

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

Akreditasyon Standartları

Uygulama Rehberi



**Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü**

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (ADSH) Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberi

1.Baskı: Kasım, Ankara 2021

ISBN: 978-605-70938-1-3

© 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
Bilkent Yerleşkesi Üniversiteler Mah. Dumlupınar Bulvarı 6001. Cad. No:9

PK: 06800 Çankaya/Ankara

Web: www.tuseb.gov.tr/tuska

Dizgi/Mizanpaj/Kapak Tasarım/Baskı : Meyil Matbaa

Tel : 0312 229 96 73 • info@meyilmatbaa.com

Sertifika No : 52345



Türkiye Sağlık Hizmetleri
Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (ADSH) Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberi

Editör

Prof. Dr. Figen ÇİZMECİ ŞENEL

Yazarlar

Dr. Demet GÖKMEN KAVAK

Uzm. Ayşe Sibel ÖKSÜZ

Doç. Dr. Umut BEYLİK

Doç. Dr. İbrahim H. KAYRAL

Doç. Dr. Keziban AVCİ

Dr. Zuhâl ÇAYIRTEPE

Dr. Gülsen KORALAY

Uzm. Canan CENGİZ

Uzm. Ceren CAN

Uzm. Zöhre ALTUN

Uzm. Duygu Sümeyye AYDIN

Uzm. Ayşe KELEŞ

Didem İNCEGİL

Uzm. Asiye ERDEM GÖKÇE

Katkıda Bulunanlar*

Prof. Dr. Burçin AKOĞLU

Prof. Dr. Mehmet Ali KILIÇARSLAN

Prof. Dr. Mustafa Ercüment ÖNDER

Prof. Dr. Umut TEKİN

Doç. Dr. Emre KORKUT

Dr. Öğretim Üyesi Hasan Onur ŞİMŞEK

Uzm. Dt. Evrim DOĞAN

Dt. Esra TOKMAN ASIL

Dt. Oğuz Okan İLHAN

Diş Protez Teknikeri Semih ALKAN

Arzu YALÇIN

Seven KAZAN

*İsimler akademik unvana göre sıralanmıştır.

Teşekkür

ADSH Akreditasyon Standartları Uygulama Rehberine yönelik gerçekleştirilen çalışmalarda görev alan, Sağlıkta Akreditasyon Eğitimcileri ve Denetçilerine, TÜSKA ADSH Akreditasyon Programına ilişkin pilot çalışmaların yürütüldüğü kurum yöneticilerine ve kalite yönetim ofisi çalışanlarına bu rehberin hazırlanmasına olan katkılarından dolayı teşekkür ederiz.

SAS ADSH Setini hazırlayan SHGM Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı'na ve standartların hazırlanmasına katkı veren tüm çalışanlara teşekkür ederiz.

Bu rehberin hazırlanmasında temel alınan çalışmalara sundukları katkılardan dolayı aşağıda isimleri bulunan Sağlıkta Akreditasyon Eğitimcileri ve Denetçilerine ayrıca teşekkürü bir borç biliriz.

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

İçindekiler Tablosu

Yazarlar	1
Teşekkür	3
Önsöz	9
Sunuş	11
Semboller.....	13
1.Bölüm Genel Bilgiler.....	15
Bu rehber neden hazırlandı?	16
Standartlar Hakkında	17
2.Bölüm Standart Uygulama Yöntemi	29
Standartların Uygulanmasına İlişkin İstisnai Durumlar	30
Standartları Uygulamaya Başlamak İçin Bir Yol Haritası	43
3.Bölüm Standartların Uygulanması.....	45
Standart 1: AD SM faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	47
Standart 2: AD SM, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.....	57
Standart 3: AD SM'nin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	61
Standart 4: Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	71
Standart 5: AD SM'de dokümanların yönetimi sağlanmalıdır.	83
Standart 6: Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	95
Standart 7: AD SM ve sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	103
Standart 8: Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.....	113
Standart 9: AD SM, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir. .	123
Standart 10: Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.....	127
Standart 11: İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla performans ölçümü yapılmalıdır.....	133
Standart 12: İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	141
Standart 13: Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.....	147

Standart 14: Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır	161
Standart 15: ADASM’de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeticek şekilde düzenlenmelidir.	173
Standart 16: ADASM’ de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeticek şekilde düzenlenmelidir.	187
Standart 17: Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin(görüş, öneri ve şikâyetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	193
Standart 18: Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	199
Standart 19: Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	209
Standart 20: Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	223
Standart 21: Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	237
Standart 22: Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	255
Standart 23: Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.	271
Standart 24: Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	279
Standart 25: Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	289
Standart 26: Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	301
Standart 27: Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	307
Standart 28: Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	311
Standart 29: Protez Laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	323
Standart 30: Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	331
Standart 31: Protez yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	339
Standart 32: Protez yapımı sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	345
Standart 33: Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	351
Standart 34: Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	355
Standart 35: Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	365
Standart 36: Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için ADASM’ nin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.	373

Standart 37: Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	379
Standart 38: ADŞM’de çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	387
Standart 39: Hasta/muayene odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	393
Standart 40: ADŞM’de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.	399
Standart 41: Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.....	405
Standart 42: ADŞM’de üretilen atıkların insan ve evre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.....	415
Standart 43: ADŞM’de etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	423
Standart 44: Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	433
Standart 45: Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin ADŞM’nin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.	445
Standart 46: Doğal afetler ya da olağan dış müdahale, mücadele, ilkyardımdır veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	453
Standart 47: Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.	463
Standart 48: Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	475
Standart 49: Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.....	487

EKLER.....	499
EK 1. SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)	
Zorunlu Doküman İstenen Standartlar.....	501
EK 2. Standartlara Yönelik ADŞH Sunan Poliklinik ve Muayenehanelere Yönelik İstisnai Durumlar	527
EK 3. Göstergelere Yönelik ADŞH Sunan Poliklinik ve Muayenehanelere Yönelik İstisnai Durumlar	549

Önsöz

TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü olarak, Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine (ADSH) yönelik Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) kapsamında hazırlamış olduğumuz bu çalışma kitabını kamuoyuna gururla sunarız.

Bilindiği üzere, Enstitümüzün kurulmasıyla birlikte Ulusal Akreditasyon süreci başlamış ve daha önce Sağlık Bakanlığı’nca hazırlanarak ISQua tarafından akredite edilen Sağlıkta Akreditasyon Standartları kamuoyu ile paylaşılmıştır. Standartların yayınlanmasını takiben, standartlara yönelik uygulayıcılardan aldığımız geri bildirimler sonucunda, akreditasyona hazırlık sürecinde kullanıcılarına rehberlik edecek kaynak bir dokümana ihtiyaç duyulduğunu gözlemledik. TÜSKA ADSH Akreditasyon programının hayata geçirilmesi ile birlikte böyle bir rehber kitap hazırlamaya karar verdik.

Bu rehberin, sağlık hizmetlerinin kalitesini sürekli iyileştirmeyi içselleştirmiş ve bunu TÜSKA Akreditasyon Belgesi olarak taçlandırmayı hedefleyen ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kurumlar 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, SAS ADSH Setinde yer alan standart, değerlendirme ölçütü ve gerekliliklerin daha kolay anlaşılması ve bu yolla uygulama kolaylığı sağlaması amacıyla, 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 ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kurumlarda 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 kurumlarında akreditasyon süreçlerini koordine etmekle yükümlü olan tüm çalışanlar için faydalı bir kaynak olmasını temenni ederim.

Prof. Dr. Figen ÇİZMECİ ŞENEL

Enstitü Başkanı

TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Sunuş

Bu Rehber, TÜSKA ADSH Akreditasyon Programına özgü Sağlıkta Akreditasyon Standartları-ADSH Seti (v2.2/2020)'ne yönelik olarak, akredite olmayı hedefleyen ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan merkezler, hastaneler, diş hekimliği fakülteleri, poliklinikler ve muayenehaneler 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, ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kurumlarda nasıl uygulanacağı ile ilgili açıklayıcı, anahtar bilgiler vermek üzere hazırlanmış olan bu rehber, kalitenin öğrenilerek içselleştirilmesini ve kurumsal kültüre dönüşmesini ve kurumlara böyle bir sürekli iyileştirme ortamını akreditasyon ile taçlandırma fırsatı yakalamalarını sağlayacak önemli bir araçtır. Bu açıdan standartların daha iyi anlaşılabilir ve uygulanmasında ve standartlara yönelik öz değerlendirme sürecinde kurum çalışanlarına kolaylık sağlayacaktır.

Bu rehber, akreditasyon standartlarının bir parçası değildir. 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 ADSH Seti tasarımı temel alınmış, bununla birlikte kullanıcıların yalnızca ve doğrudan standartların kendisine odaklanılmasını sağlayacak bir tasarımla hazırlanmıştır. Toplam 49 adet olan standardın 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 ilgili sembollerin göz önünde bulundurulması 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-ADSH Seti (v2.2/2020)**”nin uygulanması sürecinde, ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kurumlara rehberlik sağlamak amacı ile hazırlanmıştır.

T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Akreditasyon Standartları-ADSH Seti ilk olarak 2014 yılında International Society for Quality in Healthcare (ISQua) tarafından akredite edilmiş ve 2015 yılında Enstitümüzün kurulmasıyla birlikte TÜSKA’ya devredilmiştir. 2018 yılında reakreditasyon çalışmaları tamamlanan ve 2020 yılında yapılan kapsamı poliklinikler ve muayenahaneleri de kapsayacak şekilde revize edilen SAS ADSH Seti (v2.2/2020) Enstitümüzce gerçekleştirilecek ADSH akreditasyon faaliyetleri kapsamında kullanılmak üzere kamuoyunun erişimine sunulmuştur.

Enstitümüzce ADSH akreditasyon programına yönelik gerçekleştirilen pilot çalışmalar ve sağlıkta akreditasyon denetçi eğitimleri sırasında kullanıcılardan alınan geribildirimler doğrultusunda, standartların uygulama süreçlerine ilişkin daha ayrıntılı ve daha somut bilgiler içeren bir uygulama rehberine ihtiyaç duyulduğu ve böyle bir rehberin akreditasyona hazırlanan kurumlar için faydalı bir kaynak olacağı gözlemlenmiş ve bu ihtiyaca cevap vermek amacı ile bu rehber hazırlanmıştır.

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,
- Sade bir anlatımla ve doğrudan standartlarda istenen gerekliliklere odaklanan ayrıntılı ve somut bilgiler sunulmaktadır.

Bu rehber, Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kurumlarda akreditasyon süreçlerinde görev alan tüm çalışanlar için yol gösterici bir kaynak kitap olarak hazırlanmıştır. Bu yönüyle Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH Seti (v2.2/2020) 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 ve artan hasta beklentileri gibi nedenler ADSH hizmeti sunan kurumların yönetiminde rekabet ortamı oluşmasına neden olmakta; bu ise profesyonel yönetim yaklaşımlarının benimsenmesini zorunlu kılmaktadır. Bu durum, 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 ADSH hizmeti sunan sağlık kurumlarını akreditasyona ulaştıracak temel araç akreditasyona yönelik hazırlanan standartlardır. Bu açıdan akredite olmayı hedefleyen sağlık kurumları için Sağlıkta Akreditasyon Standartları büyük önem taşımaktadır.

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 başlanılmış 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 TÜSEB 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 04 Aralık 2014 tarihinde **Sağlıkta Akreditasyon Standartları- ADSH Seti** 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 ADSH hizmeti sunan kurumlarda **“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	İnsan Odaklı Hedefler
1. Etkililik 2. Etkinlik 3. Verimlilik 4. Sağlıklı Çalışma Yaşamı	1. Hasta Güvenliği 2. Hakkaniyet 3. Hasta Odaklılık 4. Uygunluk 5. Zamanlılık 6. 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 öngörülebilene 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 ADSH sunan merkezler, hastaneler, diş hekimliği fakülteleri, poliklinikler ve muayenehanelere yönelik olarak hazırlanmıştır.

Standartlar ve Mevzuat İlişkisi

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ile ADSH sunan kurumların 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, ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kurumlarda sunulan tüm hizmetler ve hizmet sürecinde yer alan tüm çalışanlar baz alınarak kurumun 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-ADSH Seti, nitelik olarak, uluslararası gelişmeleri dikkate alan, *ülkemizdeki sağlıkta kalite altyapısı ile uyumlu*, kurumdaki tüm hizmet alanlarını kapsayan, amaçsal yorumlamaya uygun, hizmet süreçlerine ve çıktılarına odaklı, inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay, kapsayıcı standartlar içermektedir. Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH (v2.2/2020) setinde, 7 Boyut, 30 Bölüm, 49 Standart 189 değerlendirme ölçütü yer almaktadır.

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

Standartların Kullanımı

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH Seti, TÜSKA ADSH Akreditasyon Programı kapsamında akredite olmak isteyen ağız ve diş sağlığı kurumlarında 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, kuruluların yükümlülüklerine, standartlardan, standartlara ilişkin açıklamalara kadar tüm başlıklar, sağlıkta kalite hedeflerine ulaşılmasına yönelik bir bütünün parçaları olarak ele alınmalıdır.



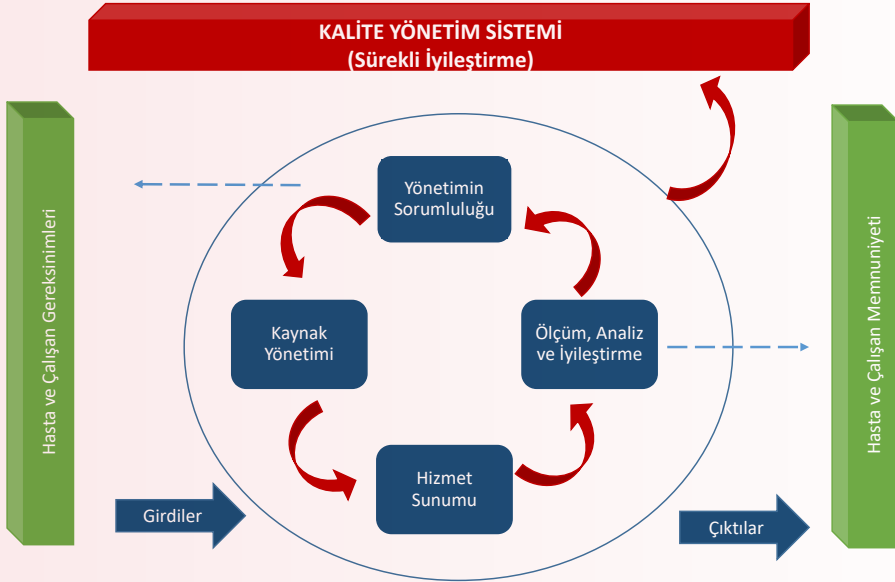
- Standart, değerlendirme ölçütleri ve ilgili kılavuzlar birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.
- Standartlar ve Değerlendirme Ölçütleri ve bunlara ilişkin Kılavuzlar, sağlıkta kalite hedeflerine uygun şekilde amaçsal yorumlanmalıdır.
- Bu kapsamda kılavuzlar ve değerlendirme ölçütleri,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

Standartların Boyut ve Bölümleri

Boyutlandırma Metodolojisinin Felsefesi

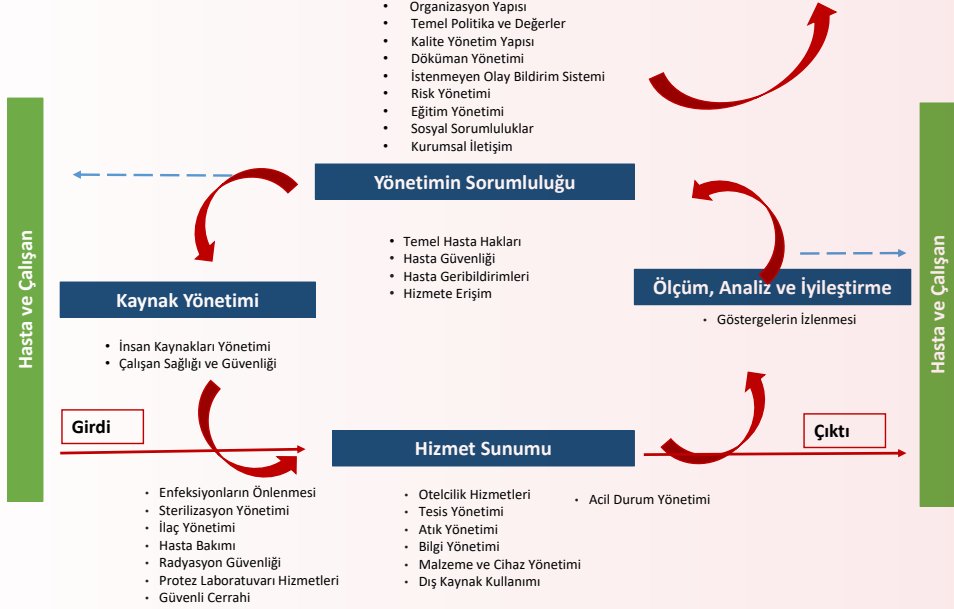
Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH Setinin bütüncül yapısı, sürekli iyileştirmeye odaklı bir kalite yönetim sisteminin tüm parametrelerini içerecek şekilde tasarlanmıştır. Standartlar, hasta ve çalışan gereksinimlerinin temel girdiler olarak ele alındığı, tüm hizmet süreçlerine ilişkin kurum yönetiminin 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-ADSH Seti Teorik Çerçeve



Şekil2: Sağlıkta Akreditasyon Standartları- ADSH Seti 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, kurumda 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; kurumda sunulan hizmetler, yönetim faaliyetleri ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak tüm bölümleri kapsayacak, hiçbir hizmet süreci açıkta bırakılmayacak şekilde belirlenmiştir. Yönetim ve organizasyon boyutu ile performans ölçümü ve kalite iyileştirme boyutları doğrudan kurumun yönetimi ile ilgilidir. Çalışanlar için sağlıklı çalışma ortamı **oluşturulmasının öncelendiği** ayrı bir boyut oluşturulmuştur. Hastaların güvenliği ve memnuniyetini artırmaya yönelik çalışmalar ile temel hasta haklarının uygulanması çalışmaları ayrı bir boyutta ele alınmıştır. Sağlık Hizmetleri ve Destek Hizmetleri bölümleri kurumda verilen hizmetler göz önünde bulundurularak 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;

- Kurum 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 yapısının meydana getirmek amaçlanmıştır.

Bu amaca ulaşmak için;

- 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 ADSH hizmeti sunan kurumlara 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;

- Kurumun 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;

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

Bu amaca ulaşmak için;

- Enfeksiyonların Önlenmesi
- Sterilizasyon Hizmetleri
- İlaç Yönetimi Hasta Bakımı
- Radyasyon Güvenliği
- Protez Laboratuvar Hizmetleri
- Güvenli Cerrahi bölümlerine 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;

- Kurumda karşılaşılabilecek deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama vb. acil durumlar
- 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.

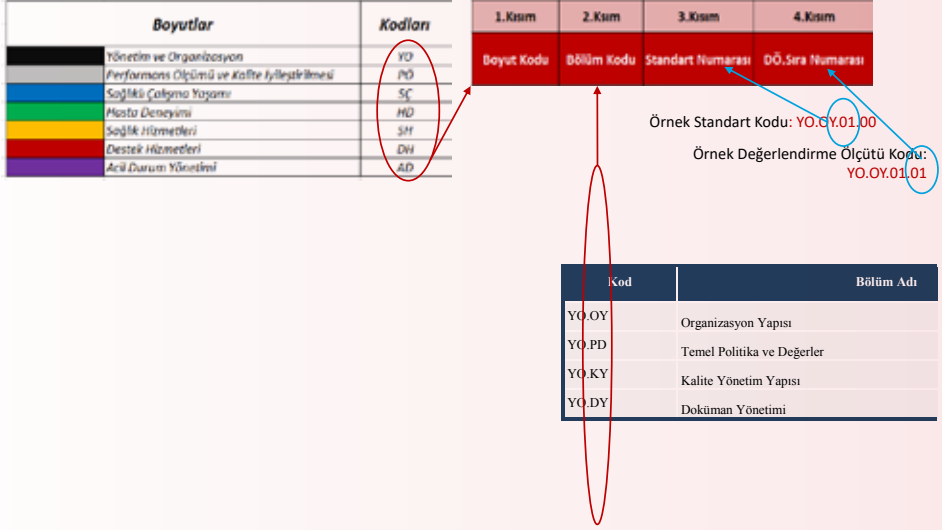
Standartların Kodlama Sistematığı

Standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla

kodlama sistemi geliştirilmiştir. Buna göre her bir standart kendisine ait standart kodu ile anılmaktadır. Standardın kodu 4 kısımdan oluşmaktadır. 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 “oo” standardın kendisini, “o1”den başlayan numaralar değerlendirme ölçütlerinin sıralamasını ifade eder. Aşağıdaki şekilde standartların kodlama sistematığına ilişkin bir örnek yer almaktadır.

Şekil 3: Standart Kodlama Sistematığı Örneği



Standartlar

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADŞH (v2.2-2020) Seti 49 adet standarttan oluşmaktadır.

Tablo 1. ADŞH Sağlıkta Akreditasyon Standartları

Standart 1: ADŞM faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.
Standart 2: ADŞM, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
Standart 3: ADŞM'nin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.
Standart 4: Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.
Standart 5: ADŞM'de dokümanların yönetimi sağlanmalıdır.
Standart 6: Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.
Standart 7: ADŞM ve 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: ADŞM, 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: İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
Standart 13: Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.
Standart 14: Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır
Standart 15: ADSM’de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek şekilde düzenlenmelidir.
Standart 16: ADSM’de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözetecek şekilde düzenlenmelidir.
Standart 17: Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin(görüş, öneri ve şikâyetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.
Standart 18: Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Standart 19 Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.
Standart 20: Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.
Standart 21: Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.
Standart 22: Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.
Standart 23: Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.
Standart 24: Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.
Standart 25:Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.
Standart 26: Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.
Standart 27: Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.
Standart 28: Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
Standart 29: Protez Laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır..
Standart 30: Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
Standart 31: Protez yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
Standart 32: Protez yapımı sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.
Standart 33: Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.
Standart 34: Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.
Standart 35: Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.

Standart 36: Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için ADsM' nin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.
Standart 37: Hasta/hasta yakını ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
Standart 38: ADsM'de çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.
Standart 39: Hasta/muayene odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.
Standart 40: ADsM'de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.
Standart 41: Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.
Standart 42: ADsM'de üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.
Standart 43: ADsM'de etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.
Standart 44: Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.
Standart 45: Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin ADsM'nin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.
Standart 46: Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.
Standart 47: Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.
Standart 48: Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.
Standart 49: Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

2.Bölüm

Standart Uygulama Yöntemi

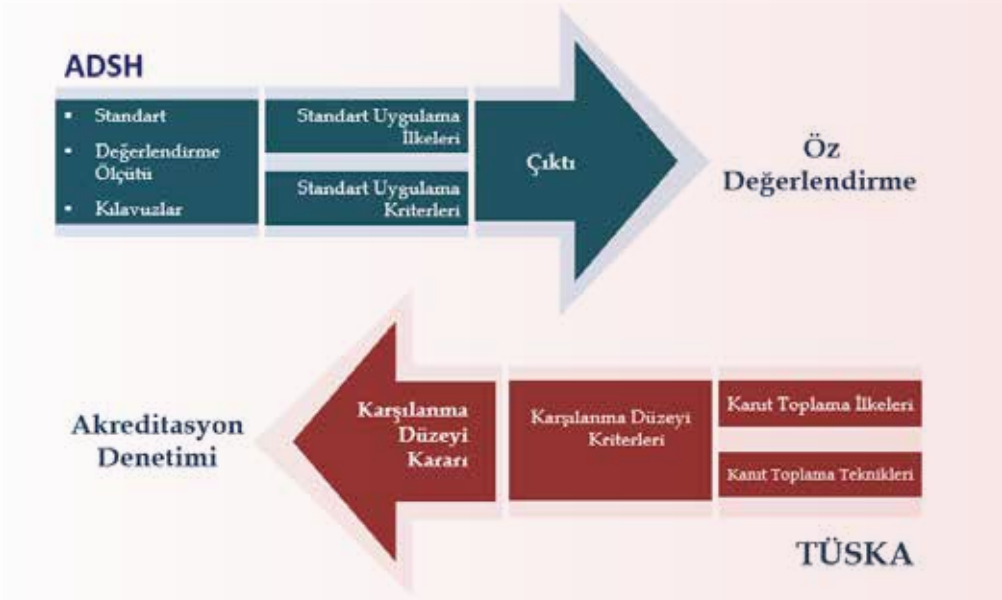
Standart Uygulama Yöntemi

Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının uygulanması, ADSH sunan sağlık kurumu ve TÜSKA perspektifinden olmak üzere iki aşamalı bir bakış açısı gerektirir. Sağlık kurumu 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 ADSH sunan kurum tarafından uygulanması ve TÜSKA tarafından denetlenmesine ilişkin süreçler aşağıdaki şekilde gösterilmektedir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Uygulama ve Puanlama Sistematiği



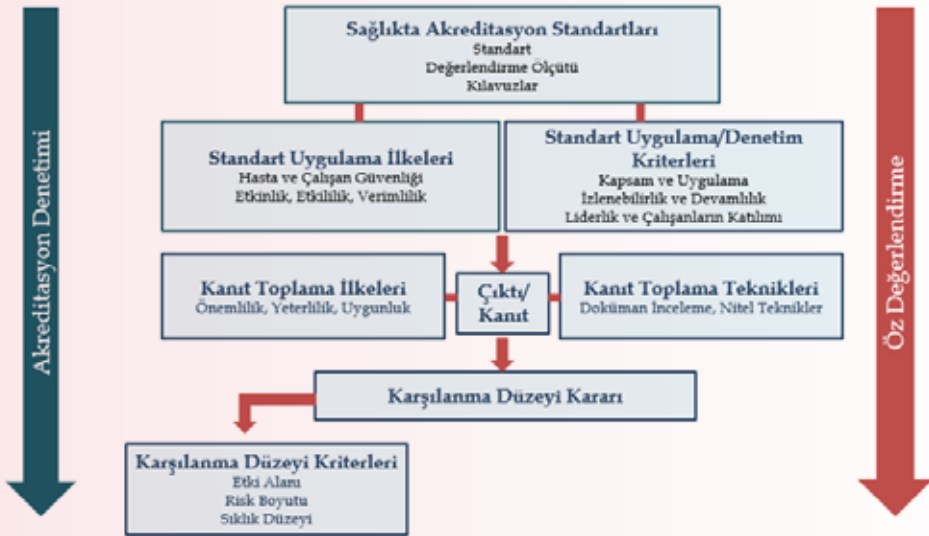
Buna göre, standartlar kurum tarafından, standart uygulama ilkeleri ve standart uygulama kriterleri çerçevesinde doğru olarak uygulanarak standardın tüm gereklilikleri yerine getirilmeye çalışılır ve buna ilişkin çıktılar elde edilir. Elde edilen çıktılar ile akreditasyona yönelik öz değerlendirme yapılır.

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

Sağlık kurumlarında sağlıktaki 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 sağlık kurumlarını akreditasyona hazırlaması bakımından akreditasyon denetim yöntemi ile benzerlik göstermektedir. Süreç adımlarına yönelik gerçekleştirilecek etkin uygulamalar sağlık kurumunun 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 ADSH hizmeti sunan sağlık kurumlarının tüm hizmet alanlarını ve süreçlerini kapsamaktadır. Standartlar/değerlendirme ölçütleri 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 kurum 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.

Standartın 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 kanıtla 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 topla-

nır. 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 kapsaması 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; sağlık kurumunun genelini yansıtmaları, yeterli nitelik ve nicelikte toplanması, ilgili olanların süreç bazlı olarak hizmet alanları ve sunanları kapsamaları gerekmektedir.

Karşılanma Düzeyi Kararının Belirlenmesi

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

Standartların karşılanma düzeyi aşağıdaki ilkeler doğrultusunda belirlenir;

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

Standartların/değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi kategorileri aşağıda tanımlandığı şekildedir;

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

Karşılanma 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&yanlılık) tespit edilmesi durumunda, bu uygunsuzluk “**Karşılanma Düzeyi Kriterleri**”ne göre ele alınmalıdır.

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

Karşılanma düzeyi kriterleri şunlardır;

- Sıklık Düzeyi
- Etki Alanı
- Risk Boyutu

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

Etki Alanı
Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların, bireysel ya da kısıtlı bir alanda mı sınırlı olduğu, yoksa kurumsal ve sistemsel düzeyde mi etkili olduğunun belirlenmesini ifade eder.
▪ Uygunsuzluk bireysel veya oldukça sınırlı alanda ise: BİREYSEL olarak belirlenir. ▪ Bireysel uygunsuzluklar genellikle çalışanların dikkatsizliği, ihmalkârlığı, mesleklerinin gereklerini yerine getirmemeleri veya başka bir dış faktörden kaynaklanan nedenlerle oluşur. Kurumun tasarladığı ve uyguladığı sistem dâhilinde yer almayan ve ayrıca kurumun sorumlu tutulamayacağı çalışan veya başka bir dış faktör kaynaklı konuları genellikle içerir. ▪ Uygunsuzluk kurumsal veya sistemsel düzeyde etkili ise: SİSTEMSEL olarak belirlenir. ▪ Kurum 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	ŞİDDET	FAKTÖR
	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 Standartın 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 kurumların TÜSKA ADSH Akreditasyon Programına başvurması halinde yapacakları öz değerlendirmeleri sonucunda standartların en az %85 oranında karşılanması durumunda 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, kurumlar tarafından 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 kuruma ait 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, kurumlarda 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, **kurumlarda** müstakil hizmetin verilmemesi
- Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü, standart gereklilikleri ya da göstergenin, **kurumun hizmet alanı kapsamına girmemesi**
- Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü, standart gereklilikleri ya da göstergenin, **mevzuat gereği kurumda uygulanamıyor olması**
- Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü, standart gereklilikleri ya da göstergenin, **kurumun türü gereği uygulanamıyor olması**
- 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.



SAS ADSH (v2.2/2020) Seti kapsamında bulunan poliklinik ve muayenehaneler için standartların uygulanması sürecinde bazı istisnai durumlar söz konusu olabilmektedir. İstisnai durumlara yönelik uygulamalar bu uygulama rehberi ekinde yer alan “EK 2. Standartlara Yönelik ADSH Sunan Poliklinik ve Muayenehaneler İçin İstisnai Durumlar” tablosu çerçevesinde gerçekleştirilmelidir. Ayrıca, bu rehber içeriğinde ilgili bölümlerde konuyla ilgili ADSH hizmeti veren kurum türüne yönelik istisnai bir durum söz konusu olması durumunda dikkat edilecek noktalara ilişkin açıklayıcı rehberlik bilgileri de eklenmiştir.

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

ADSH Organizasyon Yapısının Oluşturulması

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Organizasyon Yapısı

Standart 1:

ADSM faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.

YO.OY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

ADSM faaliyetlerinin tamamını kapsayacak bir organizasyon yapısının oluşturulması kapsamında,

- ✓ Organizasyon yapısı, kurumsal yönetim, mali yönetim ve klinik yönetişim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanması,
- ✓ 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 sorumluların belirlenmesini,
- ✓ Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulması
- ✓ Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde ADSM 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, ADSM işleyişinde sürekliliğinin sağlanması, ADSM'nin 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 uygun kaynak kullanımı ile ulaşılmasını ve disiplinler arası bir hizmet sunumu ortamı oluşturulmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO. OY.01.01

Organizasyon yapısı, kurumsal yönetim, mali yönetim ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalıdır.



Yönetişim

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

- Şeffaflık
- Hesap verebilirlik
- Katılımcılık
- Cevap verebilirlik
- Hukukun üstünlüğü
- Etkinlik
- Eşitlik
- Stratejik vizyon

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

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

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

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *ADSMnin organizasyon yönetiminde yönetişim ilkelerini dikkate aldığı izlenebilir olmalıdır.(Şeffaflık, Hesap verebilirlik, Katılımcılık, Cevap verebilirlik, Hukukun üstünlüğü, Etkinlik, Eşitlik)*
- *Kurumsal amaç ve hedefleri gerçekleştirmeye yönelik olarak ilgili tüm birim ve çalışanların karar alma süreçlerine ne biçimde katıldığını gösterebilmelidir.*
- *Hasta bakımına yönelik süreçler, klinik lider ve multidisipliner ekibin katılımı, klinik risk yönetimi, denetimi, klinik etkinlik gibi faktörler göz önünde bulundurularak tanımlanmalıdır.*
- *Muayenehaneler, muayenehanenin misyonu, amacı, hedefi doğrultusunda, kurumsal ve klinik yönetişim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlamalı ve faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde çalışma yapısını gösterir çatı bir düzenleme yapmalıdır.*



YO.OY.01.02

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



ADSM'nin organizasyon yapısı temel politika ve değerler çerçevesinde belirlenen amaç ve hedeflere en etkili şekilde ulaştıracak şekilde tasarlanmalıdır. Bu kapsamda kurumsal yapı tasarlanırken ADSM'nin büyüklüğü, hizmet çeşidi, hedef kitle, diğer ilgili kurumlar ve konumları, iç ve dış gereklilikler gibi temel unsurlar değerlendirilerek, İşlevsel, Bölümsel veya Matriks gibi yapılanma tarzlarından uygun gö-

rülen biri ya da birkaçı birlikte ele alınmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *ADSM'nin 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 doküman-da belirtilmelidir.*
 - *Organizasyon yapısını gösteren şemalar üst yönetim tarafından onaylanmalı, çalışanlar organizasyon şeması hakkında bilgilendirilmelidir.*
 - *Organizasyon şeması üst yönetim ve çalışanların katılımı ile hazırlanmalıdır.*
 - *Tek hekimin görev yaptığı muayenehanelerde organizasyonel yapılanmaya ilişkin bir tanımlama yapılmasına ihtiyac yoktur ancak birden fazla ve/veya farklı pozisyonda çalışanın bulunduğu durumda, bu pozisyonları kapsayan bir organizasyon yapısı tanımlanmış olmalıdır.*

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.



YO.OY.01.03

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



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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM’deki 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 çalışanlara tebliğ/tebellüğ edilmelidir.
- Görev tanımları ilgili çalışanlar tarafından biliniyor ve içselleştirilmiş olmalıdır.
- Görev tanımlarında değişiklik olduğu durumlarda ilgili çalışanlara değişikliğe yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.
- 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.
- Birden fazla ve/veya farklı pozisyonda çalışanın görev yaptığı muayenehanelerde, ilgili pozisyonlara yönelik görev yetki ve sorumluluklar tanımlanmış olmalıdır.



YO.OY.01.04

Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.



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

Bu değerlendirme ölçütü ADSM’de 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.
- Tek kişinin görev yaptığı birimlerde birim sorumlusu olduğuna dair ayrı bir görevlendirme yazısına ihtiyaç bulunmamaktadır. İlgili çalışanın sorumluluğu aranır.



YO.OY.01.05

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



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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM’nin 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.
- Bilgilendirmenin yapılış biçimi kurum tarafından belirlenmiş 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.

M

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

Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kurumları Hakkında Yönetmelik

657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu

2547 Sayılı Yükseköğretim Kanunu

2014 sayı, 29007 sayılı Sağlık Meslek Mensupları İle Sağlık Hizmetlerinde Çalışan Diğer Meslek Mensuplarının İş ve Görev Tanımlarına Dair Yönetmelik

Sağlık Bakanlığı Taşra Teşkilatı Kadro Standartları ile Çalışma Usul ve Esaslarına Dair Yönerge

Standart 2

**ADSM'nin Gerekli Tüm Yetki ve
İzin Belgelerine Sahip Olması**

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Organizasyon Yapısı

Standart 2:

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

YO.OY.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

ADSM'nin, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olması kapsamında,

- ADSM 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,

ADSM'de 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,

ADSH hizmetlerine yönelik hizmetlerin ilgili mevzuata uygun olacak şekilde yürütülmesini, üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ve planlanan hedeflere ulaşılmasını sağlayacak biçimde sunulmasını sağlar.



YO.OY.02.01

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



Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlgili mevzuat gereği ADSM ve hizmet alanı düzeyinde faaliyet izin belgesi ve ruhsatlandırılması gereken birimlerin bu kapsamdaki dokümanları hazırlanmalıdır.
- Yönetici ve çalışanlar ADSM 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 yönetimce takip edilmelidir.
- 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 en az yılda bir kez ve gerektiğinde 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 gönübirlik çalışan tüm personel için bulunmalıdır. Çalışanların çalışma alanlarına yönelik yetki belgeleri doğrulanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

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

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

M

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

Ağız ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kurumları Hakkında Yönetmelik

Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliği

Standart 3

Temel Politika ve Değerlerin Tanımlanması

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Organizasyon Yapısı

Standart 3:

ADSM'nin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.

YO.PD.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

ADSM'nin temel politika ve etik değerlerinin tanımlanması kapsamında,

- ADSM'nin politika, misyon, vizyon ve etik değerlerinin açık ve anlaşılır şekilde belirlenmesini,
- ADSM, misyon, vizyon ve etik değerlerinin kamuoyu ile paylaşılmasını,
- Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedeflerin belirlenmesini, *tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedeflerin*, ADSM temel politika ve değerleri ile uyumlu olmasını,
- ADSM'de 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,
- ADSM'nin, 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,

ADSM'nin 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, kurumun faaliyetlerini bu hedeflere yönelik planlamasını sağlar.



YO.PD.01.01

ADSM'nin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir



Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

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

ADSM, 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 ADSM değerleri kapsamında ele alınabilir.

ADSM, 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, 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.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Etik değerler ADSM'nin 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.
- Çalışanlaa misyon, vizyon ve etik değerler konusunda bilgilendirilmelidir.
- Tüm çalışanlar kendileri ile yapılacak görüşmelerde ADSM'nin misyon, vizyon ve etik değerlerini biliyor olmalıdır.
- Misyon, vizyon ve etik değerlerin ADSM kültürüne yansımış olması tüm süreçlerde gözlemlenebiliyor olmalıdır.



YO.PD.01.02

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



ADSM'nin 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 güncellemeler kamuoyu ile yapılan paylaşımlara yansıtılmalı ve bu durum geriye dönük izlenebiliyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADsM yönetimi çeşitli platformlarda misyon, vizyon ve etik değerlerine yer vermiş olmalıdır.

Örn: ADsM'ye ilişkin internet sitesinde misyon, vizyon ve etik değerlerin yer almış olmalıdır.

Örn: ADsM faaliyet raporları ya da stratejik planlama dokümanlarında misyon, vizyon ve etik değerlere yer verilmiş olmalıdır.

Örn: İnternet sitesi dışında başka alanlarda da (rapor, plan, rehber, ilan panoları, eğitim, toplantı vb.) ADsM'nin misyon, vizyon ve etik değerleri izlenebiliyor olmalıdır.

YO.PD.01.03



Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, ADsM temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.



ADsM, temel politika ve değerleri paralelinde, kurum ve bölüm bazında amaç ve hedeflerini belirlemelidir. Tıbbi ve idari bölüm hedefleri kurum hedefleri ile uyumlu olmalıdır.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM'nin misyon, vizyon ve etik değerleri ile tutarlı olarak belirlenen amaç ve hedefler üst yönetimce stratejik planlara yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- Hedef değerlerin tespitinde nelerin dikkate alındığı kurum tarafından ifade edilebilmelidir.
- Kurum ve bölüm bazında belirlenmiş amaç ve hedefleri içeren 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 takibi yapılmalıdır.
- Misyon, vizyon ve etik 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.

YO.PD.01.04



ADSM'de kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.



ADSM 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;

- ADSM'nin 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 ADSM yönetiminde dikkate alınarak uygulamalara yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- Planın hazırlanmasına görev alanlar, ilgili süreçte yer alan çalışanlar ve ADSM çalışanları hizmet planından haberdar olmalıdır.
- Hizmet planlarının uygulamaya yansıtıldığı izlenebiliyor olmalıdır.



YO.PD.01.05

Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM 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. Örn: 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, ADSM yönetiminde 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 ADSM çalışanları, bütçeleme faaliyetlerinden ve yapılan değişikliklerden haberdar olmalıdır.



YO.PD.01.06

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



Dneraye harcamasının ası yönü duyurulması yöntem yönetimce belirlenmelidir. ir. bilmelidir. amayan kararlar için ne gibi ön



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM yönetiminin onayı ile ADSM'nin 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 değerlendirmek üzere oluşturulan yapılandırmanın üyeleri ve değerlendirme sürecinde yer alan çalışanlar komite vb. kararlarından haberdar olmalıdır.
- Çalışanlar, kendi birimiyle ilgili yapılması planlanan yatırımlardan haberdar olmalıdır.

Standart 4

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

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Organizasyon Yapısı

Standart 4:

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

YO.KY.01.0

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,
- Yönetsel yapı tarafından, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmasını,
- Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmasını içerir.

1. Çalışan güvenliği
2. Hasta güvenliği
3. Eğitim
4. Tesis yönetimi
5. Enfeksiyon önlenmesi
6. Radyasyon güvenliği

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar ADSM' deki 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.



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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM 'de kalite iyileştirme ile ilgili tüm alanlarda ADSM 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.
- ADSM 'deki 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 ADSM 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.
Örn: Komite üyelerinin komitedeki rol ve fonksiyonlarını biliyor olması ve katılması
Örn: Komite üyelerinin en son toplantıda görüşülen/kararlaştırılan konuları biliyor olması
- ADSM çalışanları kalite yönetim prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamalıdır. (Örn: Kalite yönetim prosedüründeki son revizyon uygulama alanlarında gözlemlenebiliyor olmalıdır.)
- Kadrosunda komitelerin faaliyet alanı ile ilgili uzmanı bulunmayan kurumlar, politika belirlemek ve uygulamalarını değerlendirmek amacıyla alan uzmanlarından görüşlerini alacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Muayanehanede çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda kapsamlı bir yönetsel yapı oluşturulmasına ihtiyaç bulunmamaktadır. Bu noktada hekimin sorumluluğu aranır.



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;

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yönet-sel yapı içinde yer alan birim, kalite komiteleri, kalite so-rumluları ve kalite iyileştirme çalışmalarında görev alan diğer çalışanların faaliyetlerini gösteren dokümanların geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Örn: Kalite komiteleri toplantı tutanaklarından komitelerin so-rumlu oldukları konularda yaptıkları/ yapmadıkları faaliyetler, kalite komitesi toplantılarının düzenli ve sürekli olarak yapılıp yapılmadığı izlenebilir olmalıdır.
- Kalite iyileştirme çalışmalarında görev alan kişiler görev tanımla-rını belirleme, onaylama, ilgililere bildirme konularında üst yöne-tim sürece hakim olmalıdır.
- Süreç bazında hazırlanan bir dokümanda ilgili süreç kalite so-rumlusu, hazırlama aşamasına katılmış olmalıdır.
- Kalite komite üyeleri, sorumluların görev, yetki ve sorumlulukla-rını biliyor olmalıdır.
- Bir sürece ilişkin bir dokümanın içeriğini ilgili süreçte görev alan-lar biliyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Muayanehanede çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda kapsamlı bir yönetsel yapı oluşturulmasına ihtiyaç bulunmamaktadır. Bu noktada hekimin sorumluluğu aranır.
- Görev yetki ve sorumluk tanımlamalarında yönetsel yapıya yönelik açıklamalar yer almalıdır.



YO.KY.01.03

Yönetsel yapı tarafından, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.



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 ADSM' nin hizmet türüne göre farklı hizmet alanlarını (ayaktan hasta, yatan hasta, 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
 - ADSM' de 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.
- ADSM 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.
Örn: 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.
- Kalite iyileştirmeye yönelik kalite planları oluşturulabilir.
- Oluşturulan planın takipleri yapılmalıdır.
- İstenmeyen olay bildirim sistemi, özdeğerlendirme sonuçları, dış değerlendirme sonuçları, hasta/ çalışan geri bildirimleri, bina turları vb. doğrultusunda kalite iyileştirme alanları tespitine yönelik önceliklendirilme yapılmalı ve iyileştirme planlanmalıdır.



YO.KY.01.04

Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır.



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

1. Çalışan Güvenliği
2. Hasta Güvenliği
3. Eğitim
4. Tesis Yönetimi
5. Enfeksiyonların Önlenmesi
6. Radyasyon Güvenliği



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Belirtilen asgari komiteler oluşturulmuş olmalıdır.
- Komite üyelerinin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.
- Komite toplantılarının tutanakları geriye dönük olarak izlenebilir olmalıdır.
- Toplantı sonuçlarının üst yönetime ulaşip ulaşmadığına ait dokümanlar izlenebiliyor olmalıdır.
- Komite üyeleri toplantılara ve toplantı kararlarına katılımı sağlıyor olmalıdır.
- Komiteler, görev alanlarına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmalarını izlemeli, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.
- Üst yönetim ve çalışanların toplantı sonuçları hakkında farkındalık seviyeleri yüksek olmalıdır.

Komitelerin diğer komitelerle işbirliği ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ağız ve diş sağlığı hizmetinin sunulduğu polikliniklerde çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda ilgili komitelerin oluşturulması beklenmemektedir. Ancak çalışan kişiler arasında sorumluluk tanımlaması yapılmalıdır.
- Muayenehanelerde kalite iyileştirme çalışmalarına yönelik komite oluşturulması beklenmemektedir.

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

M

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: ADSM’de dokümanların yönetimi sağlanmalıdır.

YO.DY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

ADSM’de doküman yönetim sistemi bulunması kapsamında,

- SAS ADSH seti kapsamında yer alan 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,
- ADSM’nin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik sürecin tanımlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

ADSM’de; 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, hizmet süreçlerine ait temel fonksiyonların tanımlanmasına ve işleri bu tanımlanmış kurallar çerçevesinde doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



O.DY.01.01

SAS ADSH seti kapsamında yer alan tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümante 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;

- *SAS ADSH Seti (v2.2/2020) kapsamında, zorunlu olarak doküman hazırlanması istenen standartlar bu uygulama rehberi ekinde yer alan EK 1. SAS ADSH Seti (v2.2/2020) Zorunlu Doküman İstenen Standartlar tablosunda belirtilmiştir. Standartlara yönelik dokümanlar hazırlanırken bu tablo dikkate alınmalı, tablo kapsamında yer almayıp, kurumsal işleyiş süreçlerine yönelik hazırlanması gereken dokümanlar kurum tarafından ayrıca belirlenmeli ve hazırlanmalıdır.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM 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 izlenebilir olmalıdır.
- Kurum tarafından doküman yönetim sisteminin yapı ve işleyişini tanımlamak için hazırlanmış olan bir prosedür standartta belirtilen gereklilikleri karşılayan içerik



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM'nin tüm süreçlerine ilişkin hazırlanan diğer dokümanlar, ilgili prosedüre uygun hazırlanmış olmalıdır.
- Üst yönetim doküman yönetimi ile ilgili süreçlere hâkim 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 revizyonu süreç sahipleri ve sahadaki uygulayıcılarla yapılıyor olmalıdır.

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

- ADSM'nin tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümante edilmelidir.
- SAS ADSH doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda listelenmiştir:
 - Prosedür

- o Talimat
- o Rehber
- o Form
- o Plan
- o Rıza Belgesi
- o Liste
- o 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;

- *ADSM 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.*
- *sahadaki uygulamalar, dokümanda tanımlandığı şekliyle yapılıyor 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 bilgilerin; 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.*
- *Muayenehanelerde çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda dokümanı hazırlayan, kontrol eden ve onaylayan aynı kişi ise doküman üzerinde bu alanların ayrı ayrı açılmasına ihtiyaç bulunmamaktadır. Ancak doküman yönetiminin nasıl işlediğine yönelik hazırlanacak düzenlemede kullanılacak formata yönelik tanımlama yer almalıdır.*



YO.DY.01.03

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



Dokümanlar, SAS ADSH kapsamında belirtilen formata uygun olarak hazırlanmalıdır. Doküman ilgili bölüm/komite/ekip çalışanları tarafından hazırlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Dokümanlar, SAS ADSH 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.*

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

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 ADSM' nin doküman yönetim prosedüründe tanımlandığı gibi muhafaza edilmelidir.*
- *Kurum tarafından elektronik sistem kullanılabilir. Doküman yönetiminde BYS kapsamında veya kurum içi bilgisayar ağı (intranet) kullanıldığı takdirde güncelliğin nasıl sağlandığı doküman- te edilmelidir. Yedekleme prensipleri belirlenmelidir. Bilgisayar bulunmayan bölümlerde çalışanların dokümanlara nasıl ulaşacağına yönelik yöntem tanımlanmış ve uygulanıyor olmalıdır.*
- *Arşivleme güncel versiyonun muhafazası kuralları belirlenmiş olmalıdır.*

SAS ADSH 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 ADSH standartlarının dayandığı mevzuat ya da destekleyen diğer dokümanlar göz önünde bulundurulmalıdır. Dokümanların nasıl korunacağı, saklanacağı ve nasıl imha edileceğini bir dokü- manda tanımlanmış olmalıdır.*

ADSM'nin herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme he- men 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.

ADSM’de kullanılan tüm dokümanların bir listesi bulunmalı ve bu liste güncelleme-lerin izlenmesini de sağlamalıdır. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içermelidir.

- Doküman Adı
- Doküman Kodu

- Yayın Tarihi
- Revizyon Tarihleri
- Revizyon Numarası



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *ADSM 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 kurallar belirlenmiş olmalıdır.
- ADsM bünyesinde asılı doküman bulunmamalı, varsa görüntü kirliliğine neden olmamalıdır



YO.DY.01.05

ADsM'nin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.



Dış kaynaklı dokümanların takibi ve güncelliği ADsM'ce belirlenen bir metot ile sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dış kaynaklı doküman takibine yönelik güncellenme periyodu (doküman türüne göre günlük, haftalık, aylık vb.) belirlenmeli, takibi yapılmalıdır ve kayıt altına alınmalıdır.
- Çalışanlar dış kaynaklı dokümanlara nasıl ulaşacağını biliyor olmalıdır.
- ADsM dış kaynaklı doküman takibini sağlayacağı ile ilgili süreçler tanımlanmış ve uyguluyor olmalıdır. Konuyla ilgili sorumlular belirlenmelidir.

ADsM dış kaynaklı doküman takibini sağlayacak sorumluları belirlemelidir.

Dokümanların arşivlenmesi ve imhası ile ilgili kurallar belirlenmelidir.



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 Olay Bildirim Sistemi

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Doküman Yönetimi

Standart 6:

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

YO.OB.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kala) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanması 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,

ADSM’de; 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.OB.01.01

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



- ADSM’de; hasta ve çalışanlara zarar veren, zarar verme ihtimali olan veya zarar oluşmadan önce fark edilen istenmeyen olayların bildirimini sağlayarak, olayları analiz etmek, gerekli tedbirleri almak ve hataların tekrarlanmasını önlemek amacı ile bildirim sistemi oluşturulmalıdır. Sistem kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler tanımlanmalı ve süreçlere yönelik sorumlular belirlenmelidir. Sistem iki modülde ele alınmalıdır:
- Hasta Güvenliği Modülü (hasta yakınları ve ziyaretçilere ilişkin güvenliği tehdit edici hususlar da bu modülde bildirilmelidir)
- Çalışan Güvenliği Modülü



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 kullanılır olup olmadığı; hasta ve çalışan güvenliği kültürünün oluşturulup oluşturulmadığına ilişkin kanıtlar bulunmalıdır.
- Sistem izlenebilir ve ihtiyaçlara cevap veren bir kurguda (web tabanlı, intranet, elektronik veya basılı formlar vb.) tasarlanmış olmalıdır.
- ADSM yönetimi sistemin oluşturulmasını destekliyor ve çalışanlar sürece katılım sağlıyor olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM yöneticileri çalışanları zamanında ve doğru bildirim yapma konusunda teşvik edici, cesaretlendirici olmalıdır.
- Olay bildirim sistemine yapılan bildirimlerin kimler tarafından erişilebileceği tanımlanmış olmalıdır.
- İstenmeyen Olay Bildirim (İOB) sistemine ilişkin verilen eğitimler İOB sistemi, sistemin etkinliği ve kullanımı vb. hususları içermeli, çalışanlar sistemi aktif kullanabiliyor olmalı ve kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
- İOB sisteminde bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır.
- Süreçlere yönelik sorumlular belirlenmiş ve yetkilendirmeye ilişkin belgeler (görevlendirme yazıları vb.) izlenebilir olmalıdır.

İOB sistemine yapılan bildirimlere yönetimin yaklaşımı, çalışanların algısı, sistemi sahiplenmeleri vb. konularda farkındalıkları yüksek olmalıdır.

Sistem; uygulamanın etkinliğini ve kullanımını artırmak, ADSM’de 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 üzerinde kullanıcı kimliklerinin bulunması standarda uygunluluk anlamı taşımaz.
- Hasta Güvenliği Modülünün gizlilik esaslı olmasında, hasta kimliklerine yönelik gizlilik yerine bildirimlere ilişkin sürecin gizliliği esas alınmalıdır.
- Çalışanların bildirim sürecinde, gizlilik talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarında çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde gizlilik ilkesi uygulanmalıdır.

Hasta Güvenliği Modülü gizlilik esaslı olmalı, bu modül asgari aşağıdaki bilgileri elde edecek şekilde tasarlanmalıdır:

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

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



YO.OB.01.02

Olay bazında analiz ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.



İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler, olay bazında analiz edilmez, 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.
- Mevcut analiz raporları üzerinde sistematik yaklaşım, süreklilik ve tutarlılık izlenebilir olmalıdır.
- ADISM 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.OB.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 ADsM 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 yapıp yapılmadığı izlenebilir olmalıdır.
- Çalışanlar genel analiz raporlarının sistematik iyileştirme amacıyla kullanımı, konusunda bilgi sahibi olmalı ve iyileştirme süreçlerine katılıyor olmalıdır.
- ADsM yönetimi tarafından, güvenlik kültürünü değerlendirmek ve izlemek için kurumsal ölçütler belirleyebilir.

Standart 7

**ADSM ve sunulan hizmetlere
ilişkin risklerin yönetilmesi**

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Doküman Yönetimi

Standart 7:

ADSM ve sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.

YO.RY.01.00

Standardın İçeriği?

ADSM ve ADSM de sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesi kapsamında;

- ADSM’de gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmasını,
- ADSM ve sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmasını,
- Risk yönetimi planının; tıbbi, idari, teknik süreçler, hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve çalışanlar, tesis ve çevre güvenliği, finansal süreçler, stratejik riskler ve paydaşlarla iletişimi 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,
- Belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmesini,
- Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmesi ve izlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Hasta, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçler kapsamında, ADSM ve 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

ADSM'de gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.



Risk yönetimi; hasta, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçleri kapsamalıdır. Risk yönetimi; ADSM'de karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir. Risk yönetimine yönelik politika, süreç ve yöntemler, ilgili dokümanlar içinde tanımlanmalıdır.

Risk yönetimi ile ilgili prosedürde asgari aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

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



YO.RY.01.02

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



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

Plan asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir:

- » Riskin değerlendirildiği fiziki yapı, süreç veya faaliyet
- » Fiziki yapı, süreç veya faaliyet ile ilgili belirlenen riskler
- » Belirlenen risklerin düzeyleri
- » Risklere yönelik alınacak önlemler
- » Sorumlular
- » Önlemlerin alınmasına yönelik belirlenen zaman dilimi

Tanımlanmış tüm riskler risk yönetimi planı kapsamında kayıt altına alınmalıdır. Risk kaydı, düzenli olarak güncellenmesi gereken canlı bir belgedir.



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
- ADASM yönetiminde onaylan bu doküman tüm çalışanlar tarafından biliniyor ve sürece katkı sağlanıyor olmalıdır.
- ADASM yönetimi kurumda risk yönetiminin etkinliğini sağlayıcı tedbirler alınmasını sağlamalıdır.



YO.RY.01.03

Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir:

- Tıbbi süreçler
- İdari süreçler
- Teknik süreçler
- Hasta
- Hasta yakını
- Ziyaretçi
- Çalışan
- Tesis güvenliği
- Çevre güvenliği
- Finansal süreçler
- Stratejik riskler
- Paydaşlarla iletişim süreçleri



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM'lerde 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.01.04

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, cihazlardan kaynaklanan riskler, 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, risklerin gerçekleşme olasılığı ve olası etkileri göz önünde bulundurularak en az 3 kategoride (Düşük, orta, yüksek) derecelendirilmelidir.

Bu değerlendirme ölçütü ADASM'de 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) ADASM yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
- Söz konusu dokümana yönelik çalışanlar bilgi sahibi olmalı, ilgili doküman ulaşılabilir olmalı ve doküman kapsamında gerekli iyileştirmeler yapılmış olmalıdır.



YO.RY.01.05

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 ADSM’de 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 doküman 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.
- İlgili kişiler; risk analizi sonucunda belirlenen risklerin önemlilik düzeylerine göre kurumca düzenlenen iyileştirme faaliyetlerinin yer aldığı dokümanların varlığından haberdar olmalıdır.
- İlgili birim çalışanları, risk analiz sonucunda kararlaştırılan iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleşme durumlarını ifade edebiliyor olmalıdır.
- Söz konusu faaliyetlerden yönetim ve ilgililer haberdar olmalıdır.



YO.RY.01.06

Belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.



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

Bu değerlendirme ölçütü ADSM’de 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/ çalışmalarını yapılabilir.
- Risk analizleri; belirlenen risklerin özelliği, şiddeti, işleyişle ilgili kurumsal süreçler vb. dikkate alınarak kurum tarafından belirlenen aralıklarla veya gerektiğinde güncellenmelidir.



YO.RY.01.07

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 göstergeler (insidans, prevalans vb.) bulunmalı ve takibi bir doküman üzerinde izlenebilir olmalıdır. Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik dokümanlar (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.

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

M

İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu

İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği

Standart 8

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

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Risk Yönetimi

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,

ADSM'nin 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.



ADSM’de 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.
- Komitenin işleyişine yönelik doküman bulunmalıdır.
- Komite toplantılarına yönelik izlenebilir kayıtlar bulunmalıdır.
- Komite üyeleri, karar verme, planlama, koordinasyon, süreçlerini biliyor 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 yüksek olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ağız ve diş sağlığı hizmetinin sunulduğu polikliniklerde çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda eğitimle ilgili komitenin oluşturulması beklenmemekte, bununla birlikte çalışan kişiler arasında sorumluluk tanımlaması yapılmalı, eğitim faaliyetleri bu çerçevede planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan muayenahanelerde ise bu değerlendirme ölçütü kapsam dışı tutulmaktadır.

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 ADSM 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 belirlenmesinde çalışanların katılımı sağlanmalıdır.
- Ör; Son zamanlarda yönetime iletilen eğitim ihtiyaçları dikkate alınmış ve bu yönde planlama yapılmış olmalıdır.
- Sertifikalı eğitim programları ve stajyerlerin uyum eğitimlerine yönelik planlamalar 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 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 kapsamları belirlenirken;

- ADsM’de 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 ADSM’de yer alan tüm alanlarla ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dokümanda ilgili maddeler yer almalı, eğitim ihtiyacını belirlemede kullanılan metodlar, değerlendirmelerden elde edilen raporlar, geribildirim kayıtları izlenebilir olmalıdır.
- Hastanın tedavi süreci boyunca alması gereken eğitimler hastanın tedavisini destekleyici nitelikte olacak şekilde planlanmalıdır.
- Çalışanlar, eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesine ilişkin süreçleri biliyor ve çalışanlara taleplerinin dikkate alındığına ilişkin geribildirim verilmelidir.

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, ADSM’ nin kurumsal politikası ile değişim sürecine yönelik amaç ve hedefleri doğrultusunda kısa, orta ve uzun vadeli şekilde oluşturulmalıdır.

Eğitim planlarında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:

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

Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.

Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi 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 yöntemin değiştiği 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.
- Planlanan zamanda uygulanmayan eğitimlerin geriye dönük incelenmesi yapılarak plandan sapma nedeni ve belirlenen tarih dışında verilir verilmediği incelenmelidir. Bu 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 veriyor 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;

- Yapılan eğitim sayısı, eğitime katılan kişi sayısı, eğitim öncesi ve sonrası testler, eğitimin 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 son 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:n: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:n:1. Gerçekleştirilen eğitimlerin planlara uygunluğuna ilişkin veriler
 - Ör:n: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. ADPM yönetimine iletilen eğitim faaliyetlerinin etkinliğine ilişkin bilgi rapor, tutanak.
 - Ör 2. 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.

M

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:

ADSM, 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,

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

- ADSM, 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 içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

ADSM'nin, 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,

- Kurumun toplum ile entegrasyonunu ve bölgesel özelliklere göre doğru aksiyon almasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO.SS.01.01

ADSM, 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.



ADSM 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. ADSM, bu kapsamda en az iki program oluşturmalıdır.

Program sonuçları, ADSM 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
- Toplumun dış sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması
- Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler
- Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme
- Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi

- Anne sütü ile beslenmenin te  şviki
- Gebe hastalara yönelik eēitim faaliyetleri
- Toplum saēlıēını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle i  birliēi
- Aēiz kanserlerine yönelik tespit ve bilgilendirme
- Yaşlı ve engelli hastaların aēiz ve di  saēlıēı uygulamaları, Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların aēiz ve di  saēlıēı uygulamaları vb.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda a  aēıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *ADSM'de, hizmet verdiēi bölgenin ve popülasyonun saēlık yapısı, ulusal ve küresel saēlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak saēlıēı geliştirici ve te  şvik edici programlar düzenlemesini yürütecek nitelikte personelden oluşan komite, birim, komisyon vb. bir yapılanma oluşturulabilir.*
- *Bu kapsamda yürütülecek   alı  malar, ADSM'nin hizmet verdiēi bölgenin ve popülasyonun saēlık dokusu/ yapısı ile ilgili bir mevcut durum analizi sonucunda tespit edilen ihtiyaçlar doērultusunda belirlenmiş olmalıdır. Hizmet verilen topluma pozitif yönde bir katkı saēlayacak nitelikte olmalıdır.*
- *Planlanan çalışmalara yönelik uygulama faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. izlenebilir dokümanlar bulunmalıdır.*
- *Saēlıēı geliştirici ve te  şvik edici programlar düzenlemesi üst yönetim tarafından desteklenmeli ve te  şvik edilmelidir. bu programlar ADSM uygulama prosedürlerine yansıtılmalı, çalışanlarla ve halkla paylaşılmalıdır.*

Standart 10

Kurumsal İletişim Faaliyetlerinin Yürütülmesi

Boyut: Yönetim ve Organizasyon
Bölüm: Sosyal Sorumluluk

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,

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

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

ADSM ve faaliyetlerine karşı hedef kitlede olumlu tutum, davranış ve güven içeren kamuoyu oluşturmak, hedef kitle ile sürekli iyi ilişkiler kurarak ADSM'nin 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 toplum ile entegrasyonunu ve bölgesel özelliklere göre doğru aksiyon almasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



YO.Kİ.01.01

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



Kurumsal iletişim kapsamında; kurum 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, ADSM içinde ve ADSM dışındaki iletişim paydaşları esas alınarak belirlenmelidir.

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

- ADSM'yi 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 olmasıdır.
 - Ör 1. ADSM'nin iç paydaşları ve dış paydaşlarına yönelik bilgi dokümanı (personel dosyası, hasta dosyası)
 - Ör 2. ADSM'nin iç ve dış paydaşlarına yönelik iletişiminin sağlandığı bilgi belge doküman



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM'yi 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 ADSM yönetimi ve diğer çalışanların katkı ve destekleri kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. Kurum yönetimine iletilen rapor
 - Ör 2. Hedef kitle tarafından kurum 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 ADSM 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
- Randevu alma
- İletişim ve ulaşım
- ADSM içinde hizmete ulaşım

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hedef kitlenin ADSM faaliyet ve organizasyonu hakkında bilgilendirmesi ile ilgili faaliyetler, rapor belge tutanak vb üzerinde izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. Kurumsal Web sitesinin, ADSM hizmetleri, organizasyon yapısı, sosyal sorumluluk, acil hizmetler, randevu sistemi vb.
 - Ör 2. İç ve dış paydaşların bilgilendirmeye ilişkin dergi, bülten, gazete, TV vb. sosyal medya 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 3. Hedef kitlenin ADSM faaliyetlerine ilişkin geri dönüşümüne ilişkin belge rapor vb.
- *ADSM çalışanları, hedef kitleyi nasıl bilgilendireceğine 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 ADSM'yi 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. Olumlu kamuoyu oluşturmaya ilişkin yapılan çalışmalara ilişkin anketler vb. dokümanlar,
 - Ör 2. Kamuoyu araştırma sonuçlarına ilişkin raporlar
- Kamuoyu oluşturmaya yönelik faaliyetlerin sıklığı ve sonuçların değerlendirilmesi, belge rapor vb. doküman üzerinden izlenebilir olmalıdır.
 - Ör 1. ADASM 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 ADASM yönetiminin katkı ve desteğini gösterir kanıtlar oluşturulmalıdır.
 - Örn: ADASM yönetiminin kamuoyu oluşturma gündemli toplantı raporları
 - Örn: Kamuoyu görüşlerinin ADASM yönetimi tarafından/duyurulduğu paylaşıldığına ilişkin yazı belge.
 - Örn: ADASM yönetiminin kamuoyu oluşturma ve kamuoyu görüşlerini iyileştirme yönünde katkı ve önerilerini gösteren belge vb.
- Hasta ve çalışanlar, ADASM 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 kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

PÖ.Gİ.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,*
- *SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçların, SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmesini 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 sağlamayı 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.Gİ.01.01

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



ADSM’de, kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacı ile idari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçlere ilişkin kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir.

Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile kurum hizmet türü ve hasta profiline göre izlenmesi gereken SAS göstergeleri belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Özellikle tıbbi, idari ve finansal süreçler için gösterge belirlenmiş olması ve bunların tespiti aşamasındaki sorumlular tanımlanmış olmalı, belirlenen göstergelerle ilgili doküman bulunmalıdır.
- SAS göstergeleri dışında kurum tarafından belirlenecek göstergelerin ne şekilde tespit edileceği tanımlanmalıdır.
- Göstergelerin belirlenmesi konusundaki çalışmalarda katkı sağlayan ve sorumluluğu bulunan kişi/kişiler ADSM yönetiminin onayı ile görevlendirilmiş olmalıdır.
- Göstergelerin planlanmasında kararların diğer birim sorumlularının da katılımı ile belirlenmesinin yanı sıra, üst yönetici her bir süreçteki takip edilecek göstergeler hakkında da bilgisi olmalıdır. Üst yönetim göstergelerin belirlenmesi, takibi ve sonuçlara göre yapılacak iyileştirme çalışmalarından sorumludur.
- İlgili 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.
- idari, tıbbi ve mali konularla ilgili sorumluların gösterge belirlenmesi konusuna sağladıkları katkı gözlenebilir olmalıdır.
- Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan Poliklinik (P) ve Muayenehanelerde (M) göstergelerin izlenme durumu bu rehber ekinde bulunan tabloda yer almaktadır. Poliklinik ve Muayenehane dışındaki kurumlar SAS göstergelerinin tümünden sorumludur.

PÖ.Gİ.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
- Göstergelere ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler
- Sonuçların kimlerle paylaşılacağı
- Göstergelere 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 dokümente 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.Gİ.01.03

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



Göstergelere ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi amacıyla kurum 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.
- Göstergelerin bilgi sistemleri üzerinden takip ve değerlendirilmesine olanak sağlayacak altyapı düzenlemesi üst yönetim tarafından yaptırılmış olmalıdır.
- Göstergenin özelliğine göre manuel toplanabilen verilerin kayıtlarına erişilebilir olmalıdır.
- Tüm göstergelerin takibi ve analizi kurum 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.Gİ.01.04

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



Verilerin toplanması ve analiz süreçlerine ilgili birim çalışanlarının katılımı sağlanmalıdır.

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.
- Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda veriler analiz edilmelidir.
- 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.



PÖ.Gİ.01.05

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.

Standart 12

İnsan Kaynaklarına Yönelik Bir Yönetim Yapısı Oluşturulması

Boyut: Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Bölüm: İnsan Kaynakları Yönetimi

Standart 12:

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 faaliyetlerini **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.



ADSM'de; işe alım, işe uyum, çalışanların geliştirilmesi, desteklenmesi, çalışanlara fiziksel ve sosyal imkânların sağlanması, çalışanları tehdit eden güvenlik risklerinin en aza indirilmesi, iş motivasyonlarının artırılması vb. tüm faaliyetlerin planlanmasını ve koordinasyonunu yürütecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.

Oluşturulacak yönetim yapısının ADSM'nin 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;

- ADSM yönetiminin onayı ile ADSM'deki 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.
- Örn: 1. Organizasyon şeması, ADSM yönetimi onayı, resmi görevlendirme yazıları, iş ve görev tanım belgeleri
- Örn: 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, ADSM' nin vizyon, misyon ve politikaları gösterir tüm belgelerine İK yönetim yapısının diğer yönetim yapılarına yer verildiği şekli ile yer verildiği ilgili kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Örn: Üst yönetim toplantı tutanakları, web sitesi, kurum 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 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 kurum 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.



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 (Örn: Bütçe yazıları, faaliyet planları ve önleyici tedbirlere ilişkin dokümanlar) kurum 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 kurum 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;

- ADSM çalışanları işe alım prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olmalı ve gerekli değişiklikleri uygulamalarına yansıtmış olmalıdır.
- Örn: 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 ADSM'deki personelin görüş ve önerilerini düzenli olarak alması kurum yönetimi tarafından onaylanmış olmalı ve bu yönde gerçekleştirilen uygulamalar kayıt vb. üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Örn: 1. Çalışan memnuniyeti anketleri istatistiksel değerlendirmesi, sonuçların kurum web sitesinden paylaşılması vb.
- Örn: 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.
- Örn: 1. Anketlerin kullanım rehberleri
- Örn: 2. İhtiyaç ve beklentilere ilişkin analiz raporları

Standart 13

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

Boyut: Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Bölüm: İnsan Kaynakları Yönetimi

Standart 13:

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,

- *ADSM'nin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmasını,*
- *Personel işe alım süreçleri tanımlanmasını,*
- *İşe alınan personelin ADSM'ye 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,*
- *ADSM 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,

Kurum çalışanlarının mesleki gelişimlerine imkan sağlayarak ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının oluşturulmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SÇ.İK.02.01

ADSM'nin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.



ADSM, 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.

ADSM, işe alınacak personeli ADSM'nin 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, ADSM’de 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.
- Örnl:1.Hizmet birimleri ve özelliklerinin yer aldığı ADSM yönetmeliği/yönerge/organizasyon el kitabı / organizasyon şeması
- Örnl:2.Hizmet birimlerinde görevli profesyonel üyeler (meslek grupları) ve diğer personelin (profesyonel olmayan) dağılımını gösteren belge form vb.
- Örnl:3. Hizmet birimleri için ihtiyaç duyulan personelin sayı ve niteliğini hizmet gösterir yazı belge, (planlar ve birim yöneticilerinin talepleri)
- Örnl:4. 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.
- Örnl:1. Hizmet birimlerinden personel ihtiyacına ilişkin gelen yazılar
- Örnl:2. Personel ihtiyacına karşılama zamanı ve temin süresine ilişkin veriler
- Örnl:3. ADSM yönetiminin yeni hizmet birimi açılmasına ilişkin karar yazıları
- Örnl:4. Personel hareketliliğine (kurum içi yer değişikliği, işten ayrılımlar.) ilişkin istatistiksel veriler
- Örnl:5. ADSM’de 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.
- Personel temin süreci resmi bir üst merci tarafından yürütülen kurumlarda, kurum insiyatifinde olan süreçlere yönelik uygulamalar izlenebilir 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 ADSM yönetimi tarafından destekleniyor olmalı ve ADSM çalışanları ve birimler ilgili planlamaya uyum ve katılım sağlamalıdır. ADSM yönetiminin personel planlarına ilişkin onayı personel teminine verdiği destek izlenebilir olmalıdır.
- Örnl:1. ADSM yönetiminin personel temin planına ilişkin görüşlerine ilişkin belge, yazı vb.
- Örnl:2. ADSM yönetiminin personel politikalarına ilişkin kararları,
- Örnl:3. Personel temini ve planlara ilişkin ADSM yönetim ile yapılan toplantı tutanakları
- Örnl: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.



ADSM’de 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:n:1 Meslek gruplarına özgü hazırlanmış işe başvuru form örnekleri
- Ör:n:2 Meslek gruplarına özgü işe alım yöntemi (mülakat, yetenek testi vb değerlendirme yöntemleri) ile ilgili belge, doküman
- Ör:n:3. Personel alımı ile ilgili durumu ilan metni
- Ör:n:4. Personelin işe alım sürecinde görevlendirilen komite kişilerle ilgili görevlendirme yazıları
- Ör:n:5 personel işe alım sürecinde yapılan değerlendirme(yazılı sözlü) sınav test vb. belge örnekleri
- Ör:n:6.İşe alınma hak kazanan personele yapılan bildirimi ile ilgili ilan/yazı vb.
- Ör:n: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:n:2 işe alımda sözlü yada yazılı değerlendirme formlarında yapılan revizyon
- Ör:n:3 İşe alım süreçlerinde eksiklik ve hatalara ilişkin tutulan raporlar
- Ör 4.İşe alım süreci ile ilgili gelen şikâyet öneri vb. belge yazı, tutanaklar



SÇ.İK.02.03

İşe alınan personelin ADSM' ye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.



ADSM, ihtiyaçları doğrultusunda tanımlanan pozisyon için istihdam ettiği personelin yeni çalışma ortamına hızlı ve doğru bir şekilde adapte olmasını sağlamaya yönelik süreçleri tanımlamalıdır.

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

Personelin işe ve çalışma ortamına uyumu değerlendirilmeli, ihtiyaç halinde adaptasyon sürecine yönelik çalışmalar tekrar edilmelidir.



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 ADSM'ye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçlerden ve sonuçlarından ADSM ve birim yöneticileri bilgi sahibi olmalı ve sürece ilişkin kayıtlarda onayı bulunmalıdır.
- ADSM yönetiminin uyum eğitim sürecinin işe başlayan tüm personele uygun zaman diliminde yapıldığı ve sonuçları ile ilgili geri bildirimleri kayıtlar üzerinden izlenebilmelidir.
- Örn: Çalışanların uyumuna ilişkin ADSM yönetimine iletilen tutanaklar /yazılar
- *Uyum eğitimlerinin zamanı süresi içeriğine ilişkin ADSM 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.
- Örnek: 1.ADSM’de tüm çalışanların iş tanımları ve görev yetki ve sorumluluklarının yazılı olarak yer aldığı organizasyon el kitabı vb. belge
- Örnek: 2.Çalışanların görevin niteliğine uygunluğunu gösteren diploma, sertifika belgesi
- Örnek: 3.Çalışanların ilgili görevle görevlendirilme yazıları
- Örnek: 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.
- Örnek: 1.Görev tanımlarında yapılan revizyon sayısı
- Örnek: 2. Görev değişikliği yapılan personel sayısı ve niteliğine uygunluğunu gösterir belge kayıt, personel dosyası
- Örnek: Belirlenen performans kriterlerinde yapılan revizyona ilişkin tutanak, belge vb.
- ADSM yönetiminin, personelin görevlendirilmelerine ilişkin onayı izlenebilir olmalıdır.
- Örnek: 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.



ADSM tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır. Performans ölçümleri yılda en az bir defa olacak şekilde planlanmalıdır. Çalışan performansını artırmaya yönelik hangi eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin hangi kapsamda olması gerektiği, çalışanların farklı niteliklerine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak belirlenmeli ve eğitimlere yönelik gerekli planlamalar yapılmalıdır.

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



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:n: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:n: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:n:1 Kurum çalışanlarının genel performans düzeylerine ilişkin istatistiksel veriler (6 aylık/ yıllık vb) raporlar
- Ör:n:2.Çalışanların bireysel performanslarına ve yapılan geliştirici eğitimlere ilişkin personel dosyası kayıtları
- ADSM yönetimi, personeli ödüllendirme, kurum içi belirli pozisyonlarda görevlendirmelerde performans değerlendirme sonuçlarını dikkate alıyor olmalıdır.
- Ör:n:1 Personel dosyasının incelenmesi
- Ör:n: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



ADSM 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.

ADSM 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.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Standart, protokol ve klinik rehberlerin kullanım durumu kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Örnl:1.Oluşturulan kurum protokolleri sayı ve çeşitlerine ilişkin form, belge
- Örnl:2. Oluşturulan klinik rehberlerin sayı ve çeşidine ilişkin form belge
- Örnl:3. İlgili protokollerin uygulandığını gösterir kayıtlı form dokümanlar
- Örnl: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.
- Örnl:1. *ADSM’de kullanılan standart, protokol ve klinik rehberlerin oluşturulma tarihi ve revizyon tarihlerini(sıklığını) gösterir belge, tutanak kayıt*
- Örnl:2. *Standart protokol ve klinik rehberlerin güncel formlarının ilgili birim ve çalışanlara bildirildiğini gösteren belge kayıt ve dokümanlar*
- Örnl:3 *ADSM hizmet göstergelerine ilişkin istatistiksel veriler*
- Örnl: 4 *Standart, protokol ve klinik rehberlerde yapılan revizyonla ADSM 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 ADsM yönetimi tarafından onaylanmış olmalıdır.
- Örnl:1 ADsM yönetiminin hizmetlerin etkinliğine ilişkin istatistiksel verileri
- Örnl:2 Hastaların tanı tedavi ve bakım hizmetlerinin niteliğine ilişkin veriler, raporlar.
- Örnl: 3. ADsM 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 14

Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.

Boyut: Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Bölüm: Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Standart 14:

Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.

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 ADSM’de 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.



ADSM’de 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; ADSM’nin 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;

- ADSM yönetimi onayı ile ADSM'deki 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 ADSM'lerde bu komite çalışmaları tek bir yapı olarak birlikte yürütülebilir.
- Ör:n: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:n: Komite toplantı tutanaklarının değerlendirilmesi
- Çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili yapılanmanın kararları, üst yönetimce ADSM uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- Ör:n:1. Çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili prosedürdeki değişikliklerle İlaç 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:n: Toplantı kararları ile uygulamalar arasındaki tutarlılık gözlemlenebilir olmalıdır.
- ADSM çalışanları, çalışanların sağlığı ve güvenliği ile ilgili prosedürlerdeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamaya yansıtılmış olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ağız ve diş sağlığı hizmetinin sunulduğu polikliniklerde çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda çalışan güvenliği komitesinin oluşturulması beklenmemektedir. Ancak çalışan kişiler arasında sorumluluk tanımlaması yapılmalıdır.



SÇ.ÇG .01.02

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



Öncelikle, bölüm ve ADŞM 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.

ADŞM’lerde 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
- Kesici delici alet yaralanmalarının azaltılması
- Ergonomik faktörler
- Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
- bölümlerde çalışan personele yönelik risklerin yönetimi
- Çalışanlar arası mobbingin önlenmesi
- Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi

- Bağışıklama
- Gereksiz iş yükünün azaltılması
- Stres yönetimi

ADSM’de, 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 ADSM'ler; 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.
- Örn: 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.
- Örn: Teknik hizmetler görevlisi, sterilizasyonda çalışan hemşire vb.
- Bölümlerde gerçekleştirilen kalite iyileştirme çalışmaları gözlenebilir olmalıdır.
- Örn: 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.
- Örn: 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.
- Örn: Çalışanlara konu ile ilgili mail yollanması, intranet/internet üzerinden duyuru yapılması vb.
- ADSM 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 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.

ADSM tarafından; Personelin yararlanabileceği dinlenme, okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü, bireysel gelişim eğitimleri, ADSM çalışanları için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik faaliyetler yapılmalıdır. ADSM’de 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 değerlendirilmesinin 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 dokümente 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 aşğıdaki 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.

M

İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliğı, 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.

Çalışanların Gürültü İle İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik

Standart 15

Hastanın ve Hasta Yakınlarının Haklarının Gözetilmesi

Boyut: Sağlıklı Çalışma Yaşamı
Bölüm: Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

Standart İçeriği?

Bu standart,

ADSM’de sunulan hizmetlerin, hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözetecek şekilde düzenlenmesi kapsamında,

- Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulması,
- ADSM 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,
- Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın seçimleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanması,
- Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmasını,
- Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınarak dokümante 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,
- Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve üzülmesine yönelik düzenleme yapılmasını,
- 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,

ADSM’nin 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 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. (Kurum yönetimi onayı, görevlendirme yazıları, diğer yazışmalar vb.)
- Bu yapıya ilişkin çalışmaları yerine getirecek sorumlu/sorumlular belirlenmiş, sorumlukları tanımlanmış olmalıdır.
- Hastalar birime kolaylıkla başvuru yapabilecekleri, kolaylıkla geribildirimde bulunabilecekleri bir düzenleme bulunmalıdır.
- Örn: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 ADSM 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.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Muayanehanede çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda; hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik kapsamlı bir yönetsel yapı hazırlanmasına ihtiyaç bulunmamaktadır. Bu noktada hekimin sorumluluğu aranır.



HD.HH .01.02

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



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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM, 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.
- ADSM' nin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik oluşturulan kurumsal web sitesi
 - kamuoyuna etkin bilgilendirme imkânı sağlıyor olmalı, asgari kurumun organizasyon yapısı, kurum misyon, vizyon ve değerleri, ADSM' ye 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 kurum hakkında temel bilgilere erişimini sağlayan bir tasarımda olmalıdır.
- ADSM 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, ADSM' nin sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkında bilgi sahibi olmalı ve farkındalıkları yüksek olmalıdır.



HD.HH.01.03

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



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

Hasta ve/veya hasta yakını başvuru esnasında hasta hakları konusunda bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme aşağıdaki konuları kapsamalıdır.

- Mahremiyet
- İtibar ve saygı görme
- Hastaya ait bilgilerin gizliliği
- Hasta güvenliği ve emniyeti
- Verilecek sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirme ve hasta rızasının alınması
- Tedaviyi reddetme hakkı

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



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.
- Örn: 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 ADsM yönetimi tarafından teşvik ediliyor olmalıdır.



HD.HH.01.04

Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın seçimleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmalıdır.



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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanın hekimini seçme hakkını güvence altına alınacak şekilde süreçleri tanımlayan bir düzenleme (doküman/sistem, Örn: MHRS düzenlemesi, vs.) bulunmalıdır. Hastanın farklı bir hekimden tedavi almak istemesi durumunda nasıl bir yol izleneceği tanımlanmış olmalıdır.
- ADSM’de 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.
- Örn: Hasta-sağlık çalışanı iletişimi, hasta şikâyetleri, memnuniyetlerinin sağlanması vb.
- Hizmet sunum süreçlerinde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik uygulamalar izlenebilir olmalıdır.
- Örn: 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

Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınarak dokümente edilmelidir.



Hastaya, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta sade ve anlaşılır bir dille sözlü olarak bilgilendirilmelidir. Her türlü tıbbi müdahale 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 (Çocuk hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetkinliğine sahip olmayan hastalar ile acil duruma yönelik düzenleme kurum tarafından tanımlanmalıdır.)
- İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, ünvanı ve imzası
- Onayın alındığı tarih ve saat bilgileri

Engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.



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. Örn: 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.

Söz konusu dokümanların hasta harici kişilerle paylaşılmasına ilişkin politika belirlenmelidir.



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.



ADSM hastaların; kültürel ve manevi değerleri doğrultusunda hizmet almasını sağlamalıdır. Çalışanların, konuyla ilgili uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalığının artırılması sağlanmalıdır.



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.
- Muayenehanelerde manevi ihtiyacını karşılamak isteyen hastalara yönelik ayrı bir alan ayrılmasına gerek yoktur. İhtiyaç durumunda bu amaçla tanımlanmış uygun bir alanın varlığına yönelik düzenleme yeterlidir.



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 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 paylaşılabileceği 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

Hasta ve hasta yakınlarının şikâyetlerinin alınması, incelenmesi ve çözülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.



Hasta ve hasta yakını şikâyetlerinin zamanında ve adil şekilde alınması, incelenmesi ve çözülmesi sağlanmalıdır. Şikâyetlerin değerlendirilmesine yönelik bir değerlendirme komisyonu kurulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Hasta ve yakınlarının şikâyetlerinin zamanında alınıp, incelenmesi ve değerlendirilmesine yönelik sistem kurulmalıdır. Yazılı olmayan şikâyetlerin nasıl ve kim tarafından değerlendirileceğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.*
- *Yerinde çözülemeyen yazılı ve/veya elektronik başvuruların değerlendirildiği il sağlık müdürlüğü bünyesinde oluşturulan Hasta Hakları Kurulları bu değerlendirme ölçütünün karşılanması kapsamında göz önünde bulundurulabilir.*



HD.HH.01.11

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 ADSM yönetimi tarafından destekleniyor ve teşvik ediliyor olmalıdır*
- *Çalışanlar bu uygulamayı biliyor ve uyguluyor olmalıdır.*
- *Araştırma ve deneysel amaçlı çalışmalar gerçekleştirmeyen ADSM ler için de olası durumlar açısından süreç tanımlanmış olmalıdır.*



HD.HH.01.12

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.
- Örnek: 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.

M

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

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu 24/3/2016 tarihli ve 6698 sayılı

Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik 21.06.2019 Resmî Gazete Sayısı: 30808

Standart 16

Hastanın ve Hasta Yakınlarının Güvenliğinin Gözetilmesi

Boyut: Hasta Deneyimi
Bölüm: Hasta Güvenliği

Standart 16:

ADSM’de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.

HD.HG.01.00

Standart İeriği?

Bu standart,

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

- Hasta güvenliğinin 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,

ADSM’nin 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 yürütölmesini sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



HD.HG.01.01

Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.



ADSM’de 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; kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak bu alandaki çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlamalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM yönetimi onayı ile ADSM’lerde 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:n: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:n: Komite toplantı tutanaklarının değerlendirilmesi
- Hasta güvenliğinin sağlanması ile ilgili yapılanmanın kararları, üst yönetimce ADSM 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.
Örn: Toplantı kararları ile uygulamalar arasındaki tutarlılık gözlemlenebilir olmalıdır.
- ADsM 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.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ağız ve diş sağlığı hizmetinin sunulduğu polikliniklerde çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda hasta güvenliği komitesinin oluşturulması beklenmemektedir. Ancak çalışan kişiler arasında sorumluluk tanımlaması yapılmalıdır.

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. Çalışmaların etkinliği izlenmelidir.

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

- Enfeksiyonların önlenmesi
- İlaç güvenliği
- Radyasyon güvenliği
- Düşmelerin önlenmesi
- Güvenli cerrahi
- Kimlik doğrulama

- Güvenli Enjeksiyon Uygulamaları
- Bilgi güvenliği
- Acil durum yönetimi
- Tesis güvenliği
- Tıbbi cihaz güvenliği
- İstenmeyen olay bildirim 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.
Örn: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.
- ADASM 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, cerrahi müdahale kliniğinde görevli doktor vb.) konuyla ilgili bilgi sahibi olmalı ve sürece katkı veriyor olmalıdır.

Standart 17

Hasta ve Hasta Yakınlarının Geri Bildirimlerinin Alınması

Boyut: Hasta Deneyimi
Bölüm: Hasta Güvenliği

Standart 17:

Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin(görüş, öneri ve şikâyetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.

HD.GB.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüş, öneri ve şikâyetler vb.) 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.



ADSM'den hizmet alanların her türlü geribildirimlerinin (görüş, öneri ve şikâyetler vb.) 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. Örnek: 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 ADSM'nin poliklinik, acil 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 ADSM’de öneri ve şikâyet kutusunun poliklinik, acil, servis, görüntüleme gibi bölümlerinde olma durumu gözlemlenmelidir. ADSM web sitesinde öneri ve istek bölümü bulunmalıdır. Öneri dışında hasta şikâyet 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 ADSM yönetimi tarafından destekleniyor ve teşvik ediliyor olmalıdır.
- ADSM’ye yapılan başvurularla ilgili kurum 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. Örn: 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 gözlemlenebilir 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 ADSM ve personel ile ilgili nasıl geri bildirimde bulunabilecekleri konusunda 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.

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



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.
Örn: 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 planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Standart 18

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

Boyut: Hasta Deneyimi
Bölüm: Hasta Güvenliği

Standart 18:

Hastanın hizmetlere zamanında 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 ADSM'ye 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,
- 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,
- ADSM'lerde mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Hastaların, ADSM 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

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

HD.HE.01.01



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



ADSM, sunduğu hizmetlere yönelik deklare ettiği bilgilerle tutarlı şekilde, hizmet almak için 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 ADSM'nin hangi bölümlerine konuşlandırılacağı ve bu alanlarda çalışacak kişilerin görev yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olmalıdır.
- ADSM'nin hizmet verdiği hasta profili göz önünde bulundurularak ADSM' den hizmet alan tüm hastaların (yabancı uyruklu hastalar dahil) hizmete erişimini sağlamaya yönelik planlamalar yapılmış olmalıdır.
- ADSM 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, ADSM ana girişi, poliklinik alanları, ameliyathane bekleme alanları gibi ADSM'nin 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.
- ADSM 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 kurum 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 ADSM'nin 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.
- BYS 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.
Örn: BYS üzerinden seçilen hasta örnekleminde ilgili hastanın randevu saati ile muayene olduğu saatin uyumlu olması
- Randevu için kurumsal BYS kullanılması durumunda sistem basamakları yapılandırılmış olmalıdır.
Ör; BYS üzerinden verilen tedavi işlem randevularında randevu saati ile birlikte hangi işlemin (dolgu, kanal tedavisi, preperasyon gibi) yapılacağı belirtilmelidir.
Örn: “Aynı Nedenle Yeniden Başvuru Oranı” göstergesinin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlamasının BYS üzerinden yapılması için randevularda; protez, dolgu, kanal tedavisi kaynaklı yeniden başvurular ve antibiyotik tedavisinde başarısızlık nedeniyle yeniden başvurular BYS üzerinde kayıt altına alınıp izlenebilmelidir.
- Randevusuz hastaların yönetimine ilişkin süreç tanımlanmış ve tanımlandığı şekliyle uygulanıyor olmalıdır.
- Hastaların fazla bekleme durumu söz konusu olduğunda, ADSM yönetiminden ilgili kişiler ve çalışanlar tarafından iyileştirme faaliyetleri planlanmış olması kayıtlar ve uygulamalar düzeyinde izlenebilir olmalıdır.



HD.HE.01.03

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



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.

ADSM'den 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 (Örn: 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.
- ADSM 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.



HD.HE.01.04

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



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.

ADSM, 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, 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.
Örn: Toplantı tutanakları, DÖF kayıtları, analizler.



HD.HE.01.05

ADSM’lerde mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.



ADSM’lerde mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. Acil nöbet hizmetleri düzenlemeleri ve uygulanacak tedaviler kurum tarafından belirlenmiş olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Travma, kanama, pulpitis gibi acil müdahale gerektiren vakalarda hastaların hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalı, uygulanacak tedaviler kurum tarafından belirlenmelidir.
- Nöbet sistemi olmayan kurumlarda mesai dışı zamanlarda acil durumlarda ne yapacakları planlanmış olmalı ve bu konuda ilgili hasta ve yakınına bilgilendirme yapılıyor olmalıdır.

Standart 19

Enfeksiyonların Önlenmesi İçin Gerekli Tedbirlerin Alınması

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Enfeksiyonların Önlenmesi

Standart 19

Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

SH.EÖ.01.00

Standart içeriği?

Bu standart,

Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirlerin alınması kapsamında;

- Enfeksiyonların önlenmesine yönelik komite oluşturulması ve sorumlulukların ve görev alanlarının belirlenmesini,
- Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program oluşturulmasını,
- Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliğinin izlenmesini içerir.

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.EÖ.01.01

Enfeksiyon önlenmesine yönelik komite oluşturulmalı ve sorumlulukları ve görev alanları belirlenmelidir.



ADSM’de enfeksiyonların önlenmesi sürecinden sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.

Bu komitenin üyeleri; ülkenin mevzuatı, ADSM’nin personel kapasitesi, hasta profili ve ADSM ihtiyaçları göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik oluşturulan komitenin sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

- Bilimsel esaslar çerçevesinde, ADSM’ nin özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol programı belirlemek
- ADSM’de enfeksiyon kontrolüne yönelik olarak yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamak
- Enfeksiyonların 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;

- ADSM yönetimi onayı ile ADSM’de, Enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili tüm süreci yürütecek nitelikte çalışandan oluşan komite oluşturulduğuna ilişkin izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır.
Örn: 1. Komite vb. resmi görevlendirme yazıları
- Enfeksiyon komitesi’nde görev alacak sorumlular yönetimce belirlenmiş ve görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmış olmalıdır.
Örn: 1. çalışanların resmi görevlendirme yazıları
- Enfeksiyon komitesi en geç 3 aylık periyodlarla toplanmalıdır.
- Enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili yapının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Örn: Komite toplantı tutanaklarının değerlendirilmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili yapılanmanın kararları, üst yönetimce ADŞM uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
Örn:1. Enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili yapılanmasının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. dokümanın geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Örn: 2. Komite toplantı tutanakları izlenebilir olmalıdır.
- Enfeksiyonların önlenmesi ile ilgili yapılanmada görev alan Komite üyeleri, komitedeki rol ve fonksiyonları biliyor olmalı ve katılım sağlıyor olmalıdır.
- ADŞM çalışanları, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili prosedürlerdeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamaya yansıtılmış olmalıdır.
Örn: Toplantı kararları ile uygulamalar arasındaki tutarlılık gözlemlenebilir olmalıdır.
- *Enfeksiyonların önlenmesi prosedüründeki son revizyon uygulamaya yansıtıldığı gözlemlenebiliyor olmalıdır.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ağız ve diş sağlığı hizmetinin sunulduğu polikliniklerde çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda enfeksiyonların önlenmesine yönelik komitesinin oluşturulması beklenmemektedir. Ancak çalışan kişiler arasında sorumluluk tanımlaması yapılmalıdır.



SH.EÖ.01.02

Enfeksiyonların 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
- El hijyeni
- İzolasyon önlemleri
- Akılcı antibiyotik kullanımı
- Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepti, antisepsi
- Çalışanların mesleki enfeksiyonu
- Tesis kaynaklı çalışmalarda enfeksiyonların önlenmesi
- Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar vb.) yönelik planların yapılması
- Çamaşırhane, yemek hizmetleri, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Enfeksiyon komitesinin hazırladığı program ile ilgili faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. kayıtlar üzerinden ve geriye dönük olarak izlenebilir olmalıdır.
Örn: 1. Komite toplantı tutanaklarının değerlendirilmesi
- Enfeksiyon programı kapsamındaki başlıkların uygulamaya geçirilmesi üst yönetim tarafından desteklenmelidir.
- Enfeksiyon Komitesinin hazırladığı program ile ilgili yapılanlarda görev alanlar (üyeler) konuyla ilgili tanımlanan dokümanla tutarlı bilgiye sahip olmalı ve uygulamalarına yansıtmış oldukları gözlemlenebilmelidir.
- Toplantı kararları ile uygulamalar tutarlı olmalıdır.
- Çalışanların, Enfeksiyon Komitesi'nin hazırladığı program ile ilgili prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olması ve uygulamalarına yansıtmasını sağlamış olmalıdır.

Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi

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

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

El Hijyeni

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

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

El Hijyeni Kurallarının Belirlenmesi

Sağlık çalışanının hasta bakımı sırasında ne zaman el hijyeni uygulaması

yapması gerektiği DSÖ tarafından ortaya konan “5 Endikasyon Kuralı” ile tanımlanmıştır.

“5 Endikasyon Kuralı”na göre;

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

Ayrıca ADSM’lerde hasta bakımı yapılmayan ancak hastaya dolaylı olarak sağlık hizmeti verilen çeşitli alanlar da bulunmaktadır. Laboratuvarlar, eczane, sterilizasyon üniteleri, ilaç, 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 ADASM 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. ADASM, 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 noktalarında alkol bazlı el antiseptiği bulundurulmalıdır. Hasta bakım noktası 3 unsurun biraraya geldiği yerdir:

1. Hasta

2. Sağlık çalışanı

3. 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.

Hastaların bakım ve tedavi aldığı tüm alanlar bu kapsamda değerlendirilmelidir. Burada amaç, hasta başı ürünlerinin hasta alanından ayrılmadan ulaşılabilir şekilde bulunmasıdır.

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

İzolasyon Önlemleri

ADSM; izolasyon önlemlerinin uygulanması gereken durumları, uygulama kurallarını ve gerekli fiziki koşulları (ayrı oda/ünit, yataklar/ünitler arası yeterli mesafe, yeterli personel vb.) belirlemelidir.

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

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

da çalışanları uyarmak amacı ile ADSM'nin belirleyeceği şekilde kullanılması T.C. Sağlık Bakanlığınca önerilmektedir.

Sarı Yaprak:

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

Mavi Çiçek:

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

Kırmızı Yıldız:

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

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 ADSM bazında gerçekleştirilmesi gereken asgari uygulamalar şunlardır:

- » ADSM’de 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.
- » Kurumda antibiyotik kullanımının rehberler doğrultusunda gerçekleştirilme durumu izlenmelidir.

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

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

profilaksi, takip ve tedavi işlemleri.

» Yukarıda ifade edilen önlemlerin alınmasına ilişkin tüm süreçler ADSM tarafından tanımlanmalıdır.

» ADSM’de, çalışanların enfeksiyonlardan korunma ile ilgili bilgi ve

farkındalık düzeylerinin geliştirilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

» Çalışanların enfeksiyonlara karşı gerekli tedbirleri alabilmeleri için uygun çalışma ortam ve koşulları sağlanmalı, gerekli ekipman temin edilmelidir.

» Bölüm bazında yapılan risk analizleri çerçevesinde düzenli aralıklar ile yapılması gereken sağlık taramaları belirlenmeli ve sağlık taramalarına yönelik bir program oluşturulmalıdır.

» Taramalarda pozitif saptanan olgulara yönelik yapılması gereken işlemler belirlenmelidir.

» Program çerçevesinde yapılan uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

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

Çamaşırhane, Mutfak, Atık Yönetimi ve Havalandırma Sistemleri gibi

Destek Hizmetlerinde Enfeksiyonların Kontrolü

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



SH.EÖ.01.03

Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.



Enfeksiyonların önlenmesine yönelik ADSM’de gerçekleştirilen uygulamalar süreç ve sonuç bazında izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Gerekli hallerde kısıtlı antibiyotik kullanımına yönelik bir süreç tanımlanmış olmalıdır. Kişisel koruyucu ekipmanın mevcut ve kullanılıyor olması sağlanmalıdır.
- Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.
- Kurumda yapılacak olan yapısal değişiklikler konusunda enfeksiyon komitesi haberdar edilmelidir. Enfeksiyon komitesi için mahiyetine göre gerekli önlemleri almalıdır.

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.

M

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

Standart 20

Sterilizasyon Hizmetlerine Yönelik Süreçlerin Tanımlanması ve Kontrol Altına Alınması

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Sterilizasyon Yönetimi

Standart 20:

Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.

SH.SY.01.00

Standart içeriği?

Bu standart,

Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçlerin tanımlanması ve kontrol altına alınması kapsamında;

- Sterilizasyon ünitesinde işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve 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,

ADSM’lerde, 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 işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.



Sterilizasyon ünitesinde fiziki mekân işlem basamaklarına göre asgari 3 alanda düzenlenmelidir.

Temizlik ve dekontaminasyon işlemlerinin uygulandığı alan (Kirli alan, dekontaminasyon alanı vb.)

Paketleme ve sterilizasyon cihazına yükleme işlemlerinin uygulandığı alan

(Yarı temiz alan, temiz alan, paketleme alanı gibi)

Steril malzemenin cihazdan çıkarıldığı ve depolandığı alan (Temiz alan, steril alan, steril depo gibi)



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM yönetimi onayı ile kurumda, tüm sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreci yürütecek nitelikte çalışandan oluşan komite, komisyon, birim vb. bir yapı oluşturulduğuna dair izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır.
- Ör 1; dezenfeksiyon sterilizasyon alt komitesi
- Üniteye 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 tanımlanan alanlar (Alan tanımlamalarında isim farklı olabilir) ile destek alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları ve kurallar tanımlanmalıdır.
- Sterilizasyon süreçlerine ilişkin yönetsel yapının faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. dokümanlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Alanları tanımlayan uygulamalar üniteye izlenebilir olmalıdır.
- Poliklinik ve muayenehanelerde;
- Uygun bir alan ve derin bir lavabo yıkama için ayrılan alanlarda sterilizasyona hazırlık basamağı olarak kullanılabilir. Otoklav için ayrı bir alan kurum tarafından ayrılabilir fakat sterilizatörün özelliğine uygun şartlar sağlandığında ünit içerisinde de bulundurulabilir.
- Steril malzemeler malzeme sirkülasyon durumu göz önünde bulundurularak steril depolama alanı; kirli malzemelerin toplandığı ve temizlendiği alandan mesafe olarak uzakta bir bölüm şeklinde ise yada neme karşı önlemlerin alındığı ayrı bir alanda steril malzeme olarak tanımlanmış bir dolapta muhafaza edilebilir, kullanım alanlarında steril malzemenin uygun şartlarda muhafazası önemlidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Üniteye fiziki alanlara ve bu alanlarda uygulanan hizmetlere göre gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları belirleyen dokümanlar ve uygulamalar eş zamanlı izlenebilir olmalıdır.
- Sterilizasyon yönetim yapılanması kararlarının üst yönetimce uygulama prosedürlerine yansıtılıp yansıtılmadığı ve çalışanlarla paylaşılma durumu izlenebilir olmalıdır.
Ör1. Dezenfeksiyon sterilizasyon prosedüründeki değişikliklerle komite kararlarında tutarlılık
- Sterilizasyon alanında görev yapan çalışanlar süreçlere ilişkin tanımlanan kuralları biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
- Çalışanların 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 ulusal ve uluslararası Rehberler temel alınabilir.

Sterilizasyon ünitesinde yüzeyler kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir 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 gözlemlenmeli ve ilgili dokümanda tanımlanan uygulamalarla tutarlı olmalıdır.
Örn: 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 gözlemlenebilir 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 ADPM 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, kayıtlarda ve uygulamada izlenebilir olmalıdır.
Örn: Otomasyon sistemi, teknik servis kayıtları, havalandırma cihazının basınç ölçümleri vb. havalandırmaya ilişkin bu bilgiyi veren kayıtlar

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 olması 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 ulusal ve uluslararası Rehberler temel alınabilir.

Steril alanlarda depolama koşulları hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve steril malzemenin korunmasını sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.

Ünitede 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 Antisepsi, Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon amaçlı hazırlanan Ulusal/Uluslararası Rehberler temel alınabilir.
- Steril depolama alanında, Steril depolama alanının konumu, sterilizasyon alanında hava sirkülasyonunun sağlandığı, steril malzemelerin saklama koşullarının uygunluğu, malzeme raflarının konumu, malzemelerin yerleşim planı vb. hususların 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.

- » Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmelidir.
- » Kirli malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.
- » Düzenli aralıklarla yıkama etkinliği kontrol edilmelidir.
- » Yıkama etkinliği kontrolü kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.
- » Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim edilmelidir.
- » Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.
- » Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.

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 pakete, paket içeriğinin niteliğine göre ve değerleri belirlenmiş performans koşullarını sağlayan uygun kimyasal indicator (en az sınıf 3) konulmalıdır.

Biyolojik kontrol yöntemleri ile sterilizasyonun tam olarak gerçekleşip gerçekleşmediği değerlendirilmelidir.

- ADSM, 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 Antisepsi, Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon amaçlı hazırlanan Ulusal/Uluslararası Rehberler temel alınabilir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Basıncılı 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.
- Kurumda kullanılan otoklavın, dış hekimliği alet ve malzemelelerinin özelliklerine uygun, indikatörlerin kullanılabildiği ve diğer tüm testlerin ve test çıktılarının izlenebildiği bir otoklav tipi olmalıdır. Örneğin; otoklav tipi ön vakumlu B ya da S tipi otoklavlar gibi.
- Süreçlere ilişkin tüm kayıtlar güncel ve geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Sterilizasyon süreçlerinin kontrolünün işlendiği izlenebilir doküman/lar bulmalıdır.
- Paket bütünlüğünün bozulma durumu kliniklere teslim aşamasında mutlaka kontrol edilmeli zarar gören paketler kesinlikle kullanılmamalıdır.
- Klinik kullanımında belli aralıklarda paket kontrolleri yapılmalı bu aralıkların süresi yönetim tarafından belirlenmelidir.
- Çalışanlara yönelik eğitim kayıtları güncel ve geriye dönük olarak izlenebilmelidir.



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.
- Çalışanlar süreçlere ilişkin bilgi sahibi olmalı ve uygulamalarına yansıtıyor olmalıdır.
- Süreçlerde tespit edilen uygunsuzluklar ve bu uygunsuzluklara yönelik düzeltici önleyici faaliyetler, kayıtlar ve uygulamalar ile güncel ve geriye dönük olarak izlenebilmelidir.



ASDH, anlık sterilizasyon programına yönelik süreçlerini tanımlamalıdır.

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

Tanımlama aşağıdaki hususları içermelidir;

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

Çalışanların bilgilendirilmesi

Anlık sterilizasyon, ameliyathane ortamında tıbbi cihaz ve malzemenin standart basınçlı doymuş buhar yöntemiyle steril edilmesi için yeterli sürenin olmadığı durumlarda kullanılmalıdır. Anlık sterilizasyon ve kuru ısı sterilizasyon yöntemleri rutin sterilizasyon yöntemi olarak kullanılmamalıdır.

Çevrimler anlık sterilizasyon programına uygun kimyasal ve biyolojik indikatörlerle izlenmeli ve tüm süreç kayıt altına alınmalıdır.

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. Gerektiğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılabilirliktir.

Malzeme ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilmelidir:

- 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

Standart 21

Kurumda Etkin ve Güvenli İlaç Yönetiminin Sağlanması

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: İlaç Yönetimi

Standart 21:

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 koordinasyonu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulması,
- 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.IY.01.01



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



ADSM’de 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 ADSM’nin 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
- Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası
- 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 ADSM 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
- Konsantre elektrolitler
- Gebelik ve emzirmede kullanılması gereken ilaçlar
- Sitotoksik ilaçlar
- İkincil takip gerektiren ilaçlar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM yönetiminin onayı ile ADSM'deki tüm ilaç yönetim sürecini yürütecek nitelikte çalışanlardan oluşan komite, birim, komisyon vb. bir yapılanma oluşturulmuş olmalıdır.
Örn: 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.
Örn: Komite toplantı tutanakları
- İlaç yönetim yapılanması kararları üst yönetimce ADSM 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 (Örn: 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.
Örn: Toplantı kararları ile uygulamalar arasında tutarlılık izlenebilir olmalı.
- ADSM çalışanları ilaç yönetim prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamalarına yansıtmış olmalıdır.
Örn: ilaç yönetim prosedüründeki son revizyonun uygulama alanlarında izlenebilmesi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Muayanehanede çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda; ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesini ve koordinasyonunu sağlayacak kapsamlı bir ilaç yönetim yapısına ihtiyaç bulunmamaktadır. Bu noktada hekimin sorumluluğu aranır.



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 ADSM’de 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.

ADSM, 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 (sözel, yazılı veya elektronik olabilir.)

Stok bulunduran birimlerin eczaneye yaptığı depolama istemleri

Kurumda bulunmayan yahut depo miktarı azalan ilaçlar için yapılan temin istemleri

Yatan hastalar için hazırlanan 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.
Örn: 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
Örn: İlaç güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulan özel nitelikli ilaçlara ait muhafaza alanları
- Kurumdaki ilaç süreçlerinin ve bunlara ait yöntem ve kuralların belirlendiğini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
Örn: Komite toplantı tutanakları
- İlaç süreçlerine ait kararlar üst yönetimce ADSM uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
Örn: İlaç süreçleri ile ilgili kararlarının üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulması
- İlaç yönetim yapılanmasında görev alanlar (Örn: Komite üyeleri) görev ve sorumluluklarını biliyor ve görevin gereklerine uygun hareket ediyor olmalıdır.
- İlgili süreçlerde görev alan çalışanların bilgi düzeyi ve uygulamaları dokümanda tanımlanan süreçlerle uyumlu olmalıdır.
Örn: Toplantı kararları ile uygulamalar arasında tutarlılık izlenebilir olmalı.
- ADSM çalışanları ilaç yönetim prosedürlerindeki değişikliklerden haberdar olmalı ve uygulamalarına yansıtmış olmalıdır. Örn: 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.



ADSM’de 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.
Örn: Kimlerin ilaç temin talebinde bulunabileceği, talep yöntemi, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceğine ait kayıtlar
Örn: Temini gerçekleştirilecek ilaç türlerinin ve miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler, temin talepleri ve tüketim analiz kayıtları
- İlaç talep, temin ve stok ile ilgili tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilmelidir.
Ör; Farklı bölümlerden gelen ilaç talep kayıtları,
Örn: İhtiyaç tespit komisyonu tutanakları,
Örn: yıllık tüketim kayıtları, stok kayıtları



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlaç temini ve stok yönetimi ile ilgili kararlar üst yönetimce ADSM uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
Örn: İlaç temini ile ilgili bölümlerden görüş alınması
Örn: 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.
Örn: İhtiyaç tespit komisyonunda görev alan üyeler
Örn: Stok yönetiminde görev alanlar
- ADSM çalışanları ilaç temini ile ilgili süreçlerden haberdar olmalı ve uygulamalara katılıyor olmalıdır.
Örn: ilaç talebinin nasıl yapılacağı ve ilaç temini ile ilgili üst yönetime görüş bildirmeleri uygulama alanlarında gözlenebilir olmalı



SH.IY.01.04

İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.



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

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

Bu alanlarda ilaçların, niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanması gerekmektedir. Bu amaçla, ihtiyaç duyulan iklimlendirme, ışık kontrolü gibi düzenlemeler gerçekleştirilmeli ve fiziki koşulların takibi yapılmalı, yapılmalı, elektrik kesintisi gibi olağanüstü durumlarda soğuk zincirin korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

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

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

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

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

Psikotrop ve narkotik ilaçların güvenliğine yönelik tüm ADSM 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.
- Tüm çalışanlar depolardan sorumlu kişileri tanımalıdır.
- 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 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 görmesi halinde yapılan uygulamalara ilişkin bilgi alınmalıdır.
- İlaç depolama yerleşim planı bulunmalı ve güncel olmalıdır.
- Özel niteliğe sahip ilaçlar için ayrı alanlar tanımlanmalı, yazılış/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.İ.Y.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 ilaçlar, uzman tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir. Hazırlama esnasında renkli etiketle işaretli ilaçlar için renge ait belirlenmiş kurallara uyulmalıdır.

İlaçlar, uygulama öncesi ilaç hazırlama ortamında her hasta için özel olarak hazırlanmalı, belirlenen kurallar çerçevesinde dikkatle uygulanmalı ve uygulama işlemi kayıt altına alınmalıdır.

İlaç uygulamaları, sadece ilaç uygulamaya yetkili personel tarafından (diş hekimi, 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.

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Hasta yanında hiçbir surette ilaç bırakılmamalı, yatış işlemi esnasında hastanın beraberinde getirdiği ilaçların kontrolü sağlanmalıdır.

Hastadan teslim alınan ilaçlar miat ve fiziksel durum kontrolünden geçirilmelidir.

Son kullanma tarihi geçen, fiziksel yapısında değişim tespit edilen ilaçlar hasta bilgilendirilerek imha edilmelidir.



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.
Örn: ADSM tüm istem aşamaları için yetki, yöntem ve kuralları mevzuata uygun olarak belirlemelidir. Aşağıda belirtilen ilaç istemleri kontrol edilmelidir:
 - Hasta bazlı, tedavi amacıyla yapılan uygulama istemleri (Sözel, yazılı veya elektronik olabilir.)
 - Stok bulunduran birimlerin yaptığı depolama istemleri
 - Kurumda bulunmayan ya da depo miktarı azalan ilaçlar için yapılan temin istemleri



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Örnl: 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 dair kayıtlar
- Örnl: İlaçların hazırlanma süreçleri aşağıdaki tedbirleri içerir;
- Bölünmüş ambalajların (kesilmiş blister tabletler vb.) tanımlanması için alınan tedbirler,
- Hazırlanan tüm ilaçların son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesi,
- Hazırlama esnasında renkli etiketle işaretli ilaçlar için renge ait belirlenmiş kurallar
- Örnl: 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
- Örnl: 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.
Örn: İlaç istemleri uygunluğu ile ilgili maddeler biliniyor olmalıdır:

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

Örn: İlgili alanlarda ilaç transferi ile ilgili kişiler, alınan önlemler, donanım, tehlikeli ilaç kırılmaları anında yapılacaklar biliniyor olmalıdır.

Örn: Eczanede ilaç hazırlanması ile ilgili kişiler, son kullanma tarihleri, ile ilgili prosedürler, renkli etiketle işaretli ilaçlara ait yönergeleri biliyor olmalıdır.

Örn: İlaç uygulama süreçleri ile ilgili kişiler ilacın güvenli uygulanmasına yönelik kuralları biliyor olmalıdır.

Örn: Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlarla ilgili süreçler ilgili çalışanlar tarafından biliniyor olmalıdır.

Örn: Anestezik solüsyonlar ile antiseptik solüsyonların hastaya uygulanmasında karışmasını önlemeye yönelik düzenleme yapılmalı ve önlemler alınmalıdır. Örneğin. İrrigasyon solüsyonları için irrigasyona özel uçlar takılması, farklı boy ve renkte enjektör kullanılması, anestezi veya antiseptik solüsyon içeren enjektörün üzerine renkli ya da yazılı uyarı yapıştırılması, anestezi solüsyonu ve irrigasyon solüsyonlarının (sodyum hipoklorid, oksijenli su, serum fizyolojik vb.) hastaya uygulama anında enjektöre çekilmesi vb.

Örn: Lokal anestezikler toplu halde enjektörlere çekilerek alanda bekletilmemeli işlem öncesinde hastaya özel olarak enjektöre çekilerek kullanılmalıdır.



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.
Örn: Hasta bazlı istemler, stok bulunduran birimlerin eczaneye yaptığı depolama istemleri ve depoda bulunmayan ilaçlar için yapılan istemlere ait kayıtlar
Örn: Transferi gerçekleştirecek personele ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verildiğine ait kayıtlar
Örn: İlaçların son kullanma tarihlerinin kontrol edilmesine ait kayıtlar
Örn: İlaç uygulamalarına ait kayıtlar
Örn: Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlara ait kayıtlar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İlaçların hazırlama ve uygulama süreçleri ile ilgili kararlar üst yönetimce ADŞM uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
Örn: İlaç hazırlama ve uygulama kararlarının üst yönetimce tüm çalışanlara uygulamaya esas duyurulması
Örn: İlaç istemleri ile ilgili süreçlere ait bilgilendirmenin kurum bilgi yönetim sisteminde yayınlanması



SH.İ.Y.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 gerekliliği sorunlar asgari olarak advers etki ve ilaç hataları konularını kapsamalıdır.

Advers etkiler, kayıt altına alınarak farmakovijilans sistemine bildirilmelidir. Farmakovijilans sorumlusu tanımlanmalıdır.

İlaçla ilgili süreçlerde yaşanan hatalar ve ramak kala olaylar istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında bildirim, 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.
Örn: Tüm ilaç yönetimi sürecinde oluşturulan verilerin bilgi yönetim sistemleri kapsamında izlendiğine ait kayıtlar



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

Örn: Çalışanların herhangi bir aşamada yaşanan sorunları bildirebilmesini sağlayacak bilgi altyapısının oluşturulduğuna ve etkin olarak kullanıldığına ait kayıtlar

Örn: Advers etki ve ilaç hataları kayıtları

- İzlenebilirlik ve iyileştirme faaliyetlerini gösteren tutanak, rehber, rapor vb. doküman geriye dönük izlenebilir olmalıdır.

Örn: Advers etki ve ilaç hataları kayıtları (aylara ve yıllara göre kayıtların dökümü, en çok bildirilen advers etki ve ilaç hatalarının belirlenmesi vb)

Örn: Kurum bilgi yönetim sistemindeki bildirim altyapısının incelenmesi

Örn: Herhangi bir ilaç süreciyle ilgili yapılan iyileştirme faaliyetine ait kayıtlar

- İzlenebilirlik ve iyileştirmelerle ilgili kararlar üst yönetimce ADSM uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.

Örn: 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.

Örn: ilaç hataları ve advers etki bildirim süreçlerini ilgili kişilerin biliyor olması

Örn: İlaç süreçleri ile ilgili yapılan herhangi bir iyileştirme için iyileştirme takımında görev alan kişilerin süreçler hakkında tutarlı geribildirim vermesi

- ADSM çalışanları izlenebilirlik ve iyileştirme faaliyetlerinden haberdar olmalı ve uygulamalara katılıyor olmalıdır.

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

M

Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayısı 28970, 12.04.2014

- İlaçların Güvenliliğı Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014

Standart 22

Hasta Bakım Süreçlerinin Yürütülmesi

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı

Standart 22:

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,
- Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemlerin zamanında ele alınmasını ve çözülmesini,
- Hastanın sevki veya tedavinin tamamlanmasına yönelik süreçlerin bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmasını,
- Hastanın bakım sürecine ait kayıtların; eksiksiz ve doğru olması ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları kapsamasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

ADSM'den 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 ADSM' ye kabulünden tedavinin tamamlanmasına kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.

Hasta bakımı, ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.

Hasta bakımına yönelik sunulacak hizmetlerin etkinliğini sağlamak amacı ile bakım süreçleri tanımlanmalıdır. Bu tanımlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
- Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması

- Planlanan bakımın hastaya uygulanması
- Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
- Gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılması

Birden fazla sağlık çalışanının dahil olduğu bakım süreçlerinde, bakım ekibinin tüm üyeleri çalışmalarını multidisipliner bir anlayış ile koordineli bir biçimde gerçekleştirmelidir.

- » Hasta/hasta yakınının bakım süreçleri ile ilgili kararlara katılımı sağlanmalıdır.
- » Söz konusu tüm işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalı ve ilgili çalışanlarca izlenebilir olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaların ADSM'ye kabulünden tedavinin tamamlanmasına ve tedavi sonrası izlenmesi sürecini kapsayan bakım uygulamalarının (sağlık hizmetlerinin tamamı) tanımlandığı, ADSM yönetimi tarafından onaylanmış temel bir doküman bulunmalıdır. Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan ve yatan hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır. Ayakta 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
 - Ayakta/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
 - Gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılması bilgileri yer almalıdır.
- *Hasta bakım sürecinde görev alan çalışanlar ilgili dokümanda tanımlanan kurallar hakkında bilgi sahibi olmalı, uygulamalarına yansıtılmış olmalıdır.*



SH.HB .01.02

Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.



Hastanın bakım ihtiyaçları; ayaktan hastalarda polikliniklerde, yatan hastalarda ise hasta yataklı servise kabul edildiğinde, hastaya bakım verecek ilgili sağlık çalışanları tarafından belirlenmelidir.

Hastanın bakım ihtiyaçları, bütüncül bir yaklaşımla ve hasta/hasta yakınının da katılımı ile değerlendirilmelidir.

Belirlenen bakım ihtiyaçları çerçevesinde, hastaya uygulanacak işlemlerde (dolgu, kanal tedavisi vb.) hasta güvenliğini sağlayacak tedbirler alınmalı, doğru işlemin, doğru bölgeye yapılması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ayakta 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 kurum yönetimi onaylı dokümanlar (protokol, rehber ve formlar vb)
- Ör 1. Bakım ve tedavi protokolleri, hasta değerlendirme formu, ağrı değerlendirme ölçeği vb. ölçekler.
- Hasta değerlendirmesine ilişkin doküman ve kayıtlar
- Ör 2. Bakım ve tedavi protokolleri, hasta değerlendirme formu, yaşam bulguları izlem formu vb.
- Ayakta hastaların bakım ihtiyaçlarına ilişkin değerlendirme sonuçları, ADSM 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, sistemik durumu, varsa engellilik durumu, allerjisi, planlanan tedavi vb. gösteren kayıtlar.
- Diş hekimi muayenesi sonucu hastaların klinik durumlarını gösteren bulgular (eksik dişler, çürük dişler, enfekte dişler vb.) ağız şeması üzerinde kayıt altına alınmalıdır.
- Tüm tedavi alanlarında bu bilgilere erişilebilir olmalıdır.
- Değerlendirme sonucunda hastanın tedavi planı hazırlanmalı ve kaydedilmelidir. Hastanın tekrar başvurularında tedavi planı ulaşılabilir olmalıdır. Hastanın isteği halinde planlanan tedavileri içeren tedavi planı hastaya verilmelidir.
- Tedavi planı hazırlanmasından sonra hastanın tekrar başvurusunda kurum tarafından belirlenen bir periyotta tedavi planı güncellenmelidir.
- 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
- Düşme riski değerlendirmesi
- Ağrı şiddeti değerlendirmesi
- Bilinç düzeyi takibi
- Beslenme durumunun değerlendirilmesi
- Kateter bakımı ve takibi (varsa)
- Ekstremiteler nabız takibi ve ödem derecelendirmesi (varsa)
- Ağız bakımı ve takibi



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastanın değerlendirilmesine ilişkin ADSM yönetimi, birim yöneticileri ve bakıma katılan tüm sağlık çalışanları, tanımlanmış görevleri doğrultusunda sürece katılım sağlıyor olmalıdır.
Örn: Hasta değerlendirilmesine yönelik doküman ve kayıtların revizyonu ile ilgili ADSM yönetiminin onayı
Örn: 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. Hastanın kabulü sırasındaki hasta değerlendirmesinin, tanımlanan değerlendirme kuralları ile uyumlu olması



SH.HB .01.03

Değerlendirme sonuçlarına göre hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.



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

Hasta bakımı uygulamalarında tedavi ve bakımın sürekliliği esastır.

Bakım planları hastanın tedavi sonrası kontrollerini de 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. Örn: Hasta bakım/tedavi planı kayıtları (basılı ya da elektronik)



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.
Örn: Hasta bakım planının hastanın yatışından itibaren planlandığını ve her vardiyayı kapsadığını gösteren kayıt
Örn: Hastanın hemşiresi değiştiğinde bakım planının devam ettiğini gösteren kayıtlar
Örn: 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.
Örn: Hasta bakım planlarının uygulanabilirliğine ilişkin birim yöneticilerinin raporları
Örn: 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 yansıtmış 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.



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.
- Örn: 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.
Örn: Hasta bakım planı kayıtları
 - Hasta bakım planına eklenen yeni hemşirelik tanımlarını 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.
- Örnl: 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.



Hastaya hizmet veren ilgili sağlık çalışanları, hasta/hasta yakınları ile beklenti, ihtiyaç ve değerlerini gözetecek şekilde iletişim kurmalıdır.

Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde pozitif bir diyalog içinde bulunulmalıdır.

Hasta/hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler (evde protez bakımı, doğru diş fırçalama, tedavinin tamamlanmasını takiben dikkat edilmesi gereken hususlar, ADSM’de uyulması gereken kurallar, hizmete erişim vb. konularda) verilmelidir.

Bakım uygulamaları kapsamında hastaya yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta/hasta yakını işlemi uygulayacak kişi tarafından, işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onay alınmalıdır.

Hasta bakım sürecinde hastalar kendi bakımlarına katılmaları konusunda teşvik edilmelidir. Hasta/hasta yakınları bakım uygulamalarının seyri ve süreçte dikkat edilmesi gereken konular vb. hakkında bilgilendirilmelidir.

Yatan hasta/hasta yakınının, yukarıda belirtilen hususlara ek olarak yataklı servise uyumu sağlanmalıdır. Hasta/hasta yakınları; kahvaltı ve yemek saatleri, sağlık çalışanlarına nasıl ulaşabilecekleri, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin ne şekilde bilgi alabilecekleri vb. konularda bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta ve hasta yakınlarının 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
- Örn: Hasta bilgilendirme için hazırlanmış broşürler / rehberler
- Örn:(Riskli) Girişimler için yazılı onamlar
- Tüm birimlerde ve vardiyada, hasta ve yakınlarının bakım sürecine katılımının sağlandığı izlenebilir olmalıdır.
- Hastanın bakım (ve tedavi) kayıtları
- Örn: Hastanın birime uyumuna ilişkin kayıtlar
- Örn: Hastaya verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar
- Örn: (Riskli) Girişimler için yazılı onamlar
- Hasta ve yakınlarının bakım sürecine katılımına ilişkin ADMS 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.
- Örn: Hasta bilgilendirme ve eğitimi ile ilgili revizyonlar
- Örn: Yazılı onamlar ile ilgili revizyonları gösteren belge
- Örn: ADMS 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.
- Örn: Hastanın birime uyumu hakkında 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

Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözülmelidir.



Hekim tarafından kararı verilen tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemlerin varlığı durumunda sürecin nasıl yönetilmesi gerektiği önceden tanımlanmalı ve bu doğrultuda çözüme gidilmelidir.

Bu gibi etik ikilemlerin söz konusu olduğu durumlarda, hasta ve hekimin birlikte alacağı kararlar doğrultusunda, hasta güvenliğini sağlayacak şekilde ve en kısa zamanda çözüme gidilmelidir.

Hekim izni olmadan ADSM'den ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler de belirlenmiş olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Etik ikilemler önceden tanımlanmalı ve böyle bir durumla karşılaşılması durumunda yapılacaklar belirlenmelidir.
- Uygulamalar hasta hakları yönetmeliğine uygun şekilde yapıldığı izlenmelidir.
- Süreç belirlenmelidir



SH.HB .01.07

Hastanın sevk veya tedavinin tamamlanmasına yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.



Belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda başka bir ADSM'ye sevkine karar verilen hastaların sevk işlemleri ADSM'nin 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 tedavisinin tamamlanmasına yönelik işlemler planlanmalıdır.

- » Hekim tarafından tedavisi tamamlanan hastalar; tedavi sonrası evde dikkat edilmesi gereken hususlar ve gerektiğinde kontrol için ne zaman ve nasıl başvuruacağı gibi konular hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Tedavinin tamamlanmasına ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Sevk sürecine yönelik kayıtlar geriye dönük izlenebilir olmalıdır.
- Sevke yönelik kayıtların, hasta ve yakınlarının bilgilendirildiğine dair kayıtlar oluşturulmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Tedavisi tamamlanan hastalar için işlem sonrası yapılacaklar basılı olarak hazırlanabilir.



SH.HB .01.08

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



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

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

Hastanın yaşamının sona ermesi durumunda verilecek hizmetlere yönelik ADSM tarafından bir plan oluşturulmalıdır.

M

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 23

Doğru İşlemin Doğru Hastaya Uygulanması

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı

Standart 23:

Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.

SH.HB.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta bakım sürecinde doğru işlemin doğru hastaya uygulanmasının sağlanması için hasta kimliğinin doğrulanması kapsamında,

- Kimlik doğrulama yöntemleri ve araçlarının tanımlanmasını,
- Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmesini,
- Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliğinin doğrulanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Hasta bakım uygulamaları kapsamında, hastaya ilaç verirken, 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

Kimlik doğrulama yöntemleri ve araçları tanımlanmalıdır.



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.)
- ADMS tarafından belirlenen hasta kimliğini tanımlayabilecek diğer yöntemler

Kimlik tanımlayıcısı olarak kol bantları/bilekliklerin kullanımı durumunda aşağıdaki hususlara 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 bantları/bileklikler üzerinde yer alan bilgilerde en fazla 4 tanımlayıcı parametre yer almalıdır.
- » Kol bandı/bileklik üzerindeki bilgiler okunaklı olmalı, silinebilir özellikte olmamalıdır.

- » Kimliği belli olmayan, aynı serviste yatmakta olup benzer isimli olan, kol bandı/bileklik kullanımı için fiziksel veya tıbbi engeli olan, vb. hastalar için kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADsM'den hizmet alan tüm hastaların, ADsM'ye başvurudan tedavi süreci tamamlanana kadar tüm süreçlerde kimliğinin doğrulandığı izlenebilir olmalıdır.
- Kimlik doğrulamanın nasıl, ne zaman ve kim tarafından yapılacağını tanımlayan ADsM Yönetimi onaylı prosedür/doküman
- Örnek: 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
- Örnek: Hastaların ünite değişikliği, girişimsel uygulamalarda vb. durumlarda kimlik doğrulandığına ilişkin kanıt
- ADsM 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
- Örnek: Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin yöneticilerin uyarı/hatırlatma yazışmaları
- Örnek: 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.



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 kurum yönetimi, birim yöneticileri ve tüm çalışanların onayı, önerileri ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
- Hasta kimlik tanımlayıcısına ilişkin onayın ve önerilerin alındığına ilişkin yazışma ve belgeler
Örn: Birim yöneticileri ve çalışanlarının kimlik doğrulamada biyometrik sistem kullanma istekleri ile ilgili yazıları
- Çalışanlar ve hastalar, kimlik tanımlamada kullanılan tanımlayıcılar hakkında bilgi sahibi olmalıdır.
Örn: Hastaya yatışında bileklik takılıp takılmadığının sorulması
Örn: 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.
Örn: Hastanın, alerjisi olduğunun belirlendiğinde bilekliğinin kırımızı ile değiştirildiğini ifade ediyor olması



SH.HB .02.02

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
Örn: Hastalara verilen eğitim programı konu, içerik, yöntem, katılımcı sayısını gösterir belgeler
Örn: Çalışanlara verilen eğitim sayısı, eğitim programı konu, içerik, yöntem, katılımcı sayısı, pre-post test değerlendirme sonuçlarını gösterir belgeler
Örn: 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
Örn: Hasta kimliğinin doğrulanma yönteminden kaynaklanan sorunlara ilişkin raporlar
Örn: Yönetime iletilen sorunların çözümüne ilişkin kayıt ve raporlar.
- ADSM yönetimi, birim yöneticileri, çalışanların ve hastaların hasta kimliği doğrulama eğitimleri ile ilgili onayı ve önerileri izlenebilir olmalıdır.
- ADSM yönetimi tarafından onaylı hasta kimlik doğrulama eğitimi programı
Örn: Çalışanların eğitim istekleri ile ilgili yazıları
Örn: 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.



SH.HB .02.03

Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.



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

Hastanın ADSM’ye başvurduğu andan ADSM’den ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (hastanın ölçü, model ve protezlerinin laboratuvara transferi, herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç vb. uygulamadan önce, hasta transferi sırasında vb.) hasta kimliği, kimlik tanımlama parametreleri vasıtası ile doğrulanmalıdır. Kimlik tanımlama parametreleri aşağıdaki bilgilerden oluşabilir:

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

Kimlik tanımlayıcı üzerinde en fazla dört parametreye ait bilgi bulunmalıdır.

Aşağıda, kimlik doğrulama işlemi sırasında kullanılacak yöntemlere örnekler verilmiştir:

Yatan hastalarda;

- Hasta kayıtlarında yer alan kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme
- Hasta kol bandında yer alan kimlik tanımlama parametreleri ile hasta kayıtlarını karşılaştırma
- Hasta kol bandında yazan kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme

Ayaktan hastalarda;

- Fotoğraflı kimlik kontrolü ile hasta kimliğini doğrulama
- Protez ve ortodonti laboratuvarları ile iletişimde ölçü, model, protez, aparatlara hasta kimliğini teyit edecek barkod, etiket vb.tanımlayıcı parametreler eklenmelidir.
- Test ve radyografi istem formu üzerindeki hasta kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme

- Laboratuvar testi örnek kabı üzerindeki etikette yer alan kimlik tanımlama parametreleri ile hasta kayıtlarını karşılaştırma veya hastaya sözlü olarak sorma

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

M

Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.

Standart 24

**Hasta Düşmelerinin Önlenmesine
Yönelik Tedbirler Alınması.**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı

Standart 24: 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,
- Hastaların düşme riski yönünden değerlendirilmesini,
- Düşmelerin önlenmesine yönelik önlemler alınmasını,
- Gerçekleşen düşme olaylarının izlenmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

ADSM’de 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.



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

- Düşmelere neden olan risklerin ne şekilde belirleneceği (Hastaların düşme riski değerlendirmesi, ADSM kaynaklı düşme risklerinin belirlenmesi)
- Hastaların risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (hangi hastalara risk değerlendirilmesi 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;

- ADSM genelinde hastaların düşerek zarar görmesini engellemek amacıyla düşmelerin önlenmesine yönelik bir sistemin oluşturulmuş olduğu kayıtlar üzerinden izlenebilir olmalıdır.
- Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik ADSM yönetimi onaylı düzenlemeye ilişkin prosedür, doküman
- Hasta düşmelerinin önlenmesi prosedürünün tüm birimlerde tanımlandığı şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.
- Hasta bakım ve transfer kayıtları
Örn: 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 ADsM yönetimi, birim yöneticileri ve tüm çalışanların bilgisi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik yöneticiler ve çalışanların bilgisi ve katkısını gösteren yazışmalar, raporlar.
Örn: Hasta düşmelerinin önlenmesine ilişkin ADsM ve birim yöneticilerine bildirilen önerilere ilişkin yazışma.
Örn: Hasta düşmelerine neden olabilecek durumlara ilişkin (fiziksel ortam ve cihaz vb) ADsM yönetimine sunulan rapor.
- Hastalar, çalışanlar ve yöneticiler hasta düşmelerinin önlenmesi prosedüründe tanımlanan süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır.
Örn: Hastanın transferini sağlayan çalışanın hasta düşmelerinin önlenmesi prosedürünü biliyor olması
Örn: 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

Hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.



Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. 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, İtaki 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
- Örn: Yetişkinler için düşme risk puanlarını gösteren belge (örneğin İtaki Düşme Riski Ölçeği vb)
- Örn: 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
- Örn: Hastanın ameliyat sonrasında düşme riskinin yeniden değerlendirilmesi
- Örn: Düşen hastaların risk değerlendirilmesinin yapılmış olduğunu gösteren kanıt
- Hasta düşme riskinin değerlendirilmesine ilişkin ADSM 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.
- Örn: Hasta düşmelerinin önlenmesine ilişkin ADSM yönetiminin yazışmaları
- Örn: Hasta düşme nedenlerine yönelik önerilerin alınması ile ilgili yazışmalar
- Örn: 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

Düşmelerin önlenmesine yönelik önlemler alınmalıdır.



Belirlenen risk düzeylerine göre alınacak önlemler planlanmalıdır.

Düşmelere neden olması açısından, belirlenen ADMS ortamına özgü (ADMS bazlı) risklere yönelik asgari aşağıdaki önlemler alınmalıdır:

- Poliklinikler ve hasta odaları yalın hale getirilmeli, mekanda gereksiz alet, malzeme ve eşyalar bulundurulmamalı, mekanda yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.
- Ünitler ve 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.

ADMS tarafından, ayaktan hizmet alan bazı özellikli hastalar için

(küçük cerrahi müdahale yapılacak hastalar, engelli hastalar, çocuk hastalar) risk değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli ek önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

Yatan hastaların düşmelerini önlemek için ise belirlenen risk düzeylerine göre hasta 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 ADISM'nin 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.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hastaların belirlenen düşme riskine göre hasta, bölüm ve ADsM bazlı alınan önlemler izlenebilir olmalıdır.
- Düşme riski yüksek olan hastalar için hasta, birim ve ADsM bazlı alınan önlemlerin tanımlandığı doküman ve kayıtlar
- Örnl: Düşme riski yüksek olan hastalar için alınacak önlemleri içeren doküman
- Hastaların belirlenen düşme riskine göre alınan hasta, bölüm ve ADsM bazlı önlemlerin her vardiyada tüm çalışanlar tarafından tanımlandığı şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.
- Düşme riski yüksek olan hastalar için alınan önlemlere (hasta, birim ve ADsM bazlı) ilişkin doküman ve kayıtlar
- Örnl: Düşme riski yüksek olan hastaların bakım planı kayıtlarında alınan önlemlerin belirtilmiş olması
- Örnl: Hastaya özgü alınan düşme önlemlerini gösteren kayıtlar
- Örnl: Hastanın transferi sırasında alınan önlemlerin gösteren kayıtlar
- Örnl: Riskli hastalarda alınan önlemlerin etkinliğini değerlendirmek amacıyla düşme olaylarının izlendiğini gösteren belge, rapor
- Hastaların düşme riskine göre gerekli önlemlerin alınmasına ilişkin ADsM 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.
- Örnl: ADsM yönetiminin düşmelerin önlenmesine yönelik fiziki yapının düzenlenmesine ilişkin alınan önlemleri gösteren yazışma, rapor.
- Örnl: 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
Örn: Düşme riski yüksek olan hasta odalarında dört yapraklı yonca sembolünün yer aldığının gözlemi
Örn: Hasta ve yakınlarının düşme önlemleri hakkında bilgilendirilmiş olması



SH.HB .03.04

Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.



ADSM'de gerçekleşen düşme olayları izlenmeli, istatistiksel analizleri yapılmalı, analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır

Çalışanların, düşme olaylarını istenmeyen olay bildirim sistemine bildirmesi sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM'de gerçekleşen düşme olaylarının tekrarlamaması için izlendiği ve yapılan analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirmelerin yapıldığı izlenebilir olmalıdır.
Güvenlik raporlama sisteminde hasta düşmelerinin izlenmesi
Örn:Hasta düşmelerinin güvenlik raporlama sistemi ile bildirildiğini gösteren belge



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Hasta düşme olaylarının ADsM genelinde izlenmesi, olay bildirimlerin devamlılığının sağlandığı izlenebilir olmalıdır.
- Hasta düşmelerinin bildirim kayıtları ve hasta düşme analiz raporları
Örn: Güvenlik raporlama sisteminde yer alan düşme olaylarını gösteren belge
Örn: Düşme olaylarının istatistik ve kök- neden analizi sonuçlarını gösteren rapor
- Hasta düşme olaylarının izlenmesi ve tekrarlanmamasına ilişkin ADsM 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.
Örn: Hasta düşmelerine ilişkin analiz sonucuna göre gerçekleştirilecek iyileştirmeleri gösteren yazışmalar
Örn: Hasta düşmelerinin tekrarlanmamasına ilişkin çalışanların önerilerini içeren yazışmalar
- Hastalar, çalışanlar ve yöneticiler düşme riskinin değerlendirilmesine yönelik süreçleri biliyor ve uyguluyor olmalıdır
Örn: Çalışanların düşme bildirimini nasıl yapıldığını bilmesi

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

M

Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.

Standart 25

Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı

Standart 25:

Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.

SH.HB.04.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Sağlık çalışanları arasında, tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanması kapsamında,

- Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin sürecin 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,
- ADsM içi ve ADsM 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.



Çalışanlar arası nöbet değişimleri, sözel-telefonla alınan istemler, kullanılmaması gereken kısaltma, sembol ve simgelerin kullanılması, bölümler arası hasta transferi, dış sevkler ve ADŞM içi ve ADŞM dışı konsültasyonlar sağlık çalışanları arasında hasta güvenliği açısından bilgi akışını etkileyen önemli süreçler olarak karşımıza çıkmaktadır.

ADŞM'de, 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 ADsM 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 ADsM yönetimi, birim yöneticileri ve nöbetli çalışan tüm çalışanların bilgi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
- ADsM yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanlarının Nöbet teslim sürecinin işleyişine, yaşanan sorunlara ve geliştirilmesine ilişkin katkılarını gösteren kanıt
Ör 1. Nöbet teslimine ilişkin ADsM 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 yapılmasının gözlemi
Örn: Her vardiyada nöbet tesliminin hasta kayıtları üzerinden ve hasta başında yapıldığının gözlemi



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

Sözel istem uygulamasından mümkün olduğunca kaçınılmalı, zorunlu durumlar dışında uygulanması sınırlandırılmalıdır.

Yazılı isteme imkân tanımayan durumlar söz konusu olduğunda sözel istem alımı kaçınılmaz ise aşağıdaki hususlar çerçevesinde sözel istem alınmalıdır:

- ADsM 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 verilme sıklığı açık olarak belirtilmelidir.
- Sözel istem alındığı anda mutlaka doğrulanmalıdır. Doğrulama şu şekilde yapılmalıdır:
 - Sözel istem alınırken istem önce dinlenir.
 - Verilen istem kayıt altına alınır.
 - Yazılan istem daha sonra geri okunur ve doğruluğu istemi veren kişiye onaylatılır. İstemi alan kişi istemi doğrulatırken yapacağı geri okumayı aşağıdaki yöntemlerle yapabilir.
 - İlaç ismini heceleme
 - İlaç isimlerinin jenerik ve ticari isimlerinin ikisini beraber kullanmak
 - Hangi amaçla kullanılacağını belirtmek
 - Konuşulurken karışabilecek rakamları kullanmamak
 - Ön ek ve son ek olarak karışabilecek ilaç isimlerinden kaçınmak. Bunlar için ayırıcı heceleme yardımcı metod geliştirilebilir (B için Bursa gibi)
 - Gerekirse verilen ilaç adının kodlama yöntemi (B için Bursa gibi) ile tekrar edilmesini istemek
- Varsa düzeltme sonrasında istem tekrar kayıt altına alınır.
- Bütün sözel istemler, mümkün olan en kısa sürede yazılı hale getirilmeli, ADsM'nin 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, kilosu, ilaç ismi, dozaj formu, (tablet-kapsül-inhalant), konsantrasyonu, dozu, veriliş yolu, miktarı ve/veya zamanı, veriliş sebebi, istemi verenin adı ve telefon bilgileri belirtilmelidir.
- ADSM 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 ADSM yönetimi onaylı prosedür ve dokümanların bulunması
- Örn: 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
- Örn: Sözel istem ile verilen ilacın yazıldığını gösteren belge
- Örn: Sözel istem kayıtlarında yüksek riskli ilaçların olmadığını gösteren belge
- Sözel istemin azaltılması ve doğru işleyişe yönelik ilgili ADSM yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların bilgi ve katkısı izlenebilir olmalıdır.
- Sözel istemin azaltılmasına yönelik önerilerin bulunması, yanlış uygulandığına yönelik şikâyetlerin bulunması, sözel istemin neden olduğu olayların incelenmesi
- Örn: Sözel istem uygulanmada yaşanan sorunlara ilişkin rapor/tutanaklar
- Örn: Sözel olarak istemi verilen ilacın neden olduğu olay bildirimlere ilişkin kanıt
- Örn: Sözel istemin kaydedilmesine ilişkin çalışanların önerilerini içeren yazışmalar
- Sağlık çalışanları sözel istem işleyişi hakkında tanımlanan doğrultuda bilgi sahibi olmalıdır.
- Örn: Hekimin sözel istem yapılması gereken koşulları biliyor olması yapılır.
- Örn: Hemşirenin sözel istemin alınması sırasında kodlama yöntemini kullanıldığını biliyor olması
- Sözel istemin tanımlandığı şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.
- Örn: Sözel istemin kaydı sırasında geri okuma yönteminin kullanılması
- Çalışanlar sözel istem işleyişinin revizyonu ve revizyon uygulamalarının uygulanmasına ilişkin bilgi sahibi olmalıdır.



SH.HB.04.03

Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.



ADSM tarafından; kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli ve listelenmelidir.

İstem süreçlerinin hiçbir aşamasında belirlenen listede yer alan hiçbir kısaltma, sembol ve simgeler kullanılmamalıdır.

Liste dışındaki kısaltmaların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.



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 ADSM 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 ADSM 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.
Örn: 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.04.04

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 ve sevk sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım

sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından anlaşılır ve

pratik yöntemlerle (Handover iletişim tekniği vb.) doğru ve tam olarak

iletilmelidir.



SH.HB.04.05

ADSM içi ve ADSM dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.



ADSM’de bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır. Asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:

- Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği belirlenmelidir.
- Konsültasyona ilişkin kayıtların nasıl tutulacağı belirlenmelidir.
- İntraoperatif olarak gerçekleşen patoloji konsültasyonları ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
- Bir tetkik materyalinin dış konsültasyonu ile ilgili süreç tanımlanmalıdır (örnek materyalin transferi, konsültasyon sonucunun nasıl raporlanacağı, konsültasyon sonucunun ilgili hastaya ve/veya hekime nasıl bildirileceği gibi)

Konsültasyon süreci, ilgili primer dış hekimi tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADsM içi ve ADsM dışında tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyonların işleyişini düzenleyen bir yapının olduğu izlenebilir olmalıdır
- ADsM içi ve ADsM dışı konsültasyon sürecini tanımlayan ADsM yönetimi onaylı prosedür/ doküman Konsültasyon kayıtları ve işleyişin tanımlandığı şekilde devamlılığı izlenebilir olmalıdır. Konsültasyona ilişkin kayıtların nasıl tutulacağı belirlenmelidir.
- Konsültasyon süreci kayıtları
Ör 1. Konsültasyon istek kayıtları ve raporları
Ör 2. Kurum içi ve kurum dışı istenilen konsültasyonların istem zamanı, gerçekleşme zamanı ve konsültasyon sonuçları
Ör 3. Konsültasyona ilişkin elektronik sistem (otomasyon) çıktıları
Örn: 4. Kurum dışından istenen konsültasyon formları BYs’de kayıt edilmeli, yazıcıdan çıktı alınmalı ve konsültasyon isteyen dış hekimi tarafından onaylanarak ilgili hekime gönderilmelidir.
Ör 5. Kurum dışından istenen konsültasyon sonuçları (Kadın Doğum, Kardiyoloji, KBB, Çocuk vb. bölümler) taranarak BYs’deki hasta dosyasına kaydedilmelidir.
- Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- Hastanın tedavi ve bakım sürecinde konsültasyonlar kayıt altına alınmış ve hastaların tekrar başvurularında ulaşılabilir olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Konsültasyonlar ile ilgili sürece ilişkin ADSM yönetimi, birim yöneticileri ve görev alan çalışanların bilgi ve katkıları izlenebilir olmalıdır.
- Konsültasyonlara ilişkin ADSM yönetimi ve birim yöneticileri ile yapılan yazışmalar
Ör 1. Konsültasyon sürecine ilişkin ADSM 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.

M

Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007.

Standart 26

**Kendine ya da Başkalarına Zarar Verme
Riski Olan Hastaların Kontrolünün Sağlanması**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı

Standart 26:

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, 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.



Bakım hizmeti sırasında 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 ADOS 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 ADSM 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 ADSM yönetimi/ birim yöneticilerine sunulan ve ADSM 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 ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik alınması gereken asgari önlemler şunlardır:

- Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek hastalar daha sık aralıklarla gözlenmelidir.
- Gerektiğinde sağlık çalışanlarının hastaya kolaylıkla ulaşabilmesini sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- Hasta odası çevresel açıdan güvenli hale getirilmelidir (uygun aydınlatma, riskli mobilya, aksesuar vb. materyalin kullanılmaması, pencerelerin güvenli hale getirilmesi gibi).
- Gerekli görülen hastalarda hasta bakımına yönelik uygulamalar psikiyatri konsültanı ile birlikte belirlenmelidir



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 girişimi 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 ADSM 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 ADSM 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 ADSM/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 yansıtması olmalıdır.
Örn: Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalarda alınan önlemlerin gözlenebilmesi
- Kendine ya da başkalarına zarar verme riski yüksek olan hastalar ile ilgili uygulamalar yöneticiler tarafından destekleniyor olmalıdır.

M

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 27

Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı

Standart 27:

Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.

SH.HB.06.00

Standart içeriği?

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. ADSM bu örneklerden yola çıkarak kurumdaki özellikli hasta gruplarını belirlemelidir.

- Psikiyatri hastaları
- Işın tedavisi/kemoterapi tedavisi alan hastalar
- Geriatri hastaları
- Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar
- Hamileler
- Madde bağımlıları
- Bakteriyel endokardit riski taşıyan hasta grupları
- Orofasial ağır travmatik yaraları veya maksillomandibular kırıkları olan hastalar vb.

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



SH.HB.06.02

Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.



Özellikli hasta gruplarının bakım ihtiyaçlarına göre özel uygulama ve işlemler belirlenmeli ve uygulanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Özellikli 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 ADsM yönetimi onaylı rehber ve dokümanlar
Örn: ADsM yönetimi onaylı çocuk izlemine ilişkin protokol
Örn: ADsM yönetimi onaylı sürecine yönelik rehber/liste
- Özellikli hasta gruplarında yer alan hastaların bakımının tüm birimlerde sürekli ve tanımlandığı şekilde uygulandığı izlenebilir olmalıdır.
- Özellikli hastaların bakım kayıtlarının izlenmesi
Örn: Tanımlanan özellikli hastalara özgü bakımına uygulamaları hakkında ADsM yönetimi, birim yöneticileri ve çalışanların onay, katkı ve önerilerinin dikkate alındığı izlenebilir olmalıdır.
- Özellikli hastaların bakımına ilişkin hizmet sunum süreçlerinin işleyişine ilişkin öneriler ve sorunlar hakkında yazışmalar, tutanak ve raporlar
- Özellikli hasta gruplarında yer alan hastaların bakımına ilişkin uygulamalar dokümanlarla tutarlılık göstermelidir.
- Özellikli hastalara özgü bakım süreçlerine yönelik ilişkin çalışanlar bilgi sahibi olmalı ve kuralları uyguluyor olmalıdır.
- Çalışanların geribildirimleri dikkate alınıyor olmalıdır.

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

M

Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge, 2202 sayılı Bakan oluru, 19.01.2010.

Standart 28

**Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından
radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik
tedbirler alınmalıdır.**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Hasta Bakımı

Standart 28:

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.



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

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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM’de 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 işinleme 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 ilgili mevzuatında belirtildiği üzere Radyasyon Güvenliği El Kitabı ve Radyasyon Güvenliği Acil Durum Eylem Planı hazırlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ağız ve diş sağlığı hizmetinin sunulduğu polikliniklerde çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda radyasyon güvenliğine yönelik komitesinin oluşturulması beklenmemektedir. Ancak çalışan kişiler arasında sorumluluk tanımlaması yapılmalıdır.



SH.RG.01.02

Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.



ADSM’de radyasyon bulunan radyoloji ünitelerinde, radyasyon uygulamasının niteliğine göre alan tanımlaması yapılmalıdır. Radyasyon alanları radyasyon düzeylerine göre sınıflandırılmalıdır.

Fiziksel Düzenlemeler

- Mevzuat gereği yetkili kurum ya da kurumlara lisanslama işlemi yaptırılmalıdır.
- Radyasyon kaynağının bulunduğu alanlarda zırhlama yapılmalıdır.
- Radyasyon alanlarında radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.
- Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.
- Fiziksel düzenlemeler, tıbbi ışınlama uygulamalarında hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyon kaynağına mümkün olan en uzak mesafede bulunmalarını sağlayacak şekilde planlanmalı, bekleme salonları radyasyon alanlarının dışında olmalıdır.
- Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarında alınacak önlemleri belirlenmelidir. Radyoaktif madde kullanımından oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.
- Fiziksel düzenlemeler, tıbbi ışınlama uygulamalarında hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyon kaynağına mümkün olan en uzak mesafede bulunmalarını sağlayacak şekilde planlanmalı, bekleme salonları radyasyon alanlarının dışında olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Komite tarafından ADMS 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 zırlama yapılan alan dışında yapılmaması, bu alanlarla sınırlı kalması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *ADSM içinde radyasyon alanlarının özellikleri ve yapılan tıbbi işinleme gibi 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 ilgili kurum 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.*
- *İlgili kurum tarafından belirlenmiş olan, radyasyonlu alanlar için yasal uyarı işaretleri gerekli yerlerde bulunmalıdır.*
- *İşlem esnasında diğer çalışanların etkilenmemesi için, şartlar uygun ise alandan uzaklaşmaları sağlanmalıdır.*
- *Kişiler uzaklaştırılamıyor ise kurşun önlük, troid koruyucu gibi koruyucu ekipman kullanmaları sağlanmalıdır.*
- *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)*



SH.RG.01.03

Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.



Koruyucu Önlemler ve Uygulama Kuralları

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

Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Düzenlemeler

Hastanın gerekli koruyucu donanımı kullanması sağlanmalıdır.

Hastanın sadece çekim yapılacak bölgesi ışınlanmalıdır. Panoramik radyografide ve sefalografide tanı için gerekli olan bölge belirlenmeli ve mümkün olduğunca sadece çekim yapılacak bölge ışınlanmalıdır.

Radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik tedbirler çerçevesinde çekim odasına sadece çekim yapılacak hasta alınmalıdır.

Panoramik radyografide pozisyon hatalarına dikkat edilmelidir.

Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde ayrı ayrı yapılmalıdır.

Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.

Tıbbi ışınlama sürecinin her aşamasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Çocuk hastalara yapılacak çekimlerde maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.

Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.

Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumun-

da koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.

Radyasyon yayan cihazların kullanım sıklığına göre kalibrasyon ve kalite kontrol testleri periyodik olarak yapılmalıdır.



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 radyasyon koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.

Radyasyon koruyucuların (en az yılda bir kez olmak üzere ve gerekli görüldüğü durumlarda) kontrolleri yapılmalıdır

Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır.

Dozimetre sonuçları değerlendirilerek izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.



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.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Özellik arz eden uygulamalar 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) floroskopi, skopi veya röntgen filmi ile kontrolleri yapılmalıdır. Kontrollere dair kayıtlar bulunmalıdır. Koruyuculuk özelliğini yitirmiş ekipmanın imhası sağlanmalı ve imha edilen ekipman kayıt altına alınmalıdır.
- Koruyucu ekipman kontrollerinin nasıl yapılacağı, ekipmanların hangi alanlarda kullanılacağı, yerleri, sayıları, üzerine yapılan işaretlemeyle birlikte izlenebilir olmalıdır.
- Radyasyon ile çalışan personel kişisel dozimetre taşımali; 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.
- İlgili personele dönemsel dozimetre ölçüm sonuçları bildirilmelidir. Uygunsuzluk tespit edilmesi durumunda ilgili personele yapılan bildirimler kayıt altına alınmalıdır. (Örn: tebliğ/tebellüğ edilmelidir.)
- Radyasyon alanlarında çalışanların işe başlarken ve düzenli aralıklarla sağlık taramaları yapılmalıdır. Sağlık taramalarında asgari olarak; altı ayda bir hemogram, periferik yayma; yılda tirod fonksiyon testleri, tiroid USG, göz ve dermatolojik muayene yer almalıdır. Yapılan tetkikler ilgili uzman hekimler tarafından değerlendirilip kayıt altına alınmalıdır.

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

M

Radyasyon Güvenliğı Yönetmeliğı, T.C. Resmi Gazete Sayı 23999, 05 Temmuz 2000.

Sağılık 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 29

**Protez Laboratuvarı fiziki ortamının
Protez ve çalışan güvenliğini sağlayacak
şekilde oluşturulması**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Protez Laboratuvar Hizmetleri

Standart 29:

Protez Laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.

SH.PL.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Protez Laboratuvarı fiziki ortamının protez ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulması kapsamında,

- Protez Laboratuvarında hastaya ait protetik materyalin kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem görmesi ve işlem sonrası teslimi için belirlenen alanlar, protezin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmesini,
- Protez laboratuvarı bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Laboratuvarda; hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlemin yürütülmesi ve işlem sonrası protezin teslimini sağlayacak şekilde fiziki koşulları yapılandırmak ve laboratuvar personeli için sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmaktır.

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 standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.PL.01.01

Protez Laboratuvarında hastaya ait protetik materyalin kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem görmesi ve işlem sonrası teslimi için belirlenen alanlar, protezin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.



Kurum içerisinde yapılacak protetik işlemler tanımlanmalı ve bu iş tanımına uygun fiziksel alt yapı sağlanmalıdır.

Protez laboratuvarında; hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem sonrası protezin teslimi gibi süreçler için gerekli alanlar ve bu alanlara yönelik kurallar belirlenmelidir.

Tanımlanan alanlara ilişkin personel giriş çıkış kuralları belirlenmelidir.

Tanımlanan 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.) belirlenmeli ve uygulanmalıdır.

Havalandırma sisteminin düzenli olarak bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurum tarafından hizmet olarak sunulacak protetik işlemler tanımlanmalı ve tanımlanan işlemlerde laboratuvarın türüne göre fiziksel alt yapı oluşturulmalıdır.
- Protez laboratuvarında; hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem sonrası protezin teslimi gibi süreçler için gerekli alanlar ve bu alanlara yönelik kurallar belirlenmelidir,
- Protetik materyalin hangi malzeme ile , hangi aşamada ne kadar sürede dezenfekte edileceğine yönelik kurallar belirlenmelidir,
- Tanımlanan alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar bölüm, birim ve odaların büyüklük ve nitelikleri mevzuata uygun olmalıdır,
- Laboratuvar ilgili alanlarına yönelik giriş- çıkış tabela ve yön levhaları bulunmalıdır,
- Laboratuvarın bünyesinde hizmete esas yapı ile bağdaşmayacak birim olmamalı, bina ahşap olmamalı, zemin kolay temizlenebilir bir malzemedir yapılmış olmalı, müstakil lavabosu bulunmalı, elektrik güvenliği, kimyasal güvenlik gibi laboratuvar alanının etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama yapılmalıdır,
- Ortam sıcaklığı ve bağıl nem oranı belirlenmeli, belirlenen değerlere göre laboratuvarın mevcut durumunun periyodik kontrolü sağlanmalıdır, belirlenen değerden sapma olması durumunda nasıl yöntem izleneceği belirlenmelidir,
- Kurum tarafından tanımlanan alanlara ilişkin; laboratuvara giriş yetkilendirmesinin nasıl yapıldığı, bakım, tadilat, denetim vb. laboratuvara dışarıdan kişilerin girmesi gereklilik durumu, personelin bulunduğu alana özel kişisel koruyucu kıyafetleri giyme zorunluk durumu gibi personel giriş çıkış kuralları belirlenmeli, belirlenen kuralların personel tarafından bilinirliği ve uyumu sağlanmalıdır.
- Yangın, yaralanma gibi acil durumlara yönelik düzenlemeler belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- Havalandırma sisteminin düzenli olarak bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmeli, bakım kayıtlarının izlenebilirliği sağlanmalıdır. Kurumun protez laboratuvarı ile ilgili tüm fiziki ortamlarda, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde bir yapılandırmanın oluşturulduğuna ilişkin kurum yönetimi onaylı laboratuvar krokisi hazırlanır. Krokide, protetik materyal kabul birimi, protez çalışma alanları vb. alanlar ile acil çıkış alanları, yangın tüpleri gibi acil duruma yönelik düzenlemeler bu krokide belirtilmeli, ilgili düzenlemeler çalışanlar tarafından biliniyor olmalıdır.



SHPL.01.02

Protez laboratuvarında bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı 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 istasyon veya aparatları, yanma tehlikesine karşı ekipmanlar vb. kurulmalıdır.
- Tesis yönetimi ve Enfeksiyon 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 çalışanlar bilgilendirilmelidir.



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;
- Dış protez teknisyenliği meslek hastalığına sebebiyet verebilecek olan alçı, tesviye, akril hazırlama gibi işlemlerin yapıldığı çalışma alanlarında, ortama kimyasal madde/toz yayılımını engelleyen akril hazırlama kabini, maske, eldiven gibi araç ve gereçler kullanılmalı ya da bu işlemlerin yapıldığı alanın genel ortamdan ayrı bağımsız bir havalandırma şartı oluşturulmalıdır.
- Alçı, dublikasyon, modelasyon, döküm ve polisaj işleri esnasında ortaya tehlikeli buhar ve dumanların yayılımının kontrollü olarak tahliyesi yapılmalıdır.
- Masalarda bulunan vakum cihazı tozları (metal, porselen, akril gibi) yeterince çekebilmelidir.
- Akril hazırlama kabinleri işlevsel olmalı, aktif olarak kullanılmalı, düzenli olarak kontrol ve bakımları yapılmalıdır. Akril hazırlama kabininin havalandırma filtreleri üretici firmanın önerisinde belirtilen sıklıklarda mutlaka değiştirilmelidir.
- Akril hazırlama kabinlerinin genel ortamdan ayrı bağımsız bir havalandırması bulunmalıdır.
- Laboratuvarda çalışan tüm personel için güvenlik gözlükleri ve mevzuata uygun endüstriyel tip toz maskeleri bulunmalı ve çalışma esnasında kullanılmalıdır.
- Laboratuvar işlemlerinde kullanılan el aletleri, aygıtlar ve parçaları, ortodontik aparey ve protez elemanları vb. nin sebep olabileceği Kesici-Delici Alet Yaralanmalarına dair koruyucu ekipman kullanılmalıdır.
- Laboratuvarda kullanılan malzeme ve aygıtlar, fiziksel (ısı yanıkları, elektrik yanıkları vb.) ve kimyasal (kimyasal maddeleri oluşturduğu gazlar ve buharların solunum sisteminde oluşturduğu) yanıklara neden olabilecek durumlara karşı önlemler alınmalıdır.
- Çalışma ortamının günlük gürültü etkisinde kalma ölçümü (sekiz saatlik iş günü için) yapılmalıdır.
- Çalışanların gürültü etkisinden kaynaklanan risklerden korunması ile ilgili çalışma alanlarının uygun şekilde tasarlanması ve düzenlenmesi gibi önlemler alınmalıdır.
- Protez laboratuvarında çalışanların işe başlarken ve çalışma süresince Sağlık taramaları düzenli yapılmalıdır.

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

M

Dış Protez Laboratuvarları Yönetmeliğı, Sayı 26016, Tarih 07.12.2005
Gürültü İle İlgili Risklerden Korunmalarına Dair Yönetmelik
6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliğı Kanunu

Standart 30

Protez Yapım Süreci ile İlgili İşlem Öncesi Süreçlerin Kontrolü

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Laboratuvar Hizmetleri

Standart 30:

Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SH.PL.02.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanması kapsamında,

- Ölçü alımından protetik materyalin protez laboratuvarına transferi, kabulü ve işlem öncesi hazırlanması süreçlerine yönelik işleyiş ve kuralların tanımlanmasını,
- Gerektiğinde ölçünün yenilenmesine dair kurallar belirlenmeli ve ilgili dış hekimlerine bilgi verilmesini,
- İlgili sağlık çalışanlarının; protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim verilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Ölçü alımından protetik materyalin protez laboratuvarına transferi, kabulü ile işlem öncesi hazırlanması süreçlerinin kontrol altına alınması suretiyle protezin uygunluğu 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 standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?

SH.PL.02.01



Ölçü alımından protetik materyalin protez laboratuvarına transferi, kabulü ve işlem öncesi hazırlanması süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.



Ölçü alımı ile ilgili genel kurallar belirlenmeli ve ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir. Ölçünün alındığı zaman doğru şekilde kaydedilmelidir.

Ölçünün alınması, ölçünün laboratuvara kabulü veya reddi BYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Yukarıda belirtilen bilgilerin tamamını içeren ve tüm süreçlere yönelik bilgilendirici bir doküman hazırlanmalıdır.
- Ölçü alımında nelere dikkat edilmesi gerektiği, işlem basamakları, kabul ve red kriterleri gibi ölçü alımı ile ilgili genel kurallar belirlenmelidir.
- Kurallar Enfeksiyon önleme politikası ile uyumu sağlayacak şekilde belirlenmelidir.
- Klinikte alınan ölçülerin protez labratuvarına transferi öncesinde temizlenmesi (tükürük ve kan atıklarından arındırılması vb.) ve dezenfekte edilmesine ilişkin kurallar belirlenmeli ve uygulanmalıdır. Ölçüler protez laboratuvar çalışanlarına ulaşmadan önce, dezenfekte edilmeli ve zararsız hale getirilmelidir.
- Klinikte alınan ölçülerin ve protetik materyalin laboratuvara transferi ile ilgili kurallar; laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi, her hasta için ayrı olmak üzere özel kapalı kap veya kilitli poşetlerde transferi, paketler üzerinde ölçülerin karışmasını önleyecek şekilde hasta kimlik bilgilerinin olduğu etiket kullanılması vb. tanımlanmalıdır.
- Ölçü alımına ilişkin bilgiler eş zamanlı olarak BYS ne kaydedilmelidir. BYS, ölçü alımından, ölçünün laboratuvara kabulü veya reddine yönelik tüm aşamaları izlemeye imkan verecek şekilde yapılandırılmalıdır.

Protetik materyalin laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem vb), uygun ölçü pozisyonu, transfer sıcaklığı vb. hususlar konusunda ilgili personele bilgilendirme yapılmalıdır.

Protetik materyal için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. Transferin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Protetik materyalin laboratuvara taşınma süreci tanımlanmalı ve çalışan eğitimi yapılmalıdır. Protetik materyal için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmeli, çalışanlar bu konuda bilgilendirilmelidir.
- Ölçünün alınmasını takiben dezenfeksiyonunun sağlanması; transfer kabının ya da poşetin üzerine ölçülerin karışmaması için belirlenen etiketlerin yapıştırılması sağlanmalı ve bu süreçlerin hem elektronik ortamda hem de hastaya verilen evraklarla hasta ve laboratuvar tarafından takip edilebilir olmalıdır.
- Protetik materyalin laboratuvara kabulü ve işleme hazırlanması ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.
- Protetik materyalin kabulü ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, materyali gönderen bölüm/hekim, kim tarafından kabul edildiğine dair bilgiler yer almalıdır.
- Ölçünün alınması, ölçünün laboratuvara kabulü ve model oluşturma (alçı dökümü) işleminin başladığı zaman, BYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.
- Protetik materyal, laboratuvara kabulü yapılmadan çalışmaya alınmamalıdır.
- Protetik materyalin kabulü bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılmalıdır. Laboratuvara gelen protetik materyalin kabulü barkod okuyucu ile yapılmalıdır.
- İlgili personel kabul işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitilmelidir.



SH.PL.02.02

Gerektiğinde ölçünün yenilenmesine dair kurallar belirlenmeli ve ilgili dış hekimlerine bilgi verilmesi sağlanmalıdır.



Protez güvenliğinin sağlanması için, teslim alınan protetik materyalin, belirlenen ölçütlere uygunluğunun değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeye göre materyalin kabul veya reddedilmesi yönünde düzenlemeler yapılmalıdır.

Protetik materyalin kabul veya reddi ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, materyali gönderen bölüm/hekim, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır.

Protetik materyal, laboratuvara kabulü yapılmadan çalışmaya alınmamalıdır.

Protetik materyalin kabul veya reddi bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılmalıdır.

İlgili personel kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitilmelidir.

Reddedilen protetik materyal ilgili olarak analizler yapılmalı, gerekli görülen düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

➤ İlgili çalışanlar ölçünün yenilenmesine dair kuralları bilmelidir.



İlgili sağlık çalışanlarına; protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında çalışanlara eğitim verildiği izlenebilir olmalıdır.

Eğitim kayıt ve tutanakları bulunmalı ve eğitim kayıtları izlenebilir olmalıdır.

- ADSM yönetiminin ilgili eğitim ile ilgili onayı izlenebilir olmalıdır.
- Çalışanlar ilgili eğitim içeriği hakkında bilgi sahibi olmalı ve eğitim planı eğitimin uygulama yöntemi hakkında geri bildirim verebilmelidir.

M

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

Dış Protez Laboratuvarları Yönetmeliği, Sayı 26016, Tarih 07.12.2005

Standart 31

Protez Yapım Süreci ile İlgili Süreçlerin Kontrolü

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Laboratuvar Hizmetleri

Standart 31: Protez yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SH.PL.03.00

Sandart İçeriği?

Bu standart,

Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolünün sağlanması kapsamında,

- Protez laboratuvarında protez yapım aşamalarına ilişkin süreçlere yönelik işleyiş ve kuralların tanımlanmasını,
- Protez laboratuvarında bulunan protetik materyal ile malzeme ve cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kuralların belirlenmesini,
- Protezin uygunluğuna yönelik kalite kontrol işlemleri tanımlanarak uygulanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Protez yapım 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.
- Protezlerin her aşamasının BYS üzerinden takip edilmesini sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.PL.03.01

Protez laboratuvarında protez yapım aşamalarına ilişkin süreçlere yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.



Protez yapım süreci ile ilgili standart gereklilikleri aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

Modelin oluşturulmasına ilişkin aşamalar tanımlanmalı, aşamalara ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Belirlenen kurallara ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

Model oluşturulduktan sonra protezin tamamlanmasına kadar tüm aşamalar tanımlanmalı, bu aşamalara ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Belirlenen kurallara ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Modelin oluşturulmasına ilişkin aşamalara yönelik kuralların belirtildiği doküman izlenebilir olmalıdır.
- Örn: İlgili prosedürler, talimatlar
- Ölçü alımı ile model oluşturmak amacıyla alçı dökümü arasında geçen maksimum süre belirlenmeli ve izlenmelidir.
- Kurumda konu ile ilgili görevli çalışanlar tanımlanan kurallar ile tutarlı geri bildirim verebiliyor olmalı ve kuralların uygulamalara yansıtılıyor olduğu izlenebilir olmalıdır.
- Belirlenen kurallara yönelik çalışanlara eğitim verildiği izlenebilir olmalıdır.
- Eğitim kayıt ve tutanakları bulunmalı ve eğitim kayıtları izlenebilir olmalıdır.
- ADSM yönetiminin ilgili eğitim ile ilgili onayı izlenebilir olmalıdır.
- Çalışanlar ilgili eğitim içeriği hakkında bilgi sahibi olmalı ve eğitim planı eğitimin uygulama yöntemi hakkında geri bildirim verebiliyor olmalıdır.
- Protez hizmeti için dış kaynak kullanan kurumlar Dış Kaynak Kullanımı çerçevesinde değerlendirilmelidir.

SH.PL.03.02



Protez laboratuvarında bulunan protetik materyal ile malzeme ve cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.



Protez laboratuvarında protez yapım sürecinde kullanılan tüm cihaz ve malzemelerin kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Cihazların ve malzemelerin yönetimine yönelik olarak planlar oluşturulmalıdır. Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanmalıdır.

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 çalışma süreci ile ilgili bilgileri 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 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. Malzemelerin güvenli ve verimli kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Cihazlara yönelik tanımlayıcı bilgiler ve cihazın çalışma sürecine ilişkin kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
- Teknik personele cihaz kullanımı konusunda gerekli eğitimler verilmeli ve eğitimler yetkili kişilerce sertifikalandırılmalıdır.
- Cihaz kullanımından bakımına kadar gerekli olan tüm eğitimler verilmeli ve belgelendirilmelidir.
- İlgili personelin ve mevcut cihazların güvenliği konusunda gerekli tedbirler alınmalı, personel bilgilendirilmeli ve personelle yazılı tebliğ edilmelidir.
- Dış tedarikçi firma tarafından kuruma hizmet sunumu sırasında kullanılmak üzere verilen cihazlarda bakım, kalibrasyon belgeler ve sertifikalar da kurum tarafından izlenebilmelidir.



SH.PL.03.03

Protezin uygunluğuna yönelik kalite kontrol işlemleri tanımlanarak uygulanmalıdır.



Protezin uygunluk/uygunsuzluk durumuna yönelik kalite kontrol işlemleri tanımlanarak uygulanmalıdır.

Protezin kalite kontrol sürecine dair veriler izlenebilir olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kalite kontrol süreci belirlenmelidir. Kalite kontrolü uygun olmayan protezler için süreçler belirlenmelidir (ret, düzeltme vb) tanımlanmalıdır.
- Kalite kontrol sonuçları elektronik veya basılı doküman şeklinde muhafaza edilmeli ve izlenebilir olmalıdır.
- Protez yapımında kullanılan malzemelerin (metal, akril, seramik vb.) ilgili standartlara uygunluğu, insan sağlığına zararlı madde içerip içermediği düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.
- Tamamlanan protezlerin uygunluk kontrolü yapıldıktan sonra klinikte hastaya teslimi için kliniğe gönderilmeden önce temizlik, dezenfeksiyon ve uygun koşullarda kliniğe transferinin sağlanması ile ilgili kurallar belirlenmeli ve uygulanmalıdır.

M

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

Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliği, Sayı 26016, Tarih 07.12.2005
Tıbbi Cihazların Test, Kontrol Ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik

Standart 32

**Protez yapımı sonrası
süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Protez Laboratuvar Hizmetleri

Standart 32: Protez yapımı sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.

SH.PL.04.00

Standart İÇeriği?

Bu standart,

Protez yapımı sonrası süreçlerin kontrolü sağlanması kapsamında,

- Tamamlanmış protez, Protez Teslim Raporu ile teslim edilmesini,,
- Protezin belirlenen teslim süresinde hastaya takılması sağlanmasını,
- Hasta, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendirilmesini içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Protezin tamamlanmasından hasta yararına kullanılmasına kadar süreçlerde hasta güvenliğinin sağlanmasına 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 alınabilecek tedbirler alınmasını,
- İşleri doğru yapabilme kabiliyeti,
- Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasını,
- Planlanan hedeflere ulaşılmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SH.PL.04.01

Tamamlanmış protez, Protez Teslim Raporu ile teslim edilmelidir



Protezin tamamlanmasından sonra gerçekleşen laboratuvar dışı süreçler protez tesliminin raporlanması ve hazırlanan protezin hasta yararına kullanılması konularını kapsamaktadır.

Laboratuvar tarafından protez teslim raporlarında asgari bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.

- » Teslim raporlarında asgari bulunması gereken zaman parametreleri şunlardır:
 - Ölçünün alındığı tarih ve saat
 - Ölçünün laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
 - Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat
 - Protezin teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat
- » Protez Teslim Raporları ilgili personelin görüş, öneri ve yorumlarını da ekleyebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Standardın gerekliliklerinde belirtilen bilgilerin protez teslim raporunda bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir. Raporda yer alan bilgiler ile mevcut durum birbirini ile çelişmemelidir.



SH.PL.04.02

Protezin belirlenen teslim süresinde hastaya takılması sağlanmalıdır.



Protez teslim süreleri ve bu süreler ile ilgili bilgilendirme yapılması konusundaki asgari gereklilikler şunlardır:

Protez teslim süreleri ADSM koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek belirlenmelidir.

Belirlenen süreler konusunda ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.

Hastalar protez teslim süresi konusunda bilgilendirilmelidir.

Herhangi bir nedenle protezin teslimi ile ilgili bir gecikme söz konusu olduğunda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Protez teslim süreleri kurum tarafından kendi dinamiklerine göre minimum maksimum olarak belirlenmiş olmalıdır.
- Protez teslimine yönelik bilgilendirmeler işlevsel olmalı, bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenirken hastaların sürece katılımı sağlanmalıdır.(örneğin SMS, e-posta, telefon vb nasıl iletişim kurulacağının sorulması?)



SH.PL.04.03

Hasta, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendirilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Protez kullanımına yönelik kurallar kurum tarafından tanımlanmış olmalıdır. Bu kurallara yönelik bilgilendirme yazılı veya sözlü olarak yapılmalıdır.
- Protez kullanımına yönelik hastaya anlaşılır bilgilendirme yapıldığından emin olunmalıdır.

M

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

Dış Protez Laboratuvarları Yönetmeliği, Sayı 26016, Tarih 07.12.2005

Standart 33

Protez Laboratuvarı ile İlgili Süreçlerin İzlenebilirliği

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Protez Laboratuvar Hizmetleri

Standart 33:

Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

SH.PL.05.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanması kapsamında,

- Ölçü ve protezin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Protez laboratuvar süreçlerinin analizi ve iyileştirilmesine yönelik veri elde etmek için proteze ilişkin süreçlerin izlenebilirliğinin 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,
- Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımını,
- Kurumda sunulan protez ön hazırlık veya üretim hizmetinin hızlı ve kaliteli olmasını sağlar.

Bu standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



SHPL.05.01

Ölçü ve protezin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.



Protez Laboratuvarı kayıtlarında hastadan ölçü alınmasından başlayarak protez yapım süreci sonuna kadar, alınan ölçünün ve hazırlanan protezin her aşamada izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Protez Laboratuvarı bilgi yönetim sisteminde protez yapım süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:

- Hastanın adı-soyadı
- Protokol numarası
- Muayene tarih ve saati
- Muayeneyi yapan diş hekiminin adı-soyadı, bölümü
- Ölçü alımında kullanılan materyal
- Ölçünün;
 - ✓ Alındığı tarih ve saat
 - ✓ Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
- Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat
- Varsa ölçü tekrarı ve sonuçları
- Protez teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat
- Raporu onaylayan çalışanın ve/veya laboratuvar sorumlusunun adı-soyadı



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- BYS, ölçü alımından, protezin yapılmasına kadar tüm süreçlerin her aşamada izlenebilir olmasını sağlayabilecek nitelikte olmalıdır.

M

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

Dış Protez Laboratuvarları Yönetmeliğı, Sayı 26016, Tarih 07.12.2005

Standart 34

Cerrahi Uygulamalarda Hasta Güvenliği

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Güvenli Cerrahi

Standart 34: Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.

SH.GC.01.00

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.



ADSM, güvenli cerrahi süreçlerine ilişkin işlem basamaklarını ve kuralları doküman-
te 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



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
Örn: Cerrahi Profilaksi Rehberi, ameliyathaneye giriş çıkış kuralları vb.
- Cerrahi öncesi hazırlıklara ilişkin kayıtlar
Örn: Preop anestezi değerlendirme formu, invaziv işlem doğrulama formu, güvenli cerrahi kontrol listesi TR vb.
- Ameliyathaneye hasta transferi ile ilgili kayıtlar
Örn: Hasta transfer formu, hasta teslim formu vb.
- Cerrahi uygulamadaki işlemlerle ilgili hastanın bilgilendirilmesi ve rızasının alınması ile ilgili kayıtlar
Örn: İşleme özel onam formları vb.
- Tanı amaçlı doku örneklerinin alınması sürecine ait kayıtlar
Örn: Patoloji istek formu, örnek etiketi vb.
- Cerrahi sonrası bakıma ilişkin kayıtlar
Örn: 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
- Ameliyat hizmetini başka bir kurumla protokol yaparak veren kurumlar, hasta muayenesi, kabulü, randevu durumu, onamlar, birlikte kullanım protokolü, hastanın işlem yapılacak hastaneye ulaşımı gibi hususları tanımlamalıdır. Dış kaynak kullanımı kapsamında hizmet süreçlerini kontrol etmelidir.

Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında dış hekimi 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

Extra-oral bölgeye girişim yapılacak ise; cerrahi işlem öncesi; cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır. Cerrahi bölge işaretlemesinde aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

İşaretlemeyi, cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir dış hekimi yapmalıdır. İşaretleme, hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.

Cerrahi bölge işaretlemesi bilinci açık hastalarda mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılmalı ve işaretleme sırasında işaretleme yapılacak alan hastaya doğrulatılmalıdır.

İşaretleme daha önceden belirlenen, açık ve anlaşılır bir yöntem ile yapılmalıdır.

İşlem yapılacak bölge işaretlenmelidir. Birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.

İşaretleme, kolaylıkla silinmeyecek bir şekilde yapılmalıdır. Yapılan işaretleme cerrahi alan temizliği sırasında kaybolmamalıdır.

İşaretleme, cerrahi yapılacak yere veya çok yakınına yapılmalı ve belirgin olmalıdır.

ADSM tarafından cerrahi bölge işaretlemesine ilişkin kontrendikasyonlar belirlenmelidir. Kontrendikasyon bulunması durumunda cerrahi bölge ile ilgili doğrulama süreçlerinin nasıl uygulanacağı tanımlanmalıdır.

Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) tarafından, oluşturulmuş olan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” 2009 yılında Türkiye’ye özgü olarak geliştirilerek Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR adı ile uygulamaya konmuştur. ADSM’ler de günümüzde cerrahi işlemlerin yapıldığı kurumlar olduğundan hasta güvenliği kapsamında Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin uygulaması gerekli görülmüş ve “ADSM Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR” olarak uygulamaya sunulmuştur.

ADSM Güvenli Cerrahi Kontrol ListesiTR 4 bölümden oluşmaktadır:

1. Klinikten ayrılmadan önceki dönem (Klinikten Ayrılmadan Önce)
2. Anestezinin verilmesinden önceki dönem (Anestezi Vermeden Önce)

3. Anestezinin verilmesinden sonraki ve cerrahi insizyondan önceki dönem (Ameliyat Kesisinden Önce)

4. Hasta ameliyathaneden çıkarılmadan önce, yaranın kapanması sürecinde ya da kapanmasının hemen sonrasındaki dönem (Ameliyattan Çıkmadan Önce)

Kontrol listesini uygulamaya yönelik sorumluluklar her aşama için belirlenmeli ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkin bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır.

Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için bütün adımlar sözlü olarak kontrol edilmelidir. Kontrol listesini uygulayan kişi her evrede listede belirtilen görevlerin tamamlanıp tamamlanmadığına bakmalı, görev tamamlanmışsa bir sonraki evreye geçişe izin vermelidir.

ADSM Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi TR hasta dosyasında arşivlenmelidir.

Hasta transferinin gerçekleştiği her aşamada 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.

Planlı ve acil ameliyatlardan önce cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenmeli ve planlanmalıdır.

Cerrahi uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve malzemeler temin edilerek gerekli kontroller yapılmalıdır. Kullanılacak olan cihazlar kullanıma hazır hale getirilmelidir.

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.

Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir. Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.

Hasta preoperatif devrede anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı tarafından değerlendirilmeli, buna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.

Anestezi uygulamalarının güvenliğini sağlamaya yönelik kontrol listesi kullanılmalıdır.

Anestezi güvenlik kontrol listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir

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 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.

ADSM GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ*		Hastanın Adı Soyadı Ameliyat/Bölgeyi Ameliyat Tarihi			
I. Klinikten Ayrılmadan Önce	II. Anestez Verilmeden Önce	III. Ameliyat Kesilinden Önce	IV. Ameliyattan Çıkımdan Önce		
1. Hastanın; ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Anestezik toleransı değerlendirildi. 2. Hastanın nazal kontrol edildi mi? ☐ Evet 3. Hastaya ağız mı? ☐ Evet ☐ Hayır 4. Ameliyati bölgeyi temiz yapıldı mı? ☐ Evet ☐ Hayır 5. Hastanın makine/ila. aneste. dedektör nazal var mı? ☐ Evet ☐ Hayır 6. Hastanın karyofenleri Spineyle uyumlu; ameliyati öncesi ve sonrası güncelli mi? ☐ Evet ☐ Hayır 7. Ameliyati için gerekli olacak ila. materyal, implant, kan veya kan ürünü hazır mı? İyileştirildi mi? ☐ Evet 8. Hastanın ameliat laboratuvarı ve radyasyon bakanlığı onaylı mı? ☐ Evet	9. Hastanın kardiolojisi; ☐ Kimlik bilgileri ☐ Ameliyatı ☐ Anestezik toleransı ☐ Hastanın ameliyatı ile ilgili nazal değerlendirildi. 10. Ameliyati bölgeyi temizleme yapıldı mı? ☐ Evet ☐ İyileştirme yapıldı mı? <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr> <td>08 34 02 32 01</td> <td>01 02 03 04 05</td> </tr> <tr> <td>10 11 12 13 14 15 16</td> <td>17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28</td> </tr> </table> 45 47 49 51 53 55 57 59	08 34 02 32 01	01 02 03 04 05	10 11 12 13 14 15 16	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28
08 34 02 32 01	01 02 03 04 05				
10 11 12 13 14 15 16	17 18 19 20 21 22 23 24 25 26 27 28				
Lisite Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Lisite Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Lisite Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza	Lisite Sorumlusu: Ad-Soyad, İmza		

* Her bölüm, ilgili sorumlusu tarafından ağız olarak kontrol edilerek işleme uygulanmalıdır.

Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Cerrahi uygulamalarında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik alınan tedbirlerde ADSM yönetiminin farkındalığı, istekliliği ve desteği ile çalışanların konu ile ilgili farkındalığı izlenebilir olmalıdır.
- Alınan tedbirlerde hasta yönetiminin sürece desteğini gösteren kayıtlar
Örn: ADSM yöneticisinin/başhekimin alınan tedbirlerde onayı
- Çalışanların konu ile ilgili bilgilendirildiğine ait dokümanlar, duyurular
Örn: Çalışanlara konu ile ilgili mail yollanması, intranet/internet üzerinden duyuru yapılması gibi
- ADSM yöneticilerinin süreç hakkında bilgi verebiliyor olması
Örn: Başhekim/başhekim yardımcısı
- Ameliyathanede görev alan çalışanların süreci doğru uyguluyor olduğunun gözlenmesi
Örn: Ameliyathane hemşiresi, anestezi teknisyeni, perfüzyonist, anestezi hekimleri, diş hekimleri, cerrahi servis hemşireleri, biyo-medikal teknisyeni vb.

Standart 35

**Ameliyathane Koşullarının Güvenli
Cerrahinin Sağlanmasına Uygun Olması**

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Güvenli Cerrahi

Standart 35:

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 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 kuralı ile personelin alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Alanlar arası geçişler, ulusal uluslararası kurallar ve normlara uygun olmalıdır.

Ameliyat olan hastaların yakınlarının bekleyebilecekleri alanlar oluşturulmalıdır. Bu alanların ergonomik ve konforlu olmasına dikkat edilmelidir.

Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.



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
Örn: Ameliyathane işleyiş prosedürü, talimatı vb.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ameliyathane alanları gerekliliklere uygun tasarımda olmalıdır.
Örn: Ameliyat alanlarının en az üç kategoriye ayrılmış olması
Örn: Ameliyathane çalışanlarının alanların özelliklerine uygun tanımlanmış kurallara uyum sağlıyor olması
Örn: Ameliyat olan hastaların yakınlarının bekleyebilecekleri alanların bulunması
- Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenlemeler
- Ameliyathane çalışanlarının tanımlanan süreçlere uygun hareket ediyor olması
Örn: Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, , diş hekimi, anestezi uzmanı vb.
- Ameliyat olan hastaların yakınlarının ameliyathane ortamına yönelik olumlu geri bildirimlerinin olması
Örn: 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
Örn: Belirlenen kuralların gözden geçirildiği toplantı raporları, tutanakları vb.
- Kurumdaki ameliyathane alanlarına yönelik kuralların uygulanmasını kontrol eden sorumlu çalışanların süreçle ilgili tanımlanan kurallara uygun geribildirimleri
Örn: 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 ADSM üst yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği ve çalışanların ameliyathane alanlarına yönelik kurallar hakkındaki bilgileri ve uygulamaları izlenebilir olmalıdır.
- Belirlenen kuralların ADSM üst yönetimi tarafından onayına ait kayıtların incelenmesi
Örn: Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
- Çalışanların kurallara ilişkin bilgilendirilmesine ait kayıtlar
Örn: ADSM yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Tanımlanan süreçler ile ilgili ADSM yönetiminden görevli olanların (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı) sürece ilişkin bilgi sahibi olması
- Ameliyathane çalışanlarının (Örn: Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, diş hekimi, 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.

Ameliyat odasında; döşeme, tavan, duvar yüzeylerinin pürüzsüz olması, yüzeylerde çatlakların oluşmaması, kapı, pencere, duvar birleşim noktalarının düzgün ve çıkıntısız olması gerekmektedir.

Ameliyathanenin duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun 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).

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.

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;

- Sağlanan koşulların ADSM üst yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği ve çalışanların ameliyat odalarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili koşullar hakkındaki bilgileri izlenebilir olmalıdır.
- Belirlenen kuralların ADSM üst yönetimi tarafından onayına ait kayıtlar
Örn: Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
- Çalışanların kurallara ilişkin bilgilendirilmesine ait kayıtlar
Örn: ADSM yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Tanımlanan süreçler ile ilgili ADSM yönetiminden görevli olanların (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı) geribildirimlerinin uygunluğu
- Ameliyathane çalışanlarının (Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, , diş hekimi, 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.

Ameliyathanede kullanılan ilaçların etkin yönetimi sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ameliyathanedeki ilaç, malzeme ve cihazların yönetim sürecinin ADSM 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 ADSM üst yönetimi tarafından onayına ait kayıtlar
Ör Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
- Çalışanların ilgili süreçlere ilişkin bilgilendirilmesine ait kayıtlar
Örn: ADSM yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Tanımlanan süreçler ile ilgili ADSM yönetiminden görevli olanların (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı) sürece olan desteği
- Ameliyathane çalışanlarının (Ameliyat hemşiresi, anestezi teknisyeni, diş hekimi, anestezi uzmanı vb.) bilgi ve farkındalıklarının yüksek olması.



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.
Örn: 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
- Cihazların takiplerinde ortaya çıkan uygunsuzlukların tespit edildiği kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: 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.
Örn: Ameliyathane sorumlu hemşiresi, sorumlu anestezi teknisyeni, sorumlu perfüzyonist, sorumlu anestezi hekimi, biyomedikal sorumlusu vb.
- Kesintisiz enerjinin sağlanmasına yönelik tedbirlerde ADSM üst yönetimi tarafından onayına ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: Dokümanlardaki hasta yönetiminin onayı
- Çalışanların alınan tedbirlere ilişkin bilgilendirilmesine ait kayıtlar izlenebilir olmalıdır.
Örn: ADSM yönetimi tarafından çalışanlara yapılan duyurular
- Tanımlanan süreçler ile ilgili ADSM yönetiminden görevli olanlar (Konu ile ilgili Başhekim/başhekim yardımcısı) konuyla ilgili bilgi sahibi olmalıdır.

Standart 36

ADSM'nin Tüm Alanlarının Temiz Olması

Boyut: Sağlık Hizmetleri
Bölüm: Güvenli Cerrahi

Standart 36:

Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için ADsM'nin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.

DH.OH.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için ADsM' nin tüm alanlarının temiz olmasının sağlanması kapsamında,

- Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından ADsM'nin tüm alanlarında risk düzeylerinin belirlenmesini,
- Risk düzeylerine yönelik temizlik kurallarının tanımlanmasını ve ADsM temizlik planı oluşturulmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

ADsM'nin 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 standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



DH.OH.01.01

Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından ADSM'nin tüm alanlarında risk düzeyleri belirlenmelidir.



ADSM'nin tüm alanlarında temizlik ve enfeksiyon kontrolü açısından risk değerlendirilmesi yapılmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- İş sağlığı ve güvenliği kapsamında oluşturulan, ADSM'nin risk analizinin hazırlanmasında, temizlik hizmetlerinin yürütülmesinden ve temizlik işlemi için kullanılan malzemelerden kaynaklı riskler göz önünde bulundurulur.
- ADSM içinde hizmet verilen tüm birimler için enfeksiyon riski değerlendirilmesi 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.



DH.OH.01.02

**Risk düzeylerine yönelik temizlik kuralları tanımlanmalı ve
ADSM temizlik planı oluşturulmalıdır.**



Tespit edilen risk düzeylerine göre temizlik kuralları, kullanılması gereken malzemeler, varsa temizliğin etkinliğini artırmaya yönelik gerekli fiziksel koşullar belirlenmelidir.

ADSM'nin tüm alanlarını kapsayacak şekilde temizlik planı ve ilgili dokümanlar oluşturulmalı ve gereklilikleri uygulanmalıdır: 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.
- Tedavi yapılan her hasta sonrası diş üniti ve kullanılan ekipmanlar çapraz kontaminasyonu önleyecek şekilde temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.
- Ağız içinde kullanılan başlıkların, her hastadan sonra, ünit su ve hava yolundan çıkarılarak temizlenmesi, dezenfeksiyon ve sterilizasyonunu sağlanmalıdır.
- Dental ünit vakum sistemleri için aspirasyon dezenfeksiyonu uygulanmalıdır.

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

M

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 37

Yemek Hizmetlerine İlişkin Süreçlerin Tanımlanması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri

Standart 37:

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,

Yatan hasta, hasta refakatçisi ve çalışanların istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri göz önünde bulundurularak 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 alına-

- rak 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.



DH.OH.02.02

Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.



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.
- 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).



DH.OH.02.03

Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmalıdır.



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 kullanılmalıdır.



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.



DH.OH.02.04

Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.



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.

M

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 38

Çamaşır Hizmetlerinin Güvenli ve Etkin Bir Şekilde Sunulması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri

Standart 38:

ADSM’de çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.

DH.OH.03.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

ADSM’ de çamaşır 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,

ADSM’de 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.



ADSM’de 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;

- ADSM’de 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 ADSM 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 ADSM 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 yürütülmesini 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.

Çamaşırhane 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.

M

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

Standart 39

**Hasta Odaları ve Hasta/Hasta
Yakınlarının Kullandıkları Alanlar**

**Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri**

Standart 39:

Hasta/muayene odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır. .

DH.OH.04.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Hasta/muayene odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olması kapsamında,

- ADSM’de hizmet sunulan tüm alanların hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmesini, ,
- Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

Hasta/hasta yakınlarının ADSM’de 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

ADSM’de hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.



ADSM’de hizmet sunulan alanlarla ilgili olarak aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:

- Hizmet sunulan alanların temiz ve ferah olması
- İhtiyaç duyduğunda hastanın oturabileceği, dinlenebileceği bekleme alanlarının bulunması
- Merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları gibi zorunlu kullanım alanlarının hastanın ihtiyaçlarını (yaşlı hasta, çocuk hasta, engelli hasta gibi) gözetecek şekilde düzenlenmesi
- Hizmet sunulan alanlarda hasta güvenliğini tehdit eden unsurların yer alması
- Muayene odalarının tıbbi hizmet süreçlerine ilişkin gereklilikleri içermesi (muayene masası, lavabo, el antiseptiği, ilgili branşa göre gerekli muayene gereçleri gibi)
- Poliklinik alanlarında bebek bakımı ve emzirmeye yönelik düzenleme bulunması

Klinikler ve hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

Klinikler ve hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır.

Ünitler ve hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte ve hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.

Klinikler ve hasta odalarında hastanın tanı ve tedavisine yönelik gerekli ekipman ve malzeme bulunmalıdır. Bu ekipman ve malzemenin temizlik ve dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

Hasta ve hasta yakınlarının kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere alanlar belirlenmelidir. Bu alanlarda kişisel temizliğe yönelik malzemeler bulunmalıdır.

Hasta yakınlarının dinlenebilmeleri için gerekli ortam sağlanmalıdır.



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 ADSM’de 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 Klinikler ve 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 ADSM'nin imkânları dâhilinde gerekli düzenleme ve değişiklikler yapılmalıdır.

Standart 40

**Can ve Mal Güvenliğini Sağlamaya Yönelik
Güvenlik/Emniyet Hizmeti Sunulması**

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri

Standart 40:

ADSM’de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.

DH.OH.05.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

ADSM’ de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulması kapsamında,

- Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçlerin tanımlanmasını,
- ADSM’de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğinin sağlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

ADSM’de 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 standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



DH.OH.05.01

Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.



ADSM'yi ve ADSM 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.

ADSM'nin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi vb.) bulunmalıdır. Güvenlik kamerası kayıtlarının saklama süresi belirlenmelidir.

Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM'yi ve ADSM 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.
- ADSM'de 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, ADSM içinde güvenlik personeli görev noktaları ve ekipmanın yerleşimi ile ilgili kroki bulunmalıdır.
- 10 ünitenin altında hizmet veren kurumlarda güvenlik görevlisi şartı aranmaz, kamera ve alarm sisteminin mevcut olması yeterli kabul edilir.
- Kamera kayıtlarının saklama periyodu belirlenmeli, kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.



DH.OH.05.02

ADSM’de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.



Can ve mal güvenliğine yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır. Risk analizleri ADSM’ nin tüm alanlarını ve bölümlerini kapsamalıdır. ADSM’de olası bebek ve çocuk kaçırma olaylarına yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır. Hasta ve çalışanların hizmet sunum aşamasında kişisel eşyalarını güvenli olarak muhafaza edebilecekleri alanlar oluşturulmalıdır.

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 ADSM’ nin risk analizi raporu hazırlanırken, can ve mal güvenliğini tehdit eden olaylar göz önünde bulundurulmalıdır.
- ADSM’nin tüm bölümleri için risk analizi yapılmalı ve 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, ulaşılacak 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.

M

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

Standart 41

Nitelikli Bir Tesis Yönetimi Yapısı ve İşleyişi Oluşturulması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Otelcilik Hizmetleri

Standart 41:

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,
- ADSDM 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 asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:

- Tesis yönetimi komitesinin ve sorumluların görev ve sorumlulukları
- Sağlık tesisinin mevcut durum tespitinin yapılması ile ilgili süreçler
- İyileştirme süreçleri
- Temel tesis kaynakları
- Tesis hizmetlerine erişim
- Tesis güvenliği



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM’de 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.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Ağız ve diş sağlığı hizmetinin sunulduğu polikliniklerde çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komitesinin oluşturulması beklenmemektedir. Ancak çalışan kişiler arasında sorumluluk tanımlaması yapılmalıdır.



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.

Bu değerlendirme ölçütü, ADSM’de 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.
- Afet Planı hazırlanmalı, mümkün ise belli aralıklarla olası risk durumları için senaryolar üretilerek tatbikatlar yapılmalıdır.



DH.TY.01.03

Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.



Sunulan sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi açısından temel tesis kaynaklarının (elektrik, su, doğalgaz, ısıtma, soğutma medical gaz vb.) 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 ADSM'nin 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 sistemlerin ihtiyacı karşılama durumlarına ilişkin gereklilikler süre ve miktar bakımından belirlenmeli ve yeterli miktarda bulundurulmalıdır.
- Arıza ya da kesinti durumlarında gerekli tesis kaynakları yedekleme sistemi ile ADSM'nin 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 (elektrik, su, doğalgaz, ısıtma, soğutma medical gaz vb.) 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 ADSM 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

ADSM içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.



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

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



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM genelinde yönlendirme tabelaları, levhaları, krokiler bulunmalıdır. Bu tabela, levha ve krokiler bölüm geçişlerini, ADSM bahçesini ve asansörleri de kapsayacak şekilde ve engelli kişileri de gözetilerek düzenlenmiş olmalıdır.
- ADSM girişlerinde, web sayfasında ADSM haritası bulunmalıdır.
- Doktor muayene odalarının ve birim/bölümlerin girişlerinde tabelalar bulunmalıdır.
- Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastalara ADSM içinde ulaşımlarda yardım amacıyla hasta taşıma personeli görevlendirilmelidir.
- ADSM 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 ADSM girişlerinde tekerlekli sandalye, sedye gibi ekipman bulundurulmalıdır.
- ADSM içinde hastaları taşımak amacıyla akülü arabalar bulundurulabilir.
- Mümkün olması halinde ADSM çevresinde hasta ve yakınlarının araçlarını park edebilmeleri için ayrılmış otopark bulundurulmalıdır. Engelliler için otopark alanları ayrılmalı ve işaretlenmelidir.
- ADSM bahçesi var ise hasta ve hasta yakınlarının dinlenmelerine olanak sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalı, oturma, dinlenme alanları oluşturulmalıdır.



DH.TY.01.06

Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastaların hizmete erişimini kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.



Engelli ve özel bakıma ihtiyaç duyan hasta grupları göz önünde bulundurularak, gerekli fiziki ve işlevsel düzenlemeler gerçekleştirmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM'nin
- Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastaların hizmet erişimini kolaylaştırıcı tedbirlerin ADSM'nin dış alanıyla başlaması ve ulaşılacak noktaya kadar kesintisiz bir şekilde gerçekleşmesi için Tesis Güvenliği Komitesi ya da ADSM yönetimi tarafından güncel mevzuata uygun planlamanın yapılmış olması gerekir. Komite veya üst yönetim toplantı kararlarında bu konulara ilişkin maddeler aranır.
- ADSM genelinde işitme engelli hastalar ile iletişim için yeterli sayıda personelin işaret dili eğitimi almış olması gerekir. Bu eğitimi almış çalışanların listesi ve sertifikaları olmalıdır.
- ADSM asansörlerinde sesli uyarı sistemi ve Braille alfabesi kullanılmalıdır.
- Yaşlı ve engelli kişilerin ADSM 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 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.
- ADSM bahçesinin peyzaj düzenlemesi göze hoş görünür ve risk oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir (örneğin; ADSM dış alanında bulunan kaldırım taşlarının yerinden oynamış olmaması, yollarda çukurlar olmaması sağlanmalıdır).

M

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 42

Üretilen Atıkların Yönetiminin Sağlanması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Atık Yönetimi

Standart 42:

ADSM’de üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.

DH.AY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

ADSM’de 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,

ADSM’de 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.



ADSM’de 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 kurumun 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 kurum yöneticisi veya temsilen üst yönetimden bir kişi tarafından paraflanmalı, son sayfasında yönetim onayı olmalıdır.
- ADSM’deki tüm atık yönetimi sürecini yürütecek nitelikte Atık Yönetimi Sorumlusu ve komite, birim, komisyon vb. yapılanmanın oluşturulduğuna dair ADSM 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.
- 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 ADSM'nin diğer birimleri ile paylaşılmalıdır.



DH.AY.01.02

Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.



Atıklar birim bazında asgari aşağıdaki kategorilerde /türlerde tanımlanmalıdır:

- Evsel Atıklar (Genel ve Ambalaj 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.

ADSM 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 gibi.
- ADSM yönetimi tarafından atıkların kaynağında ayrıştırılması için gerekli malzeme ve ekipman temin edilmelidir.
- Atık yönetimi konusunda ADSM de çalışan tüm personele eğitimler düzenlenmeli, bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- ADSM 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.

ADSM'nin 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 güzergâhları belirlenmeli, atık yönetim planında bu güzergâhlar 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
- Yarattığı 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 ADŞM de tüm çalışanları kapsayacak eğitim planları oluşturulmalıdır.
- ADŞM'ye 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.

M

Atık Yönetimi Yönetmeliği

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25883, 22/07/2005.

Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27533, 26/03/2010

Standart 43

ADSM'de Etkin ve Güvenli Bir Bilgi Yönetim Sistemi Bulunması

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Bilgi Yönetimi

Standart 43: ADSM’de etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.

DH.BY.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

ADSM’de 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 ADSM 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, ADSM'nin 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;

- *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.*



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- *Muayanehanede çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda; Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonunda ilgili hekim bazında sorumluluk aranır.*



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;

- ADSM bilgi yönetim sisteminde kullanılan donanım ve yazılım ile ilgili oluşabilecek sorunlar ve riskler belirlenmeli ve bunlara yönelik tedbirler planlanmalıdır.
- ADSM’de bilgi sistemleri yazılımı hizmet alımı ile sağlanıyor ise firma ve ADSM 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.
- Bilgi yönetim sistemine yönelik fiziksel tehlikeler, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kişisel verilerin korunması, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi yapılmalıdır.
- Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
- Risk analizleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.



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.
- Sağlık hizmeti sunumunda görevli kişiler; ilgili kişinin sağlık verilerine yalnızca verilecek olan sağlık hizmetinin gereği ile sınırlı olmak kaydıyla erişebilmelidir.
- 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.

ADSM' de 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;

- ADSM 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 ADSM 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, BYS ekranı vs. oluşturulmalıdır.
- Sistemde tespit edilen aksaklıklara yönelik gerekli düzeltme-iyileştirme çalışması eylem planı oluşturulmalıdır.



Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM bilgi sistemleri konusunda tüm çalışanlara ve yeni başlayanlara yönelik eğitim planı ve eğitim takvimi oluşturulmalı, eğitimler düzenlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- Kişiler sorumlulukları, görev tanımları ve veri ve bilgi ihtiyaçlarına uygun bir şekilde teorik ve pratik eğitim almalıdır.
- İşe yeni başlayan her çalışana, bilgilere erişim izni verilmeden önce bilgi güvenliği farkındalığı eğitimi verilmelidir. Farkındalık eğitiminde, genel bilgi güvenliği hususlarına ek olarak anılan göreve yönelik özel bilgi güvenliği gereksinimlerine de yer verilmelidir.
- Bilgi güvenliği teknik ve farkındalık eğitimleri eğitim planlarında yer almalıdır.
- Bilgi güvenliği ile ilgili beklentiler ve sorumluluklar, çalışanların görev tanımlarında yer almalıdır.
- Çalışanlara verilecek olan eğitimin, eğitim sorumlusu belirlenmeli, eğitimin öncesi ve sonrasında yapılan değerlendirmeler ile eğitimin etkinliği ölçülmelidir. Bu süreçlerin hepsi dokümanite edilmiş olmalıdır.
- Bilgi Güvenliği 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.

M

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29677, 07.04.2016

Kişisel Sağlık Verileri Hakkında Yönetmelik 21.06.2019 Resmî Gazete Sayısı: 30808

Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi

Standart 44

Malzemelerin ve Cihazların Etkin, Verimli ve Güvenli Kullanımı

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Malzeme ve Cihaz Yönetimi

Standart 44:

Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.

DH.MC.01.00

Standart İeriği?

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,
- Tıbbi cihazların izlenebilirliğini,
- 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.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Muayanehanede çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda; etkin bir malzeme ve cihaz yönetimini sağlamak için hekim bazında sorumluluk aranır.



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 cihazların kullanımına yönelik düzenleme yapılmalı, tüm ekipmanların envanteri tutulmalı, düzenli olarak bakım, güncelleme değişimlerine yönelik kontrolleri yapılmalıdır. Malzeme ve Cihaz yönetimine dair dokümanlar ADŞM'nin 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.) dokümente 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 ADSM'ye 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.

ADSM'de 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 ADSM, kimlerin malzeme ve cihaz temin talebinde bulunabileceğini, talep yöntemini, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceğini tanımlamalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM'nin malzeme/stok takibine yönelik sistem geliştirilmelidir (BYS 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.
- ADSM'de 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, ADSM'nin 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 ADSM'ye 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 talimatlar 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 kar-
şılmalıdır.**



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.

Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanım alanlarında ulaşılabilir olmalı, cihazların güvenli kullanımı konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.

Cihazların bulunduğu alanlarda yapılan fiziki düzenlemeler, cihazların çalışma koşullarına uygun şekilde gerçekleştirilmelidir.



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 ulaşılabilir 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

Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.



Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.

Tıbbi cihazların cihaz kimlik kartı bulunmalıdır.

Cihaz kimlik kartı üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- o Cihazın adı
- o Seri numarası
- o Markası
- o Demirbaş numarası
- o Bulunduğu bölüm

Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon süreçleri bir plan dahilinde izlenmelidir tesislerin ve teçhizatın planlı ve sistematik bir şekilde denetlenmesi, test edilmesi, bakımı ve güncellenmesi veya değiştirilmesi.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bölüm bazlı tıbbi cihaz listesi oluşturulmalıdır. Bölümde bulunan tıbbi cihazlar ile mevcut liste uyumlu olmalıdır.
- Her tıbbi cihaza özgü cihaz kimlik kartı hazırlanmalıdır.



DH.MC.01.07

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, ADSM 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 ADsM arasında imzalanan sözleşme ve ekinde teknik şartname dokümanlar ile uyumlu olmalıdır.
- Bakım, kalibrasyon planları ile uygulama birbiri ile tutarlı olmalıdır.

DH.MC.01.08



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 (otoklav, jeneratör gibi) eğitimli ve yetkili kişiler tarafından kullanılması sağlanmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Özellikle 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.

M

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

Tıbbi Cihaz Yönetmeliğı, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27957, 07/06/2011

Tıbbi Cihazların Test, Kontrol Ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik

Standart 45

**Dış Kaynak Kullanılarak Sağlanan Hizmetlerin
Hastanenin Temel Politika ve Değerleri ile
Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına
Uygunluğunun Sağlanması**

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Dış Kaynak Kullanımı

Standart 45:

Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin ADSM'nin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır.

DH.DK.01.00

Standart İçeriği?

Bu standart,

Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin, ADSM'nin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğunun sağlanması kapsamında,

- Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetlerin ADSM'nin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmesini,
- Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçlerinin tanımlanmasını,
- Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olmasının sağlanmasını içerir.

Bu standardın amacı nedir?

Bu standart,

ADSM tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin ADSM'nin 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 ADSM' nin 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.

ADSM 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, ADSM'nin temel politika ve değerleri esas alınarak belirlenmeli; gelecekteki dış kaynak kullanımına ilişkin stratejisini belirlemiş olmalı ve buna yönelik yapılan çalışmalar izlenebilir olmalıdır.
- Ör ADSM'de dış kaynak kullanımını gerektiren alanlara yönelik yapılmış SWOT analizi dokümanları
- Örn: Bu konuda oluşturulmuş bir birim/çalışma grubu vb. toplantı tutanakları,
- Dışarıdan hizmet alımı ile sağlanacak hizmetlerin misyon vizyon ve temel değerler içindeki 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 ADSM 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 ADSM'nin 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
- ADSM 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 ADSM'ye sağlayacağı hizmetler açıkça tanımlanmalı ve tamamlama süreci belirlenmelidir

İş süreçleri açık ve net olarak tanımlanmalıdır.

Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.



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.
- Ağız ve diş sağlığı hizmetinin verildiği kurumlarda dış kaynak yolu ile temin edilen hizmetlerin bazıları şu şekildedir:
 - Diş Protez Laboratuvarları
 - Sterilizasyon Hizmetleri
 - Radyoloji Hizmetleri
 - Bilgi Yönetim Sistemi Hizmetleri
 - Arşiv Hizmetleri
 - Cihaz Bakım, Kalibrasyon ve Arızalar İçin Teknik Servis Hizmetleri
 - Kendi Bünyesi Dışında Alınan Ameliyathane Hizmeti
 - Atık Hizmetleri (tıbbi, tehlikeli atık vb)
 - Transfer Hizmetleri i (Hasta, protez vb)
 - Temizlik Hizmetleri, ilaçlama vs.
 - Poliklinikler İçin Kafeterya, Kantin Hizmetleri
 - Tanıtım, Medya (PR) Hizmetleri
 - Yemek Hizmetleri
 - Çamaşır Hizmetleri
 - Muhasebe Hizmetleri



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Dış hizmet alımı kapsamına giren konuların ADSM yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği, süreçlerin tanımlanmasında ilgili birim ADSM çalışanlarının ilgili sürece katılım sağlayıp sağlamadığı izlenebilir olmalıdır.
- Dış kaynaktan hizmet alım sürecine ilişkin yapılanma kararları üst yönetimce ADSM uygulama prosedürlerine yansıtılmalı ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
Örn: Yeni oluşturulan iş süreç ve şemalarının çalışanlar paylaşılması
Örn: Dış kaynak kullanımına ilişkin kararlarının üst yönetimce tüm çalışanlara uygulama esaslı olarak duyuru yapıldığına ilişkin belgeler
- ADSM çalışanları dış kaynak hizmeti alım prosedürlerinden haberdar olmalı, yeni uygulama süreçleri hakkında farkındalıkları yüksek olmalıdır.
Örn: Çalışanların dış kaynak kullanımına geçilen alanlar, hizmetler, birimler hakkında bilgi sahibi olması
Örn: Yeni iş süreçleri ile oluşan durumlara ilişkin olarak çalışanlar tanımlanan kurallar çerçevesinde hizmet sağlıyor olmalıdır.



DH.DK.01.03

Dış kaynak kullanımı yolu ile 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.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurum tarafından şartnameye göre oluşturulmuş kontrol kriterleri ve performans göstergeleri izlenebilir olmalıdır.
- Örneğin Sterilizasyon hizmeti satın alınıyorsa kaybolan malzeme oranı
- 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 gerçekleştirdiği, 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.
- Dış kaynak kullanımı yoluyla sağlanan hizmetler düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir. Kontrollerin sıklığı, kimler tarafından yapılacağı ve değerlendirme kriterleri tanımlanmalıdır.

M

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 46

**Doğal Afetler ya da Acil Müdahale, Mücadele,
İlkyardım veya Tahliye Gerektiren Olaylara
Yönelik Tedbirler Alınması**

Boyut: Destek Hizmetleri
Bölüm: Dış Kaynak Kullanımı

Standart 46:

Doğal afetler ya da olağan dışı 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,

- Olağan dışı 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,

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



Olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.



ADSM'ler olağan dışı müdahale ve mücadele gerektiren durumlara yönelik alınması gereken tedbirler için olası durumları belirlemeli, hangi acil durumun kurumda 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 belirlenmesine yönelik izlenebilir uygulamalar bulunmalıdır.
- ADSM 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 bir plan dahilinde tanımlanmış olmalıdır.
Örn: Bölgenin afet geçmişi, kurumun geçmişte yaşamış olduğu tehlikelere ait bilgilerin ilgili planda göz önünde bulundurulmuş olması.
- Plan içerisinde yer alan risk analizi çalışmalarında kullanılan bilgi ve belgelerin varlığı, risk analizi çalışmalarını yapanların konuyla ilgili farkındalığı izlenebilir olmalıdır.
Örn: 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
Örn: Acil duruma ilişkin tutanaklar
Örn: Meydana gelen herhangi bir acil durum sonrasında ilave alınan tedbirlerle ilgili doküman
- Analizi çalışmaları sonucu alınan yeni tedbirlerin uygulamaya konulmuş olması
Örn: Alınan yeni tedbirlerle uygulamalar arasındaki tutarlılık
- Risk analizi çalışmalarına ve gerekli tedbirlerin belirlenmesi süreçlerine ADSM yönetimi aktif katılıyor olmalı, diğer ADSM çalışanları alınan tedbirlerden haberdar olmalıdır.
- Risk analizi sonucu alınan tedbirlerin üst yönetimce ADSM uygulama prosedürüne yansıtılması ve çalışanlarla paylaşılması
Örn: Herhangi bir acil durum sonrası alınan tedbirler ile çalışanlara yapılan bilgilendirme arasındaki tutarlılık
- ADSM çalışanlarının acil durumlara ilişkin kurumun karşı karşıya kaldığı risklerden ve alınan tedbirlerden haberdar olması, konu ile tedbirleri uyguluyor olması
Örn: Alınan tedbirlerin uygulama alanlarında görülebilmesi



AD.AD.01.02

Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.



ADSM acil durumlara yönelik belirlediği önleyici tedbirleri uygulamaya ilişkin planlama yapılmalıdır. 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

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

- ADSM’de 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.
- ADSM'deki tüm acil durum ve afet yönetim sürecini yürütecek nitelikte personelden oluşan komite, birim, komisyon vb. bir yapılanmanın oluşturulduğuna ilişkin ADSM yönetimi onayı
Örn: Komite vb. resmi görevlendirme yazıları
- Acil durum yapılanmasında görev alanlar (üyeler) dokümanlarla tutarlı geri bildirim sağlaması
Örn: Komite üyelerinin rol ve fonksiyonlarını biliyor olması ve katılımı
- Planda alınması istenen önlemler ile uygulamaların tutarlı olması
Örn: Dekontaminasyon alanının tanımlanan kurallara göre hazırlanmış olması
- Örn: 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
Örn: Komite toplantı tutanaklarının incelenmesi
Örn: Acil durum ve afet malzeme envanterinin güncel olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM yönetimi planlama sürecine katılım sağlamalı, çalışanların farkındalıkları yüksek olmalıdır.
- ADSM Acil Durum ve Afet Yönetimi Planlarının üst yönetimce ADSM uygulama prosedürüne yansıtılması ve çalışanlarla paylaşılması
Örn: Plan ile kurum içi acil durum prosedürlerinin uyumu
Örn: ADSM Acil Durum ve Afet Yönetimi planlarının çalışanlarla paylaşılması (çalışanlarla gerçekleştirilen toplantı tutanakları)
- ADSM çalışanlarının ADSM Acil Durum ve Afet Yönetimi Planından haberdar olmaları ve bu plan içerisindeki görev tanımlarını biliyor olmaları
- Kurumun acil durum ve afet yönetimi ile ilişkili almış olduğu önlemlerin ADSM Afet Planı ile uyumlu olmalıdır.
Örn: Acil durum ve afet malzeme envanterinde yer alan malzemeler
Örn: 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.

Risk analizleri sonucunda tespit ettikleri acil durumlara yönelik olarak tüm personele gerekli eğitimleri vermelidir.

Belirlene sıklıkta, personelde farkındalık yaratacak, ilgili tüm süreçleri kapsayacak ve olay anında riskleri en aza indirecek şekilde tatbikatlar 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
Örn: Tatbikatlara ilişkin belge, eğitim içerikleri
- Tüm ADSM çalışanlarına yönelik temel afet bilinci eğitiminin verildiğine dair belgeler
Örn: 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
Örn: Eğitim toplantılarına tüm çalışanların katılımının sağlandığına dair imza listeleri
- Çalışanların eğitim ve tatbikatlarda edindiği bilgiler ile uyumlu geribildirim verebiliyor olması
Örn: Belirli bir acil durum müdahalesinde rolü olan bir ADSM çalışanın rollerini biliyor ve gösterebiliyor olması.
Örn: 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
Örn: Kurumdan hastaların tahliyesinin yapıldığına ait son yapılan tatbikatın videolar
Örn: 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
Örn: Gerçekleştirilen senaryolar
Örn: Mesai saati dışında kurumda ortaya çıkan bir tahliye/yer değiştirme ihtiyacına karşı kimin hangi hastayı, nasıl tahliyeyi gerçekleştireceğine dair çalışanların bilgisinin olması
- ADŞM yönetiminin ve ADŞM 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
Örn: Eğitim programlarının tüm çalışanları kapsayacak şekilde yapıldığına ve gerçekleştirildiğine dair plan ve listeler
- ADŞM 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.

M

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 47

**Solunum Arresti veya Kardiyak Arrest
Durumlarında Zamanında Müdahale Yapılması**

Boyut: Acil Durum Yönetimi
Bölüm: Acil Durum Yönetimi

Standart 47:

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,

ADSM’de 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.



ADSM'de acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan; hastalara, hasta yakınlarına ve tüm ADSM personeline en kısa sürede müdahale edilmesi- ne yönelik olarak bir acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

Acil uyarı sistemi; kurumun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, ADSM'nin 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; kurum 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;

- Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan poliklinik ve muayenahanelerde solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik sürecin tanımlanmış olması yeterli kabul edilir. Nasıl bir sistem kurgulandığına yönelik tanımlama yazılı bir doküman üzerinde yapılmalıdır. Kimin müdahale edeceği, kayıtların nasıl tutulacağı, hangi durumlarda 112 nin aranacağı gibi tüm aşamalar bu dokümanda tanımlanmalı ve çalışanlar tarafından kurgulanan sistem biliniyor olmalıdır.



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
Örn: 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
Örn: Mavi Kod süreci ile ilişkili algoritma veya prosedür
- Tüm çalışanların mavi kod uyarı sisteminin varlığını ve hangi yolla yapıldığını bilmeleri
Örn: 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
Örn: Dokümanda duyula bilirliliğin tespiti (tesis turu kontrol listesi)
- Mavi kod uygulamalarının en geç üç dakika içerisinde gerçekleştiriliyor olması
Örn: Mavi kod kayıtlarında sürenin uygun olduğunun gözlenebilmesi
- Mavi kod anonslarının kurum içerisinde duyulabilir olması
- Mavi kod acil uyarı sisteminin işler olması
Örn: Geçmiş mavi kod sürecinin işlerliliğinin ADSM kamera kayıtlarından izlenebiliyor olması
- ADSM 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
Örn: Acil uyarı sistemi yönetim toplantıları karar defteri vb.
- Çalışanların zorunlu eğitim planlarında, acil uyarı sistemi ile ilişkili müfredatın olması
Örn: Zorunlu eğitim planları
Örn: CPR (Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon) eğitimlerinin sertifikalı bir eğitmen tarafından verilmiş olduğunun gösterilmesi
- Müdahale ekibinin yetkinliği ve becerisinin tam olması
Örn: Acil müdahale ekipmanlarını kullanma becerisi
Örn: Çalışanların yaka kartlarında acil uyarı sisteminin telefon kodlarının bulunması



AD.AD.02.02

Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.



ADSM 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
Örn: 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
Örn: Eğitim planı
- Kurumun Mavi Kod ekiplerinin belirlendiğine dair listeler
Örn: Vardiya listeleri
- Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul vb.) toplantı ve düzeltici önleyici kararları ile ilgili kayıtlar
Örn: Karar defteri vb.
- Mavi Kod müdahale ekiplerinin görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM 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
Örn: Alınan düzeltici önleyici kararların müdahale ekiplerine bildirilmesi
Örn: Düzeltici Önleyici Faaliyetler için yönetim onayı
- Alınan kararların alanda uygulanıyor olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Mavi kod sorumluluk alanı, mavi kod ile ilgili tatbikat, eğitimler ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasına yönelik sorumlu kişi sayısı kurumun büyüklüğüne uygun olarak mavi kod uygulamalarının etkin şekilde yürütülmesini sağlayacak biçimde tanımlanmalıdır. Örneğin muayenehanelerde çalışan hekimin bu noktada sorumluluğu aranırken polikliniklerde çalışan hekimler arasından bir sorumlu belirlenmelidir.



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 çağrısı 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;

- Çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda mavi kod sorumlusu ve müdahale ekibi aynı kişilerden oluşabilir. Sorumlu ve ekipte yer alan kişiler CPR eğitimi almış olmalıdır. CPR eğitimi CPR sertifikasyon eğitimini almış personel veya anesteziyoloji ve reanimasyon/yoğun bakım/kardiyoloji uzmanı hekimler tarafından verilmelidir.



AD.AD.02.04

Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.



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.
Örn: Ekipman ve ilaç listesi
- Acil müdahale kitindeki ilaç ve ekipman tanımlananla uygun içerikte olmalıdır.
Örn: 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 miat, kritik stok, kullanıma uygunluk düzenli takip edilmelidir.
- Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyü göz önüne alınarak düzenlenmiş olmalıdır.
Örn: Kontrol listeleri, kalibrasyon etiketleri, defibrilatör kontrol çıktıları
Örn: Erişkin ve pediatrik ilaç doz listeleri
- Mavi kod acil müdahale kitinin içeriği
Örn: Mavi kod acil setindeki ilaçların son kullanma tarihleri geçmiş olmalı
Örn: Oksijen tüpünün dolu olmalı
Örn: Laringoskop enerji kaynağı yeterli olmalı
Örn: Defibrilatör cihazının çalışır durumda olmalı
- ADSM yönetimi tarafından Mavi Kod ekibinin kullanmış olduğu ilaç ve ekipmanın kesintisiz teminine yönelik destek sağlanmalı, diğer ADSM çalışanları ilgili sürece katılım sağlıyor olmalıdır.
- İlaç ve ekipmanın takibinin gerçekleştirildiği bir yapılanma (elektronik stok yönetim sistemi vb.) bulunmalı
Örn: Acil müdahale kit yerleşim planı ve stok durumunun uygun olması
- Çalışanlar acil müdahale kit stok yönetimine ilişkin bilgi sahip olmalı



AD.AD.02.05

Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.



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
Örn: Kayıt formları veya elektronik kayıtlar
Örn: Mavi Kodda olay yerine ortalama ulaşma süresi
- Mavi kod ekiplerinin bu kayıtları doğru tutuyor olması
Örn: 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
Örn: Geçmiş kayıt formları
- Mavi kod kayıt içeriğinin değerlendirilmesi
Örn: Kayıt sonuçlarının izlenmesi
- Mavi Kod kayıtlarının ADSM yönetimi tarafından değerlendirilip değerlendirilmediği ve ADSM çalışanları ile paylaşım yapıldığı izlenebilir olmalıdır.
- Mavi kod kayıtlarının yönetimce analizlerinin yapıp sonuçlarının periyodik olarak mavi kod ekipleri ve çalışanlarla paylaşılması
Örn: 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.



ADSM’de, mavi kodun önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlara verilecek eğitimler planlanmalıdır.

Mavi kod uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.

Standart 48

Sağlık Çalışanına Yönelik Şiddet Riski/Şiddet Eyleminin Söz Konusu Olduğu Durumlarda Zamanında Müdahale Sağlanması

Boyut: Acil Durum Yönetimi
Bölüm: Acil Durum Yönetimi

Standart 48:

Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.

AD.AD.03.00

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,

ADSM’de 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.03.01

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; kurumun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, ADSM'nin 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;

- Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan poliklinik ve muayenahanelerde sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik sürecin tanımlanmış olması yeterli kabul edilir. Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda müdahalenin nasıl yapılacağı, sorumlulukların paylaşımı ve iletişim bilgileri tanımlanması gibi tüm aşamalar bu dokümanda yer almalı ve çalışanlar tarafından kurgulanan sistem biliniyor olmalıdır.



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
Örn: Beyaz kod sisteminin kurulmasının onay yazısı
- Tüm çalışanların beyaz kod uyarı sisteminin varlığını ve hangi yolla yapıldığını bilmeleri
Örn: Güvenlik personelinin Beyaz Kod sürecindeki görev tanımlarını bilmeleri
Örn: 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
Örn: Dokümanda duyula bilirliliğin tespiti (tesis turu kontrol listesi)
- Geçmişe yönelik beyaz kod kayıtlarının bulunması
- Örn: Beyaz Kod kayıtlarının tam ve eksiksiz olması
- Beyaz Kod acil uyarı sisteminin işler olması
- Acil uyarı anonslarının kurum içerisinde duyula bilirliliğinin test edilmesi
Örn: Acil uyarı anonsunun test edilmesi
- Beyaz Kod acil uyarı sisteminin işler olması
- Geçmiş Beyaz Kodlarla ilişkili iş ve işlemlerin etkinliği
Örn: Mağdur çalışanlarla görüşmeler yapılması
- ADŞM 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
Örn: Acil uyarı sistemi yönetim toplantıları karar defteri vb.
- Çalışanların zorunlu eğitim planlarında, acil uyarı sistemi ile ilişkili müfredatın olması
Örn: Zorunlu eğitim planları
- Çalışanların Beyaz Kod süreci ile ilgili farkındalığının yüksek olması
Örn: Çalışanların yaka kartlarında acil uyarı sisteminin telefon kodlarının bulunması



AD.AD.03.02

Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.



ADSM 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
Örn: 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
Örn: Eğitim planı
- Kurumun Beyaz Kod ekiplerinin belirlendiğine dair listeler
- Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul vb.) toplantı ve düzeltici önleyici kararları ile ilgili kayıtlar
Örn: Karar defteri vb.
- Beyaz Kod müdahale ekiplerinin (güvenlik personeli vd.) görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM yönetimi acil uyarı yönetim sürecine katılım sağlamalıdır.
- Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul, komisyon vb.) kararlarının kurum içi ilgililerine bildirilmesi
- Örn: Alınan düzeltici önleyici kararların müdahale ekiplerine bildirilmesi
- Düzeltici Önleyici Faaliyetlerin yönetim tarafından onaylanması
Örn: Düzeltici Önleyici Faaliyetler için yönetim onayı
- Yönetimin şiddete uğrayan çalışanı için idari, hukuki ve psikolojik destek veriyor olması
Örn: Avukat görevlendirmesi
- Alınan kararların alanda uygulanıyor olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Beyaz kod sorumluluk alanı, beyaz kod ile ilgili tatbikat, eğitimler ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasına yönelik sorumlu kişi sayısı kurumun büyüklüğüne uygun olarak mavi kod uygulamaların etkin şekilde yürütülmesini sağlayacak biçimde tanımlanmalıdır. Örneğin muayenehanelerde çalışan hekimin bu noktada sorumluluğu aranırken polikliniklerde çalışan hekimler arasından bir sorumlu belirlenmelidir.



AD.AD.03.03

Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.



Beyaz kod uyarısı verildiğinde; güvenlik görevlileri başta olmak üzere ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve kurum bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmelidir. ADSM’de bulunan güvenlik görevlileri beyaz kod sisteminde belirlenen şekilde sorumlu bulundukları alanda meydana gelen olaylara müdahale etmekle sorumludur.

ADSM, 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

Tutulan 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 ADSM yönetimi tarafından desteklenip desteklenmediği ile diğer ADSM 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
Örn: Acil uyarı sisteminin yönetim tarafından önerilen süreç iyileştirme kararlarının prosedüre yansıtılmış olması
Örn: Çalışanlara Beyaz Kod prosedüründeki değişimlerin duyurulması
Örn: Beyaz kod ekibinin süreçle ilişkili görüş ve önerilerinin alınması
- 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
Örn: Görevlendirme onayları
- ADSM'in tüm alanlarına hâkim yeterli güvenlik görevlisinin bulunması
Örn: Güvenlik sayısının kaç kişi olmasının gerektiğini gösteren otorite izni ve onayı
- Beyaz kod uyarısı verildiğinde; müdahale ekiplerinin nasıl müdahale edeceği, bölüm ve ADSM bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağını tanımlandığı doküman
Örn: 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
Örn: Aylık/haftalık vardiya listeleri
- Yapılan müdahalenin etkili olduğunun değerlendirilmesi
Örn: Acil uyarı sistem yönetimi tarafından gerçekleştirilen değerlendirme toplantı kararları
- Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin (güvenlik personeli, santral vd) çalışma planlarına göre faaliyet göstermesi
Örn: Liste ile vardiyadaki çalışanın uyumlu olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Çalışan sayısı göz önünde bulundurulduğunda beyaz kod sorumlusu ve müdahale ekibi aynı kişi/kişilerden oluşabilir.



AD.AD.03.04

Beyaz kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.



ADSM’de, 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
Örn: Eğitime katılan çalışan sayısı ile kurumdaki tüm çalışan sayısının tutarlı olması
- Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin konu ile ilişkili eğitim almış olmaları
Örn: 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
Örn: Tatbikatın gerçekleştirildiğine dair rapor, tutanak, kamera kayıtları vs.
Örn: Tatbikata katılanların listesi
- Tatbikatlarla ilişkili süreçler ile ilgili materyal
Örn: Tatbikat videoları
Örn: Olası bir Beyaz Kod uyarısı durumunda Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlemlenebilir olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Beyaz Kod eğitim ve tatbikatlarına ADSM yönetimi tarafından tüm çalışanların katılımının sağlandığı izlenebilmelidir.
- Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin yetkinlik ve becerisini geliştirici eğitimlere katılımın sağlanması
Örn: Eğitim ve tatbikatlara katılmayan çalışana yönelik yapılan yazışmalar
- ADSM yönetimince, gerçekleştirilen tatbikat kayıtlarının tutulması sağlanarak, sonuçların değerlendiriliyor ve gerekli iyileştirici tedbirlerin alınıyor olması
Örn: Tatbikat sonucu gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının çalışanlarla paylaşıldığına dair yazılar
- Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin konuyla ilgili bilgi ve farkındalık düzeyinin yüksek olması
Örn: Olası bir Beyaz Kod uyarısı durumunda Beyaz kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlenebiliyor olması

M

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

Hukukî Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi, Sayı:6367, 16.03.2016.

Standart 49

**Yangına Zamanında Müdahaleyi Sağlamaya
Yönelik Düzenleme Bulunmas**

Boyut: Acil Durum Yönetimi
Bölüm: Acil Durum Yönetimi

Standart 49:

Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

AD.AD.04.00

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,

ADSM’de 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 standardı uygularken nelere dikkat etmeliyim?



AD.AD.04.01

Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.



ADSM'nin tüm alanlarını kapsayacak, elektrik kesintilerinden etkilenmeyecek ve adresleme yapabilecek şekilde çalışan bir yangın algılama sistemi bulunmalıdır. Sistem, elektrik kesintisinden etkilenmeyecek şekilde kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır.



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kurumda yangın algılama sistemi bulunuyor olduğunu gösteren izlenebilir kanıtlar bulunmalıdır.
- ADASM'nin tüm alanlarını kapsayacak şekilde bir yangın algılama sisteminin bulunması
Örn: 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
Örn: Yetkili firması tarafından yapılan bakım (test) raporları ve teknik doküman
Örn: Kontrol listeleri
- Yönetim yangın algılama sisteminin işlevsel olmasını sağlamalıdır.
- Çalışanların bu konuyla ilgili eğitimlerle farkındalığı sağlanmalıdır.
Ör 1: Çalışanlara konuyla ilgili yazılan yazılar
Ör 2: Eğitim programları
- Çalışanlar yangın algılama sistemi konusunda bilgi sahibi olmalıdır.



AD.AD.04.02

Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.



ADASM 'de, 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; kurum 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;

- Ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan poliklinik ve muayenehanelerde çıkabilecek herhangi bir yangın durumunda, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek veya önlemek amacıyla nasıl bir sistem kurgulandığına yönelik süreç tanımlanmalıdır. Sürece yönelik tanımlama yazılı bir doküman üzerinde yapılmalıdır. Kimin müdahale edeceği, nasıl müdahale edileceği, hangi önlemlerin alınacağı, kullanılan ekipman, itfaiyenin hangi durumlarda aranacağı, yangın durumunda kayıtların nasıl tutulacağı gibi tüm aşamalar bu dokümanda tanımlanmalı ve çalışanlar tarafından kurgulanan sistem biliniyor olmalıdır.



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
Örn: Kırmızı kod sisteminin kurulmasının onay yazısı
- Tüm çalışanların kırmızı kod uyarı sisteminin varlığını ve hangi yolla yapıldığını bilmeleri
Örn: Güvenlik personelinin Kırmızı Kod sürecindeki görev tanımlarını bilmeleri
Örn: 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
Örn: Dokümanda duyula bilirlüğün tespiti (tesis turu kontrol listesi)
- Kırmızı Kod acil uyarı sisteminin işler olması
- Acil uyarı anonslarının kurum içerisinde duyula bilirlüğünün test edilmesi
Örn: Acil uyarı anonsunun test edilmesi
- Kırmızı Kod acil uyarı sisteminin işler olması
- ADSM 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
Örn: Acil uyarı sistemi yönetim toplantıları karar defteri vb.
- Çalışanların zorunlu eğitim planlarında, acil uyarı sistemi ile ilişkili müfredatın olması
Örn: Zorunlu eğitim planları
- Çalışanların Kırmızı Kod süreci ile ilgili farkındalığının yüksek olması



AD.AD.04.03

Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.



ADSM 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
Örn: 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
Örn: Eğitim planı
- Kurumun Kırmızı Kod ekiplerinin belirlendiğine dair listeler
- Acil uyarı sistem yönetiminin (komite, kurul vb.) toplantı ve düzeltici önleyici kararları ile ilgili kayıtlar
Örn: Karar defteri vb.
- Kırmızı Kod müdahale ekiplerinin (güvenlik personeli vd.) görev yetki ve sorumluluklarının farkında olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Kırmızı kod sorumluluk alanı, kırmızı kod ile ilgili tatbikat, eğitimler ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasına yönelik sorumlu kişi sayısı kurumun büyüklüğüne uygun olarak kırmızı kod uygulamaların etkin şekilde yürütülmesini sağlayacak biçimde tanımlanmalıdır. Örneğin muayenahanelerde çalışan hekimin bu noktada sorumluluğu aranırken polikliniklerde çalışan hekimler arasından bir sorumlu belirlenmelidir.

AD.AD.04.04



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 kurum 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.
- Örnek: Plan, Talimatlar
- Yangına ilk müdahalenin yapılmasına yönelik olarak kullanılacak yangın muslukları, yangın tüpü, yangın hortumu gibi araç ve ekipman tanımlanan kurallara uygun yerleştirilmesi vb.
- Örnek: Yangın tüplerinin yerleşiminin plana ve amaca uygunluğunun yerinde gözlemlenmesi
- Örnek: Talimatların asılı olması
- Örnek: 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
- Örnek: Yetkili firması tarafından yapılan bakım (test) raporları ve teknik doküman
- Ekipmanın takibinin yapılıyor olması
- Örnek: Kontrol listeleri
- Yangın önlemlerine yönelik kullanılan ekipman uygun ve çalışır durumda olmalıdır.
- Örnek: Yangın tüplerinin miiatlarının uygun olması
- Örnek: Yangın hortumlarının yıpranmamış olması
- Örnek: Yangın tüpleri mevzuata uygun olması
- Örnek: (varsa) Geçmişte meydana gelen yangınlara yapılan müdahalelerin izlenebilir olması



Bu çerçevede gerçekleştirilecek uygulamalarda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- ADSM yönetimi, yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipmanın işlevsel kalmasına yönelik destek sağlıyor olmalı, diğer ADSM 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.
Örn: Çalışanlara konuyla ilişkili yazılan yazılar
Örn: 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.
Örn: Çalışanın yangın tüpünü doğru kullandığının gözlemlenebiliyor olması



AD.AD.04.05

Kırmızı kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.



ADSM’de, 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
- Örn: Eğitime katılan çalışan sayısı ile kurumdaki tüm çalışan sayısının tutarlı olması
- Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin konu ile ilişkili eğitim almış olmaları
- Örn: 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
- Örn: Tatbikatın gerçekleştirildiğine dair rapor, tutanak, kamera kayıtları vs.
- Örn: Tatbikata katılanların listesi
- Tatbikatlarla ilişkili süreçler ile ilgili materyal
- Örn: Tatbikat videoları
- Örn: Olası bir Kırmızı Kod uyarısı durumunda Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlenebiliyor olması
- Kırmızı Kod eğitim ve tatbikatlarına ADSM yönetimi tarafından tüm çalışanların katılımının sağlandığı izlenebilmelidir.
- Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin yetkinlik ve becerisini geliştirici eğitimlere katılımın sağlanması
- Örn: Eğitim ve tatbikatlara katılmayan çalışana yönelik yapılan yazışmalar
- ADSM yönetimince, gerçekleştirilen tatbikat kayıtlarının tutulması sağlanarak, sonuçların değerlendiriliyor ve gerekli iyileştirici tedbirlerin alınıyor olması
- Örn: Tatbikat sonucu gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının çalışanlarla paylaşıldığına dair yazılar
- Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin konuyla ilgili bilgi ve farkındalık düzeyinin yüksek olması
- Örn: Olası bir Kırmızı Kod uyarısı durumunda Kırmızı kod ile ilişkili ekiplerin süreci doğru uyguladıklarının gözlenebiliyor olması

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

M

Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliğı, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013

Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007

EKLER

EK 1. SAS ADSH Seti (v2.2/2020)
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	ADSM 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.	

Boyut	Yönetim ve Organizasyon	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
YO.PD.01.00	ADSM' nin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	Evet
YO.PD.01.01	ADSM'nin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	Evet
YO.PD.01.02	ADSM, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.	
YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, ADSM temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.	Evet
YO.PD.01.04	ADSM'de kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.	
YO.PD.01.05	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme gelir/gider bütçesi yapılmalıdır.	
YO.PD.01.06	ADSM, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını düzenli aralıklarla 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	ADSM’de dokümanların yönetim sistemi sağlanmalıdır.	Evet
YO.DY.01.01	ADSM’ deki 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	ADSM’nin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.	Evet
YO.OB.01.01	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır.	Evet
YO.OB.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	ADSM'de gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır	
YO.RY.01.02	ADSM ve sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır.	
YO.RY.01.03	Risk yönetimi planı; hasta, hasta yakını, ziyaretçi, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile tıbbi, teknik, idari, ve finansal finansal ve paydaşlarla iletişim süreçlerini kapsamalıdır.	
YO.RY.01.04	Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.	
YO.RY.01.05	Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
YO.RY.01.06	Belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.	
YO.RY.01.07	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.	
YO.EY.01.04	Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

Boyut	Yönetim ve Organizasyon	
	Standart/Değerlendirme Ölçütü	Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
YO.SS.01.01	ADSM, 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; ADSM yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	Evet
YO.Kİ.01.02	Hedef kitle ADSM 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.Gİ.01.01	İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.	
PÖ.Gİ.01.02	Göstergelere ilişkin toplanacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.	
PÖ.Gİ.01.03	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.	
PÖ.Gİ.01.04	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
PÖ.Gİ.01.05	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	ADSM'nin 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 ADSM'ye 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	ADSM 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	ADSM 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	Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın seçimleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmalıdır	Evet
HD.HH.01.05	Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.	
HD.HH.01.06	Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve 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.	
HD.HH.01.10	Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin şikâyetlerinin alınması, incelenmesi ve çözülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

Boyut	Hasta Deneyimi	
	Standart/Değerlendirme Ölçütü	Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
HD.HH.01.11	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.	
HD.HH.01.12	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 ADSM'ye 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	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşımında ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.	
HD.HE.01.04	Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
HD.HE.01.05	ADSM'lerde mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	

Boyut	Sağlık Hizmetleri	
	Standart/Değerlendirme Ölçütü	Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.EÖ.01.01	Enfeksiyon önlenmesine yönelik komite oluşturulmalı ve sorumlulukları ve görev alanları belirlenmelidir.	Evet
SH.EÖ.01.02	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program oluşturulmalıdır.	Evet
SH.EÖ.01.03	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.	Evet

Boyut	Sağlık Hizmetleri	
	Standart/Değerlendirme Ölçütü	Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	Evet
SH.SY.01.01	Sterilizasyon ünitesinde işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve 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 oluşturulmalıdır.	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 kullanarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.	Evet
SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.	
SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre 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	Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözülmelidir	

Boyut	Sağlık Hizmetleri	
	Standart/Değerlendirme Ölçütü	Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.HB .01.08	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.	
SH.HB.02.00	Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.	Evet
SH.HB.02.01	Kimlik doğrulama yöntemleri ve araçları tanımlanmalıdır	
SH.HB.02.02	Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	
SH.HB .02.03	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	
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	Hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.	
SH.HB.03.03	Düşmelerin önlenmesine 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	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
SH.HB.04.03	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
SH.HB.04.04	Bölümler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.	
SH.HB.04.05	ADSM içi ve ADSM 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.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.PL.01.01	Protez Laboratuvarında hastaya ait protetik materyalin kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem görmesi ve işlem sonrası teslimi için belirlenen alanlar, protezin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	

Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.PL.01.02	Protez laboratuvarında bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.	
SH.PL.02.01	Ölçü alımından protetik materyalin protez laboratuvarına transferi, kabulü ve işlem öncesi hazırlanması süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.	Evet
SH.PL.02.02	Gerektiğinde ölçünün yenilenmesine dair kurallar belirlenmeli ve ilgili dış hekimlerine bilgi verilmesi sağlanmalıdır.	
SH.PL.02.03	İlgili sağlık çalışanlarına; protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim verilmelidir.	
SH.PL.03.01	Protez laboratuvarında protez yapım aşamalarına ilişkin süreçlere yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır	Evet
SH.PL.03.02	Protez laboratuvarında bulunan protetik materyal ile malzeme ve cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir	Evet
SH.PL.03.03	Protezin uygunluğuna yönelik kalite kontrol işlemleri tanımlanarak uygulanmalıdır	
SH.PL.04.01	Tamamlanmış protez, Protez Teslim Raporu ile teslim edilmelidir	Evet
SH.PL.04.02	Protezin belirlenen teslim süresinde hastaya takılması sağlanmalıdır.	Evet

Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
SH.PL.04.03	Hasta, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendirilmelidir.	
SH.PL.05.01	Ölçü ve protezin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.	
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.	

Boyut	Destek Hizmetleri	
Standart/Değerlendirme Ölçütü	Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?	
DH.OH.01.01	Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından ADSM'nin tüm alanlarında risk düzeyleri belirlenmelidir.	
DH.OH.01.02	Risk düzeylerine yönelik temizlik kuralları tanımlanmalı ve ADSM 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	ADSM’de hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
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	ADSM’de 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 periyodlarda gözden geçirilmelidir.	
DH.TY.01.05	ADSM 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	ADSM’de 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	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	
DH.MC.01.07	İhtiyaç duyulan cihazların bakım, kalibrasyon, ayar ve testleri yaptırılmalıdır.	
DH.MC.01.08	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 ADSM' nin 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 kaynak kullanım yolu ile 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	

Boyut	Acil Durum Yönetimi	
Standart/Değerlendirme Ölçütü		Zorunlu yazılı doküman istiyor mu?
AD.AD.03.01	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.03.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
AD.AD.03.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	
AD.AD.03.04	Beyaz kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır	
AD.AD.04.01	Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.	
AD.AD.04.02	Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	
AD.AD.04.03	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	
AD.AD.04.04	Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.	Evet
AD.AD.04.05	Kırmızı kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.	

EK 2. Standartlara Yönelik ADHS Sunan Poliklinik ve Muayenehanelere Yönelik İstisnai Durumlar

SAS ADSH Seti (v2.2/2020)						ADSH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE			
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.OY	Organizasyon Yapısı	YO.OY.01.00	ADSM faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	YO.OY.01.01	Organizasyon yapısı, kurumsal yönetim, mali yönetim ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde tanımlanmalıdır.	PM	
						YO.OY.01.02	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.	PM	
						YO.OY.01.03	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	PM	
						YO.OY.01.04	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.	PM	
						YO.OY.01.05	Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.	PM	
						YO.OY.01.06	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde ADSM politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.	PM	
		YO.OY.02.00	ADSM, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	YO.OY.02.01	ADSM, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	PM			
				YO.OY.02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı en az yılda bir kez gözden geçirilmelidir.	PM			

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)						ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE					
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır		
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.PD	Temel Politika ve Değerler	YO.PD.01.00	ADŞM'nin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.						
								YO.PD.01.01	ADŞM nin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	PM	
								YO.PD.01.02	ADŞM, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.	PM	
								YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve etik değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler ADŞM temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.	PM	
								YO.PD.01.04	ADŞM'de kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.	PM	
								YO.PD.01.05	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.	PM	
						YO.PD.01.06	ADŞM, ortaya koyduğu plan ve bu planın gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını düzenli aralıklarla gözden geçirmeli ve değerlendirilmelidir.	PM			

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)							ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE		
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY.01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	YO.KY.01.01	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.	PM	
						YO.KY.01.02	Yönetsel yapı içinde yer alan personelin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	PM	
						YO.KY.01.03	Yönetsel yapı tarafından, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	PM	
						YO.KY.01.034	Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır: • Çalışan güvenliği • Hasta güvenliği • Eğitim • Tesis yönetimi • Enfeksiyon önlenmesi • Radyasyon güvenliği	P	M

SAS ADOSH Seti (v2.2/2020)								ADSH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ökütü	Evet	Hayır
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.DY	Doküman Yönetimi	YO.DY.01.00	ADSM'de dokümanların yönetimi sağlanmalıdır.	YO.DY.01.01	SAS ADOSH seti kapsamında yer alan tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümanite edilmelidir.	PM	
						YO.DY.01.02	Dokümanların formatı belirlenmelidir.	PM	
						YO.DY.01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhafazası sağlanmalıdır.	PM	
						YO.DY.01.04	Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.	PM	
						YO.DY.01.05	ADSM'nin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.	PM	
		YO.OB	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	YO.OB.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kala) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanması ve gerekli önlemler alınmalıdır.	YO.OB.01.01	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır.	PM	
						YO.OB.01.02	Olay bazında analiz yapılarak gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	PM	
						YO.OB.01.03	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)								ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Öçütü	Evet	Hayır
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.RY	Risk Yönetimi	YO.RY.01.00	ADŞM ve sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	YO.RY.01.01	ADŞM'de gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	PM	
						YO.RY.01.02	ADŞM ve sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır.	PM	
						YO.RY.01.03	Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir; • Tıbbi süreçler • İdari süreçler • Teknik süreçler • Hasta • Hasta yakını • Ziyaretçi • Çalışan • Tesis güvenliği • Çevre güvenliği • Finansal süreçler • Stratejik riskler • Paydaşlarla iletişim süreçleri	PM	
							Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.	PM	
							Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmalarını yapılmalıdır	PM	
						YO.RY.01.06	Belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.	PM	
						YO.RY.01.07	Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)								ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Öçütü	Evet	Hayır
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.EY	Eğitim Yönetimi	YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	YO.EY.01.01	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.	P	M
						YO.EY.01.02	Eğitim ihtiyaçları; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmelidir.	PM	
						YO.EY.01.03	Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.	PM	
						YO.EY.01.04	Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	PM	
		YO.SS	Sosyal Sorumluluklar	YO.SS.01.00	ADSM, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşvik ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlenmelidir.	YO.SS.01.01	ADSM, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısına uygun, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlenmelidir.	P	M
		YO.Kİ	Kurumsal İletişim	YO.Kİ.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	YO.Kİ.01.01	Kurumsal iletişim kapsamında; ADSM yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	PM	
						YO.Kİ.01.02	Hedef kitle ADSM faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.	PM	
						YO.Kİ.01.03	Hedef kitede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)							ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE		
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
PÖ	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	PÖ.Gİ	Göstergelerin izlenmesi	PÖ.Gİ.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	PÖ.Gİ.01.01	İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.	PM	
						PÖ.Gİ.01.02	Göstergelere ilişkin kullanılacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.	PM	
						PÖ.Gİ.01.03	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanması bilgi yönetim sistemleri aracılığıyla gerçekleştirilmelidir.	PM	
						PÖ.Gİ.01.04	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	PM	
						PÖ.Gİ.01.05	SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar, SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)							ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE		
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	SÇ.İK.01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.	P	M
						SÇ.İK.01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.	P	M
						SÇ.İK.01.03	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.	PM	
						SÇ.İK.01.04	Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.	PM	
				SÇ.İK.02.01	ADŞM'nin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.	PM			
				SÇ.İK.02.02	Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır	PM			
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.İK.02.00	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	SÇ.İK.02.03	İşe alınan personelin ADŞM'ye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.	PM	
						SÇ.İK.02.04	Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.	PM	
						SÇ.İK.02.05	Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performans artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.	PM	
						SÇ.İK.02.06	ADŞM 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.	PM	

SAS ADOSH Seti (v2.2/2020)								ADSH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ-ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SÇ-ÇG.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.	SÇ-ÇG.01.01	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.	P	M
						SÇ-ÇG.01.02	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliğini tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır	PM	
						SÇ-ÇG.01.03	Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanın çalışanlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır.	PM	
						SÇ-ÇG.01.04	Çalışanların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	PM	
						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.	PM	

SAS ADSH Seti (v2.2/2020)						ADSH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE			
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
HD	Hasta Deneyimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	ADSM'de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HH.01.01	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.	PM	
						HD.HH.01.02	ADSM sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.	PM	
						HD.HH.01.03	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.	PM	
						HD.HH.01.04	Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın seçimleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmalıdır.	PM	
						HD.HH.01.05	Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.	PM	
						HD.HH.01.06	Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta bilgilendirilmeli ve rızası alınarak dokümanite edilmelidir.	PM	
						HD.HH.01.07	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, talep etmesi halinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.	PM	
						HD.HH.01.08	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	PM	
						HD.HH.01.09	Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.	PM	
						HD.HH.01.10	Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve çözümüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	PM	
						HD.HH.01.11	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımını durumunda hasta rızası alınmalıdır.	PM	
						HD.HH.01.12	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)								ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölcütü	Evet	Hayır
HD	Hasta Deneyimi	HD.HG	Hasta Güvenliği	HD.HG.01.00	ADŞM'de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmiştir.	HD.HG.01.01	Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.	P	M
						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.	PM	
						HD.HG.01.03	Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	PM	
		HD.GB	Hasta Geri Bildirimleri	HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüş, öneri ve şikayetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	HD.GB.01.01	Sistemde, şikayetler ve tüm geribildirimlerin kabul edilmesi ve çözülmesini içerecek şekilde kapsam, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.	PM	
						HD.GB.01.02	Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geri bildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.	PM	
						HD.GB.01.03	Geribildirimler değerlendirilmelidir.	PM	
						HD.GB.01.04	Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)								ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
HD	Hasta Deneyimi	HD.HE	Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	HD.HE.01.01	Hastanın ADŞM'ye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırmaya yönelik karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.	PM	
						HD.HE.01.02	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta tahmini olarak ne kadar süre bekleyeceği, ne zaman muayene olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.	PM	
						HD.HE.01.03	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşmada ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.	PM	
						HD.HE.01.04	Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	PM	
						HD.HE.01.05	ADŞM'lerde mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)							ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE		
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.EÖ	Enfeksiyonların Önlenmesi	SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH..EÖ.01.01	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik komite oluşturulmalı, sorumlulukları ve görev alanları belirlenmelidir.	P	M
						SH..EÖ.01.02	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program oluşturulmalıdır.	PM	
						SH..EÖ.01.03	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.	PM	
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	SH.SY.01.01	Sterilizasyon ünitesinde, işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.	PM	
						SH.SY.01.02	Malzemelerin steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.	PM	
						SH.SY.01.03	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.	PM	
		SH.IY	İlaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.IY.01.01	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesini ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	PM	
						SH.IY.01.02	İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmesi ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.	PM	
						SH.IY.01.03	Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmesi ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.	PM	
						SH.IY.01.04	İlaçların uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.	PM	
						SH.IY.01.05	İlaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	PM	
						SH.IY.01.06	Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	PM	

SAS ADSH Seti (v2.2/2020)						ADSH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE			
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.HB	Hasta Bakımı	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.	PM	
						SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilebilir.	PM	
						SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.	PM	
						SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek gerektiğinde güncellenmelidir.	PM	
						SH.HB.01.05	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	PM	
						SH.HB.01.06	Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözümlenmelidir.	PM	
		SH.HB.01.07	Hastanın sevgi veya tedavinin tamamlanmasına yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.	PM					
		SH.HB.01.08	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.	PM					
		SH.HB.02.01	Kimlik doğrulama yöntemleri ve araçları tanımlanmalıdır.	PM					
		SH.HB.02.02	Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	PM					
		SH.HB.02.03	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	PM					
		SH.HB.03.01	Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.	PM					
		SH.HB.03.02	Hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.	PM					
		SH.HB.03.03	Düşmelerin önlenmesine yönelik önlemler alınmalıdır.	PM					
		SH.HB.03.04	Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.	PM					

SAS ADSH Seti (v2.2/2020)								ADSH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.HB	Hasta Bakımı	SH.HB.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	SH.HB.04.01	Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.	P	M
						SH.HB.04.02	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	PM	
						SH.HB.04.03	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, singeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	PM	
						SH.HB.04.04	Bölmüler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.	P	M
				SH.HB.05.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	SH.HB.04.05	ADSM içi ve ADSM dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.	PM	
						SH.HB.05.01	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.	PM	
				SH.HB.06.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	SH.HB.05.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.	PM	
						SH.HB.06.01	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	PM	
						SH.HB.06.02	Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)							ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE		
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.RG	Radyasyon Güvenliği	SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	SH.RG.01.01	Radyasyon Güvenliğine yönelik komite oluşturulmalıdır.	P	M
						SH.RG.01.02	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.	PM	
						SH.RG.01.03	Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.	PM	
						SH.PL.01.01	Protez Laboratuvarında hastaya ait protetik materyalin kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem görmesi ve işlem sonrası teslimi için belirlenen alanlar protezin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	PM	
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.PL	Protez Laboratuvarı Hizmetleri	SH.PL.01.00	Protez Laboratuvarının fizikli ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	SH.PL.01.02	Protez laboratuvarında bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.	PM	
						SH.PL.02.01	Ölçü alımından protetik materyalin protez laboratuvarına transferi, kabulü ve işlem öncesi hazırlanması süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.	PM	
						SH.PL.02.02	Gerektiğinde ölçünün yenilenmesine dair kurallar belirlenmeli ve ilgili dış hekimlerine bilgi verilmesi sağlanmalıdır.	PM	
						SH.PL.02.03	İlgili sağlık çalışanlarına;protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim verilmelidir.	PM	

SAS ADSH Seti (v2.2/2020)							ADSH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE		
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.PL	Protez Laboratuvarı Hizmetleri	SH.PL.03.00	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.PL.03.01	Protez laboratuvarında protez yapım aşamalarına ilişkin süreçlere yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.	PM	
						SH.PL.03.02	Protez laboratuvarında bulunan protetik materyal ile malzeme ve cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	PM	
						SH.PL.03.03	Protezin uygunluğuna yönelik kalite kontrol işlemleri tanımlanarak uygulanmalıdır.	PM	
						SH.PL.04.01	Tamamlanmış protez, Protez Teslim Raporu ile teslim edilmelidir.	PM	
				SH.PL.04.00	Protez yapımı sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.PL.04.02	Protezin belirlenen teslim süresinde hastaya takılması sağlanmalıdır.	PM	
						SH.PL.04.03	Hasta, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendirilmelidir.	PM	
						SH.PL.05.01	Ölçü ve protezin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.	PM	
						SH.GC.01.01	Cerrahi uygulama öncesinde, esnasında ve sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	PM	
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.GC	Güvenli Cerrahi	SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	SH.GC.02.01	Ameliyathane alanlarına yönelik kurallar belirlenmelidir.		PM
						SH.GC.02.02	Ameliyat odaları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.		PM
						SH.GC.02.03	İlaç, malzeme ve cihazların yönetimi sağlanmalıdır.		PM
						SH.GC.02.04	Kesintisiz enerjinin sağlanmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.		PM

SAS ADSH Seti (v2.2/2020)							ADSH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE		
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
DH	Destek Hizmetleri	DH.OH	Otelcilik Hizmetleri	DH.OH.01.00	Hasta, hasta yakını ve çalışanların güvenliği ve memnuniyeti için ADSM'nin tüm alanlarının temiz olması sağlanmalıdır.	DH.OH.01.01	Temizlik ve enfeksiyonların kontrolü açısından ADSM'nin tüm alanlarında risk düzeyleri belirlenmelidir.	PM	
						DH.OH.01.02	Risk düzeylerine yönelik temizlik kuralları tanımlanmalı ve ADSM temizlik planı oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.	PM	
						DH.OH.02.01	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	P	M
				DH.OH.02.00	Yatan Hasta/hasta refakatçisi ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.02.02	Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.		PM
						DH.OH.02.03	Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmaktadır.	P	M
						DH.OH.02.04	Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık tarahatları yapılmalıdır.	P	M
				DH.OH.03.00	ADSM'de çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	DH.OH.03.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.		PM
						DH.OH.03.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.		PM
						DH.OH.03.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.		PM
		DH.OH.04.00			Hasta/muayene odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanların güvenli ve ergonomik olması sağlanmalıdır.	DH.OH.04.01	ADSM'de hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir	PM	
						DH.OH.04.02	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.	PM	
						DH.OH.05.01	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	PM	
		DH.OH.05.00			ADSM'de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.	DH.OH.05.02	ADSM'de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)							ADŞH sunan poliklinik ve muayenehaneler de değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE		
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
DH	Destek Hizmetleri	DH.TY	Tesis Yönetimi	DH.TY.01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	DH.TY.01.01	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.	P	M
						DH.TY.01.02	Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.	PM	
						DH.TY.01.03	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.	PM	
						DH.TY.01.04	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.	PM	
						DH.TY.01.05	ADSM içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.	PM	
		DH.TY.01.06	Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastaların hizmet erişimini kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.	PM					
		DH.TY.01.07	Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.	PM					
		DH.AY.01.01	Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.	PM					
		DH.AY.01.02	Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.	PM					
		DH.AY.01.03	Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolanması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.	PM					
		DH.AY.01.04	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	PM					

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)								ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
DH	Destek Hizmetleri	DH.BY	Bilgi Yönetimi	DH.BY.01.00	ADŞM'de etkin ve gü- venli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	DH.BY.01.01	Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.	PM	
						DH.BY.01.02	Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.	PM	
						DH.BY.01.03	Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.	PM	
						DH.BY.01.04	Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	PM	
						DH.BY.01.05	Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.	PM	
						DH.BY.01.06	Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim veril- melidir.	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)								ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
DH	Destek Hizmetleri	DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	DH.MC.01.01	Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.	PM	
						DH.MC.01.02	Malzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir.	PM	
						DH.MC.01.03	Malzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır.	PM	
						DH.MC.01.04	Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar karşılanmalıdır.	PM	
						DH.MC.01.05	Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir.	PM	
						DH.MC.01.06	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	PM	
						DH.MC.01.07	İhtiyaç duyulan cihazların gerekli bakım, kalibrasyon, ayar ve testleri yapılmalıdır.	PM	
						DH.MC.01.08	Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaştırılabilir olmalıdır.	PM	

SAS ADŞH Seti (v2.2/2020)							ADŞH sunan poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, ME: MUAYENEHANE		
Boyut Kodu	Boyut Adı	Bölüm Kodu	Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme Ölçütü	Evet	Hayır
DH	Destek Hizmetleri	DH.DK	Dış Kaynak Kullanımı	DH.DK.01.00	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin ADŞM'nin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygulanıuğu sağlanmalıdır.	DH.DK.01.01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler ADŞM'nin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmelidir.	PM	
						DH.DK.01.02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	PM	
						DH.DK.01.03	Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.	PM	
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	AD.AD.01.01	Olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.	PM	
						AD.AD.01.02	Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.	PM	
						AD.AD.01.03	Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.	PM	
				AD.AD.02.00	Solumun arresti veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.	AD.AD.02.01	Solumun arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik mavi kod ile tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır	PM	
						AD.AD.02.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.	PM	
						AD.AD.02.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.	PM	
						AD.AD.02.04	Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.	PM	
						AD.AD.02.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.	PM	
						AD.AD.02.06	Mavi kod ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.	PM	

EK 2. Standartlara Yönelik ADOSH Sunan Poliklinik ve Muayenehanelere Yönelik İstisnai Durumlar

SAS ADOSH (v2.2/2020) Gösterge Listesi					Poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut	Bölüm	Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel	Evet	Hayır
Yönetim ve Organizasyon		Y.1.Z	Hedeflere Ulaşma Oranı	Z	PM	
		Y.2.Z	Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	Z	PM	
		Y.3.Z	Doküman Revizyon Sayısı	Z		PM
		Y.4.Z	Hatalı İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kullanımı	Z	PM	
		Y.5.Z	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oramının İzlenmesi (Dönemler arasında karşılaştırma)	Z	PM	
		Y.6.Z	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Z	P	M
		Y.7.Z	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Z	P	M
		Y.8.O	Emir Komuta Hattı Uzunluğu (En alt birim çalışanın en üst yönetici dâhil sorumlu olduğu sıralı hiyerarşik yönetici sayısı)	O		PM
		Y.9.O	Kontrol Alanı (Bir yöneticiye doğrudan bağlı çalışan sayısı)	O		PM

SAS ADŞH (v2.2/2020) Gösterge Listesi					Poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut	Bölüm	Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel	Evet	Hayır
Sağlıklı Çalışma Yaşamı		Ç.1.Z	Çalışan Memnuniyet Oranı	Z	P	M
		Ç.2.Z	Personelin Devir Hızı	Z	P	M
		Ç.3.Z	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	Z	P	M
		Ç.4.Z	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Z	PM	
		Ç.5.Z	Kan ve Vücut Sıvılarına Mazur Oranı	Z	PM	
		Ç.6.Z	Çalışanlara yönelik Şiddet Olay Sayısı	Z	PM	
		Ç.7.Z	Çalışanlara yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanması	Z	PM	
Hasta Deneyimi		H.1.Z	Hasta Memnuniyet Oranı	Z	PM	
Sağlık Hizmetleri	Hasta Bakımı	S.1.Z	Düşen Hasta Oranı	Z	PM	
		S.2.O	Taburculuk Özetlerinin Zamanında Aktarımı	O		PM
		S.3.Z	Hasta Bakım Planı Hazırlama Oranı	Z		PM
		S.4.Z	Sözel İstemin ilk 24 Saat İçerisinde Kaydedilmeme Oranı	Z		PM
		S.5.Z	Hekimlerde ilk Değerlendirmenin Hasta Değerlendirme Prosedüründe Belirtilen Tüm Bileşenlerine Göre Yapılma Oranı (Hekimler için öykü, fizik inceleme, özgeçmiş, soygeçmiş, ön tanı ve tedavi planı izlenir)	Z	PM	
		S.6.Z	Fissür Sealant uygulama oranı	Z	PM	
		S.7.Z	Aynı Nedenle Yeniden Başvuru Oranı • Protez Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı • Doğru Kaynaklı Yeniden Başvuru oranı • Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı • Antibiyotik tedavisinde başarısızlık nedeniyle yeniden başvuru	Z	PM	
		S.8.Z	Hatalı Ölçü Alım Oranı	Z	PM	
		S.9.Z	Tekrar Alınan Ölçü Oranı	Z	PM	

SAS ADŞH (v2.2/2020) Gösterge Listesi					Poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE	
Boyut	Bölüm	Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel	Evet	Hayır
Sağlık Hizmetleri	Enfeksiyonların Önlenmesi	S.10.Z	Cerrahi Profilakside Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	Z	PM	
		S.11.Z	El Hijyeni Uyumu	Z	PM	
		S.12.Z	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	Z	PM	
Sağlık Hizmetleri	İlaç Yönetimi	S.13.Z	Advers Etki Görülme Oran	Z	PM	
		S.14.O	İlaç Etkileşimi Görülme Oranı	O	PM	
		S.15.O	İnha Edilen İlaç Miktarı	O	PM	
		S.16.Z	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı	Z	PM	
		S.17.Z	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreler	Z		M
Sağlık Hizmetleri	Radyasyon Güvenliği	S.18.Z	Gebe ve Gebelik Şüphesi Olanlara Yapılan Çekim Sayısı	Z	PM	
		S.19.Z	Reddedilen Ölçü Oranı		PM	
		S.20.Z	Hatalı Model Oran	Z	PM	
Sağlık Hizmetleri	Protez Laboratuvarları	S.21.Z	Hatalı Kimiklendirilmiş Ölçü Oranı • Çalışmadan Önce Farkedilen Hatalı Kimiklendirilmiş Ölçü Oranı • Çalışıldıktan Sonra Farkedilen Hatalı Kimiklendirilmiş Ölçü Oranı	Z	PM	
		S.22.Z	Kaybolan Ölçü/Protez Oranı	Z	PM	
			Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı • Toplam Protez Süresi (Protez Bazında Ortalama Süre Alınır) Ölçü alınmadan Proteze Kadar Geçen Ortalama Süre • Ölçünün Alınmasından Modele Dönüşüme Kadar Geçen Ortalama Süre • Laboratuvara Kabulden Teslime Kadar Geçen Ortalama Süre			
		S.23.Z		Z	PM	

SAS ADŞH (v2.2/2020) Gösterge Listesi						Poliklinik ve muayenehanelerde değerlendirilebilir mi? P: POLİKLİNİK, M: MUAYENEHANE
Boyut	Bölüm	Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel	Evet	Hayır
Sağlık Hizmetleri	Cerrahi Operasyon	S.24.Z	ADSM Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Z	P	M
		S.25.Z	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı	Z		PM
		S.26.Z	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Z		PM
		S.27.O	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	O		PM
		D.1.Z	Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı	Z	PM	
Destek Hizmetleri	Destek Hizmetleri	D.2.Z	Tesis Kaynaklı Sorunlara Müdahale Süresi	Z	PM	
		D.3.Z	Atık Devir Hızı (Atıkların geçici depolama alanlarından hangi sıklıkta ilgili/yetkili kurum tarafından alındığının belirlenmesi)	Z	PM	
		D.4.Z	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı	Z	PM	
		D.5.Z	Teknik Birimin ADSM Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Z	PM	
		D.6.Z	BYS'in Devre Dışı Kaldığı Süresi	Z	PM	
		D.7.Z	Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi	Z	PM	
		D.8.Z	Cihaz Arızalanma Sıklığı	Z	PM	
		D.9.Z	Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı	Z	PM	
		D.10.Z	BYS Revizyon Talepleri • Karşılama Oranı • Karşılama Süresi	Z	PM	
		A.1.Z	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	Z		PM
Acil Durum Yönetimi	Acil Durum Yönetimi	A.2.Z	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	Z		PM
		A.3.Z	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	Z		PM