

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI



HİZMET KALİTE STANDARTLARI REHBERİ

SÜRÜM 2.0

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı
Ankara 2008

Sunuş

Sağlık hizmetlerinin her açıdan daha iyi bir noktaya taşınması için her ülke uluslar arası tecrübeleri de dikkate alarak kendine özgü uygulamalar geliştirmektedir. Bakanlık olarak 2003 yılında başlattığımız çalışmaların bileşenlerinden biri de sağlık hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi ve artırılmasıdır. Bundan hareketle Bakanlığımıza bağlı kurumlarda hizmet kalitesinin artırılması amacıyla bir dizi çalışma başlatılmış ve bu kapsamda dönemsel olarak kurumlarımızda değerlendirmeye esas bir dizi standart belirlenmiştir. Belirlenen bu standartlar zaman içerisinde gelişerek tüm kurumlarımızda hizmet sunum şartlarında yönelimi belirlemeye başlamıştır.

Bu standartlar arasında yer alan hizmet kalite standartları, hizmetlerin değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptir. Önemli bir role sahip olan bu standartların değerlendirilmesine ilişkin aydınlatıcı bir rehber ihtiyacı duyulmuştur. Bundan dolayı bu standartların kurumlarımız ve koordinatörlüklerimiz tarafından nasıl değerlendirilmesi gerektiği, uygulama birliğinin sağlanması ve çalışmalarına yön vermesi açısından anlaşılır, amaca uygun, aydınlatıcı önemli bir ihtiyacı karşılamak üzere bir rehber hazırlanmıştır.

Bu rehber çalışmasıyla birlikte sağlık hizmetlerinin sunulmasında ve bu hizmetlerin değerlendirilmesinde bütüncül bir yaklaşım izlenmesinin önemi de vurgulanmış olacaktır. Tüm bu çalışmaların ekseninde, hem Sağlık Bakanlığı'nın kurumsal kalitenin ülke çapına yayılması amacı hem de kamu sağlık sektörüne yönlendirici olduğu kadar özel sektör için de özendirici ve teşvik edici olma hedefi bulunmaktadır.

Bu rehberin ikinci sürümünün hazırlanmasında, Başkanlığımız çalışanları ile saha çalışanlarımızla birlikte uzmanlardan oluşan ekipler ve değerli akademisyenlerimizin profesyonel olarak sundukları katkılar olduğunu belirtmek gerekmektedir. Başkanlık olarak ilgili kurum ve profesyonellerle oluşturduğumuz sinerji ve diyalogla birlikte ekip ruhunu ön plana çıkaran ve ortak çalışma anlayışıyla hareket eden prensiplerimizi devam ettirerek bundan böyle bu alanlarda daha birçok başarılı çalışma yapacağımıza inanıyor ve emeği geçenlere teşekkürlerimi sunuyorum.

Dr. Hasan GÜLER

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme
Daire Başkanı

EDİTÖRLER

Prof. Dr. SABAHATTİN AYDIN

DR. MEHMET DEMİR

HAZIRLAYANLAR(*)

Dr. Hasan GÜLER

Uz. Bayram DEMİR

Süleyman KAPAN

Dr. Menderes TARCAN

Uz. Dr. Dilek TARHAN

Uz. Dr. Ferzane MERCAN

Uz. Dr. M.Vasfi YÜCEL

Uz. Dr. Serpil ERDOĞAN

Demet GÖKMEN KAVAK

Günnur ERTONG

Sebahattin TEKİNGÜNDÜZ

Sevgi TAŞKIN KARATAŞ

(*) Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

KATKIDA BULUNANLAR

ANALİZ VE VERİMLİLİK ŞUBE MÜDÜRLÜĞÜ (*)

Erdoğan YILMAZ
İbrahim Halil KAYRAL
Erol YALÇIN
Nazan SEZER

ADANA

Hanifi AKTAŞ(**)
Sabit YALÇIN (**)

ANKARA

Dr. Sedat GÜLAY (**)
Kemal TEKİN (**)

ANTALYA

Dr. Hüseyin BİGAT (**)
Adem ÖZER (**)

AYDIN

Dr. Osman Faruk AYDIN(**)
Nazan HAKERLER (**)
Öznur KOÇ (**)

BALIKESİR

Dr. Murat KARAKÖSE(**)
Dr. Sait SEVİNÇ (***)

DENİZLİ

Dr. Mustafa NALBANT(**)

DİYARBAKIR

Süleyman BEYAZ (**)
Göknur DENİZ (**)
Dr. Nevzat AYTEKİN (***)

İSTANBUL

Uzm. Dr. Ergün KARAHALLI (**)
Dr. Emine Elvan ÇİFTLİK(***)
Dr. Fulden DEMİR(***)
Op. Dr. A. Uğur KEVENK(***)
Dr. Abdülvahit SÖZÜER(***)

İZMİR

Demet Hayali YILDIRIM (**)
İlknur GÜL (**)
Yusuf DÜNDAR (**)
Ali ÇAKIR (**)
Banu ALTUNTAŞ (**)

MUĞLA

Dr. Sumur GAZEZOĞLU (**)
Hem Filiz SALIŞ (**)
Zehra KAÇAR (**)
Sultan ÖZDEMİR (**)

RİZE

Dr. Güven BİLİR (**)
Dilek ŞİŞMANLAR (**)
Dr. Abdullah ÖZTÜRK (**)

SAKARYA

Dr. Yasin ÇATALBAŞ (**)

VAN

A. Necdet TURHAN (**)
Abdurrahman ATLI(***)

(**) İl Performans Ve Kalite Koordinatörlüğü

(***) Hastane Performans Ve Kalite Birimi

Bu çalışmaya katkı sunan Daire Başkanlığımız çalışanlarına, İl Performans ve Kalite Koordinatörlük çalışanlarına, Hastane Performans ve Kalite Birimi çalışanlarına, adını sayamadığımız değerli akademisyenlerimize, uzman tabiplerimize ve tüm çalışanlarımıza teşekkür ederiz.

İçindekiler

POLİKLİNİK HİZMETLERİ.....	8
LABORATUVAR HİZMETLERİ.....	27
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	37
AMELİYATHANE HİZMETLERİ.....	49
KLİNİKLER.....	55
YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ	66
DİYALİZ HİZMETLERİ	74
ACİL SERVİS HİZMETLERİ	80
AMBULANS VE AMBULANS HİZMETLERİ.....	92
ECZANE HİZMETLERİ.....	98
ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ ve ÖNLENMESİ	102
HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ	113
KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ	134
HASTANE BİLGİ SİSTEMİ	143
HASTA KAYITLARI VE DOSYASI.....	152
ARŞİV	155
TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİK	157
DEPOLAR.....	168
MUTFAK.....	171
ÇAMAŞIRHANE	173
MORG	174

TABLO1: HASTANE HİZMET TÜRÜNE GÖRE HASTANE SINIFLANDIRMASI

KODU	SINIFI
E1	Eğitim hastanesi, genel
E2.1	Eğitim hastanesi, kalp, kalp ve damar cerrahisi alanında hizmet veren
E2.2	Eğitim hastanesi, göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
E2.3	Eğitim hastanesi; kalp, kalp ve damar cerrahisi ile göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
E3.1	Eğitim hastanesi; kadın doğum alanında hizmet veren
E3.2	Eğitim hastanesi; çocuk alanında hizmet veren
E3.3	Eğitim hastanesi, kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren
E4.1	Eğitim hastanesi; kemik hastalıkları alanında hizmet veren
E4.2	Eğitim hastanesi; fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
E4.3	Eğitim hastanesi; kemik hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
E5	Eğitim hastanesi; ruh sağlığı alanında hizmet veren
E6	Eğitim hastanesi; göz hastalıkları alanında hizmet veren
E7	Eğitim hastanesi; onkoloji alanında hizmet veren
H3	Yataklı kurum; yatak sayısı 50-100
H4	Yataklı kurum; yatak sayısı 101-250
H4.1	Yataklı Kurum; yatak sayısı 251-500
H5	Yataklı Kurum, yatak sayısı 501 ve üstü
H6.1	Yataklı Kurum; kadın doğum alanında hizmet veren
H6.2	Yataklı Kurum, çocuk alanında hizmet veren
H6.3	Yataklı Kurum; kadın doğum ve çocuk alanında hizmet veren
H7.1	Yataklı Kurum; kemik hastalıkları alanında hizmet veren
H7.2	Yataklı Kurum; fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
H7.3	Yataklı Kurum; kemik hastalıkları ile fizik tedavi ve rehabilitasyon alanında hizmet veren
H8.1	Yataklı Kurum; kalp, kalp ve damar cerrahisi alanında hizmet veren
H8.2	Yataklı Kurum; göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
H8.3	Yataklı Kurum; kalp, kalp ve damar cerrahisi ile göğüs ve göğüs cerrahisi alanında hizmet veren
H9	Yataklı Kurum; ruh sağlığı alanında hizmet veren
H10	Yataklı Kurum; deri, tenasül ve lepra alanında hizmet veren
H11	Yataklı Kurum; meslek hastalıkları alanında hizmet veren

TABLO 2: BAZI KRİTERLERE İLİŞKİN DEĞERLENDİRMEDE DİKKATE ALINACAK HUSUSLAR

KRİTER NO	KRİTER ADI	AÇIKLAMA
7.6	Her kadın hastalıkları ve doğum poliklinik odası için bir ultrasonografi cihazı tahsis edilmelidir.	Değerlendirme tarihi itibarıyla en az 2 ay süre ile görev yapan kadın hastalıkları ve doğum uzmanı bulunan hastanelerde sorgulanacaktır.
8.6	“Anne Sütü ve Emzirme” eğitimleri ilgili doktor ve hemşirelerin yıllık hizmet içi eğitim planlarında yer almalıdır.	E3.1, E3.2,E3.3,H6.1,H6.2,H6.3 sınıfı hastaneler ile doğum yaptırılan diğer hastanelerde sorgulanacaktır.
9	Laboratuvarlar hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.	Laboratuvarlarda hizmet alımı (Hastane içi veya dışı) yapılması halinde de değerlendirmeye alınacaktır.
9.18	Hastanede hasta başı test cihazlarının (POCT) kalite kontrol işlemleri yapılarak sonuçları değerlendirilmelidir.	POCT cihazı olmayan hastaneler için değerlendirme dışı bırakılacaktır.
10	Tetkik sonuçları (CT, MR ve ultrason vb.) için süreç tanımlanmalıdır.	- CT, MR, EKO, EEG, EMG hizmeti verilmeyen hastanelerde CT, MR, EKO, EEG, EMG hizmetine ilişkin standartlar değerlendirme dışı bırakılacaktır. -Hizmet alımı (Hastane içi veya dışı) yapılması halinde de değerlendirmeye alınacaktır.
10.11	Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.	Riskli girişimsel işlemlerin yapılmadığı hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
12	Kateter laboratuvarının (koroner anjiyografi ünitesi) hizmet sunumu için gerekli şartları taşınmalıdır.	Katater laboratuvarı bulunmayan hastaneler değerlendirme dışı bırakılacaktır.
18.1	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. Hasta başı paneli bulunmayan odalarda iki hasta yatağı başına bir adet düşecek şekilde seyyar gaz tüpleri bulundurulmalıdır.	E4.1,E4.2,E4.3, E5, E6,H7.1, H7.2,H7.3, H10,H11 sınıfı hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
21	Servis/kliniğe yatan sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi (broşür, afiş, yüz yüze eğitim vb.) uygulanmalıdır.	E5, H9 sınıfı hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
23	Yoğun bakım üniteleri hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.	Yoğun bakım ünitesi bulunmayan hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.

23.6	Yoğun bakım ünitelerinde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepa filtre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.	Bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların takip edildiği yoğun bakım ünitelerinde ve izolasyon odaları için sorgulanacaktır.
25	Beyin ölümleri bölge koordinasyon merkezine bildirilmelidir	Yoğun bakım ünitesi(Yenidoğan yoğun bakım üniteleri hariç) bulunan hastanelerde sorgulanacaktır.
26	Diyaliz ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.	Diyaliz ünitesi bulunmayan hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
27	Acil servis hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.	Acil servisi bulunmayan hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
28	Ambulans hizmetleri gerekli şartları karşılamalıdır.	Ambulansı bulunmayan hastaneler değerlendirme dışıdır. B1 tipi ambulans ve hasta nakil ambulansı bulunan hastanelerde değerlendirme dışı bırakılamaz.
33.8	Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin içinde bir antibiyotik kontrol ekibi oluşturulmalıdır.	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı ile Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı bulunmayan hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
33.9	Antibiyotik Kontrol Ekibi tarafından "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksisi Prosedürü" hazırlanmalıdır.	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı ile Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı bulunmayan hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
33.10	Hastanede 'Kısıtlı antibiyotik duyarlılık testi raporlama sistemi' uygulamaya geçirilmelidir.	Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı ile Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı bulunmayan hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
34	Sterilizasyon ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.	Sterilizasyon ünitesi bulunmayan hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
40	Güvenli Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu uygulamaları için gerekli düzenleme yapılmalıdır.	Kan bankası/merkezi bulunmayan hastanelerde değerlendirme dışı bırakılacaktır.
41.4	Kemoterapi hazırlama-uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliklerini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Kemoterapi tedavisinin uygulandığı hastanelerde sorgulanacaktır.

44.2	Hastane idaresi acil servis sorumluları ile aylık değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı tutanaklarını ve yapılan iyileştirme çalışmalarını kayıt altına almalıdır.	E5-E6 ve H9 grubu hastanelerde acil servis varsa sorgulanacaktır.
60	Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi aktif olarak kullanılmalıdır.	Aile hekimliğinin uygulandığı illerde sorgulanacaktır.
61	Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi üzerinden düzenli geri bildirim yapılmalıdır.	Aile hekimliğinin uygulandığı illerde sorgulanacaktır.
62	Aile hekimliği uygulanan illerde hastanede tespit edilen gebeler ilgili aile hekimine bildirilmelidir.	Aile hekimliğinin uygulandığı illerde sorgulanacaktır.
77	Mutfakla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	Hizmet alımı (Hastane içi veya dışı) yapılması halinde de değerlendirmeye alınacaktır.
78	Çamaşırhane ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	Hizmet alımı (Hastane içi veya dışı) yapılması halinde de değerlendirmeye alınacaktır.

1. Koordinatörlük veya değerlendirici, Tablo 2’de yer alan hususların dışında, hastanenin bulunduğu hizmet sınıfını dikkate alarak; kurumlarda hizmet kalite katsayısı hesaplamasına esas standartlardan; acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, radyoloji, diyaliz, morg ve benzeri birimleri bulunmayan kurumlar (ağız ve diş sağlığı merkezleri dahil) için gerekçelerini bir tutanakla belirtmek kaydıyla listede yer alan standartları değerlendirme dışı bırakabilir.
2. Hastanenin ilgili standartlardan puan alabilmesi için değerlendirilecek hususların tümünü yerine getirmesi gerekir. Değerlendirilecek hususlardan herhangi biri yerine getirilmediği hallerde söz konusu standarda ilişkin puan verilemez.
3. Her bir standardın yerine getirilme durumuna dair evet, hayır veya değerlendirme dışı seçeneklerine yer verilecektir. Buna göre;

EVET: Söz konusu standarda ait değerlendirilecek hususların tümünün karşılandığını gösterir.

HAYIR: Söz konusu standarda ait değerlendirilecek hususların veya hususlardan herhangi birinin karşılanmadığını gösterir.

DEĞERLENDİRME DIŞI: Bakanlıkça veya koordinatörlükçe Tablo 2’deki hususlar ve hastanenin bulunduğu hizmet sınıfı dikkate alınarak ilgili hastanede değerlendirilmeyecek olan standartları ifade eder.

TALİMAT: İlgili standartların değerlendirilecek hususlar kısmında geçen ve mevcut işlemin nasıl yapılacağını veya kimler tarafından yapılacağını gösterir iç yazışma, onay veya görev tanımı ve benzeri hususları içeren belgelerdir. Bu tür yazılı belgeler talimat olarak kabul edilmeli ve değerlendirmede dikkate alınmalıdır. Değerlendirilecek hususlar kısmında geçen talimat sorgulamalarında yazılı belge bulunması hususu ile birlikte bu talimatların uygulanma durumu da değerlendirilecektir.

POLİKLİNİK HİZMETLERİ

Poliklinikler, özellikle hastaların büyük çoğunluğu tarafından ilk aşamada başvuru ve sağlık hizmetlerinin büyük bir bölümünün (muayene, tahlil gibi işlemleri) sunulduğu birimler olması sebebiyle sağlık kurumlarında çok önemli bir yer teşkil etmektedir.

Ülkemizde, vatandaşlar yataklı tedavi kurumlarına, 1. basamak sağlık hizmeti sunan kurumlardan daha fazla başvurmaktadır. Kamu hastanelerinin 2008 yılı itibariyle iki yüz milyona yakın hastaya hizmet verecekleri öngörülmektedir.

Yapılan çalışmalar sonucunda hastaların, hastane hizmetlerini tercih etmelerinde etkili olan bazı faktörler ön plana çıkmaktadır. Bunların başında doktorların kendilerine gösterdikleri ilgi ve iletişimdeki başarılarının yanı sıra, mesleki bilgilerine duydukları güven, hekim dışı sağlık personelinin gösterdikleri duyarlılık ve beceri, hastalara yeterli bilgi verilmesi ve zaman ayırma konuları da yer almaktadır.

Bundan dolayı poliklinik hizmetlerinin çok iyi bir şekilde organize edilmesi, vatandaşların bu hizmeti alırken tüm hizmet birimlerinden en ideal şekilde yararlanmalarının sağlanması ve kapsamlı hizmet verecek niteliklerle donatılmış olması önem arz etmektedir.

1. Hasta kayıt birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

1.1. Hasta kayıt birimi, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.

Amaç: Hastaların hizmete ulaşım kolaylığını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta kayıt birimi hastaların kolayca ulaşabileceği, kolaylıkla görülebilecek bir yerde konumlandırılmalıdır.

1.2. Hasta kayıt biriminin, her yönden kolayca fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.

Amaç: Hastaların hizmete ulaşım kolaylığını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta kayıt biriminin, her yönden kolayca fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.

1.3. Hasta kayıt birimi, hasta ile doğrudan iletişimi sağlayacak biçimde üstü ve etrafı açık (camekân veya benzeri bir bariyerin olmadığı) masa ve sandalyelerden oluşan ve hasta ile karşılıklı oturulabilir bir tasarımda olmalıdır.

Amaç: Hastanın ilk kayıt biriminde görevli personelle kolay ve rahat iletişim kurabilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta ile görevli personel arasında göz temasını engellemeyecek biçimde üstü ve etrafı açık bir hasta kayıt birimi oluşturulmalı ve hastanın oturabilmesi için sandalye vb. bulunmalıdır.

1.4. Hasta kayıt biriminde hastanede verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili kitapçık ve broşürler bulundurulmalıdır.

Amaç: Hasta ve hastane personeli tarafından, hastanede verilen hizmetlerle ilgili bilgilere kolay ulaşılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta kayıt biriminde hastanede verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili kitapçık ve broşürler bulundurulmalıdır.

1.5. Hasta kayıt birimine ilişkin alanlarda yeterli oturma grupları bulunmalıdır.

Amaç: Hastaların hasta kayıt alanlarında oturabilecekleri bir alan oluşturulmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastaların hasta kayıt alanlarında oturabilecekleri sandalye, koltuk vb. içeren bir alan bulunmalıdır.

1.6. Yaşlılar ve engelli vatandaşların öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Amaç: Yaşlılar ve engelli vatandaşların hasta kayıt biriminde beklerken öncelikli oturabilmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yaşlılar ve engelli vatandaşların öncelikli oturabilmelerine yönelik bir düzenleme (ayrılmış oturma grupları veya önceliği belirten uyarı levhaları gibi) yapılmalıdır.

1.7. Hasta kayıt biriminde görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmelidir.

Amaç: Hastaların kayıt biriminde bekleme sürelerini azaltmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta kayıt birimindeki personel sayısı asgari olarak şu şekilde planlanmalıdır:
- Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 0-200 olan kurum için: En az 2 hasta kayıt görevlisi

- Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 201-500 olan kurum için: En az 3 hasta kayıt görevlisi
- Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 501-1000 olan kurum için: En az 6 hasta kayıt görevlisi
- Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 1001-2000 olan kurum için: En az 8 hasta kayıt görevlisi
- Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 2001-3000 olan kurum için: En az 10 hasta kayıt görevlisi
- Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 3001-4000 olan kurum için: En az 12 hasta kayıt görevlisi olmalıdır.

Not: Günlük ortalama 4000 kişi üzerinde hasta başvurusu bulunan kurumlarda her 1000 hasta için yukarıdaki sayıya 1 hasta kayıt görevlisi ilave edilir. Günlük ortalama hasta sayısı belirlenirken bir önceki dönem poliklinik hasta sayısı dikkate alınır.

b) Belirlenen sayıda hasta kayıt personeli görev almasına rağmen ortalama hasta bekleme süresi 25 dakikadan fazla ise hastane yönetimi gerekli düzenlemeleri yapmalıdır.

Öneri:

- Bu sayılar hasta müracaatının yoğun olduğu saatler için geçerlidir. Bunun dışındaki saatlerde buradaki personel hastanede ihtiyaç duyulan başka birimlerde görevlendirilebilir.
- Değerlendirici, bekleme süresini değerlendirirken; haberli veya habersiz gözlem yapabilir, hasta gibi davranabilir ya da herhangi bir/birkaç hastaya ne kadar süre beklediğini sorabilir.

NOT: Poliklinik odalarında hasta kayıt birimi bulunan hastanelerde, kayıt için görevlendirilmiş personel sayısı hesaplanırken, bu sayıya polikliniklerdeki hasta kayıt birimi personeli de dahil edilmelidir.

1.8. Hasta kayıt birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda hizmet içi eğitim verilmelidir.

Amaç: Hastaların hasta kayıt birimindeki hizmetlerden yeterince yararlanabilmeleri için hasta kayıt birimi görevlilerinin yeterlilik ve niteliklerinin yükseltilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta kayıt birimi görevlisine hasta memnuniyeti, iletişim becerileri, kişilerarası ilişkiler gibi konularda uyum eğitimi ve hizmet içi eğitim verilmelidir.
- b) Bu eğitimlerle ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

1.9. Yaşlılar, engelli vatandaşlar ve sağlık çalışanlarının işlemlerinin öncelikli olarak yapılmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

Amaç: Yaşlılar, engelli vatandaşlar ile sağlık çalışanları için hasta kayıt işlemleri sırasında öncelik tanınmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta kayıt birimlerinde yaşlılar, engelli vatandaşlar ve sağlık çalışanlarının önceliğinin olduğunu belirten uyarıcı bir yazı bulunmalı ve bu vatandaşlarımızın işlemlerine öncelik verilmelidir.

1.10. Hasta kayıt görevlisi kurum hizmet süreçleri, kurum çalışanları ve mevcut uygulamalar (hekim seçme uygulaması) hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.

Amaç: Hastaları ilk karşılayan birimin hastane ve mevcut uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmasını ve hastaları doğru yönlendirmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her gün, o mesai günü için çeşitli sebeplerle görev yapamayacak doktorların listesi (yazılı listeler halinde veya otomasyon sistemi aracılığı ile) hasta kayıt birimlerine teslim edilmelidir.
- b) Hasta kayıt görevlilerine sosyal güvenlik kurumları, hastane içi hizmet süreçleri, hastane çalışanları ve mevcut uygulamalar hakkında eğitim verilmeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

NOT: Poliklinik odalarında da hasta kayıt birimi bulunan hastanelerde, hasta kayıt birimine ilişkin değerlendirilecek tüm hususlar poliklinik odalarındaki hasta kayıt birimi için de dikkate alınmalıdır.

2. Danışma birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

2.1. Danışma, poliklinik alanında, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalı ve gerekli donanımına sahip olmalıdır.

Amaç: Hastaların hizmete ulaşım kolaylığını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Danışma birimi hastaların kolayca ulaşabileceği, kolaylıkla görülebilecek bir yerde konumlandırılmalıdır.
- b) Danışmanın, her yönden kolayca fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.
- c) Danışma, hasta ile doğrudan iletişimi sağlayacak biçimde üstü ve etrafı açık (camekân veya benzeri bir bariyerin olmadığı) bir tasarıma sahip olmalıdır.
- d) Danışma biriminde gerekli teknik donanım (bilgisayar, telefon vb.) ve hastanede verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili el kitapçığı veya broşürler bulundurulmalıdır.

2.2. Danışma biriminde görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmelidir.

Amaç: Hastaların danışma biriminde bekleme sürelerinin azaltılması ve danışma hizmetlerinden yeterince yararlanabilmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Danışma birimindeki personel sayısı asgari olarak şu şekilde planlanmalıdır:
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 0-750 olan kurum için: En az 1 danışma görevlisi,
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 751-1500 olan kurum için: En az 2 danışma görevlisi olmalıdır.
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 1500 kişi üzerinde hasta başvurusu bulunan kurumlar için, her 1500 hasta için yukarıdaki sayıya 1 danışma görevlisi ilave edilir.

Öneri: Farklı binalarda veya birden fazla alanda poliklinik hizmeti veren hastaneler için danışma görevlilerinin dağılımı uygun şekilde yapılmalıdır.

Not: Günlük ortalama hasta sayısı belirlenirken bir önceki dönem poliklinik hasta sayısı dikkate alınır.

2.3. Danışma birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda hizmet içi eğitim verilmelidir.

Amaç: Hastaların danışma hizmetlerinden yeterince yararlanabilmeleri için danışma birimi görevlilerinin yeterlilik ve niteliklerinin yükseltilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Danışma birimi görevlisine, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri, kişilerarası ilişkiler gibi konularda uyum eğitimi ve hizmet içi eğitim verilmelidir.
- b) Bu eğitimlerle ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

2.4. Güncel kurum bilgi rehberi (kurum krokisi, sunulan hizmetler, birim ve çalışan erişim bilgileri) danışma biriminde bulundurulmalıdır.

Amaç: Danışma hizmetlerinin daha sağlıklı bir şekilde verilebilmesi için danışma birimi görevlisinin kurumla ilgili yeterli bilgiye ulaşmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Danışma biriminde gerektiğinde güncellenen kurum ile ilgili bir rehber (kurum krokisi, sunulan hizmetler, birim ve çalışan erişim bilgileri) bulundurulmalıdır.

2.5. Danışma görevlileri diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

Amaç: Hastaların danışma görevlilerine daha kolay ulaşmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Danışma görevlileri diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

3. Hastane, hasta karşılama ve yönlendirme hizmetlerini yeterli bir şekilde sunmalıdır.

3.1 Poliklinik bekleme alanlarında hastaneye başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen sayıda oturma grupları olmalıdır.

Amaç: Poliklinik bekleme alanlarında hasta ve yakınlarının oturabilmesine yönelik düzenlemelerin yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastaların poliklinik bekleme alanlarında oturabilecekleri yeterli sayıda sandalye, koltuk vb. içeren bir alan bulunmalıdır(Her 15 hastaya 1 sandalye/koltuk).

3.2 Poliklinik bekleme alanları dışındaki (röntgen, kan alma ünitesi, servisler vb.) bekleme alanlarında hasta ve yakınları için oturma grupları bulunmalıdır.

Amaç: Poliklinik bekleme alanları dışındaki bekleme alanlarında hasta ve yakınlarının oturabilmesine yönelik düzenlemelerin yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Röntgen, kan alma ünitesi, servisler gibi alanlarda hasta ve yakınlarının oturabilecekleri yeterli sayıda sandalye vb. içeren alanlar bulunmalıdır.

3.3 Hastane ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.

Amaç: Hasta ve yakınlarının hizmete erişimlerinin kolaylaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.

3.4 Yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.

Amaç: Hasta ve yakınlarının hizmete erişimlerinin kolaylaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane ana binası ve tüm birimlerde yönlendirme levhaları işlevsel olmalıdır.
- b) Levhaların yönlendirdiği bölüme ulaştırma durumu kontrol edilmelidir.

3.5 Karşılama ve yönlendirme hizmetleri için görevlendirilecek personel sayısı polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı dikkate alınarak Bakanlıkça belirlenen esaslara göre düzenlenmelidir.

Amaç: Hastaların karşılama ve yönlendirme hizmetlerinden yeterince yararlanabilmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Karşılama ve yönlendirme hizmetleri için görevlendirilecek personel sayısı asgari olarak şu şekilde planlanmalıdır:
- Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 0-750 olan kurum için ; En az 1 görevli,
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 751-1500 olan kurum için: En az 2 görevli olmalıdır.
 - Günlük ortalama 1500 kişi üzerinde hasta başvurusu bulunan kurumlar için, ilave her 750 hasta için yukarıdaki sayıya 1 görevli eklenmelidir.

Not: Günlük ortalama hasta sayısı belirlenirken bir önceki dönem poliklinik hasta sayısı dikkate alınır.

3.6 Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevliye uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler konularında hizmet içi eğitim verilmelidir.

Amaç: Hastaların karşılama ve yönlendirme hizmetlerinden yeterince yararlanabilmeleri için bu hizmetlerde yer alacak görevlilerin yeterlilik ve niteliklerinin yükseltilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Karşılama ve yönlendirme görevlisine hasta memnuniyeti, iletişim becerileri, kişilerarası ilişkiler gibi konularda uyum eğitimi ve hizmet içi eğitim verilmelidir.
- b) Bu eğitimlerle ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

3.7 Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan her görevli diğer personelden ayırt edilebilen kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

Amaç: Hastaların karşılama ve yönlendirme görevlilerine daha kolay ulaşmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Karşılama ve yönlendirme görevlileri diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

3.8 Poliklinik girişleri, kat girişleri ve asansör çıkışları karşısında okunabilir boyutta ve ayırt edilebilir renklerde hastane krokileri bulundurulmalıdır.

Amaç: Hasta ve yakınlarının hizmete erişimlerinin kolaylaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Poliklinik girişleri, kat girişleri ve asansör çıkışları karşısında okunabilir boyutta ve ayırt edilebilir renklerde hastane krokileri bulundurulmalıdır.

Öneri: Krokilere “şimdi buradasınız” şeklinde yer gösterme noktaları eklenebilir.

3.9 Hastane sunduğu hizmetler, çalışma saatleri ve nasıl hizmet alınabileceği konusunda etkili bir bilgilendirme yapmalıdır (web sitesi, broşür, tanıtım filmleri, panolar, basın yayın yoluyla bilgilendirme gibi).

Amaç: Halkı hastanenin sunduğu hizmetlerle ilgili etkili bir şekilde bilgilendirmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane sunduğu hizmetler, çalışma saatleri ve nasıl hizmet alınabileceği konusunda etkili bir bilgilendirme yapmalıdır (web sitesi, broşür, tanıtım filmleri, panolar, basın yayın yoluyla bilgilendirme gibi).

3.10 Engelliler için düzenlemeler yapılmış olmalıdır (asansörler, hastane içi dışı rampalar, engelli tuvaletleri, otopark, vb.).

Amaç: Engelli vatandaşlarımızın hastane hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanede engelli vatandaşlarımız için gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır (asansörler, hastane içi ve dışında rampalar, engelli tuvaletleri, otopark vb.)
- b) Bu düzenlemelerin işlevselliği sağlanmış olmalıdır.

Öneri:

- Ayrıca hasta kayıt ve danışma birimlerinde görme engelliler için hazırlanmış hastane tanıtıcı broşürler bulundurulabilir.
- İşitme ve görme engelli vatandaşlar için karşılama ve yönlendirme elemanı yardımı sağlanabilir.

3.11. Engellilere tanınan öncelikleri belirten tabelalar kolaylıkla görülebilecek yerlerde bulundurulmalıdır.

Amaç: Engelli vatandaşlarımızın hastane hizmetlerinden etkin bir şekilde yararlanmalarını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Engelli hastalarımıza tanınan öncelikleri belirten tabelalar kolaylıkla görülebilecek yerlerde bulundurulmalıdır.

3.12. Hastaların hizmet aldığı bölümler (laboratuvar, görüntüleme, kat sekreterliği, numune verme, sonuç verme yerleri, vb) camekân veya benzeri bariyerin olmadığı bir tasarımda olmalıdır.

Amaç: Hasta ve sağlık personelinin etkin iletişimini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastaların hizmet aldığı bölümler (laboratuvar, görüntüleme, kat sekreterliği gibi bölümlerde randevu alma, numune verme ve sonuç alma yerleri vb.) camekân veya benzeri bariyerin olmadığı bir tasarımda olmalıdır.

4. Poliklinik hizmetleri belirlenen sürede verilmelidir.

4.1. Doktorlar belirlenen poliklinik çalışma saatlerine riayet etmelidir.

Amaç: Doktorlarımızın mesai saatlerinde hizmet vermesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane yönetimi doktorlar için poliklinik çalışma saatlerini düzenlenmeli ve bu saatlere uyulmasını sağlamalıdır.

Hastaların doktorların çalışma planları (ameliyat günü- saati, izin günü vb.) hakkında bilgilendirilmesine yönelik bir düzenleme bulunmalıdır.

Öneri: Çalışma planları danışma biriminde, hasta kayıt biriminde, web sitesinde veya muayene odasının önünde bulundurulularak bu bilgilendirme yapılabilir.

4.2. Hasta kayıt biriminde hastanın gün içinde muayene olacağı zaman dilimi belirlenmelidir. Belirlenen zaman dilimi saatlik (en fazla 1 saat) olarak düzenlenmelidir.

Amaç: Hastaların muayene olabilecekleri zaman dilimi hakkında bilgilendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanın muayene olacağı zaman dilimi ilk hasta kayıta belirlenmelidir; belirlenen zaman dilimi 1 saatten fazla olmamalıdır (Nöroloji muayenesi için sabah gelip 35. Sırayı almış hastaya 'Saat 15.00 ile 16.00 arası muayene olabilirsiniz' denmesi gibi)

Öneri: Hastaya verilen sıra numarası ile ilgili doktorun bir hasta için ortalama olarak ne kadar süre harcadığı tespit edilerek hastaya muayene olabileceği yaklaşık bir zaman dilimi verilebilir. Bunun için otomasyon sisteminde bir modül oluşturulabilir.

Not: Randevu sistemi uygulanan ve hastalarına kesin saat verilen kurumlarda bu soru karşılanmış sayılır.

4.3. Yaşlılar, engelli vatandaşlar ile sağlık çalışanları için muayene önceliği sağlanmalıdır.

Amaç: Yaşlılar engelli vatandaşlar ile sağlık çalışanları için muayene işlemleri sırasında öncelik tanınmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Polikliniklerde yaşlılar, engelli vatandaşlar ve sağlık çalışanlarının muayene önceliğinin olduğunu belirten uyarıcı bir yazı bulunmalı ve bu vatandaşlarımızın muayenede öncelik verilmelidir.

4.4. Kan alma birimlerinde hasta bekleme süreleri Bakanlıkça belirlenen sürelerde olmalıdır.

Amaç: Kan alma ünitelerinde hasta bekleme sürelerini kısaltmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kan alma biriminde hasta bekleme süresi (barkod alma süresi de dahil) en fazla 30 dakika olmalıdır.

Öneri: Değerlendirici, bekleme süresini değerlendirirken; haberli veya habersiz gözlem yapabilir, hasta gibi davranabilir ya da herhangi bir/birkaç hastaya ne kadar süre beklediğini sorabilir.

5. Polikliniklerde hasta mahremiyetine yeterince önem verilmelidir.

Amaç: Polikliniklerde hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır.

5.1. Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Poliklinik odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.

5.2. Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Poliklinik odasında hasta varken aynı zamanda başka bir hasta alınmamalıdır

5.3. Poliklinik odasında hasta varken, odada görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Poliklinik odasında hasta varken, odada ilgili görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.

6. Hastaların hekim seçebilmelerine yönelik bir düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu hekimi serbestçe seçmesine, değiştirmesine, sağlık kurumlarındaki hekimlerin buna uygun poliklinik hizmeti vermesine yönelik tedbirlerin alınmasının ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasının sağlanmasıdır.

6.1. Hekim seçme logosu hastane girişine, poliklinik katına ve hastaların görebileceği yerlere asılmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hekim seçme logosu hastane girişine, poliklinik katına ve hastaların görebileceği yerlere asılmalıdır.

6.2. Hasta kabul/kayıt masası veya birimlerinde hizmet veren branş doktor/doktorlarının listesi ve doktorların çalışma takvimi bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta kabul/kayıt masası veya birimlerinde hizmet veren branş doktor/doktorlarının listesi ve doktorların çalışma takvimi bulunmalıdır.

6.3. Her klinisyene en az bir oda tahsis edilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her klinisyene en az bir muayene odası ve her dış hekime en az bir dış ünite tahsis edilmelidir.

Not: Bu madde ile ilgili olarak; klinik şef ve şef yardımcıları, asistanlar, anestezi, laboratuvar, acil servis/poliklinik ve idari hizmetleri yürüten hekimler ile yoğun bakım, yenidoğan, yanık, diyaliz, kanser erken teşhis tarama ve eğitim merkezi gibi tıbbi bölümlerde sürekli çalışan hekimler ve temel tıp bilimleri uzmanları ve tüm bu hekimlerin kullandıkları odalar değerlendirme dışı bırakılacaktır.

7. Doktor odaları (muayene odaları) gereken şartları karşılamalıdır.

7.1 Poliklinik oda kapılarına doktorun adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılmalıdır.

Amaç: Hastaların muayene olacakları hekim bilgisine ulaşabilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Poliklinik oda kapılarına doktorun adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılmalıdır.

7.2 Doktorun hastalarını kabul ve muayene edebileceği uygun niteliklere sahip olmalıdır.

Amaç: Muayene odalarında, hekimin ve hastanın etkili iletişim kurabilmesinin ve hekimin sağlıklı bir ortamda çalışabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Muayene odalarında klinik branşa göre, hasta muayenesi için gerekli tüm ekipmanlar (muayene masası, paravan, tek kullanımlık ya da sürekli ütülü ve temiz muayene masa örtüsü, muayene koltuğu, otoskop, ışık kaynağı, stetoskop, tansiyon aleti vb.) olmalıdır.
- b) Doktor odaları, iyi havalandırılmış ve aydınlatılmış, yeterli elektronik donanıma sahip olmalıdır.

7.3 Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.

Amaç: Muayene odasında hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Poliklinik odasında muayene alanı paravan vb. ile ayrılmış olmalıdır.

7.4 Her doktor odasında el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulundurulmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin temel unsurlarından olan el hijyeninin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Her doktor odasında el hijyeni malzemeleri (alkol bazlı el antiseptikleri, sıvı sabun, kağıt havlu vb.) bulunmalıdır.

b) Bu ürünlere sağlık personeli tarafından kolaylıkla ulaşılabilir.

(örneğin; cepte taşınabilir, masa üstü, duvara monte el dezenfektanları.)

7.5 Her poliklinikte muayene olacak hastaların ismi veya sıra numarasının görülebilmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

Amaç: Hastaların muayene sürecinin kolaylıkla işlemlerini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Her bir polikliniğin dışına muayene olacak hastanın sıra numarasının görülebilmesi için uygun elektronik sistem konulmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

Not: Bir önceki dönem günlük ortalama poliklinik başvuru sayısı (acil servis hariç) 750 ve üzerinde olan hastaneler için geçerlidir.

7.6 Her kadın hastalıkları ve doğum poliklinik odası için bir ultrasonografi cihazı tahsis edilmelidir.

Amaç: Kadın Hastalıkları ve Doğum Uzmanlarının tanı ve hasta takibinde teknolojik imkânlardan yararlanabilmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Her kadın hastalıkları ve doğum polikliniği odasında ultrasonografi cihazı bulunmalıdır.

b) Ultrasonografi cihazının hekim tarafından gerekli hastalarda kullanıldığını gösteren kayıtlar gösterilebilmelidir.

7.7. Doktor hastaların laboratuvar sonuçlarını poliklinikten görebilmelidir.

Amaç: Hekimin laboratuvar sonuçlarına en kısa sürede ulaşmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvar sonuçları otomasyon aracılığı ile poliklinikte ilgili hekim/hekimler tarafından görülebilmelidir.

7.8. Hastaların yazılı olarak laboratuvar sonuçlarına ulaşabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Amaç: Hastaların, laboratuvar sonuçlarını yazılı olarak da alabilmelerini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastalar poliklinikten veya ayrı bir birimden yazılı çıktı olarak laboratuvar sonuçlarını alabilmelidirler.

7.9. Poliklinik odaları doktor ile hastanın karşılıklı olarak oturabileceği bir düzenlemeye sahip olmalıdır.

Amaç: Muayene odalarında, hekim ve hastanın etkili iletişim kurabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Poliklinik odaları doktor ile hastanın karşılıklı olarak oturabileceği şekilde (hekim koltuğu, masa, sandalye vb.) bir düzenlemeye sahip olmalıdır.

8. Hastane, bebek bakımı ve emzirme odası ile ilgili düzenlemelere sahip olmalıdır.

8.1. Polikliniklerde bebek bakım ve emzirme odası olmalıdır.

Amaç: Hastanelerde anne ve bebek sağlığı hizmetlerinin kalitesini artırmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Polikliniklerde bebek bakım ve emzirme odası olmalıdır.
- b) Bebek bakım ve emzirme odası ile ilgili yönlendirme levhası (ları) olmalıdır.
- c) Emzirme odasının kolay fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.
- d) Bu odalar her zaman kullanıma hazır durumda olmalıdır.

8.2. Emzirme odasında masa ve oturma grubu olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Emzirme odasında annelerin kullanabileceği yeterli sayıda sandalye, koltuk vb. ile masa ve/veya sehpa bulunmalıdır.

8.3. Emzirme odasında emzirme afiş ve broşürü olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Emzirme odasında emzirmeyi özendirici ve konuyla ilgili bilgilendirici afiş ve broşür olmalıdır.

8.4. Emzirme odasında alt değiştirme yeri mevcut olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Emzirme odasında bebeğin düşmemesi için gerekli düzenlemenin (korkuluk, yükseltilmiş kenarlar vb.) olduğu temiz bir alt değiştirme yeri bulunmalıdır.

8.5. Kadın doğum servisinde ve emzirme odasında doğru ve yanlış emzirme resimleri olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kadın doğum servisinde ve emzirme odasında doğru ve yanlış emzirme resimleri olmalıdır.

8.6. “Anne Sütü ve Emzirme” eğitimleri ilgili doktor ve hemşirelerin yıllık hizmet içi eğitim planlarında yer almalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) “Anne Sütü ve Emzirme” eğitimleri ilgili doktor ve hemşirelerin yıllık hizmet içi eğitim planlarında yer almalıdır.

8.7. Emzirme Odasında Lavabo olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bebek bakım ve emzirme odalarında lavabo, sabun, kâğıt havlu bulunmalıdır.
- b) Bebek bakım ve emzirme odalarında el antiseptiği (tercihen duvara monte edilmiş) ve bunun kullanımını anlatan afiş, talimat vb. bulunmalıdır.

LABORATUVAR HİZMETLERİ

Sağlık alanında merkezi bir rol oynayan laboratuvarlar hizmet kalitesi bakımından önemlidir. Tıbbi tanılarının büyük çoğunluğunun, laboratuvar sonuçları ile desteklenmektedir. Laboratuvarların organizasyonunda, laboratuvar cihaz ve malzemelerinin kullanılmasında ve hizmetin kaliteli ve ekonomik olmasında özel bir çaba gösterilmesi kaçınılmazdır. Bunun için etkili bir laboratuvar yönetimi gerekmektedir.

Laboratuvar çalışmalarının etkili bir şekilde planlanması, yürütülmesi, izlenmesi, kaydı ve raporlanması amacıyla sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarımızın aşağıdaki laboratuvarlara ilişkin kriterleri karşılaması beklenmektedir.

9. Laboratuvarlar hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

9.1 Numune kabul ve red kriterleri tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

Amaç: Laboratuvarda çalışılan testlerden doğru sonuç elde edilebilmesi ve özellikle analiz öncesi (preanalitik) evre hatalarının en aza indirilebilmesi için numune kabulü ile ilgili kurallar hakkında hem laboratuvar personelinin hem de ilgili diğer hastane personelinin bilgilendirilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Numunelerin çalışma zamanı, numune türü, ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ait bilgi, numune kabul veya red kriterleri vb. hususları içeren kılavuz veya Test Rehberi bulunmalıdır.
- b) Numune kabul veya red kriterlerine göre reddedilen örneklerin kaydı tutulmalıdır. Laboratuvar sorumlusunun belirlediği aralıklarda bu kayıtlarla ilgili istatistiksel değerlendirme yapılmalıdır. Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler düzenlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

9.2 Numunelerin alındığı tarih ve saat ile aynı numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat kayıt altına alınmalıdır

Amaç: Hastadan alınan numunenin alınma saati ve laboratuvara teslim saatinin tespit edilerek, bu numunenin transferi sırasında oluşabilecek gecikmelerin engellenmesi ve bekletilmiş numunelerin tespit edilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvara getirilen numunelerin üzerinde numune alma saati bulunmalıdır. Numune alma saati ile barkod etiketinin çıkarıldığı tarih ve saatin uyumlu olmasına (hem poliklinik hastalarında, hem de yatan hastalarda) dikkat edilmelidir.
- b) Numunelerin laboratuvara kabul saati kayıt altına alınmalıdır (otomasyon kaydı).
- c) Hasta sonuç raporlarında numunenin alındığı, laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat görülebilmelidir.

9.3 Çalışılan tüm testlerin internal kalite kontrolü yapılmalıdır.

İnternal kalite kontrolü, laboratuvarda çalışılan testlerin analizi sırasında oluşabilecek hataları önceden tespit edebilmek ve sonuçların hatalı verilmesini engellemek amacıyla konsantrasyonu ve yapısı önceden bilinen materyallerle yapılan cihaz test sonuç kontrolüdür.

Amaç: Test sonuçlarının tekrarlanabilirliğinin kanıtlarından olan internal kalite kontrollerinin, testin çalışıldığı gün yapılması ve bu kontrollerin sonuçlarının kayıtlı olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Testlerin çalışıldığı tarihlerde iç (internal) kalite kontrolü en az iki seviyeli olarak (normal ve patolojik kontrol serumu gibi) yapılmalı ve sonuçlar yazılı veya elektronik ortamda (CD vb.) kayıt altına alınmalıdır.
- b) İç kalite kontrol çalışmaları her vardiya değişiminde de iki seviye olmak üzere çalışılan testler için tekrar edilmelidir.

9.4 Eksternal kalite kontrolleri yapılmalıdır (eksternal kalite kontrolü yapılabilen testler için).

Eksternal kalite kontrol, bağımsız kuruluşlar tarafından yürütülen ve laboratuvarların analitik performanslarının karşılaştırmalı olarak değerlendirilmesini öngören bir sistemdir. Bu sistemde kontrolü yürüten kuruluş ilgili laboratuvara belirli aralıklarla kontrol örnekleri gönderir ve bu örneklerin değerlendirilmesi sonucunda gelen veriler eksternal kalite kontrol merkezinde analiz edilir. Elde edilen sonuçlar ilgili laboratuvara gönderilerek laboratuvarın kendi performansı hakkında bilgi sahibi olması sağlanır.

Amaç: Test sonuçlarının doğruluğunun kanıtlarından biri olan eksternal kalite kontrol programının sağlanması ve kayıtlarının saklanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Çalışılan testlerden dış (eksternal) kalite kontrol programına bağlanabilen parametreler için dış kalite kontrolleri periyodik olarak yapılmalı, sonuçlar yazılı veya elektronik ortamda (CD vb.) kayıt altına alınmalıdır.

9.5 Eksternal kalite kontrol sonuç raporları değerlendirilerek uygunsuz sonuç var ise düzeltici önleyici çalışmalar yapılmalıdır

Amaç: Dış kalite kontrol programından elde edilen verilerin laboratuvar sorumlusu tarafından değerlendirilmesini ve gerek görülen düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını temin etmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Dış kalite kontrol raporları laboratuvar sorumlusu tarafından değerlendirilmelidir.
- b) Uygunsuz sonuçlar için gerekli görülüyorsa düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalı ve sonuçlar kayıt altına alınmalıdır.

9.6 Numunelerin toplanması ve güvenli transferine ilişkin talimat bulunmalıdır

Amaç: Alınan numunelerin uygun koşullarda ve tanımlanmış sürelerde transferleri temin edilerek doğru sonuçların elde edilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Numunelerin transferi ile ilgili talimat (uygun ısı, süre, taşıma kabı vs. belirtilerek) hazırlanmalıdır.
- b) Transfer ile yükümlü personele numune transfer talimatı ile ilgili eğitim verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- c) Özellikle servislerde numunelerin toplandıkları uygun bir alan belirlenmelidir.

9.7 Kan alma üniteleri ve laboratuvarda uygun tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.

Amaç: Kan alma ünitelerinde ve laboratuvarlarda hastane enfeksiyonlarının önlenmesi, çalışan ve çevre güvenliğinin temini açısından tıbbi atıkların bertarafı hususunda düzenleme yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tıbbi atıkların kaynağında ayrı olarak toplanması ve ünite içinde taşınması ile ilgili talimat hazırlanmalı ve bu talimatın uygulanması sağlanmalıdır.
- b) Kan alma ünitelerinde ve laboratuvarda uygun tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.
- c) İlgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

9.8 Çalışılan parametrelerin panik değer listesi bulunmalıdır.

Amaç: Laboratuvarda çalışılan testlerde hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek sonuçlar elde edildiğinde ilgili hekimin veya hemşirenin en kısa zamanda bilgilendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta güvenliği açısından önem arz eden ve ilgili branş hekimine bildirilmesi gereken panik değerler listesi laboratuvar personeline kolay ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.
- b) Laboratuvar personeline ilgili konularda eğitim verilmeli ve bu eğitime ilişkin kayıt tutulmalıdır.

Öneri: Panik değer listesi otomasyonda tanımlanmalıdır. Bu değerler tespit edildiğinde ilgilileri uyaran bir sistem olmalıdır.

9.9 Panik değer bildirim talimatı bulunmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliği açısından panik değer bildirimlerinin takibinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Panik değer olarak tanımlanan sonuçlar elde edildiğinde laboratuvar teknisyeni ve laboratuvar sorumlusunun izlemesi gereken yol ile ilgili bir talimat oluşturulmalıdır.
- b) Bildirilen panik değerlerle ilgili kayıt tutulmalıdır.

9.10 Tahlil/tetkik sonuçları belirlenen sürelerde verilmelidir (acil testler tanımlanmalı ve sonuç verme süreleri hakkında hastaları bilgilendirecek düzenlemeler yapılmalıdır).

Amaç: Hastanenin acil veya merkez laboratuvarlarında çalışılan testlere ait sonuç teslim sürelerinin önceden belirlenmiş olması, konuyla ilgili sağlık personelinin ve hasta/hasta yakınlarının bilgilendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil testler için sonuç teslim süreleri acil servisteki hastaların görebileceği yerlerde asılmalıdır.
- b) Rutin testler için sonuç verme süreleri hakkında hasta bilgilendirilmelidir.
- c) Tetkik sonuçları belirtilen sürelerde verilmelidir. Oluşan uygunsuzluklar ile ilgili kayıtlar tutulmalı, değerlendirilmeli ve düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

9.11 Kit verimlilik hesaplaması yapılmalıdır.

Amaç: Hastane laboratuvarlarında çalışılan testlerin verimli kullanılıp kullanılmadığının değerlendirilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kit (Test) Verimliliği = $\frac{\text{Hasta örneği sayısı}}{\text{Toplam örnek sayısı}}$

Toplam örnek sayısı = Hasta örnekleri + Kalibrasyonda kullanılan test sayısı + Kontrolde kullanılan test sayısı + Tekrar edilen test sayısı

Not: Sonuç başına ödeme yapan kurumlarda da bu değerlendirme yapılacaktır.

9.12 Laboratuvar cihazlarının yönetimine ilişkin talimat bulunmalıdır.

Amaç: Hastane laboratuvarlarında bulunan tıbbi cihazların envanter, periyodik bakım, kalibrasyon ve arıza giderim işlemlerinin uygun şartlarda yapılması ve devamlılığının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tıbbi cihazların envanter kaydında, laboratuvarda bulunan tüm tıbbi cihazların adı, markası, modeli, yaşı, seri numarası, temsilci firma ve hizmete giriş tarihi bulunmalıdır.
- b) Her cihazın bir yönetim dosyası olmalı ve bu dosya içinde;
 - Kullanım kılavuzu veya CD'si
 - Test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları¹
 - Kalite kontrol sonuçları
 - Cihaz bakım formları
 - Arıza bildirim formları
 - Firma iletişim bilgileri
 - Kullanıcı eğitim sertifikaları
 - Laboratuvar ortamının ısı ve nem takip çizelgeleri

veya tüm bu dokümanların nerede ve nasıl saklandığına yönelik bilgiler bulunmalıdır. (yazılı veya elektronik ortamda)

¹ Biyokimya, hormon, ELISA vb. cihazlarının test kalibrasyon periyotları belirlenmelidir. Bu cihazlar için kalibratörler ile yapılan test kalibrasyon sonuç kayıtları yeterlidir.

9.13 Buzdolaplarının kalibre edilmiş termometreler aracılığı ile ısı takipleri yapılmalıdır.

Amaç: Kitlerin üretici firma tarafından belirtilmiş olan uygun ısı koşullarında muhafaza edilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kitlerin yer aldığı soğutucuların ısı takipleri uygun bir şekilde yapılmalıdır.
- b) Soğutucuların ısılarını ölçen termometrelerin kalibre edildiğine veya doğrulama işleminin yapılmış olduğuna dair kayıtlar tutulmalıdır.

9.14 Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon talimatları bulunmalı ve uygulanmalıdır.

Amaç: Laboratuvarların temizlik, dezenfeksiyon ve ilgili malzemelerin sterilizasyonun sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvarlarda temizlik, dezenfeksiyon ve ilgili malzemelerin sterilizasyon işlemleri için talimatlar bulunmalı ve uygulanmalıdır.
- b) İlgili personele verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

9.15 Laboratuvar bölümlerinde (ELISA, Biyokimya, Hormon vb.) çalışan personele çalışacağı cihaz ve test alanında eğitim verilmelidir.

Amaç: Laboratuvar çalışanlarının cihazları etkin kullanmalarının temini ve çalıştıkları cihazlarla ilgili yetkilendirilmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvarda (ELISA, Hormon, Biyokimya vb.) çalışan personele çalıştığı cihaz ve test için ilgili firma tarafından eğitim ve sertifika verilmelidir.

Öneri:

- Laboratuvarda çalışılan analizler için mümkünse birden fazla personelin sertifikalandırılması önerilir.

9.16 Laboratuvarların tüm süreçlerine ilişkin işleyiş prosedür bulunmalıdır.

Amaç: Hastane laboratuvarlarının ulusal veya uluslararası standartlara, kanun ve yönetmeliklere uygun olarak hizmet vermesini sağlamak için, istemin yapılması ile başlayan; preanalitik, analitik ve postanalitik evreleri de kapsayan sürecin basamaklandırılarak açıklanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvarlarla ilgili tüm süreçlere (mesai saatlerinde ve mesai saatleri dışında) ilişkin işleyiş prosedürü bulunmalıdır.
- b) Bu basamaklarda görülebilecek aksaklıkların çözüm yolları da bu prosedürde yer almalıdır (otomasyondaki aksaklıklar, cihaz arızaları gibi sonuçların gecikmesine neden olabilecek durumlarda doktor ve hastaları bilgilendirme şekli ve çözüm yolları vb.)

9.17 Laboratuvar güvenlik prosedürü bulunmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla laboratuvar çalışanlarının, çalışma ortamı, kullanılan cihaz, malzeme ve hasta numuneleri nedeniyle zarar görmelerini ve çevreye zarar vermelerini engellemek için laboratuvar güvenlik prosedürünün hazırlanması ve uygulanmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvar güvenlik prosedürü (laboratuvar çalışanlarının uyması gereken kurallar, kimyasal maddeler, yangın ve elektrik güvenliği vb.) hazırlanmalıdır.
- b) Laboratuvar tarafından hazırlanmış olan prosedürde belirtilen hususlarla ilgili gerekli alt yapı ve uygulamalar mevcut olmalıdır.
- c) Bu konu ile ilgili tüm laboratuvar personeline eğitim verilmeli ve eğitim kayıtları tutulmalıdır.
- d) Her laboratuvar kendi risk değerlendirmesini yapmalı ve biyogüvenlik seviyesini belirlemelidir. Klinik materyal ile çalışan tüm hastane laboratuvarları en az biyogüvenlik seviye 2 (BSL-2) alt yapı ve iyi laboratuvar uygulamaları kurallarına uygun olmalıdır.
- e) Sıçrama, dökülme ve aerosol oluşturan işlem ve teknikler, (klinik materyal ile kültür ekimi gibi) yıllık olarak bakımı yapılmış biyogüvenlik kabinleri içerisinde yapılmalıdır.
- f) Biyogüvenlik kabinlerinin kalite kontrol testleri, performans testleri ve yıllık bakım-onarım işlemleri yaptırılmalı ve bunlarla ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
- g) Laboratuvar personelinin ve ziyaretçilerin laboratuvara giriş ve çıkışlarına ilişkin kurallar belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- h) Mikrobiyolojik kontamine atıklar (kültür plakları) otoklavlanıp dekontamine edildikten sonra atılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

9.18 Hastanede hasta başı test cihazlarının (POCT) kalite kontrol işlemleri yapılarak sonuçları değerlendirilmelidir.

Amaç: Hastanede kullanılan hasta başı test cihazlarının güvenilir sonuçlar vermesinin ve bu sonuçların değerlendirilerek takip edilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanenin kliniklerinde mevcut olan tüm hasta başı test cihazlarının (glukometre, kan gazı cihazı vb.) markası, modeli, seri numarası, üretici firma, satın alındığı tarih vb. bilgileri içeren bir envanteri tutulmalı ve bu kayıtlar hastane yönetimince yetkilendirilmiş bir kişide muhafaza edilmelidir.
- b) Laboratuvar sorumlusu tarafından hastanedeki tüm hasta başı test cihazları için bir laboratuvar yetkilisi tayin edilmelidir ve bununla ilgili görev tanımı yapılmalıdır.
- c) Servis tarafından her hasta başı test cihazı için bir klinik birim yetkilisi tespit edilmelidir ve bununla ilgili görev tanımı yapılmalıdır.
- d) Hasta başı test cihazında çalışacak klinik birim yetkilisi preanalitik, analitik ve postanalitik evreler, kalite kontrol değerlendirme kuralları, cihazın temizliği ve bakımı, güvenlikle ilişkili unsurlar vb. konular hakkında eğitilmeli ve eğitim belgesi dosyalanmalıdır.
- e) Hasta başı test cihazlarının kalibrasyon ve iç kalite kontrol sonuçları saklanmalıdır.
- f) Klinik birim yetkilisi hasta başı test cihazı kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarında bir uygunsuzluk tespit ettiğinde veya arıza durumunda sorunun çözülmesi için ilgili firmayla iletişime geçmelidir. Bu durum hakkında laboratuvarın hasta başı cihaz yetkilisini bilgilendirmelidir.
- g) Bir hasta başı test cihazı ilk defa kurulduğu zaman bu test hastanenin laboratuvarı tarafından da çalışabiliyorsa yöntem karşılaştırma çalışmaları yapılmalı ve bu çalışmalar belgelenmelidir.
- h) Sonuçların güvenilirliği ve maliyet-yararlılığı göz önünde bulundurularak uygun görülen aralıklarla, belirlenmiş bir hasta serumu için laboratuvardaki cihaz ile karşılaştırmalı bir çalışma yapılmalı ve sonucu kaydedilmelidir.
- i) Çalışılmış olan tüm hasta sonuçları kayıt altında tutulmalıdır.

Öneri:

- İstenirse laboratuvarın hasta başı cihaz yetkilisi gerekli gördüğü aralıklarla hasta başı test cihazının kalite kontrol bilgilerini denetleyebilir.
- Hasta başı test cihazından alınan sonuçla ilgili şüphe duyulursa, klinikle uyumsuzsa veya hastaya önemli bir girişim yapılmasını gerektiriyorsa (örneğin glukometrenin glukoz sonucu hastaya insülin tedavisi yapılmasını gerektiriyorsa) testin hastane laboratuvarında teyit edilmesi tavsiye edilir.

9.19. Laboratuvarlarda kullanılan kitlerin ve sarf malzemelerinin miat kontrolleri yapılmalıdır.

Amaç: Laboratuvar test sonuçlarının güvenilirliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Laboratuvarlarda saklanan kit ve sarf malzemeleri son kullanma tarihlerine dikkat edilerek yerleştirilmelidir.
- b)** Kitlerin ve sarf malzemelerinin miat takipleri periyodik olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

Sağlık Hizmetlerinin ulaştığı nokta itibarıyla, görüntüleme hizmetleri hastaların rahatsızlıklarının hekimlerce tanınmasında vazgeçilmez süreçlerden biri haline gelmiştir. Bu nedenle söz konusu hizmetlerin zamanında ve doğru bir şekilde sunumu hayati öneme sahiptir. Görüntüleme hizmetlerinde uzayan randevu ve raporlama süreleri hizmette aksamaya yol açabilmektedir.

Görüntüleme hizmetlerinin bir önemli unsuru da hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır. Dolayısıyla hizmet sunumunda tüm süreçleri dikkate alacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.

10 Tetkik sonuçları (CT, MR ve ultrason vb.) için süreç tanımlanmalıdır.

Amaç: Hastane idaresince teknik ve personel kapasitesi göz önüne alınarak görüntüleme hizmetleri ile ilgili süreçlerin en iyi şekilde planlanmasının sağlanmasıdır.

- Tetkik sonuçlarının ve randevu tarihlerinin verilmesine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
- Tetkik sonuçlarının hastalara verilme süreleri Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde tanımlanmalı ve bu sürelerden tüm çalışanların bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır.
- Sonuç verme süreleri hasta ve yakınlarının görebileceği, anlayabileceği şekilde ilan edilmelidir.
- İstatistiksel olarak gecikmiş sonuçlar ve randevu süreleri ile ilgili çalışma yapılmalı, gecikme nedenleri belirlendikten sonra iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Not:

- Randomize hasta seçilerek hekim istem formundaki tarih ile randevu verilen tarih karşılaştırılarak istenen süreye uygunluk değerlendirilebilir.
- 10.1 ila 10.9 soruları için yukarıdaki kriterler karşılanmıyorsa puan verilmeyecektir.

10.1 CT raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) CT çekilen her hasta için CT rapor verilme süresi çekimin yapıldığı gün hariç 3 iş gününü geçmemelidir.
- b) Raporların onaylanma tarihi kayıt altına alınmalıdır.

Not: Değerlendirmeden önceki son dört aylık veriler esas alınır. Polikliniğe (acil poliklinik hariç) başvuran hastalar için değerlendirme yapılır.

10.2 MR raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmelidir

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) MR çekilen her hasta için MR rapor verilme süresi çekimin yapıldığı gün hariç 3 iş gününü geçmemelidir.
- b) Raporların onaylanma tarihi kayıt altına alınmalıdır.

Not: Değerlendirmeden önceki son dört aylık veriler esas alınır. Polikliniğe (acil poliklinik hariç) başvuran hastalar için değerlendirme yapılır.

10.3 Ultrasonografi raporları Bakanlıkça belirlenen sürelerde verilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) USG raporları, her hasta için USG yapıldıktan sonra 30 dakika içerisinde verilmelidir.
- b) Raporların onaylanma tarihi ve saati kayıt altına alınmalıdır.

10.4 CT görüntüleme randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) CT görüntüleme randevuları, her hasta için tetkikin istendiği günden itibaren en geç 15 iş günü içerisinde verilmelidir.
- b) Tetkikin istendiği tarih ve randevu tarihi kayıt altına alınmalıdır.

Not: Değerlendirmeden önceki son dört aylık veriler esas alınır. Polikliniğe (acil poliklinik hariç) başvuran hastalar için değerlendirme yapılır. Kontrol hastaları değerlendirme dışıdır.

10.5 MR görüntüleme randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) MR görüntüleme randevuları, her hasta için tetkikin istendiği günden itibaren en geç 15 iş günü içerisinde verilmelidir.
- b) Tetkikin istendiği tarih ve randevu tarihi kayıt altına alınmalıdır.

Not: Değerlendirmeden önceki son dört aylık veriler esas alınır. Polikliniğe (acil poliklinik hariç) başvuran hastalar için değerlendirme yapılır. Kontrol hastaları değerlendirme dışıdır.

10.6 EKO randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) EKO randevuları, her hasta için tetkikin istendiği günden itibaren en geç 15 iş günü içerisinde verilmelidir.
- b) Tetkikin istendiği tarih ve randevu tarihi kayıt altına alınmalıdır.

Not: Değerlendirmeden önceki son dört aylık veriler esas alınır. Polikliniğe (acil poliklinik hariç) başvuran hastalar için değerlendirme yapılır. Kontrol hastaları değerlendirme dışıdır.

10.7 Ultrasonografi randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) USG randevuları, her hasta için tetkikin istendiği günden itibaren en geç 20 iş günü içerisinde verilmelidir.
- b) Tetkikin istendiği tarih ve randevu tarihi kayıt altına alınmalıdır.

Not: Değerlendirmeden önceki son dört aylık veriler esas alınır. Polikliniğe (acil poliklinik hariç) başvuran hastalar için değerlendirme yapılır. Kontrol hastaları değerlendirme dışıdır.

10.8 EEG randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) EEG randevuları, her hasta için tetkikin istendiği günden itibaren en geç 30 iş günü içerisinde verilmelidir.
- b) Tetkikin istendiği tarih ve randevu tarihi kayıt altına alınmalıdır.

Not: Değerlendirmeden önceki son dört aylık veriler esas alınır. Polikliniğe (acil poliklinik hariç) başvuran hastalar için değerlendirme yapılır. Kontrol hastaları değerlendirme dışıdır.

10.9 EMG randevuları Bakanlıkça belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde verilmelidir

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) EMG randevuları, her hasta için tetkikin istendiği günden itibaren en geç 30 iş günü içerisinde verilmelidir.
- b) Tetkikin istendiği tarih ve randevu tarihi kayıt altına alınmalıdır.

Not: Değerlendirmeden önceki son dört aylık veriler esas alınır. Polikliniğe (acil poliklinik hariç) başvuran hastalar için değerlendirme yapılır. Kontrol hastaları değerlendirme dışıdır.

10.10 Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır

Amaç: Hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her bir görüntüleme odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmalıdır.
- b) Hastaların görüntüleme salonuna tek tek alınmaları sağlanmalıdır.

10.11 Riskli girişimsel işlemler için hasta onamı alınmalıdır.

Amaç: Riskli girişimsel radyolojik işlemler öncesinde hasta ve yakınlarının bire bir sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmesi ve onayının alınmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Birimle ilgili çalışma talimatları ya da prosedürlerinde, hasta bilgilendirmesi ile ilgili süreç belirlenmelidir.
- b) Riskli girişimsel radyolojik işlemler öncesinde işlemi kimin yapacağı, işlemin amacı, süresi, komplikasyonları gibi konularda hasta ve yakınları bire bir sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmeli, bu kişilerin anlatılanları tam olarak anladığından emin olunmalı, onamı alınarak kayıtları tutulmalıdır.
- c) Bu bilgilendirmeyi yapan sağlık personelinin isim ve unvanı da kayıtlarda yer almalıdır.

10.12 Tüm görüntüleme cihazlarının bakım ve kalibrasyonları bir plan dâhilinde yapılmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tüm görüntüleme cihazlarının periyodik bakımları ve kalibrasyonları ile ilgili süreç planlanmalıdır.
- b) Bakım ve kalibrasyon işlemleri planlanan zaman dilimlerinde yaptırılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
- c) Cihazların üzerinde kalibrasyonla ilgili etiketler bulunmalıdır.

10.13 Tekrar edilen çekim sayıları tespit edilerek, düzeltici ve önleyici çalışmalar yapılmalıdır.

Amaç: Görüntüleme hizmetlerinde hem ekonomik açıdan yük getiren hem de hasta ve çalışan için fazladan doz alınmasına sebep olan tekrar çekimlerinin asgari düzeye indirgenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tekrar edilen çekim sayıları takip edilmeli ve gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalıdır
- b) Tekrar edilen çekimler, tekrar çekim sebepleri ve çekimi yapan personel ismi mutlaka kayıt altına alınmalıdır.
- c) Bölüm sorumluları tarafından tekrar eden çekim sayıları değerlendirilmeli, bu sayılar belli aralıklarla yorumlanmalı ve sebepleri araştırılarak gerekli düzenlemeler, düzeltici ve önleyici çalışmalar yapılmalıdır. Bütün bu faaliyetler kayıt altına alınmalıdır.

11 Radyoloji ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları taşımaktadır.

11.1 Radyoloji ünitesinde çalışan personelin dozimetre takipleri öngörülen sürelerde yapılmalıdır

Amaç: Radyoloji ünitesinde çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Radyoloji ünitesinde dozimetre takibi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. Türkiye Atom Enerjisi Kurumunca önerilen takip sürelerine uyulmalıdır.

11.2 Radyoloji ünitesinde çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır

Amaç: Radyoloji ünitesinde çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Radyoloji ünitesinde çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır.
- b) Şutlama esnasında hastanın yanına giren personel, hasta yakını, ebeveynlerin kurşun yelek kullanmalarına ilişkin bir düzenleme yapılmalıdır.

11.3 Radyoloji ünitesinde bulunan kurşun yelekler uygun nitelikte olmalıdır

Amaç: Radyoloji ünitesinde çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Radyoloji ünitesinde yeterli sayıda ve personel için uygun farklı ebatlarda kurşun yelek bulunmalıdır.
- b) Üniteye bulunan kurşun yelekler hasar görmemiş olmalıdır.
- c) Kurşun yeleklerin en az 6 ayda bir olmak üzere röntgen filmi çekilerek sağlam olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ayrıca düşme buruşma gibi durumlarda hasar gördüğüne dair şüphe varsa bu işlem tekrarlanır.

11.4 Radyoloji ünitesinin TAEK lisansı olmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Radyoloji ünitesinde bulunan tüm cihazların faaliyete başlamadan önce Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan (TAEK) alınmış olan lisansları ve periyodik olarak yapılan muayene ve vize evrakları bulunmalıdır.

11.5 Radyasyon denetimli alanlarda görev yapanların hematolojik tetkikleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.

Amaç: Çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Radyoloji ünitesinde çalışan personelin yılda en az bir kez rutin hematolojik tetkikleri yapılmalı ve bu tetkiklerin ilgili uzman hekimlerce değerlendirilmiş raporları bulunmalıdır.

11.6 Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak üzere radyasyon uyarılarının gerektiği şekilde yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Radyoloji laboratuvarı girişinde, laboratuvar alanı içinde ve bu alan ile bağlantılı hastane koridorlarında aşağıdaki yönlendirme, uyarı ve güvenlik işaretleri kolaylıkla görülebilecek, anlaşılabilir şekilde uygun yerlere asılmalıdır:
- Radyasyon alanı olduğunu gösteren temel radyasyon sembelleri,
 - Radyasyona maruz kalma tehlikesinin büyüklüğünü ve özelliklerini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretler,
 - Gebe veya gebelik şüphesi taşıyanlara yönelik uyarı levhalarının bulunması,
 - Bölgelerde geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerektiğini gösteren uyarı işaretleri.

12 Kateter laboratuvarı (koroner anjiyografi ünitesi) hizmet sunumu için gerekli şartları taşımaktadır.

12.1 Kateter laboratuvarında çalışan personelin dozimetre takipleri öngörülen sürelerde yapılmalıdır.

Amaç: Kateter laboratuvarında çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kateter laboratuvarında dozimetre takibi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. Türkiye Atom Enerjisi Kurumunca önerilen takip sürelerine uyulmalıdır.

12.2 Kateter laboratuvarında çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır.

Amaç: Kateter laboratuvarında çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kateter laboratuvarında çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır

12.3 Kateter laboratuvarında bulunan kurşun yelekler uygun nitelikte olmalıdır.

Amaç: Kateter laboratuvarında çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kateter laboratuvarında yeterli sayıda ve personel için uygun farklı ebatlarda kurşun yelek bulunmalıdır.
- b) Laboratuvarda bulunan kurşun yelekler hasar görmemiş olmalıdır.
- c) Kurşun yeleklerin en az 6 ayda bir olmak üzere röntgen filmi çekilerek sağlam olup olmadığı kontrol edilmelidir. Ayrıca düşme buruşma gibi durumlarda hasar gördüğüne dair şüphe varsa bu işlem tekrarlanır.

12.4 Kateter laboratuvarının TAEK lisansı olmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kateter laboratuvarında bulunan tüm cihazların faaliyete başlamadan önce Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan (TAEK) alınmış olan lisansları ve periyodik olarak yapılan muayene ve vize evrakları bulunmalıdır.

12.5 Radyasyon denetimli alanlarda görev yapanların hematolojik tetkikleri yılda en az bir kez yapılmalıdır

Amaç: Kateter laboratuvarında çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kateter laboratuvarında çalışan personelin yılda bir kez rutin hematolojik tetkikleri yapılmalı ve bu tetkiklerin ilgili uzman hekimlerce değerlendirilmiş raporları bulunmalıdır.

12.6 Denetimli alanların girişlerinde ve bu alanlarda radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak üzere radyasyon uyarılarının gerektiği şekilde yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kateter laboratuvarı girişinde, laboratuvar alanı içinde ve bu alan ile bağlantılı hastane koridorlarında aşağıdaki yönlendirme, uyarı ve güvenlik işaretleri kolaylıkla görülebilecek, anlaşılabilir şekilde uygun yerlere asılmalıdır:
- Radyasyon alanı olduğunu gösteren temel radyasyon simgeleri,
 - Radyasyona maruz kalma tehlikesinin büyüklüğünü ve özelliklerini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretler,
 - Gebe veya gebelik şüphesi taşıyanlara yönelik uyarı levhalarının bulunması,
 - Bölgelerde geçirecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerektiğini gösteren uyarı işaretleri.

12.7 Girişimsel işlem öncesi kimlik doğrulama yapılmalıdır.

Amaç: Sağlık çalışanlarının en önemli sorumluluklarından biri olan “doğru hastaya, doğru işlemin uygulanması” nı sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta yatarak takip edildiği süre boyunca kol bandı takılı olmalıdır.
- b) Kol bantlarındaki belirleyiciler (hastanın adı-soyadı, T.C kimlik no, protokol/dosya no, yattığı servis, vb. bilgiler) kontrol edilmelidir.
- c) Girişimsel işlem öncesi hasta kimliği aktif iletişim tekniği ile doğrulanmalıdır.

12.8 Girişimsel işlem uygulanacak olan hastanın onayı alınmalı ve onam formu olmalıdır.

Amaç: Girişimsel işlem öncesinde hasta ve yakınlarının bire bir sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmesi ve onayının alınmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Birimle ilgili çalışma talimatları ya da prosedürlerinde, hasta bilgilendirmesi ile ilgili süreç belirlenmelidir.
- b) Girişimsel işlem öncesinde işlemi kimin yapacağı, işlemin amacı, süresi, komplikasyonları gibi konularda hasta ve yakınları bire bir sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmeli, bu kişilerin anlatılanları tam olarak anladığından emin olunmalı, onam alınarak kayıtları tutulmalıdır.
- c) Bu bilgilendirmeyi yapan sağlık personelinin isim ve unvanı kayıtlarda bulunmalıdır.

12.9 Kateter laboratuvarı temizliği ve sterilizasyonu ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.

Amaç: Hasta, hasta yakını ve hastane personeli için enfeksiyon gelişmesi ve yayılmasını önlemek için temizlik ve sterilizasyon kurallarının belirlenmesi ve uygulanmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kateter laboratuvarı temizliği ve dezenfeksiyonu ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.

12.10 Laboratuvarda kullanılan malzemelerin kullanım sonrası bakım ve sterilizasyona hazırlanması ve sterilizasyonu ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvarda kullanılan malzemelerin kullanım sonrası bakım ve sterilizasyona hazırlanması ve sterilizasyon ünitesine transferi ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.

12.11 Kateter laboratuvarına giriş sterilizasyon şartlarına uygun olmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanması ve laboratuvar içinde enfeksiyon riskinin önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kateter laboratuvarına hasta ve personel giriş çıkışının kuralları belirlenmelidir.
- b) Kateter laboratuvarında steril ve steril olmayan alanlar belirlenmeli ve ayrılmalıdır.
- c) Tanımlanan alanın özelliğine uygun olarak talimatlar oluşturulmalıdır (steril alanda ne tür kıyafet ve teçhizatla bulunulur gibi).

12.12 Cihazların bakım ve kalibrasyonu düzenli olarak yaptırılmalı ve kayıtları saklanmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliği için kateter laboratuvarındaki tüm cihazların periyodik bakımları ve kalibrasyonlarının düzenli olarak yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kateter laboratuvarındaki tüm cihazların periyodik bakımları ve kalibrasyonları ile ilgili süreç planlanmalıdır.
- b) Bakım ve kalibrasyon işlemleri kararlaştırılan zaman dilimlerinde yaptırılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
- c) Cihazların üzerinde periyodik muayene ve kalibrasyonla ilgili etiketler bulunmalıdır.

AMELİYATHANE HİZMETLERİ

Ameliyathane, dinamik süreçleri olan ve yüksek risk taşıyan bir birimdir. Bu nedenle, hem klinik hem de klinik olmayan uygulamalarda uyulması zorunlu olan kurallar net olarak belirlenmeli ve bu uygulamalar sürekli gözlemlenmelidir.

Ameliyathanenin işlevlerinin doğru bir şekilde yerine getirilebilmesi için iyi bir ekip çalışmasına ve personel çeşitliliğine ihtiyaç vardır. Cerrahlar, anestezi uzmanları, hemşireler, teknisyenler ve diğer personelden oluşan ameliyathane ekibinin tüm elemanları, hizmeti her yönden en üst düzeye taşıyabilmek için iş birliği içerisinde çalışmalıdırlar. Bunu sağlamak için, personel, program, ekipman, bakım, dezenfeksiyon ve sterilizasyon gibi konuları içeren kapsamlı bir dizi faktörün birbirleriyle koordinasyonu sağlanmalıdır.

13 Ameliyathane hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

13.1 Ameliyathanedeki tüm süreçlerin işleyişine ilişkin prosedür bulunmalıdır.

Amaç: Yüksek riskli bir süreç olan ameliyathane sürecinin tanımlanmasını ve güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathane işleyişine ilişkin dokümente edilmiş bir prosedür bulunmalıdır. Prosedür, ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili önlemler, ameliyathaneye hasta kabulü, ameliyathanede enfekte vaka ile ilgili uygulamaları içermeli ve ilgili süreçlerle (temizlik ve dezenfeksiyon, satın alma, malzeme temini vb.) ilişkisini kapsamalıdır.
- b) İlgili sorumlular tarafından bu prosedüre uygun olarak çalışma durumu kontrol edilmelidir.

13.2 Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.

Amaç: Hastane kaynaklı enfeksiyonların kontrolü için ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkışının kurallarının belirlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathanede hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.
- b) Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkışının kuralları belirlenmeli ve bu kurallar ameliyathane işleyiş prosedüründe de belirtilmelidir.

13.3 Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel malzemelerden yapılmalıdır.

Amaç: Hastane kaynaklı enfeksiyonlarda önemli rolü olan ameliyathanelerin fiziki alt yapılarının, temizlik ve dezenfeksiyon için en uygun şekilde yapılandırılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathanenin duvar, tavan ve zeminleri uygun antibakteriyel malzemeler kullanılarak, kolay temizlenebilecek ve dezenfekte olabilecek şekilde yapılmalıdır.

Öneri: Tüm yüzeylerin pürüzsüz, yuvarlak köşeli ve gözeneksiz olması ve derzsiz malzeme ile kaplanmış olması sağlanabilir.

13.4 Ameliyathane salonu ve yan hacimlerinin bulunduğu steril alanlarda, pencere ve kapılar dış ortama açılmamalı ve bu alanlarda tuvalet bulunmamalıdır

Amaç: : Hastane kaynaklı enfeksiyonlarda önemli rolü olan ameliyathanelerin fiziki alt yapılarının en uygun şekilde yapılandırılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathane salonu ve yan hacimlerinin bulunduğu steril alanlarda, pencere ve kapılar dış ortama açılmamalı ve bu alanlarda tuvalet bulunmamalıdır.

13.5 Steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar belirlenmelidir.

Amaç: Ameliyathanelerde steril, yarı steril ve steril olmayan alanları ve bu alanlarda personelin uyması gereken kuralları belirleyerek hastane kaynaklı enfeksiyonların kontrolünü sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Ameliyathanelerde steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar belirlenmeli ve ayrılmalıdır (farklı alanda farklı renk sistemi, şerit ile ayırma, yer yazıları, tabela ile tanımlama gibi).

b) Tanımlanan alanın özelliğine uygun olarak talimatlar oluşturulmalıdır (steril alanda bulunma şartları, yarı steril alanda ne tür kıyafet ve teçhizatla bulunulur gibi).

NOT: Yarı steril kavramı steril ve steril olmayan alan arasındaki geçiş bölgelerini tarif etmek üzere kullanılmaktadır. Bu nedenle aradaki geçişlerin tanımlanması sağlanmalıdır.

Öneri: Ameliyathanelerde kirli ve temiz malzeme trafiğinin ayrılması sağlanmalı, kirli malzemeler üstü kapalı bir şekilde transfer edilmelidir.

13.6 Ameliyathanelerde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.

Amaç: Ameliyathanelerde hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak üzere doğru ve güvenilir bir havalandırma sisteminin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathanelerde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.
- b) Ameliyathane odasında ısı ve nem takibi yapılmalı ve bu değerlerin periyodik ölçümlerini içeren çizelgeler hazırlanmalıdır.
- c) Basma hava debisi minimum 2.400 m³/h, ortamdaki narkoz gazları konsantrasyonunu düşürmek için taze hava debisi minimum 1.200 m³/h olmalıdır.
- d) Ameliyathane odasındaki partikül ve mikro - organizma sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- e) Hijyenik Klima Tesisatındaki bütün mekanik sistemlerin periyodik olarak bakımları yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Not: Normal şartlarda ameliyathane odası ısı (20-23 °C) olmalıdır. Ancak ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26°C arasında ayarlanabilir olması önerilir. Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.

13.7 Ameliyathanedeki tüm cihazların bağlandığı prizler, elektrik kesintisinde jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak üzere UPS'lerle (eksternal veya internal) beslenmelidir.

Amaç: Ameliyathanede hasta güvenliğini sağlamak üzere kesintisiz elektrik enerjisinin temin edilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathanedeki tüm cihazların bağlandığı prizlerde elektrik kesintisinde jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılamak üzere merkezi veya ameliyathaneye ait UPS (güç kaynağı) bulunmalıdır.
- b) UPS' ler çalışır durumda olmalıdır.

13.8 UPS'lerin düzenli olarak bakım ve kontrolü yapılmalıdır.

Amaç: Elektrik kesintisi durumunda ameliyathane sürecinde aksaklıkların oluşmasını engellemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) UPS'lerin bakım ve kontrolleri periyodik olarak yapılmalıdır.
- b) Yapılan bakımlara ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

13.9 Ameliyathanede tıbbi atıklar ve çöpler ayrı şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.

Amaç: Ameliyathane atıklarının uygun koşullarda toplanması ve ortamdaki uzaklaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathanede tıbbi ve evsel atıkların kaynağında ayrı olarak toplanması ve ünite içinde taşınması ile ilgili talimat hazırlanmalı ve bu talimatın uygulanması sağlanmalıdır.
- b) Ameliyathanede uygun tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.
- c) Ameliyathane atıkları bu konuda eğitilmiş ve belirlenmiş personel tarafından toplanmalıdır.

13.10 Hasta yakınları için ameliyathanedeki hastalarıyla ilgili bilgi alabilecekleri bekleme alanları bulunmalıdır.

Amaç: Hasta yakınları için ameliyathanedeki hastalarıyla ilgili bilgi alabilecekleri uygun bekleme alanları oluşturmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bekleme alanı, hastane şartları göz önünde bulundurularak yeterli sayıda koltuk, sandalye vb. içermelidir.
- b) Bu bekleme alanında hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler bulunmalıdır (ameliyathane süreçleriyle ve hastalarla ilgili bilgi aktaran görüntülü ekran, ışıklı tabela, bilgilendirmekle görevli personel vb.)

13.11 Ameliyathanede kullanılan tüm ilaçların ve anestezi ajanlarının kritik stok seviyeleri ve miat takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.

Amaç: Ameliyathanede kullanılan ilaçların ve anestezi ajanlarının kritik stok seviyeleri ve miat takiplerinin etkili ve doğru bir şekilde yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathanede bulunan tüm ilaç ve anestezi ajanlarının listesi yapılmalı, kritik stok seviyeleri belirlenmelidir.
- b) Ameliyathanede bulunan tüm ilaç ve anestezi ajanlarının miktarları ve kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi üzerinden takip edilebilmelidir.
- c) Ameliyathanede bulunan tüm ilaç ve anestezi ajanlarının son kullanma tarihi kontrolü yapılmalıdır.

Öneri: Miadı yaklaşan ilaçlar ve anestezi ajanlar için uyarıcı bir önlem (son kullanma tarihine 3 aydan az kalan ilaçlara kırmızı etiket yapıştırmak veya raflarda ön sıraya koymak gibi) alınabilir.

13.12 Ameliyathanede kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miat takipleri yapılmalıdır.

Amaç: Ameliyathanede kullanılan sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri ve miat takiplerinin etkili ve doğru bir şekilde yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathanede bulunan tüm sarf malzemelerinin listesi yapılmalı ve kritik stok seviyeleri belirlenmelidir.
- b) Son kullanma tarihi kontrolü yapılmalıdır.

Öneri: Miadı yaklaşan sarf malzemeleri için uyarıcı bir önlem (son kullanma tarihine 3 aydan az kalan ilaçlara kırmızı etiket yapıştırmak veya raflarda ön sıraya koymak gibi) alınabilir.

KLİNİKLER

Yataklı servisler, hastane hizmetlerin en nihai amacı olan tedavi ve bakım sürecinin yapıldığı birimlerdir. Bu birimlerde hastaların geçirdiği süre, aldığı hizmet ve alt yapı tedavi ve bakım sürecinin en önemli bileşenleri olarak belirmektedir.

Yataklı servislerden hizmet alan hastaların tedavi sürecini belirleyen çok sayıda unsur olması ve bu hususların her birinin ayrı bir öneme sahip olması, belirlenen standartların yerine getirilmesini daha anlamlı kılmaktadır.

14 Kliniklerde Kardio Pulmoner Resüsitasyon uygulaması için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Amaç: Kliniklerde acil kardiopulmoner resüsitasyon(CPR) uygulaması için gerekli düzenlemelerin yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar

- a)** Serviste CPR uygulaması için gerekli acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.
- b)** Acil müdahale setinde bulunan ilaç ve malzemeler için miat ve kritik stok seviyesi takibi yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Not: Servise yakın kolay ulaşılabilecek bir alanda CPR müdahale seti bulunuyorsa o serviste bulunma şartı aranmayabilir.

15 Acil ilaç arabalarında bulunması gereken ilaçların ve miktarlarının bir listesi olmalı, düzenli olarak kontrolleri yapılmalıdır.

Amaç: Servislerdeki acil ilaç arabalarında; acil müdahale esnasında gerekli ilaçların hazır bulundurulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Acil ilaç arabasında bulunması gereken ilaçların ve miktarlarının bir listesi bulunmalıdır. Klinikler ihtiyacına göre ilaç grubunu ve miktarını belirleyebilir.
- b)** Acil ilaç arabasının periyodik kontrolleri yapılmalı ve miat, minimum ve maksimum stok seviyeleri açısından takip edilmelidir. Kontrol süreci ve sorumlusu belirlenmeli ve kontroller kayıt altına alınmalıdır.

Not: CPR için kullanılan acil müdahale seti acil ilaç arabası içinde bulunabilir.

16 Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar için güvenlik düzenlemeleri yapılmalıdır.

16.1 Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilit altında tutulmalıdır.

Amaç: Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların kontrolünün sağlanması ve suiistimalinin önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastanedeki tüm birimlerde (eczane, servisler, ameliyathane, acil servis vb.) bulunan yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar genel kullanıma açık olmayan kilitli alanlarda muhafaza edilmelidir.

Öneri: Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların kontrolünü sağlamada; eczane tarafından dolu ampul verilmesi için karşılığında aynı ilaçların boş ampülü istenebilir.

16.2 Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslim kayıtları doğrulanarak yapılmalıdır.

Amaç: Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara ait kayıtların doğru tutulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimine ait yazılı bir düzenleme bulunmalıdır. Bu düzenleme; ilaçların nerede saklanacağı, ilaç eksikliğinde veya bir uygunsuzluk tespit edildiğinde (kayıp, kırılma vb.) ne yapılacağı, kime nasıl bilgi verileceği gibi ayrıntıları ve konuyla ilgili sorumluları içermelidir.

b) Söz konusu ilaçlara ait devir teslim kayıtları tutulmalıdır.

c) Bu kayıтта ilacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, tarihi, ilacı kimin uyguladığı, kime kaç adet teslim edildiği gibi bilgiler kayıt edilmelidir.

17 Klinik/Servislerin temizlik işlemlerine dair düzenlemeler yapılmalıdır.

17.1 Klinikte yer alan tüm tuvalet ve banyoların temizlikleri düzenli olarak kontrol edilmeli ve temizliklerinin yapıldığına dair kontrol çizelgeleri olmalıdır.

Amaç: Servislerde kullanılan tüm tuvalet ve banyoların temizliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar

- a) Temizlik komitesi tarafından kliniklerde yapılan kontrol ve denetimlere ait kayıtlar tutulmalıdır.
- b) Her tuvalet ve banyonun temizlik kontrol çizelgesi bulunmalıdır.

17.2 Lavabo, tuvalet ve banyolarda sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu gibi materyal bulundurulmalıdır

Amaç: El hijyeninin sağlanması ve enfeksiyonların önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar

- a) Her lavaboda sıvı sabun, kâğıt havlu ve her tuvalette tuvalet kâğıdı bulunmalıdır.
- b) Lavabo, tuvalet ve banyolarda poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.
- c) Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı, boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır. Bunu temin etmek için de yedek sıvı sabun kapları bulundurulmalıdır. Temizlik komitesi tarafından bu konu ile ilgili gerekli düzenlemeler ve denetimler yapılmalıdır.

18 Hasta odaları hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

18.1 Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. Hasta başı paneli bulunmayan odalarda iki hasta yatağı başına bir adet düşecek şekilde seyyar gaz tüpleri bulundurulmalıdır.

Amaç: Tıbbi gaz sisteminin ulaşılabilir olmasını sağlamaktır

Değerlendirilecek Hususlar

- a) Hasta odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.
- b) Hasta başı paneli bulunmayan odalarda iki hasta yatağı başına bir adet düşecek şekilde seyyar gaz tüpleri bulundurulmalıdır.
- c) Seyyar gaz tüpleri dolu olmalıdır.
- d) Kontrollerinin, sorumlular tarafından yapıldığına dair kayıt tutulmalıdır.

18.2 Hasta odalarında lavabo bulunmalıdır.

Amaç: Hastanın temizlik ihtiyaçlarını karşılayabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tüm hasta odalarında lavabo bulunmalıdır.

18.3 Hasta odalarında banyo ve tuvalet bulunmalıdır.

Amaç: Hastanın temizlik ihtiyaçlarını karşılayabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tüm hasta odalarında banyo ve tuvalet bulunmalıdır.

18.4 Klinik/servislerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmalıdır.

Amaç: Acil durumlarda hastanın görevli personele ulaşabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Servislerde hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

18.5 Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda hasta mahremiyetini sağlayacak düzenlemeler (perde, paravan, vb.) bulunmalıdır.

Amaç: Hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalıdır.
- b) Kullanılan perde veya paravanlar düzgün ve temiz olmalıdır.

18.6 Yatak başı bağlantılı çağrı sistemi bulunmalıdır.

Amaç: Hastanın ihtiyaç duyduğunda sağlık personeline kolayca ulaşabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Tüm hasta odalarında yatak başı bağlantılı çalışır durumda çağrı sistemi bulunmalıdır.

Öneri: Çağrı ziline basılması ile hemşirenin odaya girişi ve düğmeyi kapatması arasındaki sürenin otomasyonla takip edilmesi tavsiye edilir.

18.7 Boş yataklar her an kullanıma hazır şekilde bulundurulmalıdır.

Amaç: Boş yatakların kullanıma hazır durumda bulundurulmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastanede boşalan tüm yataklar, en kısa sürede temizlenip, çarşafaları değiştirilerek kullanıma hazır hale getirilmelidir.

18.8 Hastane yataklarının kullanımı (hasta yatışları) ile ilgili bir prosedür olmalıdır.

Amaç: Hastanede boşalan yatakların takibini ve hızlı bir şekilde kullanılabilirliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastane yataklarının kullanımı (hasta yatışları) ile ilgili bir prosedür olmalıdır.

b) Hastane boş yataklarının takibi ve izlenmesi için idare tarafından sorumlu/sorumlular belirlenmelidir. Bu sorumlu/sorumlular boş yatakların organizasyonundan sorumlu olmalıdır.

c) Hastanenin tüm yataklı ünitelerinde boşalan yataklar en kısa sürede ünite tarafından sorumluya bildirilmelidir.

19 Refakatçi ve hasta yakınları için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

19.1 Refakatçilerin hasta odalarında istirahat edebilmeleri için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

Amaç: Refakatçilerin hasta odalarında istirahat edebilmelerini sağlayacak uygulamaların temin edilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Her hasta başında refakatçinin dinlenebileceği, pozisyon verilebilen bir koltuk olmalıdır.

19.2 Hasta ziyaretlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

Amaç: Hasta ziyaretlerinin bir plan dâhilinde gerçekleşmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama (ziyaret gün ve saatleri, uyulması gereken kurallar, hasta ziyaretine kapalı servisler vb.) yapılmalıdır.
- b) Hasta ve ziyaretçi güvenliği açısından uyulması gereken kurallarla ilgili bazı dikkat çekici uyarılar (hasta yatağına oturmayınız, yiyecek ve çiçek getirmek yasaktır vb.) hasta odalarında veya uygun görülen diğer yerlerde asılı olmalıdır.

20 Hasta ve yakınlarının eğitimine dair bir sistem oluşturulmalıdır.

20.1 Hastalara, tedavi sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacakları ilaçlar, beslenmeleri, egzersizleri gibi dikkat etmeleri gereken konular hakkında eğitim verilmelidir.

Amaç: Hastaların kendilerine verilen tedavi ve sonrasında yapılması gerekenler hakkında bilgilendirilmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kullandığı ilaçlar, beslenme düzenleri, yapılması gereken egzersizler ve dikkat edilmesi gerekenler konusunda hastaya eğitim verilmelidir.
- b) Bu eğitimler kayıt altına (hasta eğitim formu gibi) alınmalıdır. Hasta ya da hasta yakınının, kayıta belirtilen eğitimi aldığına dair imzası bulunmalıdır.
- c) Hasta ve yakınlarına yönelik olarak verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar hasta dosyasında bulunmalıdır.

Öneri: Kliniğin bazı hastalıklar için standart taburcu sonrası önerileri varsa bunlar yazılı bir liste halinde hastaya verilebilir (ör. doğum sonrası anne ve bebeğin bakımı ve takibi ile ilgili öneriler listelenerek taburcu olurken hastaya verilebilir.)

20.2 Hasta eğitimlerini organize etmek için bir ekip oluşturulmalıdır.

Amaç: Hastanelerde hasta eğitimlerinin organizasyonu ile ilgili planlama yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanelerde hasta eğitimlerini organize etmekle görevli ekip tanımlanmalıdır.
- b) Eğitim planlarının yerine getirildiği hususu kontrol edilir.

**21 Servis/kliniğe yatan sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi
(broşür, afiş, yüz yüze eğitim vb.) uygulanmalıdır.**

Amaç: Hastanın konuyla ilgili olarak bilinçlendirilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Servis/kliniğe yatan sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi (broşür, afiş, yüz yüze eğitim vb.) uygulanmalıdır.
- b)** EĞitim verildiğine dair kayıt tutulmalıdır.

Not: Çocuk hastanelerinde ve çocuk servisi bulunan hastanelerde sigarayı bırakma tavsiye eğitimi yetişkin hasta yakınlarına uygulanır.

22 Kliniklerdeki tıbbi cihazların (defibrilatör, EKG, tansiyon aleti, vb.) kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır

Amaç: Kliniklerdeki tıbbi cihazların kalibrasyon işlemlerinin bir plan dahilinde yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Kliniklerde bulunan tıbbi cihazlar için bir kalibrasyon planı bulunmalıdır. Kalibrasyon sorumlusu belirlenmelidir.

b) Kalibrasyon hizmeti 05.05.2005 tarihli Resmi Gazetede yayınlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nin 25. Maddesine uygun olarak öncelikle dahili kalibrasyon sistemi kurarak kurum içerisinde yapılmalıdır. Dahili kalibrasyon sisteminin kurulmasının ekonomik olmadığı durumlarda tıbbi cihazların kalibrasyonları izlenebilirliği temin edilmiş güvenilir kuruluşlar tarafından yaptırılmalıdır.

c) Kliniklerde teşhis, tedavi, müdahale, ölçme ve izleme cihazları (defibrilatör, EKG cihazı, tansiyon aleti, vb.) için tolerans değerleri belirlenmelidir.

d) Kalibrasyon sonuçları cihazları kullanan kişiler tarafından değerlendirilmelidir. Şayet kalibrasyon sonrası elde edilen değerler hata tolerans sınırları içinde ise cihaz kullanılmalı; değil ise onarım, bakım ve/veya ayar yapıldıktan sonra tekrar kalibrasyonu yapılmalıdır.

f) Kalibrasyon kayıtları düzenli olarak tutulmalıdır. Cihazların kalibrasyon sertifikaları kullanıcıları tarafından kolay erişilecek yerlerde muhafaza edilmelidir.

g) Cihazlar üzerinde kalibrasyon tarihleri ve gelecek kalibrasyon tarihlerini içerir kalibrasyon etiketleri bulunmalıdır.

h) Kliniklerde kullanılan cihazların bakım ve kalibrasyon işlemleri ile ilgili cihazı kullanan personelin de bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ

Hastayı bağımsız yaşama döndürmek ve yaşam kalitesini artırmak, belirli bir süre için yaşamı uzatmak, kesin fizyolojik amaçları gerçekleştirmek ve solunum yetmezliğinden ölümün önlenmesi için ventilatör tedavisi uygulamak gibi aktiviteler modern yoğun bakım ünitelerinin temel görevleri arasında yer almaktadır.

Kliniği ağır hastalar, yüksek teknolojik ve pahalı ekipman ve yoğun bakım çalışanları, yoğun bakımın temel öğeleridir. Yoğun bakım çalışanlarının tüm bu yüksek teknolojiyi kullanabilen, hastayı yaşamda tutacak ve tedavi edebilecek bilgiye sahip olması gereklidir. Teknoloji ve tıp biliminde olan gelişmeler bundan henüz on yıl öncesinde tedavisini olanaksız gördüğümüz birçok hastayı yaşatabilmemizi sağlamaktadır. Yoğun bakım ünitelerinde fizyolojik monitörizasyon yöntemlerinin kullanımı ve yorumlanmasının karmaşıklığı ve aşırı iş gücü gereksinimi, çok iyi bilimsel birikime sahip devamlı bir yoğun bakım ekibinin yirmidört saat ünite içerisinde varlığını gerekli kılmaktadır.

23 Yoğun bakım üniteleri hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

23.1 Yoğun bakım süreçlerine ilişkin işleyiş prosedürü hazırlanmalıdır.

Amaç: Özellikle ağır sağlık sorunları olan hastalara hizmet veren yoğun bakım ünitelerinde işleyiş ile ilgili tüm süreçlerin tanımlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hazırlanan prosedür genel işleyişi (hasta kabulünde yapılan işlemler, bu işlemlerin sırası, monitorizasyon detayları, istemler, hekim ve hemşire formlarının doldurulması, elektrik güvenliği, yangın güvenliği, teknik donanımı oluşturan malzemeler ile ilgili süreçler gibi) içermesinin yanında ilgili klinik süreçleri de (sepsis, ventilatördeki hastanın izlemi, sedasyon ve analjezi uygulaması, ventilatörden ayırma gibi) kapsamalıdır.
- b) Yoğun bakım ünitesindeki tüm süreçlere ait sorumlular ve yedekleri belirlenmiş olmalıdır.

23.2 Yoğun bakım üniteleri için hasta kabul kriterleri tanımlanmış olmalıdır.

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde hasta kabul kriterlerinin tanımlanması ile bu konuda bir standardizasyonun temin edilmesi ve böylece izleme, değerlendirme, yönetim ve müdahale kolaylığının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her yoğun bakım ünitesi kendi basamak düzeyine göre (1., 2. veya 3. basamak) Bakanlıkça yayınlanan Yoğun Bakım Üniteleri Standartları genelgesi Ek-1'de belirtilen hasta özelliklerini göz önünde bulundurmalı ve hasta kabul kriterlerini yazılı olarak belirlemelidir.

23.3 Yatak başı tıbbi gaz sistemine bağı hasta başı paneli çalışır durumda olmalıdır.

Amaç: Tedavi sürecinde tıbbi gaz sistemine her an ulaşılabilmesini temin etmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yoğun bakım ünitesinde her yatak başında tıbbi gaz sistemine bağı hasta başı paneli bulunmalıdır.
- b) Tıbbi gaz sisteminin çalışır durumda olması ve temizliğı sorumlular tarafından kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

23.4 Yoğun bakım ünitesindeki teşhis, tedavi, müdahale, ölçme ve izleme cihazları (ventilatörler, monitörler, defibrilatörler vb.) için kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.

Amaç: Yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi cihazların kalibrasyon ve bakım işlemlerinin bir plan dahilinde yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yoğun bakım ünitelerinde tıbbi cihazların kalibrasyon ve bakım işlemleri ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.
- b) Yoğun bakım ünitelerinde teşhis, tedavi, müdahale, ölçme ve izleme cihazları (ventilatörler, monitörler, defibrilatörler vb.) için bakım ve kalibrasyon planları yapılmalı ve uygulanmalıdır.
- c) Kalibrasyon ve bakım kayıtları düzenli olarak tutulmalıdır. Cihazların kalibrasyon sertifikaları kullanıcıları tarafından kolay erişilecek yerlerde muhafaza edilmelidir.
- d) Cihazlar üzerinde kalibrasyon tarihleri ve gelecek kalibrasyon tarihlerini içerir kalibrasyon etiketleri bulunmalıdır.
- e) Yoğun bakımda kullanılan cihazların bakım ve kalibrasyon işlemleri ile ilgili cihazı kullanan personelin de bilgilendirilmesi sağlanmalıdır.

23.5 Yoğun bakım üniteleri, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantılı olmamalıdır.

Amaç: Yoğun Bakım Ünitelerinde; enfeksiyonların yayılımını önlemek, hasta bakımını kolaylaştırmak ve iyileştirmek, hasta, hasta yakını ve çalışan güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yoğun bakım üniteleri diğer hastaların ve başka hizmet birimlerinin kullandığı alanlardan özel kapılarla (örneğin; şifreli kapı vb.) ayrılmış olmalıdır.
- b) Yoğun bakım girişine giriş ve çıkış kuralları ile ilgili açıklayıcı bilgiler yazılmalıdır.

23.6 Yoğun bakım ünitelerinde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.

Amaç: Yoğun bakım ünitesi gibi enfeksiyon açısından riskli hastaların bulunduğu birimlerde mikroorganizmaların yayılımının önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yoğun bakım ünitesinde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.
- b) Yoğun bakım ünitesinde ısı ve nem takibi yapılmalı ve bu değerlerin periyodik ölçümlerini içeren çizelgeler hazırlanmalıdır.
- c) Yoğun bakım ünitesinde partikül ve mikro - organizma sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- d) Hijyenik Klima Tesisatındaki bütün mekanik sistemlerin periyodik olarak bakımları yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

23.7 Yoğun bakım ünitelerinde tüm yüzeyler kolay silinebilir, dezenfekte edilebilir ve bakteri tutmayan nitelikte olmalıdır.

Amaç: Hastane kaynaklı enfeksiyonlarda önemli rolü olan yoğun bakım ünitelerinin fiziki alt yapılarının, temizlik ve dezenfeksiyon için en uygun şekilde yapılandırılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yoğun bakım ünitelerinin duvar, tavan ve zeminleri uygun antibakteriyel malzemeler kullanılarak, kolay temizlenebilecek ve dezenfekte olabilecek şekilde yapılmalıdır.

23.8 Yoğun bakım üniteleri, hastaların görevli sağlık personeli tarafından sürekli gözetim ve izlenmesine uygun olarak düzenlenmelidir.

Amaç: Yoğun Bakım Ünitelerinde hastaya en kısa zamanda müdahale edilebilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personel tarafından tüm hastaların görülebilmesine olanak sağlayan merkezi bir desk veya deskte ve nöbet odalarında bulunan merkezi bir monitörle hastaların sürekli izlenebilirliği sağlanmalıdır.

23.9 Yoğun bakım ünitelerinde hasta mahremiyetini sağlamak üzere gerekli düzenlemeler (perde, paravan) bulunmalıdır.

Amaç: Hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yoğun Bakım Ünitesinde her yatak arasında bir perde ya da paravan bulunmalıdır.
- b) Kullanılan perde veya paravanlar düzgün ve temiz olmalıdır.

23.10 Hasta yakınları için uygun şartları taşıyan bekleme alanları bulunmalıdır.

Amaç: Hasta yakınlarının bekleme koşullarının iyileştirilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bekleme alanı, hastane şartları göz önünde bulundurularak yeterli sayıda koltuk, sandalye, su sebili, vb. içermelidir.

23.11 Hasta yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik bir talimat hazırlanmalı ve hasta yakınlarının görebileceği yerlere asılarak bilgilendirme yapılmalıdır.

Amaç: Hasta yakınlarının yoğun bakım ünitesindeki hastaları ile ilgili bilgi alma hakkının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta yakınlarının yoğun bakım ünitesindeki hastaları ile ilgili bilgilendirilmesine yönelik bir talimat hazırlanmalı ve hasta yakınlarının görebileceği yerlere asılmalıdır.

Öneri: Hasta yakınlarını doğrudan bilgilendirici bir uygulama (telefon, video fon, çağrı sistemi, yoğun bakım ünitesi girişinde görevli personel vb.) da yapılabilir.

23.12 Yoğun bakım ünitelerinde izolasyon odası (ları) bulunmalıdır.

Amaç: Yoğun bakım ünitesi gibi enfeksiyon açısından riskli hastaların bulunduğu birimlerde izolasyon ile ilgili düzenlemelerin yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) 3. basamak yoğun bakım ünitelerinde en az bir izolasyon odası bulunmalıdır.
- b) İzolasyon odalarında uyulması gereken kurallar, çalışma sistemi, temizlik ve dezenfeksiyon gibi konuları içeren bir talimat bulunmalıdır.

23.13 Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda olmalı ve içindeki ekipman çalışır durumda bulunmalıdır.

Amaç: Yoğun bakım ünitelerinde hastaya en kısa sürede müdahale edilmesi için gerekli düzenlemelerin yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Acil müdahalede kullanılan ilaç, malzeme ve cihazların bulunduğu acil müdahale seti ve defibrilatör kolay ulaşılabilecek bir şekilde ve çalışır durumda bulundurulmalıdır.
- b)** Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve miktarlarının bir listesi bulunmalıdır. Üniteler ihtiyacına göre ilaç grubunu ve miktarını belirleyebilir.
- c)** Acil müdahale setinin periyodik kontrolleri yapılmalı, miat kontrolü, minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.
- d)** Kontrol süreci ve sorumlusu belirlenmeli ve kontroller kayıt altına alınmalıdır.

24 Organ bağış birimi oluşturulmalıdır.

Amaç: Organ bekleyen hastaların sayısının her geçen gün arttığı ülkemizde toplumun organ nakli konusunda bilinçlenmesini ve hastanelerin bu konuda yapılan çalışmalara daha aktif bir şekilde katılımını sağlamaktır.

24.1 Hastanede organ bağışını teşvik edecek etkinlik, afiş, broşür, vb çalışmalar yapılmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanede organ bağış birimi oluşturulmalıdır.
- b) Organ bağışını teşvik edecek etkinlik, afiş, broşür, vb çalışmalar yapılmalı ve hazırlanan afiş ve broşürler danışma, hasta kayıt gibi birimlerde hastalara ulaştırılmalıdır.

24.2 Hasta ve yakınlarına organ bağışı konusunda eğitimler verilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta ve yakınlarına organ bağışı konusunda eğitimler verilmelidir.
- b) Verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

25 Beyin ölümleri bölge koordinasyon merkezine bildirilmelidir (Yoğun Bakım bulunan hastanelerde sorgulanacaktır).

Amaç: "Ulusal Organ ve Doku Nakli Koordinasyon Sistemi"nin işlevselliğini artırmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hastanede beyin ölümleri ile ilgili süreç, sorumluları ve yedekleri belirlenmelidir.
- b)** Sorumlular yoğun bakımlarında bulunan ve beyin ölümü onayı almış olan vakaları en kısa zamanda bölge koordinasyon merkezine bildirmeli ve bildirim kayıt altına almalıdır.
- c)** Beyin ölümlerinin ve genel mortalite oranlarının istatistiği yapılmalıdır.

DİYALİZ HİZMETLERİ

Diyaliz tedavisi, akut ve kronik böbrek yetmezliği hastalığına yakalananların hayatini devam ettirmede, böbrek nakline hazırlanmalarında ve gerekli diğer tıbbî durumlarda uygulanan bir tedavi yöntemidir.

Kronik böbrek yetmezliği (KBY), bireysel ve toplumsal sağlık statüsü ve kaynak kullanımı üzerinde ciddi etkileri olan bir olgudur. Türkiye’de KBY olan hasta nüfusundaki artışla birlikte, diyaliz hizmetleri ayrı bir önem kazanmıştır.

Türk sağlık sektöründeki yeri ve önemi gittikçe artan bu birimin performansının izlenmesi ve değerlendirilmesi, sağlık sisteminin performans düzeyine katkılarını artırma amacına hizmet edebilecek önemli bir konu olarak karşımıza çıkmaktadır.

26 Diyaliz ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

26.1 Diyaliz hastaları için nakil hizmeti verilmelidir.

Amaç: Ekonomik ve/veya sosyal yönden diyaliz merkezlerine ulaşmada zorluk yaşayan hastalara, yasal mevzuat çerçevesinde ulaşım kolaylığı sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü’nün Diyaliz Hastalarının Nakli hakkında yayınlamış olduğu 9554 16.05.2006 sayılı genelgedeki şartlara uygun nitelikte araç ve görevli bulundurulması hastalara nakil hizmeti verilmelidir.

26.2 Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyon işlemleri her diyaliz seansı sonrasında yapılmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanması ve ünite içi enfeksiyon bulaşma riskinin önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her hemodiyaliz seansı sonunda dezenfeksiyon işleminin yapıldığını gösteren çizelgeler tutulmalıdır.
- b) Bu çizelgede işlemi yapan görevlinin adı, soyadı, imzası, tarih/saat, işlemin süresi ve kullanılan dezenfektanın kimyasal adı yer almalıdır.

26.3 Personel her hasta ile temas öncesi gerekli koruyucu önlemleri almalıdır.

Amaç: Ünite içerisinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması, bulaşıcı hastalıkların kontrolü ve önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalı ve yeri personel tarafından bilinmelidir.
- b) Ünite içerisinde tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kişisel koruyucu ekipmanlar (nem bariyerli elbise, eldiven, yüz maskesi, sabun, el antiseptiği v.b.) kullanılmalıdır.

26.4 Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere hasta giyinme ve soyunma bölümü ile dolapları bulunmalıdır.

Amaç: Hastaların mahremiyetini sağlayabilecek rahat soyunma-giyinme imkânlarının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastaların soyunma-giyinme işlemlerini rahatlıkla yapabileceği hasta soyunma odaları ve yeterli sayıda elbise dolabı bulunmalıdır.
- b) Hastaların değerli eşyalarını teslim alma süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

26.5 Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere özürhünerin de yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş hasta tuvaleti ve lavabo bulunmalıdır.

Amaç: Hasta ihtiyaçlarının karşılanması, hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve enfeksiyonların önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kadın ve erkek hastalar için ayrı olmak üzere özürhünerin de yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş hasta tuvaleti ve lavabo bulunmalıdır (kapısı dışarı doğru açılan en az iki adet hasta tuvaleti ve lavabo ile personel için ayrı bir tuvalet ve lavabo).

26.6 Tuvalette sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, kağıt havlu ve poşetli çöp kutusu bulunmalıdır.

Amaç: Temizliği etkinleştirmek, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak ve enfeksiyonları önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tuvalette sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, kağıt havlu ve poşetli çöp kutusu bulunmalıdır.

26.7 Taşınabilir monitörlü elektrokardiyografi cihazı, defibrilatör, ambu ve airway de içeren tam donanımlı acil müdahale seti bulundurulmalıdır.

Amaç: Acil durumlarda hastaya gereken müdahalenin zamanında yapılmasını temin etmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Taşınabilir monitörlü elektrokardiyografi cihazı, defibrilatör, ambu ve airway de içeren tam donanımlı acil müdahale seti bulunmalıdır.
- b) Acil müdahale seti ünite içerisinde, kolay ulaşılabilir bir yerde, tam ve kullanıma hazır durumda olmalıdır.

26.8 Diyaliz tedavisi gören hastaların ayda en az bir defa tıbbî muayeneleri Hemodiyaliz Sorumlu Uzman Tabibi tarafından yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Hastaların takip ve tedavisinde uzman hekim denetimini etkinleştirmek, hastaların tıbbi açıdan izlenmesini, tedavilerinin yönlendirilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her hasta için ayrı bir takip/gözlem formu düzenlenmeli; ayda en az bir kez hemodiyaliz sorumlu uzman tabibi tarafından tıbbi muayeneleri yapılmalı ve yapılan tetkik ve müdahaleler düzenli olarak kaydedilmelidir.

26.9 Diyaliz tedavisi gören hastalara tedavinin gerektirdiği hususlarda eğitimler verilmelidir.

Amaç: Hastanın hastalığa uyumunu sağlamak, gerekli yaşam tarzı değişikliklerini belirlemek, tedaviye uyum ve duyarlılığını artırmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ayda en az bir kez ve tercihen aylık tedavinin düzenlendiği dönemde hastaya o anki durumu, uyması gereken kurallar, kullanması gereken ilaçlar, beslenmede dikkat etmesi gereken hususlar ile kurallara uymaması durumunda oluşabilecek riskleri içeren eğitim verilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.

26.10 Her ayın başında diyaliz hastalarının kt/v veya URR değerleri hesaplanmalıdır.

Amaç: Etkin diyalizi engelleyen önlenebilir faktörler varsa bunları ortadan kaldırmak ve diyalizin etkinliğini arttırmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta tahlil sonuçlarının işlendiği forma Kt/v veya URR değerleri de kaydedilmelidir.

26.11 Hastalar sorumlu tabip tarafından tedavi seansı sırasında tıbbi yönden izlenmeli, her diyaliz seansında hastanın dosyasına günlük gözlem notu kaydedilmelidir.

Amaç: Her tedavi seansı sırasında hastaların hekim tarafından değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastalar sorumlu tabip tarafından; tedavi seansı sırasında tıbbi yönden izlenmeli, varsa yeni gelişen durumlar tespit edilmeli, alınabilecek önlemler ve verilecek tedaviler diyaliz seansı öncesinde belirlenmelidir.
- b) Değerlendirme sonuçları her diyaliz seansında ilgili forma kaydedilerek hastanın dosyasına eklenmelidir.

26.12 Hemodiyaliz merkezleri kullandıkları suların, arıtma sonrası örneklerinin üç ayda bir bakteriyolojik ve altı ayda bir kimyasal analizlerini ilgili mevzuata göre ruhsatı bulunan kamu ya da özel laboratuvarlarda yaptırmalı ve analiz sonuçlarının Avrupa Birliği farmakopedansına uygun olduğu belgelenmelidir.

Amaç: Su sisteminin güvenilirliğini kontrol etmek ve hasta güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hemodiyaliz merkezleri kullandıkları suların, arıtma sonrası örneklerinin üç ayda bir bakteriyolojik ve altı ayda bir kimyasal analizlerini ilgili mevzuata göre ruhsatı bulunan kamu ya da özel laboratuvarlarda yaptırılmalıdır.
- b) Periyodik su analizlerine ait sonuçlar diyaliz merkezinde bulundurulmalıdır.
- c) Analiz sonuçlarının Avrupa Birliği farmakopedansına uygun olduğu belgelenmelidir.

26.13 Diyaliz merkezlerinde çalışan personel altı ayda bir rutin olarak HCV antikoru, HBs Ag ve HBs Ab, HIV 1+2 antikoru tayin testleri ve diğer benzer bulaşıcı hastalıklar taramasından geçirilmeli; gerekli koruyucu tedbirler alınmalı, gerektiğinde tedavileri yaptırılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Çalışan personel için altı ayda bir Anti HCV, HBs Ag ve AntiHBs, Anti HIV testleri ve diyaliz ünitesi sorumlu hekiminin belirlediği diğer bulaşıcı hastalıklarla ilgili taramalar yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- b) Bulaşıcı hastalıklarla ilgili gerekli koruyucu tedbirler (aşı, koruyucu ekipman vb.) alınmalı, gerektiğinde tedavileri yaptırılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

26.14 Diyaliz merkezinde enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir program olmalı ve bu konuda personele eğitim verilmelidir.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla diyaliz ünitesini kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı oluşturmak ve uygulanmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastanenin enfeksiyon kontrol komitesince (EKK) hazırlanmış, diyaliz ünitesini kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.

Not: Enfeksiyon Kontrol önlemleri arasında, ilaç hazırlama alanlarının hasta bakım alanlarından ayrılması önemli bir husustur. Bu işlemler temiz alanda yapılmalıdır. Hastadan hastaya ilaçların tepsi ile transportu engellenmelidir.

26.15 HBs Ag (+) hastaları ayrı oda ve ayrı makinelerde, HCV Ab (+) hastalar ise ayrı makinelerde hemodiyalize alınmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanması ve enfeksiyonların yayılmasının önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hemodiyaliz makineleri HBs Ag (+) veya HCV Ab (+) hasta için kullanılıp kullanılmadıkları yönünden tanımlanmalı, HBs Ag (+) hasta odasının girişinde enfekte hasta odası olduğunu belirten bir tanımlama yapılmalı, uygulama ve işaretlemeler personel tarafından bilinmelidir.

26.16 Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalıdır.

Amaç: Sağlık hizmeti çalışanının, standart izolasyon önlemleri için gerekli olan ekipman ve malzemeye kolayca ulaşabilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Diyaliz ünitesinde el antiseptik solüsyonları, sabun, kağıt havlu, eldiven, maske ve koruyucu önlük/elbise bulunmalıdır.

ACİL SERVİS HİZMETLERİ

Doğru ve zamanında yapılan tıbbi müdahale hayat kurtarmakta, en küçük gecikme ise telafisi mümkün olmayan sonuçlara yol açabilmektedir. Bu nedenle acil müdahalelerin yapıldığı birimlerin en iyi şartlarda hizmet vermesi büyük önem taşımaktadır.

27 Acil servis hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

27.1 Hastane dışında acil servise ulaşımı kolaylaştırıcı tabela ve yönlendirici işaretler bulunmalıdır.

Amaç: Hastane acil servisine ulaşımın kolaylaştırılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Hastane dışında acil servis girişine ait doğru yönlendirme levhaları ve ışıklı tabelalar bulunmalıdır.
- Bu levhaların hastanenin girişinden itibaren hastaları doğru ve dolaysız yönlendirdiği gözlenmelidir.

27.2 Acil servis giriş tabelası, hastane dışından görülebilir olmalı ve ambulans veya diğer araçların ulaşımının kolay olduğu ayrı bir girişi bulunmalıdır.

Amaç: Hastane acil servis birimi girişinin genel hastane bina girişinden bağımsız olması ve hasta transferinin hızlı bir şekilde yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olmalıdır.
- Acil servis tabelası hastanenin dışında görülebilir bir yere asılmalıdır.
- Ambulans ve diğer araçların ulaşımını sağlamak için acil servis girişinin herhangi bir biçimde bloke edilmesini önleyici bir düzenleme yapılmalıdır.

27.3 Acil servis girişinin üstü kapalı olmalıdır.

Amaç: Hastaların ambulans veya araçlardan alınırken yağmur vb. durumlara maruz kalmasının önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- Acil servis girişinin üstü kapalı olmalıdır.

27.4 Acil servis girişi, engelli vatandaşlar için erişimi kolaylaştırıcı uygun şartları taşınmalıdır.

Amaç: Engelli vatandaşların hizmetlere erişimini kolaylaştıracak düzenlemelerin yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servis girişinde engelliler için otopark olmalı veya engellilerin kullandıkları arabanın uygun yere park edilmesi sağlanmalıdır.
- b) Hastanenin acil servis girişinde engelliler için çıkış rampaları ve tutunma çubukları bulunmalıdır.
- c) Acil servisin içinde veya yakınında engelliler için lavabo ve tuvalet(ler) bulunmalıdır.

27.5 Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırıcı önlemler alınmalıdır.

Amaç: Acil servis girişinde hasta transferini kolaylaştırarak hastaya bir an önce gerekli müdahalelerin yapılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servis girişi araçların rahat hareket edebileceği, manevra yapabileceği genişlikte olmalıdır.
- b) Acil servis girişinde hastaların transferine yardımcı olacak hasta karşılama ve yönlendirme görevlisi bulunmalıdır.
- c) Hasta karşılama ve yönlendirme görevlisinin kıyafeti ayrı olmalı ve tanıtım kartları olmalıdır.
- d) Hasta karşılama ve yönlendirme görevlisinin görev tanımı yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

27.6 Acil servis süreçlerinin işleyişine ilişkin prosedür hazırlanmalıdır.

Amaç: Acil servis süreçlerinin işleyişi ile ilgili süreçlerinin tanımlanması ve sorumluların belirlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servisle ilgili süreçleri içeren bir prosedür bulunmalıdır. Prosedür; hasta girişi, triaj, konsültan hekim çağırılması, hastaların sevk edilmesi veya serviste yatışı, tetkiklerin yapılması, nöbetçilerin belirlenmesi, ilaçların depodan alımı v.b konuları içermelidir.
- b) Acil servisle ilgili süreçlerin sorumluları ve gerekirse yedekleri belirlenmeli ve görev tanımları yapılmalı ve sorumlular kendi görev tanımlarını bilmelidir.

27.7 Acil serviste, çalışır durumda sedyeler ve tekerlekli sandalyeler bulunmalıdır.

Amaç: Hastaların transferini kolaylaştırmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil serviste, yeterli sayıda sedye ve tekerlekli sandalye(ler) bulunmalıdır.
- b) Sedye ve tekerlekli sandalyeler çalışır durumda ve kullanıma uygun olmalıdır (sedyelerin emniyet kemeri çalışır durumda olmalı, korkuluklar rahatça açılmalı, tekerlekli sandalyeler arızalı olmamalı vb).

27.8 Ayrı bir resüsitasyon odası bulunmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliği açısından acil serviste resüsitasyon için ayrı bir alan oluşturulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servis içinde resüsitasyon için ayrı bir alan oluşturulmalıdır.
- b) Resüsitasyon için gerekli teçhizat sağlanmış olmalıdır.
- c) Resüsitasyon alanında mevcut olan ilaçların ve sarf malzemelerinin miat kontrolü yapılmalı, kritik (minumum-maksimum) stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- d) Resüsitasyon alanında kalibre edilmesi gereken alet ve cihazların kalibrasyon kayıtları bulunmalıdır.

27.9 Odalardaki her yatak başında oksijen ve vakum paneli olmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğini sağlamak ve acil müdahale gerektiğinde işlemin en kısa sürede yapılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servis odalarında yatak başı tıbbi gaz sistemi bulunmalıdır.
- b) Bu şart karşılanamadığı takdirde her iki yatağa bir tane düşecek şekilde mobil oksijen tüpleri ve vakum cihazları bulunmalıdır.
- c) Oksijen tüpleri ve vakum cihazlarının bakımı periyodik olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

27.10 Muayene, müdahale ve müşahade odalarında hasta mahremiyetine yönelik düzenleme bulunmalıdır (perde, paravanla ayırma gibi).

Amaç: Hasta hakları çerçevesinde muayene, müdahale ve müşahade odalarında hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her bir kabin perde/paravanla ayrılmalı ve mahremiyete dikkat edilmelidir.
- b) Perde veya paravanların temiz ve düzgün olmasına dikkat edilmelidir.

27.11 Hasta tedavi, müdahale ve bakım süreçlerinde kullanılmak üzere personel için yeterli sayıda maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb. ekipman bulundurulmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliği ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü açısından tüm hasta bakım ve müdahale alanlarında kişisel koruyucu ekipman (maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb) kullanılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tüm hasta bakım ve müdahale alanlarında yeterli sayıda kişisel koruyucu ekipman (maske, gözlük, eldiven, boks gömleği, vb.) bulundurulmalıdır.
- b) Kişisel koruyucu ekipman ilgili personel tarafından kullanılmalıdır.

27.12 Acil müdahale ekipmanının bulunduğu etajer/el arabası hazırlanmalıdır.

Amaç: Acil müdahale arabasında; acil müdahale esnasında gerekli tüm ekipmanın hazır bulundurulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil müdahale arabalarında ya da dolaplarında bulunması gereken tüm ilaç ve malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli, miat kontrolleri yapılmalıdır.
- b) Acil müdahale arabaları ya da dolaplarının kontrolleri periyodik olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

27.13 Müşahede yataklarında hastanın rahatlıkla ulaşabileceği çağrı zili/düğmesi bulunmalıdır.

Amaç: Hastanın gerektiğinde sağlık personeline kolayca erişebilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Müşahede odalarında yatak başı bağlantılı çağrı sistemi bulunmalıdır.
- b) Çağrı sistemi çalışır durumda olmalıdır.

Öneri: Çağrı sistemi otomasyona bağlanarak, düğmeye basıldıktan hemşire ulaşıma kadarki süre ölçülebilir.

27.14 Acil serviste çalışan sağlık hizmetleri sınıfı personeline CPR (Kardio Pulmoner Resusitasyon) eğitimi verilmeli ve bu eğitim yılda en az bir kez tekrarlanmalıdır.

Amaç: Sağlık personelinin acil servise başvuran hastalara gerektiğinde etkili Kardio Pulmoner Resusitasyon uygulayabilmelerinin ve CPR esnasında acil servis çalışanlarının bir ekip bilinci içinde çalışmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil serviste çalışan doktor ve hemşirelere ileri düzey, diğer sağlık personeline ise temel CPR eğitimi yılda en az 1 kez verilmeli ve kayıtları bulundurulmalıdır.
- b) CPR eğitimleri, sertifikalı eğitimciler, acil tıp uzmanları, kardiyoloji uzmanları, anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanları, diğer tabipler veya CPR sertifikası olan acil tıp teknisyenleri tarafından verilebilir.

27.15 Acilde çalışan personelin ünvan ve iletişim (ünvan, telefon, adres, vb) bilgileri kayıtlı olmalıdır.

Amaç: Gerektiği anda acil servis personeline ulaşımın kolaylıkla sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil serviste çalışan tüm personelin ünvan ve iletişim bilgileri kayıt altına alınmalı ve acil servis sorumlu hekimi veya hemşiresinde dosya içinde bulundurulmalıdır.
- b) Bir nüshası acil serviste uygun bir yerde saklanmalıdır.
- c) Bu bilgiler yılda 3 defa güncellenmelidir.

27.16 Acil serviste icapçı ve diğer uzman doktorların iletişim bilgilerini içeren dosya bulunmalıdır.

Amaç: Gerekliği anda icapçı hekimlere ve branş hekimlerine kolaylıkla ulaşımın sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil serviste icapçı ve diğer uzman doktorların iletişim bilgilerini içeren dosya acil servis sorumlu hekimi, hemşiresi ve sekreteryasında bulundurulmalıdır.
- b) Bir nüshası acil serviste uygun bir yerde saklanmalıdır.
- c) Hastane afet planında görevli tüm personelin iletişim bilgileri acil serviste de bulunmalıdır.

27.17 24 saat boyunca güvenlik personeli bulundurulmalıdır

Amaç: Acil servis çalışanlarının ve acile başvuran hastaların güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servis giriş ve çıkışlarında 24 saat boyunca güvenlik personeli bulunmalıdır.
- b) Güvenlik elemanları olağan üstü durumlarda (çocuk kaçırma, yangın v.s) yapılacak işlemler ile ilgili eğitim almış olmalıdır.

27.18 Yazılı olarak tanımlanmış ve etkili olarak uygulanan bir triaj sistemi bulunmalıdır.

Amaç: Çok sayıda hasta ve yaralının bulunduğu durumlarda, bunlardan öncelikli tedavi ve nakil edilmesi gerekenlerin tespiti amacıyla, hızlı seçme ve kodlama işleminin yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yazılı olarak tanımlanmış bir triaj sistemi bulunmalıdır.
- b) Sistem tüm çalışanlar tarafından görülebilecek bir yere asılmalıdır.
- c) Triage sisteminin uygulandığı kontrol edilir.

Not: Triage işlemi hekim ya da diğer sağlık personeli tarafından yapılabilir.

27.19 Zehirlenmiş hastaların yönetim süreci (danışmanlık, tedavi vb.) tanımlanmış olmalıdır.

Amaç: Zehirlenme vakalarının tedavilerinin uygun şekilde yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Zehirlenmiş hastaya genel yaklaşım sürecine yönelik bir talimat hazırlanmalı ve acil servis panosunda bulundurulmalıdır.
- b) Acil durumlar için Ulusal Zehir Merkezinin (UZEM) telefon numarası (114-Türkiye'nin her yerinden ulaşılabilir) kayıt altında olmalıdır. www.rshm.saglik.gov.tr/uzem/
- c) Hastanenin hasta profiline göre sık karşılaşılan zehirlenmeler için bir tedavi rehberi hazırlanmalıdır.

27.20 Acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hastalar için acil serviste gerçekleştirilen tıbbi müdahaleler hakkında bilgi veren hasta nakil notları verilmelidir.

Amaç: Acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hastalara yapılan tıbbi müdahalelerin nakledilen birime bildirimini sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servisten başka bir merkeze sevk edilen hastalara yapılan tıbbi müdahalelerin bildirilmesi için acil serviste yapılan girişimlerin tedavilerin yazılı olduğu acil servis hasta izlem formunun bir nüshası veya hasta sevk formu doldurulmalı ve nakledilen birime gönderilmelidir.

27.21 Müşahede odalarında hasta kalış sürelerine ilişkin kayıtlar tutularak gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılmalıdır.

Amaç: Acil serviste hastaların müşahede odalarında gereksiz yere bekletilmesinin engellenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar

- a) Hastane yönetimince hastanın müşahede odasında ne kadar kalacağı belirlenmelidir.
- b) Müşahede odalarında yatan hastaların kalış sürelerine ilişkin istatistiksel veri analizi yapılmalı ve düzeltici, önleyici faaliyetler kayıt altına alınmalıdır.

27.22 Kritik hastaların acil serviste kaldığı süre boyunca izleminin yapılabileceği monitorize bir alan bulunmalıdır.

Amaç: Kritik hastaların acil serviste monitorizasyonu sağlanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil serviste kritik hastalar monitorize edilebilmelidir.
- b) Monitorizasyon için gerekli teçhizat bulunmalıdır.

27.23 Acil servise müracaatı sonucunda yatış kararı verilen hastaların acil serviste bekleme süreleri kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Acil serviste yatış kararı verilen hastaların acil serviste bekleme sürelerini tespit ederek işlemleri hızlandırabilmek için gerekli düzenlemelerin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanın yatış yaptırdığı saat ve ilgili servise ulaştığındaki saat hasta izlem formunda veya bilgisayar otomasyon sisteminde kayıtlı olmalıdır.

27.24 Bulunması gereken temel ilaçlar listesi oluşturulmalı kritik stok seviyeleri ve miat takipleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.

Amaç: Hastane acil servisindeki ilaç ve malzeme listelerinin ve stok düzeylerinin belirlenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil serviste bulunan ilaç ve malzemelerin listesi ve ilaçların kritik stok seviyeleri yazılı olarak belirlenmelidir.
- b) Son kullanma tarihi kontrolü yapılmalıdır.
- c) Son kullanma tarihinin bitimine yakın ilaçlar için önlem alınmalıdır (3 ay kalan ilaçlara kırmızı etiket yapıştırmak, raflarda ön sıraya koymak vb.)

27.25 Acil serviste kullanılan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri belirlenerek miat takipleri yapılmalıdır.

Amaç: Hastane acil servisindeki tüm sarf malzemelerinin stok düzeylerinin belirlenmesi ve miat takiplerinin yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil serviste bulunan tüm sarf malzemelerinin kritik stok seviyeleri yazılı olarak belirlenmelidir.
- b) Son kullanma tarihi kontrolü yapılmalıdır.
- c) Son kullanma tarihinin bitimine yakın sarf malzemeleri için önlem alınmalıdır (3 ay kalan sarf malzemelerine kırmızı etiket yapıştırmak, raflarda ön sıraya koymak vb.)

27.26 Acil servise konsültan doktor çağırma ve konsültan doktorun acil servise geliş saatleri kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Konsültan doktorun acil servise geliş süresinin belirlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servise çağrılan konsültan hekimin çağrılış ve geliş saati acil hasta izlem formuna kaydedilmeli veya otomasyon sistemi ile ölçülmelidir.

Öneri: Konsültan hekimlerin 20 dakika içinde hastaya ulaşması önerilir. Konsültan hekimlere çağrı cihazı verilebilir.

27.27 Tuvaletler temiz tutulmalı ve tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu olmalıdır.

Amaç: Kullanılan tüm tuvalet ve banyoların temizliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu olmalıdır.
- b) Yapılan temizlikler kontrol çizelgelerine kaydedilmelidir.
- c) Tuvaletler temizliği ilgili görevliler tarafından periyodik olarak kontrol edilmelidir.

27.28 Acil serviste danışma birimi nitelik ve konum olarak hizmet vermeye uygun olmalıdır.

Amaç: Hasta ve yakınlarının yönlendirilmesi, bilgilendirilmesi, acil servis içinde gereksiz kalabalığın önlenmesi, yaşlı veya engelli hastalara gerektiğinde yardım edilebilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servis girişinde hasta ve yakınlarının kolayca ulaşabileceği danışma birimleri olmalıdır.
- b) Danışma görevlilerine, acil servis hizmetleri, genel hastane hizmetleri, kişiler arası ilişkiler, iletişim becerileri vb. konularda eğitim verilmeli ve verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- c) Danışma görevlilerinin hasta ve yakınlarıyla olumlu iletişim kurmalıdır.

27.29 Acil çalışılan tetkik/tahlil işlemlerinin sonuçlanma süreleri tespit edilmeli ve acil servis personel odalarına ve acil servis panosuna asılmalıdır.

Amaç: Acil serviste çalışılan testlerin sonuçlanma süreleri hakkında çalışanların ve hastaların bilgi sahibi olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar

- a) Acilde çalışılan tüm laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinin bir listesi yapılarak sonuçlanma süreleri belirtilmeli ve personelin ve hastaların göreceği alanlara asılmalıdır.
- b) Acil serviste çalışan tüm acil doktor ve hemşireler bu konuda bilgilendirilmelidir.
- c) Belirlenen sürelerde teslim edilmeyen test sonuçları ve radyolojik tetkik sonuçları için istatistiksel çalışma yapılmalıdır. (Örneğin zamanında teslim edilmeyen tetkikler formu)
- d) Zamanında teslim edilmeyen tetkikler için de düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.

27.30 Hastaların tetkik sonuçları elektronik ortamda gönderilmeli gönderilemeyenler ise ilgili personel tarafından doktora ulaştırılmalıdır.

Amaç: Hastaların tetkik sonuçlarının uygun ve belirlenmiş sürede hekime ulaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvar tetkik sonuçları otomasyonla belirlenmiş sürede teslim edilmelidir.
- b) Otomasyonla ilgili problem olduğunda tetkik sonuçların teslimatı ile ilgili belirlenmiş bir süreç olmalıdır (örneğin laboratuvar sonuçlarının iletilmesinden sorumlu personel tespit edilmelidir).

27.31 Sosyal güvencesi olmayan hastaların muayene, tedavi ve bakımına yönelik talimat bulunmalıdır.

Amaç: Sosyal güvencesi olmayan hastaların muayene tedavi ve bakımlarının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sosyal güvencesi olmayan hastaların muayene tedavi ve bakımlarına yönelik yazılı bir talimat bulunmalı ve nöbetçi memur odasında bulundurulmalıdır.
- b) Hastalar bu konuyla ilgili olarak bilgilendirilmelidir.

27.32 Müşahede altına alınan hastalar için Ordera; ilaç adı, dozu, zamanı, uygulama şeklini içerecek biçimde okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılmalıdır.

Amaç: Doğru hastaya, doğru tedavinin yapılabilmesi amacıyla herhangi bir karışıklığa sebep verilmemesinin ve izlenebilirliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Order; ilaç adı, dozu, zamanı, uygulama şeklini içerecek biçimde okunaklı olarak doktor tarafından tarih, saat belirtilerek ve kaşe kullanılarak yazılmalıdır.

27.33 Müşahede altına alınan hastalar için Orderı alan, uygulayan sağlık personeli kendi ad-soyadı, orderı aldığı tarih ve saatini yazarak imzalamalıdır.

Amaç: Hastaya uygulanan tedavilerin en hızlı bir şekilde ve kim tarafından yapıldığının ve izlenebilirliğini sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Orderı alan, uygulayan sağlık personeli kendi ad-soyadı, orderı aldığı tarih ve saatini yazarak imzalamalıdır.
- b) Acil sorumlusu tarafından belirli periyotlarla order takibi yapılmalıdır.

27.34 Her hastadan sonra hasta yataklarında yastık, çarşaf ve nevresim temizi ile değiştirilmeli, yataklar temiz ve düzenli tutulmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanması ve hastane kaynaklı enfeksiyonların önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar

- a) Her hastadan sonra hasta yataklarında yastık, çarşaf ve nevresim temizi ile değiştirilmelidir.
- b) Yataklar temiz ve düzenli olmalıdır.

27.35 Acil servislerde boyunluk/boyunluklar bulundurulmalıdır.

Amaç: Ağır boyun travması ile acil servise başvuran hastalarda servikal bölgenin stabilizasyonunu sağlayarak hastanın yaşama şansını ve yaşam kalitesini yükseltmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Acil servislerde yeterli sayıda ve değişik büyüklüklerde boyunluk(lar) bulunmalıdır.
- b) Acil serviste çalışan personele boyunluk kullanımı eğitimi verilmelidir.

AMBULANS VE AMBULANS HİZMETLERİ

Acil sağlık hizmetleri zincirinde ambulans hizmetleri en önemli halkalardan birini oluşturmaktadır. Ambulanların kullanım hedefleri, verilen hizmetteki amaca yönelik olarak iki farklı şekilde belirtilebilir. Bunlardan birisi, hastanın sağlık koruma kuralları dahilinde bir yerden diğer bir yere sadece taşınması, diğerisi ise bu taşıma sũreci içerisinde acil bir ilk mũdahalenin geręekleřmesi şeklinde belirtilebilir.

28 Ambulans hizmetleri gerekli şartları karşılamalıdır.

28.2 Ambulanlar ve Acil Sağlık Arağları ile Ambulans Hizmetleri Yönetmeliğinde belirlenen ilaç listesindeki ilaçlar arağta bulundurulmalı ve günlük kontrolleri yapılmalıdır.

Amaç: Ambulans içinde ilgili mevzuatında belirtilen ilaçların tam olmasının ve her an kullanıma hazır olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Nöbetçi ekip tarafından ambulansın günlük bakımı yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
- b) Nöbetçi ekip tarafından ilaçların günlük kontrollü yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

28.3 İlaç listesi ve ilaç temini ile ilgili talimat hazırlanmalıdır.

Amaç: Ambulansta bulunması gereken ilaçların belirlenmesi ve ambulans malzemelerinin temin edilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ambulansta bulunan ilaçların listesi hazırlanmalıdır.
- b) İlaç dağıtımının nasıl yapılacağına ilişkin talimat hazırlanmalı, ilaç listesi ve bu talimat hakkında personele bilgi verilmelidir.

28.4 İlaçların kritik stok seviyesi belirlenmelidir.

Amaç: Ambulansta mevcut ilaçların kritik stok seviyelerinin belirlenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlaçların kritik stok seviyesi belirlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- b) Örnekleme yolu ile sayım yapılarak kayıtların doğruluğu teyit edilmelidir.

28.5 Sarf malzemesi ve ilaçların son kullanım tarihlerinin takibi yapılmalı ve ambulansın ihtiyaç bildirdiği ilaç ve sarf malzemesi anında karşılanmalıdır.

Amaç: Sarf malzemesi ve ilaçların takibinin yapılması ve hastalara güvenli ilaç uygulanmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Stok kontrolü ambulans ekibi veya sorumlu personel tarafından düzenli olarak yapılmalıdır.
- b) Miadi geçen sarf malzemesinin veya ilacın bertaraf edilmesine ilişkin bir süreç belirlenmeli ve personele bildirilmelidir.

28.6 Bütün tıbbi ekipman çalışır durumda olmalıdır

Amaç: Acil müdahale için tüm ekipmanın çalışır durumda olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ambulans ekibi tarafından günlük kayıt formu düzenli olarak doldurulmalıdır.
- b) Eksik tıbbi ekipman var ise tespit edilerek eksik giderilmeli ve bu işlemler kayıt altına alınmalıdır.

28.7 Tıbbi ekipmanların kalibrasyonu düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Tüm tıbbi cihazların verimli, doğru ve güvenilir çalışması için kontrollerinin yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Cihazların periyodik kalibrasyonları yapılmalıdır.
- b) Cihazların üzerinde kalibre edildiğine dair etiketler ve ilgili birimde kalibrasyon sertifikaları bulunmalıdır.

28.8 Her nöbet devrinde araç kontrolü yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Görev esnasında aksaklıklara neden olabilecek durumların önceden tespitinin yapılması ve gerekli önlemlerin alınmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ambulans günlük kayıt formu her gün nöbetçi ekip tarafında doldurulmalıdır.

28.9 Ambulansın ve tıbbi malzemelerin günlük temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

Amaç: Ambulansın ve tıbbi malzemelerin günlük temizliğinin yapılması ve enfeksiyonların önlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon talimatları hazırlanmalıdır.
b) İlgili personele eğitim verilmeli ve eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
c) Ambulansın iç-dış bölümleri ve tıbbi malzemeler temiz olmalıdır.

28.10 Tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır

Amaç: Ambulanslarda enfeksiyonların önlenmesinin sağlanması ve çalışan güvenliği açısından "tıbbi atık yönetmeliği" esaslarına göre düzenleme yapılmasının sağlanmasıdır

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ambulanslarda tıbbi atık kapları ve poşetleri bulundurulmalıdır.
b) Çalışan personele eğitim verilmelidir.

28.11 Ambulanstaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerinin listesi olmalıdır.

Amaç: Hastalara zamanında müdahale edilmesi için gerekli malzemelerin hazır halde bulunmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Canlandırma teçhizat ve malzeme listesi olmalıdır.
b) Günlük olarak kontrol edilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.

28.12 Ambulanstaki canlandırma teçhizatı ve malzemeleri yetişkinlere, çocuklara ve bebeklere yapılacak müdahaleler için uygun olmalıdır.

Amaç: Ambulansta yetişkinlere, çocuklara ve bebeklere uygun canlandırma teçhizatı ve malzemelerinin bulunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Uygun miktar ve sayıda malzeme bulunmalı ve bu malzemelerin listesi oluşturulmalıdır.
- b) Tüm yaş gruplarına uygun niteliklere sahip malzemeler bulunmalıdır.
- c) Malzemelerin kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

28.13 Ambulanstaki canlandırma teçhizatı ve malzemelerin günlük kontrolleri yapılmalıdır.

Amaç: Hastaların ihtiyacı olan malzemelerin kontrolleri yapılarak eksik olanların temin edilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ambulans günlük kayıt formu her gün nöbetçi ekip tarafında doldurulmalıdır.

28.14 Personele, acil durumlarda tehlikeli atık ve malzemelerin depolanması, taşınması ve uzaklaştırılması için alınması gereken önlemler konusunda eğitim verilmelidir.

Amaç: Personelin acil durumlarda kendisini ve çevresini koruyacak önlemleri almasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tehlikeli maddelerin envanteri yapılmalıdır.
- b) Bunların depolanması, taşınması ve uzaklaştırılmasına yönelik yazılı bir planlama olmalıdır.
- c) Personele bu konuda eğitim verilmeli ve kayıtları tutulmalıdır.

28.15 Ambulansta yangın söndürme tüpü bulunmalı ve 3 ayda bir düzenli olarak kontrol edilmelidir.

Amaç: Olası bir yangında personelin gerektiği anlarda yangın söndürücülere kolaylıkla erişebilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın söndürme tüpleri bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.
- b) Yangın söndürme tüplerine erişim kolay olmalıdır.
- c) Yangın söndürme tüplerinin üç ayda bir kontrolü yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

28.16 Ambulansta kullanılan ana sedyede korkuluk bulunmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ambulansta kullanılan ana sedyede korkuluk bulunmalıdır.
- b) Korkuluk çalışır durumda olmalıdır.

28.17 Sedyeye, kızakları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sedyeye, kızakları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

28.18 Hasta sedyeye ambulansa alındıktan sonra sedye kızaklarının sabitlemesine yönelik bir talimat olmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta sedyeye ambulansa alındıktan sonra sedye kızaklarının sabitlemesine yönelik bir talimat olmalıdır.
- b) Talimat; sedye kızaklarının sabitlemesinden sorumlu personel, kızakların kontrolü vb. konuları içermelidir.

28.19 Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale durumlarında kişisel koruyucu ekipman (koruyucu elbise, eldiven, dezenfektan ve yüz maskesi) bulunmalıdır.

Amaç: Çalışan güvenliği ve bulaşıcı hastalıkların kontrolünün sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale durumlarında kişisel koruyucu ekipman (koruyucu elbise, eldiven, dezenfektan ve yüz maskesi) bulunmalıdır.
- b) Kişisel koruyucu ekipman sağlık personeli tarafından kullanılmalıdır.

28.20 Ambulans personeline hastaya tıbbi müdahale ile ilgili olarak İl Ambulans Servisi Başhekimliği'nden temel eğitim, ileri kardiyak(yaşam), pediatrik ve travma yaşam desteği konusunda yılda en az bir defa eğitim aldırılmalıdır.

Amaç: Personelin mesleğini daha iyi icra etmesi, yenilikleri takip edebilmesi ve kişisel gelişimi için ihtiyacı olan eğitimin düzenlenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Personelin eğitim ihtiyacı planlanmalı ve düzenlenen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- b)** Yılda en az bir defa eğitim verilmelidir.

ECZANE HİZMETLERİ

Eczane hizmetleri tüm sağlık sisteminin en önemli bileşenlerinden biridir. Bu nedenle sağlık kurumlarında kalitenin de önemli göstergelerinden biri eczane hizmetlerinin istenilen biçimde verilmesini sağlamak olmalıdır.

Hastanelerde kurum eczaneleri ilaçların siparişi, saklanması ve dağıtımını dâhil birçok görevi yerine getirmektedir.

29 İlaçlar buldukları birimde, uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.

29.1 İlaçların saklandığı alanlar uygun fiziki koşullara sahip olmalıdır.

Amaç: İlaçların son kullanma tarihlerine kadar etkilerini kaybetmemeleri için uygun şartlarda muhafaza edilmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlaçların muhafaza edildiği depolar uygun şartları sağlamalıdır.
- b) Nem, ısı ve buzdolabı kontrolleri düzenli olarak yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

29.2 Işıktan korunması gereken ilaçların saklandığı raflar ve bölmeler olmalıdır.

Amaç: Eczanede ilaçların uygun ışık seviyesinde saklanması sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlaçları ışıktan koruyacak biçimde bir düzenlemenin yapıldığı kontrol edilmelidir.

29.3 İlaçların muhafaza edildiği oda veya bölümlerde ısı ve nem kontrolü yapılmalıdır.

Amaç: Eczanede ilaçların uygun ısı ve ışık seviyesinde saklanması sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Isı ve nemölçer bulunmalıdır
- b) Isı ve nemölçerin çalıştığı kontrol edilmelidir.
- c) Isı ve nem takipleri yapılmalıdır ve kayıtları tutulmalıdır.

30 Buzdolabında kalibrasyonlu termometre ile ısı takibi yapılmalıdır.

Amaç: Eczanede ilaçların uygun ısıda saklanması sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Buzdolabında kalibrasyonlu termometre ile ısı takibi yapılmalıdır veya buzdolabında kullanılan termometrenin kalibrasyonlu termometre vb. yöntemler ile doğrulaması yapılmalı ve ısı kontrol kayıtları tutulmalıdır.

31 Eczane deposundaki kritik stok seviyeleri belirlenmelidir.

31.1 İlaçların kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi üzerinden takip edilmelidir.

Amaç: Eczane deposunda mevcut ilaçların kritik stok seviyelerinin belirlenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Eczane deposundaki ilaçların kritik stok seviyeleri belirlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- b) Kritik stok seviyeler otomasyondan takip edilmelidir.
- c) Kritik stok seviyesini aşan ilaçlar için uyarı sistemi olmalıdır.
- d) Örnekleme yolu ile sayım yapılarak kayıtların doğruluğu teyit edilmelidir.

31.2 İlaç ve sarf malzeme grupları için periyodik miat kontrolleri yapılmalıdır.

Amaç: İlaç ve sarf malzemelerinin son kullanma tarihlerinden sonra kullanılmasından doğabilecek sorunları önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlaçların ve sarf malzemelerinin periyodik miat kontrolleri yapıldığına dair kayıtlar kontrol edilmelidir.
- b) Miadının bitimine üç ay kalan ilaçlar için uyarı sistemi bulunmalıdır.
- c) Son kullanma tarihi yaklaşan ilaçların iadesine ilişkin talimat bulunmalıdır.

31.3 Birimlere gönderilen ilaçların son kullanma tarihleri belirtilmelidir (ambalajı üzerinde miadı bulunanlar hariç).

Amaç: İlaçların son kullanma tarihlerinden sonra kullanılmasından doğabilecek sorunları önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Birimlere giden ilaçların son kullanma tarihleri belirtilmiş olmalıdır.
- b) Birime gönderilmek üzere hazırlanmış ilaç örneğinin miat kontrolü gönderilmeden önce yapılmalıdır.

31.4 Taburcu edilen hastalardan kalan ilaçların eczaneye iadesi ve bu ilaçların değerlendirilmesi ile ilgili bir talimat bulunmalıdır.

Amaç: Taburcu olan hastalardan kalan ilaçların değerlendirilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Taburcu edilen hastalardan kalan ilaçların değerlendirilmesi ile ilgili talimat bulunmalı ve ilgili personel konu hakkında bilgilendirilmelidir.
- b) Söz konusu ilaçların iadesi ile ilgili form düzenlenmiş olmalı ve bu konuda hemşirelere eğitim verilmiş olmalıdır.

32 Narkotik ilaçlar için gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.

32.1 Yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçlar kilit altında tutulmalıdır.

Amaç: Riskli ilaç grubuna sorumlu kişilerin erişiminin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçların kilit altında olmalı ve kontrolü sorumlu/sorumlular tarafından yapılmalıdır.

b) Nöbet teslim esnasında teslim kayıtları olmalıdır.

32.2 Eczanelerde, servislere gönderilecek ilaçların hazırlanma ve nakil usullerine dair yazılı talimat bulunmalıdır.

Amaç: İlaç nakillerinin usulüne uygun koşullarda yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Eczanelerden servislere gönderilecek ilaçların (Narkotik ilaçlar dahil) hazırlanma ve naklinin usul ve esaslarına yönelik talimat bulunmalıdır.

b) Eczaneden servislere gönderilen narkotik ilaçların kırılması ve kaybolması söz konusu olduğunda alınacak önlemler bu talimatta yer almalıdır.

ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ ve ÖNLENMESİ

Sağlık hizmetlerinde kalitenin en önemli göstergelerinden birisi enfeksiyon kontrolünde elde edilen başarı düzeyidir. Enfeksiyon kontrolü programının amacı, hastane genelinde hasta ve sağlık çalışanlarının karşılaşılabileceği enfeksiyonların önlenmesini, takibi ve kontrolünü etkili bir biçimde sağlamaktır.

Enfeksiyon kontrolü eğitim programı, tüm personelin genel / standart tedbirleri ve ilkeleri öğrenmesini sağlayacak; uygun kişisel koruyucu ekipmanın nasıl ve ne zaman kullanılması hakkında bilgilendirecek, çalışanların günlük fonksiyonları üzerinde bunun nasıl bir etkisi olduğu konusuna açıklık getirecek nitelikte açık, ayrıntılı, vurgulayıcı ve donatılmış bir eğitim olmalıdır. Personelin enfekte sıvılara maruz kalmaması ve potansiyel bulaşıcı ürün risklerini azaltmak için hastanenin eylem planları bulunmalıdır. Ayrıca bunlara ilişkin prosedürler konusunda personel eğitilmelidir.

El hijyeni programına tüm personelin katılımı sağlanmalıdır.

33. Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrolü ve önlemeye yönelik bir düzenleme olmalıdır.

33.1. Hastanenin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla hastanenin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hastanenin enfeksiyon kontrol komitesince (EKK) hazırlanmış, tüm bölümleri kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.
- b)** Program; EKK'nin tanımı ve çalışma alanlarını, sürveyans kapsamını ve gerekli görülen tüm talimatları içermelidir.
- c)** Tespit edilen hastane enfeksiyon sonuçlarına göre hastane veya birim bazında düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalı ve sonuçlar kayıt altına alınmalıdır.

33.2.Enfeksiyon kontrol ve önleme programının sorumluları bulunmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak üzere hastanelerde enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili programın sorumlularını belirlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her hastane 'Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği'ne göre Enfeksiyon Kontrol Komitesi üyelerini belirlemedir.
- b) Enfeksiyon Kontrol Komitesi üyelerinin görev tanımları yapılmalı ve sorumlulukları belirlenmelidir.

33.3 İhtiyaç duyulan hallerde ve yerlerde çalışan personel için kişisel koruyucu ekipman ve malzeme (sabun, dezenfektan, vb.) bulunmalıdır.

Amaç: Sağlık hizmeti çalışanın, standart izolasyon önlemleri için gerekli olan ekipman ve malzemeye kolayca ulaşabilmesini sağlamak ve çalışan ve hasta güvenliği ile ilgili temel gerekliliklerden olan bu önleyici uygulamalara ilişkin uyumu azami düzeyde gerçekleştirmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastaya tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapılan birimlerde (pansuman odaları, yoğun bakım üniteleri, yeni doğan ünitesi, hemodiyaliz ünitesi, doğumhane, acil, laboratuvar, otopsi salonu, morg vb.) el antiseptik solüsyonları, sabun, kağıt havlu, eldiven, maske, gözlük ve koruyucu önlük/elbise bulunmalıdır.
- b) Hava yolu ile bulaş ihtimali (tüberküloz, suçiçeği, kızamık, SARS, yaygın zoster enfeksiyonu vb.) olan hastalara hizmet verilen birimlerde solunum maskeleri (N95 vb.) olmalıdır.
- c) Sözü geçen koruyucu ekipman ve malzemeler 24 saat ulaşılabilir olmalıdır.

Öneri: N95 solunum maskesi, koruyucu gözlük ve koruyucu önlük/elbise hastanenin hizmet verdiği hasta spektrumu göz önüne alınarak depoda bulundurulmalıdır. Diğer birimler bu malzemeleri gerektiğinde nasıl temin edecekleri konusunda EKK tarafından bilgilendirilmelidir.

www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/egitim/EKHems_sunumlar/9_standart_onlemler_izolas_yon.ppt

33.4 Kirli çamaşırların toplanması ve amaşırhaneeye transferine ilişkin talimat bulunmalıdır.

Amaç: Kirli çamaşırların toplanması ve transferiyle ilgili yazılı bir protokolün aktif olarak uygulanıyor olması ve güvenli bir sürecin oluşturulmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Kirli çamaşırların toplanması, taşınması ve yıkanması ile ilgili talimat oluşturulmalıdır.

Not: Hastanedeki tüm kirli çamaşırlar enfekte kabul edilir ve kapalı saklama konteynirlerinde taşınır.

33.5 Hizmet içi eğitim programında enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili bir eğitim yer almalıdır.

Amaç: Tüm sağlık personelinin enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili eğitim almasını ve güncel bilgileri takip etmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hizmet içi eğitim programında enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili bir eğitim yer almalıdır.
- b) EKK'nın enfeksiyonun kontrolü ve önlenmesi ile ilgili bir eğitim planı olmalıdır.
- c) Bu eğitimler ilgili personele verilmeli ve kayıt altına almalıdır.

33.6 Hangi hastaların izole edilmesi gerektiğini belirleyen bir talimat bulunmalıdır.

Amaç: Enfekte veya kolonize hastaları belirleyerek, bu hastalardan diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık personeline mikroorganizmaların bulaşmasını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hangi hastaların enfekte veya kolonize hastalar olduğu ve hangi izolasyon önlemlerinin (standart önlemler, solunum izolasyonuna yönelik önlemler, damlacık izolasyonuna yönelik önlemler, temas izolasyonuna yönelik önlemler vb.) uygulanması gerektiği belirlenmelidir.
- b)** İzolasyon yöntemleri, endikasyonları ve uygulamalarına ilişkin talimat bulunmalıdır.
- c)** İzolasyona karar verecek olan doktorun ve uygulamayı takip edecek olan hemşirelerin görev ve sorumlulukları belirlenmelidir.
- d)** İzolasyon odasının giriş kapısına izolasyon yöntemi ve alınması gereken önlemleri içeren talimatlar asılmalıdır.
- e)** Konuyla ilgili tüm hemşirelere ve servis personeline eğitim verilmeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

- www.rsh.gov.tr/enfeksiyon/egitim/EKHems_sunumlar/9_standart_onlemler_izolasyon.ppt
- www.hastaneenfeksiyonlari.rsh.gov.tr/sinav/izolasyon.pdf
- www.gata.edu.tr/.../KARANTINA%20ve%20İZOLASYON-Doç.Dr.Süleyman%20CEYLAN.ppt

33.7 Damlacık ve hava yolu ile temas izolasyonu için talimat bulunmalıdır.

Amaç: Enfekte veya kolonize hastalardan, diğer hastalara, ziyaretçilere ve sağlık personeline mikroorganizmaların bulaşmasını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İzolasyon önlemleri, endikasyonları ve uygulamalarına ilişkin talimat bulunmalıdır.
 - b) İzolasyona karar verecek olan doktorun ve uygulamayı takip edecek olan hemşirelerin görev ve sorumlulukları belirlenmelidir.
 - c) İzolasyon odasının giriş kapısına izolasyon önlemi ve uyulması gereken kurallarla ilgili talimat asılmalıdır.
 - d) Konuyla ilgili tüm hemşirelere ve servis personeline eğitim verilmeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/egitim/EKHems_sunumlar/9_standart_onlemler_izolasyon.ppt
 - www.hastaneenfeksiyonlari.rshm.gov.tr/sinav/izolasyon.pdf
 - www.gata.edu.tr/.../KARANTİNA%20ve%20İZOLASYON-Doç.Dr.Süleyman%20CEYLAN.ppt

33.8 Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin içinde bir antibiyotik kontrol ekibi oluşturulmalıdır.

Amaç: Hastanede, doğru ve uygun antibiyotik kullanımına yönelik politikaları belirleyebilecek bir ekibin oluşturulmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Enfeksiyon Kontrol Komitesi bünyesinde bir antibiyotik kontrol ekibi (AKE) bulunmalıdır.
- b) Antibiyotik kontrol ekibinde (AKE), EKK üyesi Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı, Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı ve eczacı olmalıdır.
- c) AKE'nin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.

33.9 Antibiyotik Kontrol Ekibi tarafından "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksisi Prosedürü" hazırlanmalıdır.

Amaç: Hastanelerde dirençli mikroorganizmaların yayılımını önlemek ve istenmeyen ilaç etkilerinin ve tedavi maliyetlerinin azaltılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Antibiyotik kontrol ekibi (AKE), bilimsel esaslar ışığında, lokal direnç verilerini de göz önüne alarak antibiyotik kullanım politikalarını belirlemeli ve bilimsel gelişmeleri takip ederek gerektiğinde bu politikaları değiştirmelidir.

b) EKK üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamalı ve ilgili bölümlere iletilmek üzere yönetime bildirmelidir.

c) AKE, hastaneye satın alınacak antibiyotiklerin çeşit ve miktarları ile ilgili görüş ve önerilerini, ilgili satın alma sürecinde hastane yönetimine sunmalı ve kayıt altına almalıdır. Hastane yönetimi konuyla ilgili olarak AKE'nin görüş ve önerilerini dikkate almalıdır.

d) Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanının onayı ile reçete edilebilen antibiyotikler ve bu ilaçlar yazılırken uyulması gereken kurallar sağlık uygulama tebliği esaslarına göre hazırlanmalı ve uygulanması sağlanmalıdır.

e) İlgili branş uzmanları ile birlikte cerrahide profilaktik antibiyotik kullanımı için hastane politika ve protokolleri belirlenmelidir.

33.10 Hastanede 'Kısıtlı antibiyotik duyarlılık testi raporlama sistemi' uygulamaya geçirilmelidir.

Kısıtlı bildirim, duyarlılık test sonuçları klinikteki geniş spektrumlu antimikrobik ilaçların aşırı kullanımının yol açtığı çoğul dirençli nozokomiyal suşların seleksiyonunu azaltmaya yardımcı bir uygulamadır.

Amaç: Antibiyotiklerin doğru kullanımını sağlamak, antibiyotiklere karşı direnç gelişimini yavaşlatmak ve gereksiz antibiyotik kullanımını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastanede antibiyotik duyarlılık test sonuçları 'kısıtlı antibiyotik duyarlılık testi raporlama sistemi' ile bildirilmelidir.

b) Duyarlılık testi yapılacak ve bildirilecek olan antimikrobik ilaçların seçimini Antibiyotik kontrol ekibi yapmalıdır.

c) Duyarlılık testi yapılan ancak bildirim kısıtlanan antimikrobik ilaçlarla ilgili sonuçlar otomasyon sisteminde veya diğer kayıt ortamlarında bulunmalıdır.

d) Bildirimi kısıtlanan antimikrobiklerle ilgili bilgilere sadece Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanı tarafından ulaşılabilmelidir.

e) Mikrobiyoloji ve Klinik Mikrobiyoloji uzmanınca gerekli olan hallerde bildirim kısıtlanan bilgilerin kimlerle, hangi koşullarda paylaşılabileceğini belirleyen yazılı bir düzenleme bulunmalıdır.

Öneri: Duyarlılık testi yapılacak ve bildirilecek olan antimikrobik ilaçların seçimi konusunda uluslararası kabul görmüş standartlar esas alınmalıdır. Dünyada ve ülkemizde en yaygın olarak CLSI (Klinik ve Laboratuvar Standartları Enstitüsü) standartları kullanılmaktadır.

33.11 Hastane için hazırlanan temizlik, sterilizasyon ve dezenfeksiyon talimatları enfeksiyon kontrol komitesince onaylanmalıdır.

Amaç: Hasta, hasta yakını ve hastane çalışanları için sağlıklı bir ortam oluşturmak ve çevre sağlığını korumak amacıyla uyulması gereken temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon kurallarını belirlemek ve uygulanmasını temin etmek; ayrıca bu kuralların enfeksiyon kontrol komitesince değerlendirilmesini sağlayarak ortak bir hastane politikası oluşturmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane genelindeki tüm temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemleri ile ilgili kuralları belirleyen talimatlar enfeksiyon kontrol komitesince bilimsel yeterliliği ve hastane koşullarına uygunluğu açısından değerlendirilmeli ve onaylanmalıdır.
- b) Temizlik personeline bu konuda eğitim verilmeli, gerekli görüldükçe bu eğitimler tekrarlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

- www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/egitim/EKHems_sunumlar/20_hastane_temizligi_atik_yonetimi.ppt

33.12 Hastanedeki tüm alanların temizliklerinin düzenli olarak yapıldığı kontrol edilmelidir.

Amaç: Hastane ortamından kaynaklanabilecek enfeksiyonları önlemek; hasta, hasta yakınları ve çalışanlara sağlıklı bir ortam hazırlamak için hastane temizliğinin yapılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane yönetimi, hastanenin genel temizliğinden sorumlu bir temizlik komitesi belirlemelidir. Temizlik komitesi Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği Madde 88’de belirtilen kişilerden oluşmalıdır.
- b) Komite belirlediği aralıklarla, hastanedeki tüm alanların temizliklerini düzenli olarak kontrol etmeli ve denetimleri kayıt altına almalıdır.

33.13 Hastanedeki özel alanların (ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar, küvez içi, hasta odası vb.) temizlik talimatları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

Amaç: Hasta, hasta yakını ve hastane personeli için enfeksiyon gelişmesi ve yayılması açısından daha fazla risk taşıyan özellikli alanların saptanması, bu alanlara yönelik temizlik kurallarının belirlenmesi ve uygulanmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Enfeksiyon açısından EKK tarafından belirlenmiş olan özellikli alanlara (ameliyathane, yoğun bakım, yeni doğan ünitesi, hemodiyaliz ünitesi, doğumhane, laboratuvar, kemik iliği nakli yapılan hastaların odaları, solid organ nakli yapılan hastaların odaları, nötropenik hasta odaları, izolasyon odaları, otopsi salonu, vb.) yönelik temizlik talimatları hazırlanmalıdır.

b) Temizlik personeline özel alanların temizliği konusunda eğitim komitesi tarafından eğitim verilmeli, gerekli görüldükçe bu eğitimler tekrarlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Öneri: Bu özel alanlarda temizlik personelinin eğitimlerinin yeterliliği değerlendiriciler tarafından sorgulanabilecektir.

34 Sterilizasyon ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

34.1 Sterilizasyon ünitesi işleyişi ile ilgili prosedür hazırlanmalıdır.

Amaç: Enfeksiyon kontrolünde önemli yeri olan dezenfeksiyon, dekontaminasyon ve sterilizasyon işlemleri ile ilgili tüm süreçlerin etkin ve kontrollü bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Sterilizasyon ünitesi işleyişinin tüm aşamalarını (aletlerin; kullanım alanından transferi, ön-temizlik ve dekontaminasyonu, hazırlık ve bakım alanına taşınması, sayımı-bakımı ve kontrolü, paketlenmesi, steril edilmesi, depolanması, kullanım alanına kadar sterilliği korunarak transferi) kapsayan bir prosedür bulunmalıdır.

b) Prosedür enfeksiyon kontrol komitesince değerlendirilerek onaylanmalıdır.

34.2 Sterilizasyon ünitesinde her aşamada yapılanlar sürekli ve düzenli olarak kayıt altına alınmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sterilizasyon ünitesi işleyişinin tüm aşamalarında (aletlerin transfer işlemleri, ön temizlik ve dekontaminasyonları, sterilizasyon işleminin gerçekleştiğine ilişkin kanıtlar) yapılanlar sürekli ve düzenli olarak kayıt altına alınmalıdır.

34.3 Sterilizasyon ünitesinde kirli alanlar ile diğer alanlar ve paketleme, depolama alanları ayrı olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sterilizasyon ünitesi alanları, kirli-temiz-steril ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir. Ünite içerisinde yönlendirme levhaları ve acil çıkış işaretleri asılı olmalıdır.
- b) Paketleme ve depolama alanları belirlenmelidir.

34.4 Etilen oksit (ETO) sterilizatörü kullanılıyorsa; çalışan ve çevre güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Etilen oksit sterilizatörünün klimatizasyonu bağımsız olmalı ve bağımsız bir bacadan dışarı verilmelidir.
- b) Kartuş kullanılıyorsa özel bir kapalı metal konteynırda saklanmalıdır.
- c) Gaz maskesi kullanılmalıdır.
- d) Gaz ölçümü yapabilen dedektörler bulunmalıdır.
- e) Havalandırma süreçlerine uyulmalıdır.

34.5 Sterilizasyon ünitesinin ortam sıcaklığı ve nem oranı takibi yapılmalı ve değerlerin uygun olması sağlanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sterilizasyon ünitesinin ortam sıcaklığı ve nem oranı takibi yapılmalı ve bu değerlerin bilimsel standartlara uygun olması (sıcaklık 18-22°C, nem % 35-60) sağlanmalıdır.

34.6 Sterilizasyon işlemi sırasında indikatörlerin kontrolü tam olarak yapılmalıdır.

Amaç: Hasta bakım işlemlerinde kullanılan steril ekipmanlardan mikroorganizma bulaşmasını önlemek amacı ile sterilizasyon basamaklarının doğru uygulanıp uygulanmadığının izlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sterilizasyon cihazlarının bakım ve kalibrasyonları düzenli olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- b) Program döngüsü ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
- c) Buhar otoklavları için her gün cihaz boşken ve sterilizasyon işlemine başlamadan önce Kaçak (Leak) testi, Bowie-& Dick testi uygulanmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
- d) İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için mutlaka her paket üzerinde işlem indikatörü (maruziyet bantları) kullanılmalıdır.
- e) Her sterilizasyon çevriminde her bir paketin içi ISO sınıf 4, 5 veya 6 indikatör ile kontrol edilmelidir.
- f) Bu indikatörler değerlendirildikten sonra hasta dosyasına yapıştırılmalıdır.
- g) Sterilizasyon yöntemine göre uygun periyotlarla biyolojik indikatör kullanılmalıdır (Buharlı basınç sterilizasyonunda her otoklav için haftada en az bir kez; implant steril edilecek olan her çevrimde; otoklavlara bakım, onarım, kalibrasyon yapıldıktan sonraki ilk çalıştırmada; Etilen oksit sterilizasyonunda her çevrimde; Hidrojen peroksit gaz plazma sterilizasyonunda her kullanım gününde bir kez vb.).

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Hasta ve çalışan güvenliği kavramı, sağlık tesisinde sunulan tüm hizmetlerin zamanında ve doğru bir biçimde sunulması anlayışını içermektedir. Hasta ve çalışanların, sağlık hizmeti sunumunda zarar görmelerine sebep olabilecek faktörlerin ortadan kaldırılması amacıyla yapılan tüm çalışmalar da bu kapsamda yer almaktadır.

Hasta ve çalışan güvenliği konusu kapsamında ilgili faaliyetlerin sürekliliğinin sağlanması çalışmaların istenilen düzeyde tutulması sağlık hizmetinde güvenlik konseptinin vazgeçilmez bir parçasıdır.

Sağlık hizmetleri gibi teknolojik, bilimsel ve insan kaynakları açısından sürekli gelişen bir alanda hizmet alan ve hizmet verenlerin güvenliği konusunun sürekli gözden geçirilmesi ve iyileştirmelerin yapılması sağlık kurumunun yegane görevlerindedir.

35 Hasta güvenliği için düzenlemeler yapılmalıdır.

35.1 Hasta güvenliği planı/programından sorumlu bir ekip bulunmalıdır.

Amaç: Üst yönetimin liderliğinde hasta güvenliği uygulamalarının yürütülmesi, yetki ve sorumluluklarının tanımlanması için bir ekip kurulmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta güvenliğini sağlamak üzere bir ekip oluşturulmalıdır
- b) Hasta güvenliği konusunda ekip tarafından bir plan/program hazırlanmalıdır.
- c) Ekip, düzenli aralıklarla toplanmalı, çalışmalarını ve yapılan toplantıları kayıt altına almalıdır.
- d) Hasta güvenliği konusunda yaşanan olumsuzluklar ve yapılan düzeltici ve önleyici faaliyetler veya iyileştirmeler kayıt altında olmalıdır.

35.2 Doğru hastaya, doğru işlemlerin yapılmasını sağlamaya yönelik kimlik tanımlayıcıları kullanılmalıdır (kimlik tanımlayıcısı olarak kullanılan hasta kimlik bilezikleri üzerinde protokol no, doğum tarihi, TC kimlik no, doğum yeri vb. tanımlayıcılardan en az üçü kullanılmalıdır).

Amaç: Sağlık çalışanlarının en önemli sorumluklarından biri olan “doğru hastaya, doğru işlemin uygulanması” konusunda farkındalık yaratmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanın yatışı yapıldıktan sonra mutlaka kol bandı takılmalıdır.
- b) Kol bantlarındaki belirleyiciler hastanın adı-soyadı, T.C kimlik no, dosya no, yattığı servis, vb. bilgilerden en az üçünü içermelidir. Tüm hastalar için aynı belirleyici grubu kullanılmalıdır. Kol bantlarında yer alacak belirleyici, hastanın oda numarası gibi değişebilecek bir bilgi olmamalıdır.
- c) Gebeler için aynı numarayı taşıyan iki kol bandı hazırlanmalı ve kol bandından birisi doğumdan sonra bebeğin koluna takılmalıdır.
- d) Hasta yatarak takip edildiği süre boyunca kol bandı takılı olmalıdır.
- e) Hastaya; tanı, tedavi, tedaviye hazırlık veya tedavi takibi için yapılacak her türlü işlemde hasta kimliği aktif iletişim tekniği ile doğrulanmalıdır.
- f) Erkek hasta için mavi, kadın hasta için pembe, ilaç alerjisi olan hasta için kırmızı kol bandı kullanılmalıdır.

35.3 Yatış kararı verilen hastanın varsa kullandığı diğer ilaçlar kayıt altına alınarak ilgili doktora bildirilmelidir.

Amaç: Hastaneye yatışı yapılan hastanın tedavi planının daha önce kullanmakta olduğu ilaçlar da dâhil olmak üzere hastanın kliniği ve ilaç etkileşimlerine dikkat edilerek yeniden düzenlenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanın yatış öncesi kullandığı ilaçlar, dozları, kullanım şekli ve ne kadar süredir kullandığı gibi bilgiler kayıt altına alınarak ilgili doktora bildirilmelidir.

35.4 Benzer isimli ilaçların yanlış kullanımını önlemeye yönelik benzer isimli ilaç listeleri bulunmalıdır.

Amaç: Hasta takip ve tedavisinin yapıldığı tüm birimlerde okunuşu ve görünüşü benzer ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları farklı olan ilaçların kullanımındaki karışıklıkları ve ilaç hatalarını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hasta takip ve tedavisinin yapıldığı tüm birimlerde ilaç depolama ile ilgili kurallar belirlenirken karışıklıkları önlemeye yönelik tedbirler (örn. bu ilaçların ayrı raflarda saklanması, eczanede uyarıcı yazıların bulunması vb.) alınmış olmalıdır.
- b)** Eczane sorumlusu tarafından hastanede kullanılan ilaç listeleri gözden geçirilerek ambalajı, yazılışı, okunuşu benzer olan ilaçlar ile aynı ilaçların farklı dozlarının ve pediatrik dozlarının listeleri oluşturulmalıdır.
- c)** Bu listeler hasta takip ve tedavisinin yapıldığı tüm birimlerde, tedavilerin hazırlandığı bölümlerde bulundurulmalıdır.

Öneri: Yazılışı, okunuşu ve görünüşü benzer isimli ilaçların, etiketlerine, depolama kutularına ya da raflarına, bilgisayar ekranlarına, otomatik dağıtım yapan cihazlara ve idarenin kayıtlarına kalın (bold) harfler ve farklı renkler kullanılarak yazılabilir.

35.5 Hastaların düşme risklerinin azaltılmasına yönelik prosedür belirlenmelidir.

Amaç: Hastaların düşmelerini önlemeye yönelik gerekli tedbirlerin alınmasını, dolayısı ile hasta güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Öncelikle düşme riski olan hastalar tespit edilmeli ve bu hastalara uygulanacak bakımda dikkat edilmesi gereken kurallar belirlenmelidir.
- b)** Hasta yatakları en düşük seviyede tutulmalı ve hasta yatakları, sedyeleri ve diğer hasta taşıma araçlarında, düşmelere engel olacak korkuluk, kemer vb. kullanılmalıdır.
- c)** Sedyeler ve yatak korkulukları periyodik olarak servis sorumlu hemşiresi tarafından kontrol edilmelidir.
- d)** Hasta odasında gereksiz eşyalar, yerlerde kablo vs. bulundurulmamalıdır.
- e)** Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resimler ile uyarı levhaları (ıslak zemin, alt yapı çalışması vb.) konulmalıdır.

Öneri:

- Tuvaletlerde tutunma kolları bulundurulabilir.
- Merdiven korkulukları kontrol edilebilir.
- Yürürken ayağın takılabileceği çıkıntı, yükselti gibi basamaklar, engeller giderilebilir.
- Zeminler kaygan olmayan malzeme ile döşenebilir.

35.6 Hastanede mavi kod uygulaması yapılmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulan hallerde ilgili sorumlu ekibin en kısa zamanda olay yerine ulaşmasını temin etmektir.

Değerlendirilecek hususlar:

- a) Mavi kod uygulaması ile ilgili yazılı bir düzenleme hazırlanmalıdır.
- b) Mavi kod sorumluları belirlenmeli ve bu sorumlular konu ile ilgili eğitilmelidir.
- c) Mavi kod sorumluları acil müdahale ekipmanına sahip olmalıdır.
- d) Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmalıdır.
- e) Müdahale yapıldıktan sonra mavi kod sorumlusu tarafından olay bildirim formu doldurularak kalite birimine teslim edilmelidir.

Öneri:

- Büyük ve dağınık hastanelerde mavi kod butonu ile bağlantılı çağrı cihazı veya benzeri ekipman vasıtasıyla mavi kod sorumluları ile irtibat sağlanabilir.
- Hastane fiziki şartlarını göz önünde bulundurarak farklı bir sistem de kullanılabilir. Burada amaç, en kısa sürede ilk müdahalenin sağlanmasıdır (anons, çağrı cihazı v.s).

35.7 Sözel orderlerin doğrulanmasına yönelik prosedür belirlenmelidir.

Amaç: Hastanede, sözel orderlerin doğrulanması ile ilgili standardizasyonun sağlanması ve bu konuyla ilgili oluşabilecek hataların engellenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sözel orderlerin doğrulanmasına yönelik prosedür hazırlanmalıdır.
- b) Bu prosedür; sözel olarak alınan orderin bir yere not edilmesi, tekrar okunarak doğrulanması, hasta kimliğinin doğrulanması, ilgili hekimin en geç ne kadar süre içinde onaylaması gerektiği (nihai kayıt süresi), gibi konuları kapsamalıdır.
- c) Bu prosedür ile ilgili hemşire ve hekimlere eğitim verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Not: Doktorun yazılı istemi olmaksızın hastalara ilaç uygulanmamalıdır. Zorunlu hallerde ve acil durumlarda sözel istem alınabilir. Doktor belirlenen süre içinde orderini kayda geçirmelidir.

Öneri: Sözel orderlerin gerektiğinde geriye dönük takibi için telefon kayıt modülü kullanılabilir.

35.8 Tedavi planı; ilaç adı, dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi doktoru tarafından yazılmalıdır.

Amaç: İlaç uygulama hatalarını önlemek veya yanlış okumaktan kaynaklanan hataları azaltmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Doğru ilacın, doğru zamanda, doğru dozda verilmesi konusundaki süreç belirlenmeli ve tüm birimlerde uygulanmalıdır.
- b)** Her hasta için belirlenmiş olan tedavi planları hastayı takip eden doktor tarafından hasta kayıtlarına okunaklı şekilde işlenmelidir. Tedavi planında ilacın dozu, uygulama şekli ve zamanı mutlaka belirtilmelidir.
- c)** Her tedavi planının altında doktor kaşesi ve imzası yer almalıdır.
- d)** Hemşire ilaç uygulamasına geçmeden önce doktorun tedavi planında yazılan şekilde ilacın dozunu uygulama şeklini, zamanını tedavi defterine kaydetmeli daha sonra kaydettiği planı kontrol ederek uygulamaya geçmelidir. Bu doğrulama sürecine, hasta kimliğini doğrulama da dahil edilmelidir.

36 Güvenli cerrahi uygulamaları için önlemler alınmalıdır.

36.1 Anestezi öncesi, ameliyat edilecek doğru bölge ve taraf işaretlenmeli ve bu işlem hastaya da doğrulmalıdır.

Amaç: Cerrahi işlemlerin doğru hastaya doğru şekilde uygulanmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesine göre anestezi öncesi, doğru bölge ve taraf işaretlenmeli ve bu işlem hastaya da doğrulmalıdır.
- b) Taraf işaretlemesi hasta uyanırken ve bilinci açık olduğunda yapılmalıdır.

[http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguenlik/cerrahi_guvenlik_kontrol_listesi_edit\[1\].pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguenlik/cerrahi_guvenlik_kontrol_listesi_edit[1].pdf)

36.2 Ameliyat odasında sesli olarak doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem doğrulaması yapılmalıdır.

Amaç: Cerrahi işlemlerde hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyat odasında sesli olarak doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem doğrulaması yapılmalıdır.

36.3 Cerrahi güvenlik kontrol listesine göre doğrulama yapılmalıdır.

Amaç: Cerrahi işlemlerde hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Dünya Sağlık Örgütü'nün önerdiği T.C. Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı web sitesinde de yayınlanan Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi Ve Uygulama Kılavuzu kullanılmalıdır.
- b) Liste uygulanıp, kaydedildikten sonra hasta dosyasında saklanmalıdır.

[http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguenlik/cerrahi_guvenlik_kontrol_listesi_edit\[1\].pdf](http://www.performans.saglik.gov.tr/content/files/hastaguenlik/cerrahi_guvenlik_kontrol_listesi_edit[1].pdf)

37 Enfeksiyon riskinin azaltılması için gerekli önlemler alınmalıdır.

37.1 Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı ve analizi yapılmalıdır.

Amaç: Sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek,problemleri saptamak, salgınları zamanında tespit edip kontrol altına almaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane, hastane enfeksiyonlarını izleyebilmek için UHESA'yı kullanmalıdır.
- b) Enfeksiyon kontrol hemşiresi, hastane enfeksiyonu sürveyans verilerini formlarla günlük olarak toplamalı ve UHESA'ya haftalık olarak veri girişi yapmalıdır.
- c) Enfeksiyon Kontrol komitesi sürveyans verilerini haftalık, aylık izlemelidir. Hastane enfeksiyon sürveyansı sonuçlarına göre hastane veya birim bazında düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalı ve sonuçlar kayıt altına alınmalıdır.

<http://hastaneenfeksiyonlari.rshm.gov.tr/>

37.2 Bölümlere göre hastane enfeksiyon oranları ve hızları izlenerek raporlanmalıdır.

Amaç: Bölümlere göre hastane enfeksiyon oranları tespit edilerek ilgili birimlere ait kontrol tedbirlerinin oluşturulması, bu tedbirlerin uygulanması ve değerlendirilmesi sürecine ilgili birim çalışanlarının da katılımlarının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporu hazırlanmalı ve ilgili bölümlere iletilmek üzere yönetime verilmelidir.
- b) Enfeksiyon Kontrol Komitesince ilgili birimlerin (enfeksiyon açısından sorun tespit edilen birimler) sorumlularının alınacak önlem ve yapılacak işlemlerde yer almaları sağlanmalıdır.

38 Hastalar için Bilgi Güvenliği Politikaları tanımlanmalıdır.

Amaç: Hastaya ait bilgilerin mahremiyeti hususunda uyulması gereken kuralları tanımlayarak hastalar için bilgi güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hasta bilgi güvenliği prosedürü hazırlanmalıdır.
- b)** Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalıdır.
- c)** Hastalarla ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmelidir.
- d)** Hastaların klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığını denetleyen süreç izlenebilmelidir.
- e)** Hasta kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreç (kim tarafından, ne zaman yapılacağı, nerede saklanacağı vb.) tanımlanmış olmalıdır.

39. İlaç güvenliği talimatı hazırlanmalıdır.

39.1 İlaçların güvenli uygulamasına yönelik bir prosedür bulunmalıdır.

Amaç: İlaçların güvenli uygulamalarına ilişkin tüm süreçleri tanımlayarak, bu süreçlerdeki tüm safhalarda görev alan sağlık çalışanlarının rollerini belirlemek ve aynı zamanda ilaç hatalarında ve istenmeyen olaylarda izlenecek uygulamaları saptamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hastanede, ilaçların güvenli uygulanmalarına ilişkin prosedür; bu konudaki yetki ve sorumluluklar, hata kaynakları (order hataları, sistem hataları, eczaneden kaynaklanan hatalar, uygulama hataları gibi), ilaç hatası durumunda veya ilaçla ilgili istenmeyen bir reaksiyon geliştiğinde neler yapılması gerektiği gibi konuları kapsamalıdır.
- b)** İlaçlar hastalara isimlerinin yazılı olduğu ilaç kadehleri vb. araçlarla verilmelidir.
- c)** Doktor ve eczane istemleri ile hemşire tabelalarında ilaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.
- d)** Hastanın daha önce kullandığı ilaçlar da dâhil olmak üzere tüm ilaçları sadece ilgili hemşire tarafından verilmelidir.
- e)** Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre çocuk dozları listelenmeli, bu listeler acil servisler ve çocuk hasta bakımı yapılabilen tüm klinik/servislerde kolay ulaşılabilecek bir yerde bulundurulmalıdır.
- f)** İlaç hazırlama alanları temiz, iyi ışıklandırılmış ve işlem için uygun tasarlanmış olmalıdır.

39.2 Hastane yönetimi; adı, ambalajı, birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve farklı uygulama formu bulunan ilaçların kullanımı ve yönetimi konusunda bir politika belirlemelidir.

Amaç: Hastanede okunuşu ve görünüşü benzer ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları farklı olan ilaçların kullanımında meydana gelebilecek hataları önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Eczanede ilaç depolama ile ilgili kurallar meydana gelebilecek hataları önlemeye yönelik şekilde (bu ilaçların ayrı raflarda saklanması, eczanede uyarıcı yazıların bulunması vb.) düzenlenmiş olmalıdır.
- b)** Eczanede yazılışı ve okunuşu benzer olan ilaçların; aynı ilacın farklı dozlarının ve pediatrik dozların listeleri bulunmalıdır.
- c)** Bu listeler ilaç sirkülasyonuna paralel olarak gözden geçirilmelidir.

39.3 Yüksek riskli ilaçların (konsantre elektrolit çözeltileri, intravenöz antikoagülanlar, insülin, antineoplastik ajanlar, opioidler, narkotikler vb.) üzerine kırmızı uyarı etiketi yapıştırılmalıdır.

Amaç: Yüksek riskli ilaçlarla ilgili ilaç uygulama hatalarını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hastanede kullanılan yüksek riskli ilaçlar listesi eczane sorumlusu tarafından belirlenmelidir.
- b)** Bu liste ilaç sirkülasyonuna paralel olarak gözden geçirilmelidir.
- c)** Yüksek riskli ilaçlar için kırmızı etiketler oluşturulmalı ve etiketleme eczanede yapılmalıdır.

39.4 Servislerde/ Ünitelerde adı, ambalajı birbirine benzeyen ve pediatrik dozdaki ilaçlar ayrı raflarda depolanmalıdır.

Amaç: İlaç uygulamalarında güvenliği sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Eczane tarafından oluşturulan yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ve pediatrik dozdaki ilaçların listeleri servislerde/ünitelerde (ilaç hazırlama alanlarında) bulundurulmalıdır.
- b) Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ve pediatrik dozdaki ilaçların servis dolaplarındaki yerleşimi uygun şekilde ve ayrı raflarda yapılmalıdır.

39.5 Hastanede kullanılan ilaçlar için ilaç-ilaç, ilaç-besin etkileşim listeleri oluşturulmalıdır.

Amaç: İlaç-besin ve ilaç-ilaç etkileşimi sonucu doğabilecek ve hastanın tedavi seyrini etkileyebilecek olan olumsuzlukların engellenmesi ve ilaçların etkin konsantrasyona ulaşmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanede sık görülen ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri ile ilgili liste hazırlanmalıdır.
- b) Hazırlanan listede ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri hakkında açıklayıcı bilgiler bulunmalıdır.
- c) Hazırlanan liste belirli aralıklarla güncellenmelidir.

40. Güvenli Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu uygulamaları için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

40.1 Kan transfüzyonu uygulanacak hastadan kan örneği alınırken hastanın kimlik bilgileri dosyasından, kol bandından ve kendisinden teyit edilmeli ve numunenin üzerine numune alındığı anda etiket yapıştırılmalıdır.

Amaç: Doğru hastadan kan numunesi almak ve hasta güvenliğini korumaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hastanın adı, protokol numarası, tedavi gördüğü servis, tanısı, transfüzyon endikasyonu, hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı ve hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı, hazırlanacak kan veya kan komponentinin türü, miktarı, planlanan veriliş zamanı gibi bilgilerin belirtildiği, ayrıca istemi yapan doktorun kaşesi ve imzasının bulunduğu “Kan ve/veya kan ürünleri istem formu” hekim tarafından doldurulmalıdır.
- b)** Doğru tanımlama işlemi, hastanın kimliğinin doğru olarak tespit edilmesi ile başlar. Bunun için hastanın kol bileğindeki bantta, yatak başında veya yatış formunda adı-soyadı yazılı olsa bile bilinci açık hastadan kan örneği alınırken ve transfüzyon öncesinde mutlaka adı-soyadı sorulmalı, sözlü yanıt alınmalıdır. Gerekliyse harflerle kodlaması istenmelidir. Bunun yanında benzer isimli hasta olabileceği için bir tanımlayıcı daha kullanılır.
- c)** Tercihen kan örneği alındıktan sonra hasta adının yazılı olduğu etiket, yatak başında hazırlanmalı ve tüp üzerine yapıştırılmalıdır. Böylelikle, önceden hasta adı yazılı olan boş bir tüpe başka bir hastanın kanının alınması veya tüpe yanlış hastaya ait etiketin yapıştırılması olasılığı ortadan kalkar.
- d)** Doğru tanımlama, laboratuardaki bilgisayar veya defter kayıtlarında da devam ettirilmelidir.

40.2 Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri cross-match formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilmelidir.

Amaç: Kan ve kan ürünü transfüzyonu uygulanacak hastaya güvenilir ve doğru sağlık hizmetini verebilmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Kan/ürünü uygulanacak hastanın/yakınının onayı alınmalıdır. Hasta tedaviyi kabul etmiyorsa dosyasına red ettiğine dair kayıt alınarak veya bununla ilgili bir form doldurularak hastanın ya da yakınının imzası alınmalıdır.
- b)** Hekim, kan transfüzyonunu, hasta tabelasına veriliş zamanını ve süresini yazmalıdır.
- c)** Kan grubu kontrolü ve cross-match sürecinde olası hataları önceden belirleyebilmek için “Hata Türleri ve Etkileri Analizi” yapılmalıdır.
- d)** Kan grubu sonuç raporuna ek olarak cross-match raporlarına da hastanın kan grubu sonucu eklenmelidir.
- e)** Transfüzyon formu iki sağlık personeli tarafından hasta başında son kez kontrol edilip imzalanmalıdır.
- f)** Transfüzyonun ilk 10 dakikasında, hemşire nezaretinde transfüzyon yapılmalıdır.
- g)** Transfüzyon boyunca 15 dakikada bir vital bulguların izlemi yapılmalıdır.
- h)** Reaksiyon durumunda yapılması gerekenler belirlenmelidir.
- i)** Reaksiyon geliştiğinde, transfüzyon durdurulduktan sonra, kan bankasına iade edilmesi ve durumun ‘Hasta Güvenliği Ekibi’ne bildirilmesi sağlanmalıdır.

40.3 Kan bankası/merkezi isleyişi ile ilgili prosedür hazırlanmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliği için son derece önemli olan kan bankası/merkezi sürecinin tanımlanması ve güvenilirliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta veya sağlık personelinin kan alımı için müracaatından itibaren, transfüzyon sonrası olası reaksiyonlara kadarki tüm süreci içeren bir prosedür hazırlanmalıdır.
- b) Bu süreçlerin kontrolü ilgili sorumlu/sorumlular tarafından denetlenmelidir.

40.4 Kan bankasında yapılan tarama testleri için uygun metotlar kullanılmalıdır.

Amaç: Kan bankacılığında test hatalarının önlenmesi ve hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tarama testleri için kullanılan asgari yöntem mikroelisa; gruplama için asgari yöntem ise Tüp yöntemi olmalıdır.
- b) Tarama testlerinin pozitifliği durumunda doğrulama testleri yapılmalıdır.

40.5 Kan ve komponent saklama dolapları ve ortamlarının (kan saklama dolabı, derin dondurucu, inkübatör veya soğuk odalar) ısı takibi yapılmalıdır.

Amaç: Kan ve komponentleri için uygun saklama koşullarını oluşturmak ve hasta güvenliği için risk oluşumunu engellemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kan ve komponent saklama dolapları ve ortamlarının (Kan saklama dolabı, derin dondurucu, inkübatör veya soğuk odalar) ısı takibi yapılmalıdır.
- b) Isı takibi yapılan termometrelerin kalibre edildiğine veya doğrulaması yapıldığına dair kayıtlar tutulmalıdır.
- c) Kan ve komponent saklama dolapları ve ortamları kan ve kan ürünlerinin muhafazasına uygun ısıda olmalıdır.
- d) Kan ve komponentlerinin kullanım süreleri kontrol edilmelidir.

40.6 Kan ve komponentlerinin hastane içinde transferi ve ürün iadesi uygun koşullarda gerçekleşmelidir.

Amaç: Kan ve komponentlerinin uygun koşullarda transferi ve iadesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kan ve komponentleri için transfer koşulları, saklama koşulları ile aynıdır. Bu nedenle hastane içi nakil, aynı koşullarda sağlanabileceği ekipman ve/veya araçlarla yapılmalıdır.
- b) Saklama ve transfer koşullarının sağlanmadığı ürünler için 'Ürün İadesi' kabul edilmemelidir.

40.7 Donör seçim kriterlerini içeren bir talimat hazırlanmalıdır.

Amaç: Kanın güvenliğinin en önemli bileşenlerinden biri olan donör seçiminin dikkatli ve doğru bir şekilde yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Donör seçimi hem tıbbi hem de yasal yönden kan merkezi hekimi tarafından yapılmalıdır.
- b) Kan merkezi hekimi güncel ve bilimsel bilgiler ışığında donör seçim kriterlerini içeren bir rehber/talimat hazırlamalıdır.
- c) Donörün değerlendirilmesi, fiziksel olarak hasta mahremiyetine uygun bir ortamda özel görüşme ile yapılmalıdır.
- d) Donör sorgulama formlarında, kan bağışçılarının hemoglobin değeri, vücut ağırlığı, vücut ısısı, arterial tansiyon gibi bulgular mutlaka yer almalıdır.

40.8 Kan merkezi personeli kan bankacılığı ve transfüzyon tıbbına yönelik eğitim almış olmalıdır.

Amaç: Kan merkezinde çalışan personelin niteliğini standardize etmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kan merkezi personeli (mesai saatleri dışında kan merkezinde görevlendirilen personel dahil) kan bankacılığı ve transfüzyon tıbbına yönelik eğitim almış olmalı ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

41 Çalışan güvenliği için düzenlemeler yapılmalıdır.

41.1 Çalışan güvenliği plan/programından sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.

Amaç: Kurumda çalışan güvenliği ile ilgili programın yürütülmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Çalışan güvenliği plan/programından sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.
- b) Bu ekip hastanede çalışan güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli, personel için olası riskleri belirlemeli, düzeltici ve önleyici faaliyet planları yapmalı ve bu planları hastane idaresi ile birlikte gerçekleştirmelidir.
- c) Personele konu ile ilgili hizmet içi eğitim düzenlenmeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

41.2 Kesici ve delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik düzenleme yapılmalı ve meydana gelen yaralanmalar takip edilmelidir.

Amaç: Hastanelerimizde kesici ve delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik düzenlemelerin yapılması ve çalışanların güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kontamine kesici ve delici alet yaralanmalarında yapılacak işler ile ilgili tanımlanmış bir süreç olmalıdır.
- b) Bu tür yaralanmalar belirlenen ekip tarafından takip edilerek kayıt altına alınmalıdır.
- c) Hastanede kesici ve delici aletlerin atılacağı özel kutular bulundurulmalı, kutuların uygun kullanımı ve uzaklaştırılması sağlanmalıdır.
- d) Hastanede kesici ve delici alet yaralanmalarını en aza indirmek için personele planlanmış eğitimler verilmelidir.
- e) Kesici ve delici alet yaralanmalarını önlemeye yönelik güvenlik önlemleri alınmalıdır.

41.3 Riskli bölümlerde çalışan personelin sağlık taramaları düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Hastanede riskli birimlerde çalışan personelin güvenliği açısından gerekli olan sağlık taramalarının belirlenen aralıklarda düzenli olarak yapılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Riskli bölümler tanımlanmalı ve bu bölgelerde çalışan personelin sağlık taramaları düzenli olarak yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

41.4 Kemoterapi hazırlama-uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliklerini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Amaç: Hastanede kemoterapi hazırlama-uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tedavi hizmetleri Genel Müdürlüğü "Antineoplastik (Sitotoksik) İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi (2004) ve Antineoplastik İlaç Hazırlama Merkezi Kurulması (2005)" ile ilgili genelge kapsamındaki hususlar yerine getirilmelidir.
- b) Etilen oksitin kullanıldığı sterilizasyon ünitesinde çalışan personelin korunmasına yönelik önlemler (gaz maskesi, gaz ölçümü yapabilen dedektörler, doğru havalandırma vb.) alınmalıdır.
- c) Klinik materyalin sıçrama, dökülme riski olduğu ve aerosol oluşturan işlem ve tekniklerin uygulandığı mikrobiyoloji laboratuvarlarında biyogüvenlik kabinleri bulunmalı ve bu cihazların personel tarafından doğru bir şekilde kullanılması sağlanmalıdır.
- d) Nükleer Tıp Birimleri'nde çalışan personelin güvenliğini sağlamaya yönelik tüm önlemler (dozimetre takipleri, düzenli sağlık taramaları, kurşun yelek vb.) alınmalı ve uygulanmalıdır.

41.5 Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde kişisel koruyucu ekipman (nem bariyerli elbise, eldiven, yüz maskesi) bulundurulmalıdır.

Amaç: Çalışan güvenliği ve bulaşıcı hastalıkların kontrolü açısından kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde kişisel koruyucu ekipmanın (nem bariyerli elbise, eldiven, yüz maskesi v.b) bulundurulması ve kullanımının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Nem bariyerli elbise, eldiven, yüz maskesi hastanenin hizmet verdiği hasta spektrumu göz önüne alınarak enfeksiyon kontrol komitesinin saptadığı belli birim/birimlerde bulundurulabilir. Bu durumda diğer birimler bu malzemeleri gerektiğinde nasıl temin edeceği hususunda enfeksiyon kontrol komitesi tarafından bilgilendirilmelidir.

42. El hijyeni programı uygulanmalıdır.

Amaç: Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesinde en önemli uygulamalardan biri olan el hijyenini sağlamak ve bu vasıtayla hasta ve çalışan güvenliğini temin etmektir.

42.1 El hijyeni için program hazırlanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacı ile el hijyeni konusunda program veya plan hazırlanmalıdır.
- b) El hijyeni programı kapsamında el hijyeni ile ilgili sorumlu veya sorumlular belirlenmelidir.

42.2 Sağlık hizmeti verilen alanlarda el antiseptik solüsyonu bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Sağlık hizmeti verilen her yerde (tüm hasta odaları, pansuman odaları, poliklinik odaları, yoğun bakım üniteleri, yeni doğan ünitesi, hemodiyaliz ünitesi, doğumhane, acil, laboratuvar, otopsi salonu, vb.) el hijyeni sağlanabilir olmalıdır. Bu alanlarda el antiseptik solüsyonları (Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyesi alkol bazlı el antiseptik solüsyonlarıdır) bulunmalıdır. Her sağlık personelinin cebinde taşıyabileceği büyüklükte alkol bazlı el antiseptik solüsyon kutusu bulunmalıdır. Ayrıca duvara monte edilmiş kullanıma hazır kutular da bulunabilir.

Öneri:

- Her sağlık personelinin cebinde taşıyabileceği büyüklükte alkol bazlı el antiseptik solüsyon kutusu bulunabilir. Ayrıca duvara monte edilmiş kutular da kullanılabilir.
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin el hijyeni sorumlusu el antiseptik solüsyonlarının kullanımı konusunda personel uyumu ile ilgili değerlendirme yapmak için birimlerden hastane deposuna yapılan iç istemleri düzenli periyotlarla takip edebilir.

42.3 Personelin görebileceği alanlarda el hijyeni uygulamasını anlatan bilgilendirici materyal (resimli tabela, grafik, yazı, talimat vb.) bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Personel ve hastaların görebileceği alanlarda el antiseptiklerinin uygulanması ile ilgili bilgilendirici materyal (resimli tabela, grafik, yazı vb.) bulunmalıdır.
- b)** Sağlık hizmeti verilen her yerde, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak üzere ‘El Hijyeni İçin 5 Durum (Endikasyon) Kuralı asılı olmalıdır.
- c)** El Hijyeni İçin 5 Durum (Endikasyon) Kuralı Gözlem Formu’ ile her üç ayda bir en az 30 hastane çalışanı üzerinde gözlem yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır. Sonuçlar hastane personeli ile paylaşılmalıdır.

KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ

Kurumsal hizmet yönetimi, sorumluluk, hesap verebilirlik, şeffaflık ve adil olmak gibi etik kavramları öne çıkaran bir yönetim biçimidir. Herkese eşit muamele yapılması, yürütülen faaliyetlerin hesabının verilebilmesi ve toplum değerlerini yansıtan kurallara saygılı olunması kurumsal hizmet yönetimin temel prensipleri arasında yer almaktadır.

43 Hastane, hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikâyetlerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.

43.1 Hasta hakları birimi görülebilecek ve kolaylıkla ulaşabilecek bir yerde bulunmalıdır.

Amaç: Hasta ve yakınlarının sunulan sağlık hizmetine ilişkin talepleri ve şikâyetlerinin değerlendirilmesinin sistematik bir biçimde yapılması ve bu doğrultuda iyileştirme çalışmalarının yapıyor olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastanede hasta hakları birimi kurulmuş ve gerekli şartları taşıyan personel görevlendirilmiş olmalıdır.

b) Hasta ve yakınlarının öneri ve şikâyetlerinin değerlendirildiğini ve varsa bu doğrultuda işlem yapıldığını gösteren kayıtlar bulunmalıdır.

43.2 Hasta ve hasta yakınlarının şikâyetlerini ve önerilerini kolaylıkla ulaştırabilmesini sağlayacak şikâyet kutuları veya benzeri uygulamalar bulunmalıdır.

Amaç: Sağlık hizmetlerini alan kişilerin de bu sürece katılmalarıyla alınacak geri bildirimlerin gözönüne alınmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastaların şikâyetlerini veya önerilerini kolaylıkla ulaştırabilmesini sağlayacak şikâyet kutuları veya benzeri uygulamalar bulunmalıdır.

b) Poliklinik ve benzeri hizmet birimlerinde şikâyet ve öneri kutuları bulunmalıdır. Bu kutular tutanakla açılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

43.3 Hasta ve hasta yakınlarının öneri ve şikâyetleri değerlendirilip iyileştirme faaliyeti yapılmalıdır.

Amaç: Hasta ve hasta yakınlarının hastanede hizmet sunum süreçlerine ve hastane işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar olmalıdır.
- b) Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar tutulmalıdır.

44 Hastane idaresi hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.

44.1 Hastane idaresi hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik her dönem tüm birimlerle değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı tutanaklarını ve yapılan iyileştirme çalışmalarını kayıt altına almalıdır.

Amaç: Tüm birimleri yönetim süreçlerine dahil etmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Toplantıda beyan edilen görüş ve önerilerin yer aldığı raporlar olmalıdır.
- b) Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar tutulmalıdır.

ÖNERİ: Branş bazında poliklinik hasta sayıları, bekleme süreleri, hasta muayene süreleri, acil başvuru sayıları, yatak doluluk oranları, ameliyat sayıları ve branşa göre dağılımı, görüntüleme randevu ve rapor süreleri gibi konularda değerlendirme yapılabilir.

44.2 Hastane idaresi acil servis sorumluları ile aylık değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı tutanaklarını ve yapılan iyileştirme çalışmalarını kayıt altına almalıdır.

Amaç: Acil servis sorumlularını yönetim süreçlerine dahil etmek ve acil servisin sorunlarının çözümüne yönelik kararları birlikte değerlendirmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Toplantıda beyan edilen görüş ve önerilerin yer aldığı raporlar olmalıdır.
- b) Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar tutulmalıdır.

45 Personelin tanıtım (yaka) kartları olmalıdır.

45.1 Hastane yönetimi tarafından düzenlenmiş standart bir dizayna sahip personel tanıtım kartı bulunmalıdır.

Amaç: Kurumun tek tip standart kimlik kartına sahip olmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personel tanıtım (yaka) kartı fotoğraflı olmalıdır.
- b) Personelin kullandıkları yaka kartlarının standart dizayna sahip olmasıdır.
- c) Personel, tanıtım kartlarını üzerlerinde açıkça görülebilecek şekilde takmalıdır.

Not: Değerlendirme sırasında gözlem yoluyla kontrol edilir.

45.2 Personel, tanıtım kartlarını üzerlerinde açıkça görülebilecek şekilde takmalıdır.

Amaç: Hastane personelinin hizmet sunum süresince tanınabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personelin kullandıkları yaka kartlarının açıkça görülebilecek şekilde takılma durumu gözlem yoluyla kontrol edilir.

46 Hasta memnuniyet anketleri usulüne uygun gerçekleştirilmelidir.

Amaç: Hasta memnuniyet anketlerinin yönergede yer alan anket uygulama ilkeleri çerçevesinde yapılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta memnuniyeti anketlerinin uygulama şekli ve sonuçlarının değerlendirilmesine ilişkin kurum kayıtları incelenir.
- b) Anket sonuçları doğrultusunda yapılması planlanan ve yapılan çalışmalara dair kayıtlar tutulmalıdır.

47 Hastanenin web sayfasında doktorlara ait bilgilendirme (uzmanlık dalı ve ilgilendiği alanlar) yapılmalıdır.

Amaç: Hastaların hekim seçerken yeterli ve güncel bilgiye ulaşmalarını sağlamaktır

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) web sayfasında doktorlara ait bilgiler (uzmanlık dalı ve ilgilendiği alanlar) bulunmalıdır.
- b) Hastanenin web sayfasında yer alan bilgilerin güncelliği kontrol edilir.

48 Mevzuatça belirlenmiş komite ve kurul vb. birimler etkili çalışmalıdır. (Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Performans ve Kalite Birimi vb.)

48.1 Kurulların veya birimlerin oluşturulduğunu gösteren onaylar bulunmalıdır.

Amaç: Hastane işleyişine olumlu katkı sağlayan ve mevzuatın kurulmasını öngördüğü birim ve kurulların oluşturulmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kurulların görevlendirme yazıları bulunmalıdır.

48.2 Hastane yönetimi tarafından bu birim veya kurulların çalışma usul ve esasları yazılı olarak belirlenmelidir.

Amaç: Birim veya kurulların çalışma usul ve esaslarının belirlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Oluşturulan kurulların görev tanımları yazılı olarak belirlenmelidir.

48.3 Mevcut mevzuat ve hastanenin niteliğine göre bulunması gereken kurul, komite veya birimlerin çalışmalarını gösteren toplantı tutanakları bulunmalıdır.

Amaç: Yapılan çalışmaların bilinmesi ve sürekliliği için toplantı kararlarının kayıt altına alınmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Toplantı tutanakları veya karar defteri kontrol edilmelidir.

49 Hastane, çalışanların görüş ve önerilerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.

49.1 Personelin görüş ve önerilerini hastane yönetimine iletilebilmesi için bir sistem (dilek kutuları, mail adresi vb) bulunmalıdır.

Amaç: Personelin, hastanede hizmet sunum süreçlerine ve hastane işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personelin görüş ve önerilerini hastane yönetimine iletilebilmesine yönelik bir sistem bulunmalıdır.

- b) Personel dilek ve şikayet kutusu olmalıdır.

49.2 Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar olmalıdır.

Amaç: Personelin, hastanede hizmet sunum süreçlerine ve hastane işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Yapılan geri bildirimlere göre görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar ve yapılan iyileştirme faaliyetleri bulunmalıdır.

49.3 Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar bulunmalıdır.

Amaç: Personelin, hastanede hizmet sunum süreçlerine ve hastane işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Görüş ve önerilerin değerlendirilmesine yönelik düzeltici faaliyet kayıtları bulunmalıdır.

49.4 Çalışan memnuniyeti anketleri usulüne uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

Amaç: Personelin, hastanede hizmet sunum süreçlerine ve hastane işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Çalışan memnuniyeti anketlerinin uygulama şekli ve sonuçlarının değerlendirilmesi konusunda kurumun kayıtları incelenir.

b) Anket sonuçları doğrultusunda yapılması planlanan iyileştirme çalışmalarına dair kayıtlar tutulmalıdır.

c) Üst yönetim tarafından çalışan memnuniyeti ve motivasyonlarını arttırmak için önlemler alınmalıdır.

Öneri: Özel günlere yönelik uygulamalar, kutlamalar, piknik vb organizasyonlar, hastane yönetimi ile çalışanlar arasında birim bazında yapılan toplantılar, kişisel gelişim ile ilgili kurs, eğitim seminerleri düzenlenmesi ve/veya benzeri organizasyonlara katılımın hastane yönetimi tarafından desteklenmesi ve teşvik edilmesi, kütüphane, spor salonu, dinlenme alanı gibi düzenlemelerin yapılması vb uygulamalar gerçekleştirilebilir.

50 Personelin mesleki ve kişisel gelişimine katkı sağlayacak hizmet içi eğitimler verilmelidir.

50.1 Personelin eğitim durumu (lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans vb.), sertifikaları, hizmet içi eğitim belgeleri, yabancı dil bilgisi ve diğer niteliklerinin yer aldığı dosyaların bulunduğu personel bilgi sistemi bulunmalıdır.

Amaç: Hizmet sunum süreçlerinde doğru kişinin doğru yerde çalışmasının sağlanması suretiyle kurumun yetişmiş insan gücü kapasitesinin doğru kullanılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastane personelinin, eğitim durumu (lisans, yüksek lisans), sertifikaları, hizmet içi eğitim belgeleri yabancı dil bilgisi ve diğer niteliklerinin yer aldığı dosyaların bulunduğu personel bilgi sistemi bulunmalıdır.

50.2 Personel eğitimleri planlanmalı ve düzenlenen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Hastane personelinin mesleğini daha iyi icra etmesi ve kişisel gelişimi için ihtiyacı olan eğitimlerin düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Gerçekleştirilen eğitimlere dair kayıtlar ve gelecekteki eğitim planları kontrol edilmelidir.

50.3 Uyum eğitimi konularını içeren oryantasyon rehberi hazırlanmalıdır.

Amaç: Kuruma yeni başlayacak personelin adaptasyonunu sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Uyum eğitimi için hazırlanan bir rehber bulunmalıdır.

b) Uyum eğitimi modülü iletişim, enfeksiyon kontrolü, hasta ve çalışan güvenliği, hasta hakları ve kalite gibi konuları içermelidir.

50.4 Göreve yeni başlayan her bir meslek grubu için uyum eğitimleri verilmelidir.

Amaç: Kuruma yeni başlayacak personelin adaptasyonunu sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Uyum eğitimi kayıt altına alınmalıdır.

50.5 Kurum ve birim bazında hedefler belirlenerek çalışanlar bilgilendirilmelidir.

Amaç: Kurumun ve birim hedeflerinin oluşturulması ve çalışanların bu konuda bilgilendirmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Kurum ve birim hedeflerini belirlemelidir.

b) İlgili hastane personeli bilgilendirilmelidir.

50.6 Personelin görebileceği bir yerde ilan ve bilgilendirme panosu/panoları bulundurulmalıdır.

Amaç: Personelin hastanenin sunduğu hizmetler ve personeli ilgilendiren aktiviteler hakkında yeterli bir şekilde bilgilendirilmesini sağlayacak düzenlemelerin yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Personeli bilgilendirme panoları bulunmalıdır.

51 Poliklinik binasındaki tuvaletlerin temizliği yeterli olmalıdır.

51.1 Tuvaletlerin s¼rekli temiz kalması sağlanmalıdır.

Amaç: Polikliniklerde kullanılan t¼m tuvaletlerin temizliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yapılan temizliklerin kontrol çizelgelerine bakılır.
- b) Tuvaletler s¼rekli temiz olmalıdır.

51.2 Tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu vb. olmalıdır.

Amaç: Polikliniklerde kullanılan t¼m tuvaletlerin hastaların kullanımına uygun halde bulundurulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu vb. bulunmalıdır. Eksikler belirli periyotlarla takip edilmeli ve tamamlanmalıdır.

HASTANE BİLGİ SİSTEMİ

Bilgi sistemleri hastane içerisindeki birçok alanın işleyebilmesi açısından çok önemlidir. Hastane bilgi sistemleri, daha iyi sağlık hizmeti üretebilmek için gerekli bilgi ve verilerin toplanması, kullanılması ve paylaşılabilmesi ve bilgi üretiminin standart yöntemlerle gerçekleştirilmesi, üretilen bilgiden en üst düzeyde yararlanılmasını sağlar.

Hizmet türlerinin ve rollerinin çeşitliliği nedeniyle sağlık hizmeti sunan kurumlarda, hizmet üretiminin ve üretim yönetiminin planlanmasında ihtiyaç duyulan bilgiye erişim oldukça zor ve karmaşık bir süreç gerektirir.

Bilgi üretimi ve paylaşımı için ortak bir dilin kullanılması gerekmektedir. Bu amaca hizmet eden bazı ulusal ve uluslar arası kodlama ve sınıflandırma sistemleri mevcuttur. Döner Sermaye Saymanlıklarında halen kullanılmakta olan Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS), Personel işlemleri için kullanılan İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) sınıflandırma sistemlerinden bazılarıdır.

52 Hastane bilgi sistemi hasta kayıt, merkezi yatış, poliklinik, vezne, eczane, depo, laboratuvar, faturalandırma işlemlerini entegre bir biçimde gerçekleştirmelidir.

Amaç: Hastane bilgi sisteminin, hastanede gerçekleştirilmekte olan temel süreçlerin tamamının tek bir noktadan kontrol edilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane Bilgi Sisteminde, sorumluluk ve yetkilerin belirlenmiş olduğu bir ara yüz aracılığı ile hasta kayıt, merkezi yatış, poliklinik, vezne, eczane, depo, laboratuvar, faturalandırma, diyaliz vb. gibi hastanede gerçekleştirilen tüm sağlık hizmetlerinin tek bir veri tabanından yönetilmesi gerekmektedir.

Not: Hastanede başhekim şifresi ile sisteme girilerek ilgili modüllerin olup olmadığı kontrol edilmelidir.

53 Hastane Bilgi Sistemi, bilgi yönetimi, istatistik ve raporlama işlemlerini gerçekleştirmelidir

53.1 Muayene ve girişimsel işlemlere ait istatistiklerin raporlanması sağlanmalıdır.

Amaç: Performansa Dayalı Ek Ödeme Yönetmeliğinde yer alan hesaplamalara esas verilerin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastane Bilgi Sistemi Performansa Dayalı Ek Ödeme Yönetmeliğinde yer alan hesaplamalara ait verilerin tamamını dönemsel olarak sağlayabilmelidir.

Not:

- Yetkili bir kişinin şifresi ile sisteme girilerek bir önceki ayın verilerinin sistem tarafından hesaplandığı kontrol edilebilir.
- Hastane Bilgi Sisteminden belirlenen iki tarih aralığı içinde belirli bir hekimin girişimsel işlem ve muayene puanları kontrol edilebilir.

54. Bilgi işlem destek hizmetleri kesintisiz (24 saat) vermelidir.

54.1 Hastane bilgi sistemi bakım ve destek hizmetleri kesintisiz olarak sağlanmalıdır. Bunun için 24 saat boyunca ulaşılabilecek teknik destek personeline ait telefon numaraları mesai saatleri dışında nöbetçi ekip tarafından bilinmelidir.

Amaç: Hastane Bilgi Sistemlerinin 24 saat kesintisiz çalışmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane Bilgi Sisteminin teknik bakımından sorumlu kişilerin ulaşım bilgilerinin yazılı olduğu bir doküman bulunmalıdır.
- b) Hastane personeli olası bir arıza karşısında nasıl davranacağını bilmelidir.

**55.Stok takip, satın alma ve demirbaş işlemleri aktif olarak bilgi sistemine kayıt etmelidir.
(MKYS)**

55.1.Sistem üzerinden MKYS sistemine taşınırların giriş ve çıkışları zamanında yapılmalıdır.

Amaç: Taşınır Mal Yönetmeliği uyarınca taşınırların tüm giriş ve çıkış kayıtlarının bilgisayar ortamında tutulmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Taşınır Mal Yönetmeliği uyarınca taşınırların tüm giriş ve çıkış kayıtları bilgisayar ortamında tutulmalıdır.
- b) Hastane yönetimince, bu konu ile ilgili bir personel yazılı olarak görevlendirilmelidir.

Not: Yazılı olarak görevlendirilmiş personelden bir önceki aya ait MKYS kayıtlarını göstermesi istenebilir. Hastane entegre Bilgi Sistemi ile MKYS kayıtları arasında uyum olmalıdır.

56. Döner sermaye, muhasebe ve finansman işlemleri kayıtları düzenli ve zamanında tutmalıdır. (TDMS)

56.1Hastanenin finansal durumu sistem üzerinden izlenmeli ve mali analizler yapılmalıdır

Amaç: Hastanenin finansal durumu ile ilgili güncel mali tabloların hazırlanarak finansal durumun değerlendirilmesinin sağlanabilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Döner sermayeli kuruluşların mali bilgi ve tablolarının standart bir şekilde tutulması sağlanmalıdır.
- b) Hastanenin finansal durumu sistem üzerinden izlenebilmelidir.

56.2. Hastane mali durum değerlendirme toplantısı yapmalıdır.

Amaç: Hastanenin mali durumunun sürekli izlenmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mali durum toplantısının kimler tarafından yapılacağı belirlenmiş olmalıdır. Mali durum toplantısı Başhekim başkanlığında, gelir ve gider gerçekleştirme işlerinden sorumlu başhekim yardımcıları, hastane müdürü ve müdür yardımcıları ve ilgili memurların katılımı ile yapılır.
- b) Mali durum değerlendirme toplantısında finansal performans durumu, gelir-gider durumu, borç-stok durumu, nakit kaynaklarının verimliliği, ihtiyaç ve gereksinimler gibi konular değerlendirilmelidir.
- c) Mali durum değerlendirme toplantısı yapıldığına dair toplantı raporları bulunmalıdır.

57. Hastane otomasyon sisteminde sadece yönetici yetkileri ile ulaşılabilen, sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hataları ile ilgili kayıtları tutan, salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.

Amaç:Veri tabanında gerçekleştirilen işlemlerin hangi kullanıcılar tarafından ne zaman gerçekleştirildiği, Bilgi Sisteminin işleyişi sırasında oluşabilecek istisnai durumlara ait sistem mesajlarının kayıt edildiği ayrı bir veri tabanının bulunması sağlanarak, Hastane Bilgi Sisteminin öngörülen şekilde çalışmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bilgi Sisteminde sadece sistem yöneticisi yetkisi ile girilebilecek, sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalarının yer aldığı ayrı bir veri tabanı bulunmalıdır.

Not: O anda sistemde bulunan aktif kullanıcıların gösterilmesi istenilerek, bu kullanıcıların sisteme ne zaman giriş yaptıkları ve hangi tablolara erişmekte olduklarına ait kayıtların gösterilmesi istenebilir.

58 Hastane bilgi yönetim sistemine erişimde, yetkilendirme yapılması sonucu, verilere sadece ulaşması gereken kişilerin ulaşması sağlanarak hastalar ile ilgili mahrem bilgiler yetkisiz erişimlere karşı güvence altına alınmalıdır.

58.1 Hastaya verilen hizmetlerin ve yapılan işlemlerin kayıtlarına önceden belirlenmiş yetki düzeyleri tarafından ulaşılabilmesine imkan veren yazılıma sahip olmalıdır.

Amaç: Hasta bilgilerinin mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta mahremiyeti açısından, Sistem içerisinde hasta bilgilerine ulaşım, sadece gereken kimseler tarafından gerektiği kadar gerçekleşmelidir. Bunun için her kullanıcının veri tabanında hangi bilgilere erişebileceğinin tanımı yapılmış olmalıdır.
- b) Veri işlem elemanları gün içinde girilmiş olan hasta verilerine serbestçe ulaşabilirlerken, hastaların geçmiş kayıtlarına sınırsız erişimleri engellenmelidir.
- c) Hekimler ise veri tabanında kendi sorumluluklarında olan hastaların kayıtlarına erişebilmeli, diğer hasta kayıtlarına erişebilmeleri ancak idarenin ya da o hastanın sorumlu hekiminin onayı ile olmalıdır.

Öneri:

- Sisteme veri işlem elemanı yetkisiyle girerek, daha önceden taburcu olmuş bir hasta kaydının ekrana getirilmesi istenebilir. Ekrana gelen hasta kaydında, hastanın daha önceki yatışına ait bilgilerin ulaşılabilir olduğu kontrol edilebilir.
- Sisteme herhangi bir hekimin şifresi ile girerek ilgili hekimin sorumluluğunda olan hastalar dışında diğer hastaların bilgilerine erişimin gerçekleşme durumu kontrol edilebilir.

59. Personel işlemleri uygun veri tabanı üzerinde aktif olarak yapılmalıdır. (İKYS)

59.1 İKYS sistemine personel hareketleri ile ilgili veri girişleri zamanında yapılmalı ve sistemdeki bilgiler güncel olmalıdır.

Amaç: Personel hareketlerinin İKYS üzerinde güncellenmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İKYS üzerinde gereken işlemleri yapması için bir personel yazılı olarak görevlendirilmelidir.

60. Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi aktif olarak kullanılmalıdır. (on-line randevu sistemi)

60.1. Aile hekimliğine geçilen illerde aile hekimlerinin hastane bilgi sistemi üzerinden randevu alabilmelerini mümkün kılacak düzenlemeler bulunmalıdır.

Amaç: Hastanenin, Aile hekimleri tarafından sevk edilmesi muhtemel hastaların başvurusunun hızlandırılması ve kolaylaştırılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Aile hekimliğine geçilen illerde aile hekimlerinin hastane bilgi sistemi üzerinden randevu alabilmelerini mümkün kılacak düzenlemeler bulunmalıdır.

61. Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi üzerinden dzenli geri bildirim yapılmalıdır.

61.1. Aile hekimliğine geçilen illerde söz konusu hastanenin bilgi sistemi üzerinden aile hekimlerine gerekli bilgi aktarımı yapılabilmesine imkan veren düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Aile hekimlerince hastaneye sevk edilmiş hastaların teşhis ve tedavi sürecine ait bilgi edinmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Aile hekimliğine geçilen illerde söz konusu hastanenin bilgi sistemi üzerinden Aile hekimlerine gerekli bilgi aktarımı yapılabilmesine imkân veren düzenleme bulunmalıdır.

62. Aile hekimliği uygulanan illerde hastanede tespit edilen gebeler ilgili aile hekimine bildirilmelidir

Amaç: Aile hekiminin hastası ile ilgili gebelik süreci ile bilgi sahibi olması ve takibinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Aile hekimliği uygulanan illerde hastaneye başvuran hastalardan gebe olduğu tespit edilenlerin kayıt altına alınmasına yönelik bir talimat bulunmalıdır.
- b) Tespit edilen gebeler ilgili aile hekimine bildirilmelidir.

63 Hastane bilgi sistemindeki verilerin yedeklenmesi her gün düzenli olarak server haricinde bir ortama yapılmalıdır.

Amaç: Bilgi Sistemine ait veri tabanının düzenli bir biçimde yedeklenmesini sağlayarak, veri kayıplarına engel olmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yedek alma işlemlerinin çalışmakta olan server dışında ayrı bir ortama alınması gerekmektedir. Bu ortam harici hard disk, taşınabilir kayıt ortamları, ya da ağ üzerinde çalışan yedek server olabilir.
- b) Yedek alınması işlemi, her gün en az bir kere olmak üzere, tercihen mesai saatleri dışında gerçekleştirilmelidir. Aynı server üzerinde yer alan başka bir hard disk ya da başka bir hard disk bölümü üzerine alınan yedekler kabul edilmemelidir.

Not: Bir gün öncesine ait yedek kayıtlarının varlığı sorgulanabilir.

64. Hastane bilgi formları aylık olarak düzenli doldurulmalıdır.

Amaç: Hastane bilgi formlarının aylık düzenli doldurulmasını sağlayarak sağlık kuruluşlarının işgücü, altyapı ve hizmet kapasitesi ölçülerek, kuruluşların izlenmesi, değerlendirilmesi ve politika geliştirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane bilgi formları aylık olarak düzenli doldurulmalıdır.
- b) Hastane bilgi formlarının aylık olarak düzenli doldurulduğuna dair kayıtlar bulunmalıdır.

65. Performans yönetimine ilişkin web tabanlı sistemlere veri aktarımı düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Performans yönetimine ilişkin bilgilerin merkezi sunucuya aktarılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hastane Bilgi Sisteminin, güncel teknolojiler çerçevesinde, Sağlık Bakanlığında yer alan sunuculara önceden belirlenmiş formatta düzenli olarak bilgi aktarımı gereklidir. Başkanlık web sayfasından düzenli olarak duyurulan format ve istenen bilgilere Bilgi Sistemlerinin adaptasyonu sağlanmalıdır.
- b)** Performans takip sistemine (2. ve 3. basamak sağlık kurumları için ek ödeme takip sistemi ve kurumsal performans takip sistemi vb.) girilmesi gereken verilerin zamanında ve doğru girilmesi durumu değerlendirilmelidir.
- c)** Geçmiş aylara ilişkin randomize bir şekilde performans takip sistemine veri girme durumu ve doğruluğu kontrol edilir.

66. Hastane yönetimi mevcut branşlar (acil servis, yoğun bakım ve diğer servisler) ve bu branşların boş yatak durumlarına ilişkin bilgileri (günde 2 defa) İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezine otomasyon sistemi üzerinden vermelidir.

Amaç: Otomasyon sistemi üzerinden mevcut branşlar ve bu branşların boş yatak durumlarına ilişkin bilgilerin İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezine ulaştırılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Otomasyon sistemi üzerinden boş yatak sayısı kontrol edilebilmelidir.
- b)** Bu bilgiler otomasyon üzerinden İl Ambulans Servisi Başhekimliği Komuta Kontrol Merkezine gönderilmelidir.

HASTA KAYITLARI VE DOSYASI

Hasta dosyalarının hasta, hastane yönetimi, adli tıp, tıbbi eğitim, araştırma, halk sağlığı, hekim ve tıbbi bakımın değerlendirilmesi açısından önemi bulunmaktadır.

Hasta dosyaları kime, niçin, nerede, ne zaman, nasıl bir hasta bakım ve tedavi hizmeti verildiğini gösteren önemli belgelerdir. Günümüz sağlık kurumlarındaki modern tıbbi ve cerrahi metotların basit bir işlem olmaktan çıkarak oldukça karmaşık bir durum göstermesi, hastalara verilen hizmetin tam ve verimli bir şekilde ayrıntılarıyla belgelenmesi zorunluluğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle, hasta dosyalarının hasta dosyaları arşivlerinde bilimsel kurallara uygun bir şekilde toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve gereği halinde tekrar hizmete sunulması bir zorunluluktur.

67 Kurum hasta dosyalarının usulüne uygun doldurulduğunu kontrol eden bir düzenlemeye sahip olmalıdır.

67.1 Yatan hasta dosyalarının, içerik (hastanın muayene sürecinden çıkış aşamasına kadar yapılan tüm işlemler) bakımından eksiksiz olmasını sağlamak üzere kontrol talimatı bulunmalıdır.

Amaç: Hasta dosyalarında, tedavi ve bakım süreçlerine ait kayıtların güvenilirliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Hasta dosyalarında hangi dokümanların bulunacağı kurum tarafından belirlenmelidir.
- b)** Kurum belirli periyotlarla oluşturduğu kontrol listeleriyle dosyaların içeriğini kontrol etmelidir.

Not: Randomize olarak seçilen bir hastanın dosyası kontrol edilebilir.

67.2 Ameliyat raporları doktor tarafından aynı gün içerisinde kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Hastanın tedavi ve bakım sürecine ait işleyişin güvenli olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyat edilmiş hastaların ameliyat raporları aynı gün içinde yazılmalıdır.
- b) Hasta dosyaları randomize yöntemle kontrol edilir.
- c) Ameliyat raporları; ameliyat ekibini, ameliyat başlangıç ve bitiş saatlerini, patolojik materyal alınmışsa buna ilişkin bilgileri, komplikasyon oluşmuşsa buna ilişkin bilgileri içermelidir.

67.3 Hastanın hastalığına ve tedavisine yönelik bilgilendirme ve onay formu doldurulmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanın hastalığına ve tedavisine yönelik bilgilendirme ve onay formu bulunmalıdır.
- b) Hasta dosyaları randomize yöntemle kontrol edilir.
- c) İnvaziv girişimler için onam formları işleme özel olmalıdır. Onam formlarında hasta ya da yakını ve doktorun adları, imzaları, formun doldurulma tarihi ve saati mutlaka bulunmalıdır.

67.4 Hasta çıkartılırken, hastanın başvuru nedeni, önemli bulguları, konulan teşhis, uygulanan tedaviler, verilen ilaçlar, hastanın çıkartılırken ne durumda olduğu, dışarıda kullanacağı ilaçlar, acil durumlarda aranacak telefon numaraları ve takip talimatlarının bulunduğu taburculuk özeti iki nüsha olarak hazırlanmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı bir nüshası ise hastaya verilmelidir.

Amaç: Kurumun hizmet verdiği yatan hastalara durumunu izah eden, hasta ve yakınlarına tedavi sonrası izlemeleri gereken sürecin yer aldığı taburculuk özeti hazırlamasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta taburcu edilirken, hastanın başvuru nedeni, önemli bulguları, konulan teşhis, uygulanan tedaviler, verilen ilaçlar, hastanın çıkartılırken ne durumda olduğu, dışarıda kullanacağı ilaçlar, acil durumlarda aranacak telefon numaraları ve takip talimatlarının bulunduğu taburculuk özeti iki nüsha olarak hazırlanmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı bir nüshası ise hastaya verilmelidir.
- b) Hasta dosyaları randomize yöntemle kontrol edilmelidir.

67.5 Hastaların kendi laboratuvar tetkik ve tahlil sonuçlarına internet üzerinden güvenli ve mahremiyet kurallarına uygun bir biçimde ulaşabilmesi için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

Amaç: Hastaların teknolojik araçlarla bilgilere ulaşmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastaların kendi laboratuvar tetkik ve tahlil sonuçlarına internet üzerinden güvenli ve mahremiyet kurallarına uygun bir biçimde ulaşabilmesi için gerekli düzenleme yapılmalıdır.
- b) Hastaların kendi laboratuvar tetkik ve tahlil sonuçlarına internet üzerinden ulaşma sisteminin çalışıp çalışmadığı kontrol edilir.

ARŞİV

Klinik olarak, hastanın teşhis ve tedavi işlemlerini doğru olarak kaydetmek, hastanenin kendi hizmetlerini değerlendirmesine katkı sağlamak, idari planlamalar yapmak, doğru faturalandırma çıkarmak ve adli durumlar için bilgi kaynağı olarak yasal koruma sağlamak, tüm tedavi planları arasında iletişim kaydı olarak araştırma yapmak, ve kliniğe dair hareket tarzlarının ve prosedürlerin operasyonel olduğunu ve emniyete alındığını kanıtlamak için tıbbi kayıtların arşivlenmesi zorunludur.

68 Arşiv bölümü hizmet sunumu için mevzuata uygun şartları taşımalıdır.

Amaç: Arşiv bölümünün etkili çalışmasını sağlayarak hasta dosyalarına zamanında ve doğru bir şekilde ulaşılmasını sağlamaktır.

68.1 Devlet arşiv hizmetleri hakkında yayınlanmış olan yönetmeliğin koruma yükümlülüğünü taşımalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastane elinde bulundurduğu arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumalı, mevcut aslî düzenleri içerisinde tasnif edip saklamalıdır. (Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toza ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınması vb.)

68.2 Dosyaların ne şekilde kabul edileceği ve dosyada olması gereken muhteviyat yazılı olarak belirlenmelidir

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Dosyaların kabul şekli ve dosyada olması gereken muhteviyat yazılı olarak belirlenmelidir.

68.3 Yazılı olarak tanımlanmış dosya saklama, imha usul ve esasları bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yazılı olarak tanımlanmış dosya saklama, imha usul ve esasları bulunmalıdır.

68.4 Dosyalama işlemlerinde standart dosya planı uygulanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Dosyalama işlemlerinde standart dosya planı uygulanmalıdır.

68.5 Yangın, su baskını vb. olaylarda alınacak önlemlere ilişkin talimat bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın, su baskını vb. olaylarda alınacak önlemlere ilişkin talimat bulunmalıdır.

68.6 Yatarak tedavi olan her hasta için sabit bir dosya numarasını taşıyan arşiv sistemi olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yatarak tedavi olan her hasta için sabit bir dosya numarasını taşıyan arşiv sistemi olmalıdır.

TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİK

Hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve çalışanlar için güvenli ve işlevsel sağlık tesisinin oluşturulması, tehlike ve risklerin azaltılıp kontrol altına alınması, kazaların ve yaralanmaların önlenmesi ve emniyet koşullarının sağlanması için etkili bir yönetim oluşturulması sağlık hizmetleri sunumunda önem taşımaktadır.

69 Hastane yerleşkesinde çevre düzenlemesi yapılmalıdır.

69.1 Hastane yerleşkesinde oturma bankları bulunmalıdır.

Amaç: Hastaneye ait alanlarda yapılacak düzenlemelerle hizmet sürecinde yer alanların oturma ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastanenin çevre şartlarına uygun şekilde oturma banklarının bulunup bulunmadığı kontrol edilir.

69.2 Araç trafiği (park, geliş-gidiş vb.) için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

Amaç: Hastaneye ait alanlarda yapılacak düzenlemelerle hizmet sürecinde yer alanların ulaşım ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastanenin çevre şartlarına uygun şekilde otopark bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.

b) Araçların hastane içerisindeki geliş ve gidiş alanları sürekli ulaşımına açık olmalıdır.

69.3 Çevre temizlik talimatı bulunmalıdır.

Amaç: Hastaneye ait alanların temiz tutulmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Çevre temizliği ile ilgili talimat bulunmalıdır.
- b) Çevre temizliği hastane temizlik kontrol komitesi tarafından periyodik aralıklarla kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- c) Yeterli sayıda çöp kutusu, kağıt atık ya da cam atık kutuları bulunmalı; atık ayrıştırmaya uygun sistem bulunmalıdır.

70 Hastanenin tesis güvenlik planı bulunmalı ve sorumluları belirlenmelidir.

Amaç: Acil durumlar başta olmak üzere, doğal afet gibi durumların oluşması halinde çalışanların ve hastaların can güvenliklerinin korunması ile ilgili bir planın hazırlanmasıdır.

70.1 Yangın çıkış levhaları hastane içinde uygun yerlere ve görülebilecek şekilde yerleştirilmelidir.

Amaç: Yangın durumunda hastaların ve personelin güvenli bir biçimde binayı tahliye etmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın çıkış levhaları (koşan adam vb.) ilgili düzenlemelere uygun nitelikte olacak şekilde hazırlanmalı; uygun yerlere, görülebilecek şekilde asılmalıdır.

Öneri: Yangın çıkış levhaları gece veya elektrik kesildiğinde de görülebilecek özellikte ışıklı olabilir.

70.2 Yangın çıkış kapılarına erişim kolay olmalı ve çıkış kapılarında herhangi bir engel bulunmamalıdır.

Amaç: Hastanede yangın çıkış kapılarına erişimin kolaylaştırılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın çıkış kapıları kilitli olmamalıdır.
- b) Yangın çıkış kapılarının önü eşyalarla kapalı olmamalıdır.
- c) Yangın merdivenlerinin bahçeye açılan kapısı varsa kilitli olmamalıdır.

Not: Tercihen kapılar tek yönlü açılmalıdır.

70.3 Yangın söndürücülere erişim kolay olmalı ve düzenli olarak kontrolleri yapılmalıdır.

Amaç: Personelin gerektiği anlarda çalışabilir durumdaki yangın söndürücülere kolaylıkla erişilebilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın söndürücülerin uygun yerlerde ve sayıda olduğu gözlenmelidir.
- b) Yangın söndürücülerin kontrollerinin yapıldığına ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.

70.4 Yangın tatbikatları periyodik olarak yapılmalı (en az yılda bir kez) ve görüntü kayıtları bulunmalıdır

Amaç: Olası bir yangın riskine karşı hastanenin hazırlıklı olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın tatbikatları periyodik olarak en az yılda bir kez yapılmalı ve görüntü kayıtları bulunmalıdır.

70.5 Hastane, acil durumlara, salgınlara, doğal/diğer afetler için ilgili mevzuat ve düzenlemeler çerçevesinde bir eylem planı hazırlamalıdır.

Amaç: Acil durumlarda gerekli müdahalenin zamanında ve etkili biçimde yapılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane, acil durumlara, salgınlara, doğal/diğer afetler için ilgili mevzuat ve düzenlemeler çerçevesinde bir eylem planı bulunmalıdır.
- b) Plana ilişkin gerekli görevlendirmeler yapılmalı, görevlendirilen kişilere konuyla ilgili eğitim verilmiş olmalıdır.

70.6 Sıkıştırılmış gaz konteynırları sabitlenmiş olmalıdır.

Amaç: Hasta, çalışan ve bina güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sıkıştırılmış gaz konteynırları sabitlenmiş olmalıdır.
- b) Sıkıştırılmış gaz konteynırlarının sabitlendiği kontrol edilir.

70.7 Elektrik, medikal gaz ve atık su sistemlerinin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Hasta, çalışan ve bina güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Elektrik, medikal gaz ve atık su sistemlerinin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.
- b) Denetim raporları tutulmalıdır.
- c) Elektrik, medikal gaz ve atık su sistemlerinin bakım kayıtları kontrol edilir.

70.8 Güvenlik hizmetleri bakımından, beklenmedik durumlara (Adli vb. olaylar) dair tedbirleri içeren talimat hazırlanmalıdır

Amaç: Güvenlik hizmetlerinin etkili yürütülmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane güvenlik hizmetlerinin talimatı olmalıdır.
- b) Hastane güvenlik görevlilerinin bu konuda eğitim aldığına dair kayıtlar olmalıdır.

70.9 Elektrik şebekesi dışında hastanenin elektrik ihtiyacını karşılayacak jeneratör bulunmalıdır.

Amaç: Elektrik kesintisi durumunda hastane genelinde sunulan hizmetlerin aksamasını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Jeneratörlerin bakım planı olmalıdır (özellikle yakıt kontrolü).
- b) Jeneratörlerin devreye girme süreleri hastane yönetimi tarafından tespit edilmelidir.

70.10 Asansörlerin bakımları bakım planı çerçevesinde düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Hastanedeki asansörlerin çalışır durumda olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Asansörlerin bakımları periyodik olarak yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

71 Atık yönetimi için gerekli düz enleme bulunmalıdır.

71.1 Tıbbi atık deposu bulunmalıdır.

Amaç: Hastanenin tıbbi atıklarının toplanılmadan önce geçici depolama ünitesi kurulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlgili mevzuatın öngördüğü şartları taşıyan tıbbi atık deposu kurulmalıdır.
- b) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 28.11.2007 tarih ve 24639 sayılı 2007/100 sayılı genelgesinde belirlenen şartlar karşılanmalıdır.

71.2 Tıbbi atık deposunun temizliği periyodik olarak yapılmalıdır.

Amaç: Atıklardan kaynaklı enfeksiyöz ajanların bulaşmasını engellemek için temizlik yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Atık deposunun periyodik olarak temizliği yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

71.3 Tıbbi ve diğer atıkların kaynağında ayrıştırılarak (mavi, siyah, kırmızı çöp torbaları, iğne atık kutuları vb) toplanması, taşınması ve depolanması sağlanmalıdır.

Amaç: Atıkların kaynağında ayrıştırılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlgili mevzuatın öngördüğü şartları karşılayacak şekilde servislerde tıbbi atık ve diğer atıkların ayrıştırma işlemleri yapılmalıdır.
- b) Atıkların yönetimi ile ilgili yazılı bir düzenleme olmalı ve bu düzenleme ilgili tüm birimlerde bulunmalıdır.

72 Hastane bina turları yapılmalıdır.

72.1 Bina turlarını yapacak sorumlular belirlenmelidir

Amaç: Hastane yönetimince, genel işleyiş, aksaklıkların tespiti ve diğer hususlara dair yerinde denetimin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bina turlarının (ana bina veya bağlı ek bina) kimler tarafından yapılacağına dair yazılı belge olmalıdır.
- b) Her bina turu kayıt altına alınmalıdır.

72.2 Bina turlarının nasıl yapılacağına dair düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Bina turların sistemli ve düzenli bir şekilde yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane yöneticilerince yapılan bina denetim turlarının periyotları, genel olarak nelere bakılacağı, kayıtlarının nasıl tutulacağı ve düzeltici faaliyetlerin kimler tarafından yapılacağı belirlenmiş olmalıdır.
- b) Belirlenen periyotlarda bina turlarının yapılıp yapılmadığı kayıt altına alınmalıdır.
- c) Bina turları ile ilgili alınan kararlar/tespit edilen uygunsuzluklar kayıt altında olmalıdır.

72.3 Hastane yönetimi tarafından hastanedeki işleyişin denetimiyle ilgili bina turları yapılmalıdır.

Amaç: Hastanedeki işleyişin etkili bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane yönetimi tarafından hastanedeki işleyişin denetimiyle ilgili periyodik olarak bina turları yapılmalıdır.

72.4 Bina turları sonucunda tespit edilen sorunların (bakım, onarım vb.) giderilmesi amacıyla bir faaliyet planı yapılmalıdır.

Amaç: Tesisin ömrünün uzatılması için koruyucu bakım, (boya badana) ve onarım faaliyetlerinin düzenli olarak yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tesisin bakım ve onarımları düzenli olarak gerçekleştirilmelidir.
- b) Binada bakım ve onarım ihtiyacı olan alan bulunmamalıdır.

72.5 Hastanenin havalandırma sisteminin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Hasta, çalışan ve bina güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanenin havalandırma sisteminin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.
- b) Denetimlerin raporları tutulmalıdır.

72.6 Hastanedeki tüm birimlerin genel temizliği kontrol edilmelidir.

Amaç: Tüm birimlerin sürekli temizliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanedeki tüm birimlerin genel temizliği kontrol edilmeli ve yapılan kontrol kayıt altına alınmalıdır.

73 Tehlikeli maddelerle (kimyasallar, kemoterapötik ajanlar, radyoaktif malzeme ve atıklar, zararlı gaz ve buharları, tıbbi ve bulaşıcı atıklar) ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

73.1 Tehlikeli maddelerin kullanımı ve kontrolüne yönelik talimat olmalıdır.

Amaç: Hastanede bulunan tehlikeli maddelerin (kimyasallar, kemoterapötik ajanlar, radyoaktif malzeme ve atıklar, zararlı gaz ve buharları, tıbbi ve bulaşıcı atıklar) kullanımı, kontrolü, depolanması, taşınması, imhasına yönelik süreçleri içeren bir planın oluşturulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Tehlikeli maddelerin (kimyasallar, kemoterapötik ajanlar, radyoaktif malzeme ve atıklar, zararlı gaz ve buharları, tıbbi ve bulaşıcı atıklar) kullanımı, kontrolü, depolanması, taşınması, imhası hakkında süreçleri içeren plan bulunmalıdır.

73.2 Tehlikeli maddelerin depolanması ve transferine yönelik talimat olmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Tehlikeli maddelerin depolanması ve transferine yönelik yazılı bir talimat olmalıdır.

73.3 Tehlikeli madde ve atıkların envanteri bulunmalıdır.

Amaç: Hastanede mevcut olan tehlikeli madde ve atıkların kontrolünü sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Tehlikeli madde ve atıkların envanter listesi mevcut olmalıdır.

74 Şebeke suyundan hariç olmak üzere hastane su ihtiyacını karşılamak için gerekli düzenlemeye sahip olmalıdır.

74.1 Hastanenin su deposu olmalıdır.

Amaç: Su kesintisi durumunda hizmetin aksamasını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Hastanede su deposu bulunmalıdır.

74.2 Su depolarının bakımı düzenli olarak yapılmalıdır

Amaç: Su depolarının kullanıma hazır olmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Su depolarının bakım kayıtları mevcut olmalıdır.

b) Belirli periyotlarla sorumlular tarafından hizmetin yerinde denetimleri (muayene komisyonu dışındaki kontroller) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

74.3 Su numune kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Hasta ve personel güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Su numune kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır

b) Kontroller kayıt altına alınmalıdır.

75 Hastane yönetimi dışarıdan aldığı hizmetlerin ilgili mevzuatı çerçevesinde denetlendiğine dair kayıtları kontrol edilmelidir(Temizlik, Güvenlik, Yemek, Laboratuvar, Görüntüleme vb.)

75.1 "Hastane Temizlik Komitesi" kurulmuş olmalı ve temizlik hizmetlerini denetlemelidir.

Amaç: Temizlik hizmetlerinin denetiminin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane temizlik komitesi kurulmuş olmalıdır.
- b) Temizlik komitesinin çalışma talimatı bulunmalıdır.
- c) Temizlik komitesinin denetim kayıtları mevcut olmalıdır.

75.2 Hastane yönetimi tarafından dışarıdan alınan hizmetlere yönelik bir denetim sistemi oluşturulmalıdır.

Amaç: Hizmet alımlarının denetimlerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanedeki hizmet alımları tespit edilmelidir. (radyoloji, laboratuvar, güvenlik, yemek, otomasyon v.s.)
- b) Belirli periyotlarla alınan hizmetin özelliğine yönelik(yemek, çamaşır, laboratuvar, görüntüleme vb) hizmetin yerinde denetimleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

DEPOLAR

Hastanenin tüm depoları ilgili malzeme ve ekipmanın saklanmasına uygun koşulları sağlamalıdır. Malzemeler sınıflarına göre tasnif edilerek depolanmalıdır.

76 Ana ve ara depolarla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

76.1 Depolarda bulunan malzeme ve cihazlara ait envanter bulunmalıdır.

Amaç: Hastane deposunda yer alan malzeme ve cihazların kontrolünün sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Depolarda bulunan malzemelerin envanteri bulunmalıdır.
- b) Randomize olarak seçilen bir malzeme ve cihaz grubu için mevcut bilgiler kontrol edilir.

76.2 Depolarda malzemeler için yerleşim planı bulunmalıdır (Malzemelerin plana uygun yerleştirildiği kontrol edilir).

Amaç: Hastane deposunda malzemelerin hem içeriklerinden dolayı meydana gelebilecek tehlikelere karşı hem de miatları göz önünde bulundurularak yapılacak bir yerleşim planının hazırlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Depolarda yerleşim planı bulunmalı ve malzemeler bu yerleşim planına uygun yerleştirilmelidir.

76.3 Depolara gelen ilaç ve malzemelerde "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olan yerleşim planı olmalıdır.

Amaç: Hastanelerin stok kontrol metodu geliştirmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Depodaki malzemeler için söz konusu prensibin uygulanması kontrol edilir.

76.4 Depoda bulunan malzemelerin kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi üzerinden takip edilmelidir.

Amaç: Hastane hizmet süreçlerinde aksama meydana gelmemesi için kritik stok seviyelerinin belirlenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Depoda bulunan malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

b) Randomize olarak seçilen malzemeler için kritik stok seviyesi kontrolü yapılmalıdır.

76.5 Stok uyarı seviyesi altına düşen malzemelerin takibi ve zamanında temini için bir düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Hastane hizmet süreçlerinde aksama meydana gelmemesi ve eksik malzemenin zamanında teminine yönelik düzenleme yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Kritik stok seviyesi altına düşen malzemeler takip edilmelidir.

b) Kritik stok seviyesi altına düşen malzemelerin temini için yazılı bir süreç olmalıdır.

76.6 İlaç ve malzemeler, kullanım talimatlarında belirtilen şartlarda (ısı, nem, ışık, vb.) muhafaza edilmelidir.

Amaç: İlaç ve malzemelerin uygun şartlarda muhafaza edilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlaçların muhafaza edildiği depolar uygun şartları taşımalıdır.
- b) Nem, ısı ve buzdolabı kontrolleri düzenli yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- c) Malzemenin cinsine göre uygun istifleme yapılmalıdır.

76.7 Depoda bulunan malzemeler uygun şekilde istiflenmelidir.

Amaç: Depodaki malzemelerin hem yerleşim planına uygun hem de deponun koşulları göz önüne alınarak istiflenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hemzemin istiflemenin yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.
- b) Deponun koşullarına göre oluşabilecek risklere göre önlem alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir.

MUTFAK

Hastanede kaldıkları süre boyunca hastalara, sağlıklı gıdalar sağlanması yönetimin önemli bir sorumluluğudur. Bu nedenle, gıdanın depolanması, hazırlanması, taşınması ve servisi hususunda sıhhi şartların yerine getirilmesi gerekmektedir. Ekipmanın yanında, çevresel ve yapısal plan, güvenli ve hijyenik iş uygulamalarını desteklemelidir.

77 Mutfakla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

77.1 Mutfakta yemek hazırlama ve yıkama yerleri ayrı olmalı, yiyecek depolarının ısı, ışık ve nem kontrolleri yapılmalıdır.

Amaç: Mutfak hizmetlerinin güvenli ve temiz bir şekilde sunulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mutfakta yemek hazırlama ve yıkama yerleri ayrı olmalıdır.
- b) Yiyecek depolarının ısı ve nem kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

77.2 Mutfakta çalışan personel maske, eldiven ve bone kullanmalıdır.

Amaç: Mutfakta çalışan personelin hijyenik açısından uygun hizmeti sunmalarının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kişisel koruyucu ekipman bulundurulmalıdır.
- b) Kişisel koruyucu ekipman ilgili personel tarafından kullanılmalıdır.

77.3 Mutfak taban ve duvarları, hijyenik şartlarda yıkamaya ve dezenfeksiyona elverişli olmalıdır.

Amaç: Mutfağın, hijyenik açıdan uygun hizmeti sunmaya uygun hale getirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Mutfağın bu şartları sağladığı kontrol edilmelidir.

ÇAMAŞIRHANE

Hastane çamaşırhane hizmetleri özellikle enfeksiyon kontrolü ve hasta güvenliği açısından önem taşımaktadır. Çamaşırhane hizmetleri sağlık kurumlarında yerinde gerçekleştirilebilir ya da dışarıdan hizmet alımı yoluna gidilebilir. Her iki durumda da hastaneler aşağıda belirtilen tüm standartları karşılamalıdır.

78 Çamaşırhane ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

78.1 Çamaşırhanenin taban ve duvarları yıkamaya elverişli olmalıdır.

Amaç: Çamaşırhanenin, hijyenik ortama sahip olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Çamaşırhanenin bu şartları sağladığı kontrol edilmelidir.

78.2 Çamaşırları yıkama talimatı bulunmalıdır.

Amaç: Enfeksiyonun önlenmesi ve çamaşırhanenin hijyenik açıdan uygun hizmet vermesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Çamaşır yıkama talimatı kontrol edilir.

78.3 Kirli çamaşırlar kapalı saklama kabında taşınmalıdır

Amaç: Enfeksiyonun önlenmesi açısından kirli çamaşırların kapalı konteynırlarla taşınmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kirli çamaşırlar kapalı konteynırlarla çamaşırhaneye taşınmalıdır.

Not: Hastanedeki tüm kirli çamaşırlar enfekte kabul edilir ve kapalı saklama konteynırlarında taşınır.

MORG

79 Morg ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

79.1 Soğuk hava düzeni bulunan çelik, paket tipi ölü muhafaza dolabı bulunmalıdır.

Amaç: Cenazelerin uygun şekilde muhafaza edilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Morgda soğuk hava düzeni olan, çelik, paket tipi en az iki adet cenaze muhafaza dolabı bulunmalıdır.

b) Morg kapasitesi en az şu şekilde olmalıdır:

- 0-200 yatak için 2 adet
- 201-400 yatak için 3 adet
- Fazladan her 200 yatak için bu sayıya 1 ilave edilir.

b) Dolaplar çalışır durumda olmalıdır.

79.2 Sıcak su imkânı sağlanmalıdır.

Amaç: Yapılacak dezenfeksiyona destek sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Sıcak su imkanının olup olmadığı kontrol edilir.

79.3 Ex olmuş kişinin muhafaza edildiği ve/veya yıkandığı yerler her kullanımdan sonra dezenfekte edilmelidir.

Amaç: Çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Dezenfeksiyonun nasıl yapılacağı konusunda talimat bulundurulmalıdır.

79.4 Morg çıkışı hastanenin ana ve acil girişinden ayrı olmalıdır.

Amaç: Cenaze işlemlerinin genel hastane girişi ile aynı yerde yapılmasının önlenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Morg çıkışı hastane acil servis ve ana girişten ayrı olmalıdır.