hastane yönetimi onaylı prosedür ve doküman ve hasta transferi sürecinde tutulan kayıtlar
 - Ör 1. Hasta transferinde hastanın bilgilerinin aktarıldığı kayıtlar
 - Ör 2. Hastanın sağlık çalışanı eşliğinde transferinin yapıldığını gösteren belge
- Birimler arası hasta transferinin izlenebilirliği ve tüm birimlerde tanımlandığı şekilde doğru ve tam bilgilendirme yapıldığı izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta transferi sürecinde tutulan kayıtlar
 - Ör 1. Hasta transferinde hastanın bilgilerinin aktarıldığı kayıtlar
 - Ör 2. Hastanın sağlık çalışanı eşliğinde transferinin yapıldığını gösteren belge
- Hasta transferi sürecine ilişkin hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların onay, bilgi ve katkıları izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta transferine yönelik önerileri, şikayet ve olay bildirimleri gösteren rapor, tutanak ve yazışma.
 - Ör 1. Hasta transferinde çalışanların bilgilendirilmesine ilişkin hastane yönetiminin yazışmaları
 - Ör 2. Çalışanların hasta transferinde doğru ve tam olarak bilgilendirilmesine ilişkin önerilerini içeren yazışmalar
 - Ör 3. Hasta transferinde çalışanların doğru ve tam olarak bilgilendirilmemesinden kaynaklanan sorunlara ilişkin tutanak, raporlar.
- Hasta transfer süreci ile ilgili çalışanlar bilgi sahibi olmalı, transfer uygulaması tanımlandığı şekilde uygulanıyor olmalıdır.
 - Ör 1. Hasta transferinde kullanılan nakil yönteminin hastanın gereksinimine uygun olması
- Hasta transferinde çalışanların bilgilendirilmesine ilişkin süreçte görev alan çalışanlar transfer uygulaması ile ilgili dokümanla tutarlı bilgi aktarımı sağlıyor olmalıdır.

Hastanede bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.

- Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği belirlenmelidir.
- Konsültasyona ilişkin kayıtların nasıl tutulacağı belirlenmelidir.
- İntraoperatif olarak gerçekleşen patoloji konsültasyonları ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
- Bir tetkik materyalinin dış konsültasyonu ile ilgili süreç tanımlanmalıdır (örnek materyalin transferi, konsültasyon sonucunun nasıl raporlanacağı, konsültasyon sonucunun ilgili hastaya ve/veya hekime nasıl bildirileceği gibi)

Konsültasyon süreci, ilgili primer hekim tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane içi ve hastane dışında tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyonların işleyişini düzenleyen bir yapının olduğu izlenebilir olmalıdır.
 - Hastane içi ve hastane dışı konsültasyon sürecini tanımlayan hastane yönetimi onaylı prosedür/ doküman
- Konsültasyon kayıtları ve işleyişin tanımlandığı şekilde devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Konsültasyon süreci kayıtları
Ör 1. Konsültasyon istek kayıtları ve raporları
Ör 2. Konsültasyona ilişkin elektronik sistem (otomasyon) çıktıları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Konsültasyonlar ile ilgili sürece ilişkin hastane yönetimi, birim yöneticileri ve görev alan çalışanların bilgi ve katkıları izlenebilir olmalıdır.
 - Konsültasyonlara ilişkin hastane yönetimi ve birim yöneticileri ile yapılan yazışmalar
 - Ör 1. Konsültasyon sürecine ilişkin hastane yönetiminin yazışmaları
 - Ör 2. Konsültasyonlara ilişkin önerilerin alındığını gösteren kayıtlar/yazışmalar
- Konsültasyonda görev alan çalışanlar konsültasyon süreci hakkında bilgi sahibi olmalı ve doğru uygulamalıdır.
 - Ör 1. Ameliyat sırasında patoloji konsültasyon sürecinin kurallara uygun yapılması



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.



Standart 31

**Kendine ya da Başkalarına Zarar Verme Riski
Olan Hastaların Kontrolünün Sağlanması**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı



Standart 31: Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.

SH.HB.05.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolünün sağlanması kapsamında,

- Hastaların kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmesini,
- Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmasını,
- Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili sürecin tanımlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Ajite, konfüze ve agresif hastalar ile demans, deliryum ya da suisit girişimi tanısı konmuş hastalar, bazı psikiyatrik hastalar vb. durumlardan herhangi birinin varlığı durumunda hastanın kendine ya da başkalarına zarar vermesini engellemeyi amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasını,
- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığının sağlanması.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.HB.05.01

Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kendine ve başkalarına zarar verme riski yüksek olan yatan hastaların bilinmesi ve gerekli önlemlerin alınması amacıyla bakım veren çalışanlar tarafından hastanın kendine ve başkalarına zarar verme riskinin değerlendirilmiş olması izlenebilir olmalıdır.
 - Kendine ve başkalarına zarar verme riski yüksek olan ajite, konfüze ve agresif hastalar ile demans, deliryum ya da suicit girişimi tanısı konulan hastalarda hastanın kendine ve başkalarına zarar verme riskinin değerlendirildiği hastane yönetimi onaylı bir ölçek ve kayıtlar
- Kendine ve başkalarına zarar verme riski yüksek olan hastaların risk değerlendirmesinin tüm birimlerde yapılmasının sürekliliğinin sağlandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Hasta bakım kayıtlarında hastanın kendine ve başkalarına zarar verme riskinin değerlendirildiğini gösterir belge/kayıt, yatış süresinde risk değerlendirmenin devam ettiğini gösteren belge/kayıt
 - Ör 1. Kendine zarar verme riski olan hasta oranlarını gösterir rapor
 - Ör 2. Başkasına zarar verme riski olan hasta oranlarını gösterir rapor



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaların kendine ve başkalarına zarar verme riskinin değerlendirilmesine ilişkin hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların bilgi ve katkısının sağlandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Hastaların risk değerlendirmesine ilişkin bilgilendirme, öneri ve olay bildirimleri içeren yazışmalar
Ör 1. Hastaların risk değerlendirmelerine ilişkin hastane yönetimi/ birim yöneticilerine sunulan ve hastane yönetimi/birim yöneticilerinden gelen yazışmalar
- Hastanın kendine ve başkasına zarar verme riskinin değerlendirildiği izlenebilir olmalıdır.
 - Hastanın kendine ve başkasına zarar verme riskinin tüm birimlerde değerlendirildiğinin gözlenmesi ve çalışanlar ile görüşme
- Yöneticilerin ve çalışanların hastanın kendine ve başkasına zarar verme riskinin değerlendirilmesine ilişkin önerilerinin değerlendirildiği izlenebilir olmalıdır.

SH.HB.05.02

Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

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

Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek hastalar daha sık aralıklarla gözlenmelidir.

Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek hastalar daha sık aralıklarla gözlenmelidir.

Hasta odası çevresel açıdan güvenli hale getirilmelidir (uygun aydınlatma, riskli mobilya, aksesuar vb. materyalin kullanılmaması, pencerelerin güvenli hale getirilmesi gibi).

Gerekli görülen hastalarda hasta bakımına yönelik uygulamalar psikiyatri konsültanı ile birlikte belirlenmelidir

Belirlenen asgari tedbirler ile kontrol edilemeyen hastalara hekim kararına göre hareket kısıtlaması ya da tecrit uygulaması yapılabilir.

Tecrit uygulaması durumunda;

- Tecrit odasına alınan hastalar ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Tecrit odası hastanın gözlemlenmesine imkân tanımalı, odada hastanın kendisine zarar verebileceği risklere karşı önlem alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalarda güvenliği sağlamak amacıyla önlemler alındığı izlenebilir olmalıdır.
 - Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara özgü alınacak/alınan önlemlerin belirtildiği hasta bakım kayıtları, görüntüleme sistemleri kayıtları
 - Ör 1. Kendine zarar verme riski yüksek olan (suicid girişi vb) hastanın bakım kayıtları
 - Ör 2. Tecrit odası video kayıtları
- Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların güvenliği sağlamak amacıyla alınan önlemlerin devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların bakım kayıtları, görüntüleme sistemleri kayıtları, olay bildirim raporları
 - Ör 1. Kendine zarar veren hasta oranlarını gösterir rapor
 - Ör 2. Başkasına zarar veren hasta oranlarını gösterir rapor
- Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalarda alınacak önlemlere ilişkin hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların onay ve katkısının alındığı izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalarda alınacak önlemlere ilişkin hastane yönetiminin kararı ve önlemlerin uygulanmasına ilişkin kaynak desteğine ilişkin yazışma/belge
 - Ör 2. Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalarda alınan önlemlere ilişkin çalışanların hastane/birim yönetimi ile yazışmaları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışanlar kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek olan hastalar ile ilgili alınacak önlemler hakkında bilgi sahibi olmalı ve uygulamalarına yansıtmış olmalıdır.
 - Ör: Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalarda alınan önlemlerin gözlenebilmesi
 - Ör: Tecrit odasına alınan hastaların gözlenmesi
- Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek olan hastalar ile ilgili uygulamalar yöneticiler tarafından destekleniyor olmalıdır.

SH.HB.05.03

Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.



Hastanede hasta kısıtlamasına yönelik süreç tanımlanmalıdır. Tanımlama asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:

- Kısıtlama türleri ve hangi durumlarda uygulanabileceği
- Kısıtlamanın hekim istemiyle yapılması, türü ve süresine ilişkin kararın hekim tarafından verilmesi
- Uzun süreli kısıtlamalarda hekimin belirleyeceği aralıklarla hastanın mobilize edilmesi
- Kısıtlama uygulamasının kontrol aralığı

Kısıtlama kararı tedavi planında yer almalıdır.

- Tedavi planında; uygulamanın başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.
 - Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.

Kısıtlama için kullanılan malzemeler hastanın hareket etmesini sağlayacak, dolaşımını bozmayacak nitelikte olmalıdır.

Kısıtlama yapılamayacak hastalar tanımlanmalıdır. (Perfüzyon yetersizliği tanısı konulmuş, amputasyon yapılmış hastalar, fistülü olan hastalar vb.)

Kısıtlama uygulanacak hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.

Mümkünse hastaya kendisine kısıtlama uygulanacağı, bu işlemin neden yapıldığı, ne zaman biteceği, önemi vb. hakkında bilgi verilmelidir.

Hastaya hareket kısıtlaması uygulanacaksa;

- Hareket kısıtlamasına yönelik kullanılacak ekipman hazır bulundurulmalıdır.
- Uygulama sırasında ilgili sağlık çalışanı tarafından kısıtlama uygulanan bölgenin durumu deri bütünlüğü ve dolaşım açısından değerlendirilmelidir.
- Beslenme, boşaltım, oksijen ihtiyacı, mobilizasyon ve hijyen yönünden hastanın bakım ihtiyaçları değerlendirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- Hastanın bakım ihtiyaçlarına yönelik plan hazırlanarak gerekli bakım verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanın hareketlerini kısıtlamak amacıyla uygulanan fiziksel ve kimyasal kısıtlamanın ilkeleri ve uygulanma şeklinin tanımlandığı yazılı süreç izlenebilir olmalıdır.
 - Kendine ve başkalarına zarar verme riski yüksek olan veya zarar veren hastalara hangi koşulda ve nasıl kısıtlama uygulanacağını belirten prosedür, doküman ve kayıtlar
Ör 1. Fiziksel kısıtlama uygulanmasını tanımlayan prosedür ve dokümanlar
Ör 2. Kimyasal kısıtlama uygulanmasını tanımlayan prosedür ve dokümanlar
- Fiziksel ve kimyasal kısıtlama uygulanmasının tanımlandığı koşul ve şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Kısıtlama uygulanma sürecine ilişkin kayıtlar
Ör 1. Fiziksel kısıtlama uygulanma oranı, kullanılan fiziksel kısıtlayıcı şekli, süresi ve komplikasyon oranını gösteren kayıt
Ör 2. Kimyasal kısıtlama uygulanma oranı, hekimin ilaç istemi, kullanılan ilaç türü, süresini gösteren kayıt



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kısıtlama uygulamasının azaltılması ve güvenli bir şekilde uygulanması ile ilgili hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların katkı ve önerilerinin alındığı izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. Hastane yönetiminin kısıtlama uygulanması ile ilgili yazışmaları
 - Ör 2. Kısıtlama uygulamasını azaltmak için alternatif uygulamaların geliştirilmesine ilişkin beklenti ve öneri içerikli yazışmalar
 - Ör: Hastanede kullanılan kısıtlayıcılara ilişkin çalışanların geribildirimlerini gösteren yazışma/rapor
- Fiziksel veya kimyasal kısıtlama uygulanan hastaya bakım veren çalışanlar kısıtlama kurallarını biliyor ve doğru uyguluyor olmalıdır.
- Fiziksel ve kimyasal kısıtlama uygulanan hastalar düzeyinde kısıtlama uygulamasının tanımlandığı şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.



Standart 32

Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu



Standart 32: Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.

SH.HB.06.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanması kapsamında,

- Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçlerin belirlenmesini,
- Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemlerin belirlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını,
- Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.HB.06.01

Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.

Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir. Hastane bu örneklerden

yola çıkarak kurumdaki özellikli hasta gruplarını belirlemelidir:

- Yaşam desteği alan ve komadaki hastalar
- Yeni doğanlar
- Yoğun bakımda yatmakta olan hastalar
- Diyaliz tedavisi alanlar
- Yanık tedavisi alan hastalar
- Psikiyatri hastaları
- Nükleer tıp hizmeti alan hastalar
- Işın tedavisi/kemoterapi tedavisi alan hastalar
- Fiziksel rehabilitasyon hastaları
- Terminal dönem hastalar
- Geriatri hastaları
- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar
- Total Parantral Nutrisyon (TPN) tedavisi alan hastalar
- İstismara uğramış hastalar

Özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

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

Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge, 2202 sayılı Bakan oluru, 19.01.2010.
- Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C.Resmi Gazete Sayı 28000, 20.07.2011.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Özellikli hasta gruplarının (yoğun bakım, psikiyatri, yenidoğan vb) tanımlandığı ve bu hastaların bakımına özgü hizmet sunum süreçlerinin yazılı olarak oluşturulduğu izlenebilir olmalıdır.
 - Özellikli hasta gruplarına özgü hazırlanan Hastane yönetimi onaylı hizmet sunum süreç dökümanları
Ör. Yoğun bakım hastalarına özgü bakım uygulamalarının tanımlandığı dökümanlar
Ör. Psikiyatri hastalarına özgü bakım uygulamalarının tanımlandığı dökümanlar
- Özellikli hastalara özgü bakım uygulamalarının her birimde tanımlandığı şekilde devamlılığının sağlandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Özellikli grupta yer alan hastaların bakım kayıtları
Ör. Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların bakım uygulamalarına ilişkin kayıt/belgeler
- Tanımlanan özellikli hastalara özgü bakımına uygulamaları hakkında hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların onay, katkı ve önerilerinin dikkate alındığı izlenebilir olmalıdır.
 - Özellikli hastaların bakımına ilişkin hizmet sunum süreçlerinin işleyişi ve yaşanan sorunlar hakkında yazışmalar, tutanak ve raporlar
Ör. Hastane yönetiminin yoğun bakım hastalarının hizmet şartları ile ilgili yazışmaları
Ör. Güvenlik raporlama sistemi ile geriatri hastalarının bakımına ilişkin çalışanlar tarafından yapılan yazılı bildirimler
- İlgili çalışanlar, özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamalarına ilişkin kuralları biliyor ve uygulamalarına yansıtmış olmalıdır.
 - Ör. Psikiyatri hastaları için tanımlanan hizmet sunum süreçlerinin hizmet verilecek ortam, ekipman, tedavi ve bakım uygulamaları vb açısından tanımlanan kurallara uygunluğu
- Özellikli hastaların bakımına ilişkin uygulamalar tanımlanan kurallarla uygun olmalıdır.
- Yöneticiler, kurumda hizmet sunulan özellikli hasta gruplarının bakım sürecine yönelik ilgili çalışanları destekliyor olmalıdır.



SH.HB.06.02

Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.

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

- Yetişkin ve yenidoğan yoğun bakım hastaları hastalık şiddetini belirleyen skorlama sistemleri ile değerlendirilmelidir. Skorlama sistemleri ile elde edilen sonuçlara göre belirlenen tahmini mortalite oranı ile yoğun bakımda gerçekleşen mortalite oranları karşılaştırılarak ünitenin hizmet kalitesi izlenmelidir.

Yoğun bakım hastalarında bası ülserine yönelik hasta bazlı risk değerlendirmesi yapılmalı, riske göre gerekli tedbirler alınmalıdır.

Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.

Yoğun bakım ünitelerine kabul ve taburculuk/sevk kriterleri belirlenmelidir.

Fototerapi alan yeni doğan bebeklerde ısı monitorizasyonu yapılmalı, gözlerin korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

Yeni doğan ünitesinde oksijen tedavisi alan hastalar için kuvöz içi oksijen konsantrasyonu takibi yapılmalıdır.

Diyaliz ünitelerinde enfekte hastalar için kullanılan diyaliz makineleri ayrılmalı ve tanımlanmalıdır.

Diyaliz hastalarının kt/v veya URR değerleri periyodik olarak hesaplanmalı ve izlenmelidir.

Diyaliz hastalarına, uygun nitelikte araç ve görevli temin edilerek, nakil hizmeti verilmelidir.

Doğum hastaları için “Doğum Eylemi Yönetim Rehberi” kullanılmalı, acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf veya benzeri izlem araçları ile izlenmelidir.

Doğum süreci DSÖ “Güvenli Doğum Kontrol Listesi” kullanılarak ile kontrol altına alınmalıdır.



Yeni doğan bebek, “Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü” doğrultusunda izlenmeli, bebeğe ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalıdır.

Doğum yapmış hastanın takibi “Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi”ne göre yapılmalı, hastaya ilk 24 saatte kaç izlem yapıldığı ve izlem içeriği kayıt altına alınmalı, normal vajinal doğumdan sonra en az 24 saat, sezaryan ile doğumdan sonra en az 48 saat anne ve yeni doğan hastanede izlenmelidir.

Psikiyatri hastalarına yönelik Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) uygulamalarının gerçekleştirildiği ünite içinde; hazırlık odası, uygulama odası, derlenme odası bulunmalı, ünitenin havalandırma ve ışıklandırması uygun şekilde düzenlenmelidir.

Elektrokonvülsif tedavi planlanan hastanın işlem öncesi, en az dört saat aç kalması sağlanmalıdır.

Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastaların kullandığı alanlar ayrılmalıdır.

- Bu hastaların kullandıkları odalar zırlı, lavabo ve tuvaletleri bağımsız olmalıdır.
- Hastalara ait kan, dışkı ve idrar gibi çıktıların, radyasyon değeri kabul edilebilir sınırlara düştükten sonra kanalizasyona verilmesi sağlanmalıdır.

Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastalar ve çevrelerine yönelik aşağıdaki koruyucu önlemler alınmalıdır:

- Hastalara verilen aktivite miktarı, taburcu edilen hastada kalan aktivite miktarı, hastadan bir metre mesafedeki doz hızı kayıt edilmelidir.
- Hasta, kalan aktivite miktarı ve doz hızına göre taburcu edilmelidir.
- Hasta taburculuğu sonrası uyması gereken kurallar hakkında sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmelidir.

Yanık tedavisinde sıvı replasman tedavileri sıkı takip edilmelidir.

Onkoloji hastalarında gerçekleştirilecek tedavi yöntemleri ve tedavi tarihlerine yönelik hasta bazlı programlar yapılmalı, konkomitant tedavi alacak onkoloji hastalarında belirlenen protokole göre tedavi tarihlerinin (kemoterapi ve radyoterapi) birbiri ile uyumlu olması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Özellikle hasta grubunda yer alan hastaların bakım ihtiyacı dikkate alınarak hastalara özgü işlemler ve bakım uygulamaları belirlenmiş olmalıdır.
 - Tanımlanan özellikli hasta gruplarında yer alan hastaların bakımına ilişkin oluşturulan hastane yönetimi onaylı rehber ve dökümanlar
Ör. Yoğun bakım hastalık skora sistemi ile hastaların değerlendirildiğini gösteren kayıtlar
Ör. Hastane yönetimi onaylı yenidoğan ve çocuk izlemine ilişkin protokol
Ör. Hastane yönetimi onaylı doğum sürecine yönelik rehber/liste
- Özellikle hasta gruplarında yer alan hastaların bakımının tüm birimlerde sürekli ve tanımlandığı şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.
 - Özellikle hastaların bakım kayıtlarının izlenmesi
Ör. Yoğun bakımda tahmini ve gerçekleşen mortalite oranlarının izlenmesi
Ör. Yoğun bakımda basınç ülseri riskine göre alınan önlemleri gösteren kayıtlar
- Tanımlanan özellikli hastalara özgü bakımına uygulamaları hakkında hastane yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların onay, katkı ve önerilerinin dikkate alındığı izlenebilir olmalıdır.
 - Özellikle hastaların bakımına ilişkin hizmet sunum süreçlerinin işleyişine ilişkin öneriler ve sorunlar hakkında yazışmalar, tutanak ve raporlar
Ör. Yoğun bakım ünitelerinde basınç ülseri risk değerlendirmesine ilişkin yazılı öneriler
Ör. Diyaliz hastalarının nakil hizmetinde yaşanan sorunlara ilişkin hastane yönetimi ile yapılan yazışmalar
- Özellikle hasta gruplarında yer alan hastaların bakımına ilişkin uygulamalar dökümanlarla tutarlılık göstermelidir.
- Özellikle hastalara özgü bakım süreçlerine yönelik ilişkin çalışanlar bilgi sahibi olmalı ve kuralları uyguluyor olmalıdır.
- Çalışanların geribildirimleri dikkate alınıyor olmalıdır.
 - Ör: Diyaliz hastalarının nakli ile ilgili çalışanların önerilerinin dikkate alınmış olması



Standart 33

Radyasyon Güvenliğini Sağlamaya Yönelik Tedbirler Alınması

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Radyasyon Güvenliği



Standart 33: Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

SH.RG.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınması kapsamında,

- Radyasyon Güvenliğine yönelik komite oluşturulmasını,
- Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların tanımlanmasını ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmasını,
- Radyasyon içeren işlemler için uygulama kurallarının belirlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Radyasyon alanlarında hasta ve çalışanların radyasyon maruziyetlerini azaltmaya yönelik önlemler alınmasını amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısı oluşturulmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.RG.01.01

Radyasyon Güvenliğine yönelik komite oluşturulmalıdır.

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

- Hastanelerde tıbbi ışınlama uygulamalarından doğan risklerin azaltılması
- Alınan tedbirlere yönelik planlamaların yapılması
- Radyasyon kaynaklarının izlemlerinin yapılarak hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde değerlendirilmesine yönelik kararların alınması
- Alınan kararların uygulanmasının izlenmesi
- Komite tarafından hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik süreç ya da bölüm bazlı çalışmaları takip etmek üzere sorumlu kişiler belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanede radyasyon güvenliğine yönelik faaliyetleri yürütecek nitelikte personelden oluşan Radyasyon Güvenliği Komitesi oluşturulmalıdır. Bu komitede görev alacak kişiler ile hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik süreç ya da bölüm bazlı çalışmaları takip etmek üzere sorumlu kişiler belirlenmeli ve görevlendirme yazısı tebliğ edilmelidir.
- Görevlendirme yazıları yetkili veya üst yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.
- Bu görevlendirmelerin kurum geneline duyuruları sağlanmalıdır.
- Komitede görevlendirilen ve hasta/çalışanların radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik süreç ya da bölüm bazlı çalışmaları takip etmek üzere belirlenen sorumlu kişilere yetki ve sorumlulukları, komitenin görev tanımı vb. gibi bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Komite ilgili mevzuatta belirlenen aralıklarla toplanmalı, toplantılar kayıt altına alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Komite toplantılarında alınan kararlar üst yönetime raporlanmalıdır.
- Komite üyelerinin toplantılara düzenli katılımı sağlanmalı ve kontrol edilmelidir.
- Kurumda tanımlanan radyasyon alanlarının özellikleri ve yapılan tıbbi ışınlama veya radyoaktif ilaç uygulamaları süreçleri göz önünde bulundurularak hasta,
- hasta yakını ve çalışan güvenliği ile ilgili uygulama kurallarını düzenleyen ilgili kişilerin katılımı ile hazırlanmış doküman olmalıdır.
- Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
- Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, bu birimlerde çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Komite tarafından TAEK Mevzuatında belirtildiği üzere Radyasyon Güvenliği El Kitabı ve Radyasyon Güvenliği Acil Durum Eylem Planı hazırlanmalıdır.

SH.RG.01.02

Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.

Hastanelerde radyasyon bulunan ünitelerden bazıları aşağıda yer almaktadır:

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

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

Radyasyon kaynağının bulunduğu alanlarda zırhlama yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Komite tarafından hastane genelinde radyasyon yayan cihazların kullanıldığı alanlar ve bu alanların denetimli veya gözetimli alan olma durumları belirlenmeli.
- Gerekli bölümlerde radyasyon/radyoaktivite düzeyi ölçümleri yapılmalı, kayıt altına alınmalı, Komite toplantılarında bu ölçümler değerlendirilmelidir.
- Radyasyonlu alanlar ile radyasyonsuz alanları ayıran bölgeler işaretlerle gösterilmelidir.
- Radyasyonlu alanlarda görevlendirilen personel bu bölümlerde çalışmaya uygunluğu (eğitim, sertifika sahibi olma, sağlık durumu, bayan çalışanlar için hamilelik durumu vs.) yönünden değerlendirilmelidir.
- Radyasyon içeren uygulamaların zırhlama yapılan alan dışında yapılmaması, bu alanlarla sınırlı kalması sağlanmalıdır.

Radyoaktif madde kullanımından oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Radyoaktif madde kullanılan alanlarda atıkların toplanması, uzaklaştırılması, herhangi bir kaza durumunda yapılması gerekenlere yönelik süreçler tanımlanmış ve dokümanite edilmiş olmalıdır (Bakınız; Atık Yönetimi bölümü)
 - Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
 - Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, bu birimlerde çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Radyoaktif maddelerin uzaklaştırılması için dış kaynak kullanımı yoluyla hizmet alınıyor ise firma ile hastane arasında imzalanan sözleşme ve/veya ekinde bulunan teknik şartnamede süreçler iyi tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Atık toplama, biriktirme için kullanılan malzemeler uygun özellikte olmalıdır.
- Biriken ve uzaklaştırılan atık miktarı kayıt altına alınmalıdır.
- Radyoaktif atık yönetimine dair çalışanlara eğitim verilmeli, bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
-

Tedavi amaçlı radyoaktif madde alan hastalar ve çevrelerine yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Tanı veya tedavi amacıyla radyoaktif madde ile temas etmesi gereken hastalar işlem öncesi radyoaktivite hakkında bilgilendirilmeli ve rızası alınmalıdır.
- Hasta ve hasta yakınlarına yönelik radyoaktivite ve hasta hasta yakınının dikkat etmesi gereken durumlar hakkında bilgiler içeren broşür, kitapçık, afiş gibi görseller hazırlanmalıdır.
- Hasta ve hasta yakını bekleme alanlarında görsel ve/veya sesli uyarılar ile bilgilendirme yapılmalıdır.

Hastanın gerekli koruyucu donanımı kullanması sağlanmalıdır.

Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.

Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.

Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.

Radyasyon alanları dışında gerçekleştirilecek tıbbi işinlamalarda (klinik, yoğun bakım vb.) koruyucu önlemler alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Radyasyon işlemi yapılan hasta ve radyasyonlu alan etrafındaki kişilerin korunması için önlemler alınmalıdır. Bunun için hasta ve işlem esnasında hasta yakınının hasta yanında bulunması gereken durumlarda (örneğin; çocuk ya da bebeklere işlem yapılırken bir yetişkinin bulunması gerekiyor ise) gerekli koruyucu ekipman kullanımı sağlanmalıdır.
- Radyasyon ile işlem yapılan bölümlerin kapılarında görsel ve/veya sesli uyarılar bulunmalıdır.
- İşlem yapılan alanlara kontrolsüz girişleri önlemek için fiziksel düzenlemeler yapılmalıdır.
- Radyasyon yayan işlemlerin zırlama yapılan bölümler dışında yapılması gerekiyor ise koruyucu önlemler alınmalı, bölümde işlem esnasında çalışan diğer personel bilgilendirilmelidir.
 - Koruyucu kurşun siper kullanılmalı.
 - İşlem esnasında diğer çalışanların etkilenmemesi için, şartlar uygun ise alandan uzaklaşmaları sağlanmalıdır.
 - Kişiler uzaklaştırılamıyor ise kurşun önlük, troid koruyucu gibi koruyucu ekipman kullanmaları sağlanmalıdır.

Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.

Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır.

Radyasyon güvenliğinden sorumlu komite tarafından, skopi kullanılan ameliyathanelerde çalışanların bireysel dozimetre kullanım gerekliliği belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışanlar için uygun özellikte ve yeterli sayıda koruyucu ekipman bulundurulmalıdır.
- Koruyucu ekipman ve dozimetre kullanımı hakkında çalışanlara eğitim verilmeli ve bu eğitimler kayıta altına alınmalıdır.
- Koruyucu ekipmanın kullanıma hazır ve temiz halde bulunması için gereken önlemler alınmalıdır.
- Dozimetre kullanması gereken personel Radyasyon Güvenliği Komitesi tarafından belirlenmeli ve bu kişilerin listesi dozimetre temini ve yasal hakların kullanılmasının sağlanması için üst yönetime sunulmalıdır.

SH.RG.01.03

Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.



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

Mevzuat gereği yetkili kurum ya da kuruluşlara lisanslama işlemi yaptırılmalıdır.

Radyasyon alanlarında radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.

Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

Bekleme salonları radyasyon alanlarının dışına alınmalıdır.

Fiziksel düzenlemeler, tıbbi ışınlama uygulamalarında hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyon kaynağına mümkün olan en uzak mesafede bulunmalarını sağlayacak şekilde planlanmalıdır.

Radyasyon alanlarında bekleme süresi kısaltılmalıdır.



Skopi kullanılan ameliyathanelerde radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarında alınacak önlemleri belirlenmelidir. Nükleer tıp uygulamalarında rutin olarak çevresel radyasyon ve kontaminasyon ölçümleri yapıp, kayıt altına alınmalıdır.

Hastanın sadece çekim yapılacak bölgesi ışınlanmalıdır.

Radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik tedbirler çerçevesinde hastaların çekim odalarında mümkün olduğu kadar kısa süre ile kalmaları sağlanmalıdır.

Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde ayrı ayrı yapılmalıdır.

Hastalar, özellik arz eden uygulamalar (anjio, radyoterapi vb.) öncesinde işleme yönelik dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmeli ve sağlık çalışanı tarafından bu hususların yerine getirilmesine yönelik kontroller yapılmalıdır.

Tıbbi ışınlama ve tedavi sürecinin her aşamasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. (Hastalara ait hazırlanma odası/kabini bulunması, çekim süresince hastaların kullanımına uygun örtü bulundurulması vb. gibi.)

Çocuk hastalara yapılacak çekimlerde maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.

Girişimsel işlemler sonrası hastaların istirahat etmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. Radyoaktif ilaç kullanan hastalar için mevzuat kapsamında gerekli düzenlemeler yapılmalı, hasta ve hasta yakınları dikkat etmeleri gereken hususlar konusunda bilgilendirilmelidir.

Radyasyon yayan cihazların kullanım sıklığına göre kalibrasyon ve kalite kontrol testleri periyodik olarak yapılmalıdır.

Radyoaktif madde kullanılan tanı ve tedavi işlemlerine yönelik süreçler belirlenmelidir.

Radyasyon koruyucuların (en az yılda bir kez olmak üzere ve gerekli görüldüğü durumlarda) kontrolleri yapılmalıdır.

Dozimetre sonuçları değerlendirilerek izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane içinde radyasyon alanlarının özellikleri ve yapılan tıbbi işinleme veya radyoaktif ilaç uygulamaları süreçlerini tanımlayacak, ilgili çalışanların katılımı ile hazırlanmış doküman bulunmalıdır.
 - Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
 - Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Radyasyon alanlar ve uygulamalar için TAEK tarafından verilmiş lisans belgeleri olmalıdır. Bu belgelerde;
- Belge ve cihaz ile koşulların tutarlılığı,
- Lisans tarihlerinin geçerliliği,
- Lisans üzerinde ismi geçen personelin bölümde bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.
- TAEK tarafından belirlenmiş olan, radyasyonlu alanlar için yasal uyarı işaretleri gerekli yerlerde bulunmalıdır.
- Skopi kullanılan ameliyathanelerde koruyucu önlemler alınmalı, bölümde işlem esnasında çalışan diğer personel bilgilendirilmelidir.
- İşlem esnasında diğer çalışanların etkilenmemesi için, şartlar uygun ise alandan uzaklaşmaları sağlanmalıdır.
- Kişiler uzaklaştırılamıyor ise kurşun önlük, troid koruyucu gibi koruyucu ekipman kullanmaları sağlanmalıdır.
- Skopi kullanılan ameliyathane odasına kontrolsüz girişleri önlemek için oda girişinde uyarıcı görseller kullanılmalıdır.
- Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarında alınacak önlemler belirlenmeli, çalışanlara bu konuda eğitimler verilmelidir. Kaza durumları için olası senaryolar üretilip, tatbikatlar yapılabilir.
- Gebe veya gebelik şüphesi hastalar için tetkik istemi esnasında ve işlem öncesi uyarı mekanizmaları oluşturulmalıdır. İşlem zorunlu ise gerekli bilgilendirme yapılmalı, mümkün olduğunca koruyucu tedbirler alınmalıdır (örneğin; vücudun üst bölgeleri için işlem yapılacak ise karın bölgesinin kurşun önlük ile örtülmesi, işlem esnasında radyasyon dozunun mümkün olan en az seviyede tutulması)



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Özellik arz eden uygulamalar (anjio, radyoterapi vb.) yapılacak hastalara işlem öncesi bilgilendirme yapıldığı ve rızası alındığına dair yazılı belge bulunmalıdır. Hastanın işleme hazırlık yapması gereken durumlar için broşür, kitapçık hazırlanabilir.
- Çocuk hastalara yapılacak çekimleri mümkün olduğunca en aza indirebilmek için doktorlara yönelik ve işlem esnasında mümkün olduğunca en az radyasyon dozu verilmesi için radyoloji çalışanlarına yönelik eğitimler verilmelidir.
- Radyasyon yayan cihazların kalibrasyon ve kalite kontrol testleri için bir plan bulunmalı ve sonuçlar kayıt altına alınmalıdır. Cihaz üzerinde kalibrasyon, test tarihini gösteren etiket bulunmalıdır. Kalibrasyon ve test sonuçları Radyasyon Güvenliği Komitesi tarafından değerlendirilmelidir.
- Radyasyon koruyucuların (en az yılda bir kez olmak üzere ve gerekli görüldüğü durumlarda) kontrolleri yapılmalıdır. Kontrollere dair kayıtlar bulunmalıdır. Koruyuculuk özelliğini yitirmiş ekipmanın imhası sağlanmalı ve imha edilen ekipman kayıt altına alınmalıdır.
- Dozimetre sonuçları kayıt altına alınmalı, her bir çalışan için dönemlik ve yıllık değerlendirme yapılmalıdır. Doz aşımı olduğu durumlarda çalışanın yer değişikliği yapması ya da izin kullanması sağlanmalıdır. Dozimetre sonuçları dönemsel olarak Radyasyon Güvenliği Komitesi toplantılarında değerlendirilmelidir.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 23999, 05 Temmuz 2000.
- Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi gazete, Sayı 28344, 05 Temmuz 2012.



Standart 34

**Laboratuvar fiziki ortamının, test güvenliği
ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde
oluşturulması**



Standart 34: Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.

SH.LH.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Laboratuvar fiziki ortamının, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulması kapsamında,

- Laboratuvarda numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanların, numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmesini,
- Laboratuvarda bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Laboratuvar; hastaya ait materyalin uygun koşullarda teslimi, saklanması, analiz edilmesi, test sonuçlarının uygun şekilde raporlanmasını sağlayacak şekilde fiziki koşulları yapılandırmayı ve laboratuvar personeli için sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmayı amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasını sağlar.

Bu standart, hastanede tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanları (biyokimya, mikrobiyoloji vb.) ile ilişkilidir. Bu nedenle tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.LH.01.01

Laboratuvarda numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanlar numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Laboratuvarda; numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası saklanması, arşivlenmesi, sonuçların raporlanması gibi süreçler için gerekli alanlar, bu alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar (alan büyüklüğü, alanın etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama, ortam sıcaklığı, ortam nem oranı, havalandırma koşulları, giriş ve çıkışa yönelik düzenlemeler, acil durumlara yönelik düzenlemeler vb.) belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Söz konusu alanlar yürürlükteki ulusal ve uluslararası standartlara, yasalara ve yönetmeliklere uygun olarak belirlenmelidir. Kurumun laboratuvar ile ilgili tüm fiziki ortamlarda, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde bir yapılanmanın oluşturulduğuna ilişkin hastane yönetimi onaylı laboratuvar krokisi hazırlanır. Hastane yönetimi onaylı laboratuvar krokisinde: Test çalışma alanları dışında,
 - Numune kabul birimi
 - Numune alma odası
 - Tıbbi patoloji laboratuvarı için de başvuru yapılacak ise krokide arşivleme odası
 - Doktor ve Personel odaları da belirtilmelidir.
- Tıbbi Laboratuvar yönetmeliğinde belirtilen tüm belge ve dokümanlar hastane üst yönetimine onaylatılarak dosyalanır. Örneğin onaylı,
 - Dr. Uzmanlık Belgeleri ve Teknik personel mezuniyet belgeleri
 - Cihaz Envanteri
 - Test Listesi
 - Personel isim ve iletişim listesi gibi.
 - Isı ve Nem Takip Çizelgeleri hazırlanır ve günlük takipler formlara işlenir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Giriş – çıkış ve Acil durumlara yönelik tedbirler alınmalıdır. Bu amaçla;
 - Acil çıkış yön tabelaları
 - Laboratuvar ilgili alanlarına yönelik giriş- çıkış tabela ve yön levhaları asılmalı,
 - Hasta ve personel giriş çıkışı tabela ve yön levhaları ile düzenlenmelidir.
- Radyasyon veya Patolojik bulaş riski bulunan vb. alanlar için ilgili tabelalar asılmalıdır.

SH.LH.01.02

Laboratuvarda bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.

Alanlara yönelik belirlenen koşulların sağlanması için gerekli kontroller yapılmalı ve izlenmelidir.

Laboratuvarda test güvenliği ve çalışan güvenliği için gerekli donanımın temini ve uygun şartlarda kullanımı sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Laboratuvarda karşılaşılan risk ve tehlikelere karşı laboratuvar güvenliği kapsamında laboratuvar çalışanlarına yönelik güvenlik uygulamaları ve koruyucu önlemler alınmalıdır. Bu kapsamda uygun alanlarda;
 - Göz yıkama istasyonları
 - Duş istasyonları (yanma tehlikesine karşı) vb. kurulmalıdır.
- Hastanenin tesis yönetimi ve Enfeksiyon Kontrol Komitesinin hazırladığı programı ile koordinasyon sağlanmalıdır.
- Yanıcı ve patlayıcı özelliği olan kimyasal maddeler uygun zeminde ve uygun dolaplarda muhafaza edilmelidir. Kullanımı ve riskleri konusunda talimatlar hazırlanmalı ilgili personeller bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Laboratuvar güvenliğinin oluşturulması sürecinde planlanan faaliyetleri gösteren tutanak, rehber, eğitim tutanakları, eğitimin etkinlik analizleri ve dokümanları hazırlanmalıdır.
- Koruyucu ekipman dolabı bulundurulmalı ve ilgili personelin bu ekipmanı kullanımı konusunda talimat hazırlanmalı ve personellere okutularak imzalatılmalıdır.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

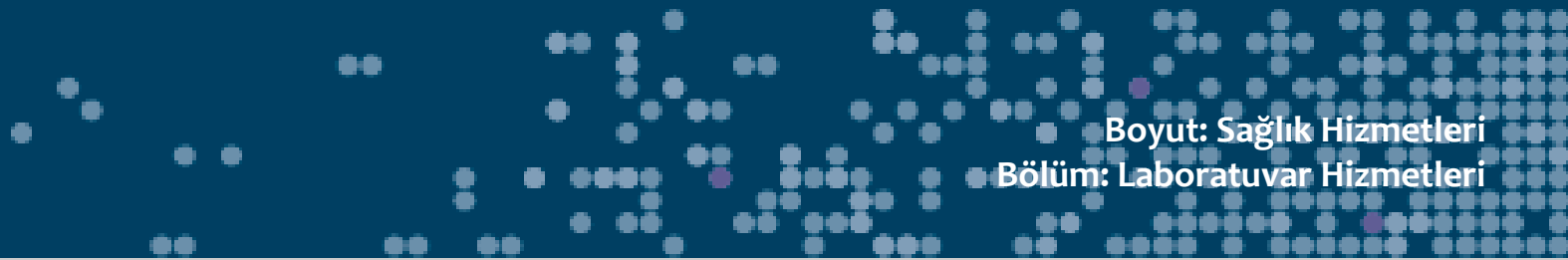
- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011.
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09 .10.2013.



Standart 35

Laboratuvar Test Rehberi Hazırlanması

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Laboratuvar Hizmetleri





Standart 35:

Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.

SH.LH.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanması kapsamında,

- Laboratuvarlarda çalışılan testlere yönelik genel bilgi, numune alımı, numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar, test çalışma yöntemi, sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir rehber bulunmasını,
- Rehberin, ilgili sağlık çalışanları tarafından ulaşılabilir olmasını,
- İlgili sağlık çalışanlarının rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını sağlar.

Bu standart, hastanede tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanları (biyokimya, mikrobiyoloji vb.) ile ilişkilidir. Bu nedenle tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.LH.02.01

Laboratuvarda çalışılan testlere yönelik genel bilgi, numune alımı, numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar, test çalışma yöntemi, sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir rehber bulunmalıdır.

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

Laboratuvar Test Rehberinin Hazırlanması

Bilimsel veriler doğrultusunda laboratuvarın kendi özgün koşullarını yansıtan, çalışılan klinik numunelerin tümünü kapsayan test rehberi hazırlanmalıdır.

Laboratuvar test rehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgileri içermelidir:

- Laboratuvarda çalışılan testlere yönelik genel bilgi
- Numune alımı
- Numunelerin transferi
- Numunelerin laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar
- Test çalışma yöntemi
- Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler

Laboratuvar test rehberi; laboratuvarın genel çalışma esasları ve laboratuvar dışındaki kritik süreçler ile ilgili genel bilgileri içermeli, ayrıca gerekli ise testlere özel açıklamalarda yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yukarıda belirtilen bilgilerin tamamını içeren ve tüm süreçlere yönelik bilgilendirici bir rehber hazırlanmalıdır.

Laboratuvar Test Rehberinin Ulaşılabilirliği ve Bilgilendirme

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hazırlanan rehber ulaşma konusunda herhangi bir engel olmamalıdır. Basılı olarak personelin çalışma masalarında bulundurulmalıdır. Ayrıca elektronik ortamda tüm hastane personellerinin ulaşımı sağlanarak etkinliği artırılmalıdır.*
- *Rehberin sürekli güncel olması sağlanmalıdır.*

İlgili alışanlar, rehber nasıl ulaşacakları ve rehberi nasıl kullanacakları konusunda bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hazırlanan rehber bir sunumla personelle anlatılmalı, uygulama konusunda örnekler ile açıklanmalı, rehberin kullanımı etkinleştirilmelidir.*



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011.
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete Sayı 28790, Tarih 09 .10.2013.



Standart 36

Laboratuvar Testleri ile İlgili Analiz Öncesi Süreçlerin Kontrolü



Standart 36:

Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SH.LH.03.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolünün sağlanması kapsamında,

- Test isteminden numunelerin analizine kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kuralların tanımlanmasını,
- Test istemine yönelik kuralların belirlenmesi ve ilgili hekimlere bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmasını,
- İlgili sağlık çalışanlarına; numune alımı, numune transferi, numunelerin laboratuvara kabulü ve analiz öncesi hazırlanması ile ilgili eğitim verilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını sağlar.

Bu standart, hastanede tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanları (biyokimya, mikrobiyoloji vb.) ile ilişkilidir. Bu nedenle tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.LH.03.01

Test isteminden numunelerin analizine kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.

Bu standarda ilişkin gereklilikler prepreanalitik süreç ile preanalitik süreci kapsamaktadır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Test isteminden, numunelerin analizine kadar geçen süreçlerin kontrol altına alınması suretiyle laboratuvar sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliğinin sağlanması için bir iş akış şeması hazırlanmalıdır. Bu şemada yer alan süreçlerin rehberde de olması teyit edilmelidir.
- Hastanın tanısının konması ve tedavisinin şekillendirilmesinde aciliyet arz eden testler haricindeki diğer testler için; hastalık evresi, sirkadiyen ritim, açlık-tokluk durumunun etkileri vb. bilimsel gereklilikler göz önünde bulundurularak numune alımı ile ilgili kurallar, dokümanite edilmelidir.
- Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili bilgilendirme broşürleri hazırlanmalıdır.
- Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- Alınan numunelerin laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem vb), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı, transfer süresi vb. hususlar rehberde belirtilmelidir.
- Numunelerin kabul veya reddi ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni gibi bilgilerin LBYS üzerinden takibi yapılmalı veya dokümanlara işlenmesi sağlanmalıdır.
- İlgili personellere LBYS eğitimi verilmeli ve bu eğitimlere katılanların listeleri kayıt altına alınıp dosyalanmalıdır.



SH.LH.03.02

Test istemine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili hekimlere bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.

Laboratuvar tarafından; klinisyenin doğru test istemini yapmasını sağlamaya yönelik olarak; test rehberinde endikasyonlar hakkında bilgi verilmesi, sözel bilgilendirmeler, eğitimler vb. araçlar ile bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.

Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.

İlgili klinisyenler laboratuvarı çalışılacak testlerin belirlenmesi konusunda laboratuvar uzmanlarına gereken katkıyı sağlamalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Laboratuvar uzmanlarının ilgili klinisyenler ile laboratuvarı çalışılacak testlerin belirlenmesi konusunda işbirlikleri ve toplantılar yapmaları ve toplantı kararları kayıt altına alınmalıdır.
- Test bazında numunelerin analiz öncesi işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli, ilgili hekimlere bu konuda eğitimler verilmeli ve söz konusu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- Bu gereklilik kapsamında yer alan tüm bilgilerin rehberde mevcut olmasına dikkat edilmelidir.

SH.LH.03.03

İlgili sağlık çalışanlarına; numune alımı, numune transferi, numunelerin laboratuvara kabulü ve analiz öncesi hazırlanması ile ilgili eğitim verilmelidir.

Numune Alımı

Hastanın tanısının konması ve tedavisinin şekillendirilmesinde aciliyet arz eden testler haricindeki diğer testler için; hastalık evresi, sirkadiyen ritm, açlık-tokluk durumunun etkileri vb. bilimsel gereklilikler göz önünde bulundurularak numune alımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.

Numunenin alındığı zaman doğru şekilde kaydedilmelidir. İstemin yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü ve ya da reddi HBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.

Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.

Numune Transferi

Alınan numunelerin laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem vb.), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı vb. hususlar konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.

Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir.

Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.

Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim ve diğer sağlık personeli tarafından, numune alımı ve transferi ile ilgili kurallara uyulmalıdır.

Numunelerin Laboratuvara Kabulü ve Analize Hazırlanması

Testlerin güvenilir sonuçlar vermesi için, teslim alınan numunelerin, belirlenen ölçütlere uygunluğunun değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeye göre numunelerin kabul veya reddedilmesi yönünde düzenlemeler yapılmalıdır.

Numunelerin kabul veya reddi ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır.

Numuneler laboratuvara kabulü yapılmadan çalışmaya alınmamalıdır.

Numunelerin kabul veya reddi bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılmalıdır.

İlgili personel kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitilmelidir.

Reddedilen numunelerle ilgili olarak, ret sebepleri ve numunenin alındığı bölüm bilgilerini içerecek şekilde analizler yapılmalı, gerekli görülen düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.

Test bazında numunelerin analiz öncesi işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Söz konusu Değerlendirme Ölçütü için gerekli olan bilgilerin tamamı gereklilikler kısmında ifade edilmiştir. Yapılması istenen her hususun LBYS üzerinde kayıtlı olmasına veya yapılan işlemlerin belirlenen süreler içerisinde kayıt altına alınmasına dikkat edilmelidir.
- Denetçiler bu konuda neyi nasıl yaptığınızı ve neler yaptığınızı sorgularken bu bilgilerin ya dokümanını ya da LBYS üzerinden bilgilerini kontrol edeceklerdir.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

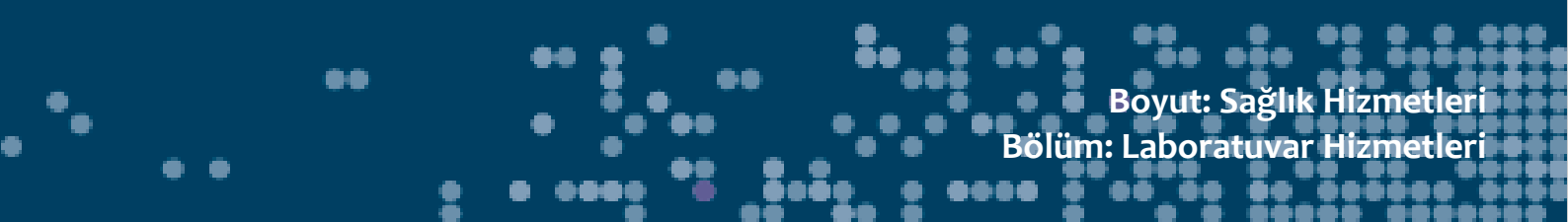
- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011.
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09 .10.2013.



Standart 37

Laboratuvar Testleri ile İlgili Analitik Süreçlerin Kontrolü

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Laboratuvar Hizmetleri





Standart 37:

Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SH.LH.04.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanması kapsamında,

- Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kuralların tanımlanmasını,
- Laboratuvarında bulunan cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kuralların belirlenmesini,
- Test sonuçlarının güvenilirliğine yönelik validasyon/verifikasyon çalışmaları ve sürekli kalite kontrol işlemleri yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Laboratuvar analitik süreçlerine yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliği ile hasta güvenliğinin temin edilmesini amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını sağlar.

Bu standart, hastanede tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanları (biyokimya, mikrobiyoloji vb.) ile ilişkilidir. Bu nedenle tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.LH.04.01

Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.

Laboratuvar analitik süreci aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

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

Testlerin Çalışılması

Test çalışma sürecinin standardizasyonunun sağlanması ve çalışma sürecinin kontrol altına alınması amacı ile bu sürece ilişkin bilgilendirici ve test çalışma sürecinin tüm aşamalarını kapsayacak şekilde kapsamlı dokümanlar oluşturulmalıdır. Bu dokümanlar asgari aşağıdaki alt süreçleri içermelidir:

- Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması
- Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü
- Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları
- Test süreci
- Sonucun onaylanması

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Test çalışma süreci ile ilgili dokümanlar hazırlanmalıdır. Amaç her teknik personel bu dokümanlar ışığında söz konusu cihazları kullanabilmeli veya manuel testleri çalışabilmelidir. Bu dokümanlar testin ön hazırlığından testin sonuçlandırılmasına kadar her türlü detayı içermeli ve ulaşılabilir olmalıdır.
- Her cihazın verilen bilgiler ışığında dosyası hazırlanarak cihaza yakın bir yerde muhafaza edilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Metod Validasyonu/Vertifikasyonu için Klinik Laboratuvarlarda Metod Validasyon Rehberinden yararlanmalı ve gerekli eğitimler alınmalı, alınan eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- Kalite kontrol sonuçları elektronik veya basılı doküman şeklinde muhafaza edilmelidir.

Cihaz arıza bildirim, Teknik servis raporları ve yapılmış işe DÖF tutanakları kayıt altına alınmalı cihaz klasöründe muhafaza edilmelidir.

SH.LH.04.02

Laboratuvarda bulunan cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.



Cihaz Yönetimi

Laboratuvarda test çalışma sürecinde kullanılan tüm cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Cihazlara yönelik tanımlayıcı bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Cihazın adı
- Cihazın markası ve modeli
- Üretim ve hizmete girdiği tarihi
- Seri numarası
- Temsilci firma bilgisi

Cihazın test çalışma süreci ile ilgili bilgilerini içeren bir dosya hazırlanmalı, dosyadaki bilgilerin güncel olmasına ve çalışanlar tarafından anlaşılabilir olmasına dikkat edilmelidir. Bu dosyada asgari aşağıdaki bilgi ve dokümanlar yer almalıdır:

- Kullanım kılavuzu veya CD'si
- Varsa test ve ya cihaza ait kalibrasyon kayıtları ve sertifikaları
- Varsa kalite kontrol sonuçları
- Cihaz bakım formları
- Arıza bildirim formları
- Firma iletişim bilgileri
- Kullanıcı eğitim sertifikaları

Kullanıcılara, cihaz kullanımı, cihazın bakım ve temizliği, cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği gibi konularda eğitim verilmelidir.

Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Teknik personele cihaz kullanımı konusunda gerekli eğitimler verilmeli ve eğitimler yetkili kişilerce Sertifikalandırılmalıdır.*
- *Cihaz kullanımından bakımına kadar gerekli olan tüm eğitimler verilmeli ve belgelendirilmelidir.*
- *Teknik personelin ve mevcut cihazların güvenliği konusunda gerekli tedbirler alınmalı, personel bilgilendirilmeli ve personelle yazılı tebliğ edilmelidir.*

SH.LH.04.03

Test sonuçlarının güvenilirliğine yönelik validasyon/verifikasyon çalışmaları ve sürekli kalite kontrol işlemleri yapılmalıdır.

MetotValidasyonu/Verifikasyonu

Laboratuvarda uygulanan test metotlarının rutin kullanım sırasında istenen performansı sağlamanın koşullarını belirlemek, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile metotvalidasyonu/verifikasyonu yapılmalıdır. (Bkz. Klinik Laboratuvarlarda Metot Validasyon Rehberi).

*Validasyon çalışmalarında metodun doğruluk, kesinlik, analitik özgüllük, girişimde bulunan etkenler, analitik duyarlılık, saptama ve ölçüm sınırları, ölçüm aralığı, referans aralığı, tanısal özgüllük ve duyarlılık bilgilerine ulaşılır.

*Standart metotlar ve valide metotların (CE veya FDA onaylı gibi) kullanıldığı durumlarda tam validasyon uygulanması gerekli değildir. Bu durumda laboratuvarın yeterliliğine yönelik verifikasyon çalışması yapılmalıdır. Verifikasyon çalışmalarında daha az sayıda veri ile metodun doğruluk, kesinlik ve ölçüm aralığı bilgilerinin doğrulanması yeterlidir. Ayrıca, metot için verilen referans aralığı da doğrulanmalıdır.

Ölçüm Belirsizliği

- Sonuçların değerlendirilmesi, ölçüm sonuçlarına göre karar verilmesi, ölçüm sonuçlarının karşılaştırılması, limit değerlere göre uygunluğunun belirlenmesi ve testi yapan laboratuvarın performansının ortaya konulması için kantitatif testlere yönelik ölçüm belirsizliği belirlenmelidir (Bkz.Klinik Laboratuvarlarda Ölçüm Belirsizliği Rehberi)
- Hesaplanan ölçüm belirsizliği analiz sonucunun kullanım amacına uygun olmaması durumunda ya metot değişimi ya da metotta gerekli iyileştirmeler uygulanarak istenilen belirsizlik düzeyi elde edilmeye çalışılmalıdır.
Testlerin ölçüm belirsizliği verileri gerektiğinde ulaşılabilir olmalıdır.

Kalite Kontrol Çalışmaları

Kalite kontrol çalışmaları laboratuvar uzmanı sorumluluğunda laboratuvar test sürecinin güvenilirliğini sağlamak, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiğini test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile gerçekleştirilen uygulamalardır.

İç Kalite Kontrol Çalışmaları

İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı veya benzer özellikleri taşımalı, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu, test prospektüsü ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.

Test çalışma sürecinde bir değişiklik olması durumunda, cihaz arızaları bakım ve kalibrasyon çalışmaları sonrasında da iç kalite kontrol çalışması yapılmalıdır.

İç kalite kontrol sonuçları ile ilgili olarak hangi değerlerin uygun olarak kabul edileceği belirlenmelidir. Uygun olmayan sonuçlar için düzeltici/önleyici çalışmalar yapılmalıdır.

İç kalite kontrol çalışmasında uygun olmayan sonuçlar elde edilmiş ise hasta numuneleri çalışılmamalıdır.

İç kalite kontrol çalışma sonuçları elektronik ortamda veya basılı kopya olarak kayıt edilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için; tarih ve saat, test sonucu, uygun olmayan sonuçlar için yapılan düzeltici önleyici faaliyetlere ilişkin sonuçlar yer almalıdır.

İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

Dış Kalite Değerlendirme Çalışmaları

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

- Dış kalite değerlendirme çalışmalarında aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir: Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
- Dış kalite değerlendirmesi için çalışılan test numunesinin artması durumunda kalan numune, test sonuçlanıncaya kadar uygun koşullarda saklanmalıdır.
- Dış kalite değerlendirme programı tarafından gönderilen değerlendirme sonuçları laboratuvar uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.
- Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, sorun var ise kaynağı ve varsa yapılan düzeltici önleyici faaliyetler kayıt altına alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Metod Validasyonu/Vertifikasyonu için Klinik Laboratuvarlarda Metod Validasyon Rehberinden yararlanmalı ve gerekli eğitimler alınmalı, alınan eğitimler kayıt altına alınmalıdır.*
- *Kalite kontrol sonuçları elektronik veya basılı doküman şeklinde muhafaza edilmelidir.*
- *Dış kalite sonuç raporları saklanmalı ve alınan geçerlilik belgeleri uygun alanlara asılmalıdır.*



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

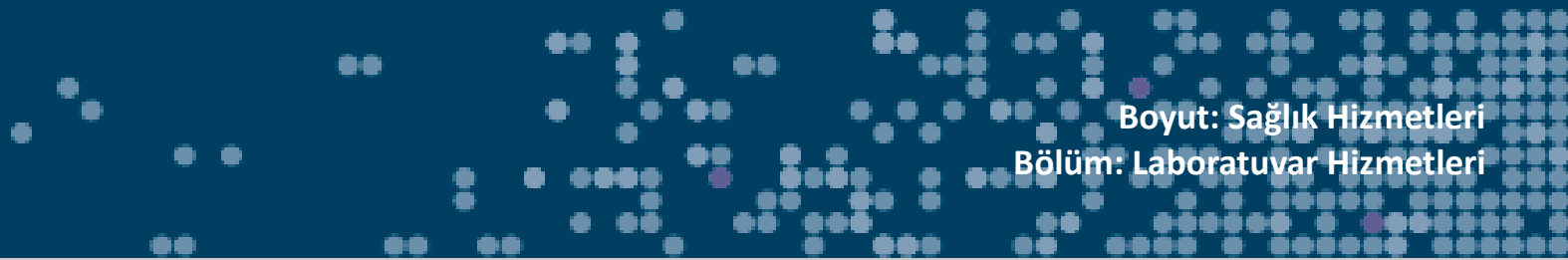
- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011.
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09 .10.2013.



Standart 38

Laboratuvar Testleri ile İlgili Analiz Sonrası Süreçlerin Kontrolü

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Laboratuvar Hizmetleri





Standart 38:

Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SH.LH.05.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolünün sağlanması kapsamında,

- Hasta sonuç raporlarında bulunması gereken bilgilerin belirlenmesini,
- Hasta sonuçlarının zamanında ve doğru raporlanmasının sağlanmasını,
- Raporlarda test sonuçlarının yorumlanması ve klinik önerilerin yer almasına yönelik kurallar belirlenmesini,
- Panik/Kritik değerlerin etkili ve güvenli şekilde bildirilmesine yönelik sürecin tanımlanmasını,
- Test numunelerinden artan biyolojik materyalin, işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kuralların belirlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını sağlar.

Bu standart, hastanede tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanları (biyokimya, mikrobiyoloji vb.) ile ilişkilidir. Bu nedenle tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.LH.05.01

Hasta sonuç raporlarında bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.

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

Hasta Sonuç Raporları

Laboratuvar tarafından sonuç raporlarında asgari bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.

Sonuç raporlarında asgari bulunması gereken zaman parametreleri şunlardır:

- Numunenin alındığı tarih ve saat
- Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
- Sonucun onaylandığı tarih ve saat



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Laboratuvar çalışanlarına LBYS eğitimi mutlaka verilmelidir.
- Standardın gerekliliklerinde belirtilen bilgilerin hasta sonuç formlarında olması kontrol edilmelidir.

SH.LH.05.02

Hasta sonuçlarının zamanında ve doğru raporlanması sağlanmalıdır.

Test sonuçlanma süreleri ve bu süreler ile ilgili bilgilendirme yapılması konusundaki asgari gereklilikler şunlardır:

- Test sonuç verme süreleri hastane koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.

- Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi esas alınmalıdır. Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa sonuç verme süresi esas alınmalıdır.
- Belirlenen süreler konusunda ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.
- Hastalar sonuç alma süreleri konusunda bilgilendirilmelidir.
- Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları vb.) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Optimal test çalışma süreleri belirlenmeli, tablo şekline dönüştürülmeli, Laboratuvar çalışanlarının ve hastaların görebilecekleri alanlara asılmalıdır.*
- *Bazı teknik aksaklıklar yaşanması durumunda gecikecek hasta sonuçları için bilgi notları hastaların sonuçlarını alacakları noktalara, spesifik bir durum ise ilgili klinik ya da hekime bilgi verilmesi sağlanmalıdır.*

SH.LH.05.03

Raporlarda test sonuçlarının yorumlanması ve klinik önerilerin yer almasına yönelik kurallar belirlenmelidir.

Laboratuvar tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde ve gerekli görülen durumlarda klinisyene yönelik sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır. Sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği kapsamında ele alınabilecek bazı uygulamalar şunlardır:

- Referans aralıklar
- Panik ya da kritik değerde bulunan test sonuçlarının zamanında bildirilmesi
- Çalışma yöntemi ile ilgili bilginin test rehberinde bulunması
- Ölçüm belirsizliğine ilişkin bilgilere gerektiğinde klinisyen tarafından ulaşılabilmemesinin sağlanması
- Laboratuvar uzmanının yorum ve önerilerinin eklenmesi
- Ek test uygulamaları

- Belli bir test için sonuç belirli bir aralıkta veya değerde çıktığında önceden klinisyen ve laboratuvar uzmanı tarafından belirlenmiş ve sisteme tanımlanmış olan testin çalışılması (refleks testler)
- Laboratuvar uzmanı tarafından hastanın klinik durumu ve test sonuçları ile ilişkili hastaya özgü değerlendirme sonucunda eklenmesi önerilen testler (yansıma testler)
- Sonuç raporunda numune ve testle ilgili laboratuvar süreçlerinin izlenebilirliğinin gösterilmesi (asgari bulunması gereken zaman parametreleri)
- Düzenli yapılan toplantılarda (klinik ve laboratuvar branşlarının katılımı ile) özellikli olguların test sonuçları ile tanı ve tedavi süreçlerinin tartışılması

Sonuçların yorumlanması ile ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Test sonuçlarının hastalara veya hasta yakınlarına yorumlanmasının sadece ilgili ve yetkili hekimlerce yapılması konusunda diğer teknik personelle gerekli uyarı yazılı olarak yapılmalıdır.
- Panik ya da kritik değerde bulunan sonuçların bildirilmesi için formlar mutlaka oluşturulmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Panik/Kritik Değer Bildirimi

Çalışılan testlere ilişkin panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir. Bu noktada;

- Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı
- İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği
- Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı
- Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği
- Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.

Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

Belirlenen panik değerler Bilgi Yönetim Sisteminde tanımlanmalıdır.

Panik değerın ortaya çıkması durumunda, laboratuvar çalışanlarının söz konusu değeri diğer test sonuçlarından ayırt edebilmesine yönelik, bilgi yönetim sistemleri üzerinde bir uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

- Manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerlerde BYS üzerinde tanımlanmalıdır.
- Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir.

Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.

Panik değer bildirimine ilişkin kayıt tutulmalıdır. Bu kayıta asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Hastanın adı soyadı
- Protokol numarası
- Servisi
- Testin adı
- Panik değer sonucu

- Test sonucunun çıktığı tarih ve saat
- Bildirimi yapan kişi
- Bildirim yapılan kişi
- Bildirimin yapıldığı tarih ve saat



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Panik ya da kritik değerde bulunan sonuçların bildirilmesi için yukarıda bildirilen bilgileri içeren formlar mutlaka oluşturulmalı elektronik ortamda ve basılı kayıt altına alınmalıdır.*

SH.LH.05.05

Test numunelerinden artan biyolojik materyalin, işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Arşivleme

Laboratuvar türü ve test profiline göre, hasta güvenliğine yönelik gerekli test tekrarları ve hukuki süreçler göz önünde bulundurularak test numunelerinden artan biyolojik materyalin hangi durumlarda, nasıl ve ne kadar süre ile saklanacağı belirlenmelidir.

Laboratuvar türü ve test profiline göre, test işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Arşivlemeye ilişkin pratik ve izlenebilir bir yöntem uygulanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Laboratuvar türü ve test profiline göre, test işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar laboratuvarların ilgili mevzuatlarında belirtilmiştir.
- Söz konusu iş ve işlemler için ilgili mevzuat ışığında gerekli talimatlar hazırlanarak uygun alanlara asılmalı ve personel bu konuda bilgilendirilmelidir.
- Yapılan bilgilendirme tutanak ve belgeleri muhafaza edilmelidir.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011.
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09 .10.2013.



Standart 39

Laboratuvar Testleri ile İlgili Süreçlerin İzlenebilirliği

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Laboratuvar Hizmetleri

Standart 39: Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

SH.LH.06.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanması kapsamında,

- Numune ve testin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtların tutulmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulması,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını,
- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını sağlar.

Bu standart, hastanede tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanları (biyokimya, mikrobiyoloji vb.) ile ilişkilidir. Bu nedenle tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011.
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09 .10.2013.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.LH.06.01

Numune ve testin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.

Laboratuvar kayıtlarında preanalitik süreçten başlayarak postanalitik sürecin sonuna kadar, alınan numunenin ve testin her aşamada izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:

- Hastanın adı-soyadı
- Protokol numarası
- İstem tarih ve saati
- İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü
- Numune türü
- Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi
- Numunenin;
 - Alındığı tarih ve saat
 - Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
- Varsa test tekrarı ve sonuçları
- Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

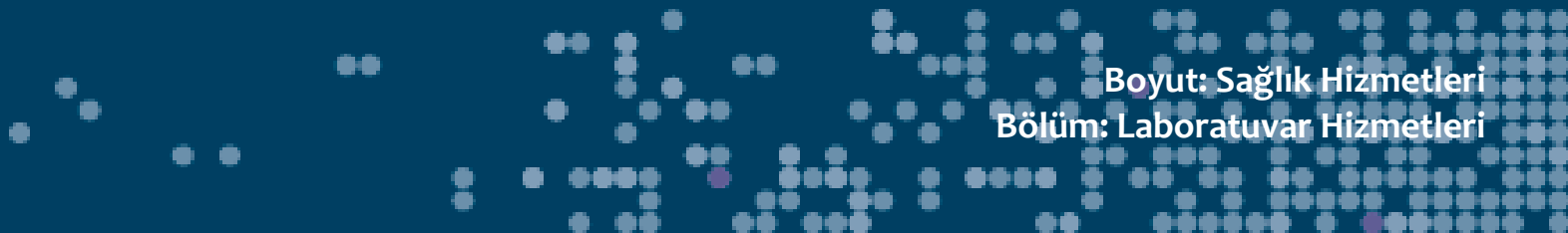
- Laboratuvar çalışanlarına LBYS eğitimi mutlaka verilmelidir.
- Standartın gerekliliklerinde belirtilen bilgilerin hasta sonuç formlarında olması kontrol edilmelidir.
- Test süreçlerinin izlenebilirliği ile performansın izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik faaliyetlerde diğer hastane çalışanlarının ve hastane yönetiminin ilgili sürece katılımı sağlanmalıdır.
- Test süreçlerinin izlenebilirliğinin oluşturulmasına ve ilgili sağlık çalışanlarının sürece katılımının sağlanması için yönetimin katkısı sağlanmalıdır.



Standart 40

**Laboratuvar Süreçlerinin Performansının
Ölçülmesi ve İyileştirilmesi**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Laboratuvar Hizmetleri





Standart 40:

Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.

SH.LH.07.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmesi ve izlenmesi kapsamında,

- Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmesini,
- Gösterge sonuçlarının değerlendirilmesi, izlenmesi ve gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulması,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını,
- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını sağlar.

Bu standart, hastanede tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanları (biyokimya, mikrobiyoloji vb.) ile ilişkilidir. Bu nedenle tıbbi laboratuvar hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.LH.07.01

Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir.

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

- Gösterge kartları
- Sorumlular
- Hesaplama yöntemi
- Hedefler
- Veri toplama ve analiz yöntemleri
- Analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Gösterge kartları ve kayıtların düzenli tutulup tutulmadığı ve güncelliği kontrol edilmeli.
- Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergelerin güncel olarak izlenmesi
- Laboratuvar sorumlularının ve gösterge sorumlularının laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergeler hakkında laboratuvar çalışanlarını bilgilendirmesi sağlanmalıdır.
- Göstergelerin oluşturulması için gerekli işlemlerin LBYS üzerinden yapılması sağlanmalıdır.

SH.LH.07.02

Gösterge sonuçları değerlendirilmeli, izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Göstergeler aracılığı ile performansın izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik faaliyetlerde aşağıdaki konular ele alınmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Değerlendirilen, izlenen ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılan göstergelerin belirlenmesi.
- Göstergelerin değerlendirilmesi sonucu laboratuvarda yapılan faaliyetleri gösterir dokümanların laboratuvar çalışanlarıyla paylaşılması ve LBYS/laboratuvar kayıtları ile teyit edilmesi sağlanmalı.
- Göstergeler ile uygulamalar arasındaki tutarlılığın teyidi için test sürecinin gözlemlenmesi.
- Hastane yönetiminin göstergelerin oluşturulması ve uygulanması için gerekli koşulları sağlaması noktasında destek alınmalı.
- Göstergelerdeki son revizyonunun uygulama alanlarında gözlemi ve çalışanların sürece katılımları sağlanmalı.
- LBYS/laboratuvar kayıtları ile uyumu ve güncelliği kontrol edilmelidir.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

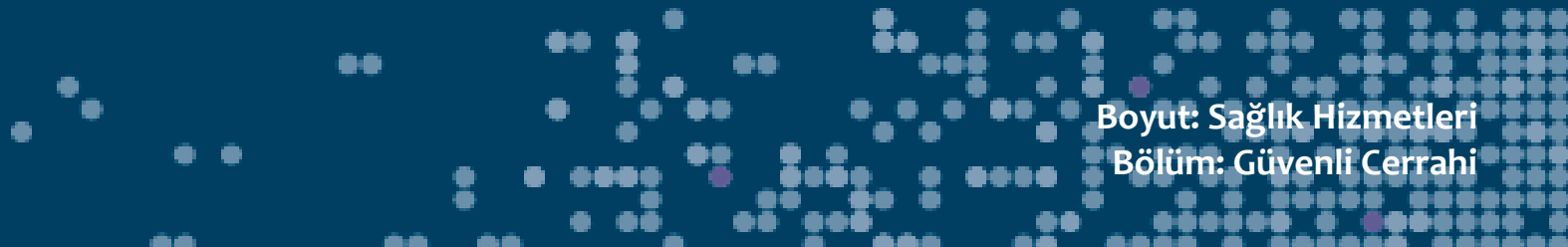
- Doku Tipleme Laboratuvarları Yönergesi, Sayı 47498, Tarih 28.11.2011.
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09 .10.2013.



Standart 41

Cerrahi Uygulamalarda Hasta Güvenliği

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Güvenli Cerrahi





Standart İçeriği?

Bu standart,

Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliğinin sağlanması kapsamında,

- Cerrahi uygulama öncesinde, esnasında ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını,
- Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasını,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.GC.01.01

Cerrahi uygulama öncesinde, esnasında ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.



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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Cerrahi uygulamalar öncesinde, esnasında ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirlerin alınıp alınmadığı izlenebilir olmalıdır.
 - Cerrahi uygulamalarında hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik oluşturulan dokümanlar
Ör: Cerrahi Profilaksi Rehberi, ameliyathaneye giriş çıkış kuralları vb.
 - Cerrahi öncesi hazırlıklara ilişkin kayıtlar
Ör: Preop anestezi değerlendirme formu, invaziv işlem doğrulama formu, güvenli cerrahi kontrol listesi TR vb.
 - Ameliyathaneye hasta transferi ile ilgili kayıtlar
Ör: Hasta transfer formu, hasta teslim formu vb.
 - Cerrahi uygulamalardaki işlemlerle ilgili hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması ile ilgili kayıtlar
Ör: İşleme özel onam formları vb.
 - Tanı amaçlı doku örneklerinin alınması sürecine ait kayıtlar
Ör: Patoloji istek formu, örnek etiketi vb.
 - Cerrahi sonrası bakıma ilişkin kayıtlar
Ör: Hasta derlenmesine ilişkin formlar, postop takip formları vb.
 - Ameliyathane alanlarında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirlerin alındığı gözlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1: Güvenli cerrahi kontrol listesi TR uygulamasının yayımlanan gerekler doğrultusunda uygulanıyor olması
 - Ör 2: Hastada taraf işaretlemesinin gözlenmesi



Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme ile hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması, önerilen işlemi ve risklerini, müdahalenin kim tarafından, nerede ve ne zaman yapılacağını öğrenmiş olması sağlanmalıdır.

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

İşaretlemeyi, cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir hekim yapmalıdır. İşaretleme, hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.

Cerrahi bölge işaretleme bilinci açık hastalarda mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılmalı ve işaretleme sırasında işaretleme yapılacak alan hastaya doğrulatılmalıdır.

İşaretleme daha önceden belirlenen, açık ve anlaşılır bir yöntem ile yapılmalıdır.

İşlem yapılacak bölge işaretlenmelidir. Birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.

İşaretleme, kolaylıkla silinmeyecek bir şekilde yapılmalıdır. Yapılan işaretleme cerrahi alan temizliği sırasında kaybolmamalıdır.

İşaretleme, cerrahi yapılacak yere veya çok yakınına yapılmalı ve belirgin olmalıdır.

Hastane tarafından cerrahi bölge işaretlemesine ilişkin kontrendikasyonlar belirlenmelidir. Kontrendikasyon bulunması durumunda cerrahi bölge ile ilgili doğrulama süreçlerinin nasıl uygulanacağı tanımlanmalıdır.

Kontrol listesini uygulamaya yönelik sorumluluklar her aşama için belirlenmeli ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkin bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır.

Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için bütün adımlar sözlü olarak kontrol edilmelidir. Kontrol listesini uygulayan kişi her evrede listede belirtilen görevlerin tamamlanıp tamamlanmadığına bakmalı, görev tamamlanmışsa bir sonraki evreye geçişe izin vermelidir.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında arşivlenmelidir.



Hasta transferinin gerçekleştiği her aşamada (ameliyathane, uyandırma odası, yoğun bakım ünitesi veya hastanın yatmakta olduğu bölüme transfer gibi) hasta kimliği doğrulanmalı ve ilgili yazılı ve sözlü bilgi ve kayıtlar ile hasta teslimi yapılmalıdır.

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

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

Hastaya ait eşyaların korunmasına yönelik işleyiş belirlenmelidir.

Çıkarılmayan eşyalar ya da protezlere yönelik son kontrol ameliyathane çalışanları tarafından yapılmalıdır.

Hasta preoperatif devrede anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı tarafından değerlendirilmeli, buna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.

Planlı ve acil ameliyatlar öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenmeli ve planlanmalıdır.

Preoperatif dönemde kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan ürünlerine yönelik planlama yapılmalıdır. Bu plan kapsamında, cerrahi uygulamada ihtiyaç olması halinde gerekli olabilecek kan veya kan ürünleri ulaşılabilir olmalıdır.

Cerrahi uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve malzemeler temin edilerek gerekli kontroller yapılmalıdır. Kullanılacak olan cihazlar kullanıma hazır hale getirilmelidir.

Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir. Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.

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

Hastaların cerrahi sonrası ameliyat odası, uyandırma ünitesi ve/veya yoğun bakım ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

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

Hasta postoperatif dönemde yakından izlenmeli, hasta güvenliğini tehdit edebilecek risklere ve komplikasyonlara yönelik izlemler planlanmalı ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.

Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan doku örneklerinin doğru etiketlenmesi, ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.

Doku örneğinin güvenliğini sağlamaya yönelik ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Ameliyathanede görev alan çalışanlar güvenli cerrahinin sağlanmasına yönelik süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır.*
 - Ör: Ameliyathane hemşiresi, anestezi teknisyeni, perfüzyonist, anestezi hekimleri, cerrahlar, cerrahi servis hemşireleri, biyomedikal teknisyeni vb.
- *Cerrahi uygulamalarında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik alınan tedbirlerin belirli periyotlarda etkinliklerin gözden geçirilip, gerektiğinde yeni tedbirlerin alınıp alınmadığı izlenebilir olmalıdır.*
 - *Alınan tedbirlerle ilişkili kayıtlardaki çıktıların izlenerek gerektiğinde iyileştirmelerde bulunulup bulunulmadığına ait kayıtlar*
 - Ör: Hasta güvenliği, kalite konseyi toplantı tutanakları vb.
- *Kurumdaki güvenli cerrahi uygulamalarının izlenmesinden sorumlu görevli çalışanlar süreç hakkında tanımlanan kurallarla tutarlı bilgi sahibi olmalı ve uygulamalara katılım sağlıyor olmalıdır.*
 - Ör: Ameliyathane sorumlusu hekim, ameliyathane sorumlu hemşiresi, sorumlu anestezi hekimi, sorumlu anestezi teknisyeni, hasta güvenliği komitesi üyeleri vb.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Cerrahi uygulamalarında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik alınan tedbirlerde hastane yönetiminin farkındalığı, istekliliği ve desteği ile çalışanların konu ile ilgili farkındalığı izlenebilir olmalıdır.
 - Alınan tedbirlerde hasta yönetiminin sürece desteğini gösteren kayıtlar
Ör: Hastane yöneticisinin/başhekimin alınan tedbirlerde onayı
 - Çalışanların konu ile ilgili bilgilendirildiğine ait dokümanlar, duyurular
Ör: Çalışanlara konu ile ilgili mail yollanması, intranet/internet üzerinden duyuru yapılması gibi
 - Hastane yöneticilerinin süreç hakkında bilgi verebiliyor olması
Ör: Başhekim/başhekim yardımcısı
 - Ameliyathanede görev alan çalışanların süreci doğru uyguluyor olduğunun gözlenmesi
 - Ör: Ameliyathane hemşiresi, anestezi teknisyeni, perfüzyonist, anestezi hekimleri, cerrahlar, cerrahi servis hemşireleri, biyomedikal teknisyeni vb.



Standart 42

**Ameliyathane Koşullarının Güvenli
Cerrahinin Sağlanması Uygun Olması**



Standart 42: Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.

SH.GC.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Ameliyathane koşullarının güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olması kapsamında,

- Ameliyathane alanlarına yönelik kuralların belirlenmesini,
- Ameliyat odalarının hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmesini,
- İlaç, malzeme ve cihazların yönetiminin sağlanmasını,
- Kesintisiz enerjinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için ameliyathane koşullarının düzenlenmesini amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.GC.02.01

Ameliyathane alanlarına yönelik kurallar belirlenmelidir.

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

Steril (Birinci) Alan: Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.

Temiz (İkinci) Alan: Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır. Steril alan arada bir bariyer olmadan doğrudan steril olmayan alanlara açılmamalıdır.

Steril Olmayan (Üçüncü) (Temiz Olmayan) (Kirli) Alan: Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.

Tanımlanan bu alanların birbirinden ayrılması sağlanmalı ve alanların özelliklerine uygun kurallar belirlenmelidir. Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları ile personelin alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Ameliyat olan hastaların yakınlarının bekleyebilecekleri alanlar oluşturulmalıdır. Bu alanların ergonomik ve konforlu olmasına dikkat edilmelidir.

Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ameliyathane alanlarına yönelik belirlenen kurallar tanımlanmış ve izlenebilir olmalıdır.
- Ameliyathane alanlarının kategorize edilmesini, alanların birbirlerinden ayrılmasını, alanların özelliklerine uygun kuralları içeren dokümanlar
Ör. Ameliyathane işleyiş prosedürü, talimatı vb.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ameliyathane alanları gerekliliklere uygun tasarımda olmalıdır.
Ör. Ameliyat alanlarının en az üç kategoriye ayrılmış olması
Ör. Ameliyathane çalışanlarının alanların özelliklerine uygun tanımlanmış kurallara uyum sağlıyor olması
Ör. Ameliyat olan hastaların yakınlarının bekleyebilecekleri alanların bulunması
- Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenlemeler
- Ameliyathane çalışanlarının tanımlanan süreçlere uygun hareket ediyor olması
Ör. Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, perfüzyonist, cerrah, anestezi uzmanı vb.
- Ameliyat olan hastaların yakınlarının ameliyathane ortamına yönelik olumlu geri bildirimlerinin olması
Ör: Bekleme alanları ile ilgili memnuniyetleri, hasta ile ilgili kendilerine yapılan bilgilendirme ile ilgili yorumları vb.
- Belirlenen kuralların uygulanıp uygulanmadığının izlenerek, elde edilen bilgilere göre uygunsuzlukların tekrarlarını önlemeye yönelik faaliyetlerin olup olmadığı izlenebilir olmalıdır.
- Ameliyathane alanlarına yönelik kurallara uyumun izlendiğine ve gerektiğinde kuralların yeniden belirlendiğine ilişkin kayıtlar
Ör. Belirlenen kuralların gözden geçirildiği toplantı raporları, tutanakları vb.
- Kurumdaki ameliyathane alanlarına yönelik kuralların uygulanmasını kontrol eden sorumlu çalışanların süreçle ilgili tanımlanan kurallara uygun geribildirimleri
Ör: Ameliyathane sorumlusu hekim, ameliyathane sorumlu hemşiresi, sorumlu anestezi hekimi, sorumlu anestezi teknisyeni, hasta güvenliği komitesi üyeleri vb.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Belirlenen kuralların hastane üst yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği ve çalışanların ameliyathane alanlarına yönelik kurallar hakkındaki bilgileri ve uygulamaları izlenebilir olmalıdır.
- Belirlenen kuralların hastane üst yönetimi tarafından onayına ait kayıtların incelenmesi
Ör: Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
- Çalışanların kurallara ilişkin bilgilendirilmesine ait kayıtlar
Ör. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Tanımlanan süreçler ile ilgili hastane yönetiminden görevli olanların (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı) sürece ilişkin bilgi sahibi olması
- Ameliyathane çalışanlarının (Ör. Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, perfüzyonist, cerrah, anestezi uzmanı vb.) ameliyathane alanlarına yönelik kurallar hakkında bilgi sahibi olması

SH.GC.02.02

Ameliyat odaları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Ameliyat odaları, cerrahi ekibin steril olarak giyinebilmelerine, hastanın steril olarak örtülmesine ve anestezi ekibinin çalışmasına engel olmayacak boyutta ve yeterlilikte olmalıdır.

Ameliyathanenin duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun anti bakteriyel özellikte olmalıdır.

Ameliyat odalarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır.

Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır

Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmayan alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).

Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan ortopedi protez ameliyatları, açık kalp cerrahisi gibi operasyonlar laminar hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.

Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.

Ameliyathane odasındaki partikül sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalı ve sorumlular tarafından sonuçlar değerlendirilmelidir. Ölçümlere dair kayıtlar tutulmalıdır.

Düzenli olarak havalandırma sisteminin bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.

Ameliyathane alanlarında sıcaklık, nem ve akım kontrolleri gerçekleştirilmelidir

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Kurumdaki ameliyat odalarının hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenip düzenlenmediği izlenebilir olmalıdır.*
 - *Ameliyathane havalandırma sisteminin performans testlerine ait kayıtlar*
Örn: Partikül ölçüm raporu, sızdırmazlık testi raporu vb.
 - *Havalandırma sisteminin bakımı ile ilgili kayıtlar*
Örn: Hepafiltre değişimi ile ilgili formlar, raporlar vb.
 - *Ameliyathane alanlarında sıcaklık ve nem takiplerine ait kayıtlar*
Örn: Sıcaklık nem takip formları vb.
- Ameliyathanedeki tıbbi gaz sistemine ait kayıtlar*
Örn: tıbbi gaz basınç takibi formları, tıbbi gaz sistemi bakım formları vb.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ameliyat odaları
Ör 1: Ameliyat odalarının boyutları ve yeterlilikleri
Ör 2: Ameliyat odasında döşeme, tavan, duvar yüzeylerinin pürüzsüz olması, yüzeylerde çatlakların oluşmaması, kapı, pencere, duvar birleşim noktalarının düzgün ve çıkıntısız olmasının kontrolü, duvar, tavan ve zeminde kullanılacak olan malzemelerin dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel özelliklerde olması
Ör 3: Ameliyathane havalandırma koşullarının uygunluğu
- Ameliyat odalarının hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayan düzenlemelerin izlenerek, elde edilen bilgilere göre gerektiğinde uygunsuzlukların giderilip giderilmediği izlenebilir olmalıdır.
 - Ameliyathanedeki düzenlemelerin takibine ilişkin kayıtlar
Ör 1: Partikül sayısı tespitine dair periyodik ölçüm raporları vb.
Ör 2: Havalandırma sisteminin düzenli olarak yapılan bakımlara ve filtre değişimine ait raporlar, formlar vb.
Ör 3: Ameliyathane alanlarında düzenli olarak yapılan sıcaklık ve nem ölçümü formları vb.
 - Ameliyathane süreçlerinde sorumlulukları olan çalışanların (Ör. Ameliyathane sorumlu hemşiresi, sorumlu anestezi teknisyeni, sorumlu perfüzyonist, sorumlu anestezi hekimi, biyomedikal sorumlusu vb.) geribildirimlerinin tanımlanan kurallara uygun olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Sağlanan koşulların hastane üst yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği ve çalışanların ameliyat odalarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili koşullar hakkındaki bilgileri izlenebilir olmalıdır.
 - Belirlenen kuralların hastane üst yönetimi tarafından onayına ait kayıtlar
Ör: Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
 - Çalışanların kurallara ilişkin bilgilendirilmesine ait kayıtlar
Ör: Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
 - Tanımlanan süreçler ile ilgili hastane yönetiminden görevli olanların (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı) geribildirimlerinin uygunluğu
Ameliyathane çalışanlarının (Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, perfüzyonist, cerrah, anestezi uzmanı vb.) geribildirimleri

SH.GC.02.03

İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.

Ameliyathanede kullanılan cihazların yönetimine yönelik olarak planlar oluşturulmalıdır. Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanmalıdır.

Ameliyat öncesi cihazların teknik kontrolleri yapılarak hatalı olduğundan şüphe edilen ekipmanlar ve araçlar kullanılmamalıdır.

Ameliyathaneye kabul edilen steril malzemelerin gerekli kontrolleri (miad, paketin sağlamlığı, paket içindeki indikatörün renk değişikliği gibi) yapılmalıdır. Steril malzemelerin paketlenmesi ve saklanması ile ilgili kurallara uyulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ameliyathanedeki ilaç, malzeme ve cihazların yönetimi izlenebilir olmalıdır.
 - Ameliyathane kullanılan cihazlara ait kayıtlar
Ör. Ameliyathane kullanılan cihazların envanteri, cihazların yönetim planı, bakım formları, kalibrasyon sertifikaları, raporları, ameliyat öncesi teknik kontrollerinin yapıldığına ait kontrol formları vb.
 - Ameliyathaneye kabul edilen steril malzemelerin kontrolünün yapıldığına ait kayıtlar
Ör. Kontrol formları vb.
 - Ameliyathanede kullanılan ilaçlara ait kayıtlar
Ör. İlaç kontrol formları vb.
 - Ameliyathane ortamına ilişkin tespitler
Ör. Ameliyathanede bulunan ilaçlarla kayıtlarda bulunan ilaçların sayı, miat kontrolleri vb.
Ör. Steril malzemelerin paketlenmesi ve saklanması ile ilgili kurallara uyulması
Ör. Kullanılan cihazların kalibrasyonlarının yapıldığına ilişkin kalibrasyon etiketlerinin güncelliği
 - Ameliyathane çalışanlarının (Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, perfüzyonist, cerrah, anestezi uzmanı vb.) konuyla ilgili süreçleri biliyor olması
- Ameliyathanedeki ilaç, malzeme ve cihazların yönetim süreci izlenerek, elde edilen bilgilere göre gerektiğinde uygunsuzlukların giderilip giderilmediği izlenebilir olmalıdır.
 - Ameliyathanede ilaç, malzeme ve cihazların takiplerinde ortaya çıkan uygunsuzlukların tespit edildiği kayıtlar
Ör. İlgili süreçlerin yönetimi ile ilgili çıktıların gözden geçirildiği toplantı raporları, tutanakları vb.
 - Ameliyathane süreçlerinde sorumlulukları olan çalışanlar (Ameliyathane sorumlu hemşiresi, sorumlu anestezi teknisyeni, sorumlu perfüzyonist, sorumlu anestezi hekimi, biyomedikal sorumlusu vb.) konuyla ilgili bilgi düzeyinin yüksek olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ameliyathanedeki ilaç, malzeme ve cihazların yönetim sürecinin hastane üst yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği ve çalışanların ameliyat odalarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili koşullar hakkındaki bilgileri izlenebilir olmalıdır.
 - Ameliyathanedeki ilaç, malzeme ve cihazların yönetim süreçlerinde hastane üst yönetimi tarafından onayına ait kayıtlar
Ör Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
 - Çalışanların ilgili süreçlere ilişkin bilgilendirilmesine ait kayıtlar
Ör. Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
 - Tanımlanan süreçler ile ilgili hastane yönetiminden görevli olanların (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı) sürece olan desteği
 - Ameliyathane çalışanlarının (Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, perfüzyonist, cerrah, anestezi uzmanı vb.) bilgi ve farkındalıklarının yüksek olması.

SH.GC.02.04

Kesintisiz enerjinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

Ameliyat odalarında elektrik kesintisi durumlarında jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak amacı ile kesintisiz güç kaynaklarına bağlı yeterli sayıda prizler olmalıdır.

Ameliyat sürecini kesintiye uğratmaması gereken tıbbi cihazlar bu prize bağlı olmalıdır.

Kesintisiz güç kaynaklarının bir plan dâhilinde periyodik bakımları yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kesintisiz güç kaynağının periyodik bakımlarına ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Ör. Ameliyat odalarında elektrik kesintisi durumlarında jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak amacı ile kesintisiz güç kaynaklarına bağlı yeterli sayıda prizlerin olup olmadığı, ameliyat sürecini kesintiye uğratmaması gereken tıbbi cihazların bu prize bağlı olup olmadığı
- Ameliyathanede ilaç, malzeme ve cihazların takiplerinde ortaya çıkan uygunsuzlukların tespit edildiği kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Ör. İlgili süreçlerin yönetimi ile ilgili çıktıların gözden geçirildiği toplantı raporları, tutanakları vb.
- Ameliyathane süreçlerinde sorumlulukları olan çalışanlar konuyla ilgili bilgi sahibi olmalı ve uygulamalara katılmalıdır.
Ör. Ameliyathane sorumlu hemşiresi, sorumlu anestezi teknisyeni, sorumlu perfüzyonist, sorumlu anestezi hekimi, biyomedikal sorumlusu vb.
- Kesintisiz enerjinin sağlanmasına yönelik tedbirlerde hastane üst yönetimi tarafından onayına ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Ör: Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
- Çalışanların alınan tedbirlere ilişkin bilgilendirilmesine ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Ör: Hastane yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Tanımlanan süreçler ile ilgili hastane yönetiminden görevli olanlar (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı) konuyla ilgili bilgi sahibi olmalıdır.
- Ameliyathane çalışanları (Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, perfüzyonist, cerrah, anestezi uzmanı vb.) konuyla ilgili bilgi sahibi olmalıdır.



Standart 43

**Acil Serviste Hizmet Sunumunu Kolaylaştıran
Yapısal Düzenlemeler**



Standart 43: Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.

SH.AS.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılması kapsamında,

- Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmasını,
- Acil servis ünitelerinin, hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmesini,
- Acil serviste emniyeti sağlamaya yönelik tedbirler planlanmasını,
- Acil servis hizmetlerine yönelik alanlar belirlenmesini,
- İlaç, malzeme ve cihazların yönetiminin sağlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Acil servise ait yapısal düzenlemelerin, hizmet sunumundaki etkinlik ve etkililiği artırmak, aynı zamanda hasta güvenliğini sağlamaya yönelik olarak oluşturulmasını amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını,
- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.AS.01.01

Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Acil Servise Ulaşım

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yönlendirmeler yerleşke dışından başlayarak acil servis kapısına kadar ana yol dâhil tüm güzergâhlarda bulundurulur. Acil servise yakın kavşak ya da yol ayrımınının itibaren yönlendirme yapılır.
- Ulaşımı kolaylaştırıcı işaret ve levhalar hasta ya da ambulansın yol güzergâhları üzerinde yeterli seviye ve görsellikte uygulanır.
- Acil servis tabelasının boyutu ve ışıklandırma vb. şartları ilgili mevzuat doğrultusunda yapılmalıdır.
- Yönlendirmeler hastane içerisindeki diğer birim ve binaları da kapsamalıdır. Diğer birimlerin de acil servise erişimi kolaylaştırılmalıdır.
- Yönlendirmelerinin işlevsel vaziyette olması sağlanmalı, acil serviste alansal bir değişiklik ya da yer değişimi var ise yönlendirmelerde güncelleme yapılmalıdır.
- Güncellemelerde yerel yönetimler, karayolları belediye vb. paydaşların onayı gerekiyorsa yönetim tarafından yapılan resmi yazışmalar/dokümanlar bir dosya içinde hazır bulundurulmalıdır.
- İlgili yönetici (kamuda özellikle otelcilik müdürlerinin özelde ise otelcilik hizmetlerini yürüten yönetici) yönlendirme levhalarının ve acil tabelalarının mevzuatını bilmesi ve değişimleri takip etmesi beklenir.



SH.AS.01.02

Acil servis üniteleri hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Mimari Yapı ve Acil Servis ile İlgili Alanlar

Acil servislerin mimarisinde güvenlik, gözlenebilirlik, sadelik, esnek modüler yapı, gizlilik ve mahremiyetin sağlanması ilkeleri göz önünde bulundurulmalıdır. Mimari yapı düzenlenirken asgari aşağıda yer alan düzenlemeler yapılmalıdır:

- Acil servislerde ambulans ve ayaktan hasta girişleri ayrı olmalıdır.
- Diğer servisler/bölmeler ile hızlı ve rahat bağlantı olanağı olmalıdır.
- Tanısal destek birimlerine kolay ulaşılabilir mümkünse aynı katta olması sağlanmalıdır.
- İhtiyaç halinde (afet vb. durumlarda) genişleyebilen bir yapıda olmalıdır.
- Engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır.
- Acil servis alanları hasta ve personel açısından uygun iklimlendirme, havalandırma ve aydınlatma şartlarını taşınmalıdır.
- Hasta yakınları için acil servis kapasitesine uygun genişlikte bekleme salonu bulunmalı, bu alanlar konforlu ve ergonomik olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil servis işleyiş süreçlerine yönelik bir doküman (prosedür vb.) hazırlanmalı ve süreç basamakları ve ilgili yapısal alanlar bu dokümanda yer almalıdır. Aynı zamanda acil servis işleyişi bu dokümana uygun olmalıdır.
- İhtiyaç halinde acilde yoğunluğun nasıl yönetileceği hazırlanan dokümanda yer almalıdır.
- Acil servis süreçleri ile ilgili sorumlular belirlenmeli, ilgililere (sorumlu, çalışan vb.) bu konuda bilgi verilmelidir.
- Acil servis süreçleri ile ilgili izleme, değerlendirme ve denetim dokümanları/sonuçları, raporda yer alan eksik ve kısıtlılıklara yönelik yapılan düzenlemelere ilişkin kayıtlar bir dosya içerisinde hazır bulundurulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil servis için yapılan risk analizi ve komite (Hasta, çalışan güvenliği) ve komisyon (iş sağlığı komisyonu vb.) kararları incelenebileceğinden bir dosya içinde hazır bulundurulmalıdır.
- Acil servis ile ilgili toplantılara, komite ve komisyonlara yönetimin katılımı önemlidir. Bu tür etkinliklere ilişkin dokümanda yönetimin onayı yer almalıdır.
- Acil afet planları güncel ve hazır bulundurulmalıdır. Kararlar çalışanlara duyurulmalıdır.
- Hasta ve çalışan güvenliğini riske atabilecek durumlarla ilgili yazılı dokümanların güncelliği önemlidir ve olay bildirimlerinin takibi ve yapılan düzeltici çalışmalar hakkında bilgi/dokümanın varlığı önemlidir.
- Yönetim ve acil servis çalışanları, acil servis alanlarındaki yapılanma durumu ve yapılan düzenlemelerle ilgili güncel bilgiye sahip olmalıdır.



SH.AS.01.03

Acil serviste emniyeti sağlamaya yönelik tedbirler planlanmalıdır.

Acil Servislerde Emniyet

Acil servislerde emniyetin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalı, mevcut riskler ve emniyeti tehlikeye atacak durumlar için planlama yapılmalıdır.

Emniyet sağlanırken (kamera yerleşimi vb.) hasta ve çalışan mahremiyetini dikkate alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil servis işleyiş süreçlerine yönelik bir hazırlanan dokümanda emniyeti sağlamaya yönelik tedbirlerin neler olduğu belirtilmeli ve tüm acil servis alanını söz konusu tedbirler kapsamalıdır. Çalışanlar bu konuda bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil durum eylem planları ve risk yönetim planı hazır bulundurulmalıdır. Risk analizleri ve yönetimine ilişkin çalışanlar bilgi sahibi olmalıdır.
 - Risk analizlerinde hasta ve çalışan can ve mal güvenliğine yönelik kapsamlı analizler yer almalı, güvenlik görevlileri ve acil çalışanlarına bu doğrultuda eğitim verilmeli ve eğitim kayıtları muhafaza edilmelidir.
 - Acil servis çalışanlarının iletişim ve kriz yönetimi gibi konu başlıklarında eğitim verilmeli ve eğitim planları, kayıtları muhafaza edilmelidir.
 - Acil servis güvenlik personelinin devir hızı takip edilmeli ve devir hızını düşük tutabilmek için tedbirler alınmalıdır.
 - Düzeltici önleyici faaliyetler izlenmeli, yönetim ve çalışanlar bu faaliyetlerde yer almalıdır.
 - Güvenlik hizmetlerinin sürekliliği ve güvenlik personelinin acil servise hakim bir alanda konumlandırılması, acilin büyüklüğüne göre personel istihdamı, kameraların müdahale alanı dışındaki tüm alanları izleyebilmesi sağlanmalıdır. Kamera kayıtları uygun şekil ve sürede arşivlenmelidir.
- Çalışanların çözüm ve karar süreçlerine katılımı sağlanmalıdır.



SH.AS.01.04

Acil servis hizmetlerine yönelik alanlar belirlenmelidir.

Acil servislerde hastaların klinik durumlarına göre müdahale ve tedavi işlemlerinin yapılabileceği genel alanlar belirlenmelidir. Acil servislerde asgari;

- Başvuru yoğunluğuna göre planlanmış karşılama alanı
- Dekontaminasyon odası
- Muayene alanları
- Müdahale alanları
- Gözlem ünitesi
- Resusitasyon odası olmalıdır.

Ayrıca acil servis içinde;

- KBB, göz, kadın doğum gibi özellikli branşların hasta bakımına uygun ek alanlar
- Psikiyatrik hastalar için sessiz oda
- Çalışanlar için, içerisinde kişisel temizlik alanları bulunan giyinme ve dinlenme odaları bulunmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil servis işleyişi ile ilgili hazırlanan dokümanlarda yapısal düzenlemeler, tanımlamalar ve özellikleri yer almalı, uygulamalar/işleyiş buna göre yapılmalıdır. İlgili dokümanlar güncel olmalıdır. Çalışanlar konu hakkında bilgili olmalıdır.
- Mevzuata belirlenen 1. 2. 3. seviye acil servislerde bulunması gereken acil alanlarının tamamı ve uygun konumlandırılması, kullanımı sağlanmalıdır.
- Acil servis tescili inceleme için hazır bulundurulmalıdır.
- Mimari değişiklik (mevzuat değişikliği, acil dışı rutin ihtiyaçtan dolayı) durumlarında alanların düzenli hizmet sunmasını sağlamaya yönelik düzenlemeler, kayıtlar hazır bulundurulmalıdır.
- KBB, göz, kadın doğum gibi özellikli branşlara uygun düzenleme yapılmalı, uygun alan yok ise en yakın alanda planlanmalıdır.



SH.AS.01.05

İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.

İlaç, Malzeme ve Cihaz Yönetimi

İlaç kullanımı ile ilgili süreçlerde hasta güvenliği ön planda tutulmalıdır. Acil servisin hasta ve hastalık portföyü dikkate alınarak bulundurulması gereken ilaçlar belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Mevzuata uygun ve güncel ilaç, malzeme ve cihaz yönetiminin sağlanabilmesi için yazılı bir düzenleme oluşturulmalıdır.
- Acil servis alanlarında ve acil ilaç arabalarında bulundurulması gereken ilaç listeleri hazırlanmalı ve periyodik olarak miktar-miat takipleri yapılmalı ve kaydedilmelidir.
- Özellikle kritik stok seviyesinde alım ve temin süreçlerinde sorun yaşanmaması için tedbirler alınmalıdır.

Müdahale ve tedavi süreçlerine uygun ekipman ve malzeme belirlenmeli, tedariklerinde süreklilik sağlanmalı ve kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır. Mevcut ekipmanlara yönelik yerleşim planı bulunmalıdır.

Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının bir plan dahilinde yapılması sağlanmalıdır.

Servis ihtiyaçlarını karşılayabilecek büyüklükte depo alanları planlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Tedavi süreçlerinde ve acil müdahale anında kullanılan ekipmanlar ayrı ayrı belirlenerek nöbet değişimlerinde acil müdahalede kullanılacak cihazların çalışır durumda kullanıma hazır olduğuna ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.
- Cihaz arızaları durumunda acil eylem planı hazırlanmalıdır.
- Depo alanlarının ısı ve nem takipleri yapılmalı ve dokümante edilmelidir. Ayrıca raf düzenleri konusunda ilk giren ilk çıkar prensibi uygulanmalıdır. Muhtemel beklenmeyen olaylara (su basması, yangın, sarsıntı vb.) ilişkin tedbirler alınmalıdır. Bu alanlar afet kapsamında da değerlendirilmelidir.
- Malzeme yönetimine ilişkin yazılı düzenleme hazırlanmalı ve buna uygun işlem yapılmalıdır.

Dokümantasyon

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hazırlanan doküman güncel olmalıdır ve acil servis süreçlerinin tamamını karşılıyor olmalıdır.*
- *Acil işleyişine ilişkin dokümanlar çalışanların katılımı ile hazırlanmalıdır.*
- *Hazırlanan doküman kapsamı çalışanlar tarafından bilinmelidir.*



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ T.C. Resmi Gazete Sayı 27378, 16.10.2009.



Standart 44

**Acil Serviste Hastanın Kabulünden Ayrılışına
Kadar Tüm Süreçlerin Tanımlanarak Gerekli
Düzenlemelerin Yapılması**



Standart 44:

Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

SH.AS.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Acil serviste, hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçler tanımlanarak gerekli düzenlemeler yapılması kapsamında,

- Hastanın hızlı ve güvenli bir şekilde kabulünün sağlanmasını, danışma ve yönlendirme hizmetlerinin etkin bir şekilde verilmesini,
- Acil servis içi transferlerde hasta güvenliğine yönelik tedbirler alınmasını,
- Acil servise başvuru yapan hastaların müdahale ve tedavilerine yönelik önceliklerin belirlenmesini,
- Muayene, müdahale, konsültasyon ve acil gözlem süreçlerine ilişkin planlamalar yapılmasını,
- Hastanın sevk, yatırma veya taburculuğuna yönelik planlama yapılmasını,
- Acil servis süreçlerinde doğru bilgi akışı sağlanmasını,
- Zehirlenme vakaları ve adli vakalara yönelik prosedürler belirlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Acil serviste hastanın kabulünden ayrılışına kadar tüm süreçlerde hasta güvenliğini sağlamayı amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.AS.02.01

Hastanın hızlı ve güvenli bir şekilde kabulü sağlanmalı, danışma ve yönlendirme hizmetleri etkin bir şekilde verilmelidir.

Karşılama, Danışma, Yönlendirme ve Kayıt Hizmetleri

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

Karşılama hizmetlerini etkin şekilde verebilecek bir ekip oluşturulmalıdır.

Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmeti verecek personel planlamasında; acil servisin yapısı, ortalama vaka durumu ve özelliği göz önünde bulundurulmalıdır.

Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- Hastalar acil servis girişine ulaştığı anda bir görevli tarafından genel durumuna uygun olarak sedye, vertebral tahta, tekerlekli sandalye vb. ile alınarak müdahale ve tedavi önceliği belirlenmelidir.
- Acil servise kabulü yapılan hastaların hastane bilgi sistemine kayıtları ile ilgili düzenleme yapılmalıdır. Bu düzenleme; kimlik bilgilerine ulaşamayan hastaların da kabulüne yönelik işleyişi de içermelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetleri 24 saat verilmelidir.
- Karşılama personeli acil servis girişine yakın uygun bir alanda konumlanmalı, hastayı ilk gören kişinin karşılama personeli olması sağlanmalıdır.
- Karşılama danışma ve yönlendirme hizmetlerinde çalışan personel sayısı planlaması acil servis fiziki yapısı, başvuru yoğunluğu vb. faktörleri göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Karşılama personeli hastanın genel durumuna uygun olarak gerekli sedye ve tekerlekli sandalye ihtiyacını tespit edebilecek kapasitede olmalı, eğitim ihtiyacı karşılanmalı ve söz konusu ekipmanları sağlamalıdır.
- Kimliksiz hastalar mevzuata uygun nasıl işlem yapılacağı yazılı hale getirilmeli, ilgili personel bu süreci bilmeli ve buna uygun işleyiş sağlanmalıdır.
- Hastaların hastane bilgi sistemlerine kayıt süreçleri belirlenen bir formatta (kimliksiz hasta kaydı, kimsesiz fakat acil hasta kaydı, kırmızı alan hasta kayıtlarında önceliğin müdahale sonra kayıt olması hususu vb) yapılmalıdır.
- Karşılama, danışma, yönlendirme hizmetlerinin acil yoğunluğu göz önünde bulundurularak kesintisiz verilmesi sağlanmalıdır.
- Personelin sunduğu hizmetin niteliğini iyileştirmeye yönelik eğitim verilmeli, bu eğitimlerin sürekliliği sağlanmalı ve eğitim kayıtları hazır bulundurulmalıdır.
- Hastane bölge ve hasta portföyüne göre bilinmesi gereken yabancı dillerin tespit edilmiş olmalı ve bu dilleri bilen personel sağlanmalıdır.



SH.AS.02.02

Acil servis içi transferlerde hasta güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.

Hasta Transferi

- Hasta transferinin gerçekleştiği her aşamada (Hastanın acil servise girişi, tıbbi önceliklerinin belirlenmesi, müdahale, tanı ve tedavi işlemleri, kliniğe yatış vb.) hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. Hasta transferleri bir sağlık personeli eşliğinde yapılmalıdır.
- Yatış kararı verilen hastanın ilgili kliniğe transferi sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir. Müdahale, tanı, tedaviler, takipler ve anamnezlere ilişkin bilgilere eksiksiz ve doğru şekilde ilgili bölüm çalışanına iletilmelidir.
- Hastanın acil servise girişinden ayrılışına kadar geçen bütün süreçlerde mahremiyeti sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta transferinde hasta transfer formu kullanılmalıdır. Transfer formu hasta bilgilerini içerecek şekilde düzenlenmelidir. Transfer formlarında teslim eden ve teslim alanın adı, soyadı ve imzası yer almalıdır.
- Bölümler arası transfer hasta bilgilerini içerecek (hasta dosyası vb.) şekilde doğru olarak yapılmalıdır.
- Hasta transferinde hem fiziki hem de bilgi mahremiyetine dikkat edilmeli, bu yönde personele eğitim verilmelidir.
- Transfere sağlık personelinin eşlik etmesi mümkün mertebe sağlanmalıdır.



SH.AS.02.03

Acil servise başvuru yapan hastaların müdahale ve tedavilerine yönelik öncelikler belirlenmelidir.

Müdahale ve Tedavi Önceliğinin Belirlenmesi

Acil serviste, hastaların aciliyet durumlarına ve tedavi öncelik ihtiyaçlarına göre bir sıralama yapılmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kritik vakalar tanımlanmalı, triaj konusunda çalışanlara gerekli eğitim verilmeli ve eğitim kayıtları muhafaza edilmelidir.
- Triaaj sistemi uygulanmalıdır. Mevzuata uygun triaj alanı sağlanmalı ve alan tanımları yapılmalıdır.
- Triaaj mevzuatında belirlenen kişiler tarafından yapılmalıdır.
- Kritik vakaların yönetimi 24 saat esaslı yapılmalıdır.



SH.AS.02.04

Muayene, müdahale, konsültasyon ve acil gözlem süreçlerine ilişkin planlamalar yapılmalıdır.

Muayene, Müdahale, Konsültasyon ve Gözlem Süreçleri

- Kabulü yapılan hastaların, hekim tarafından anamnezleri alınıp fizik muayenesi yapılarak tetkik ve tedavi ihtiyaçları belirlenmelidir.
- Muayenenin tamamlanmasının ardından ihtiyaç halinde hastanın tıbbi durumu göz önünde bulundurularak tıbbi ve/veya cerrahi müdahale ile tanı işlemleri süreci başlatılmalıdır.(Müdahale süreci; resusitasyon, küçük cerrahi tedavi, alçı, atel, vb. süreçlerini kapsamalıdır)
- Acil servislerde konsültasyona yönelik süreçleri tanımlayan bir plan bulunmalıdır. Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.
- Müdahale, tedavi ya da tanı işlemleri esnasında gözlem altına alınan hastalar sağlık çalışanı kontrolünde olmalıdır. Gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır. Gözlem odaları, sağlık çalışanının hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır. Hastaların acil serviste gözlem altında tutulma süreleri belirlenmiş olmalıdır.
- Zehirlenme vakalarının müdahale ve bildirim sürecine ilişkin prosedür belirlenmelidir. İlgili mevzuat çerçevesinde kayıtlar tutularak, ilgili yerlere bildirimler yapılmalıdır.

- Adli vakalara ilişkin ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenmiş bir prosedür bulunmalıdır. Adli olarak değerlendirilen vakalara bu prosedür çerçevesinde işlem yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Anamnez, muayene, müdahale, konsültasyon ve gözlem süreçlerine yönelik uygun dokümantasyon yapılmalı, kayıtlar tutulmalıdır.
- Her türlü tıbbi girişim ve uygulamanın eksiksiz ve devamlı sunulması ve bunların hasta dosyasına ayrıntılı bir şekilde kaydedilmesi, kayıt sürecinde isim, imza vb zorunluluklara uyulmalıdır.
- Konsültasyon ve müşahade süreçleri düzenli aralıklarla yapılan toplantılarda değerlendirilmelidir.
- Konsültasyon sürecine yönelik mesai içi ve dışı ulaşımın belirli bir plan dahilinde yapılması sağlanmalıdır.
- Mevzuata uygun çağrı sisteminin varlığı, sistemin aktif olma durumu vb. sağlanmalıdır.



SH.AS.02.05

Hastanın sevki, yatışı veya taburculuğuna yönelik planlama yapılmalıdır.

Acil Servisten Ayrılış

Yatış yapılmasına karar verilen hastaların kliniklere yatış işlemi koordineli bir şekilde gerçekleştirilmeli, acil servisten hastanın yatışının yapıldığı klinik ile irtibata geçilerek gerekli hazırlıklar yapılmalıdır.

- İlk müdahalesi yapılan, stabilizasyonu sağlanan ve başka bir hastaneye sevkine karar verilen hastaların sevk işlemleri hastanenin oluşturduğu mevcut plan dahilinde gerçekleştirilmelidir.

Sevk öncesinde mutlaka sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır. Hasta sevk ambulans ile yapılmalı ve hastanın durumu, yapılan müdahale, tanı/tedavi işlemlerine ait bilgiler hasta teslimi sırasında, doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.

- Acil servisten taburcu edilecek hastaların işlemlerine yönelik hastanenin bir planı olmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Sevk ve taburculuk işlemleri ile ilgili bir plan oluşturulmalıdır. İşleyiş bu plana göre olmalı, çalışanlar bu konuya hakim olmalıdır.*
- *Hastalar taburcu olduğunda dosyalar, tedavi kayıtları, epikrizler tamamlanmalıdır.*
- *Süreçlerde sorun yaşanmaması için yönetim sürecine hakim olmalı ve çalışanlara gerekli desteği sağlamalıdır.*



SH.AS.02.06

Acil servis süreçlerinde doğru bilgi akışı sağlanmalıdır.

Bilgilendirme

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Özellikle aciliyet durumu ve tedavi öncelikleri hususu dikkate alınarak hastalara bekleme süresi ile ilgili bilgi verilmelidir.
- Hasta uygulanan her tedavi aşaması konusunda bilgilendirilmiş olmalıdır (sıra ve bekleme süresine yönelik bilgilendirmenin ekran aracılığı ile yapılması karışıklığı önleyecektir.)
- Her disiplinin kendi görev, yetki ve sorumlulukları dâhilinde süreçlere katılımı sağlanmalıdır.



SH.AS.02.07

Zehirlenme vakaları ve adli vakalara yönelik prosedürler belirlenmelidir.

Zehirlenme vakalarının müdahale ve bildirim sürecine ilişkin prosedür belirlenmelidir. İlgili mevzuat çerçevesinde kayıtlar tutularak, ilgili yerlere bildirimler yapılmalıdır.

- Adli vakalara ilişkin ilgili mevzuat çerçevesinde belirlenmiş bir prosedür bulunmalıdır. Adli olarak değerlendirilen vakalara bu prosedür çerçevesinde işlem yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Zehirlenme ve adli vakaya yaklaşım hazırlanan dokümanda tanımlanmalıdır. İşleyiş buna uygun yapılmalı, çalışanlar konu hakkında eğitilmeli ve eğitim kayıtları hazır olmalıdır.
- Zehirlenme ve adli vaka defterleri/kayıtları önemlidir.
-



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Yataklı Sağlık Tesislerinde Acil Servis Hizmetleri Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ T.C. Resmi Gazete Sayı 27378, 16.10.2009.



Standart 45

Hastanenin Tüm Alanlarının Temiz Olması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri



Standart 45:

Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için hastanenin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.

DH.OH.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için hastanenin tüm alanlarının temiz olmasının sağlanması kapsamında,

- Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından hastanenin tüm alanlarında risk düzeylerinin belirlenmesini,
- Risk düzeylerine yönelik temizlik kurallarının tanımlanmasını ve hastane temizlik planı oluşturulmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını sağlar.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Gıda Hijyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Sayı 281457, 17 Aralık 2011.
- Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”, Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

DH.OH.01.01

Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından hastanenin tüm alanlarında risk düzeyleri belirlenmelidir.

Hastanenin tüm alanlarında temizlik ve enfeksiyon kontrolü açısından risk değerlendirmesi yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İş sağlığı ve güvenliği kapsamında oluşturulan, hastanenin risk analizinin hazırlanmasında, temizlik hizmetlerinin yürütülmesinden ve temizlik işlemi için kullanılan malzemelerden kaynaklı riskler göz önünde bulundurulur.
- Hastane içinde hizmet verilen tüm birimler için enfeksiyon riski değerlendirmesi yapılır ve dokümanite edilir.
 - Yayın tarihi ile (varsa) süreçlerdeki değişikliklerin yansıtılıp yansıtılmadığına dair revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
 - Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, temizlik hizmetlerinde çalışanlar, birim çalışanları ve hizmetin uygunluğunu kontrol edenler dokümanın içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Çalışanlara yönelik risk analizi eğitimlerinde temizlik işleminden, temizlik malzemelerinden ve enfeksiyondan kaynaklı riskler ile ilgili konular bulunmalıdır.
- Risk değerlendirmesinin üst yönetime ve/veya ilgili komite, kurul vb. raporlandığına dair dokümanlar olmalıdır.
- Temizlik ve enfeksiyon kontrolü açısından mevcut olan ya da olası risklerin azaltılması ya da ortadan kaldırılmasına yönelik çalışmalar planlanıp, uygulanmalıdır.

Tespit edilen risk düzeylerine göre temizlik kuralları, kullanılması gereken malzemeler, varsa temizliğin etkinliğini artırmaya yönelik gerekli fiziksel koşullar belirlenmelidir.

Hastanenin tüm alanlarını kapsayacak şekilde temizlik planı ve ilgili dokümanlar oluşturulmalıdır:

Dokümanlarda asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Temizlik planı, prosedürü, talimatı vs. gibi doküman oluşturulmalıdır. Bu dokümanlarda;
 - Üst yönetim onayı bulunmalıdır.
 - Asgari yer alması gereken konulara ilave olarak; temizlik işlemi esnasında personelin koruyucu ekipman kullanımının gerekip gerekmediği ve gerekli olması durumunda hangi ekipmanın kullanılacağına dair bilgiler yer almalıdır.
 - Tıbbi atık ünitesi gibi özellikli birimler için temizlik aşamasında ve atıkların toplanması, uzaklaştırılmasında görevlendirilecek personelin listesi olmalıdır.
- Temizlik sürecinin dokümana uygun yürütüldüğünü kontrol etmek amacıyla Temizlik Kontrol Komitesi veya sorumlu kişiler belirlenerek dönemsel raporlama ya da uygunsuzlukların bildirilmesi sağlanabilir.



Standart 46

Yemek Hizmetlerine İlişkin Süreçlerin Tanımlanması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri



Standart 46: Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

DH.OH.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçlerin tanımlanması kapsamında,

- Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanmasının sağlanmasını,
- Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçlerin tanımlanmasını,
- Yemeklerin belirlenen kurallara göre dağıtılmasını,
- Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramalarının yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

DH.OH.02.01

Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.

Gıdaların türlerine göre tedarikle ilgili dikkat edilmesi gereken kurallar (gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler, kalite kontrol kriterleri, tedarikçinin kabulü ile gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler) belirlenmelidir.

Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları vb.) tanımlanmalıdır.

Gıda stoklamasında, son kullanım tarihlerinin etkin şekilde takibinin yapılabilmesi sağlanmalıdır.

Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Gıdaların tedarik sürecini ve depolama koşullarını (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları vb.) tanımlayacak, ilgili çalışanların (diyetisyen, yemek hizmetleri sorumlusu vs.) katılımı ile hazırlanmış doküman bulunmalıdır.*
 - *Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.*
 - *Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, yemek hizmetlerinde çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bu dokümana uygun hazırlanan gıda teslim kontrol listesi, teslim defteri vs. ile gıdaların teslim alımı yapılmalıdır. Teslim aşamasında tutulan kayıtlar asgari şunları içermelidir;
 - Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir,
 - Gıdanın hangi tarihte teslim alındığı,
 - Gıdanın türüne göre uygun koşullarda transfer edilip edilmediği (örneğin; soğuk zincir gereken gıdalar için soğuk zincir şartlarını taşıyan araçlar ile transferi),
 - Gıdaların türüne uygun fiziksel bütünlüğünün durumu (örneğin; ambalajlı ürünlerin yırtık, patlamış, ıslak olup olmadığı, sebze ve meyvelerin çürük, parçalanmış olup olmadığı vs.)
 - Taze et ürünlerinde veteriner raporu ve araç dezenfeksiyon belgesi olup olmadığı
 - Teslim eden, teslim alan ve süreci kontrol eden kişilerin imzası,
- Ağırlığı fazla gıda ürünlerinin taşınması için gerekli araç ve ekipman tanımlanmış olmalıdır. Bu araç ve ekipmanın kullanım kuralları ve temizlik, dezenfeksiyonuna dair süreçleri tanımlayan doküman hazırlanmalıdır.
- Deponun ısı ve nem koşullarını takip etmek için çizelge, defter vb. gibi kayıtların tutulmasında kullanılacak doküman olmalıdır. Bu dokümanda;
 - Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar belirtilmelidir,
 - Depolanan gıda türüne uygun depo ısı, nem aralığı bulunmalıdır,
 - Deponun kontrol zamanında ölçülen ısı, nem değeri yazılmalıdır,
 - Kontrolü yapan kişinin imzası bulunmalıdır.
- Stoklanan gıdaların son kullanma tarihlerini takip etmek için çizelge, defter vb. gibi kayıtların tutulmasında kullanılacak doküman bulunmalıdır.
- Uygun olmayan, servis sonrası artan veya miadı dolmuş gıda ürünlerinin nasıl ve hangi yöntem ile imha edileceğine dair süreçler belirlenmelidir.
- Yemek hizmetlerinde çalışan personele gıda transferi ve depolama ile ilgili eğitim verilmelidir.

Yemekler hastanın tıbbi tedavisinin gereklilikleri dikkate alınarak hazırlanmalıdır.

Yemek hizmeti kapsamında hastanın kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.

Yemekler hijyenik olarak hazırlanmalıdır:

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

Olası gıda zehirlenmesi durumlarında gerekli analizlerin yapılabilmesi için hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaya uygun diyet hekim tarafından belirlenmiş ve onaylanmış olmalıdır (basılı hasta dosyasında hekim imzası veya HBYS üzerinden hekimin kendi şifresi onaylayabileceği sistem bulunabilir).
- Hekim tarafından belirlenen diyetin yemek hizmetleri bölümüne ulaşmasını sağlayacak sistem oluşturulmalıdır. Bu sistemde bildirimler asgari olarak;
- Hasta adı, soyadı, oda-yatak no, tedavi gördüğü klinik
- Hastaya uygun diyet ve ara öğünler
- Alerjik reaksiyona neden olan gıdalar
- Hastanın kültürel ve manevi değerleri hakkında bilgileri içermelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yiyeceklerin hazırlanması, gıdaların temizliği için süreçleri tanımlayacak, ilgili çalışanların (diyetisyen, yemek hizmetleri sorumlusu vs.) katılımı ile hazırlanmış doküman bulunmalıdır.
 - Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
 - Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, yemek hizmetlerinde çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Yiyeceklerin hazırlanması için alanları diğer alanlardan ayıracak duvar, kapı, bariyer vb. gibi yapıların varlığı olmalıdır.
- Yiyeceklerin hazırlandığı bölümlere giriş yapmadan önce çalışanların kişisel temizliklerini yapabilecekleri ve koruyucu ekipmanları temin edebilecekleri fiziki alanlar bulunmalıdır.
- Koruyucu ekipman kullanımının zorunlu olduğu bölümlere giriş öncesi uyarılar bulunabilir (yazılı, dijital, görsel uyarılar vb. gibi).
- Olası gıda zehirlenmesi durumları için şahit numune alımını sürecini tanımlayacak ilgili çalışanların (diyetisyen, yemek hizmetleri sorumlusu vs.) katılımı ile hazırlanmış doküman bulunmalıdır.
 - Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
 - Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, yemek hizmetlerinde çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.
 - Şahit numune alımı kayıt edilmelidir. Yapılan kayıta; numunenin alındığı tarih ve saat, numune alınan yemek, numuneyi alan kişinin adı soyadı gibi bilgiler olmalıdır.
 - Şahit numune uygun saklama koşullarında, yasal süre boyunca saklanmalıdır (en fazla +4 °C'de 72 saat).

Yiyecekler türlerine göre; yemeğin ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.

Yemekler üstü kapalı olarak taşınmalıdır.

Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek arabaları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları yapılmalıdır.

Yemek dağıtımı yapan personel; bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yiyeceklerin dağıtılması, yiyeceklerin dağıtılması esnasında kullanılan ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonu için süreçleri tanımlayacak, ilgili çalışanların (diyetisyen, yemek hizmetleri sorumlusu vs.) katılımı ile hazırlanmış doküman bulunmalıdır.
 - Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
 - Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, yemek hizmetlerinde çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Yiyeceklerin üstü kapalı, ısısına, sunumuna, hijyen kurallarına uygun dağıtımının yapılması sağlanmalıdır. Bunun için gerekli ekipman, araç, materyal temin edildiği kontrol edilmelidir. Sıcak soğuk gıdaları taşımaya uygun arabalar, kapaklı yemek tepsileri, yiyeceklerin koruyucu materyalle kaplanması vb. gibi araçlar ve yöntemler kullanılabilir.
- Yiyeceklerin uygun ısıda olduğunu kontrol etmek için yemek hizmetlerine özel üretilmiş dereceler ile yemek servisinin yapıldığı süreler içinde kontroller yapılmalıdır. Bu kontroller çizelge, defter vb. gibi kayıt tutma yöntemleri ile kayıt altına alınmalıdır.
- Yiyeceklerin dağıtımında görevli personelin maske, bone, eldiven gibi koruyucu ekipman kullanması takip edilmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Yemek hizmetlerinde çalışan personelin sağlık taramalarını gösteren kayıtlar olmalıdır.*
- *Zorunlu olan sağlık taramaları mevzuata uygun periyotlarda yapılmalıdır.*
- *Sağlık taraması olumsuz sonuçlanan personel için süreçler tanımlanmalıdır.*



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Gıda Hijyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Sayı 281457, 17 Aralık 2011.
- Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”, Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.



Standart 47

**Çamaşır Hizmetlerinin Güvenli ve Etkin Bir
Şekilde Sunulması**

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri



Standart 47:

Hasta Hastanede amaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.

DH.OH.03.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanede amaşır hizmetlerinin, hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulmasının sağlanması kapsamında,

- Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçlerin tanımlanmasını,
- amaşırhane ortamının, hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmesini,
- amaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilen tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Sağlık alışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

DH.OH.03.01

Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hastanede kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere; toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması süreçlerini tanımlayacak, ilgili çalışanların katılımı ile hazırlanmış doküman bulunmalıdır.*
 - *Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.*
 - *Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, çamaşırhane hizmetlerinde çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.*
 - *Süreçler dokümante edilirken; enfekte kirli çamaşırlar, bebek kıyafetleri gibi özel işlem gerektiren ya da hassas tekstil ürünleri için gereklilikler belirtilmelidir.*
- *Çamaşırhane hizmetlerinde görev alan kişiler belirlenmeli, görevlendirme yazısı görev ve sorumlulukları kendilerine bildirilmelidir.*
- *İlgili birimler ile çamaşırhane arasında tekstil ürünlerinin teslimini takip etmek için çizelge, defter vb. gibi kayıtların tutulmasında kullanılacak doküman bulunmalıdır.*
- *Çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme hizmeti dış kaynak kullanımı ile sağlanıyor ise firma ile hastane arasında imzalanan sözleşme şartları ile süreçleri tanımlayan dokümanlar tutarlı olmalıdır.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ Dış kaynak yolu ile hizmet alınan firma ile hastane arasında tekstil ürünlerinin teslim sürecine dair çizelge, defter vb. gibi kayıtların tutulmasında kullanılacak doküman bulunmalıdır. Bu kayıtlarda asgari olarak;

- Teslim tarihi ve saati
- Teslim edilen ve alınan tekstil ürünü miktarı (kilo, adet vs.) ve cinsi (çarşaf, battaniye, yastık vb.)
- Teslim eden ve alan kişilerin ad soyadları

Teslim edilen ve alınan ürünlerin sözleşme ekindeki teknik şartnameye uygunluğu hakkında bilgiler olmalıdır.

DH.OH.03.02

Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.

Çamaşırhane zemin ve duvarları kolay temizlenebilen, düz ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.

Çamaşırhanede çamaşırların etkin temizliğini sağlamaya ve çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Çamaşır toplama, yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama alanları birbirinden fiziksel olarak ayrılmış olmalıdır.*
- *Kirli çamaşırların ilgili birimlerden taşınması kirli çamaşır arabaları ile olabileceği gibi, özel asansör ya da tüp sistemi ile de olabilir.*
- *Çamaşırhane bölümünde kullanılan zemin ve duvar materyali kolay temizlenmeye uygun, düz ve dayanıklı maddeden yapılmalıdır.*
- *Çamaşırhane bölümünde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.*

DH.OH.03.03

Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.



Çamaşırhanede kullanılan ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.

İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Çamaşırhanede kullanılması gerekli ve zorunlu ekipman belirlenmeli, uygun ve yeterli sayıda ilgili alanlarda bulundurulmalıdır.*
 - *Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.*
 - *Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, çamaşırhane hizmetlerinde çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.*
- *Bu ekipmanı kullanmaya kimlerin yetkili olduğu, temizliklerinin hangi sıklıkla nasıl yapılacağı, bakım onarım ile ilgili süreçlerin belirlendiği doküman bulunmalıdır.*
- *Çalışan sağlığı kapsamında maske, bone, önlük gibi koruyucu ekipman kullanılması gereken alanlarda uygun ve yeterli sayıda ekipman bulundurulmalıdır.*
- *Çalışanlara ekipman kullanımı, temizliği ve bakımı konularında eğitim verilmeli, gerekli aralıklarla tekrarlanmalı ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.*



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

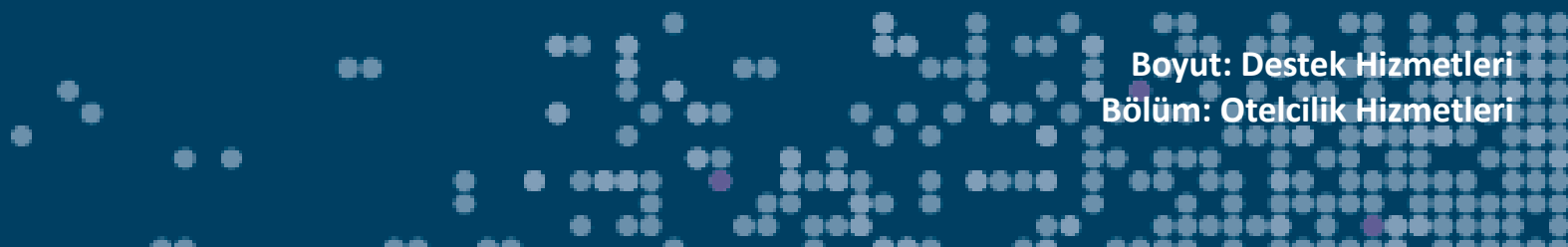
- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”, Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.



Standart 48

**Hasta Odaları ve Hasta/Hasta Yakınlarının
Kullandıkları Alanlar**

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri





Standart 48:

Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.

DH.OH.04.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanların güvenli ve ergonomik olması kapsamında,

- Hasta odaları ve hasta/ hasta yakınlarının kullandıkları alanların (kişisel temizlik alanları vb.) güvenli ve konforlu şekilde tasarlanmasını,
- Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Hasta/hasta yakınlarının hastanede bulundukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlayarak, moral ve motivasyonlarını yüksek tutmayı amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



DH.OH.04.01

Hasta odaları ve hasta/ hasta yakınlarının kullandıkları alanlar (kişisel temizlik alanları vb.) güvenli ve konforlu şekilde tasarlanmalıdır.

Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

Hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır.

Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte ve hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.

Hasta ve hasta yakınlarının kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere alanlar belirlenmelidir. Bu alanlarda kişisel temizliğe yönelik malzemeler bulunmalıdır.

Hasta yakınlarının dinlenebilmeleri için gerekli ortam sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta odalarında hasta ve refakatçiler için uygun mobilya bulunmalıdır. Bu mobilyaların temizliği kolay olmalı, yaralanma ve kazalara sebebiyet vermeyecek şekilde yerleştirilmelidir.
- Refakatçiler için dinlenmelerine uygun mobilyalar bulundurulmalıdır.
- Çocuk kliniklerinde çocuk hastalar için onlara uygun ebatlarda yataklar bulundurulabilir.
- Hasta yatakları pozisyon verilebilir ve özellikle çocuk ve düşme riski yüksek olan hastalar için koruyucu mekanizması olan özellikte olmalıdır.
- Hastalar için kolay erişilebilecek, mahremiyete önem verilen şekilde kişisel temizlik ihtiyacını giderebileceği alanlar oluşturulmalıdır.
- Hasta odalarının ve kişisel temizlik alanlarının temizlikleri, belirlenen plan dahilinde (Standart 45’de belirtildiği şekilde) uygun malzeme ve ekipmanlar ile yapılmalıdır. Temizlik işlemleri bir çizelge ile takip edilmelidir.
- Uygun fiziksel alanın olması halinde hastanede yatarak tedavi gören hastaların yakınları için dinlenme salonları/odaları oluşturulabilir.



DH.OH.04.02

Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.

Hasta veya hasta yakınının ihtiyaç durumunda ilgili sağlık personeline ulaşabilmesine yönelik düzenleme (çağrı zili vb.) yapılmalıdır.

İlgili düzenlemenin hasta odalarında ve kişisel temizlik alanlarında ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.

Hasta/hasta yakınına, çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

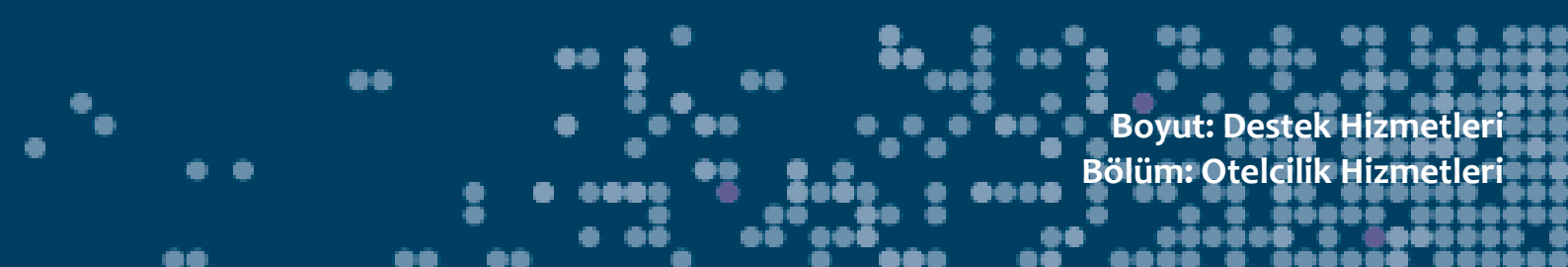
- Hasta odalarında ve kişisel temizlik alanlarında düşme riskini azaltıcı-önleyici önlemler alınmalı, acil durumlarda sağlık çalışanına ulaşabilmek için mekanizmalar oluşturulmalıdır.
- Bu mekanizmaların nasıl kullanılacağı hasta ve hasta yakınına kliniğe kabul edildikten hemen sonra açıklanmalıdır. Yapılan bilgilendirme kayıt altına alınmalıdır.
- Mekanizmaların işlerliği kontrol edilmeli, gerekli durumlarda ilgili birime yazılı veya sistem üzerinden bilgilendirme yapılarak bakım, onarımlarının yapılması sağlanmalıdır.
- Hastalar ile görüşmelerde hasta odalarının konforu, temizliğinin yeterliliği sorgulanmalı, yatan hasta memnuniyet anketleri bu bağlamda değerlendirilmelidir.
- Hastalar ile yapılan görüşmeler ve anket sonuçlarının değerlendirilmesi sonrasında elde edilen bilgiler ışığında hastanenin imkanları dahilinde gerekli düzenleme ve değişiklikler yapılmalıdır.



Standart 49

**Can ve Mal Güvenliğini Sağlamaya Yönelik
Güvenlik/Emniyet Hizmeti Sunulması**

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri





Standart 49:

Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.

DH.OH.05.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulması kapsamında,

- Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçlerin tanımlanmasını,
- Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğinin sağlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını sağlar.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 25606, 07.10.2004

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

DH.OH.05.01

Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

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

Hastanenin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi vb.) bulunmalıdır.

Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaneyi ve hastane içinde bulunan şahısları; her türlü sabotaj, hırsızlık, yağma, darp gibi tehdit, tehlike ve tahribata karşı koruma, gözetim, denetim ve kontrol hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürebilmesi süreçlerini tanımlayacak, ilgili çalışanların katılımı ile hazırlanmış doküman bulunmalıdır.
 - Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
 - Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.
 - Mavi kod, pembe kod, beyaz kod vakalarına karşı planlar hazırlanmalıdır. Bu durumlar ile ilgili olası senaryolar oluşturulup, tatbikatlar yapılabilir. Algoritmalar oluşturulup çalışanlara bu konuda eğitim verilmelidir.
- Beyaz kod, mavi kod ve pembe kod olayları için ekipler oluşturulmalı, bu ekiplerde görevlendirilen kişilere görev ve sorumlulukları hakkında yazılı olarak bildirim yapılmalıdır.
- Hastanede meydana gelen her türlü sabotaj, hırsızlık, yağma, darp gibi tehdit, tehlike ve tahribat kayıt altına alınmalıdır. Gerekli durumlarda adli mercilere bildirim yapılmalı ve bu bildirimler takip edilmelidir.
- Güvenlik hizmetlerinde çalışan personellere dair görevlendirme yazıları, çalışma planı, vardiya planı vb. dokümanlar bulunmalıdır.
- Güvenlik ekipmanı (kamera, alarm vs.) sayı ve çeşitliliğini gösteren liste oluşturulmalı, hastane içinde güvenlik personeli görev noktaları ve ekipmanın yerleşimi ile ilgili kroki bulunmalıdır.

Can ve mal güvenliğine yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

Risk analizleri hastanenin tüm alanlarını ve bölümlerini kapsamalıdır.

Can ve mal güvenliğini tehdit eden olaylarla ilgili bildirim süreci tanımlanmalıdır.

Yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İş sağlığı ve güvenliği kapsamında yapılan hastanenin risk analizi raporu hazırlanırken, can ve mal güvenliğini tehdit eden olaylar göz önünde bulundurulmalıdır.
- Hastanenin tüm bölümleri için risk analizi yapılmalı ve acil servis, yoğun bakım bekleme salonu gibi beyaz kod risk şiddeti yüksek bölümler için özellikli planlar oluşturulmalıdır.
- Can ve mal güvenliğini tehdit eden olayların meydana gelmesi durumunda yapılacaklar belirlenmeli ve tüm çalışanlar ve hasta/hasta yakınları tarafından bilinmesi sağlanmalıdır.
- Bildirim yapılacak birim, kişi, ulaşılabilecek yol (telefon, acil durum butonu vb.) hakkında bilgiler kolay ulaşılabilir şekilde olmalıdır. Örneğin; uygun yerlerde afiş gibi görseller kullanılabilir.
- Can ve mal güvenliğini tehdit eden olayları takip etmek için görevlendirilen kişi ya da birim tarafından, bildirimler belli periyotlarda analiz edilmeli, İş Sağlığı ve Güvenliği Komitesinde değerlendirilmelidir. Komite tarafından analiz sonuçları ve öneriler üst yönetime raporlanmalıdır. Analiz sonucuna göre yapılan ya da yapılması planlanan iyileştirme çalışmaları kayıt altına alınmalıdır.
- Tüm çalışanlara belirlenen aralıklarda can ve mal güvenliğini tehdit eden olaylar ile ilgili eğitimler verilmelidir.



Standart 50

Nitelikli Bir Tesis Yönetimi Yapısı ve İşleyişi Oluşturulması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri



Standart 50:

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.

DH.TY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulması kapsamında,

- Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmasını,
- Tesis kaynaklı risklerin tespit edilmesi ve gerekli tedbirlerin alınmasını,
- Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliğinin sağlanmasını,
- Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususların belli periyotlarda gözden geçirilmesini,
- Hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmasını,
- Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastaların hizmete erişimini kolaylaştırıcı tedbirler alınmasını,
- Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Hasta ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hizmet sunumu için gerekli altyapı oluşturmayı amaçlar.

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

DH.TY.01.01

Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.

Tesis yönetimine dair işlerin planlanması ve koordinasyonunu sağlamak amacı ile bir komite oluşturulmalıdır. Tesis yönetiminde görev alan personelin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Tesis yönetimine dair temel ve kritik süreçler tanımlanmalı, bunlara yönelik yöntem ve kurallar belirlenmelidir. Bu amaçla oluşturulacak dokümanlarda aşağıdaki konular ele alınmalıdır:

- Tesis yönetimi komitesinin ve sorumluların görev ve sorumlulukları
- Sağlık tesisinin mevcut durum tespitinin yapılması ile ilgili süreçler
- İyileştirme süreçleri
- Temel tesis kaynakları
- Tesis hizmetlerine erişim
- Tesis güvenliği



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanede tesis güvenliğine yönelik faaliyetleri yürütecek nitelikte personelden oluşan bir komite oluşturulmalıdır. Bu komitede görev alacak kişiler ile tesis güvenliğini sağlamaya yönelik süreç ya da bölüm bazlı çalışmaları takip etmek üzere sorumlu kişiler belirlenmeli ve görevlendirme yazısı tebliğ edilmelidir.
- Görevlendirme yazıları yetkili veya üst yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.
- Bu görevlendirmelerin kurum geneline duyuruları sağlanmalıdır.
- Komitede görevlendirilen ve tesis güvenliğini sağlamaya yönelik süreç ya da bölüm bazlı çalışmaları takip etmek üzere belirlenen sorumlu kişilere yetki ve sorumlulukları, komitenin görev tanımı vb. gibi bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- Komite ilgili mevzuatta belirlenen aralıklarla toplanmalı, toplantılar kayıt altına alınmalıdır.
- Komite toplantılarında alınan kararlar üst yönetime raporlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Komite üyelerinin toplantılara düzenli katılımı sağlanmalı ve kontrol edilmelidir.
- Komite, ilgili birimlerin ve çalışanların katılımı ile tesis yönetimine dair temel ve kritik süreçleri tanımlamış ve bunlara yönelik yöntem/kuralları belirlemiş olmalı, plan, prosedür ve talimatlara yansıtılmalıdır.

DH.TY.01.02

Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

Sağlık tesisinin mevcut fiziksel durumu ve işlevsel hizmet etkinliği düzenli aralıklar ile ve gerektiğinde değerlendirilmelidir.

Tesis güvenliğine yönelik risk analizleri yapılmalıdır.

Mevcut durum tespiti ve risk analizi sonuçlarına yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

Sistemlerde oluşabilecek sorunlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve belirlenen risklere göre gerekli tedbirler alınmalıdır.



Bu değerlendirme ölçütü, hastanede tüm hizmet sunum alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanları hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Komite üyeleri tarafından düzenli aralıklarla ve gerektiğinde tesis güvenliği yönünden değerlendirmeler yapmak üzere saha gözlemleri yapılmalıdır. Bu saha gözlemlerinin yıllık planları oluşturulmalıdır. Gözlemler sonucunda komite tarafından rapor oluşturulmalı, rapor sonucunda öneriler ile birlikte üst yönetime sunulmalıdır.
- İş sağlığı ve güvenliği kapsamında zorunlu olan risk analizi hazırlanırken tesis güvenliği ile ilgili hususlar göz önünde bulundurulmalıdır. Risk analizinde raporlanan düzeltilmesi ve/veya iyileştirme yapılması gereken hususlar için bir plan hazırlanmalı, üst yönetime sunulmalıdır.
- Hastane Afet Planı hazırlanmalı, mümkün ise belli aralıklarla olası risk durumları için senaryolar üretilerek tatbikatlar yapılmalıdır.

Sunulan sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi açısından temel tesis kaynaklarının sürekliliği sağlanmalıdır.

Oluşabilecek kritik arıza durumlarına karşı yedek sistemler kurulmalıdır. Bu sistemlerin kapsayacağı riskli alanlar tesis yönetimi komitesi tarafından belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Komite tarafından hastanenin sağlık hizmetini kesintisiz sürdürebilmesi için elzem olan tesis kaynakları (elektrik, su, tıbbi gazlar gibi) belirlenmeli ve bu kaynakların mevcut durumu hakkında ayrıntılı çalışma yapılmalıdır.
- Tesis kaynaklarına yönelik arıza durumları için yedek sistemler kurulmalıdır.
- Yedek sistemler için gereklilikler belirlenmeli ve yeterli miktarda bulundurulmalıdır.
 - Hastanenin su kesintilerine karşı en az üç günlük su ihtiyacını karşılayacak deposunun bulunması,
 - Yoğun bakım, ameliyathane, hemodiyaliz gibi kritik bakım alanlarının elektrik kesintisine karşı yedekleme sistemlerinin varlığının ve yeterliliğinin gözlemlenmesi (yedek jeneratör, UPS,)
 - Hastanenin en az 15 günlük medikal gaz ihtiyacının sürekli bulundurulması.
- Arıza ya da kesinti durumlarında gerekli tesis kaynakları yedekleme sistemi ile hastanenin kendisi tarafından sağlanamıyor ise temin edilme yöntemleri belirlenmelidir.
- Arıza ya da kesinti durumlarında yedek sistemler ya da dışarıdan temin ile sağlanan tesis kaynaklarının öncelikli hangi alanlara dağıtılacağına dair çalışma yapılmalı ve bir dokümanda belirtilmelidir. Farklı senaryolar için birkaç kademeli önceliklendirme yapılabilir.

DH.TY.01.04

Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.

Tüm sistemlerde yer alan temel tesis kaynaklarının zamanında bakımı ve kontrolleri yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Temel tesis kaynakları için periyodik bakım ve kontrol planları (örneğin; asansör periyodik bakımları, jeneratör bakım planı) hazırlanmalıdır. Bakım, kontrol ya da onarımların kim tarafından yapılacağı belirlenmelidir.
- Yapılan bakım, kontrol ve onarımlar kayıt altına alınmalıdır.
- Bakım ve kontrol planları ile uygulama tutarlı olmalıdır.
- Bakım, kontrol ve onarımlar hizmet alımı yoluyla özel firma tarafından yapılması planlanmış ise bu firma ile hastane arasındaki sözleşme ve ekinde bulunan teknik şartname Komite tarafından hazırlanan dokümanlar ile uyumlu olmalıdır.
- Su deposu/ları için temizlik planı oluşturulmalı ve düzenli olarak su numunesi alınarak analiz ettirilmeli, klor ölçümleri yapılmalıdır.

DH.TY.01.05

Hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.

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

- Yönlendirme işaretleri ve hizmetleri

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



Bu değerlendirme ölçütü, hastanede tüm hizmet sunum alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanları hizmeti sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane genelinde yönlendirme tabelaları, levhaları, krokiler bulunmalıdır. Bu tabela, levha ve krokiler bölüm geçişlerini, hastane bahçesini ve asansörleri de kapsayacak şekilde ve engelli kişileri de gözetilerek düzenlenmiş olmalıdır.
- Hastane girişlerinde, web sayfasında hastane haritası bulunmalıdır.
- Doktor muayene odalarının ve birim/bölümlerin girişlerinde tabelalar bulunmalıdır.
- Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastalara hastane içinde ulaşımlarda yardım amacıyla hasta taşıma personeli görevlendirilmelidir.
- Hastane girişlerinde ve gerekli olduğu düşünülen alanlarda karşılama, danışma, yönlendirme personeli bulunmalıdır.
- Hasta taşıma ve karşılama, danışma, yönlendirme personelleri çalışma süreçlerini tanımlayacak doküman bulunmalıdır. Bu personellerin listesi, çalışma planı oluşturulmalıdır.
- Hasta taşıma ve karşılama, danışma, yönlendirme personellerine görev tanımları ve sorumlulukları hakkında eğitim planlanmalı, verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- Yaşlı ve yardıma muhtaç hastalar için hastane girişlerinde tekerlekli sandalye, sedye gibi ekipman bulundurulmalıdır.
- Hastane içinde hastaları taşımak amacıyla akülü arabalar bulundurulabilir.
- Mümkün olması halinde hastane çevresinde hasta ve yakınlarının araçlarını park edebilmeleri için ayrılmış otopark bulundurulmalıdır. Engelliler için otopark alanları ayrılmalı ve işaretlenmelidir.
- Hastane bahçesi var ise hasta ve hasta yakınlarının dinlenmelerine olanak sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalı, oturma, dinlenme alanları oluşturulmalıdır.

Engelli ve özel bakıma ihtiyaç duyan hasta grupları göz önünde bulundurularak, gerekli fiziki ve işlevsel düzenlemeler gerçekleştirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

Hastanenin

- Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastaların hizmet erişimini kolaylaştırıcı tedbirlerin hastanenin dış alanıyla başlaması ve ulaşılacak noktaya kadar kesintisiz bir şekilde gerçekleşmesi için Tesis Güvenliği Komitesi ya da hastane yönetimi tarafından güncel mevzuata uygun planlamanın yapılmış olması gerekir. Komite veya üst yönetim toplantı kararlarında bu konulara ilişkin maddeler aranır.
- Hastane genelinde işitme engelli hastalar ile iletişim için yeterli sayıda personelin işaret dili eğitimi almış olması gerekir. Bu eğitimi almış çalışanların listesi ve sertifikaları olmalıdır.
- Hastane asansörlerinde sesli uyarı sistemi ve Braille alfabesi kullanılmalıdır.
- Yaşlı ve engelli kişilerin hastane içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için çıkış rampaları, tutunma barları bulunmalıdır.
- Poliklinik hizmetlerinde engelli, yaşlı, hamile ve gaziler için önceliklendirme olmalı ve bunun için bir sistem oluşturulmalıdır.

DH.TY.01.07

Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta yakınları için yoğun bakım, ameliyathane, acil servisler gibi alanlara yakın bekleme alanları bulunmalıdır. Bekleme alanlarında hasta ve hasta yoğunluğu göz önünde bulundurularak yeterli sayıda oturma alanı bulundurulmalıdır.
- Poliklinik ve işlem alanlarına yakın hastalar için bekleme alanları olmalıdır. Bu bekleme alanlarında engelli, yaşlı ve hamileler için oturma alanları oluşturulmalıdır.
- Bekleme alanlarında iklimlendirme, aydınlatma yeterli ve uygun olmalıdır.
- Hastane bahçesinin peyzaj düzenlemesi göze hoş görünür ve risk oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir (örneğin; hastane dış alanında bulunan kaldırım taşlarının yerinden oynamış olmaması, yollarda çukurlar olmaması sağlanmalıdır).



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28710, 17.07.2013



Standart 51

Hastanede Üretilen Atıkların Yönetiminin Sağlanması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri



Standart 51:

Hastanede üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.

DH.AY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanede üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetiminin sağlanması kapsamında,

- Atık Yönetim Planının hazırlanmasını,
- Atıkların kaynağında ayrıştırılmasının sağlanmasını,
- Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolamasının sağlanması ve bertaraf için gerekli işlemlerin yapılmasını,
- Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

DH.AY.01.01

Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.



Hastanede atık yönetimi planı oluşturulmalıdır. Atık Yönetim Planı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri
- Atıkların kaynağında en aza indirilmesi ile ilgili tedbirler
- Atık yönetimi ile ilgili kullanılacak ekipman ve araçlar
- Toplama sıklığı ve kuralları
- Geçici depolama sistemleri
- İlgili ekipmanların temizliği ve dezenfeksiyonu
- Kaza anında alınacak önlemler
- Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi
- Atıkların teslim edileceği kuruluşun tespiti
- Atıkların teslimi
- Atık süreçlerinin izlenmesi

Atık yönetimi sorumlusu belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumun atık yönetimi ile ilgili tüm alanlardaki faaliyetlerinin yürütülmesini, değerlendirilmesini, atık üretiminden atığın lisanlı bertaraf firmasına teslimine kadar olan süreci kapsayacak bir Ünite İçi Atık Yönetim Planı mevcut olmalıdır. Planın her sayfası hastane yöneticisi veya temsilen üst yönetimden bir kişi tarafından paraflanmalı, son sayfasında yönetim onayı olmalıdır.
- Hastanedeki tüm atık yönetimi sürecini yürütecek nitelikte Atık Yönetimi Sorumlusu ve komite, birim, komisyon vb. yapılanmanın oluşturulduğuna dair hastane yönetimi onayı olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Atık Yönetimi sorumlusu, komite, birim, komisyon gibi yapılanmalarda rol alacak kişilerin görevlendirme yazıları olmalıdır. Bu çalışanlara görev ve sorumlulukları hakkında eğitim verilmeli, eğitimler kayıta altına alınmalıdır.
- Tehlikeli atık beyan sistemine her yılın ilk üç ayında kurumda üretilen bir önceki yıla ait atıkların beyan edilip edilmediğini gösteren Atık Beyan Formları olmalıdır.
- Üretilen atıkların lisanslı bertaraf firmasına teslimi sırasında Ulusal Atık Taşıma Formu doldurulmuş ve dosyalanmış olmalıdır.
- Atık Yönetim Planı ile uygulamalar tutarlı olmalı, atık yönetiminde çalışan personel tarafından dokümanlardaki bilgiler içselleştirilmiş olmalıdır.
- Atıkların toplanması ve taşınmasından sorumlu personel belirlenmeli, bu kişilerin listesi hastanenin diğer birimleri ile paylaşılmalıdır.

DH.AY.01.02

Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.

Atıklar birim bazında asgari aşağıdaki kategorilerde /türlerde tanımlanmalıdır:

- Evsel Atıklar
- Tıbbi Atıklar (Enfeksiyöz, Patojen, Kesici-Delici)
- Tehlikeli Atıklar
- Radyoaktif Atıklar

Birimlerde oluşan atıklar türlerine göre yerinde ayrıştırılmalıdır.

Atıklar türüne göre gerekli özelliklere sahip ayrı torbalara/kutulara konmalıdır.

Hastane ve birim bazında tıbbi ve tehlikeli atıkların miktarlarının ölçümü yapılmalıdır.

Geri dönüşümlü atıklar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Atıkların birim bazında belirlenmeli, atıkların hangi kutularda biriktirileceğinin belirlenmelidir. Örneğin; evsel atıklar siyah kovalarda, tıbbi atıklar kırmızı kovalarda, ambalaj atıklar mavi kovalarda kesici delici aletler kesici delici alet kutularında, tehlikeli atıklar sarı kovalarda biriktirilmelidir.
- Hastane yönetimi tarafından atıkların kaynağında ayrıştırılması için gerekli malzeme ve ekipman temin edilmelidir.
- Atık yönetimi konusunda hastanede çalışan tüm personele eğitimler düzenlenmeli, bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- Hastane içinde hizmet veren her birim için atık miktarı ölçümü yapılmalı, form, defter, çizelge gibi araçlar ile bu miktarlar kayıt edilmelidir. Atık miktarı yüksek olan birimler için atık miktarını azaltmaya yönelik iyileştirici çalışmalar planlanmalı ve yürütülmelidir.

DH.AY.01.03

Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolaması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.

Atıklar türlerine göre bu iş için eğitilmiş personel tarafından toplanmalıdır.

Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin giysileri gerekli özelliklere sahip olmalıdır.

Atıklar, geçici depolama alanında toplanmalıdır.

Hastanenin büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır.

Atıklar, ulusal mevzuat kapsamında atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.

Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmelidir.

Atık depolarının temizliği ve dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Atık toplama ve taşıma elemanlarının düzenli aralıklarla eğitim almaları sağlanmalıdır.
- Personelin atık toplama ve taşıma sırasında kullanacağı kıyafetler mevzuata göre belirlenmeli ve temin edilmelidir.
- Atık taşıma güzergahları belirlenmeli, atık yönetim planında bu güzergahlar belirtilmelidir. Atıklar taşınırken mümkün olduğunca hastalar ve diğer kişiler ile temas önlemek için ayrı önlemler alınmalıdır (atık taşımak için ayrı asansör tahsis edilebilir).
- Atık toplama taşıma personeline eğitim verilmelidir. Bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- Atık toplama taşıma personeli için mevzuata uygun kıyafet ve koruyucu ekipman temin edilmeli ve personelin bunları kullanması sağlanmalıdır (turuncu tulum, koruyucu gözlük, çizme, kesilmeler ve batmalara karşı dayanıklı eldiven, Bone ve koruyucu maske vb.).
- Tehlikeli Atık Geçici deposunda maksimum 180 gün atık biriktirilmeli ve bu süre dolmadan oluşan tehlikeli atıklar lisanslı bertaraf firmasına teslim edilmelidir.
- Atık türlerine göre ayrılmış geçici atık toplama alanları oluşturulmalı, her bir alan mevzuata uygun düzenlenmelidir. Atık toplama alanlarına çalışanlar dışında kişilerin girişlerini önleyici tedbirler alınmalıdır.

DH.AY.01.04

Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Atık yönetimi ile ilgili hastanede tüm çalışanları kapsayacak eğitim planları oluşturulmalıdır.
- Hastaneye yeni başlayanlar için oluşturulan genel ve birim uyum eğitim planlarında atık yönetimi konularına yer verilmelidir.
- Eğitime katılan çalışanların kayıtlarının yapıldığı listeler olmalıdır.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25883, 22/07/2005.
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25755, 14/03/2005.
- Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26927, 05/07/2008
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27533, 26/03/2010



Standart 52

**Hastanede Etkin ve Güvenli Bir Bilgi Yönetim
Sistemi Bulunması**

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Bilgi Yönetimi



Standart 52: Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.

DH.BY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunması kapsamında,

- Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumluların belirlenmesini,
- Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmasını,
- Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmasını,
- Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmasını,
- Bilginin zamanlılığı ve sürekliliğinin sağlanmasını,
- Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

DH.BY.01.01

Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.

Bilgi yönetim sorumluları belirlenmeli, görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Sorumlular tarafından düzenli aralıklarla, bilgi yönetimi konusu ile ilgili mevcut durum tespiti gerçekleştirilmeli, süreçlerdeki olası riskler tespit edilerek gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

Bilgi yönetimine dair süreçte, kullanılacak bilgiler tanımlanmalı ve bunlara yönelik yöntem ve kurallar, hastanenin ihtiyaçları ve kritik süreçleri gözetilerek belirlenmelidir. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir:

- Fiziksel ve teknolojik tedbirler
- Bilgi güvenliği
- Bilgi mahremiyeti
- Bilgi sürekliliği
- Harici bilgi kaynaklarına erişim
- Yetkilendirme
- Uzaktan erişim



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane Bilgi Yönetimi Sistemine dair tüm süreçleri tanımlayacak, ilgili çalışanların katılımı ile hazırlanmış doküman bulunmalıdır.
 - Yayın tarihi ile (varsa) revizyonlar ilgili dokümanda belirtilmelidir.
 - Doküman üst yönetim tarafından onaylanmalı, çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmelidir.
- Bilgi yönetimi hizmetlerinde görev alan kişiler ve sorumlular belirlenmeli, görevlendirme yazısı görev ve sorumlulukları kendilerine bildirilmelidir.
- Bilgi yönetimi konusu ile ilgili mevcut durum tespiti gerçekleştirilmeli, süreçlerdeki olası riskler tespit edilerek gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetlerin önerildiği plan oluşturulmalıdır.

DH.BY.01.02

Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane bilgi yönetim sisteminde kullanılan donanım ve yazılım ile ilgili oluşabilecek sorunlar ve riskler belirlenmeli ve bunlara yönelik tedbirler planlanmalıdır.
- Hastanede bilgi sistemleri yazılımı hizmet alımı ile sağlanıyor ise firma ve hastane arasında imzalanan sözleşme ve ekindeki teknik şartname oluşturulan dokümanlar ve planlar ile uyumlu olmalıdır.
- Çalışanlar tarafından bu riskler ve risklerle karşılaşılması durumunda yapılacaklar biliniyor olmalıdır.

DH.BY.01.03

Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.

Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtlar, ilgili mevzuat kuralları çerçevesinde, kayıtların zarar görmesini önleyecek muhafaza koşullarında saklanmalıdırlar. Bu tür kayıtlar için, gerekli fiziksel ve işlevsel tedbirler alınmalı, yazılı bilgi güvenliği sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Personel veya hasta ile ilgili edinilen kişisel ve tıbbi, yazılı veya elektronik tüm bilgilerin gizliliği ve güvenliği esastır. Bu kayıtlara erişim yetkilendirme suretiyle sınırlandırılmalı, dış kaynaklardan erişim kontrol altında tutulmalıdır.
- Yetkilendirme kapsamında kullanıcıların hangi bilgiye, ne zaman ve nasıl ulaşabileceği tanımlanmalı, yetkisiz erişime yönelik tedbirler alınmalıdır.
- Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtlar, ilgili mevzuat kuralları çerçevesinde, kayıtların zarar görmesini önleyecek muhafaza koşullarında saklanmalıdırlar. Fiziksel alanlar su baskını, yangın gibi riskler yönünden uygun olmalıdır.
- Fiziksel olarak saklanan kayıtların ilgili birime kabulünde ve herhangi bir sebeple birimden çıkışında kayıtların tutulduğu form, defter vb. kayıt sistemleri oluşturulmalıdır.
- Fiziksel olarak saklanan kayıtların imhası halinde mevzuata uygun davranılmalı ve gerekli imha için gerekli izinler alınarak işlem kayıt altına alınmalıdır.

DH.BY.01.04

Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Personel veya hasta ile ilgili edinilen kişisel ve tıbbi, yazılı veya elektronik tüm bilgilerin gizliliği ve güvenliği esastır. Bu kayıtlara erişim yetkilendirme suretiyle sınırlandırılmalı, dış kaynaklardan erişim kontrol altında tutulmalıdır.

Yetkilendirme kapsamında kullanıcıların hangi bilgiye, ne zaman ve nasıl ulaşabileceği tanımlanmalı, yetkisiz erişime yönelik tedbirler alınmalıdır.

Hastanede bilgi yönetim sistemlerine bağlı bilgisayarlar yetkisiz erişimlerin takibi açısından izlenmelidir.

Arıza veya yetkisiz erişim durumlarında veri kayıplarının yaşanmaması amacı ile veriler düzenli olarak yedeklenmeli, bu tür durumlara sebebiyet verebilecek

arızaları önlemek için sunucuların düzenli bakım ve testleri yapılmalı, sunucuda kullanılan işletim sistemi ve yazılımların güncelliği sağlanmalıdır.

Verilere iç veya dış kaynaklardan, yetki dışı veya hatalı müdahalelerde bulunulması durumunda veride yapılan değişiklik ve silme işlemlerinin takibini sağlayacak bir sistem oluşturulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane bilgi güvenliği kapsamında yetkilendirme, erişim kontrolü, yetkisiz erişime tedbir alınması, yedekleme, düzenli bakım, yazılım güncelliği, değişikliklerin takibi ve mahremiyete ilişkin faaliyetlerin gerçekleştirilmesini gösteren plan, tutanak, rehber, rapor vb. doküman bulunmalıdır.
- Arıza veya yetkisiz erişim durumlarında veri kayıplarının yaşanmaması amacı ile verilerin düzenli olarak yedeklendiği bir sistem bulunmalıdır.
- Sunucuların bakım ve testleri planları bulunmalıdır. Dış kaynak yoluyla hizmet alımı yapılıyor ise firma ile hastane arasında imzalanan sözleşme ve ekinde bulunan teknik şartname dokümanlar ile uyumlu olmalıdır.
- Sunucuda kullanılan işletim sistemi ve yazılımların güncellenme planı ve kayıtları bulunmalıdır.
- Verilere iç veya dış kaynaklardan, yetki dışı veya hatalı müdahalelerde bulunulması durumunda veride yapılan değişiklik ve silme işlemlerinin takibini sağlayacak bir sistem oluşturulmalıdır.

DH.BY.01.05

Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.

Sunulan sağlık hizmetinin zamanında verilmesi ve sürekliliğinin sağlanması amacı ile bilgi yönetim sistemlerinin devre dışı kaldığı durumlar, yavaşlamalar ve arızalar takip edilmeli, bunlara yönelik iyileştirmeler yapılarak bilginin zamanlılığı sağlanmalıdır.

Bilgi yönetim sistemlerinde, toplanan tüm tıbbi bilgilerin geçmişe yönelik takibi yapılabilmesi, bu şekilde bilginin sürekliliği sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bilgi yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği takibi için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmuş olmalıdır.
- 24 saat kesintisiz hizmet sunan yazılım-donanım destek birimi kurulmuş olmalıdır.
- Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.
- Bilgi Yönetim Sisteminin devre dışı kaldığı durumlar ve sistemdeki arızalar kayıt altına alınmak için form, HBYS ekranı vs. oluşturulmalıdır.
- Sistemde tespit edilen aksaklıklara yönelik gerekli düzeltme-iyileştirme çalışması eylem planı oluşturulmalıdır.

DH.BY.01.06

Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane bilgi sistemleri konusunda tüm çalışanlara ve yeni başlayanlara yönelik eğitim planı ve eğitim takvimi oluşturulmalı, eğitimler düzenlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kişiler sorumlulukları, görev tanımları ve veri ve bilgi ihtiyaçlarına uygun bir şekilde teorik ve pratik eğitim almalıdır.
- Çalışanlara verilecek olan eğitimin, eğitim sorumlusu belirlenmeli, eğitimin öncesi ve sonrasında yapılan değerlendirmeler ile eğitimin etkinliği ölçülmelidir. Bu süreçlerin hepsi dökümanite edilmiş olmalıdır.
- Hastane konusunda verilecek olan eğitimler ile ilgili eğitim materyalleri ve ekipman temin edilmelidir.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

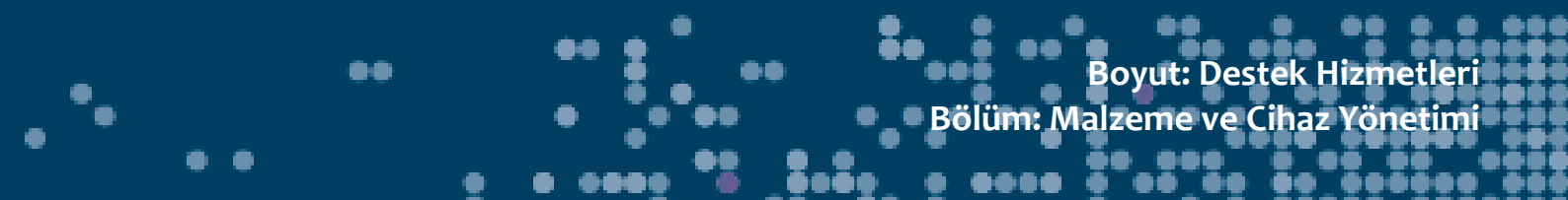
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29677, 07.04.2016
- Kişisel Verilerin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında yönetmelik, TC. Resmi Gazete, Sayı 29863, 20.10.2016



Standart 53

**Malzemelerin ve Cihazların
Etkin, Verimli ve Güvenli Kullanımı**

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Malzeme ve Cihaz Yönetimi





Standart 53: Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.

DH.MC.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımının sağlanması kapsamında,

- Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumluların belirlenmesini,
- Malzemeler ve cihazların kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmesini,
- Malzemelerin uygun koşullarda muhafazasının sağlanmasını,
- Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartların karşılanmasını,
- Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmesini,
- İhtiyaç duyulan cihazların bakım, kalibrasyon, ayar ve testlerinin yaptırılmasını,
- Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kuralların belirlenmesi, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgilerin ulaşılabilir olmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Planlanan hedeflere ulaşmayı,
- Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşmayı,
- Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasını,
- Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasını,
- Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

DH.MC.01.01

Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

Etkin malzeme ve cihaz yönetimini sağlamak amacıyla, ilgili tüm süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, bu kişilerin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Malzeme ve cihaz yönetimi ile ilgili tüm süreçleri tanımlayacak, çalışanların katılımı ile oluşturulmuş prosedür, politika, talimat gibi doküman oluşturulmalıdır. Doküman;
 - Güncel olmalı varsa revizyonlar belirtilmelidir.
 - Üst yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.
- Bu dokümanlarda süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, görev ve sorumlulukları açıkça ifade edilmelidir.
- Sorumlulara görevlendirme yazısı ile tebliği yapılmalıdır. Görevlendirme yazıları üst yönetim onayı içermelidir.

DH.MC.01.02

Malzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir.

Malzeme ve cihaz türlerinin temini, depolanması ve kullanımına ilişkin yöntem ve kurallar net bir şekilde belirlenmelidir. Malzeme ve Cihaz yönetimine dair dokümanlar hastanenin ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir:

- Malzeme ve cihaz yönetiminde yer alan personelin görev ve sorumlulukları
- Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi
- Malzeme ve cihazların temini

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Malzeme ve cihaz yönetimi ile ilgili bir prosedür (örneğin; ihtiyaç belirleme ve temini prosedürü, muhafaza ve depolanma prosedürü, güvenli kullanım ve bakım talimatı vb.) dokümanite edilmelidir. Prosedür gereklilikte belirtilen asgari konuları içermelidir. Doküman;*
 - *Güncel olmalı varsa revizyonlar belirtilmelidir.*
 - *Üst yönetim tarafından onaylanmış olmalıdır.*
- *Çalışanlar doküman içeriği hakkında bilgilendirilmeli, uygulama ile tutarlı olmalıdır.*
- *Temin edilen malzeme, cihaz, vs. ürünler hastaneye teslimini takip eden süreçte kayıt altına alınmalı, demirbaş eşyalar, ekipman ve cihazlar için karekod, barkod sistemi gibi kayıt sistemi geliştirilmelidir.*
- *Özellikli, kullanımı uzmanlık gerektiren cihazlar için kullanmaya yetkili kişiler belirlenmelidir.*
- *Cihazlar için kalibrasyon planı oluşturulmalı ve kalibrasyon aşamaları kayıt altına alınmalıdır.*

Hastanede sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi amacıyla doğru malzemelerin ve cihazların, doğru zamanda teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Malzeme ve cihazların temin taleplerine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir. Bu düzenleme çerçevesinde hastane, kimlerin malzeme ve cihaz temin talebinde bulunabileceğini, talep yöntemini, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceğini tanımlamalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanenin malzeme/stok takibine yönelik sistem geliştirilmelidir (HBYS üzerinden veya merkezi stok takibine yönelik uygulama şeklinde olabilir).
- Malzeme ve cihazların ihtiyaç durumunda kim tarafından talep edileceği, taleplerin kim tarafından değerlendirileceğine yönelik prosedürler olmalıdır.
- İlgili çalışanlar prosedürün kapsamına ilişkin bilgilendirilmelidir.
- Malzeme temininde üst yönetimin onayı olmalıdır.
- Hastanede temin edilmesi istenilen malzeme, ekipman, ilaç, mobilya vs. her türlü ihtiyaç için temin edilme gerekliliğini inceleyecek bir komisyon, komite, birim oluşturulmalıdır.
- Çalışanlar içerisinde mevzuata uygun pozisyonlardan üyeler görevlendirilmelidir.
- Görevlendirilen çalışanlara görevlendirme yazısı yazılmalı, görev ve sorumlulukları hakkında bilgilendirme yapılmalıdır.
- İhtiyaç temin komisyon/komite/birim tarafından düzenli aralıklar ile toplantılar yapılarak, hastanenin tüm birimlerinden gelen talepler değerlendirilmelidir. Bu toplantılar kayıt altına alınmalıdır.

Rutin kullanılan, acil veya bulundurulması zorunlu malzemeler tespit edilmeli, bu malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Rutin kullanılan, acil veya bulundurulması zorunlu malzeme listesi oluşturulmalıdır.
- Bu malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli, stok yönetim sisteminde kritik seviye uyarıcıları oluşturulmalıdır.
- Malzeme ve cihaz yönetim sorumluları kritik stok düzeyi oluşturulan malzemeler ve takibi hakkında bilgilendirilmelidir.

Temini gerçekleştirilecek malzeme türlerinin, cihazların ve bunların miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler yapılırken, temin talepleri, tüketim analizleri ve toplum ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Stok ile tüketim ilişkisini gösteren analiz raporları hazırlanmalıdır (aylık antibiyotik kullanım oranı, HEK e ayrılan cihaz sayısı vb.)*
- *Bu analizler hazırlanırken geçmişe yönelik olarak tüketim ve stok ilişkisi ve geleceğe dair beklentiler göz önünde bulundurulmalıdır.*
- *Geleceğe dair beklentiler ve planlar temin miktarı ve süreçlerini belirlemede göz önünde tutulmalıdır (örneğin hastaneye yeni hizmet birimleri ilave edilmesi, hasta sayısında artış beklentisi vs. gibi)*
- *Stok tüketim ilişkisi ve oluşturulan analizler üst yönetim tarafından değerlendirilmelidir.*

DH.MC.01.03

Malzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır.

Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına yetkili personel haricinde kişilerin erişimi hasta güvenliği ve emniyet açısından sınırlandırılmalıdır.

Malzemeler, depolama alanlarında niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalıdır. Bu amaçla gerekli önlemler alınmalı ve alınan tedbirlere dair takipler yapılmalıdır.

Personelin malzemelere kolay ulaşımını sağlamak, acil durumlarda zaman kaybını önlemek amacıyla depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Birim depolarında yetkili sorumlular için görevlendirme yazıları olmalıdır. Sorumlulara görev ve sorumlulukları hakkında bilgi verilmelidir.
- Depolara erişim ve kimler tarafından malzeme talebi yapılabileceği belirlenmelidir.
- Depolardan malzeme alımı belirli zaman ile kısıtlanmış ise tüm ilgili çalışanlar belirlenen zamanlar ile ilgili bilgilendirilmelidir.
- Malzemeler için uygun depolama koşulları sağlanmalıdır. Örneğin; soğuk zincirde saklanması gereken malzemeler için soğuk odalar veya soğutucular temin edilmeli ve bunların ısıları takip edilmelidir.
- Depo yerleşim planları oluşturulmalı ve depo girişlerinde çalışanların kolayca görebileceği şekilde bulundurulmalıdır.

DH.MC.01.04

Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar karşılanmalıdır.

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

Cihazların bulunduğu alanlarda yapılan fiziki düzenlemeler, cihazların çalışma koşullarına uygun şekilde gerçekleştirilmelidir.

Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanım alanlarında ulaşılabilir olmalı, cihazların güvenli kullanımı konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Depo yerleşimleri malzeme taşıma, transferine engel olmayacak şekilde yapılmalıdır.
- Cihaz transfer süreci ve kullanılacak araç, ekipman kullanımı için talimatlar olmalıdır.
- Bu konudaki eğitim planları oluşturulmalı, kayıt altına alınmalıdır (içerik, katılımcılar, sıklık vb.)
- Cihazları kullanırken gerekli kişisel koruyucu ekipman listesi oluşturulmalıdır.
- Cihazlar için kullanma talimat ve rehberleri oluşturulmalı ve bunlar ulaşabilir bir yerde bulundurulmalıdır.

DH.MC.01.05

Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Cihaz kullanımı ile ilgili kişilere eğitim planlanmalı ve eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

DH.MC.01.06

İhtiyaç duyulan cihazların bakım, kalibrasyon, ayar ve testleri yaptırılmalıdır.

Cihazların güvenli çalışması, doğru sonuç vermesi, verebileceği zararın düşük seviyede tutulması gibi sebeplerle üretici firmaların teknik dokümanlarında belirtilen sıklıkta kalibrasyon, ayar, test ve/veya bakım işlemlerinin eksiksiz, hastane ihtiyaçlarını karşılayan ve kullanım yoğunluğuna paralel olarak, bir plan dahilinde yapılması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Tüm cihazların bakım planları, kalibrasyon planları, kullanım ve bakım talimatları, teknik servis sözleşmeleri, bakım ve kalibrasyon kayıtları oluşturulmalı ve bu dokümanlar yönetim tarafından onaylı olmalıdır.
- Dokümanlar içeriği hakkında kullanıcılar bilgilendirilmelidir. Bakım, kalibrasyon gibi hizmetler dış kaynak kullanımı ile hizmet alımı şeklinde temin ediliyor ise firma ile hastane arasında imzalanan sözleşme ve ekinde teknik şartname dokümanlar ile uyumlu olmalıdır.
- Bakım, kalibrasyon planları ile uygulama birbiri ile tutarlı olmalıdır.

DH.MC.01.07

Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaşılabilir olmalıdır.



Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanım alanlarında ulaşılabilir olmalı, cihazların güvenli kullanımı konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.

Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazların (ventilatör, laboratuvar test cihazları, jeneratör gibi) eğitilmiş ve yetkili kişiler tarafından kullanılması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Özellikli cihazları kullanmaya yetkili kişilerin listesi oluşturulmalıdır. Cihazı kullanabilmek için zorunlu olması halinde kişilerin sertifika, diploma vb. evraklarının bir nüshası yetkilendirme yazısı ekinde bulunmalıdır.*
- *Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanıcıların kolayca ulaşabilecekleri alanlarda bulunmalıdır.*
- *Kullanıcılar için eğitim planlanmalı, eğitimler kayıt altına alınmalıdır.*



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27957, 07/06/2011



Standart 54

Dış Kaynak Kullanılarak Sağlanan Hizmetlerin Hastanenin Temel Politika ve Değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına Uygunluğunun Sağlanması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Dış Kaynak Kullanımı



Standart 54:

Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin hastanenin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.

DH.DK.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin, hastanenin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğunun sağlanması kapsamında,

- Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetlerin hastanenin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmesini,
- Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçlerinin tanımlanmasını,
- Dış hizmet sunucularının faaliyetlerinin hastane tarafından kontrol edilmesi, sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olmasının sağlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

- Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Planlanan hedeflere ulaşmayı,
- Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve taburculuk sonrası devamlılığını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

DH.DK.01.01

Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler hastanenin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmelidir.

Temel politika ve değerler esas alınarak; dış kaynak kullanımına ihtiyaç duyulma nedenleri ve sağlanacak hizmet ile hedeflenen amaçlar belirlenmelidir.

Hastane dış kaynak kullanımı yoluyla sağlayacağı hizmetler ile ilgili ihtiyaç analizini ve değerlendirmelerini yapmalı, stratejisini belirlemelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dış kaynak kullanımına ihtiyaç duyulma nedenleri ve sağlanacak hizmet ile hedeflenen amaçlar, hastanenin temel politika ve değerleri esas alınarak belirlenmeli; gelecekteki dış kaynak kullanımına ilişkin stratejisini belirlemiş olmalı ve buna yönelik yapılan çalışmalar izlenebilir olmalıdır.
 - Ör Hastanede dış kaynak kullanımını gerektiren alanlara yönelik yapılmış SWOT analizi dokümanları
 - Ör. Bu konuda oluşturulmuş bir birim/çalışma grubu vb. toplantı tutanakları,
 - Dışarıdan hizmet alımı ile sağlanacak hizmetlerin misyon vizyon ve temel değerler içerisindeki yerini gösteren kayıtlar
- Dış kaynak kullanımına gidilme nedenleri, ihtiyacı gösteren ihtiyaç analizleri, kaynak kullanımı analiz raporu vb. kayıtlar üzerinden geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
 - İhtiyaç analiz raporları, alınan hizmetten duyulan memnuniyet raporları, satın alınan hizmete ilişkin performans raporları vb.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İhtiyaç analizlerinin yapıldığı alanlarda çalışan hastane çalışanları ve ilgili iş süreç sahibi üyeler dış kaynak kullanımına olan ihtiyaç vb. hakkında, alınan kararlarla uyumlu geribildirim veriyor olmalıdır.
- Dış kaynak kullanımı kararları üst yönetimce hastanenin iş akış prosedürlerine yansıtılmalı ve tüm çalışanlarla kaynak kullanımı başlangıcında ve kaynak kullanımı devam ederken paylaşılmalıdır.
- Ör 1: Dış kaynak kullanımına gidilmesi ile iyileşmesi planlanan (gerçekleşen) yemek hizmetleri konusunda sağlanacak olan (sağlanan) hasta yakınları memnuniyetinin çalışanlar ile paylaşımı
- Hastane çalışanları dış kaynak kullanımı yapılan alanlar vb. hakkında haberdar olmalı, sürece ilişkin geribildirimleri dikkate alınıyor olmalıdır.

DH.DK.01.02

Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.

Dış hizmet sağlayıcısının hastaneye sağlayacağı hizmetler açıkça tanımlanmalı ve tamamlama süreci belirlenmelidir

Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı belirlenmeli ve iş akış şemaları oluşturulmalıdır.

İş süreçleri açık ve net olarak tanımlanmalıdır.

Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dış hizmet sağlayıcısının sağlayacağı hizmetlerin hangileri olduğu açıkça tanımlanmalı ve tamamlama süreci belirlenmelidir.
- Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı belirlenmeli, iş süreçleri açık ve net olarak tanımlanmalı; iş akış şemaları oluşturulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirilmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.
- Hastanedeki dış hizmet alımı sürecine geçişi, kullanımı, anlaşma sürelerini gösteren her türlü belge, şartname vb. izlenebilir olmalıdır.
 - Hizmeti yürütecek nitelikteki personeli, sayı ve özelliklerini gösteren dokümanlar
Ör: Dış kaynak kullanımına verilen röntgen hizmetlerine ilişkin (cihaz, personel, çekim sayısı, süre vb.) sözleşme
- Dış kaynak kullanımı yapılanmasını yönlendiren üst düzey yöneticilerin sürece katkısı izlenebilir olmalıdır.
 - Ör. Süreçten sorumlu komisyon üyelerinin süreci ve içeriği biliyor olmaları, görüşmelerde ifade edebiliyor olmaları
 - Ör. Dış kaynak kullanılan bir hizmet alanı (ör.çamaşırhane) ile ilgili teknik şartnamede istenen bir hususun hizmet alınan kuruluş tarafından karşılanıp karşılanmadığının gözlenmesi
- Kurumdaki dış kaynak kullanımına ilişkin faaliyet çıktıları ve bunların sürekliliği izlenebilmelidir.
 - Dış kaynak kullanımına ilişkin faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman
 - Dış kaynak kullanımı yolu ile alınacak hizmetlerin, hasta ve/veya çalışanların güvenliğini sağlayacak şekilde sunumuna yönelik hususların şartnamede ve sözleşmede yazılı olması
 - Ör: Dış kaynak ile sağlanan personel yemek hizmetine ilişkin iş akışı ve dokümanları
- Hizmet kullanıcıları Şartname içeriğindeki hizmetler ile tutarlı geribildirim sağlıyor olmalıdır.
 - Ör: Cenaze hizmetinden yararlanan kullanıcıların ihtiyaç ve beklentilerinin karşılandığını ifade etmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dış hizmet alımı kapsamına giren konuların hastane yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği, süreçlerin tanımlanmasında ilgili birim hastane çalışanlarının ilgili sürece katılım sağlayıp sağlamadığı izlenebilir olmalıdır.
- Dış kaynaktan hizmet alım sürecine ilişkin yapılanma kararları üst yönetimce hastane uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
 - Ör. Yeni oluşturulan iş süreç ve şemalarının çalışanlar paylaşılması
 - Ör. Dış kaynak kullanımına ilişkin kararlarının üst yönetimce tüm çalışanlara uygulama esaslı olarak duyuru yapıldığına ilişkin belgeler
- Hastane çalışanları dış kaynak hizmeti alım prosedürlerinden haberdar olmalı, yeni uygulama süreçleri hakkında farkındalıkları yüksek olmalıdır.
 - Ör. Çalışanların dış kaynak kullanımına geçilen alanlar, hizmetler, birimler hakkında bilgi sahibi olması
 - Ör. Yeni iş süreçleri ile oluşan durumlara ilişkin olarak çalışanlar tanımlanan kurallar çerçevesinde hizmet sağlıyor olmalıdır.

DH.DK.01.03

Dış hizmet sunucularının faaliyetleri hastane tarafından kontrol edilmeli, sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.

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

Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin hastane temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartları setinde yer alan ilgili standartlara uygunluğu sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurum tarafından şartnameye göre oluşturulmuş kontrol kriterleri ve performans göstergeleri izlenebilir olmalıdır. Örneğin laboratuvar tahlilleri, radyoloji rapor sonuçlarının öngörülen sürede çıkması
- Performans değerlendirme gerekliliğine ilişkin önceki dönemlere ait kontrol ve performans kayıt ve analizleri izlenebilir olmalıdır.
- Konuyla ilişkili tüm dokümanlarda yönetim onayı bulunmalı, yönetim tarafından gereklilikle ilgili performans ölçütleri ve kontrol yöntemleri çalışanlara duyurulmuş olmalıdır. (iç yazı, toplantı, eğitim vb.)
- Yöneticiler, dış kaynak kullanımı ile görev yapan personeli denetimlerini hangi yöntemlerle gerçekleştirildiği, bu sürecin nasıl ölçüldüğü gibi konularda tutarlı geribildirim sağlıyor olmalıdır.
- Dış kaynak kullanımı yapılan alanlarda hizmet alımına esas şartnamede belirtilen hususlara uygun doğrultuda uygulamalar izlenebiliyor olmalıdır.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

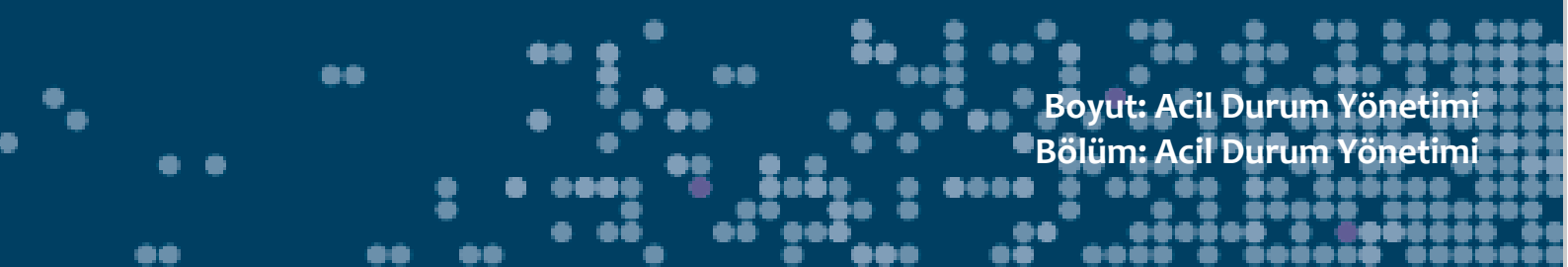
- Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29428, 28/07/2015



Standart 55

**Doğal Afetler ya da Acil Müdahale,
Mücadele, İlk Yardım veya Tahliye Gerektiren
Olaylara Yönelik Tedbirler Alınması**

Boyut: Acil Durum Yönetimi
Bölüm: Acil Durum Yönetimi



Standart 55: Doğal afetler ya da acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.

AD.AD.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Doğal afetler ya da acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınması kapsamında,

- Acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirlerin belirlenmesini,
- Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmasını,
- Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmesi ve tatbikatlar yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasını ve hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için tedbirlerin alınmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

AD.AD.01.01

Acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumun karşı karşıya kalabileceği tüm acil durumlara yönelik tehlike, maruziyet ve savunmasızlık analizlerinin yapıldığı ve gerekli tedbirlerin belirlendiği yönelik izlenebilir uygulamalar bulunmalıdır.
 - Hastane Afet Planı (HAP) içerisinde acil durumlara yönelik kurumun karşı karşıya kalabileceği tüm tehlikeler, maruziyet durumu ile yapısal, yapısal olmayan ve acil durum yönetimiyle ilişkili savunmasızlık analizlerine yer verilmiş olmasının yanı sıra alınacak tedbirler ifade edilmiş olmalıdır.
Ör. Tehlike analizi için risk matrisi vb. çalışmalar
Ör. Tedbirlerle ilişkili kontrol listeleri vb.
 - HAP içerisinde yer alan risk analizi çalışmalarında kullanılan bilgi ve belgelerin varlığı, risk analizi çalışmalarını yapanların deneyimi ve bilgi düzeyi
Ör. Bölgenin afet geçmişi, kurumun geçmişte yaşamış olduğu tehlikelere ait bilgi ve belgelerin geçerliliği
Ör. Risk analizi çalışmalarını gerçekleştirenlerin konuya hâkimiyetlerinin görüşmeler yolu ile müşahade edilmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumun ortaya çıkan acil durumlara yönelik gerçekleştirdiği risk analiz çalışmaları ve daha önce önerilmiş olan tedbirlerin geçerliliğine yönelik izlenebilir uygulamalar bulunmalıdır.
- Kurumda meydana gelen acil durumlarla ilişkili tutulan tutanaklar vb. belgeler ile bu durum üzerine gerçekleştirilen risk analizi çalışmaları ve alınan tedbirlere ait doküman
Ör. Acil duruma ilişkin tutanaklar
Ör. Meydana gelen herhangi bir acil durum sonrasında ilave alınan tedbirlerle ilgili doküman
- Analizi çalışmaları sonucu alınan yeni tedbirlerin uygulamaya konulmuş olması
Ör: Alınan yeni tedbirlerle uygulamalar arasındaki tutarlılık
- Risk analizi çalışmalarına ve gerekli tedbirlerin belirlenmesi süreçlerine hastane yönetimi aktif katılıyor olmalı, diğer hastane çalışanları alınan tedbirlerden haberdar olmalıdır.
- Risk analizi sonucu alınan tedbirlerin üst yönetimce hastane uygulama prosedürüne yansıtılması ve çalışanlarla paylaşılması
Ör: Herhangi bir acil durum sonrası alınan tedbirler ile çalışanlara yapılan bilgilendirme arasındaki tutarlılık
- Hastane çalışanlarının acil durumlara ilişkin kurumun karşı karşıya kaldığı risklerden ve alınan tedbirlerden haberdar olması, konu ile tedbirleri uyguluyor olması
Ör: Alınan tedbirlerin uygulama alanlarında görülebilmesi

AD.AD.01.02

Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.

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

- Hangi önleyici çalışmaların yapılması gerektiğinin belirlenmesi
- Gerekli önleyici yatırım ve faaliyetlerin planlanması
- Yatırım ve faaliyetlerin bütçelenmesi
- Gerçekleştirilen tatbikatlar ve gözlemler ile geliştirilen önlem ve uygulamaların amaca hizmet edip etmediğinin sürekli gözden geçirilmesi

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumun karşı karşıya kalabileceği acil durum ve afetlere yönelik önleyici tedbirleri planlayacak bir yapı kurulmuş olduğu izlenebilir olmalıdır.
 - Hastanedeki tüm acil durum ve afet yönetim sürecini yürütecek nitelikte personelden oluşan komite, birim, komisyon vb. bir yapılanmanın oluşturulduğuna ilişkin hastane yönetimi onayı
Ör: Komite vb. resmi görevlendirme yazıları
 - Acil durum yapılanmasında görev alanlar (üyeler) dokümanlarla tutarlı geri bildirim sağlaması
Ör: Komite üyelerinin rol ve fonksiyonlarını biliyor olması ve katılımı
 - HAP 'da alınması istenen önlemler ile uygulamaların tutarlı olması
Ör. Dekontaminasyon alanının tanımlanan kurallara göre hazırlanmış olması
Ör. Kurumda gerçekleştirilmiş olan YOTA (Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması) uygulama örnekleri
- Kurumdaki acil durum ve afet yönetim yapısının çalışma sonuçları ve bunların sürekliliği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Acil durum ve afet yönetim yapılanmasının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman
Ör. Komite toplantı tutanaklarının incelenmesi
Ör. Acil durum ve afet malzeme envanterinin güncel olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetimi planlama sürecine katılım sağlamalı, çalışanların HAP konusunda farkındalıkları yüksek olmalıdır.
- Hastane Acil Durum ve Afet Yönetimi Planlarının üst yönetimce hastane uygulama prosedürüne yansıtılması ve çalışanlarla paylaşılması
Ör. HAP ile hastane içi acil durum prosedürlerinin uyumu
Ör. Hastane Acil Durum ve Afet Yönetimi planlarının çalışanlarla paylaşılması (çalışanlarla gerçekleştirilen toplantı tutanakları)
- Hastane çalışanlarının Hastane Acil Durum ve Afet Yönetimi Planından haberdar olmaları ve bu plan içerisindeki görev tanımlarını biliyor olmaları
Ör. Acil bir durumda dekontaminasyon alanında görevli bir çalışanın koruyucu kıyafetlerini nasıl kullanacağını ve rollerini biliyor olması
- Kurumun acil durum ve afet yönetimi ile ilişkili almış olduğu önlemlerin Hastane Afet Planı ile uyumlu olmalıdır.
Ör. Acil durum ve afet malzeme envanterinde yer alan malzemeler
Ör. YOTA (Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması) uygulamalarının devamlılığının sağlanmış olması

AD.AD.01.03

Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumun karşı karşıya kalabileceği acil durum ve afetlere yönelik olarak tüm çalışanlara verilmesi gereken eğitim ve tatbikatların gerçekleştirildiği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Kurumda gerçekleştirilen acil durum eğitimlerine ve tatbikatlara tüm çalışanların katılımının sağlandığına dair belgeler, video kayıtları, eğitim planları
Ör: Tatbikatlara ilişkin belge, eğitim içerikleri
 - Tüm hastane çalışanlarına yönelik temel afet bilinci eğitiminin verildiğine dair belgeler
Ör: Eğitim programları ve içerikleri
 - Acil durumlardaki görev tanımlarına göre çalışanlara afet triajı, KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer) ve benzeri eğitimlerin verildiği ve tatbikatlarının yapıldığına dair kayıtlar
Ör: Eğitim toplantılarına tüm çalışanların katılımının sağlandığına dair imza listeleri
 - Çalışanların eğitim ve tatbikatlarda edindiği bilgiler ile uyumlu geribildirim verebiliyor olması
Ör. Belirli bir acil durum müdahalesinde rolü olan bir hastane çalışanının rollerini biliyor ve gösterebiliyor olması.
Ör. Olay kumanda sisteminde yer alan çalışanların görev tanımlarını bilmeleri



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumdaki acil durum yönetimine yönelik eğitim ve tatbikatların çıktıları ve sürekliliği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Kurumda meydana gelen acil durumlarda çalışanların gerçekleştirmiş oldukları performansı gösteren belgeler, tutanaklar
 - Acil durum tatbikatlarının yılda en az bir kez yapıldığına dair belgeler
Ör. Kurumdan hastaların tahliyesinin yapıldığına ait son yapılan tatbikatın videolar
Ör. Herhangi bir nedenle gereken tahliye süreci ile ilgili günlük/haftalık eylem planı
 - Acil durum ve afet yönetimi ile ilişkili gerçekleştirilen senaryoların kurumun tehlike risk analizinde karşı karşıya kalabileceği senaryolarla uygun olması
Ör. Gerçekleştirilen senaryolar
Ör. Mesai saati dışında kurumda ortaya çıkan bir tahliye/yer değiştirme ihtiyacına karşı kimin hangi hastayı, nasıl tahliyeyi gerçekleştireceğine dair çalışanların bilgisinin olması
- Hastane yönetiminin ve hastane çalışanlarının acil durum ve afet yönetimi eğitim ve tatbikatlarına katılımı kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Eğitim ve tatbikatlarla ilgili çalışanlara yapılan çağrılarla ilgili doküman
Ör: Eğitim programlarının tüm çalışanları kapsayacak şekilde yapıldığına ve gerçekleştirildiğine dair plan ve listeler
 - Hastane çalışanlarının eğitim ve tatbikatlardan haberdar olması ve tatbikatlar içerisindeki rollerini biliyor olması



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

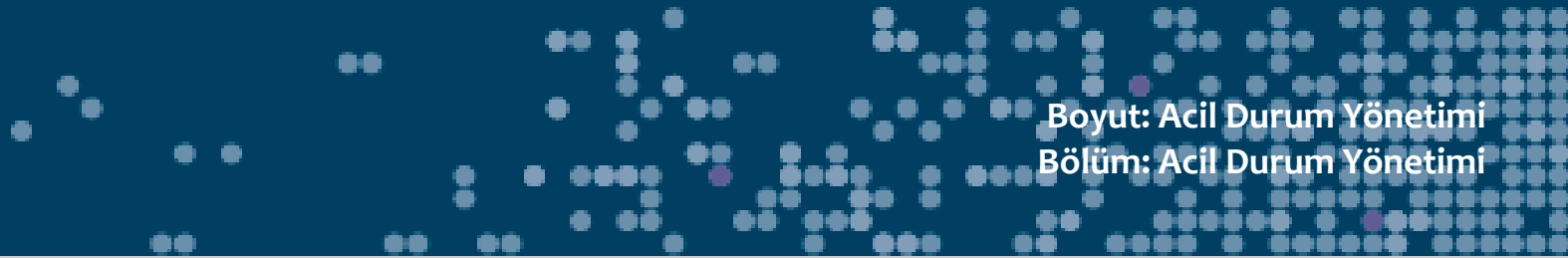
- Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007



Standart 56

**Solunum Arresti veya Kardiyak Arrest
Durumlarında Zamanında Müdahale
Yapılması**

Boyut: Acil Durum Yönetimi
Bölüm: Acil Durum Yönetimi





Standart 56: Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.

AD.AD.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılması kapsamında,

- Solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmasını,
- Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmesini,
- Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmesini,
- Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmasını,
- Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmasını,
- Mavi kod ile ilgili eğitimler verilmesi, tatbikatlar yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirmeler sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

AD. AD.02.01

Solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

Hastanede acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan; hastalara, hasta yakınlarına ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahale edilmesi- ne yönelik olarak bir acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

Acil uyarı sistemi; hastanenin büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, hastanenin tamamını kapsayacak ve günün her saatinde vaka yerine en kısa sürede (en geç 3 dakika) ulaşmayı sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Acil uyarı sistemi için kurulacak çağrı sistemi; hastane çalışanlarını zamanında haberdar edecek, risk durumunda kısa ve net mesajlar ile etkin ve hızlı iletişime geçilmesini sağlayacak ve panik oluşmasına engelleyecek şekilde kurgulanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumun tamamını kapsayacak şekilde solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyarı sisteminin oluşturulduğu kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Kurumda mavi kod uyarı sisteminin tüm alanları kapsayacak şekilde oluşturulduğuna ve hangi yolla (telefon vb.) uygulama yapılacağına dair yönetim onayı
Ör: Mavi kod sisteminin kurulmasının onay yazısı
 - Mavi kod çağrısının kim tarafından, nasıl verileceği ve kimler tarafından çağrıya cevap verileceği ve sürecin sonlandırılacağına dair dokümanın bulunması
Ör: Mavi Kod süreci ile ilişkili algoritma veya prosedür
 - Tüm çalışanların mavi kod uyarı sisteminin varlığını ve hangi yolla yapıldığını bilmeleri
 - Ör: Çalışanların mavi kod uyarısını doğru bir şekilde yapıyor olmaları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Mavi kod acil uyarı sisteminin uygulama çıktıları ve sistemin sürekliliği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Acil uyarı sisteminin tüm alanlarda duyula bilirliliğinin tesis turu kontrol listelerinde ve/veya acil uyarı sistemi tatbikat formlarında bulunması
Ör: Dokümanda duyula bilirliliğin tespiti (tesis turu kontrol listesi)
 - Mavi kod uygulamalarının en geç üç dakika içerisinde gerçekleştiriliyor olması
Ör. Mavi kod kayıtlarında sürenin uygun olduğunun gözlenebilmesi
 - Mavi kod anonslarının kurum içerisinde duyulabilir olması
Mavi kod acil uyarı sisteminin işler olması
Ör. Geçmiş mavi kod sürecinin işlerliliğinin hastane kamera kayıtlarından izlenebiliyor olması
 - Hastane yönetimi acil uyarı yönetim sürecine katılıyor olması, acil müdahale ekipleri ve çalışanların Mavi Kod konusundaki farkındalıkları yüksek olduğu izlenebilmelidir.
 - Acil uyarı sistemi yönetiminin (komite, kurul, komisyon vb.) belirli aralıklarla yapmış olduğu değerlendirme toplantıları
Ör: Acil uyarı sistemi yönetim toplantıları karar defteri vb.
 - Çalışanların zorunlu eğitim planlarında, acil uyarı sistemi ile ilişkili müfredatın olması
Ör. Zorunlu eğitim planları
Ör. KPR (Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon) eğitimlerinin sertifikalı bir eğitmen tarafından verilmiş olduğunun gösterilmesi
 - Müdahale ekibinin yetkinliği ve becerisinin tam olması
Ör. Acil müdahale ekipmanlarını kullanma becerisi
Ör. Çalışanların yaka kartlarında acil uyarı sisteminin telefon kodlarının bulunması

Hastane yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde mavi kod sorumluları belirlenmelidir.

Mavi kod sorumlularının sorumluluk alanları asgari; çalışanlara verilecek eğitimler, mavi kod müdahale ekiplerinin belirlenmesi, tatbikatların organize edilmesi, kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici- önleyici faaliyetlerin başlatılması konularını kapsamalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil uyarı sistemi yönetiminin oluşturulduğu ve mavi kod sorumlularının belirlendiği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Acil uyarı sisteminin yönetimi (komite, kurul, komisyon vb.) ile ilgili sorumluların ve sorumlulukların belirlendiğine dair yönetim onayı ile ilişkili doküman
Ör: Acil uyarı sisteminin sorumlularını görevlendirme yazıları
 - Komite üyelerinin görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması
- Acil uyarı sistemi yönetiminin faaliyet çıktıları ve devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Çalışanlara verilecek eğitim ve tatbikat planları ve takvimi
Ör: Eğitim planı
 - Kurumun Mavi Kod ekiplerinin belirlendiğine dair listeler
Ör: Vardiya listeleri
 - Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul vb.) toplantı ve düzeltici önleyici kararları ile ilgili kayıtlar
Ör: Karar defteri vb.
 - Mavi Kod müdahale ekiplerinin görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetimi acil uyarı yönetim sürecine katılım sağlamalıdır.
 - Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul, komisyon vb.) kararlarının kurum içi ilgililerine bildirilmesi
 - Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin yönetim tarafından onaylanması
Ör. Alınan düzeltici önleyici kararların müdahale ekiplerine bildirilmesi
Ör. Düzeltici Önleyici Faaliyetler için yönetim onayı
 - Alınan kararların alanda uygulanıyor olması

AD.AD.02.03

Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.

Mavi Kod müdahale ekibinde CPR (Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi almış en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır. Müdahale ekibi, mavi kod çağırısı verilen vaka yerine giderek müdahalenin yapılmasından sorumludur.

Mavi kod uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasını sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Müdahale ekibi/ekiplerinin belirlenmiş olduğu kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Müdahale ekibi/ekiplerinin tanımlanıp görevlendirilmeleri
Ör. Görevlendirme onayları
Ör. Mavi Kod müdahale ekibinde en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı varlığını gösteren listeler
Ör. Mavi Kod ekibinde görev alanların özlük dosyası vb. KPR (Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon) eğitimini almış olduğu sertifikasyon veya diğer belge
 - Mavi kod ekiplerinin görevlendirmelerden haberdar olmaları
- Mavi kod sürecinin faaliyet çıktıları ve devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Mavi kod ekiplerinin 7/24 çalışma planları
 - Yapılan müdahalenin etkili olduğunun değerlendirilmesi
Ör. Aylık/haftalık vardiya listeleri
Ör. Acil uyarı sistem yönetimi tarafından gerçekleştirilen değerlendirme toplantı kararları
 - Mavi kod ekibinin çalışma planlarına göre faaliyet göstermesi
Ör: Liste ile vardiyadaki çalışanın uyumlu olması
- Mavi Kod müdahale ekiplerinin hastane yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği ile diğer hastane çalışanlarının ilgili sürece katılım sağlayıp sağlamadığı izlenebilir olmalıdır.
 - Mavi Kod müdahale ekiplerinin faaliyetlerinin yönetimce takip edilmesi ve Acil uyarı sisteminin yönetimi tarafından önerilen süreç iyileştirmelerinin prosedüre yansıtılması ve çalışanlarla paylaşılması
 - Ör. Acil uyarı sisteminin yönetimi tarafından önerilen süreç iyileştirme kararlarının prosedüre yansıtılmış olması
 - Ör. Çalışanlara Mavi Kod prosedüründeki değişimlerin duyurulması
 - Ör. Mavi kod ekibinin süreçle ilişkili görüş ve önerilerinin alınıyor olması
 - Mavi Kod ekiplerinin ve çalışanların gerçekleşen değişiklikler konusunda farkındalığı

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

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Acil müdahale seti kullanılabilir durumda bulundurulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ Uygulamalarda kullanılacak olan ekipman ve ilaçların tanımlanma durumu izlenebilir olmalıdır.

- Mavi Kod acil müdahale kitindeki ilaç ve ekipman tanımlanmış ve kurum içerisinde standart hale getirilmiş olmalıdır.

- Setlerde asgari olarak laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için), balon-valf-maske sistemi, değişik boylarda maske, oksijen hortumu ve maskeleri, entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları), yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp vb.), enjektörler, kişisel koruyucu ekipmanın bulunmalıdır.

Ör: Ekipman ve ilaç listesi

- Acil müdahale kitindeki ilaç ve ekipman tanımlananla uygun içerikte olmalıdır.

Ör: Listeye ve standart yapıya uygun ilaç ve ekipman



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil müdahale kitinin takibi ve sürekliliğine dair izlenebilir kayıtlar ve uygulamalar bulunmalıdır.
 - Acil müdahale kit içeriğinin kurumca belirlenmiş standartlar çerçevesinde miktari, kritik stok, kullanıma uygunluk düzenli takip edilmelidir.
 - Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyü göz önüne alınarak düzenlenmiş olmalıdır.
Ör. Kontrol listeleri, kalibrasyon etiketleri, defibrilatör kontrol çıktıları
Ör. Erişkin ve pediatrik ilaç doz listeleri
 - Mavi kod acil müdahale kitinin içeriği
Ör. Mavi kod acil setindeki ilaçların son kullanma tarihleri geçmemiş olmalı
Ör. Oksijen tüpünün dolu olmalı
Ör. Laringoskop enerji kaynağı yeterli olmalı
Ör. Defibrilatör cihazının çalışır durumda olmalı
- Hastane yönetimi tarafından Mavi Kod ekibinin kullanmış olduğu ilaç ve ekipmanın kesintisiz teminine yönelik destek sağlanmalı, diğer hastane çalışanları ilgili sürece katılım sağlıyor olmalıdır.
 - İlaç ve ekipmanın takibinin gerçekleştirildiği bir yapılanma (elektronik stok yönetim sistemi vb.) bulunmalı
Ör. Acil müdahale kit yerleşim planı ve stok durumunun uygun olması
 - Çalışanlar acil müdahale kit stok yönetimine ilişkin bilgi sahip olmalı

Mavi kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Çağrının ne zaman yapıldığı
- Müdahale edilen kişiye ait bilgiler
- Hangi müdahalelerin yapıldığı
- Müdahalenin nerede yapıldığı
- Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
- Müdahalenin sonucu
- Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı

Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yapılan müdahaleler ile ilgili kayıtların tutulduğu izlenebilir olmalıdır.
 - Mavi Kod acil müdahaleleri ile ilgili kayıtların eksiksiz bir şekilde tutulması ve kayıtların standart hale getirilmiş olması
 - Kayıtların yer, çağrı zamanı, ulaşma süresi, müdahale edilen kişiye ait bilgiler, yapılan uygulama, müdahale ekibinin kimlerden oluştuğu ve sonuç bilgilerini içermesi
Ör. Kayıt formları veya elektronik kayıtlar
Ör. Mavi Kodda olay yerine ortalama ulaşma süresi
 - Mavi kod ekiplerinin bu kayıtları doğru tutuyor olması
Ör: Ekip üyelerinin kayıt girişlerini doğru yaptığının gözlenebiliyor olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Mavi Kod müdahale kayıtlarının izlenebilirliği ve devamlılığı görülebilmelidir.
 - Gerçekleşmiş olan Mavi Kod uygulamalarının standartlara uygun ve zamanında tutulup tutulmadığı ile ilgili kayıtlar
Ör: Geçmiş kayıt formları
 - Mavi kod kayıt içeriğinin değerlendirilmesi
Ör: Kayıt sonuçlarının izlenmesi
- Mavi Kod kayıtlarının hastane yönetimi tarafından değerlendirilip değerlendirilmediği ve hastane çalışanları ile paylaşım paylaşım olmadığı izlenebilir olmalıdır.
 - Mavi kod kayıtlarının yönetimce analizlerinin yapılıp sonuçlarının periyodik olarak mavi kod ekipleri ve çalışanlarla paylaşılması
Ör: Analiz sonuçlarının bildirim yazıları
 - Mavi kod ekipleri analiz sonuçları konusundaki bilgi sahibi olması ve analiz sonuçlarına yönelik iyileştirmelerin yapılmış olması



AD.AD.02.06

Mavi kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ Mavi kod ile ilgili eğitimlerin ve tatbikatların yapılmış olduğu izlenebilmelidir.

- Mavi kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlara yapılan eğitimlerin belgelendirilmiş olması
Ör: Eğitime katılan çalışan sayısı ile kurumdaki tüm çalışan sayısının tutarlı olması

- Mavi kod ekibi içerisinde yer alan hekim ve diğer sağlık çalışanlarının konu ile ilişkili eğitim almış olmaları
Ör: Çalışanların katıldıkları tatbikat ve eğitimlere ilişkin geribildirimlerinin kayıtlarla tutarlı olması

- Müdahale ekip üyelerinin eğitim ve beceri düzeylerinin yeterli olması

Ör: Ekip üyesinin defibrilatör kullanma becerisi

➤ Mavi Kod eğitim ve tatbikatlarının sürekliliği ve takibinin yapıldığı izlenebilmelidir.

- Yıllık tatbikatların (yılda en az bir kez mavi kod tatbikatı) yapıldığına dair belgeler

Ör 1: Tatbikatın gerçekleştirildiğine dair rapor, tutanak, kamera kayıtları vs.

Ör 2: Tatbikata katılanların listesi

- Tatbikatlarla ilişkili süreçler ile ilgili materyal

Ör: Tatbikat videoları

➤ Mavi Kod eğitim ve tatbikatlarına hastane yönetimi tarafından tüm çalışanların katılımının sağlandığı izlenebilmelidir.

- Müdahale ekibinin yetkinlik ve becerisini geliştirici eğitimlere katılımın sağlanması

Ör: Eğitim ve tatbikatlara katılmayan çalışana yönelik yapılan yazışmalar

- Hastane yönetiminin, gerçekleştirilen tatbikat kayıtlarının tutulması sağlanarak, sonuçların değerlendiriliyor ve gerekli iyileştirici tedbirlerin alınıyor olması

Ör: Tatbikat sonucu gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının çalışanlarla paylaşıldığına dair yazılar

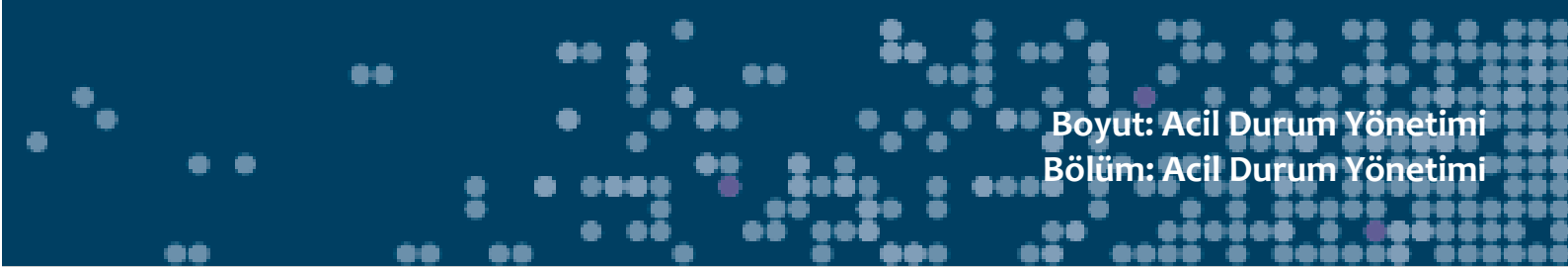
- Çalışanların ve müdahale ekibinin konuyla ilgili bilgi ve farkındalık düzeyinin yüksek olması

Ör: Olası bir Mavi Kod uyarısı verilmesi durumunda Mavi Kod sürecinin uygun yürütüldüğünün gözlemlenebiliyor olması



Standart 57

**Bebek/Çocuk Kaçırma Riski ya da Eyleminin
Söz Konusu Olduğu Durumlarda Zamanında
Müdahale Sağlanması**



Boyut: Acil Durum Yönetimi
Bölüm: Acil Durum Yönetimi



Standart 57:

Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.

AD.AD.03.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanması kapsamında,

- Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik pembe kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmasını,
- Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmesini,
- Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmesini,
- Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmasını,
- Pembe kod ile ilgili eğitimler verilmesi, tatbikatlar yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirmeler sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



AD.AD.03.01

Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik pembe kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

Özellikle çocuk hastaneleri, kadın doğum hastaneleri, kadın doğum kliniği ya da pediatri kliniği bulunan hastaneler başta olmak üzere, hastaneden hizmet alan bebek veya çocuk hasta/hasta yakınına kaçırma girişimi veya kaçırma durumu halinde en kısa sürede müdahale edilmesine yönelik olarak acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumun tamamını kapsayacak şekilde Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik pembe kod ile tanımlanmış acil uyarı sisteminin oluşturulduğu kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda pembe kod uyarı sisteminin tüm alanları kapsayacak şekilde oluşturulduğuna ve hangi yolla (telefon vb.) uygulama yapılacağına dair yönetim onayı
Ör: Pembe kod sisteminin kurulmasının onay yazısı
- Pembe kod çağrısının kim tarafından, nasıl verileceği ve kimler tarafından çağrıya cevap verileceği ve sürecin sonlandırılacağına dair dokümanın bulunması
Ör: Pembe Kod süreci ile ilişkili algoritma veya prosedür
- Tüm çalışanların pembe kod uyarı sisteminin varlığını ve hangi yolla yapıldığını bilmeleri
- Ör: Çalışanların pembe kod uyarısını doğru bir şekilde yapıyor olmaları
- Riskli alanlarda (bebek odaları, yoğun bakımlar vb.) giriş çıkışların kontrollü yapılmasına dair bir sistemin kurulmuş olması
- Ör: Riskli alanlarda kartlı geçişin gözlemlenmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Pembe kod acil uyarı sisteminin uygulama çıktıları ve sistemin sürekliliği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Acil uyarı sisteminin tüm alanlarda duyula bilirliliğinin tesis turu kontrol listelerinde ve/veya acil uyarı sistemi tatbikat formlarında bulunması
Ör: Dokümanda duyula bilirliliğin tespiti (tesis turu kontrol listesi)
 - Geçmişe yönelik pembe kod kayıtlarının bulunması
Ör: Tutanak vb.
 - Pembe Kod acil uyarı sisteminin işler olması
 - Acil uyarı anonslarının kurum içerisinde duyula bilirliliğinin test edilmesi
Ör: Acil uyarı anonsunun test edilmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ Hastane yönetimi acil uyarı yönetim sürecine katılıyor olması, acil müdahale ekipleri ve çalışanların Pembe Kod konusundaki farkındalıkları yüksek olduğu izlenebilmelidir.

- Acil uyarı sistemi yönetiminin (komite, kurul, komisyon vb.) belirli aralıklarla yapmış olduğu değerlendirme toplantıları

Ör: Acil uyarı sistemi yönetim toplantıları karar defteri vb.

- Çalışanların zorunlu eğitim planlarında, acil uyarı sistemi ile ilişkili müfredatın olması

Ör. Zorunlu eğitim planları

- Müdahale ekibinin yetkinliği ve becerisinin tam olması

Ör. Acil müdahale ekipmanlarını kullanma becerisi

Ör. Çalışanların yaka kartlarında acil uyarı sisteminin telefon kodlarının bulunması



AD.AD.03.02

Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.

Hastane tarafından, kurum yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde pembe kod sorumluları belirlenmelidir.

Sorumluların sorumluluk alanları asgari; çalışanlara verilecek eğitimler, tatbikatların organize edilmesi, kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılmasıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil uyarı sistemi yönetiminin oluşturulduğu ve pembe kod sorumlularının belirlendiği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Acil uyarı sisteminin yönetimi (komite, kurul, komisyon vb.) ile ilgili sorumluların ve sorumlulukların belirlendiğine dair yönetim onayı ile ilişkili doküman
Ör: Acil uyarı sisteminin sorumlularını görevlendirme yazıları
 - Sorumluların görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması
- Acil uyarı sistemi yönetiminin faaliyet çıktıları ve devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Çalışanlara verilecek eğitim ve tatbikat planları ve takvimi
Ör: Eğitim planı
 - Kurumun Pembe Kod ekiplerinin belirlendiğine dair listeler
 - Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul vb.) toplantı ve düzeltici önleyici kararları ile ilgili kayıtlar
Ör: Karar defteri vb.
 - Pembe Kod müdahale ekiplerinin görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması
- Hastane yönetimi acil uyarı yönetim sürecine katılım sağlamalıdır.
 - Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul, komisyon vb.) kararlarının kurum içi ilgililerine bildirilmesi
 - Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin yönetim tarafından onaylanması
Ör. Alınan düzeltici önleyici kararların müdahale ekiplerine bildirilmesi
Ör. Düzeltici Önleyici Faaliyetler için yönetim onayı
 - Alınan kararların alanda uygulanıyor olması



AD.AD.03.03

Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.

Pembe kod uyarısı verildiğinde güvenlik görevlileri başta olmak üzere ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve hastane bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmelidir.

Hastane, pembe kod uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Müdahale ekibi/ekiplerinin belirlenmiş olduğu kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Müdahale ekibi/ekiplerinin tanımlanıp görevlendirilmeleri
Ör. Görevlendirme onayları
 - Pembe kod ekiplerinin görevlendirmelerden haberdar olmaları
- Pembe kod sürecinin faaliyet çıktıları ve devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Pembe kod ile ilişkili ekiplerin (güvenlik personeli, santral, teknik hizmetler vd.) 7/24 çalışma planları
Ör. Aylık/haftalık vardiya listeleri
 - Yapılan müdahalenin etkili olduğunun değerlendirilmesi
Ör. Acil uyarı sistem yönetimi tarafından gerçekleştirilen değerlendirme toplantı kararları
 - Pembe kod ile ilişkili ekiplerin (güvenlik personeli, santral, teknik hizmetler vd.) çalışma planlarına göre faaliyet göstermesi
Ör. Liste ile vardiyadaki çalışanın uyumlu olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Pembe Kod ile ilişkili ekiplerin hastane yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği ile diğer hastane çalışanlarının ilgili sürece katılım sağlayıp sağlamadığı izlenebilir olmalıdır.
 - Pembe Kod müdahale ekiplerinin faaliyetlerinin yönetimce takip edilmesi ve Acil uyarı sisteminin yönetimi tarafından önerilen süreç iyileştirmelerinin prosedüre yansıtılması ve çalışanlarla paylaşılması
Ör. Acil uyarı sisteminin yönetim tarafından önerilen süreç iyileştirme kararlarının prosedüre yansıtılmış olması
Ör. Çalışanlara Pembe Kod prosedüründeki değişimlerin duyurulması
Ör. Pembe kod ekibinin süreçle ilişkili görüş ve önerilerinin alınıyor olması
Pembe Kod ekiplerinin ve çalışanların gerçekleşen değişiklikler konusunda farkındalığı



AD.AD.03.04

Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

Pembe kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Çağrının ne zaman yapıldığı
- Müdahale edilen bebek ya da çocuğa ve velisine ait bilgiler
- Kaçırma girişimi/işleminin nedeni ve şekli
- Müdahalenin nasıl yapıldığı, alınan önlemlerin kapsamı
- Müdahalenin sonucu
- Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
- Olayın adli mercilere iletilmesi süreci ile ilgili bilgiler.

Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yapılan müdahaleler ile ilgili kayıtların tutulduğu izlenebilir olmalıdır.
 - Pembe Kod acil müdahaleleri ile ilgili kayıtların eksiksiz bir şekilde tutulması ve kayıtların standart hale getirilmiş olması
 - Kayıtların yer, çağrı zamanı, ulaşma süresi, müdahale edilen kişiye ait bilgiler, yapılan uygulama, müdahale ekibinin kimlerden oluştuğu ve sonuç bilgilerini içermesi
Ör. Kayıt formları veya elektronik kayıtlar
Ör. Pembe Kodun anonsu takiben uygulamaya konulduğu ortalama süre
 - Pembe kod ile ilişkili ekiplerin bu kayıtları doğru tutuyor olması
Ör: Ekip üyelerinin kayıt girişlerini doğru yaptığının gözlenebiliyor olması
- Pembe Kod müdahale kayıtlarının izlenebilirliği ve devamlılığı görülebilmelidir.
 - Gerçekleşmiş olan Pembe Kod uygulamalarının standartlara uygun ve zamanında tutulup tutulmadığı ile ilgili kayıtlar
Ör: Geçmiş kayıt formları
 - Pembe kod kayıt içeriğinin değerlendirilmesi
Ör: Kayıt sonuçlarının izlenmesi
- Pembe Kod sürecinde yönetimin kayıt tutulmasında etkin olup olmadığı ve hastane çalışanları ile değerlendirme sonuçlarının paylaşılıp paylaşılmadığı izlenebilir olmalıdır.
 - Pembe kod kayıtlarının yönetim tarafından analizlerinin yapılıp sonuçlarının periyodik olarak pembe kod ile ilişkili ekipler ve çalışanlarla paylaşılması
Ör: Analiz sonuçlarının bildirim yazıları
 - Pembe kod ile ilişkili ekiplerin analiz sonuçları konusundaki bilgi sahibi olması ve analiz sonuçlarına yönelik iyileştirmelerin yapılmış olması



AD.AD.03.05

Pembe kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Pembe kod ile ilgili eğitimlerin ve tatbikatların yapılmış olduğu izlenebilmelidir.
 - Pembe kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlara yapılan eğitimlerin belgelendirilmiş olması
Ör: Eğitime katılan çalışan sayısı ile kurumdaki tüm çalışan sayısının tutarlı olması
 - Pembe kod ile ilişkili ekiplerin konu ile ilişkili eğitim almış olmaları
Ör: Çalışanların katıldıkları tatbikat ve eğitimlere ilişkin geribildirimlerinin kayıtlarla tutarlı olması
- Pembe Kod eğitim ve tatbikatlarının sürekliliği ve takibinin yapıldığı izlenebilmelidir.
 - Yıllık tatbikatların (yılda en az bir kez pembe kod tatbikatı) yapıldığına dair belgeler
Ör 1: Tatbikatın gerçekleştirildiğine dair rapor, tutanak, kamera kayıtları vs.
Ör 2: Tatbikata katılanların listesi
 - Tatbikatlarla ilişkili süreçler ile ilgili materyal
Ör: Tatbikat videoları
Ör. Olası bir Pembe Kod uyarısı durumunda Pembe kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlenebiliyor olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

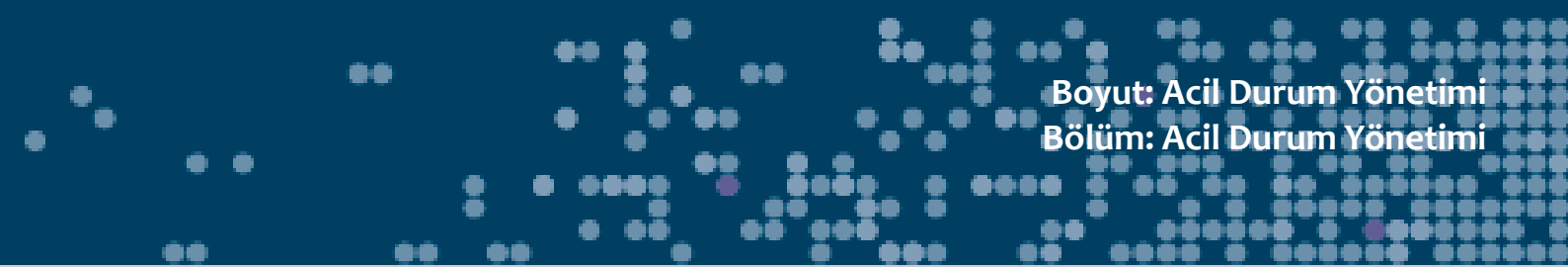
- Pembe Kod eğitim ve tatbikatlarına hastane yönetimi tarafından tüm çalışanların katılımının sağlandığı izlenebilmelidir.
 - Pembe kod ile ilişkili ekiplerin yetkinlik ve becerisini geliştirici eğitimlere katılımın sağlanması
Ör: Eğitim ve tatbikatlara katılmayan çalışana yönelik yapılan yazışmalar
 - Hastane yönetimince, gerçekleştirilen tatbikat kayıtlarının tutulması sağlanarak, sonuçların değerlendiriliyor ve gerekli iyileştirici tedbirlerin alınıyor olması
Ör: Tatbikat sonucu gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının çalışanlarla paylaşıldığına dair yazılar
 - Pembe kod ile ilişkili ekiplerin konuyla ilgili bilgi ve farkındalık düzeyinin yüksek olması
Ör. Olası bir Pembe Kod uyarısı durumunda Pembe kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlenebiliyor olması



Standart 58

**Sağlık alışanına Yönelik şiddet Riski/şiddet
Eyleminin Söz Konusu Olduğu Durumlarda
Zamanında Müdahale Sağlanması**

Boyut: Acil Durum Yönetimi
Bölüm: Acil Durum Yönetimi





Standart 58:

Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.

AD.AD.04.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanması kapsamında,

- Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik beyaz kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmasını,
- Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmesini,
- Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmesini,
- Beyaz kod ile ilgili eğitimler verilmesi, tatbikatlar yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısı sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

AD.AD.04.01

Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik beyaz kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlar için acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/ şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik beyaz kod ile tanımlanmış acil uyarı sisteminin oluşturulduğu kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Kurumda beyaz kod uyarı sisteminin tüm alanları kapsayacak şekilde günün her saatinde müdahaleyi sağlayacak şekilde yapılandırıldığına ve aynı zamanda acil uyarı sistemi için kurulacak çağrı sisteminin nasıl olacağına dair yönetim onayı
Ör: Beyaz kod sisteminin kurulmasının onay yazısı
 - Tüm çalışanların beyaz kod uyarı sisteminin varlığını ve hangi yolla yapıldığını bilmeleri
Ör. Güvenlik personelinin Beyaz Kod sürecindeki görev tanımlarını bilmeleri
Ör. Panik butonları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ Beyaz kod acil uyarı sisteminin uygulama çıktıları ve sistemin sürekliliği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.

- Acil uyarı sisteminin tüm alanlarda duyula bilirliliğinin tesis turu kontrol listelerinde ve/veya acil uyarı sistemi tatbikat formlarında bulunması

Ör: Dokümanda duyula bilirliliğin tespiti (tesis turu kontrol listesi)

- Geçmişe yönelik beyaz kod kayıtlarının bulunması

Ör: Beyaz Kod kayıtlarının tam ve eksiksiz olması

- Beyaz Kod acil uyarı sisteminin işler olması

- Acil uyarı anonslarının kurum içerisinde duyula bilirliliğinin test edilmesi

Ör: Acil uyarı anonsunun test edilmesi

- Beyaz Kod acil uyarı sisteminin işler olması

- Geçmiş Beyaz Kodlarla ilişkili iş ve işlemlerin etkinliği

Ör: Mağdur çalışanlarla görüşmeler yapılması

➤ Hastane yönetimi acil uyarı yönetim sürecine katılıyor olması, acil müdahale ekipleri ve çalışanların Beyaz Kod konusundaki farkındalıkları yüksek olduğu izlenebilmelidir.

- Acil uyarı sistemi yönetiminin belirli aralıklarla yapmış olduğu değerlendirme toplantıları

Ör: Acil uyarı sistemi yönetim toplantıları karar defteri vb.

- Çalışanların zorunlu eğitim planlarında, acil uyarı sistemi ile ilişkili müfredatın olması

Ör: Zorunlu eğitim planları

- Çalışanların Beyaz Kod süreci ile ilgili farkındalığının yüksek olması

Ör: Çalışanların yaka kartlarında acil uyarı sisteminin telefon kodlarının bulunması

Hastane tarafından, kurum yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde beyaz kod sorumluları belirlenmelidir.

Sorumluların sorumluluk alanları asgari, çalışanlara verilecek eğitimler, tatbikatların organize edilmesi, kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılmasıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil uyarı sistemi yönetiminin oluşturulduğu ve beyaz kod sorumlularının belirlendiği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Acil uyarı sisteminin yönetimi (komite, kurul, komisyon vb.) ile ilgili sorumluların ve sorumlulukların belirlendiğine dair yönetim onayı ile ilişkili doküman
Ör: Acil uyarı sisteminin sorumlularını görevlendirme yazıları
 - Sorumluların görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması
- Acil uyarı sistemi yönetiminin faaliyet çıktıları ve devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Beyaz Kod ile ilişkili ekiplere verilecek eğitim ve tatbikat planları ve takvimi
Ör: Eğitim planı
 - Kurumun Beyaz Kod ekiplerinin belirlendiğine dair listeler
 - Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul vb.) toplantı ve düzeltici önleyici kararları ile ilgili kayıtlar
Ör: Karar defteri vb.
 - Beyaz Kod müdahale ekiplerinin (güvenlik personeli vd.) görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetimi acil uyarı yönetim sürecine katılım sağlamalıdır.
 - Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul, komisyon vb.) kararlarının kurum içi ilgililerine bildirilmesi
Ör: Alınan düzeltici önleyici kararların müdahale ekiplerine bildirilmesi
 - Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin yönetim tarafından onaylanması
Ör. Düzeltici Önleyici Faaliyetler için yönetim onayı
 - Yönetimin şiddete uğrayan çalışanı için idari, hukuki ve psikolojik destek veriyor olması
Ör: Avukat görevlendirmesi
 - Alınan kararların alanda uygulanıyor olması

AD.AD.04.03

Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.

Beyaz kod uyarısı verildiğinde; güvenlik görevlileri başta olmak üzere ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve hastane bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmelidir. Hastanede bulunan güvenlik görevlileri beyaz kod sisteminde belirlenen şekilde sorumlu bulundukları alanda meydana gelen olaylara müdahale etmekle sorumludur.

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

Beyaz kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir:

- Çağrının ne zaman yapıldığı,
- Müdahale edilen personele ve şiddet uygulayan kişiye ait bilgiler,
- Şiddet olayının nedeni
- Müdahalenin nasıl ve nerede yapıldığı
- Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
- Müdahalenin sonucu
- Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
- Olayın adli mercilere iletilmesi ile ilgili bilgiler

Tutulacak kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Beyaz Kod ile ilişkili ekiplerin hastane yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği ile diğer hastane çalışanlarının ilgili sürece katılım sağlayıp sağlamadığı izlenebilir olmalıdır.
 - Beyaz Kod müdahale ekiplerinin faaliyetlerinin yönetimce takip edilmesi ve Acil uyarı sisteminin yönetimi tarafından önerilen süreç iyileştirmelerinin prosedüre yansıtılması ve çalışanlarla paylaşılması
Ör. Acil uyarı sisteminin yönetim tarafından önerilen süreç iyileştirme kararlarının prosedüre yansıtılmış olması
Ör. Çalışanlara Beyaz Kod prosedüründeki değişimlerin duyurulması
Ör. Beyaz kod ekibinin süreçle ilişkili görüş ve önerilerinin alınıyor olması
 - Beyaz Kod ekiplerinin ve çalışanların gerçekleşen değişiklikler konusunda farkındalığı



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Müdahale ekibi/ekiplerinin belirlenmiş olduğu kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Müdahale ekibi/ekiplerinin (güvenlik görevlileri vd.) tanımlanıp görevlendirilmeleri
Ör. Görevlendirme onayları
 - Hastanenin tüm alanlarına hâkim yeterli güvenlik görevlisinin bulunması
Ör: Güvenlik sayısının kaç kişi olmasının gerektiğini gösteren otorite izni ve onayı
 - Beyaz kod uyarısı verildiğinde; müdahale ekiplerinin nasıl müdahale edeceği, bölüm ve hastane bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağını tanımlandığı doküman
Ör: Müdahale ilgili prosedür ya da algoritmalar
 - Beyaz kod ekiplerinin görevlendirmelerden haberdar olmaları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Beyaz kod sürecinin faaliyet çıktıları ve devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Kurumda beyaz kod uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapılması
Ör: Aylık/haftalık vardiya listeleri
 - Yapılan müdahalenin etkili olduğunun değerlendirilmesi
Ör. Acil uyarı sistem yönetimi tarafından gerçekleştirilen değerlendirme toplantı kararları
 - Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin (güvenlik personeli, santral vd) çalışma planlarına göre faaliyet göstermesi
Ör. Liste ile vardiyadaki çalışanın uyumlu olması

AD.AD.04.04

Beyaz kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.

Hastanede, beyaz kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlarına verilecek eğitimler planlanmalıdır.

Beyaz kod uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Beyaz kod ile ilgili eğitimlerin ve tatbikatların yapılmış olduğu izlenebilmelidir.
 - Beyaz kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlara yapılan eğitimlerin belgelendirilmiş olması
Ör: Eğitime katılan çalışan sayısı ile kurumdaki tüm çalışan sayısının tutarlı olması
 - Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin konu ile ilişkili eğitim almış olmaları
Ör: Çalışanların katıldıkları tatbikat ve eğitimlere ilişkin geribildirimlerinin kayıtlarla tutarlı olması
- Beyaz Kod eğitim ve tatbikatlarının sürekliliği ve takibinin yapıldığı izlenebilmelidir.
 - Yıllık tatbikatların (yılda en az bir kez) yapıldığına dair belgeler
Ör. Tatbikatın gerçekleştirildiğine dair rapor, tutanak, kamera kayıtları vs.
Ör. Tatbikata katılanların listesi
 - Tatbikatlarla ilişkili süreçler ile ilgili materyal
Ör. Tatbikat videoları
Ör. Olası bir Beyaz Kod uyarısı durumunda Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlenebiliyor olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Beyaz Kod eğitim ve tatbikatlarına hastane yönetimi tarafından tüm çalışanların katılımının sağlandığı izlenebilmelidir.
 - Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin yetkinlik ve becerisini geliştirici eğitimlere katılımın sağlanması
Ör: Eğitim ve tatbikatlara katılmayan çalışana yönelik yapılan yazışmalar
 - Hastane yönetiminin, gerçekleştirilen tatbikat kayıtlarının tutulması sağlanarak, sonuçların değerlendiriliyor ve gerekli iyileştirici tedbirlerin alınıyor olması
Ör: Tatbikat sonucu gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının çalışanlarla paylaşıldığına dair yazılar
 - Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin konuyla ilgili bilgi ve farkındalık düzeyinin yüksek olması
Ör. Olası bir Beyaz Kod uyarısı durumunda Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlenebiliyor olması



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

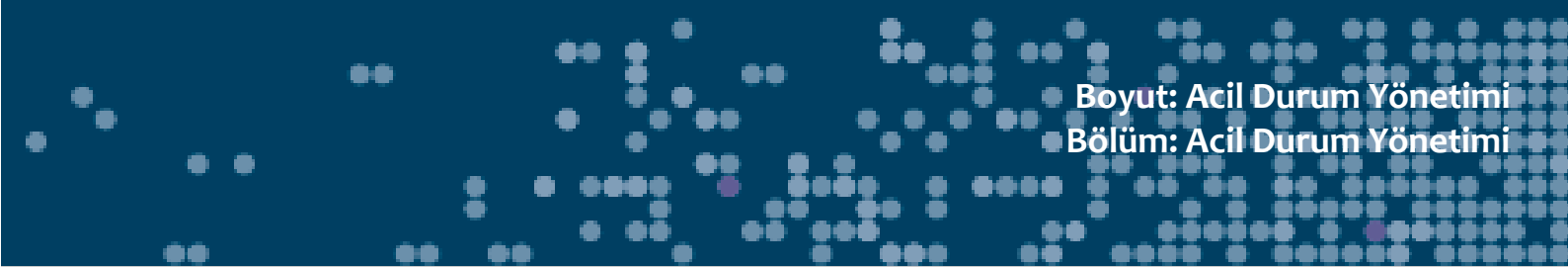
- Hukuki Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi, Sayı:6367, 16.03.2016.



Standart 59

**Yangına Zamanında Müdahaleyi Sağlamaya
Yönelik Düzenleme Bulunması**

Boyut: Acil Durum Yönetimi
Bölüm: Acil Durum Yönetimi





Standart 59:

Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

AD.AD.05.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunması kapsamında,

- Yangın algılama sistemi bulunmasını,
- Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmasını,
- Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmesini,
- Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmasını,
- Kırmızı kod ile ilgili eğitimler verilmesi, tatbikatlar yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

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

Bu standart kuruma ne sağlar?

Bu standart,

Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirmeler ile sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısı sağlar.



Bu standart aşağıdaki mevzuatla ilişkilidir. Uygulamalar sırasında mevzuata uygun olacak şekilde düzenlemeler yapılmalıdır.

- Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

AD.AD.05.01

Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda yangın algılama sistemi bulunuyor olduğunu gösteren izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır.
 - Hastanenin tüm alanlarını kapsayacak şekilde bir yangın algılama sisteminin bulunması
Ör: Yangın algılama sisteminin planı
 - Yangın detektörleri ve yangın alarm sisteminin işler durumda olması (özellikle kazan daireleri, yakıt depolarının bulunduğu alanlar, tıbbi gazların depoları, elektrik panelleri, eczane, laboratuvar gibi en riskli alanlarda)
- Kurumdaki yangın algılama sistemleri izlenebilir ve devamlı olmalıdır.
 - Yangın algılama sistemlerinin periyodik bakımlarının yapılması
Ör: Yetkili firması tarafından yapılan bakım (test) raporları ve teknik doküman
Ör: Kontrol listeleri
- Yönetim yangın algılama sisteminin işlevsel olmasını sağlamalıdır.
- Çalışanların bu konuyla ilgili eğitimlerle farkındalığı sağlanmalıdır.
 - Ör 1: Çalışanlara konuyla ilişkili yazılan yazılar
 - Ör 2: Eğitim programları
- Çalışanlar yangın algılama sistemi konusunda bilgi sahibi olmalıdır.

AD.AD.05.02

Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

Hastanede, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır. Kurulacak acil uyarı sistemi, kurumun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilmesini de dikkate alacak şekilde kapsayıcı, görsel ve işitsel olmalıdır. Acil uyarı sistemi oluşturulurken itfaiye vb. ilgili birimlerle koordinasyon sağlanmalıdır.

Kırmızı kod ile tanımlanacak acil uyarı sistem; hastane çalışanlarını haberdar edecek, risk durumunda etkin ve hızlı iletişime geçecek, kısa ve net mesaj verilmesini sağlayacak, doğru müdahale için zaman kazandıracak, panik oluşmasına engelleyecek şekilde oluşturulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyarı sisteminin oluşturulduğu kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Kurumda Kırmızı Kod uyarı sisteminin kurumun tamamını kapsayacak şekilde oluşturulduğuna ve hangi yolla (telefon vb.) uygulama yapılacağına dair yönetim onayı
Ör: Kırmızı kod sisteminin kurulmasının onay yazısı
 - Tüm çalışanların kırmızı kod uyarı sisteminin varlığını ve hangi yolla yapıldığını bilmeleri
Ör. Güvenlik personelinin Kırmızı Kod sürecindeki görev tanımlarını bilmeleri
Ör: Çalışanların Kırmızı Kod uyarısını doğru bir şekilde ilgili çalışanları zamanında haberdar ederek-yapıyor olmaları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kırmızı kod acil uyarı sisteminin uygulama çıktıları ve sistemin sürekliliği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Acil uyarı sisteminin tüm alanlarda duyulabilirliğinin tesis turu kontrol listelerinde ve/veya acil uyarı sistemi tatbikat formlarında bulunması
Ör: Dokümanda duyula bilirlüğün tespiti (tesis turu kontrol listesi)
 - Kırmızı Kod acil uyarı sisteminin işler olması
 - Acil uyarı anonslarının kurum içerisinde duyula bilirlüğünün test edilmesi
Ör: Acil uyarı anonsunun test edilmesi
 - Kırmızı Kod acil uyarı sisteminin işler olması
- Hastane yönetimi acil uyarı yönetim sürecine katılıyor olması, acil müdahale ekipleri ve çalışanların Kırmızı Kod konusundaki farkındalıkları yüksek olduğu izlenebilmelidir.
 - Acil uyarı sistemi yönetiminin belirli aralıklarla yapmış olduğu değerlendirme toplantıları
Ör: Acil uyarı sistemi yönetim toplantıları karar defteri vb.
 - Çalışanların zorunlu eğitim planlarında, acil uyarı sistemi ile ilişkili müfredatın olması
Ör. Zorunlu eğitim planları
 - Çalışanların Kırmızı Kod süreci ile ilgili farkındalığının yüksek olması

Hastane tarafından, kurum yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde kırmızı kod sorumluları belirlenmelidir.

Sorumluların sorumluluk alanları asgari; çalışanlara verilecek eğitimler, tatbikatların organize edilmesi, ilgili kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılması gibi konularını kapsamalıdır. Acil uyarı sistemlerinden sorumlu kişiler aynı zamanda yangın önleme ve söndürme ile ilgili mevzuatları takip ederek, gerekli düzenlemelerin yapılmasını da takip etmelidirler.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Acil uyarı sistemi yönetiminin oluşturulduğu ve kırmızı kod sorumlularının belirlendiği kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.
 - Acil uyarı sisteminin yönetimi (komite, kurul, komisyon vb.) ile ilgili sorumluların ve sorumlulukların belirlendiğine dair yönetim onayı ile ilişkili doküman
Ör: Acil uyarı sisteminin sorumlularını görevlendirme yazıları
 - Sorumluların görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması
- Acil uyarı sistemi yönetiminin faaliyet çıktıları ve devamlılığı izlenebilir olmalıdır.
 - Kırmızı Kod ile ilişkili ekiplere verilecek eğitim ve tatbikat planları ve takvimi
Ör: Eğitim planı
 - Kurumun Kırmızı Kod ekiplerinin belirlendiğine dair listeler
 - Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul vb.) toplantı ve düzeltici önleyici kararları ile ilgili kayıtlar
Ör: Karar defteri vb.
 - Kırmızı Kod müdahale ekiplerinin (güvenlik personeli vd.) görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetimi acil uyarı yönetim sürecine katılım sağlamalıdır.
 - Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul, komisyon vb.) kararlarının kurum içi ilgililerine bildirilmesi
Ör: Alınan düzeltici önleyici kararların müdahale ekiplerine bildirilmesi
 - Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin yönetim tarafından onaylanması
Ör. Düzeltici Önleyici Faaliyetler için yönetim onayı
 - Alınan kararların alanda uygulanıyor olması
- Acil uyarı sistemlerinden sorumlu kişiler aynı zamanda yangın önleme ve söndürme ile ilgili mevzuatları takip ederek, gerekli düzenlemelerin yapılmasını da takip etmelidir.
 - Ör 1: Mevzuatta gerçekleşen değişikliklerin çalışanlara iletildiği doküman
 - Ör 2: Yangın önleme ve söndürme ile ilgili mevzuattaki değişiklikler uygulamaya yansıtılmış olması

AD.AD.05.04

Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmış olmalıdır.
 - Yangına ilk müdahalenin yapılmasına yönelik olarak kullanılacak yangın muslukları, yangın tüpü, yangın hortumu gibi araç ve ekipmanın bulunduğu yerler ve ile bunların kullanımına yönelik bilgilendirmelerin yapılmış olmalıdır.
Ör. Plan, Talimatlar
 - Yangına ilk müdahalenin yapılmasına yönelik olarak kullanılacak yangın muslukları, yangın tüpü, yangın hortumu gibi araç ve ekipman tanımlanan kurallara uygun yerleştirilmesi vb.
Ör. Yangın tüplerinin yerleşiminin plana ve amaca uygunluğunun yerinde gözlemlenmesi
Ör. Talimatların asılı olması
Ör. Yangın çıkışlarının ve merdivenleri amacı dışında kullanılmıyor olması
- Yangına ilk müdahalede kullanılan malzeme ve ekipman işlevsel olmalı ve devamlılığı sağlanmış olmalıdır.
 - Ekipmanın periyodik bakımlarının yapılması, yangın tüplerinin standartlara uygunluğunun takip edilmesi
Ör: Yetkili firması tarafından yapılan bakım (test) raporları ve teknik doküman
 - Ekipmanın takibinin yapılıyor olması
Ör: Kontrol listeleri
 - Yangın önlemlerine yönelik kullanılan ekipman uygun ve çalışır durumda olmalıdır.
Ör. Yangın tüplerinin mizatlarının uygun olması
Ör. Yangın hortumlarının yıpranmamış olması
Ör. Yangın tüpleri mevzuata uygun olması
Ör. (varsa) Geçmişte meydana gelen yangınlara yapılan müdahalelerin izlenebilir olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastane yönetimi, yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipmanın işlevsel kalmasına yönelik destek sağlıyor olmalı, diğer hastane çalışanları ilgili sürece katılım sağlıyor olmalıdır.
 - Yönetimin tüm kademeleri, ilgili ekipmanın işlevsel kalmasına yönelik gerekli prosedürleri oluşturmalı, çalışanların bu konudaki hassasiyetini kontrol etmeli ve farkındalıkları sağlanmalıdır.
 - Ör.Çalışanlara konuyla ilişkili yazılan yazılar
 - Ör. Yangın konusunda çalışan güvenliği ile ilgili verilen eğitimler
 - Çalışanlar, yangın sırasında ekipmanı nasıl kullanacağı, hastaların tahliyesinde kaçış yollarının nasıl kullanılacağı konusundaki bilgi, deneyim ve beceri sahibi olmalıdır.
 - Ör: Çalışanın yangın tüpünü doğru kullandığının gözlemlenebiliyor olması

AD.AD.05.05

Kırmızı kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.

Hastanede, kırmızı kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlarına verilecek eğitimler planlanmalıdır.

Kırmızı kod uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kırmızı kod ile ilgili eğitimlerin ve tatbikatların yapılmış olduğu izlenebilmelidir.
 - Kırmızı kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlara yapılan eğitimlerin belgelendirilmiş olması
Ör: Eğitime katılan çalışan sayısı ile kurumdaki tüm çalışan sayısının tutarlı olması
 - Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin konu ile ilişkili eğitim almış olmaları
Ör: Çalışanların katıldıkları tatbikat ve eğitimlere ilişkin geribildirimlerinin kayıtlarla tutarlı olması
- Kırmızı Kod eğitim ve tatbikatlarının sürekliliği ve takibinin yapıldığı izlenebilmelidir.
 - Yıllık tatbikatların (yılda en az bir kez) yapıldığına dair belgeler
Ör. Tatbikatın gerçekleştirildiğine dair rapor, tutanak, kamera kayıtları vs.
Ör. Tatbikata katılanların listesi
 - Tatbikatlarla ilişkili süreçler ile ilgili materyal
Ör. Tatbikat videoları
Ör. Olası bir Kırmızı Kod uyarısı durumunda Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlenebiliyor olması
- Kırmızı Kod eğitim ve tatbikatlarına hastane yönetimi tarafından tüm çalışanların katılımının sağlandığı izlenebilmelidir.
 - Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin yetkinlik ve becerisini geliştirici eğitimlere katılımın sağlanması
Ör: Eğitim ve tatbikatlara katılmayan çalışana yönelik yapılan yazışmalar
 - Hastane yönetimince, gerçekleştirilen tatbikat kayıtlarının tutulması sağlanarak, sonuçların değerlendiriliyor ve gerekli iyileştirici tedbirlerin alınıyor olması
Ör: Tatbikat sonucu gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının çalışanlarla paylaşıldığına dair yazılar
 - Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin konuyla ilgili bilgi ve farkındalık düzeyinin yüksek olması
Ör. Olası bir Kırmızı Kod uyarısı durumunda Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlenebiliyor olması



Tablolar

Sağlıkta Akreditasyon Standartları
Hastane
Zorunlu Doküman İstenen Standartlar

Boyut	Yönetim ve Organizasyon	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
YO.OY.01.01	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.	Evet
YO.OY.01.02	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	Evet
YO.OY.01.03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.	
YO.OY.01.04	Organizasyon yapısı esas alınarak belirlenen sorumluluk alanlarında politika, prosedür, süreç ve planların uygulanması sağlanmalıdır.	
YO.OY.02.01	Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	
YO.OY.02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı düzenli olarak gözden geçirilmelidir.	
YO.PD.01.00	Hastanenin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	Evet



Boyut	Yönetim ve Organizasyon	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
YO.PD.01.01	Hastanenin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	Evet
YO.PD.01.02	Hastane, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.	
YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	Evet
YO.PD.01.04	Bölüm amaç ve hedefleri hastane temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.	
YO.PD.01.05	Hastanede kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.	
YO.PD.01.06	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme yapılmalıdır.	
YO.PD.01.07	Hastane, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını düzenli olarak gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.	
YO.KY.01.01	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.	Evet
YO.KY.01.02	Yönetsel yapı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	Evet



Boyut	Yönetim ve Organizasyon	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
YO.DY.01.00	Hastanede doküman yönetim sistemi bulunmalıdır.	Evet
YO.DY.01.01	Hastanedeki tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümante edilmelidir.	Evet
YO.DY.01.02	Dokümanların formatı belirlenmelidir.	
YO.DY.01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhafazası sağlanmalıdır.	
YO.DY.01.04	Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.	Evet
YO.DY.01.05	Hastanenin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.	Evet
YO.GR.01.01	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır.	Evet
YO.GR.01.02	Olay bazında analiz ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
YO.GR.01.03	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.	



Boyut	Yönetim ve Organizasyon	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
YO.RY.01.01	Hastane ve hastanede sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır	
YO.RY.01.02	Risk yönetimi planı; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçleri kapsamalıdır.	
YO.RY.01.03	Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.	
YO.RY.01.04	Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
YO.RY.01.05	Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.	
YO.RY.01.06	Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.	
YO.EY.01.01	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.	
YO.EY.01.02	Eğitim ihtiyaçları; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmelidir.	
YO.EY.01.03	Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.	



Boyut	Yönetim ve Organizasyon	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
YO.EY.01.04	Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
YO.SS.01.01	Hastane, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemelidir.	
YO.Kİ.01.01	Kurumsal iletişim kapsamında; hastane yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	Evet
YO.Kİ.01.02	Hedef kitle hastane faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.	
YO.Kİ.01.03	Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	



Boyut	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
PÖ.KG.01.01	İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.	
PÖ.KG.01.02	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.	
PÖ.KG.01.03	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.	
PÖ.KG.01.04	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
PÖ.SG.01.01	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.	
PÖ.SG.01.02	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.	
PÖ.SG.01.03	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
PÖ.SG.01.04	SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.	



Boyut	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SÇ.İK.01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.	Evet
SÇ.İK.01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.	Evet
SÇ.İK.01.03	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.	
SÇ.İK.01.04	Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.	Evet
SÇ.İK.02.01	Hastanenin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.	
SÇ.İK.02.02	Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır	Evet
SÇ.İK.02.03	İşe alınan personelin hastaneye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.	
SÇ.İK.02.04	Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.	
SÇ.İK.02.05	Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performansın artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.	



Boyut	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SÇ.İK.02.06	Hastane tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.	Evet
SÇ.ÇG.01.01	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.	
SÇ.ÇG.01.02	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır	
SÇ.ÇG.01.03	Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanının çalışanlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır.	
SÇ.ÇG.01.04	Çalışanların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	
SÇ.ÇG.01.05	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	



Boyut	Hasta Deneyimi	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
HD.HH.01.01	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.	
HD.HH.01.02	Hastane sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.	
HD.HH.01.03	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.	Evet
HD.HH.01.04	Hastanın hekimini seçme hakkı güvence altına alınacak şekilde süreçler tanımlanmalıdır.	Evet
HD.HH.01.05	Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.	
HD.HH.01.06	Hastaya uygulanacak tıbbi işlemler öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve riskli işlemlerde hastanın rızası alınarak dokümanite edilmelidir.	
HD.HH.01.07	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.	
HD.HH.01.08	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	
HD.HH.01.09	Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.	



Boyut	Hasta Deneyimi	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
HD.HH.01.10	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.	
HD.HH.01.11	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır	Evet
HD.HG.01.01	Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.	
HD.HG.01.02	Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
HD.HG.01.03	Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	
HD.GB.01.01	Sistemde, başta şikayetler olmak üzere tüm geribildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsam, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.	Evet
HD.GB.01.02	Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.	
HD.GB.01.03	Geribildirimler değerlendirilmelidir.	
HD.GB.01.04	Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	



Boyut	Hasta Deneyimi	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
HD.HE.01.01	Hastanın hastaneye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.	
HD.HE.01.02	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minumuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta ne kadar bekleyeceği, ne zaman muayane olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.	
HD.HE.01.03	Hastanede hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
HD.HE.01.04	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşımında ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.	
HD.HE.01.05	Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
HD.HE.01.06	Taburcu sürecindeki hasta ve/veya hasta yakınlarına; hastanın kullanacağı ilaçlar, tedavi sonrasında dikkat edeceği hususlar, gerektiğinde bilgi almak için iletişime geçeceği hekim ve gerekli görülen tüm diğer konularda bilgilendirme yapılmalıdır.	
HD.YS.01.00	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetler tanımlanmalıdır.	Evet
HD.YS.01.01	Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda hastanın ve hasta yakınlarının kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak saygı çerçevesinde hizmet verilmelidir.	



Boyut	Hasta Deneyimi	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
HD.YS.01.02	Cenazenin hastane içinde taşınması ve bekletilmesine yönelik süreçler ile fiziksel koşullar, hasta ve hasta yakınların kültürel ve manevi değerleri ile saygı beklentileri dikkate alınarak oluşturulmalıdır.	Evet
HD.YS.01.03	Cenaze işlemlerinin en kısa ve kolay şekilde tamamlanması için süreçler tanımlanmalı, hasta yakınları için konforlu bekleme alanları oluşturulmalıdır.	Evet
HD.YS.01.04	Cenazenin yakınlarına teslimi sürecinde, fiziksel ve psikolojik durumlarını dikkate alacak şekilde hasta yakınlarına destek olacak uzman personel bulundurulmalıdır.	
HD.YS.01.05	Cenazeler, kimlik bilgileri ile tanımlanmalıdır.	
Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.EK.01.01	Enfeksiyon kontrolü ve önlenmesine yönelik komite oluşturulmalı ve sorumluluklar belirlenmelidir.	Evet
SH.EK.01.02	Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik program oluşturulmalıdır.	Evet
SH.EK.01.03	Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik programda belirlenen konu başlıkları ele alınmalıdır.	Evet



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.EK.01.04	Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.	
SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	Evet
SH.SY.01.01	Sterilizasyon ünitesinde kirli, temiz ve steril alanlar ile bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.	Evet
SH.SY.01.02	Malzemelerin steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.	
SH.SY.01.03	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.	
SH.İY.01.01	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı planlanmalıdır.	Evet
SH.İY.01.02	İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.	Evet
SH.İY.01.03	Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.	Evet
SH.İY.01.04	İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.	



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.İY.01.05	İlaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	
SH.İY.01.06	Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
SH.TY.01.01	Kan ve kan ürünlerine yönelik süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu için sorumluluklar tanımlanmalıdır.	Evet
SH.TY.01.02	Süreçlere yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	
SH.TY.01.03	Belirlenen risklere yönelik olarak gerekli tedbirler alınmalıdır.	
SY.TY.02.00	Kan ve kan ürünlerinin hazırlanması, saklanması ve transferi süreçlerinde hasta, bağışçı ve çalışanlar açısından güvenliği sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	Evet
SH.TY.02.01	Kan ve kan ürünlerinin temini, hazırlanması, muhafaza edilmesi ve transferine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	Evet
SH.TY.02.02	Güvenli kan ve kan ürünleri teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
SH.TY.02.03	Kan ürünlerinin hazırlanması ve etiketlenmesine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	Evet



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.TY.02.04	Kan ve kan ürünlerinin uygun şartlarda muhafaza edilmesi ve stok takiplerinin yapılması sağlanmalıdır.	
SH.TY.02.05	Kan ve kan ürünlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır.	
SH.TY.02.06	İmhası gereken kan ve kan ürünlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.	Evet
SH.TY.03.01	Kan ve kan ürünlerinin istemine yönelik kurallar belirlenmelidir.	Evet
SH.TY.03.02	Transfüzyon öncesi, esnası ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Evet
SH.TY.03.03	Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir.	
SH.TY.03.04	Kan ve kan ürünlerinin izlenebilirliği sağlanarak, beklenmeyen ve istenmeyen etkilerin takibine yönelik süreç belirlenmelidir.	
SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.	Evet
SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.	



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre yatan hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.	
SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek gerektiğinde güncellenmelidir.	
SH.HB.01.05	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	
SH.HB.01.06	Hastanın sevki veya taburcu edilmesine yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.	
SH.HB.02.00	Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanması sağlanmalıdır.	Evet
SH.HB.02.01	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	
SH.HB.02.02	Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.	
SH.HB.02.03	Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	
SH.HB.03.01	Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.	Evet



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.HB.03.02	Yatan hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.	
SH.HB.03.03	Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.	
SH.HB.03.04	Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.	
SH.HB.04.01	Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.	Evet
SH.HB.04.02	Tanı amaçlı yapılan tetkik işlemlerine ilişkin panik değerlerin bildirim süreci tanımlanmalıdır.	Evet
SH.HB.04.03	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
SH.HB.04.04	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
SH.HB.04.05	Bölümler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.	
SH.HB.04.06	Hastane içi ve hastane dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.	Evet



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.HB.05.01	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.	
SH.HB.05.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.	
SH.HB.05.03	Hastalara kısıtlama uygulanması ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.	Evet
SH.HB.06.01	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	
SH.HB.06.02	Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.	Evet
SH.RG.01.01	Radyasyon Güvenliğine yönelik komite oluşturulmalıdır.	
SH.RG.01.02	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.	Evet
SH.RG.01.03	Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.	Evet
SH.LH.01.01	Laboratuvarda numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanlar numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.LH.01.02	Laboratuvarda bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.	
SH.LH.02.01	Laboratuvarda çalışılan testlere yönelik genel bilgi, numune alımı, numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar, test çalışma yöntemi, sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir rehber bulunmalıdır.	Evet
SH.LH.02.02	Rehber ilgili sağlık çalışanları tarafından ulaşılabilir olmalıdır.	
SH.LH.02.03	İlgili sağlık çalışanları rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	
SH.LH.03.01	Test isteminden numunelerin analizine kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.	Evet
SH.LH.03.02	Test istemine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili hekimlere bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.	Evet
SH.LH.03.03	İlgili sağlık çalışanlarına; numune alımı, numune transferi, numunelerin laboratuvara kabulü ve analiz öncesi hazırlanması ile ilgili eğitim verilmelidir.	
SH.LH.04.01	Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.	Evet
SH.LH.04.02	Laboratuvarda bulunan cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	Evet



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.LH.04.03	Test sonuçlarının güvenilirliğine yönelik validasyon/ verifikasyon çalışmaları ve sürekli kalite kontrol işlemleri yapılmalıdır.	
SH.LH.05.01	Hasta sonuç raporlarında bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.	
SH.LH.05.02	Hasta sonuçlarının zamanında ve doğru raporlanması sağlanmalıdır.	
SH.LH.05.03	Raporlarda test sonuçlarının yorumlanması ve klinik önerilerin yer almasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	Evet
SH.LH.05.04	Panik/Kritik değerlerin etkili ve güvenli şekilde bildirilmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.	Evet
SH.LH.05.05	Test numunelerinden artan biyolojik materyalin, işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	Evet
SH.LH.06.01	Numune ve testin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.	
SH.LH.07.01	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir.	
SH.LH.07.02	Gösterge sonuçları değerlendirilmeli, izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	Evet
SH.GC.01.01	Cerrahi uygulama öncesinde, esnasında ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Evet
SH.GC.02.01	Ameliyathane alanlarına yönelik kurallar belirlenmelidir.	Evet
SH.GC.02.02	Ameliyat odaları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
SH.GC.02.03	İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.	
SH.GC.02.04	Kesintisiz enerjinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	
SH.AS.01.00	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	Evet
SH.AS.01.01	Acil servise ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
SH.AS.01.00	Acil serviste hizmet sunumunu kolaylaştıran yapısal düzenlemeler yapılmalıdır.	Evet



Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.AS.01.02	Acil servis üniteleri hasta ve çalışan güvenliği koşullarını ve etkin hizmet sunumunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
SH.AS.01.03	Acil serviste emniyeti sağlamaya yönelik tedbirler planlanmalıdır.	
SH.AS.01.04	Acil servis hizmetlerine yönelik alanlar belirlenmelidir.	
SH.AS.01.05	İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.	
SH.AS.02.01	Hastanın hızlı ve güvenli bir şekilde kabulü sağlanmalı, danışma ve yönlendirme hizmetleri etkin bir şekilde verilmelidir.	
SH.AS.02.02	Acil servis içi transferlerde hasta güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	
SH.AS.02.03	Acil servise başvuru yapan hastaların müdahale ve tedavilerine yönelik öncelikler belirlenmelidir.	
SH.AS.02.04	Muayene, müdahale, konsültasyon ve acil gözlem süreçlerine ilişkin planlamalar yapılmalıdır.	
SH.AS.02.05	Hastanın sevki, yatışı veya taburculuğuna yönelik planlama yapılmalıdır.	
SH.AS.02.06	Acil servis süreçlerinde doğru bilgi akışı sağlanmalıdır.	
SH.AS.02.07	Zehirlenme vakaları ve adli vakalara yönelik prosedürler belirlenmelidir.	



Boyut	Destek Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
DH.OH.01.01	Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından hastanenin tüm alanlarında risk düzeyleri belirlenmelidir.	
DH.OH.01.02	Risk düzeylerine yönelik temizlik kuralları tanımlanmalı ve hastane temizlik planı oluşturulmalıdır.	Evet
DH.OH.02.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	Evet
DH.OH.02.01	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	Evet
DH.OH.02.02	Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	Evet
DH.OH.02.03	Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmalıdır.	Evet
DH.OH.02.04	Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	Evet
DH.OH.03.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	Evet



Boyut	Destek Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
DH.OH.03.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
DH.OH.03.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	Evet
DH.OH.04.01	Hasta odaları ve hasta/ hasta yakınlarının kullandıkları alanlar (kişisel temizlik alanları vb.) güvenli ve konforlu şekilde tasarlanmalıdır.	
DH.OH.04.02	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.	
DH.OH.05.01	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	Evet
DH.OH.05.02	Hastanede hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	Evet
DH.TY.01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	Evet
DH.TY.01.01	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.	Evet
DH.TY.01.02	Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.	



Boyut	Destek Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
DH.TY.01.03	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.	
DH.TY.01.04	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.	
DH.TY.01.05	Hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.	
DH.TY.01.06	Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastaların hizmet erişimini kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.	
DH.TY.01.07	Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır	
DH.AY.01.01	Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.	Evet
DH.AY.01.02	Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.	Evet
DH.AY.01.03	Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolaması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.	
DH.AY.01.04	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
DH.BY.01.00	Hastanede etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	Evet



Boyut	Destek Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
DH.BY.01.01	Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.	Evet
DH.BY.01.02	Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.	
DH.BY.01.03	Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	
DH.BY.01.04	Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	Evet
DH.BY.01.05	Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.	
DH.BY.01.06	Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.	
DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	Evet
DH.MC.01.01	Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.	Evet
DH.MC.01.02	Malzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir.	



Boyut	Destek Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
DH.MC.01.03	Malzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır.	
DH.MC.01.04	Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar karşılanmalıdır.	
DH.MC.01.05	Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir.	
DH.MC.01.06	İhtiyaç duyulan cihazların bakım, kalibrasyon, ayar ve testleri yaptırılmalıdır.	
DH.MC.01.07	Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaşılabilir olmalıdır.	Evet
DH.DK.01.01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler hastanenin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmelidir.	Evet
DH.DK.01.02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	Evet
DH.DK.01.03	Dış hizmet sunucularının faaliyetleri hastane tarafından kontrol edilmeli, sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.	



Boyut	Acil Durum Yönetimi	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
AD.AD.01.01	Acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.	Evet
AD.AD.01.02	Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.	
AD.AD.01.03	Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.	
AD.AD.02.01	Solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır	
AD.AD.02.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
AD.AD.02.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	
AD.AD.02.04	Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.	Evet
AD.AD.02.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.	
AD.AD.02.06	Mavi kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır	
AD.AD.03.01	Bebek/çocuk kaçırma riski ya da eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik pembe kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır	



Boyut	Acil Durum Yönetimi	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
AD.AD.03.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
AD.AD.03.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	
AD.AD.03.04	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.	
AD.AD.03.05	Pembe kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır	
AD.AD.04.01	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik beyaz kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	
AD.AD.04.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
AD.AD.04.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	
AD.AD.04.04	Beyaz kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır	
AD.AD.05.01	Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.	
AD.AD.05.02	Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	
AD.AD.05.03	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
AD.AD.05.04	Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.	Evet
AD.AD.05.05	Kırmızı kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.	





İletişim

T. C. Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü
Mithatpaşa Cad. No: 3 06434
Sıhhiye / ANKARA
Web: www.tuseb.gov.tr/tuska

ISBN: 978-605-67412-2-7