

KALİTE DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ 2017

1. BÖLÜMKALİTE YÖNETİMİ

1.Çekirdek SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.

Kod Değerlendirme Ölçütü

KKY04.01:Öz değerlendirme, hastanenin büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az bir kez olacak şekilde, hastane tarafından belirlenecek sıklıkta ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

KKY04.02:Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanmalıdır.

o Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmelidir.

o Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır.

o Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir.

o Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsamalıdır.

KKY04.03: Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.

KKY04.04:Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

2.Çekirdek Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır.

KKY09.01Hastane yönetiminde oluşturulan komite, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.

KKY09.02

Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir:

o Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi

o Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması

o Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması

o Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları

o Atık yönetimi çalışmaları

o Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılması

o Tehlikeli maddelerin yönetimi

KKY09.03 Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.

KKY09.04 Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

KKY09.05 Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.

2.BÖLÜM RİSK YÖNETİMİ

3.KDY01 SKS'de yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

KDY01.01 Dokümanların formatı belirlenmelidir.

KDY01.02Dokümanlar güncel olmalıdır.

o Dokümanlar kurum tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmelidir.

o Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.

o (Varsa) Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalıdır.

KDY01.03 Dokümanlar, ilgili bölüm tarafından hazırlanmalıdır.

KDY01.04 Dokümanlar Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edilmelidir.

KDY01.05 Dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.

KDY01.06Hazırlanan dokümanlar çalışanlara duyurulmalı, dokümanların güncel hali kullanım alanlarında bulunmalıdır.

o Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır.

o Dokümanlara ilgili bölüm tarafından ulaşılabilir.

o Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.

KDY01.07Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunmalıdır.

o Güncellemeler, doküman listesinde izlenebilir.

KDY01.08 İlgili çalışanlara, gerektiğinde hazırlanan dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.

3.BÖLÜM RİSK YÖNETİMİ

4.Çekirdek Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analizedilmelidir.

KRY03.01 Riskler, bölüm, meslek ve/veya süreç bazında, ilgili bölüm sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

KRY03.02 Risk düzeyleri en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek gibi) belirlenmelidir.

KRY03.03 Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi yapılmalıdır.

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

4.BÖLÜM GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

6.Çekirdek Güvenlik Raporlama Sistemi kurulmalıdır.

KGR01.01 Güvenlik Raporlama Sistemi, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.

o Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır.

KGR01.02 Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmalıdır.

Rehberlik

o Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir.

o Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde ya da her iki yöntemi içerecek şekilde de kurgulanabilir.

o Ana modüllerin altında alt modüller yer alabilir. Örneğin;"İlaç Güvenliği, Düşmeler, Cerrahi Güvenlik, Kesici Delici Alet Yaralanmaları" gibi.

KGR01.03

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

Bildirim formları, asgari aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir:

o Olayın konusu

o Olayın anlatılması

o Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

KGR01.04 Bildirim, analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.

KGR01.05 Sistem bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabılır ve kullanıcı dostu olmalıdır.

7.Çekirdek

Güvenlik Raporlama Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

KGR04.01 Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında kök neden analizi yapılmalıdır.

KGR04.02 Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.

KGR04.03 Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

KGR04.04 Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.

5.ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ

8.KAD05 Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Acil durum ve afetlere yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalıdır.

Tahliye planı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

o Nöbetçi desteklenmesi

o Trafik akışı ve güvenlik

o Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan)

o Hastaların güvenli yerlere transferi

o Geçici yerleştirme alanları

o Hasta izleme sistemleri

o Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma

o Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu

KAD05.02 Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır.

o Tesis tahliye tatbikatı; yoğun bakım ve psikiyatri klinik/servis tahliyesini de kapsamalıdır.

o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır.

o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

9.Çekirdek Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.

KAD07.01Birinci ve ikinci deprem bölgesinde bulunan hastaneler "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA)" uygulaması yapmalıdır. YOTA uygulaması **asgari** aşağıdaki maddeleri içermelidir:

o Her türlü tıbbi cihazın sabitlenmesi

o Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmesi

o Oksijen tüplerinin, hastane arabalarının, sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi

o Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve duvara sabitlenmesi

o Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması

o Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması

o Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, depremden hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi

o Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve çapraz iplerle sabitlenmesi

o Küçük ebatlı malzeme ve ilaçların tel kafes sistemleri ile sabitlenmesi

10.Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Rehberlik

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

KAD11.01

Hastanede, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanan acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

o Hastanenin tüm alanlarını kapsayıcı ve adreslenebilir bir yangın algılama sistemi bulunmalı, sistemin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

o Acil uyarı sistemi, gerektiğinde ilgili kişileri uyarmaya yönelik görsel ve işitsel fonksiyona sahip olmalıdır.

o Acil uyarı sistemi, kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalı, itfaiye gibi ilgili birimlerle koordinasyon sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.

KAD11.02

Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.

o Sorumlular, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, hastane yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır.

o Sorumluluk alanı, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.

KAD11.03

Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

o Tutulan kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

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

o Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne gönderilmelidir.

KAD11.04

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalıdır.

o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır.

o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.

KAD11.05 Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

KAD11.06 Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.

11.Çekirdek Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

KAD12.01 Hastane krokilerinde yangın söndürücülerini gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.

KAD12.02 Yangın söndürücüler duvara sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.

KAD12.03 Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.

KAD12.04 Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştirilmelidir.

KAD12.05 Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.

o Yangın hortumu hasarsız olmalıdır.

o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir.

o Vanalar kolayca açılmalıdır.

12.Çekirdek Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.

KAD13.01 Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.

KAD13.02 Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.

KAD13.03 Elektrik aksamının yalıtımları olmalıdır.

6.BÖLÜM HASTA DENEYİMİ

13.Çekirdek Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.

HHD06.01 Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyeti dikkate alınmalıdır.

HHD06.02 Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır.

o Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir.

o Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır.

HHD06.03 Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir.

o Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir.

o Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

HHD06.04 Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.

Rehberlik

Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunabilir. Kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihini söz konusu kültürel özellikler doğrultusunda belirleme, adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma ve tedbirli olma bunlardan bazılarıdır. Ayrıca toplumda göz önünde bulunan bir hastanın, kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda, özellikle hassasiyet gösterilmesi yönünde talebi olabilir.

HHD06.05 Tüm hastane çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.

7.BÖLÜM HİZMETE ERİŞİM

14.HHE04 Teşhis ve tedavi amaçlı randevu ve sonuç verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.

HHE04.01 Randevu ve sonuç verme süreleri kurum tarafından belirlenmelidir.

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

HHE04.02 Hasta ve/veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.

HHE04.03 Randevu ve sonuç verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.

o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

8.BÖLÜM SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI

15.Çekirdek Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

HSÇ06.01 Hastane ve bölüm bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

o Risk değerlendirmesi; çalışanların hastanede karşılaşılabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır. (**Bkz. Risk Yönetimi Bölümü**)

HSÇ06.02 Hastane ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

HSÇ06.03 Çalışanların mesleki kaza ve yaralanmalarının tedavisi ve çalışanların güvenliğini tehdit eden, ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.

o Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

HSÇ06.04 Çalışanların, mesleki kaynaklı olaylar sonucu gelişebilecek tıbbi ve psikolojik durumlara yönelik destek hizmeti alabilmesi sağlanmalıdır.

9.BÖLÜM HASTA BAKIMI

16.ÇekirdekYatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.

Rehberlik

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

o Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmalıdır.

SHB03.01Bakım planı, bakım ihtiyaçlarının belirlenmesini takiben en kısa süre içinde hazırlanmalıdır.

SHB03.02Bakım planı hastaya hizmet veren ilgili disiplinler tarafından koordineli olarak hazırlanmalıdır.

Bakım planı, bakıma ilişkin asgari gereklilikleri içermelidir.

Bakım planında, asgari aşağıdaki bilgiler kayıt edilmelidir:

o Hastanın bakım ihtiyaçları

o Bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler

o Bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar

o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi

SHB03.03 Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir.

o Bakım planında yapılan güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.

17.Çekirdek Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

Rehberlik

Kimlik doğrulama, hastanede bakım hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür. Hastanın tanı ve tedavi amacıyla hastaneye başvurduğu andan hastaneden ayrılışına kadar geçen tüm süreçlerde (herhangi bir test veya işlem öncesi, ilaç ve kan/kan ürünü uygulamadan önce, hasta transferi sırasında gibi) hasta kimliği, kimlik tanımlama parametreleri vasıtası ile doğrulanmalıdır.

SHB07.01Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin doküman bulunmalıdır. Doküman asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:

o Yatan ve ayaktan hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı

o Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı

- o Kullanılacak kimlik doğrulama aracına ilişkin kurallar
- o Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği gibi SHB07.02 Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

18.Çekirdek Kimlik doğrulama amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.

SHB08.01 Tanı ve tedavi süreçlerinde farklı aşamalarda kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.

Rehberlik Tanı ve tedavi süreçlerinin farklı aşamalarında farklı kimlik tanımlayıcılar kullanılabilir.

Ayaktan hastalarda;

- o Hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı resimli ve resmi belgeler gibi

Yatan hastalarda;

- o Kol bantları/bileklikler gibi

SHB08.02 Belirlenen kimlik tanımlayıcının kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Kimlik tanımlayıcısı olarak bileklik kullanımı durumunda aşağıdaki kurallar uygulanmalıdır:

- o Yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalıdır.

o Bileklik barkotlu olmalı, üzerinde en az; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalıdır.

- o Bileklikler üzerinde yer alan bilgilerde en fazla 4 tanımlayıcı parametre yer almalıdır.

- o Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi renkli bileklik kullanılmalıdır.

• Aynı seri numaralı anne-bebek bilekliği kullanılmalıdır.

• Annedeki beyaz bileklik bebeğin cinsiyetine göre belirlenen bileklik ile değiştirilmelidir.

• Bebeğin bilekliğinde en az annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.

Rehberlik

o Psikiyatri klinik hastalarına yönelik hastane tarafından belirlenen farklı kimlik tanımlayıcı araçlar kullanılabilir.

o Hasta kimliği doğrulanırken;

• Hasta kayıtlarında yer alan kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme

• Hasta bilekliğinde yer alan kimlik tanımlama parametreleri ile hasta kayıtlarını karşılaştırma gibi yöntemler kullanılabilir.

19.Çekirdek Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

SHB09.01 Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik doküman bulunmalıdır.

Doküman asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:

- o Düşme risk faktörleri

- o Risk faktörlerinin ne şekilde belirleneceği

o Hastaların risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (hangi hastalara risk değerlendirmesi yapılacağı, risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı gibi)

- o Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta/hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler gibi)

o Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği gibi)

SHB09.02 Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve hastane bazlı önlemler alınmalıdır.

SHB09.03 Düşme riski yüksek olan hastalar, dört yapraklı yonca figürü ile tanımlanmalıdır.

(Ek: Tanımlayıcı Figürler)

- o Düşme riski tanımlayıcısı (dört yapraklı yonca figürü) hasta transferinde de kullanılmalıdır.

SHB09.04 Hasta/hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.

SHB09.05 Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik güvenlik raporlama sistemine bildirim yapılmalıdır.

SHB09.06 Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

20.Çekirdek Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

SHB10.01 Risk değerlendirmesi; hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekim tarafından yapılmalıdır.

SHB10.02 Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.

SHB10.03 Yatan hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır.

Rehberlik İtaki Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) Morse, Hendrich II, gibi ulusal ve uluslar arası skorlama ölçekleri bu ölçeklere örnek olarak verilebilir.

(Ek: İtaki ve Harizmi Düşme Riski Değerlendirme Ölçekleri)

21.SHB11 Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SHB11.01 Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SHB11.02 Hastaların, nutrisyonel risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

o Nutrisyonel risk değerlendirmesi yatan hastaların tamamında, ayaktan hastalarda ise hastanenin belirleyeceği branşlar ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.

SHB11.03 Hastaların nutrisyonel destek ihtiyacına yönelik süreçlerin yönetimini sağlamak üzere Nutrisyon

Destek Ekibi (NDE) kurulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

SHB11.04 Malnütrisyonunda veya nütrisyon riskinde olduğu saptanan hastalar için nütrisyon desteği sağlanmalıdır.

SHB11.05 Hastaya özel nütrisyon solüsyonları hazırlayan hastanelerde beslenme solüsyonlarının hazırlanması sırasında aseptik koşullar sağlanmalıdır.

SHB11.06 Taburculuk sonrası nütrisyonel desteğe devam edilmesi gereken hastalara/yakınlarına eğitim verilmelidir.

SHB11.07 Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanların eğitim verilmelidir.

SHB11.08 Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının karşılanmasına yönelik süreçler NDE tarafından izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

22.SHB12 Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SHB12.01 Hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.

Rehberlik

o Ağrı değerlendirmesi, hastanenin belirleyeceği branşlarda ya da hasta gruplarında yapılmalıdır.

o VAS (visuel analog skala), Numerik skala gibi ağrı değerlendirme skalaları ile hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.

SHB12.02 Hastalarda ağrı kontrolü sağlanmalıdır.

Rehberlik Ağrı kontrolü farmakolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi, soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan bilimsel yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.

SHB12.03 Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) bakım planına kaydedilmelive izlenmelidir.

23.ÇekirdekCerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SHB21.01 Planlı ve acil ameliyatlara öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenmeli ve planlanmalıdır.

SHB21.02Hasta preoperatif devrede anestezi uzmanı tarafından değerlendirilmeli ve değerlendirme sonucuna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.

SHB21.03 Kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan ürünlerine yönelik planlama yapılmalıdır.

SHB21.04 Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında cerrah ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalı ve rızası yazılı olarak alınmalıdır.

SHB21.05 Hasta ve hasta yakınları cerrahi uygulama öncesi hazırlıklar ve dikkat etmesi gereken hususlar hakkında bilgilendirilmelidir.

SHB21.06 Sağlık çalışanları tarafından hazırlıklara yönelik gerekli kontroller yapılmalıdır.

SHB21.07 Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.

SHB21.08 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü doldurulmalıdır.

(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi) (Ek: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)

SHB21.09 Cerrahi işlem öncesi; cerrahi bölge işaretlemesi yapılmalıdır.

o Cerrahi bölge işaretlemesi cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir hekim tarafından hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.

o Cerrahi bölge işaretlemesi, hastane tarafından belirlenen formatta ve silinmeyecek şekilde yapılmalıdır.

10.BÖLÜM.İLAÇ YÖNETİMİ

24.SİY03 İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SİY03.01 İlaç yönetimi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar, hastaneye özgü olarak belirlenmelidir.

İlaç yönetimi ilgili **asgari** aşağıdaki süreçlere yönelik kurallar belirlenmelidir:

o İlaçların temini

o İlaçların muhafazası

o İlaç istemleri

o İlaçların hazırlanması

o İlaçların transferi

o İlaç uygulamaları

o Hasta beraberinde gelen ilaçların kontrolü

o İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü

o Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü

o Advers etki bildirimleri

o İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler

o Yüksek riskli ilaçların yönetimi

25.Çekirdek

İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

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

SİY04.01 İlaç depolarına yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.

SİY04.02 Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmalıdır.

SİY04.03 İlaçlar; hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve ilaçların korunmasını, sel veya su basması gibi durumlardan etkilenmemesini sağlayacak şekilde depolanmalıdır.

o İlaçların yerleşiminde, tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır.

o İlacın cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır.

o Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır.

o Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.

SİY04.04 Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.

SİY04.05 İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç niteliğindeki malzemeler ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.

SİY04.06 Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.

SİY04.07 İlaçların stok ve miat takibi HBYS üzerinden yapılmalıdır.

o İlaçların minimum stok seviyesi, kritik stok seviyesi, maksimum stok seviyesi belirlenmelidir.

o Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri HBYS’de takip edilmelidir.

o Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda HBYS’de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.

o Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik HBYS’de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır.

SİY04.08 İlaç miatları düzenli aralıklarla manuel olarak kontrol edilmelidir.

26.Çekirdek İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SİY08.01 Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebilmelidir.

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

SİY08.02 İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır.

o Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.

SİY08.03 İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalı, doğrulamanın nasıl yapılacağı kurum tarafından tanımlanmalıdır.

SİY08.04 İlaç uygulanması sonrasında hastaların klinik durumu izlenmeli, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalıdır.

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

o Hastada görülen advers etkiler kayıt altına alınarak bildirim (farmakovijilans) sağlanmalıdır

27.SİY09 Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.

SİY09.01 Farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir.

SİY09.02 Sorumlunun adı, iletişim bilgileri ve mesleki özgeçmişi Türkiye Farmakovijilans Merkezi (TÜFAM)’ne bildirilmelidir.

SİY09.03 Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.

SİY09.04 Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler TÜFAM’a bildirilmelidir.

11.ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

28.SEN03 Hastane enfeksiyonlarının sürveyansına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SEN03.01 Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı yapılmalıdır.

SEN03.02 Hastane enfeksiyon hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporları hazırlanmalıdır.

o Sürveyans raporları en az ulusal sürveyans sisteminde belirlendiği şekilde ve sıklıkta oluşturulmalıdır.

SEN03.03 Sürveyans sonuçları ulusal sürveyans sistemine kaydedilmelidir.

SEN03.04 Sürveyans raporları Enfeksiyon Kontrol Komitesince değerlendirilmeli, üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılmalıdır.

SEN03.05 Sürveyans sonuçlarına göre kurum veya bölüm bazında gerekli görülen iyileştirme faaliyetleri uygulanmalıdır.

29.Çekirdek El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.

SEN05.01 Sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda, çalışanın kolay ulaşabileceği şekilde, alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.

Rehberlik

o El antiseptiği, ilgili hasta bakım alanının özelliğine göre; her yatak başında, iki yatak arasında veya hasta bakımı sırasında çalışanın kolay ulaşmasının mümkün olduğu bir konumda bulunabilir.

o Hizmet verilen hasta popülasyonu açısından risk taşıması

nedeni ile, çocuk klinikleri ile psikiyatri kliniklerinde, bakım alanında el antiseptik kutularının bulundurulmaması, sağlık çalışanlarının cepte taşınabilen el antiseptikleri kullanması önerilmektedir.

30.Çekirdek Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.

SEN06.01 "5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu" ile çalışanlara yönelik haberli gözlemler yapılmalıdır.

Gözlemler, **asgari** aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

o Gözlemler, bir yıllık süreç içinde tüm hasta bakım alanlarını (seçilmiş poliklinikler dahil) kapsayacak şekilde gerçekleştirilmelidir.

o Yoğun bakımlardaki gözlemler, her üç aylık dönemde, tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır.

o Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir.

o Epidemiyoloji şüphesi ya da riski olduğu durumlarda, ilgili kliniklerde gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır.

Rehberlik

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

o Hasta ile Temas Öncesi

o Aseptik İşlemler Öncesi

o Vücut Sıvılarının Bulaşma Riski Sonrası

o Hasta ile Temas Sonrası

o Hasta Çevresi ile Temas Sonrası

31.Çekirdek İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.

SEN07.01 Enfekte ya da kolonize hastalara yönelik alınması gereken izolasyon önlemlerinin ne zaman ve nasıl uygulanacağı belirlenmelidir. o İzolasyon önlemleri ile ilgili kabul görmüş ulusal ve uluslararası rehberler esas alınmalıdır.

SEN07.02 Enfekte veya kolonize hastalarda, uygulanan izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır.

o İzolasyon yöntemi ilgili Bakanlıkça belirlenen tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır:

• Solunum izolasyonunda sarı yaprak

• Damlacık izolasyonunda mavi çiçek

• Temas izolasyonunda kırmızı yıldız

o Enfeksiyon Kontrol Komitesinin kararı doğrultusunda, izolasyon yönteminin adı ve uygulama şekli, tanımlayıcı figürler için kullanılan görsellerle birlikte kullanılabilir.

(Ek: Tanımlayıcı Figürler)

SEN07.03 İzolasyon önlemleri ve tanımlayıcı figürler, hastanın transferi de dahil olmak üzere tüm hizmet süreçlerinde uygulanmalıdır.

SEN07.04 İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

12.STERİLİZASYON HİZMETLERİ

32.Çekirdek Sterilizasyon ünitesinde; yıkama, dezenfeksiyon ve paketlenme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.

SSH03.01 Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmelidir.

SSH03.02 Kirli malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.

SSH03.03 Düzenli aralıklarla yıkama etkinliği kontrol edilmelidir.

o Yıkama etkinliği kontrolü kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.

SSH03.04 Malzemeler, malzeme listesi ile temiz alana teslim edilmelidir.

SSH03.05 Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

o Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı bir alanda paketlenmelidir.

33.Çekirdek Sterilizasyon işleminin etkinliği kontrol edilmelidir.

SSH04.01 İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.

SSH04.02 Her pakete, paket içeriğinin niteliğine göre uygun özelliklere sahip kimyasal indikatör konulmalıdır.

SSH04.03 Biyolojik indikatör kullanılmalıdır.

Rehberlik Sterilizasyon yöntemine göre biyolojik indikatör kullanım sıklığı aşağıdaki şekildedir:

o Buharlı basınç sterilizasyonunda her otoklav için haftada en az bir kez

o Buharlı basınç sterilizasyonunda implant sterilizasyonu yapılacak olan her yükte

o Etilenoksit sterilizasyonunda her yükte

o Formaldehit sterilizasyonunda en az günde bir kez

o Kuru ısı sterilizasyonunda haftada bir kez

o H₂O₂ sterilizasyonunda her gün ilk kullanımda

o Sterilizasyon cihazlarında bakım, onarım ve kalibrasyon yapıldıktan sonraki ilk çalıştırmada.

13.RADYASYON GÜVENLİĞİ

34.SRG06 Görüntüleme işlemleri sırasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

SRG06.01 Hastalara ait hazırlanma odası/kabini bulunmalıdır.

SRG06.02 Hastaların değerli eşyaların korunmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SRG06.03 Hastaların kullanımına uygun temiz örtü/önlük bulunmalıdır.

SRG06.04 Hastaların görüntüleme alanına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.

35.Çekirdek Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

SRG09.01 Çalışanların koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.

o Çalışanların ihtiyaçları çerçevesinde, farklı ebatlarda radyasyon koruyucular bulunmalıdır.

SRG09.02 Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır.

o Dozimetreler kullanan kişinin ismine kayıtlı olmalıdır.

o Çalışanların dozimetre takipleri yapılmalıdır. Her çalışan için;

• Her dozimetre takip dönemi sonundaki radyasyon dozu kayıt altına alınmalıdır.

• Yıllık toplam radyasyon dozu hesaplanmalıdır.

• Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır.

oSkopi kullanılan ameliyathanelerde çalışanların bireysel dozimetre kullanım gerekliliği belirlenmelidir.

• Dozimetre sonuçları değerlendirilerek izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

14.ACİL SERVİS:

36.SAS05 Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır.

SAS05.01 Hasta kayıt işlemlerinin yapıldığı birim bulunmalıdır.

SAS05.02 Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti sunan birim bulunmalıdır.

SAS05.03 Karşılama hizmetlerini etkin şekilde verebilecek bir ekip oluşturulmalıdır.

SAS05.04Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmeti verecek personel; acil servisin yapısı, ortalama vaka durumu ve özelliği göz önünde bulundurularak planlanmalıdır.

SAS05.05 Gerektiğinde yabancı dil ve işaret dili bilen personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SAS05.06 Bu birimlerde çalışanlar, diğer hastane çalışanlarından ayırt edilebilecek kıyafet giymelidir.

SAS05.07 Birim çalışanlarına yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.

o Eğitim programında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:

• Hasta memnuniyeti

• Hasta hakları

• İletişim becerileri

37.Çekirdek Kritik vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalıdır.

SAS07.01 Hasta profili ve kurum öncelikleri dikkate alınarak acil serviste hizmet verilen kritik hasta grupları belirlenmelidir.

Rehberlik Kritik hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir:

o Akut Miyokard Enfarktüsü, o Solunum arresti, o Kardiyak arrest , o İnme , o Travma

o Psikiyatrik aciller, o Zehirlenme, o İntihar girişimi, o Onkolojik aciller

SAS07.02 Belirlenen hasta grupları için acil serviste uygulanması gereken, tanı, tedavi ve takip işlemlerine yönelik algoritmalar oluşturulmalıdır.

SAS07.03 Kritik vakalarda müdahale ve tedavi önceliklerini belirlemeye yönelik olarak planlama yapılmalıdır.

SAS07.04 Acil servise ambulans aracılığıyla gelen hastalara müdahaleye ilişkin planlama bulunmalıdır.

38.Çekirdek Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.

SAS09.01 Gözlem odaları, sağlık çalışanının hastaları izleyebileceği şekilde planlanmalıdır.

SAS09.02 Gözlem altına alınan hastaların takipleri düzenli bir şekilde yapılmalı ve gözlem sürecine ait kayıtlar eksiksiz olarak tutulmalıdır.

SAS09.03 Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

SAS09.04 Hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşmasını sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.

15.AMELİYATHANE

39.SAH02 Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SAH02.01 Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.

SAH02.02 Ameliyathanede alanlar en az üç farklı kategoride ele alınmalıdır.

Rehberlik

Steril (Birinci) Alan: Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.

Temiz (İkinci) Alan: Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır.

Steril Olmayan (Üçüncü/Temiz Olmayan/Kirli) Alan: Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.

SAH02.03 Alanların özelliklerine uygun kurallar belirlenmelidir.

o Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları belirlenmelidir.

o Çalışanların alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

SAH02.04 Duvar, tavan ve zeminde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun özellikte olmalı, ameliyat odasında; duvar birleşim noktalarının düzgün, köşesiz ve çıkıntısız olması sağlanmalıdır.

40.SAH04 Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SAH04.01 Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır.

o Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmayan alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).
o Cerrahi alan enfeksiyonu açısından yüksek riskli olan operasyonlar laminer hava akımının kullanıldığı odalarda yapılmalıdır.

SAH04.02 Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.

SAH04.03 Düzenli aralıklarla, havalandırma sisteminin performans testleri yapılmalıdır.

Rehberlik

Havalandırma sistemine yönelik aşağıdaki performans testleri uygulanmaktadır:

o HEPA filtre uygunluğu (sızdırmazlık testi)

o Hava debisi ve hava hızı ölçümü

o Steril alanlar arasında basınç farkları ve hava akış yönleri tespiti

o Sistem etkinliğinin ölçülmesi (yeniden temizleme)

o Partikül ölçümü

SAH04.04 Havalandırma sisteminin bakımı düzenli aralıklarla yapılmalı, gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.

41.Çekirdek Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SAH05.01 Ameliyathane içi ameliyat odalarında tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynakları ile beslenmeli, diğer odalar ve koridorlarda yeterli sayıda priz kesintisiz güç kaynağı ile desteklenmelidir.

SAH05.02 Elektrik kesilmesi durumunda kesintisiz güç kaynağının ne kadar süre çalışacağı belirlenmelidir.

SAH05.03 Kesintisiz güç kaynaklarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

42.Çekirdek Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.

SAH07.01 Operasyonlar öncesinde, cerrahi bölge işaretlemesi yapıma durumu kontrol edilmelidir..

SAH07.02 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; liste sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır.

(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi) (Ek: Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi)

SAH07.03 Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

43.Çekirdek Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.

SAH08.01 Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi uygulanmalıdır. **(Bkz: Güvenli Cerrahi Uygulama Rehberi)**

SAH08.02 Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

16.BÖLÜM YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

44.Kod Standart

SYB03 Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SYB03.01 Tüm yoğun bakım ünitelerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılmalıdır.

o Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır.

o Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır.

o Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller düzenli olarak yapılmalıdır.

o Ünite içi ayrı alanlarda ve tek yataklı odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

o Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.

SYB03.02

Yoğun bakım odalarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.

o Yoğun Bakım odasının sıcaklığı 22-28 °C arasında, bağıl nem oranı %30- %60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.

45.Çekirdek Bası ülserinin önlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SYB07.01 Hastalar bası ülseri riski açısından değerlendirilmelidir

Rehberlik

Bu amaçla, kanıta dayalı bir bası ülseri değerlendirme ölçeği kullanılması gereklidir.

SYB07.02 Risk düzeyine göre bası ülserini önlemeye yönelik tedbirler alınmalı ve bakım planına kaydedilmelidir.

46.SYB10 Yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

SYB10.01 Yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon kriterleri ve hava yolu izleminde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.

17.BÖLÜM YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

47.SYD03 Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SYD03.01 Yenidoğan yoğun bakım ünitelerinde merkezi havalandırma sistemi kullanılmalıdır.

o Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır.

o Hizmet verilen hasta grubu ve yoğun bakım ünitesinin seviyesine uygun nitelikte hava filtrasyonu ve hava değişimi sağlanmalıdır.

o Sistemin performansının izlenmesine yönelik, gerekli kontroller düzenli olarak yapılmalıdır.

o Ünite içi ayrı alanlarda ve tek kuvözlü odalarda da aynı havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

o Gerekli görülen aralıklarda filtreler değiştirilmelidir.

SYD03.02 Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.

o Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin sıcaklığı 22-28 °C arasında, bağıl nem oranı %30- %60 arasında ayarlanabilir olmalıdır.

48.Çekirdek

Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır.

SYD08.01 Fototerapi alan bebeklerde ısı monitörizasyonu yapılmalıdır.

SYD08.02 Farklı boyutlarda fototerapi göz bandı bulunmalıdır.

SYD08.03 Röntgen çekiminde gonad koruyucu kullanılmalıdır.

SYD08.04 Oksijen tedavisinde kuvöz içi oksijen konsantrasyonu kontrol edilmelidir.

SYD08.05 Kuvözlerin temizlik ve dezenfeksiyonları yapılmalıdır.

49.SYD12Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir.

SYD12.01 Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde entübasyon, ekstübasyon

kriterleri ve hava yolu izlemimde dikkat edilmesi gereken hususlar ile invaziv ve noninvaziv ventilasyon yöntemlerine yönelik endikasyonlar belirlenmelidir.

18.DOĞUM HİZMETLERİ

50.Çekirdek Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SDH03.01Doğum öncesi, doğum süreci ve doğum sonrası aşamalar belirlenmiş kurallar çerçevesinde izlenmelidir.

o Doğum eyleminde Bakanlıkça yayımlanan "Doğum ve Sezaryen Eylemi Yönetim Rehberi"ne göre izlem yapılmalıdır.

o Acil durumlar hariç her doğum eylemi partograf ile izlenmeli, partograf kayıtları hasta dosyalarında bulunmalıdır.

o Doğum sonrası süreçte annenin takibi Bakanlıkça yayımlanan "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi"ne göre yapılmalı, izlem kayıt altına alınmalıdır.

SDH03.02 Komplike vakalarda doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası süreçlerin izlemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

51.Çekirdek Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

SDH05.01 Yenidoğanın takibi ve kontrolleri belirlenmiş kurallar doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

o Yenidoğan bebek, Bakanlıkça yayımlanan "Bebek ve Çocuk İzlem Protokolü" doğrultusunda izlenmeli, izlem kayıt altına alınmalıdır.

o İzlem aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır:

- Doğum anı ve doğumun hemen sonrası
- Bebek stabilize olduktan sonra
- Bebek ve anne hastaneden ayrılmadan önce

SDH05.02 Anneye emzirme ve bebek bakımı konularında eğitim verilmelidir.

SDH05.03 Taburcu sonrası bebeğin takibi hakkında aile bilgilendirilmelidir.

19.DİYALİZ HİZMETLERİ

52.Çekirdek Diyaliz ünitesinde enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SDİ11.01 Enfekte hastaların diyaliz işlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

o Enfekte hastalar için kullanılan malzemeler ayrılmalı ve tanımlanmalıdır.

o HBsAg (+) ve HCV Ab (+) hasta için kullanılan makineler tanımlanmalıdır.

o Enfekte hastalar için ayrılmış aspiratör bulunmalıdır.

o HBsAg (+) hastalar için ayrı bir oda tahsis edilmelidir.

SDİ11.02 Diyaliz hastalarının aşıları düzenli olarak yapılmalıdır.

o Tüm diyaliz hastalarına Hepatit B aşısı yapılmalıdır.

o Anti-HBs titresi takip edilmelidir.

o Gerektiğinde rapel aşısı uygulanmalıdır.

53.Çekirdek Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SDİ13.01 Saf suyun elde edilmesine yönelik su arıtma sistemi kurulmalıdır.

SDİ13.02 Üretilen saf su için günlük kontroller yapılmalıdır.

Rehberlik Saf su için aşağıdaki günlük kontroller yapılmaktadır:

o Saf su iletkenliği, o Su sertliği, o Klor miktarı, o Asitlik-alkalilik (saf su-ham su) özelliği

SDİ13.03 Arıtma sonrası su örnekleri, bakteriyolojik yönden en az üç ayda bir kez, toksik ve kimyasal yönden en az altı ayda bir kez değerlendirilmelidir.

Rehberlik Değerlendirme sonrası elde edilmesi beklenen değerler aşağıda belirtilmiştir:

o Mikrobiyal kontaminasyon, saf su için 100 CFU/ml altında, ultra saf diyaliz sıvısı için 0,1 CFU/ml altında olmalıdır.

o Bakteriyel endotoksinler, saf su için 0.25 IU/ml altında, ultra saf diyaliz sıvısı için 0,03 IU/ml altında olmalıdır.

SDİ13.04 Gerekliğinde iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.

20.MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI

54. Çekirdek Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.

Rehberlik İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.

SML06.01 İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SML06.02 İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu, test prospektüsü ya da uluslar arası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.

SML06.03 İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.

SML06.04 İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

55.Çekirdek Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.

SML07.01 Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SML07.02 Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.

SML07.03 Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

SML07.04 Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.

56.SML15 Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

SML15.01 Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili asgariaşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:

- o Hastanın adı-soyadı, o Hastanın yaşı, o Hastanın cinsiyeti, o Protokol numarası
- o İstem tarih ve saati, o İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü, o Numune türü
- o Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi, o Numunenin;
 - Alındığı tarih ve saat
 - Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
- o Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem, o Varsa test tekrarı ve sonuçları,
- o Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- o Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı.

21.TESİS YÖNETİMİ

57.DTY01 Bina turları yapılmalıdır.

DTY01.01 Bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulmalıdır.

o Hastane yönetiminin oluşturulan ekip, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.

o Ekipte hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.

DTY01.02 Bina turları en az üç ayda bir yapılmalıdır.

DTY01.03 Bina turlarında hastanedeki fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıklar tespit edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

58.DTY02 Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.

DTY02.01 Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

DTY02.02 Tespit edilen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Rehberlik Aşağıda, tesis kaynaklı düşme risklerini önlemeye yönelik çalışmalara örnekler verilmiştir:

- o Hasta kullanım alanlarında tutunma barlarının bulunması, o Merdivenlerde korkuluk bulunması
- o Alçak tavan uyarılarının kullanılması, o Islak zemin uyarı levhalarının kullanılması
- o Zeminde bulunan engellere karşı önlemler alınması

DTY02.03 Tesis kaynaklı düşme olayları kalite yönetim birimine bildirilmelidir.

59.DTY04 Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.

DTY04.01 Acil çıkış levhaları bulunmalıdır.

Rehberlik

- o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır.
- o Levhalar, hastanenin her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir.
- o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.

DTY04.02 Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Rehberlik

- o Hastane krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir.
- o Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalıdır.
- o Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalıdır.
- o Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır.
- o Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye gibi araçlar bulunmalıdır.

60.DTY09 Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

DTY09.01 Düzenli aralıklarla asansör bakımları yapılmalıdır.

DTY09.02 Asansörlerin yıllık kontrolleri yapılmalıdır.

Rehberlik

- o Yıllık kontrole ilişkin kontrol raporları bulunmalıdır.
- o Asansörde, yıllık kontrol sonucuna ilişkin renkli (kırmızı, sarı, yeşil) bilgi etiketi bulunmalıdır.

DTY09.03 Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.

61.DTY11 Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

DTY11.01 Hastane trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

DTY11.02 Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

DTY11.03 Kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.

DTY11.04 Prizler sabitlenmiş olmalıdır.

DTY11.05 Çocuk servislerindeki tüm prizlerde priz koruması olmalıdır.

Rehberlik

Açık alanlardaki özellikle alçakta yer alan prizlerde priz koruması olmalıdır.

DTY11.06 Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.

22.OTELCİLİK HİZMETLERİ

62.Çekirdek Hastanenin temizliği sağlanmalıdır.

DOH02.01 Hastanenin tüm alanlarını kapsayan temizlik planı bulunmalıdır.

Plan asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- o İlgili alana ilişkin;
 - Belirlenen risk düzeyi
 - Kullanılacak temizlik malzemesi ve ekipmanları
 - Temizlik sıklığı
 - Temizlik kuralları
 - Olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında temizliğin nasıl yapılacağına ilişkin kurallar
 - Temizlik kontrolünün kim tarafından, nasıl yapılacağı

DOH02.02 Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmeli, temizlik kontrol aralıkları ve kontrol sorumluları belirlenmelidir

DOH02.03 Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.

Eğitimde asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:

- o Genel alanların temizlik kuralları
- o Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları
- o Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri
- o Çalışanlar arası iletişim
- o Hasta ve hasta yakınları ile iletişim
- o Temizlik malzemeleri ile maruziyet (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaklar

63.DOH09 Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.

DOH09.01 Hasta odaları güvenli ve konforlu şekilde tasarlanmalıdır.

o Hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

o Hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır.

o Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte olmalıdır.

o Hasta yatakları, yetişkin ve çocuk hastalar için uygun ebatlarda hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.

DOH09.02 Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.

DOH09.03 Hasta odalarında lavabo, banyo ve tuvalet bulunmalıdır.

DOH09.04 Hasta odalarında refakatçilerin dinlenebilmeleri için pozisyon

verilebilen koltuk/kanepe/yatak bulunmalıdır.

64.DOH10 Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.

DOH10.01 Hasta odalarında yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

Yatarak hizmet alan hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.

Hasta/hasta yakınlarına, çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.

23.BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ

65.Çekirdek **BYS** üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

DBY05.01 Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.

DBY05.02 Şifre kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

DBY05.03 Bilgi Yönetim Sistemi kullanıcılarına yönelik gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.

66.Çekirdek **HBYS** üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

DBY10.01 Yedekleme, günde 3 defa yapılmalı, yedekleme işlemi için sistemin yoğun olmadığı zamanlar seçilmelidir.

DBY10.02 Yedekleme dosyaları HBYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortama alınmalıdır.

o Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.

DBY10.03 Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak HBYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.

DBY10.04 Veriler offline ortamlarda süresiz olarak hastane yönetimi tarafından saklanmalıdır.

DBY10.05 Yedeklemeler aracılığı ile yılda bir kez veri kurtarma testi uygulanmalıdır.

o Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir.

o Test kayıt altına alınmalıdır.

o Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

67.Çekirdek **Bilgi yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.**

DBY12.01 Yazılım-donanım destek birimi bulunmalıdır.

o Yazılım-donanım destek birimi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır.

o Yazılım-donanım destek birimi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.

DBY12.02 Bilgi Yönetim Sisteminin devre dışı kaldığı durumlar ve sistemdeki arızalar kayıt altına alınmalıdır.

DBY12.03 Sistemde tespit edilen aksaklıklara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

68.Çekirdek **Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.**

DBY13.01 Sadece sunuculara tahsis edilmiş bağımsız bir oda olmalıdır.

DBY13.02 Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.

DBY13.03 Suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.

DBY13.04 Hastanedeki diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.

DBY13.05 İdeal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.

o İdeal sıcaklık; 18-22 °C,

o Nem oranı; %30- %60 aralığında olmalıdır.

DBY13.06 Yedekli olarak çalışan klima bulunmalıdır.

69.Kod Standart Çekirdek **Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.**

DBY14.01 Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları tutulmalıdır. Bu kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

o Sunucunun yeri

o Sorumlu kişisi

o Donanım

o İşletim sistemi üzerinde çalışan uygulama bilgileri

DBY14.02 Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.

DBY14.03 Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.

DBY14.04 Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.

70.Çekirdek **Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.**

DBY16.01 Hastaneye destek hizmeti veren firmanın dış ortamdan iç ortama hangi durumlarda kimlerin erişebileceği belirlenmelidir.

DBY16.02 Hastanede firma adına tam zamanlı çalışan elemanlara gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.

DBY16.03 Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.

24.BÖLÜM MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ

71.DMC07 Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazları (ventilatör, laboratuvar test cihazları, jeneratör gibi) kullanacak kişilere eğitim verilmesi sağlanmalıdır.

25.BÖLÜM TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ

72.Çekirdek Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.

DTA03.01 Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.

Kurallar asgari aşağıdaki hususları içermelidir:

- o Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye ne zaman erişebileceği)
- o Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü
- o Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç.

26.BÖLÜM GÖSTERGELERİN İZLENMESİ

73.Çekirdek Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

GGi01.01 Hastanede izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır.

GGi01.02 Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler Kalite Yönetim Birimi tarafından koordine edilmelidir.

GGi01.03 Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

GGi01.04 Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.

74. Hastanede izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.

GGi02.01Hastanenin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler bölümlerinde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir.

o SKS Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler bölümlerine ilişkin Bakanlıkça yeni göstergeler yayınlanması durumunda, yeni liste esas alınmalıdır.

GGi02.02 Göstergeler, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

75.Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Rehberlik

Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı,verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

Verilerin güncelliğinin takibi için anlık olarak sisteme girilmesi sağlanmalıdır.

GGi04.01 Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.

GGi04.02 Veri toplama aralıkları hastanenin ihtiyaçları ve imkanları doğrultusunda belirlenmelidir.

GGi04.03 Veri toplama yöntemi göstergenin özelliğine göre belirlenmelidir.

76.GGi05 Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.

77.GGi06 Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.