



112

Hizmet Kalite Standartları

ISBN: 978-975-590-378-1

© Yazarlar - Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü Performans Yönetimi
ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı, Ankara 2011

Bu kitabın her türlü yayın hakkı Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı'na aittir. Başkanlığın 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. Yazarların, bu kitap içinde yer alan bilgileri başka kitap ve/veya dergilerde münferiden yayınlama hakları saklıdır.

1.000 adet basılmıştır.

Baskı:
Pozitif Matbaa Ltd. Şti.
Çamlıca Mah. 145. Sk. No: 10/16
Yenimahalle / Ankara
Tel: 312 397 00 31
pozitif@pozitifmatbaa.com

İÇİNDEKİLER

HKS Metodolojisi

Giriş	3
Kodlama Sistemi.....	11
Puanlama Sistemi	13
Tanımlar	15
HKS Standart Sayıları Dağılım Tablosu.....	16
HKS Puansal Dağılım Tablosu	16

Yönetim Hizmetleri

Yönetim Hizmetleri	19
--------------------------	----

İstasyon Hizmetleri

İstasyon Hizmetleri	43
---------------------------	----

Kalite İndikatörleri

Kalite İndikatörleri.....	53
---------------------------	----



ÖNSÖZ

Ülkemizde sunulan sağlık hizmetleri, her geçen gün son teknoloji kullanımı, alt yapı gelişimi, insan gücü kapasitesi ve niteliği anlamında gelişmiş batı ülkelerini aratmayacak şekilde hatta birçok alanda da örnek olacak şekilde gelişmektedir.

Her zaman daha iyisini gerçekleştirme adına, Bakanlık çalışmaları sürekli değişim ve yenilenme sürecinden geçmektedir. Bu çalışmalardan biri de sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin değerlendirilmesine ve iyileştirilmesine yönelik hazırlanan Hizmet Kalite Standartları'dır. Bu standartlar kapsamında yaptığımız çalışmalar bize **"Kalite geliştirme asla sona ermeyecek bir seyahattir"** sözünü hatırlatmaktadır.

Bakanlığımızca 2005 yılında başlatılan sağlık kurumlarında kalite çalışmaları bugün geldiği nokta itibarıyla ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kurumları kapsadığı gibi, bu alanda her türlü rehberliği de içinde barındırmaktadır. Ayrıca uluslar arası arenada da hem kabul görme hem de etkinlik anlamında önemli mesafe kaydedilmiştir.

"Hizmet Kalite Standartları" hazırlanırken son 5-6 yılda elde edilen tecrübeler, uluslar arası uygulamalar, uzmanlık görüşleri, Bakanlık stratejisi ve hedefleri dikkate alınmıştır. Bu standartlar son iki yıl içinde yoğun tartışmalar ve araştırmalar sonucunda büyük bir emek harcanarak hazırlanmıştır. Saatlerce hatta günlerce üzerinde tartışılan en önemli ve kritik konulardan birisi, standartların kendisinden ziyade bu standartların etkinliğini artıracak, değerlendirmesini kolaylaştıracak ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde ana bir iskelet üzerine oturtulması ve boyutlandırılmasıydı. Bu nedenledir ki bu yoğun çalışmalar, tartışmalar ve araştırmalar sonucu ortaya çıkan **"HKS boyutlandırma sistematiği"** bir ilktir. Artık daha sağlam bir temele oturmuş bir standart setimiz bulunmaktadır. Bu standartların hazırlanma serüveni **"HKS Metodolojisi"** başlığı altında daha detaylı olarak yer almaktadır.

Kamu, özel ve üniversite hastanesi olmak üzere tüm hastanelerimizi kapsayan bu standart seti, sağlık çalışanlarının uygulamalarında onlara doğru işi doğru zamanda ve doğru bir şekilde yapmalarını sağlayacak bir içeriğe sahiptir. Ayrıca her yönetici daha başarılı olmak adına bu standartları uygulama noktasında öncülük etmeli ve birçok konuda rol model olmalıdır.

Hasta ve çalışan güvenliğini merkezine alan bu çalışmalar ve ortaya konan bu standartlar, birçok ülkenin ulusal anlamda hayata geçirdiği ulusal kalite sistemlerinde olduğu gibi, ülkemizde de kurulacak olan ulusal kalite sisteminin temeli olan önemli bir çalışmadır. Ayrıca bu standartlardan hareketle hazırlanan uygulamaya yönelik rehberler hem ulusal kalite sisteminin gelişimine hem de kurumlarımıza çalışmalarında önemli katkılar sağlayacaktır.

Son söz olarak sağlık hizmetlerinin sunumunda artık bir marka olan **"HKS"** hem sağlık çalışanlarının hem de hastaların güvenliği ve memnuniyeti açısından büyük öneme sahiptir. Daha güvenli ortamlarda hizmet etmek ve daha güvenli uygulamalarla karşılaşmak adına bu standartların hazırlanmasında emeği geçen başta Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı çalışanları olmak üzere katkı veren tüm taraflara teşekkür eder, daha başarılı çalışmalara hep birlikte imza atmaya dilerim.

Prof. Dr. Adnan ÇİNAL

Editörler

Prof. Dr. Adnan Çinal
Prof. Dr. İrfan Şencan
Dr. Mehmet Demir

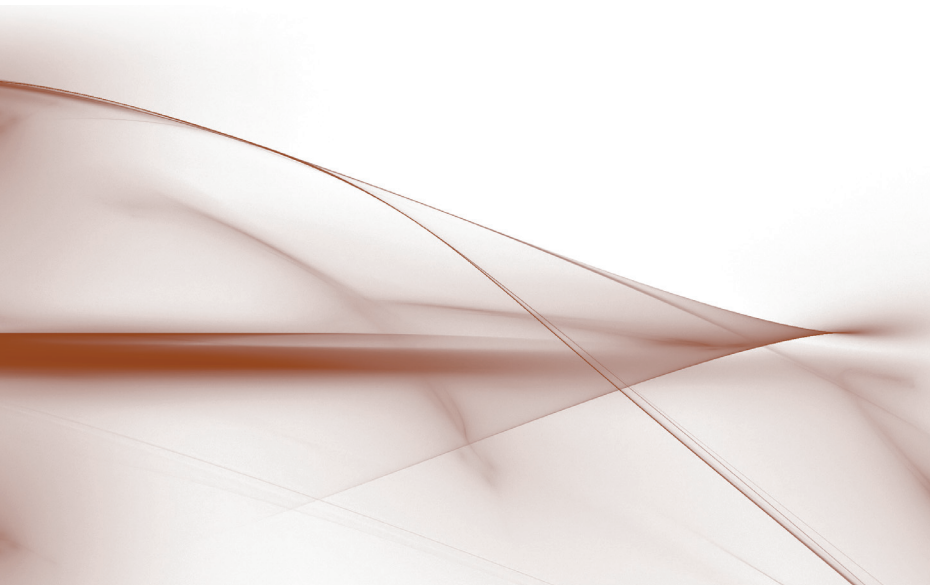
Hazırlayanlar

Dr. Hasan Güler
Dr. Abdullah Öztürk
Süleyman Hafız Kapan
Uzm. Dr. Dilek Tarhan
Mik. Uzm. Serap Süzük
Dr. Kemal Tekin
Dr. Günnur Ertong
Uzm. Demet Gökmen Kavak
Uzm. Sabahattin Tekingündüz
Uzm. Banu Turasan
Uzm. Dr. Ferzane Mercan
Uzm. Mehmet Saluvan
Elif Kesen
Dt. İsmail Serdaroğlu
Uz. Dr. Merve Akın

TEŞEKKÜR

Sağlık Bakanlığı
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire
Başkanlığı çalışanlarına,
pilot çalışma yapılan kamu, özel ve üniversite
hastanelerine,
değerlendiricilere, eğitimcilere,
tüm sağlık çalışanlarına,
teşekkür ederiz.

HKS Metodolojisi



Giriş

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biride sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. 2003 yılında ülkemize özgü bir uygulama olarak performansa dayalı ek ödeme sistemi geliştirilmiş, ikinci bir aşama olarak da bu sisteme 2005 yılında sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile kalite boyutu eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir.

2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır.



Hizmet Kalite Standartları pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, problemler alanlar, ülke koşulları dikkatle alınarak hazırlanmıştır. Değerlendiricilerin, hastane kalite temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri değerlendirilmekte ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile hastanelerimiz için tüm süreçlere ışık tutan bir değerlendirme aracına ulaşılmaktadır.

Hizmet Kalite Standartları ve birlikte yayımlanan rehberler, sağlık hizmeti sunanlara uygulamalarında yol göstermek misyonuna sahip olduğu gibi bu uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir. Bakanlığa biçilen bu rol ve görevler ışığında geliştirilen bu standart ve rehberlerle birlikte hem uygulayıcıların hem de uygulamaları değerlendirecek olan Bakanlık ekiplerinin eğitilmesi sistemin bütüncül anlamda olumlu ve etkin bir yapıya bürünmesini sağlamaktadır.



Ayrıca dünyada çeşitli ülke örnekleri incelendiğinde, sağlık hizmetlerinin kalitesinin artırılmasına yönelik yapılan çalışmaların artık daha çok ulusal kalite ve akreditasyon sistemleri üzerinden yürütülmekte olduğunu görmekteyiz. Çünkü ülkelerin sağlık sistemlerinin ihtiyaçları, öncelikleri, farklı beklentileri ve uluslar arası akreditasyon sistemlerinin getirdiği mali yük gibi sebepler dünyada pek çok ülkenin sağlıkta ulusal bir kalite sistemi kurmasına sebep olmuştur. Bu bağlamda Sağlıkta Ulusal Kalite Sistemine sahip ülkeler arasında İngiltere, Kanada, Fransa, Danimarka gibi gelişmiş ülkeler bulunduğu gibi, Tayland, Mısır, Hindistan, Kırgızistan ve Malezya gibi gelişmekte olan ülkeleri de görmek mümkün.

Ülkemizde de sağlıkta ulusal bir kalite sistemi oluşturulurken, kamu ve özel hastaneler iki farklı standart seti ile değerlendirilmekteydi. Ancak sağlık kurumlarını kamu, özel ve üniversite olarak ayırmadan hizmet standardizasyonunda yakınlık sağlamak, kurumlar arası deneyim paylaşımı için

zemin hazırlamak ve sağlıkta ulusal kalite sistemini kurmak amacıyla, kamu ve üniversite hastaneleri ile özel hastaneleri kapsayacak şekilde “Hastane Hizmet Kalite Standartları” setinin hazırlanması için yoğun bir çalışma başlatıldı.

Bu kapsamda aşağıda yer alan hususlar gözetilerek standartlar hazırlanmaya başlandı.

1. Standartların kurum içinde değerlendirilmesi, birbiri ile ilişkilendirilmesi ve kurumun tüm bölümlerini kapsamaları için boyutlandırma yapısının geliştirilmesi,
2. Standartların bu boyutlandırma yapısına göre hazırlanması ve dizayn edilmesi,
3. Belirlenen standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışmasının yapılması,
4. Standartların izlenebilirliği ve analizi için özgün bir kodlama sisteminin geliştirilmesi,
5. Standartların puanlandırılmasının belli bir kural ve stratejiye göre yapılması,
6. Tanımlar dizininin oluşturulması,
7. Bilgilendirme tablolarının oluşturulması.

1. Boyutlandırma Yapısının Geliştirilmesi:

Boyutlandırma sisteminde, Standartlar dikey ve yatay olmak üzere 5 boyuttan oluşan bir model üzerine yerleştirildi ve kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde dizayn edildi. Dikey boyutlarda, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Sağlık Hizmeti Yönetimi, Destek Hizmeti Yönetimi, İndikatör Yönetimi yer alırken yatay boyutta ise Hasta ve Çalışan Güvenliği bulunmaktadır. Bu şekilde ülkemize özgü bir boyutlandırma yapısı geliştirildi.

2. Standartların Hazırlanması:

Standartlar hazırlanırken mevcut kamu ve özel hastaneler Hizmet Kalite Standartları başta olmak üzere, ulusal ve uluslararası kaynaklar incelenerek, ülke ihtiyaçları, ülke koşulları dikkatle alınarak ve Bakanlık stratejik hedefleri gözetilerek hazırlanmıştır. Bununla birlikte sahada çalışan değerlendiriciler, hastane kalite temsilcileri ve çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri alınmış ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübeye kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile pilot çalışmaya hazır hale getirilmiştir. Ayrıca niteliksel olarak standartların hasta ve çalışan güvenliği ekseninde olmakla birlikte israfı önleyen, maliyet-etkin, verimliliği ve memnuniyeti önceleyen bir kavramsal bakış açısıyla hazırlanması esas alınmıştır.

3. Standartların Geçerlilik ve Güvenilirlik Çalışması:

Geliştirilen standartların hastanelerde uygulanabilirliğini ve anlaşılabilirliğini değerlendirmek amacıyla farklı illerden,

farklı hastane türünden ve farklı sektörlerden 30 kurum ve kuruluşta pilot çalışmalar yapılarak standartların geçerlilik ve güvenilirlik çalışması yapılmıştır.

Pilot Çalışma Yapılan Kurum ve Kuruluşlar		
Sağlık Bakanlığı Hastaneleri		
Sıra No	İl Adı	Hastane Adı
1	Ankara	Dr. Abdurrahman Yurtaslan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
2	Ankara	Ankara Fizik Tedavi Rehabilitasyon Eğitim ve Araştırma Hastanesi
3	Ankara	Zekai Tahir Burak Kadın Doğum Eğitim ve Araştırma Hastanesi
4	Ankara	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
5	Ankara	Ulucanlar Göz Eğitim ve Araştırma Hastanesi
6	İzmir	Atatürk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
7	İzmir	Buca Seyfi Demirsoy Devlet Hastanesi
8	İzmir	Suat Seren Göğüs Hastalıkları Eğitim ve Araştırma Hastanesi
9	İzmir	Dr. Behçet Uz Çocuk Eğitim ve Araştırma Hastanesi
10	Antalya	Atatürk Devlet Hastanesi
11	Antalya	Kemer Devlet Hastanesi
12	Bolu	Bolu İzzet Baysal Ruh ve Sinir Hastalıkları Hastanesi
13	Eskişehir	Yunus Emre Devlet Hastanesi
14	Mardin	Mardin Devlet Hastanesi
Üniversite Hastaneleri		
15	Ankara	Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
16	Ankara	Ankara Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesi
Özel Hastaneler		
17	Ankara	Bayındır Hastanesi
18	Ankara	TOBB ETÜ Hastanesi
19	Ankara	Dünya Göz Hastanesi
20	Ankara	Akay Hastanesi
21	Ankara	İncek Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon Hastanesi
22	İzmir	Karşıyaka Göz Hastanesi
23	Adana	Can Doğum ve Cerrahi Hastanesi
24	Eskişehir	BSK Anadolu Hastanesi
Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri		
25	Ankara	Tepebaşı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
26	Ankara	Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
27	Ankara	Balgat Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
28	Ankara	75. Yıl Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
29	Ankara	Osmanlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
112 Ambulans Servisleri		
30	Ankara	112 İl Ambulans Servisi Başhekimliği

4. Kodlama Sisteminin Geliştirilmesi:

Standartların hastanelerde karşılanma derecesinin belirlenmesinde istatistikî bir kayıt oluşturmak ve standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla **kodlama sistemi** geliştirildi ve standartlar bu sisteme uygun olarak düzenlendi. Bu yolla standartlara verilen kodlar, verinin işlenmesine ve hastaneler arasında bir kıyaslanmanın yapılmasına da olanak sağlayacaktır. Kodlama ayrıca dikey ve yatay boyutlara sahip olan standartların ilgili boyutları hakkında da kullanıcılara pratik bir bilgi sağlayacaktır.

5. Puanlama Sisteminin Geliştirilmesi:

Hazırlanan standartların puanlanması için bir sistem geliştirilmiştir. Bu sistemde belli bir kural ve stratejiye göre puanlama yapılarak, standartlar arasında kıyaslama yapılabilmesi hedeflenmiştir. Ayrıca standartları belli bir kategorizasyona dahil ederek puanlamada bütüncül, dengeli ve ağırlıklı bir yapı ortaya konmuştur.

6. Tanımlar Dizininin Oluşturulması:

Hazırlanan standartların uygulama ve değerlendirme sürecinde uygulayıcılar ve değerlendiriciler arasında ortak bir dil oluşturulması amacıyla tanımlar dizini oluşturulmuştur.

7. Bilgilendirme Tablolarının Oluşturulması:

Standartların uygulaması aşamasında, kurumları hem bilgilendirmek hem de kurumun özelliğinden ve/veya uygulamasından dolayı kurumda geçerliliği olmayan standartlar tespit edilerek **puanlandırmada kullanılmamıştır**.

Sonuçta Türkiye sağlık sisteminde; amacı, hizmetin kalitesini artırarak toplum sağlığını geliştirmek olan, tüm hizmet sunucuları için aynı yüksek kalitede hizmeti hedefleyen ve aynı değerlendirme sistemi ile kurumları periyodik olarak değerlendiren, sürekli iyileştirmeyi hedefleyen, çalışan güvenliği ve çalışanın yararını en az hasta güvenliği ve hastanın yararı kadar önemseyen ve ayrıca üst otoritenin rehberlik ve önderlik fonksiyonunu üstlendiği bir sistem oluşturulması yönünde büyük mesafeler kat edilmiştir. Bilimsel ve doğru bir metodoloji izlenerek hazırlanan ve gelişim sürecinde de aynı titizliğin gösterildiği bu çalışmalarda “**Hizmet Kalite Standartları**”nın etkinliği ve kabul edilebilirliği artmakta ve tüm paydaşların sahiplendiği ortak bir ürün olarak karşımıza çıkmaktadır. Sonuçta Sağlıkta Ulusal Kalite Sisteminin ana eksenini oluşturan “**Hizmet Kalite Standartları**” hem ülkemize özgü oluşu hem de uluslar arası çalışmaların sentezini bünyesinde barındırması ile sağlık sektörüne çok önemli katkılar sunmaya devam edecektir. Yapılan bu çalışmalar gelişime açık olup bugüne kadar olduğu gibi bundan sonra da; bilimsel çalışmalar, teknolojik gelişmeler, geri bildirimler, deneyimler ve ülke ihtiyaçları, süreç içinde bu çalışmaları besleyen ve zenginleştiren unsurlar olmaya devam edecektir.

Kodlama Sistemi

112 Hizmet Kalite Standartları; süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup bu yapı bir kodlama sistemi ile tanımlanmaktadır. Kodlama sistemi, standartlara kimlik kazandırmaktadır. Kodlama sistemi standartların kuruluşlarda karşılama derecesinin belirlenmesine, verinin analizine ve kuruluşlar arası kıyaslama yapılmasına olanak sağlayacaktır.

112 Hastane HKS Kodlama Sistemi

1. 112 HKS; Yönetim Hizmetleri, İstasyon Hizmetleri ve Kalite İndikatörleri olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır.
2. Kodlama 3 kısımdan oluşur. Kodlamadaki kısımlar iki basamaklı sayılardan oluşur.

Örnek: 02.02.00.

3. Birinci kısımdaki iki basamaklı bölümü tanımlar.

01: Yönetim Hizmetleri

02: İstasyon Hizmetleri

03: Kalite İndikatörleri

4. İkinci kısımda yer alan iki basamaklı sayı bölüm içindeki **standardın** sıralamadaki yerini tanımlar.

5. Üçüncü kısımdaki iki basamaklı sayı standardı ve değerlendirme ölçütünü tanımlar.

- Standart **00** ile tanımlanır.
- Değerlendirme ölçütü **01**'den başlayıp ardışık artan sayılar ile tanımlanır.
- Değerlendirme ölçütüne ait alt kısımlar “**o**” işareti ile tanımlanır.

6. Yürürlükten kaldırılan standartların kodları başka bir standartta kullanılmaz. Revizyonu yapılan standart için aynı kod kullanılmaya devam eder ve kodun başına kaçınıcı revizyon olduğu yazılır.

Puanlama Sistemi

112 Hizmet Kalite Standartları; süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup bu yapı bir kodlama sistemi ile tanımlanmaktadır. 112 HKS'nin puanlandırılmasına yönelik bir puanlama sistemi kullanılmaktadır.

112 HKS Puanlama Sistemi

1. Puanlamada 5 ve 5'in katları kullanılır.

Standart Özelliği	Puan
Yazılı düzenleme ile ilgili standartlar	5
Eğitim ile ilgili standartlar	10
Kalite yönetimi ile ilgili standartlar	10
Fiziksel özellikler ile ilgili standartlar	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar-1	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar-2	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar-1	15
İndikatör takibi ile ilgili standartlar-1	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar-2	20
Öz değerlendirme, komiteler, engelli kişilere yönelik standartlar	20
İndikatör takibi ile ilgili standartlar-2	20

2. Puanlamada, standart puanlandırılır.
 - Değerlendirme ölçütleri puanlandırılmaz.
3. Değerlendirmede standart ve standardın değerlendirme ölçütleri **Evet**, **Hayır** ve **Değerlendirme Dışı** olarak tanımlanır.
4. Değerlendirme sonucu puanlama yapılırken;
 - **Evet:** Standardın tüm değerlendirme ölçütleri ile birlikte karşılanması durumunu ifade eder ve **tam puan** verilir.
 - **Hayır:** Standardın kendisinin veya en az bir değerlendirme ölçütünün karşılanmadığı durumu ifade eder ve **0 (sıfır)** puan verilir.
 - **Değerlendirme Dışı:** Hastanede değerlendirilmeyecek standartları ifade eder ve puanlandırma yapılmaz.

Tanımlar

Bölüm: Komuta Kontrol Merkezi'ne bağlı olarak faaliyet gösteren istasyonu ifade eder.

Komuta Kontrol Merkezi: 24 saat kesintisiz acil çağrı karşılama ve yönlendirmenin yapıldığı bölümü ifade eder.

A1 Tipi İstasyon: 24 saat kesintisiz ambulans hizmeti verilen ve ekip içerisinde hekimi bulunan istasyonları ifade eder.

A2 Tipi İstasyon: 24 saat kesintisiz ambulans hizmeti verilen ve ekip içerisinde hekimi bulunmayan istasyonları ifade eder.

B Tipi İstasyon: Birinci, ikinci ve üçüncü basamak resmi sağlık kurum ve kuruluşları ile entegre olarak ambulans hizmeti veren ve ekip içerisinde hekim bulunan istasyonları ifade eder.

Kalite Yönetim Direktörü: Kalite yönetimi birim sorumlusunu ifade eder.

Öz Değerlendirme: 112 Kalite Yönetim Direktörünün sorumluluğunda 112 Hizmet Kalite Standartları esas alınarak kuruluş içinde gerçekleştirilen değerlendirmedir.

Değerlendirme Turu: Üç ayda bir, bölümlere yapılan değerlendirmeyi ifade eder.

İllerde İstasyon Sayısı;

20 istasyona kadar olanların tamamı,

20 den fazla istasyonu olanların vaka sayısı en fazla olan 25 istasyonu değerlendirilir.

Kişisel Koruyucu Ekipman: Çalışma ortamındaki risklere ve tehlikelere karşı çalışan tarafından kullanılan giysi, araç ve malzemelerdir.

Kritik Stok Seviyesi: İlaç/malzemenin temini için gerekli işlemlerin başlatılması gerektiğini gösteren miktarı ifade eder.

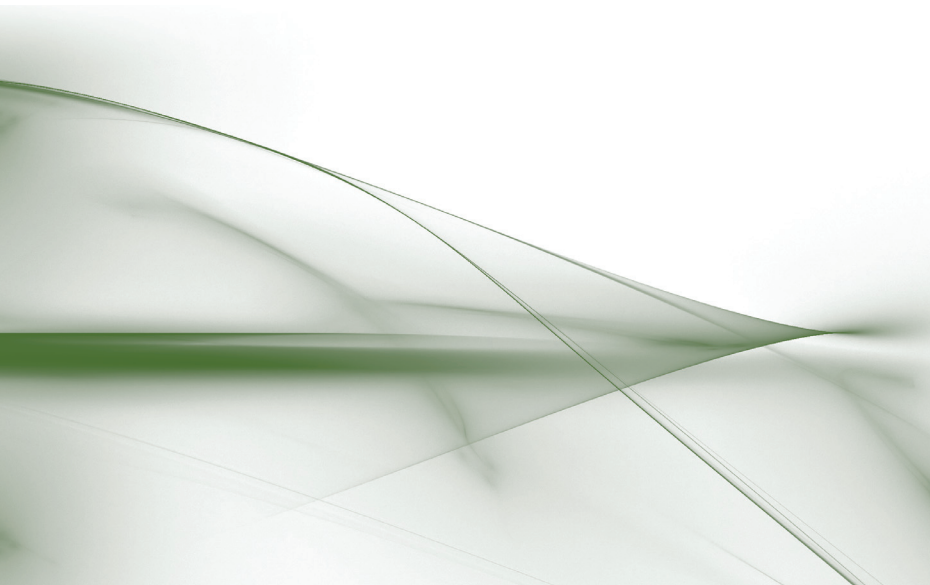
HKS Standart Sayıları Dağılım Tablosu

Bölüm No	BÖLÜM ADI	Standart Sayısı
01	YÖNETİM HİZMETLERİ	39
02	İSTASYON HİZMETLERİ	15
03	KALİTE İNDİKATÖRLERİ	4
	TOPLAM	58

HKS Puansal Dağılım Tablosu

Bölüm No	BÖLÜM ADI	HKS Puanı
01	YÖNETİM HİZMETLERİ	470
02	İSTASYON HİZMETLERİ	165
03	KALİTE İNDİKATÖRLERİ	80
	TOPLAM	715

Yönetim Hizmetleri



YÖNETİM HİZMETLERİ

Revizyon	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	STANDARTLAR	Puan
00	01			YÖNETİM HİZMETLERİ	470
00	01	01	00	Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	15
00	01	01	01	Kalite yönetim direktörü belirlenmelidir.	
00	01	01	02	Kalite yönetim biriminin çalışma ofisi olmalıdır.	
00	01	01	03	Kalite yönetim birimi; <ul style="list-style-type: none"> o 112 HKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalı, o Bölüm hedeflerine yönelik, bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirmeli, o Öz değerlendirmeleri yönetmeli, o 112 HKS çerçevesinde hazırlanan; <ul style="list-style-type: none"> ▪ Yazılı düzenlemeleri kontrol etmeli, ▪ Yazılı düzenlemelerin revizyonunu takip etmeli, 	

				o Hizmet sunumuna yönelik istatistikî bilgileri değerlendirmelidir.	
00	01	02	00	112 HKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	20
00	01	02	01	Her dönem en az bir öz değerlendirme yapılmalıdır.	
00	01	02	02	<p>Öz değerlendirme kalite yönetim biriminin yönetiminde yapılmalı,</p> <ul style="list-style-type: none"> o Öz değerlendirme tüm 112 HKS bölümlerini kapsamalı, o Öz değerlendirme planı hazırlanmalı, ▪ Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalı, ▪ Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmeli, ▪ Öz değerlendirme takvimi bölümlere önceden bildirilmelidir. 	
00	01	02	03	Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar kalite yönetim birimi tarafından üst yönetime rapor edilmelidir.	

00	01	03	00	112 Üst yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm sorumluları ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	15
00	01	03	01	Bölüm bazında belirlenen hedefler ve öz değerlendirme sonuçları değerlendirilmelidir.	
00	01	03	02	Değerlendirme toplantıları her dönem için en az bir kez yapılmalıdır.	
00	01	04	00	112 HKS kapsamında yer alan yazılı düzenlemelere yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10
00	01	04	01	Yazılı düzenlemelerin formatı belirlenmeli, o Yazılı düzenlemeler belirlenmiş bir kodlama sistemine göre tanımlanmalı, o Yazılı düzenlemenin adı, o Yürürlük tarihi, o Revizyon numarası ve revizyon tarihi bulunmalıdır.	
00	01	04	02	Yazılı düzenlemeler hazırlanmalıdır.	
00	01	04	03	Yazılı düzenlemeler güncel olmalı, o Bir önceki versiyon uygulamadan kaldırılmalıdır.	

00	01	04	04	Yazılı düzenlemeler kalite yönetim direktörü tarafından kontrol edilmelidir.	
00	01	04	05	Yazılı düzenlemeler üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.	
00	01	04	06	Yazılı düzenlemeler intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayınlanmalı, o Yazılı düzenlemelere ilgili bölüm tarafından ulaşılabilmesi, ▪ Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.	
00	01	05	00	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	05	01	Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.	
00	01	05	02	Dış kaynaklı dokümanlar güncel olmalı, o Güncelliğin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.	
00	01	06	00	Panoları asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	06	01	Panolar için alanlar belirlenmelidir.	
00	01	06	02	Panoları asılabilecek dokümanlar tanımlanmalı, o Tanımlanan dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalı,	

				<ul style="list-style-type: none"> o Panolar ve asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir. 	
00	01	06	03	<p>Dokümanların asılma kuralları belirlenmeli,</p> <ul style="list-style-type: none"> o Yayınlanacak dokümanlara nasıl onay verileceği, o Dokümanların ne kadar süre asılı kalacağı belirlenmelidir. 	
00	01	07	00	<p>Çalışan güvenliği komitesi bulunmalıdır.</p>	20
00	01	07	01	<p>Çalışan Güvenliği Komitesinde;</p> <ul style="list-style-type: none"> o Bir hekim, bir sağlık personeli (ATT, sağlık memuru, hemşire), psikolog ve kalite yönetim direktörü yer almalıdır. 	
00	01	07	02	<p>Komitenin görev tanımı asgari;</p> <ul style="list-style-type: none"> o Çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması, o Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması. o Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması, o Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması, o Sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamalıdır. 	

00	01	07	03	Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.	
00	01	07	04	Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatılmalıdır.	
00	01	07	05	Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlenmelidir.	
00	01	08	00	112 çalışanlarına eğitim verilmelidir.	15
00	01	08	01	Bu eğitimler asgari; <ul style="list-style-type: none"> o 112 Hizmet kalite standartları eğitimini, o Hizmet içi eğitimleri, o Uyum eğitimlerini kapsamalıdır. 	
00	01	09	00	Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
00	01	09	01	Güvenlik raporlama sistemi kurulmalı, <ul style="list-style-type: none"> o Olay bildirimleri kalite yönetim birimine yapılmalı, o Olay bildirimi ile ilgili kök neden analizi yapılmalı, o Düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalı, o Olay bildirimi sonucunda yapılan analiz ve başlatılan faaliyetlere ilişkin veriler üst yönetime sunulmalıdır. 	

00	01	09	02	Bildirimi yapılacak olaylar asgari; o İlaç güvenliği, o Hastaların düşmesi, o Ambulans içi yaralanmaları, o Kesici-delici alet yaralanmaları, o Kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamalıdır.	
00	01	09	03	Güvenlik raporlama sistemine yönelik eğitimler verilmelidir.	
00	01	10	00	İlaç yönetimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	01	10	01	Yazılı düzenleme; o İlaç ve malzemelerin teminini, o Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların yönetimini, o İlaç hataları ve istenmeyen reaksiyon geliştiğinde yapılacakları, o İlaç ve malzemenin saklama koşullarını kapsamalıdır.	
00	01	11	00	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	20
00	01	11	01	Sağlık tarama programı hazırlanmalıdır.	

00	01	11	02	Sağlık tarama sonuçları, ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.	
00	01	11	03	Çalışanlar sonuçları hakkında bilgilendirilmeli, o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.	
00	01	12	00	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	10
00	01	12	01	Göreve yeni başlayan her çalışana; o Genel uyum eğitimi, o Bölüm uyum eğitimi verilmelidir.	
00	01	12	02	Uyum eğitim sorumlu/sorumluları belirlenmelidir.	
00	01	12	03	Uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalı, o Rehber, meslek bazında hazırlanmalıdır.	
00	01	13	00	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	13	01	Tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu bir ekip bulunmalıdır.	
00	01	13	02	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	

00	01	13	03	Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı, o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	
00	01	13	04	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle; o Kalibrasyonu yapan firmanın adı, o Kalibrasyon tarihi, o Geçerlilik süresi, o Sertifika numarası bulunmalıdır.	
00	01	14	00	Çalışanların görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	15
00	01	14	01	Çalışanların görüşlerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	
00	01	14	02	Çalışanların görüşleri değerlendirilmeli, o Değerlendirmelerde, kalite yönetim direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalı, o Görüşler her ay değerlendirilmeli, o Gerektiğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır.	

00	01	15	00	El hijyenini sağlamaya yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.	20
00	01	15	01	Yılda en az bir kez çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	01	15	02	El hijyeni eğitimi; <ul style="list-style-type: none"> o El hijyeninin önemi, o El hijyeni endikasyonları, o El hijyeni sağlama yöntemleri, o Eldiven kullanımı ile ilgili kuralları, o El antiseptikleri ile ilgili genel bilgileri, o Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri konularını kapsamalıdır. 	
00	01	16	00	Hasta eşyalarının korunmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	01	16	01	Yazılı düzenleme hastaya ait eşyaların; <ul style="list-style-type: none"> o Toplanması, o Muhafaza edilmesini, o Teslim edilmesini kapsamalıdır. 	
00	01	17	00	Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5

00	01	17	01	Yazılı düzenleme; <ul style="list-style-type: none"> o Yerinde yapılan müdahaleleri, o Transferi, o Ex durumunda yapılması gereken bilgilendirmeyi kapsamalıdır. 	
00	01	18	00	Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	10
00	01	18	01	Plan; <ul style="list-style-type: none"> o İşbirliği yapılacak kurumların imkânı, kapasitesi ve yapılacak işbirliğinin esaslarını belirlemeli, o İlin özgün koşullarına, coğrafi konumuna ve kapasitesine göre hazırlanmalıdır. 	
00	01	19	00	Acil çıkışlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10
00	01	19	01	Acil çıkış levhaları bulunmalı, <ul style="list-style-type: none"> o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalı, o Levhalar, çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmeli, o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir. 	
00	01	19	02	Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalı,	

				<ul style="list-style-type: none"> o Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalı, o Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır. 	
00	01	20	00	Yedek ambulanslara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	20	01	Yedek ambulansların planlaması yapılmalıdır.	
00	01	20	02	Yedek ambulansların bakımı ve kontrolleri yapılmalıdır.	
00	01	21	00	Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	21	01	Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.	
00	01	21	02	Yangın söndürme tüplerinin; <ul style="list-style-type: none"> o Kontrolü yapılmalı, o Genel bakımları yapılmalı, o Toz değişimi yapılmalıdır. 	
00	01	21	03	Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalı, <ul style="list-style-type: none"> o Yangın hortumu hasarsız olmalı, o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmeli, o Vanalar kolayca açılmalı, 	

				o Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımına yönelik uygulamalı eğitim verilmelidir.	
00	01	22	00	Personel bilgi dosyası bulunmalıdır.	10
00	01	22	01	Bilgi dosyasında çalışanların; o İletişim bilgileri, o Çalıştığı bölümler, o Aldığı eğitimler bulunmalı ve güncel olmalıdır.	
00	01	23	00	Başhekimlik, KKM ve İstasyonlar arası iletişim sistemi kurulmalıdır.	15
00	01	23	01	24 saat ulaşılabilen direkt telefon, telsiz ve cep telefonu araçlarından en az ikisi olmalıdır.	
00	01	23	02	Telsiz ve telefonların yedekleri bulunmalıdır.	
00	01	23	03	KKM' de tüm 112 personelinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.	
00	01	23	04	KKM' ye gelen tüm acil sağlık çağrıları kayıt altına alınmalıdır.	
00	01	24	00	Bölgelere yönelik değerlendirme turu yapılmalıdır.	15
00	01	24	01	En az 3 ayda bir yapılmalıdır.	
00	01	24	02	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıklar tespit edilmeli,	

				o Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	01	25	00	Vaka nakli için yazılı bir düzenleme bulunmalıdır.	5
00	01	25	01	Yazılı düzenleme; o Vakanın nakil kurallarını, o Naklin tıbben gerekli olmadığı durumlarda yapılacak işlemleri, o Vakanın sağlık kurum ve kuruluşuna teslim kurallarını kapsamalıdır.	
00	01	26	00	Hastanelerden gönderilen bilgilerin alınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10
00	01	26	01	Hastanelerden gönderilen, o Acil servis, yoğun bakım, klinik/ servis bazında; ▪ Boş yatak, ▪ Boş küvöz, ▪ Boş ventilatör sayısı ▪ Mevcut uzmanlık dallarına ait bilgilerin alınmasına yönelik bir sistem kurulmalıdır.	
00	01	26	02	Bilgiler gün içerisinde kesintisiz alınmalıdır.	

				o Kesinti olması halinde hastane verilerinin hangi şekilde alınacağı konusunda bir düzenleme olmalıdır.	
00	01	27	00	Toplumun bilgilendirilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10
00	01	27	01	Toplum sunulan hizmetler hakkında, o Broşür, afiş, tanıtım filmleri, web sitesi, eğitim ve pano ilanları gibi yollarla bilgilendirilmelidir.	
00	01	28	00	Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	28	01	Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme; o Sunucuların güvenliği, o Yedekleme, o İnternet erişim ve kullanımı, o Şifre kullanımını kapsamalıdır.	
00	01	28	02	Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı, o Üst yönetiminden bir kişi ekibe başkanlık etmeli, o Ekip; ▪ Bilgi güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli,	

				<ul style="list-style-type: none"> ▪ Bilgi güvenliği için olası riskleri belirlemeli, ▪ Tanımlı kullanıcılar için yapılan yetki değişikliklerini izlemeli, ▪ Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır. 	
00	01	28	03	Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı olmalıdır.	
00	01	28	04	Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	01	29	00	Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	10
00	01	29	01	Sadece sunuculara tahsis edilmiş bağımsız bir oda olmalıdır.	
00	01	29	02	Kilitli olmalı, yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.	
00	01	29	03	Suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.	
00	01	29	04	Binadaki -diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.	
00	01	29	05	Sıcaklık 18-22 °C; nem % 30 - % 50 arasında olmalıdır.	
00	01	29	06	Yedekli olarak çalışan klima bulundurulmalıdır.	

00	01	30	00	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	10
00	01	30	01	Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları tutulmalıdır. Bu kayıtlarda	
00	01	30	01	o Sunucunun yeri,	
00	01	30	01	o Sorumlu kişisi,	
00	01	30	01	o Donanım,	
00	01	30	01	o İşletim sistemi üzerinde çalışan uygulama bilgileri yer almalıdır.	
00	01	30	02	Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.	
00	01	30	03	Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.	
00	01	31	00	Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	10
00	01	31	01	Veritabanı sistem logları tutulmalı ve gerektiğinde idare tarafından izlenebilmelidir.	
00	01	31	02	Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.	

00	01	31	03	Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları şifreler şifreli bir şekilde saklanmalıdır.	
00	01	31	04	Veritabanı üzerinde loglanması gereken işlemler belirlenmelidir.	
00	01	31	05	Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale (yama ve güncelleme vb.) öncesinde bilgilendirilmelidir.	
00	01	32	00	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	10
00	01	32	01	112 sağlık hizmetlerine destek hizmeti veren firmanın dış ortamdan iç ortama hangi durumlarda erişim yapacağı hakkında onaylanmış gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.	
00	01	32	02	Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.	
00	01	33	00	112 Bilgi Yönetim Sistemi (112 BYS) üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	15
00	01	33	01	Yedekleme her gün 112 BYS'nin çalıştığı server haricinde bir ortamda düzenli olarak yapılmalı, o Yedekleme; harici hard disk, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek server gibi bir ortamda olmalıdır.	

00	01	33	02	Yedekleme ortamı, fiziksel olarak 112 BYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.	
00	01	33	03	İstasyonlardan alınan veriler yedeklenmelidir. Veriler offline ortamlarda süresiz olarak saklanmalıdır.	
00	01	33	04	Yedeklemeler aracılığı ile yılda bir kez veri kurtarma testi uygulanmalı, <ul style="list-style-type: none"> o Yedeklemeden geri dönüşün sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmeli, o Test kayıt altına alınmalı, o Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır. 	
00	01	34	00	112 BYS'de yetkilendirme yapılmalıdır.	10
00	01	34	01	Her kullanıcının veri tabanında hangi bilgilere erişebileceği tanımlanmalıdır.	
00	01	34	02	Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmeli, <ul style="list-style-type: none"> o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalı, 	

				o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır.	
00	01	35	00	112 BYS üzerinden yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	10
00	01	35	01	Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.	
00	01	35	02	Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar ile ilgili kayıtlar yer almalıdır.	
00	01	35	03	Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.	
00	01	36	00	Depoda bulunan malzemelerin yerleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	36	01	Malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır.	
00	01	36	02	Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.	

00	01	36	03	İstifleme tavandan en az 40 cm aşağıda olmalıdır.	
00	01	36	04	Malzemenin cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır.	
00	01	37	00	Deponun koşullarına göre oluşabilecek risklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	37	01	Deponun koşullarına göre riskler tanımlanmalıdır.	
00	01	37	02	Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.	
00	01	38	00	Depoda sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.	10
00	01	38	01	Depolarda bulunan malzemenin niteliğine göre sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.	
00	01	38	02	Depoda bulunan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalıdır.	
00	01	39	00	Ambulans çalışanlarına eğitim verilmelidir.	15
00	01	39	01	Ambulansta görevli sağlık çalışanlarına; o Temel modül eğitimi, o İleri kardiyak yaşam desteği eğitimi, o Travma ve resüsitasyon eğitimi, o Çocuk İleri Yaşam Desteği eğitimi verilmelidir.	

00	01	39	02	Ambulans sürücülerine; o Temel ilk yardım eğitimi, o Güvenli sürüş teknikleri eğitimi verilmelidir.
00	01	39	03	Çalışanlara iletişim becerileri eğitimi verilmelidir.

İstasyon Hizmetleri



İSTASYON HİZMETLERİ

Revizyon	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	STANDARTLAR	Puan
00	02			İSTASYON HİZMETLERİ	165
00	02	01	00	Her vardiya değişiminde ambulansın kontrolü yapılmalıdır.	10
00	02	01	01	Ambulans günlük kontrol formu her vardiya değişiminde doldurulmalı, o Aracın genel durumu, o Yakıt durumu, o Aracın altı, o Aracın motoru, o Aracın çalışması, o Arka kabin içi, o Avadanlık kontrolleri yapılmalıdır.	
00	02	02	00	Ekipman hasta güvenliğini sağlayacak özellikte olmalıdır.	15
00	02	02	01	Sedyeler bulunmalı, o Ana, kombinasyon, faraş ve vakum sedye bulunmalı,	

				<p>o Ana sedyede çalışır durumda korkuluk olmalı,</p> <ul style="list-style-type: none"> ▪ Ambulanstaki ana sedyeye bağlanmış en az 3 adet emniyet kemeri mekanizması bulunmalı ve sedye omuz kemer takımı hasta göğsü üzerinde tek merkezden kilitlenebilir özellikte olmalı, <p>o Sedye kızıakları ve emniyet kemeri her vardiyada kontrol edilmelidir.</p>
00	02	02	02	<p>Sırt tahtası (Spineboard) bulunmalı,</p> <p>o Sırt tahtasının en az 3 kemeri olmalı,</p> <p>o Kafa yastıkları, alın ve çene bantları çalışır durumda olmalıdır.</p>
00	02	02	03	<p>Travma yeleşği bulunmalı,</p> <p>o Ambulansta bulunan travma yeleşğinin 3 gövde, 2 bacak kemerinin, kafa yastığı, alın ve çene bantlarının çalışır durumda olmalıdır.</p>
00	02	02	04	<p>Boyunluk bulunmalı,</p> <p>o Çocuk ve yetişkin boyunlukları bulunmalı,</p> <p>o Her boydan en az iki boyunluk olmalıdır.</p>

00	02	02	05	Traksiyon ateli bulunmalıdır.	
00	02	02	06	Canlandırma teçhizatı bulunmalıdır.	
00	02	02	07	Tek kullanımlık örtüler bulunmalıdır.	
00	02	02	08	Triaj kartı bulunmalı, o Her vardiyada en az 10 adet triaj kartı bulunmalıdır.	
00	02	02	09	Örümcek kemer sistemi bulunmalıdır.	
00	02	03	00	Atık yönetimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	03	01	Atıklar kaynağında ayrıştırılmalı, o Eysel atık kutusu, o Kesici delici alet kutusu, o Tıbbi atık kutusu veya poşeti bulunmalıdır.	
00	02	03	02	Çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	02	04	00	Ambulansların temizliği ve dezenfeksiyonuna yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5
00	02	04	01	Yazılı düzenleme o Genel temizliğin ve dezenfeksiyonunun; ▪ Kim tarafından, ▪ Ne zaman, ▪ Nasıl yapılması gerektiğini,	

				o Özellikle vakalardan sonra dikkat edilmesi gereken hususları kapsamalıdır.	
00	02	05	00	İlaç ve malzemelerin yönetimine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10
00	02	05	01	İlaç ve malzemelerin listesi hazırlanmalı, o Vardiya değişimlerinde liste kontrol edilmelidir.	
00	02	05	02	İlaç ve malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli, o Vardiya değişimlerinde kritik stok seviyeleri kontrol edilmelidir.	
00	02	05	03	İlaç ve malzemelerin miat kontrolleri yapılmalıdır.	
00	02	06	00	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	06	01	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların kontrollü alanlarda bulundurulması sağlanmalı, o Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalı, o Devir teslim kayıtlarında; ▪ İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı,	

				<ul style="list-style-type: none"> ▪ İlacın kullanıldığı tarih, ▪ İlacı kimin uyguladığı, ▪ Kime kaç adet ilaç teslim edildiği yer almalıdır. 	
00	02	06	02	Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir.	
00	02	07	00	Ambulanslardaki oksijen sistemi ile ilgili düzenleme bulunmalıdır.	10
00	02	07	01	En az iki adet tüp olmalıdır.	
00	02	07	02	Tüplerin bakımı yapılmalıdır.	
00	02	07	03	Tüplerin doluluk kontrolü yapılmalı, <ul style="list-style-type: none"> o Tüplerin doluluk oranı en az % 50 olmalıdır. 	
00	02	07	04	Kurulu oksijen sistemleri çalışıyor olmalıdır.	
00	02	07	05	Ambulansta taşınabilir ve kullanılabilir durumda en az iki adet portatif oksijen tüpü bulunmalıdır.	
00	02	08	00	Ambulansın takibine ve ambulansın vaka yerine ulaşmasına yönelik teknik donanım bulunmalıdır.	10
00	02	08	01	GPS cihazı bulunmalıdır.	
00	02	08	02	Navigasyon cihazı bulunmalıdır.	
00	02	08	03	GPS ve navigasyon faal olmalıdır.	

00	02	09	00	Çalışanlar kişisel koruyucu ekipman kullanmalıdır.	15
00	02	09	01	Kişisel koruyucu ekipmanlar belirlenmelidir.	
00	02	09	02	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.	
00	02	09	03	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
00	02	10	00	Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10
00	02	10	01	Hasta transferinde hasta mahremiyeti sağlanmalı, o Tek kullanımlık örtüler bulunmalıdır.	
00	02	11	00	El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	15
00	02	11	01	Sağlık çalışanları için cepte taşınan el antiseptik solüsyonları bulunmalıdır.	
00	02	12	00	Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	02	12	01	Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.	
00	02	12	02	Söndürme tüplerinin; o Kontrolü yapılmalı,	

				o Genel bakımları yapılmalı, o Toz değişimi yapılmalıdır.	
00	01	13	00	İstasyonlarda internet erişimli bilgisayar bulunmalıdır.	10
00	01	14	00	Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10
00	01	14	01	Panolar için alanlar belirlenmelidir.	
00	01	14	02	Panolara asılabilecek dokümanlar tanımlanmalı, o Tanımlanan dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalı, o Panolar ve asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.	
00	01	14	03	Dokümanların asılma kuralları belirlenmeli, o Yayınlanacak dokümanlara nasıl onay verileceği, o Dokümanların ne kadar süre asılı kalacağı belirlenmelidir.	
00	01	15	00	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15
00	01	15	01	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.	

00	01	15	02	<p>Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,</p> <ul style="list-style-type: none">o Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
00	01	15	03	<p>Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;</p> <ul style="list-style-type: none">o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,o Kalibrasyon tarihi,o Geçerlilik süresi,o Sertifika numarası bulunmalıdır.

Kalite İndikatörleri

KALİTE İNDİKATÖRLERİ

Revizyon	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	STANDARTLAR	Puan
00	03			KALİTE İNDİKATÖRLERİ	80
00	03	01	00	Merkezde, hedeflenen sürede vakaya ulaşma oranı takip edilmelidir.	20
00	03	01	01	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	03	01	02	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	03	01	03	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	03	01	04	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	03	02	00	Kırsalda, hedeflenen sürede vakaya ulaşma oranı takip edilmelidir.	20
00	03	02	01	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	03	02	02	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	03	02	03	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	

00	03	02	04	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	03	03	00	Yerinde yapılan müdahalelerin oranı takip edilmelidir.	20
00	03	03	01	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	03	03	02	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	03	03	03	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	03	03	04	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
00	03	04	00	Sağlık kurumuna kabul edilmeyen hastaların oranı takip edilmelidir.	20
00	03	04	01	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.	
00	03	04	02	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.	
00	03	04	03	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.	
00	03	04	04	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	