



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
SAĞLIK BAKANLIĞI



Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri

ADSH Seti – v3.0/2022



Sağlıkta Akreditasyon Standartları

ADSH Seti – v3.0/2022

2. BASKI

ISBN: 978-975-590-503-7

© Yazarlar – – Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

© Bu kitabın her türlü yayın hakkı Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı-Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü'ne aittir. Enstitünün yazılı izni olmadan, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

İletişim

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

E-posta: tuskastandart@tuseb.gov.tr

Web: <https://www.tuseb.gov.tr/tuska/>

Baskı

Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.

Özveren Sokak No:13/A Kızılay / ANKARA

Tel: 0312 229 37 41 - 42



Hazırlayanlar

Abdullah ÖZTÜRK, Dr.

Ayşe Sibel ÖKSÜZ, Uz.

Bayram DEMİR, Dr.

Beste İNCEOĞLU, Dr.Dt.

Çağlayan SARIOĞLAN

Demet GÖKMEN KAVAK, Dr.

Dilek TARHAN, Uzm. Dr.

Doğan ÜNAL, Prof. Dr.

Elif KESEN

Emine YILDIZ

Ercan KOCA

Erol YALÇIN

Figen Çizmeci ŞENEL, Prof. Dr.

Hasan GÜLER, Dr.

İbrahim DOLUKÜP

İbrahim H.KAYRALDoç.Dr.

İrfan ŞENCAN, Prof. Dr.

Nurcan AZARKAN

Öznur ÖZEN

Süleyman Hafız KAPAN

Şükriye Yüksel BAĞIRSAKÇI

Umut BEYLİK, Doç. Dr.



Katkıda Bulunanlar

- Abdullah Cüneyt BESLER, Dt.
- Arzu YALÇIN
- Burçin AKOĞLU, Prof. Dr.
- Elif TUNA, Dr.
- Emine Elvan ÇİFTLİK, Dr.
- Emre KORKUT, Doç. Dr.
- Esra TOKMAN ASIL, Dt.
- Evrim DOĞAN, Uzm. Dt.
- Fatma ŞÜKRAN, SBHM.
- Hasan Onur ŞİMŞEK, Dr. Öğr. Üyesi
- Kemal OKTAY, Uzm. Dr.
- Levent SONGÜR, Sağlık Fizikçisi,
- M. Ali KILIÇARSLAN, Prof. Dr.
- Mehmet Sinan EVCİL, Doç. Dr.
- Mustafa Ercüment ÖNDER, Doç. Dr.
- Nilüfer KURT, Dt.
- Nükhet TANIŞAN, KYD.
- Oğuz Okan İLHAN, Dt.
- Önder ÖNEY, Dt.
- Özlem BÜYÜK, Hemşire
- Serpil GÜNER, Hemşire
- Seven KAZAN, Hemşire
- Süleyman DİLEK, Dt.
- Sultan DURKAN, Hemşire
- Umut TEKİN, Prof. Dr.
- Ümmühan DİZDAROĞLU, Hemşire
- Ünal BAYDAR, Sağlık Memuru
- Volkan SOZAN, Dt.
- Yunus YALÇIN, Dt.

Teşekkür

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri (SAS ADSH) standartların hazırlanması ve geliştirilmesi sürecinde; kamu, özel ve üniversite statüsünde görev yapan ağız ve diş sağlığı hizmeti sunan kurum ve kuruluşlar, uzmanlık dernekleri, meslek örgütleri, sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları, akademisyenler, hasta hakları çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının görüşlerine başvurulmuştur. Çalışmalar esnasında görüş ve önerilerin alınması amacıyla hazırlanan görüş-öneri platformları aracılığıyla elde edilen geri bildirim ve öneriler değerlendirilmiştir.

SAS ADSH Seti (v3.0-2022) çalışmalarında yer alan tüm kamu kurum ve kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, üniversiteler ile bireysel düzeyde katkı veren tüm paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü



İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
Sunuş	3
Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Seti (SAS ADSH).....	5
STANDARTLAR ve KILAVUZLAR	21
► Yönetim ve Organizasyon	45
Organizasyon Yapısı	47
Temel Politika ve Etik Değerler	51
Kalite Yönetim Yapısı	57
Doküman Yönetimi.....	61
Güvenlik Raporlama Sistemi.....	67
Risk Yönetimi	71
Eğitim Yönetimi.....	75
Kurumsal İletişim	81
► Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	85
Kurumsal Göstergeler	87
► Sağlıklı Çalışma Yaşamı.....	91
İnsan Kaynakları Yönetimi	93
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği.....	99
► Hasta Deneyimi	103
Temel Hasta Hakları	105
Hasta Geri Bildirimleri.....	123
Hizmete Erişim.....	125
► Sağlık Hizmetleri.....	129
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	131

Sterilizasyon Yönetimi	141
İlaç Yönetimi	147
Hasta Bakımı	155
Radyasyon Güvenliği	165
Protez Laboratuvarı Hizmetleri	169
Güvenli Cerrahi	179
► Destek Hizmetleri.....	187
Otelcilik Hizmetleri	189
Tesis Yönetimi	197
Atık Yönetimi	203
Bilgi Yönetimi.....	207
Malzeme ve Cihaz Yönetimi.....	211
Dış Kaynak Kullanımı	217
► Acil Durum Yönetimi	219
Acil Durum Yönetimi	221
TANIMLAR VE KISALTMALAR.....	231
KAYNAKLAR	245
STANDARTLAR İLE İLİŞKİLİ MEVZUATLAR.....	263
EK.....	283

Giriş



Sunuş



Günümüzde tıp teknolojilerinde ve uygulamalarında meydana gelen hızlı ilerlemeler, sağlık hizmetlerinin fiziksel ve fonksiyonel yapılanmasında önemli değişiklikleri beraberinde getirmiştir.

Teşhis ve tedavi uygulamalarında yükselen başarı oranları, hasta sayılarında meydana gelen artışlar, insanların gerek kendileri gerekse yakınlarının sağlığına giderek daha fazla önem vermeleri, hizmet sunumunda yaşanan fiziksel ve fonksiyonel değişimlerin sebepleri olarak sıralanabilir.

Bu değişimler sağlık hizmeti sunan kurumların yapısal, yönetsel ve tasarımlarına yönelik uygulamalarını etkilemekte ve tıbbi bakıma ihtiyaç duyan hastalara en kısa sürede kaliteli sağlık hizmeti sunma gerekliliğini ortaya koymaktadır.

Dünyada hasta bakım kalitesinin optimal düzeyde geliştirilmesi, güvenli bir hasta bakım çevresinin yaratılması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, kalite iyileştirme ve hasta güvenliğinin sürekliliğinin sağlanması amacıyla bir dizi hasta ve organizasyonel yapı odaklı akreditasyon sistemi geliştirilmiş ve bu sistemler aracılığı ile sağlık kurumlarının performansları değerlendirilmeye başlanmıştır.

Türkiye’de Sağlıkta Akreditasyon çalışmalarının temelleri 2005 yılında Sağlık Bakanlığı’ tarafından Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında başlatılan çalışmalara dayanmaktadır. “Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon” hedefi ile yürütülen bu çalışmaların önemli aşamalarından biri, sağlık kurumlarının akreditasyonunda kullanılacak standart setlerinin hazırlanmasıdır. Bu kapsamda hazırlanan ve “Türkiye Sağlıkta Akreditasyon Sistemi”ne ışık tutan standart setlerinden biri de “SAS ADSH Seti”dir. Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetlerine yönelik oluşturulan bu set 2 bölümden oluşmakta ve içeriğinde Standartlar, Değerlendirme Ölçütleri ve Kılavuzları barındırmaktadır.

Birinci bölümde Sağlıkta Akreditasyon standartları ile ilgili tarihsel gelişim süreci ve genel bilgilere yer verilmiştir.

İkinci bölümde ise standart ve değerlendirme ölçütlerinin anlaşılmasına ve uygulanmasına yardımcı olacak şekilde hazırlanmış Standart Gerekliliklerini içeren kılavuzlar yer almaktadır.

Akreditasyon sürecine ait temel bilgileri içeren SAS-ADSH Seti, sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesi için ağız ve diş sağlığı hizmeti veren kurumlar ve tüm paydaşların yararına sunulmuştur.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ekseninde oluşturulan ulusal akreditasyon yapısı ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenen sağlıkta kalite yapılanmasının üç ana unsuru da tamamlanmış bulunmaktadır. Sağlıkta kalite yapılması iki kısımdan oluşmaktadır:

» Sağlıkta Kalite Sistemi

» Sağlıkta Akreditasyon Sistemi

Zorunluluk esasına dayanan ve tüm sağlık kuruluşlarını kapsayan Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından Türkiye’de sağlık hizmetlerinin kalitesini en üst seviyeye çıkarmak, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamak amacıyla oluşturulmuş bir sistemdir.

Sağlıkta Akreditasyon Sistemi: SAS esas alınarak sağlık kurum ve kuruluşlarının gönüllülük esası ile başvuracakları ve başarı durumlarına göre belgelendirilecekleri bir sistemdir. Sağlıkta Akreditasyon Sistemi; sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile ülke genelinde elde edilen kalite düzeyinin ötesine geçmek ve kurumsal farkını ortaya koymak isteyen ADSH’ler başvurabileceklerdir. Uluslararası alanda onaylanmış bir belge içermesi sebebi ile de özellikle yurt içi ve yurt dışı sağlık turizmini teşvik edici olarak kurgulanmıştır.

Türkiye’de sağlıkta kalite alanında Sağlık Bakanlığı tarafından ortaya konulan bu yapı, sağlık sisteminin sürekli geliştirilen ve sürdürülebilir bir hizmet anlayışı çerçevesinde sağlam temeller üzerine oturması açısından kritik öneme sahiptir.

SAS-ADSH, öncelikle ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde başarı hedeflerini tanımlayan standartları belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, standart set, tüm ağız ve diş sağlığı merkezleri, muayenahaneleri, poliklinikleri, ağız ve diş hastaneleri ve üniversite diş hekimliği hastanelerine yönelik hazırlanmıştır. Sette geçen “ağız ve diş sağlığı merkezleri” ifadesi tüm bu kuruluşları kapsamaktadır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Seti (SAS ADSH)



Standartların Geliştirilmesi

Türkiye’de Bakanlık bünyesinde gerçekleştirilen sağlıkta kalite çalışmalarının temelleri 2003 yılına dayanmakta olup, kalite ve akreditasyon kavramları Dönüşüm Programında belirlenen ilkeler ile sağlık politikasının öncelikleri arasında yerini almıştır.

Sağlıkta Dönüşüm Programında Sağlık Bakanlığı’nın planlayıcı ve denetleyici rollerine, yani hizmetlerin standartlarını belirleyen, kural koyan, uygulamaların çerçevesini ve bu standartların uygulanma düzeyini denetleyen bir Sağlık Bakanlığı yapısı ve pratiğine vurgu yapılmaktadır. Programın altıncı bileşeninde yer alan “Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon” ilkesi ile de Akreditasyon Sistemini oluşturulmuştur.

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

Bu çalışmalar kapsamında hazırlanan standart setlerinden birisi SAS ADSH Seti’dir. SAS ADSH Seti ISQua tarafından ilk defa 26 Kasım 2014 tarihinde akredite edilmiştir. Standartlar ISQua’dan dört yıllığına akredite edilmekte olup, her dört yılda bir setin yeniden akredite edilmesine yönelik çalışmalar yürütülmektedir.

2015 yılı itibari ile Akreditasyon faaliyetleri kapsamında her türlü bilgi ve doküman ile yürütülen tüm iş ve işlemler Bakanlık Makamının 18.10.2015 Tarih ve 26325996/147 Sayılı Oluru ile ve Sağlık Bakanlığınca hazırlanan Sağlıkta Akreditasyon Standart setleri ile standartların uluslararası akreditasyonuna yönelik sorumluluk ve sürece ilişkin tüm belgeleri içeren dosyalar, Bakanlık Makamının 05.10.2021 tarih ve E-26325996-804.01-194 sayılı onayı doğrultusunda TÜSEB Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA)'ne devredilmiştir. TÜSKA, sağlık alanında uluslararası kabul görmüş standartlara ve denetçi eğitim programına sahip, sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetleri gerçekleştirmek üzere kanun ile kurulan ilk ve tek ulusal akreditasyon kuruluşudur.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH Seti, sağlık alanında hem uluslararası hem de ulusal düzeyde yapılan kalite çalışmaları ile Dünya Sağlık Örgütü ve ISQua ilkeleri dikkate alınarak hazırlanmıştır. Hazırlanan bu set uluslar arası gelişmeleri dikkate alan, Türkiye sağlıkta kalite altyapısı ile uyumlu, kurumda tüm hizmet alanlarını kapsayan ve amaçsal yorumlamaya uygun bir yapıda oluşturulmuştur. Ayrıca hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, kurumlarda inovasyonu teşvik edici, uygulanabilirliği öne çıkaran, kullanımı kolay ve kapsayıcı olmasına özen gösterilmiştir.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH'nin Amacı ve Kapsamı

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Dünya Sağlık Örgütü ve ISQua'nın sağlıkta kalite alanında hasta güvenliği, kalite iyileştirme, hasta ve hizmet kullanıcı odaklılığı, kurumsal planlama ve performans ilkeleri çerçevesinde minimum risk, optimum kalite, maksimum güvenlik esasına uygun olarak yapılandırılmıştır.

SAS ADSH Seti, öncelikle ağız ve diş sağlığı hizmetlerinde başarı hedeflerini tanımlayan standartları belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu bağlamda, standart set, tüm ağız ve diş sağlığı merkezleri, muayenehaneleri, poliklinikleri, ağız ve diş hastaneleri ve üniversite diş hekimliği hastanelerine yönelik hazırlanmıştır. Sette geçen "ağız ve diş sağlığı merkezleri" ifadesi tüm bu kuruluşları kapsamaktadır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSM'nin Hedefleri

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH Seti, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri, ISQua ilkeleri, dünya genelinde gerçekleştirilen akreditasyon programları ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak ADSH'lerde

kalitenin güvence altına alınması amacıyla şekilde yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur. kalitenin güvence altına alınması amacıyla şekilde yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.



ADSH'ların sundukları hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için yukarıda sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir.

Bu hedefler genel olarak iki kategoride ele alınabilir, birinci kategoride yer alan hedefler, kurumun hizmet sunum şeklini, bir diğer deyişle kurumun hizmetlerini nasıl ortaya koyduğunu ilgilendiren organizasyonel hedeflerdir (Etkililik, Etkinlik, Verimlilik ve Sağlıklı Çalışma Yaşamı).

İkinci kategoride yer alan hedefler ise kurumdan hizmet alanları birebir ilgilendiren hedeflerdir (Hasta Güvenliği, Hakkaniyet, Hasta Odaklılık, Uygunluk, Zamanlılık, Süreklilik).

Yapılan kategorizasyon hedeflerin sadece daha net ortaya konulmasına yöneliktir. Örneğin sağlıklı çalışma ortamının olmadığı bir kurumda hasta odaklılığı sağlamak mümkün olmayacaktır. Sayılan hedeflerin öncelik ilişkilerinin olmamasının yanında, bu hedeflerin birbirleriyle uyum içinde gerçekleştirilmesi de Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının üzerinde durduğu bir noktadır.

SAS hedeflerinin tanımlarına aşağıda yer verilmiştir:

» **Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.

- » **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- » **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.
- » **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.
- » **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm paydaşların zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri, kabul edilebilir bir düzeyde risk seviyesinde tutmak için alınabilecek tedbir ve iyileştirme faaliyetleridir.
- » **Hakkaniyet:** Hizmet alanların başka hiçbir fark gözetilmeksizin sadece tedavi ve bakım ihtiyaçlarına göre eşit haklardan yararlanmasının kurumun tüm hizmet birimlerinde güvence altına alınmasıdır.
- » **Hasta Odaklılık:** Sunulan tüm hizmetlerde, istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri dikkate alınarak hastanın teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinde aktif katılımının sağlanmasıdır.
- » **Uygunluk:** Yapılmasına karar verilen tıbbi işlem ve süreçlerde kişinin sağlığına zarardan çok fayda sağlanmasıdır.
- » **Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir bir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.
- » **Süreklilik:** Tıbbi hizmetlerin kronolojik, disiplinler arası ve tedavinin tamamlanması sonrası devamlılığının sağlanmasıdır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH Setinin Yapısı

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH setinde, 7 Boyut, 29 Bölüm, 49 Standart, 205 değerlendirme ölçütü yer almaktadır.

SAS ADSH Seti, Standartlardan, Değerlendirme Ölçütlerinden ve bunlara ilişkin kılavuzlardan oluşmaktadır. Kılavuzlarda standartların amaçları, hedefleri ve standart gereklilikleri yer almaktadır.

Standart, değerlendirme ölçütleri ve ilgili kılavuzlar birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH nin Boyutlandırılması

Sağlıkta Akreditasyon Standartları ADSH Setinde yer alan 7 boyut aşağıda yer almaktadır:

- » Yönetim ve Organizasyon
- » Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Hasta Deneyimi
- » Sağlık Hizmetleri
- » Destek Hizmetleri
- » Acil Durum Yönetimi

Boyutların Genel Amaçları ve Kapsamı

SAS ADSH Setinde yer alan boyutlar; ADSH'lerde sunulan hizmetler, yönetim faaliyetleri ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

» **Yönetim ve Organizasyon**

Yönetim ve Organizasyon boyutunda, kurum işleyişinde süreklilik sağlanarak çalışma faaliyetlerinin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlayacak bir yönetim yapısı oluşturmak, beraberinde üst yönetim ve tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kurum kalite yönetim yapılanması meydana getirmek amaçlanmaktadır.

Bu amaca ulaşmak için; kurum organizasyon yapısı oluşturulmalı, temel politika ve değerler belirlenmeli, kalite yönetim yapısı oluşturulmalı, doküman yönetimi sağlanmalı, istenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalı, risk yönetimi ve eğitim yönetimi sağlanmalı, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi için çalışılmalı, kurumsal iletişim sağlanmalıdır.

» **Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme**

İdari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik olası sorunları zamanında belirleyerek düzeltmek ve kalite iyileştirmeye yönelik müdahalelerin yapılması amaçlanmaktadır. Kurumsal olarak belirlenen göstergeler ve SAS göstergelerinin kullanılması sureti ile bu amaçların gerçekleştirilmesi hedeflenmektedir.

» **Sağlıklı Çalışma Yaşamı**

Bu boyutta, kaliteli sağlık hizmet sunumu için çalışanların sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmaları ve ADSH organizasyonlarına, çalışan perspektifinden bakılması amaçlanmaktadır.

Bu amaç doğrultusunda; insan kaynakları yönetimine yönelik bir yapı oluşturulmalı, çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörlere yönelik önlem alınmalı ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmelidir.

» **Hasta Deneyimi**

Hasta Deneyimi Boyutu; temel hasta haklarının, hasta güvenliğinin ve hasta memnuniyetinin sağlanması hedeflerine yönelik olarak, hizmetlere hasta perspektifinden bakmayı amaçlamaktadır.

Bu amaca ulaşmak için; sunulan hizmetler, hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek, hizmetlere zamanında ulaşılmasını ve hasta konforunun teminini sağlayacak ve hasta güvenliğini güvence altına alacak şekilde düzenlenmelidir.

» **Sağlık Hizmetleri**

ADSH'de verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SAS hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda enfeksiyonların önlenmesi, sterilizasyon hizmetleri, ilaç yönetimi, radyasyon güvenliği, hasta bakımı, protez laboratuvarı hizmetleri ve güvenli cerrahi bölümlerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

» **Destek Hizmetleri**

Destek Hizmetleri boyutunda, tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak hedeflenmektedir. Bu amaca ulaşabilmek için; otelcilik hizmetlerine yönelik çalışmalar yürütülmeli, tesis yönetimi, atık yönetimi, bilgi yönetimi ile malzeme ve cihaz yönetimi sağlanmalı, dış kaynak kullanımına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.

» **Acil Durum Yönetimi**

Bu boyutta; ADSH'de karşılaşılabilecek deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama vb. acil durumlar ile solunum veya kardiyak arrest olayları ve çalışanların şiddete uğraması durumlarında en hızlı ve en etkin şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlike ve zararların önlenmesi amaçlanmaktadır.

Sağlık Akreditasyon Standartları Kodlaması

Standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirilmiştir.

Kodlama Sistemi

- » Standardın kodu 4 kısımdan oluşmaktadır.
- » İlk iki kısım harflerden, son iki kısım rakamlardan oluşmaktadır
- » Harf kullanılan kısımlar iki harften oluşmakta olup, ilgili boyut ve bölümün kısaltması şeklindedir.
- » Son iki kısımdaki rakamlar (3. ve 4. Kısım) iki basamaklı bir sayıdan oluşmaktadır.
 - Üçüncü kısım bölümdeki standart numarasını ifade etmektedir.
 - Dördüncü kısım standardın değerlendirme ölçütü numarasını ifade etmektedir.
 - Dördüncü kısımdaki "00" standardın kendisini, "01"den başlayan numaralar değerlendirme ölçütlerinin sıralamasını ifade etmektedir.

Boyutlara ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

Boyutlar	Kodları
Yönetim ve Organizasyon	YO
Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	PÖ
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Deneyimi	HD
Sağlık Hizmetleri	SH
Destek Hizmetleri	DH
Acil Durum Yönetimi	AD

Her bir bölüme ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
YO.OY	Organizasyon Yapısı
YO.PD	Temel Politika ve Değerler
YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
YO.DY	Doküman Yönetimi
YO.GR	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
YO.RY	Risk Yönetimi
YO.EY	Eğitim Yönetimi
YO.Kİ	Kurumsal İletişim
PÖ.Gİ	Göstergelerin İzlenmesi
SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi
SÇ.ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği
HD.HH	Temel Hasta Hakları
HD.HG	Hasta Güvenliği
HD.GB	Hasta Geri Bildirimleri
HD.HE	Hizmete Erişim
SH.EÖ	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi
SH.İY	İlaç Yönetimi
SH.HB	Hasta Bakımı
SH.RG	Radyasyon Güvenliği
SH.PL	Protez Laboratuvarı Hizmetleri
SH.GC	Güvenli Cerrahi
DH.OH	Otelcilik Hizmetleri
DH.TY	Tesis Yönetimi
DH.AY	Atık Yönetimi
DH.BY	Bilgi Yönetimi
DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
DH.DK	Dış Kaynak Kullanımı
AD.AD	Acil Durum Yönetimi

Bir standarda ilişkin kodlama örneği aşağıda yer almaktadır:

KOD	STANDART	KOD	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ
YO.OY.01.00	ADSH faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır	YO.OY.01.01	Organizasyon yapısı, kurumsal, mali ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler ile tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.02	Organizasyon yapısı kapsamında yer alan birimlerin görev alanları tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.
		YO.OY.01.04	Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.
		YO.OY.01.05	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde ADSH politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.

Faktör	Şiddet	Karşılama Düzeyi Kararı		Şiddet	Faktör
Risk Boyutu	Yüksek	Km	Km	Yüksek	Sıklık Düzeyi
	Orta	Km/Kk	Km	Yüksek	
	Az	K/Kk	Km/Kk	Yüksek	
	Yüksek	Kk/Km	Km	Orta	
	Orta	K/Kk	Km/kk	Orta	
	Az	K	Kk/Km	Orta	
	Yüksek	K/Kk	Kk	Az	
	Orta	K	Km/kk	Az	
	Az	K	K/Kk	Az	
Faktör	Şiddet	Bireysel	Sistemsal	Şiddet	Faktör
Etki Alanı					

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

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

- Tüm Değerlendirme Ölçütleri Karşılıyor alması ise Standart Karşılıyor (K) denilir.
- Standardın en az 1 Değerlendirme Ölçütü Karşılanmıyor alması ise Standart Karşılanmıyor (KM) denilir.
- Tüm Değerlendirme Ölçütleri Kısmen Karşılıyor alması ise Standart Kısmen Karşılıyor (KK) denilir.
- Değerlendirme Ölçütlerinin en az yarısı (tek sayı ise öz değerlendirme ekibi kanaatiyle 1 eksiği ya da 1 fazlası olabilir) Karşılıyor (K) olmak kaydıyla ve diğerleri Kısmen Karşılıyor (KK) olarak karar verilmişse Öz

Değerlendirme Ekibi; Standart Karşılıyor (K) veya Kısmen Karşılıyor (KK) kararlarından birini verir.

- Değerlendirme Ölçütlerinin tüm kararları Karşılıyor ve Kısmen Karşılıyor olmak kaydıyla Kısmen Karşılanan Değerlendirme Ölçütü sayısı Karşılıyor olarak uygun görülen değerlendirme ölçütü sayısından 2 veya 2'den fazla ise

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

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

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

Standartlar ve Kılavuzlar



Boyut ve Bölümler					
HEDEFLER			ADSH		
Yönetim ve Organizasyon	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HEDEFLER		
			• Etkinlik		
			• Etkililik		
			• Verimlilik		
Hasta Deneyimi	Sağlık Hizmetleri	Destek Hizmetleri	HEDEFLER		
			• Sağlıkli Çalışma Yaşamı		
			• Hasta Güvenliğı		
			• Hakkaniyet/Eşitlik		
Organizasyon Yapısı	Göstergelemleri İzlenmesi	İnsan Kaynakları Yönetimi	HEDEFLER		
			• Hasta Odaklılık		
			• Uygunluk		
			• Zamanlılık		
Temel Politika ve Değerler	Kontrol	Otelcilik Hizmetleri	HEDEFLER		
			• Sürekli		
			• Acil Durum Yönetimi		
			• Acil Durum Yönetimi		
Kalite Yönetim Yapısı	Sterilizasyon Yönetimi	Tesis Yönetimi	HEDEFLER		
			• İnsan Kaynakları Yönetimi		
			• Çalışan Sağlığı ve Güvenliği		
			• Acil Durum Yönetimi		
Doküman Yönetimi	İlaç Yönetimi	Atık Yönetimi	HEDEFLER		
			• Sağlıkli Çalışma Yaşamı		
			• Hasta Güvenliğı		
			• Hakkaniyet/Eşitlik		
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	Hasta Bakımı	Bilgi Yönetimi	HEDEFLER		
			• Hasta Odaklılık		
			• Uygunluk		
			• Zamanlılık		
Risk Yönetimi	Radyasyon Güvenliği	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	HEDEFLER		
			• Sürekli		
			• Acil Durum Yönetimi		
			• Acil Durum Yönetimi		
Eğitim Yönetimi	Protez Laboratuvar Hizmetleri	Dış Kaynak Kullanımı	HEDEFLER		
			• Sağlıkli Çalışma Yaşamı		
			• Hasta Güvenliğı		
			• Hakkaniyet/Eşitlik		
Sosyal Sorumluluklar	Güvenli Cerrahi	Acil Durum Yönetimi	HEDEFLER		
			• Hasta Odaklılık		
			• Uygunluk		
			• Zamanlılık		
Kurumsal İletişim	Güvenli Cerrahi	Acil Durum Yönetimi	HEDEFLER		
			• Sürekli		
			• Acil Durum Yönetimi		
			• Acil Durum Yönetimi		

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.OY	Organizasyon Yapısı	YO.OY.01.00	ADŞH faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	
					YO.OY.01.01	Organizasyon yapısı, kurumsal yönetim, mali yönetim ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde en üst yönetimi kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler ile tanımlanmalıdır.
					YO.OY.01.02	Organizasyon yapısı kapsamında yer alan birimlerin görev alanları tanımlanmalıdır.
					YO.OY.01.03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.
					YO.OY.01.04	Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.
					YO.OY.01.05	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde ADŞH politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.
		YO.OY.02.01	ADŞH, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır. Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerin güncel ve geçerli olup olmadığı en az yılda bir kez ve gerektiğinde gözden geçirilmelidir.			
		YO.OY.02.02	ADŞH, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.			
		YO.PD.01.01	ADŞH'nin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.			
		YO.PD.01.02	ADŞH, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.			
	YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve etik değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler ADŞH temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.				
	YO.PD.01.04	ADŞH'de kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.				
	YO.PD.01.05	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.				
	YO.PD.01.06	ADŞH, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçelerini dikkate alarak kurumsal kaynaklarını yılda bir kez gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.				

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.PD	Temel Politika ve Değerler	YO.PD.02.01	ADŞH hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlenmelidir.
				YO.PD.02.02	Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili uygulanan program sonuçları, ADŞH tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.
				YO.KY.01.01	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
				YO.KY.01.02	Yönetsel yapı içinde yer alan personelin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
				YO.KY.01.03	Yönetsel yapı tarafından, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.
					Kalite iyileştirme çalışmalarında aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır:
	Yönetim ve Organizasyon	YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY.01.04	• Çalışan güvenliği • Hasta güvenliği • Eğitim • Tesis yönetimi • Enfeksiyon önlenmesi ve kontrolü • Radyasyon güvenliği
				YO.DY.01.01	ADŞH'deki tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümanite edilmelidir.
				YO.DY.01.02	Dokümanların formatı belirlenmelidir.
				YO.DY.01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhatazası sağlanmalıdır.
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.DY	Doküman Yönetimi	YO.DY.01.04	Dokümanların ilgililere ulaşılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.
				YO.DY.01.05	ADŞH'nin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
				YO.OB.01.01	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır.
				YO.OB.01.02	Olay bazında analiz yapılarak gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.OB	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	YO.OB.01.03	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADOSH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
YO	Yönetim ve Organizasyon					YO.RY.01.01
						ADSH'de gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenlemeler bulunmaktadır.
						ADSH ve sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır.
			Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir; • Tıbbi süreçler • İdari süreçler • Teknik süreçler • Hasta yakınları • Hasta yakınları • Ziyaretçi • Çalışan • Tesis güvenliği	ADSH ve sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	YO.RY.01.02	
					YO.RY.01.03	
					YO.RY.01.04	
					YO.RY.01.05	
					YO.RY.01.06	
					YO.RY.01.07	
					YO.EY.01.01	
		YO.EY	Eğitim Yönetimi	YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakın ve çalışanların eğitim ihtiyacı belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	
					YO.EY.01.02	
					YO.EY.01.03	
YO.ki	Kurumsal İletişim	YO.ki.01.00	Kurumsal İletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.			
			YO.ki.01.01			
			YO.ki.01.02			
YO.ki.01.03						

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARIADSH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ						
PÖ	Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	PÖ.Gİ	Göstergelerin izlenmesi	PÖ.Gİ.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik sürekliliği iyileştirmeye amacıyla kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	PÖ.Gİ.01.01
						Göstergelerin izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
						İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.
						Göstergelere ilişkin kullanılacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.
						Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
						Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
						Göstergelere ilişkin sonuçlar ilgili paydaşlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.
SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar, SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.						PÖ.Gİ.01.07

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	
					SÇ.İK.01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.
					SÇ.İK.01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.
					SÇ.İK.01.03	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.
					SÇ.İK.01.04	Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.
				SÇ.İK.02.01	ADŞH'nin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.	
				SÇ.İK.02.02	Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır	
				SÇ.İK.02.03	İşe alınan personelin ADŞH'ye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.	
				SÇ.İK.02.04	Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.	
				SÇ.İK.02.05	Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performans artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.	
SÇ.İK.02.06	ADŞH tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.					

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART		
SÇ	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.ÇĞ	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SÇ.ÇĞ.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.		
						SÇ.ÇĞ.01.01	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.
							SÇ.ÇĞ.01.02
				SÇ.ÇĞ.01.03	Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanın çalışanlar tarafından kullanılmasını sağlanmalıdır.		
				SÇ.ÇĞ.01.04	Çalışanların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.		
				SÇ.ÇĞ.01.05	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.		

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
HD	Hasta Deneyimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	ADŞH'de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.
					HD.HH.01.01 Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
					HD.HH.01.02 ADŞH, sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.
					HD.HH.01.03 Hasta ve/veya hasta yakın, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
					HD.HH.01.04 Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın tercihleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmalıdır.
					HD.HH.01.05 Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özene hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.
					HD.HH.01.06 Uygulanacak tanı ve tedavi işlemleri ile ilgili hasta izası alınmalıdır.
					HD.HH.01.07 Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, talep etmesi halinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.
					HD.HH.01.08 Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
					HD.HH.01.09 Hastanın mahremiyetini sağlanmaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.
					HD.HH.01.10 Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve çözülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
					HD.HH.01.11 Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta izası alınmalıdır.
					HD.HH.01.12 Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözülmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
HD	Hasta Deneyimi	HD.HG	Hasta Güvenliği	HD.HG.01.00	ADŞH'de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.
					HD.HG.01.01 Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.
					HD.HG.01.02 Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliğin tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
					HD.HG.01.03 Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.
					HD.HG.02.01 Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
					HD.HG.02.02 Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.
					HD.HG.02.03 Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.
					HD.HG.03.01 Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
					HD.HG.03.02 Yatan Hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
HD	Hasta Deneyimi	HD.HG	Hasta Güvenliği	HD.HG.03.00	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	HD.HG.03.03
						HD.HG.03.04
		HD.HG	Hasta Güvenliği	HD.HG.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	HD.HG.04.01
						HD.HG.04.02
						HD.HG.04.03
						HD.HG.04.04
						HD.HG.04.05
						HD.HG.04.06
		HD.HG	Hasta Güvenliği	HD.HG.05.00	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	HD.HG.05.01
						HD.HG.05.02

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
HD	Hasta Geri Bildirimleri	HD.GB	Hasta Geri Bildirimleri	HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüş, öneri ve şikayetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	HD.GB.01.01
						HD.GB.01.02
						HD.GB.01.03
						HD.GB.01.04

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
HD	Hasta Deneyimi	HD.HE	Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	HD.HE.01.01
						HD.HE.01.02
						HD.HE.01.03
						HD.HE.01.04
						HD.HE.01.05

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.EÖ	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü	SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.EÖ.01.01
						SH.EÖ.01.02
						SH.EÖ.01.03
		SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	SH.SY01.01
						SH.SY01.02
						SH.SY01.03

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.IY	ilaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
						Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesini ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
						İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
						Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
						ilaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.
						ilaçların hazırlama ve uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
						ilaçların uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
						Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
						Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç multidisipliner yaklaşımla bakım sürecindeki tüm sağlık profesyonellerinin katılımı sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
						Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.HB	Hasta Bakımı	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01
						SH.HB.01.02
						SH.HB.01.03
						SH.HB.01.04
						SH.HB.01.05
						SH.HB.01.06
						SH.HB.01.07

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.RG.	Radyasyon Güvenliği	SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlamak için tedbirler alınmalıdır.	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ
						Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.
						Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.
						Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.
						Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.
						Radyasyon Güvenliğine yönelik komite oluşturulmalıdır.
						Radyasyon yayarı cihazlarını bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
						Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.
						Protez Laboratuvarında hastaya ait protezik materyalin kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem görmesi ve işlem sonrası teslimi için belirlenen alanlar protezin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
						Protez laboratuvarında bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.PL	Protez Laboratuvarı Hizmetleri	SH.PL.01.00	Protez Laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlamak için tedbirler alınmalıdır.	SH.PL.01.01
						SH.PL.01.02
						SH.PL.02.01
						SH.PL.02.02
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.PL	Protez Laboratuvarı Hizmetleri	SH.PL.02.00	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.PL.02.03

SAĞLIKTA AKREDITASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.PL	Protez Laboratuvarı Hizmetleri	SH.PL.03.00	Protez yapımı ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.PL.03.01
						Protez laboratuvarında protez yapım aşamalarına ilişkin süreçlere yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
						Protez laboratuvarında bulunan protezik materyal ile malzeme ve cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
				SH.PL.04.00	Protez yapımı sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.PL.03.02
						Protez laboratuvarında bulunan protezik materyal ile malzeme ve cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
						Protez laboratuvarında bulunan protezik materyal ile malzeme ve cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
						Protez laboratuvarında bulunan protezik materyal ile malzeme ve cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
				SH.PL.05.00	Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	SH.PL.05.01

SAĞLIKTA AKREDITASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.GC	Güvenli Cerrahi	SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	SH.GC.01.01
						Güvenli cerrahi süreçlerine ilişkin işlem basamakları ve kuralları tanımlanmalıdır.
						Cerrahi uygulama öncesinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
				SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	SH.GC.01.02
						Cerrahi uygulama esnasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
						Cerrahi uygulama sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
				SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	SH.GC.02.01
				SH.GC.02.02	Ameliyathane alanlarında yönelik kurallar belirlenmelidir.	SH.GC.02.02

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
DH	Destek Hizmetleri	DH.OH	Otelcilik Hizmetleri	DH.OH.01.00	Yatan Hasta/hasta refakatçisi ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
				DH.OH.01.01	Yiyeceklerin güvenli ve depolanması sağlanmalıdır.
				DH.OH.01.02	Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.
				DH.OH.01.03	Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmalıdır.
				DH.OH.01.04	Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.
				DH.OH.02.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
				DH.OH.02.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
				DH.OH.02.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
				DH.OH.03.01	ADSH'de hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
				DH.OH.03.02	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.
				DH.OH.04.01	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
				DH.OH.04.02	ADSH'de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
DH	Destek Hizmetleri	DH.TY	Tesis Yönetimi	DH.TY01.01	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.
				DH.TY01.02	Tesis kaynaklı riskler tespit edilmesi ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
				DH.TY01.03	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.
				DH.TY01.04	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.
				DH.TY01.05	ADSH içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştıran düzenlemeler bulunmalıdır.
				DH.TY01.06	Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.
				DH.AY01.01	Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.
				DH.AY01.02	Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.
				DH.AY01.03	Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolanması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.
				DH.AY01.04	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
DH	Destek Hizmetleri	DH.BY	Bilgi Yönetimi	DH.BY01.00	ADSM'de etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.
				DH.BY01.01	Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.
				DH.BY01.02	Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.
				DH.BY01.03	Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
				DH.BY01.04	Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
				DH.BY01.05	Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.
		DH.MC	Matzeme ve Cihaz Yönetimi	DH.BY01.06	Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.
				DH.MC.01.01	Matzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.
				DH.MC.01.02	Matzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir.
				DH.MC.01.03	Matzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır.
				DH.MC.01.04	Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar karşılanmalıdır.
				DH.MC.01.05	Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir.
				DH.MC.01.06	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.
				DH.MC.01.07	İhtiyaç duyulan cihazların gerekli bakım, kalibrasyon, avar ve testleri yapılmalıdır.
				DH.MC.01.08	Matzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kuralları belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gereklilikler ulaşılabılır olmalıdır ve testleri yapılmalıdır.
				DH.MC.01.09	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		DH.DK	Dış Kaynak Kullanımı	DH.DK.01.01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler, ADŞM'nin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmelidir.
				DH.DK.01.02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreleri tanımlanmalıdır.
				DH.DK.01.03	Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI ADŞH SETİ					
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART
AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD	Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.
				AD.AD.01.01	Olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.
				AD.AD.01.02	Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.
				AD.AD.01.03	Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.
				AD.AD.02.01	Solumun arrest (durmaz) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik ADŞH tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi
				AD.AD.02.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
				AD.AD.02.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
				AD.AD.02.04	Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.
				AD.AD.02.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
				AD.AD.02.06	Acil uyarı sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.
				AD.AD.03.01	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik ADŞH tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
				AD.AD.03.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
				AD.AD.03.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
				AD.AD.03.04	Acil uyarı sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.
				AD.AD.04.01	Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.
				AD.AD.04.02	Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik ADŞH tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
				AD.AD.04.03	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
				AD.AD.04.04	Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik isaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.
				AD.AD.04.05	Acil uyarı sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.



Yönetim ve Organizasyon



Organizasyon Yapısı



Standart 1

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.OY.01.00	ADSH faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	YO.OY.01.01	Organizasyon yapısı, kurumsal, mali ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler ile tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.02	Organizasyon yapısı kapsamında yer alan birimlerin görev alanları tanımlanmalıdır.
		YO.OY.01.03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.
		YO.OY.01.04	Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.
		YO.OY.01.05	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde ADSH politika, prosedür, süreç ve planlarının uygulanması sağlanmalıdır.

Amaç

Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk, yükümlülükler ile iletişim ve onay mekanizmalarının tanımlanması, ADSH işleyişinde sürekliliğinin sağlanması, ADSH'nin iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkililik
- » Etkinlik
- » Verimlilik
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Organizasyon Yapısının Oluşturulması

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

Organizasyon şeması en üst birimden en alt birime kadar yatay ve dikey ilişkileri gösterecek şekilde bir veya birden fazla dökümanda tanımlanmalıdır. Dokümanda asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:

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

Yönetişim

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

- » Şeffaflık
- » Hesap verebilirlik
- » Katılımcılık
- » Cevap verebilirlik
- » Hukukun üstünlüğü
- » Etkinlik
- » Eşitlik

» Stratejik vizyon

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

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

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

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

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

Birimlerin ve Çalışanların Görev, Yetki ve Sorumluluklarının Tanımlanması

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

Birim Sorumlularının Belirlenmesi

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

Kurumsal Planların Oluşturulması

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

Standart 2

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.OY.02.00	ADSH, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	YO.OY.02.01	ADSH, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
		YO.OY.02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı en az yılda bir kez ve gerektiğinde gözden geçirilmelidir.

Amaç

ADSH'de sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, sadece ilgili ülke mevzuatı kapsamında yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulması ile bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

» Etkililik » Etkinlik » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

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

Bu kapsamda;

- » ADSH ve/veya hizmet alanı düzeyinde gerekli faaliyet izin belgesi, ruhsat vb. bulunmalıdır.
- » Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile sağlık hizmeti dışında verilen hizmetler (idari, teknik vb.) de dâhil olmak üzere gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ilgili ülke sağlık politikaları ve mevzuatı ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş (diploma, sertifika, özel alan yetki belgesi vb.) kişilerce sunulmalıdır. Bu yetkilendirme; kurumda hizmet veren kadrolu, geçici görevli, gönüllü veya gönüllü çalışan tüm personel için bulunmalıdır. Çalışanların çalışma alanlarına yönelik yetki belgeleri doğrulanmalı, belgenin geçerlilik süresi takip edilerek güncelliği sağlanmalıdır.

Temel Politika ve Etik Değerler



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.PD.01.00	ADSH'nin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	YO.PD.01.01	ADSH'nin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.
		YO.PD.01.02	ADSH, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.
		YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve etik değerler paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli, tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler, ADSH temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.
		YO.PD.01.04	ADSM'de kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.
		YO.PD.01.05	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.
		YO.PD.01.06	ADSH, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını yılda bir kez düzenli aralıklarla gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.

Amaç

ADSH'nin temel politika ve etik değerlerinin belirlenmesi suretiyle kurumun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Misyon, Vizyon ve Etik Değerlerin Belirlenmesi

- » İç ve dış çevresel koşulların analizi sonucunda elde edilen bilgiler ile ADSH nin ulaşmayı hayal ettiği koşullar esas alınarak kurum misyon ve vizyonu belirlenmelidir.
- » ADSH, gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları içeren etik değerlerini belirlemelidir. Etik ilke ve davranış kuralları, hasta ve çalışan odaklılığını ön plana çıkaran ilkeler gibi konular ADSH etik değerleri kapsamında ele alınabilir.
- » ADSH, temel politika ve etik değerlerinin çalışanlar ve hizmet alıcılarının asgari etik değerleri ile uyuşmasına özen göstermelidir.
- » Stratejik plan yılda bir kez gözden geçirilmeli ve gerektiğinde revize edilmelidir.

Temel Politika ve Etik Değerlerin Kamuoyu ile Paylaşılması

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

Amaç ve Hedeflerin Belirlenmesi

- » ADSH, temel politika ve etik değerleri paralelinde, kurum ve bölüm bazında amaç ve hedeflerini belirlemelidir. Tıbbi ve idari bölüm hedefleri kurum hedefleri ile uyumlu olmalıdır.
- » ADSM faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kurum ve bölüm bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.

Hizmet Planlamasının Yapılması

ADSM faaliyetlerinin planlanmasında kurum ve bölüm bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.PD.02.00	ADSH, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	YO.PD.02.01	ADSH, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlemelidir.
		YO.PD.02.02	Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili uygulanan program sonuçları, ADSH tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.

Amaç

ADSH'nin, topluma karşı sosyal sorumluluk çerçevesinde sağlığı teşvik edici ve geliştirici hizmetler sunmasını ve hizmet verdiği toplumun sağlık düzeyinin yükseltilmesini sağlamaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Uygunluk
- » Hakkaniyet
- » Etkililik
- » Devamlılık

Standart Gerekliklikleri

- » ADSH hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık dokusunu/yapısı ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırmalıdır. Bu kapsamda aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılmalıdır:
 - Nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik verileri
 - Morbidite, ve epidemiyolojik verileri içeren sağlık istatistikleri
 - Giyim, yemek, kültürel ve fiziksel aktivite alışkanlıkları sosyal ve kültürel yapısı
- » Yapılan durum tespiti esas alınarak, hedef popülasyona yönelik sağlık teşvik edici ve geliştirici faaliyetler bir program dâhilinde planlanmalıdır. ADSH, bu kapsamda en az iki program oluşturmalıdır.
- » Program sonuçları, ADSH tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.
- » Programın değerlendirmesi ve etkililiği; kısa, orta ve uzun vade olup olmamasına göre programın yapılmasına esas ana veri ve bilgilerin zaman içindeki değişiminin analizi ile yapılmalıdır.
- » Değerlendirme sonuçlarına göre program hedeflerine ulaşmak için program faaliyetlerinde iyileştirmeler yapılmalı ve süreklilik sağlanmalıdır.

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

- » Sigara ile mücadele
- » Toplumun diş sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması
- » Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler
- » Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme
- » Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi

- » Anne sütü ile beslenmenin teşviki
- » Gebe hastalara yönelik eğitim faaliyetleri
- » Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği
- » Ağız kanserlerine yönelik tespit ve bilgilendirme
- » Yaşlı ve engelli hastaların ağız ve diş sağlığı uygulamaları
- » Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların ağız ve diş sağlığı uygulamaları
- » Vb.



Kalite Yönetim Yapısı



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
Y0.KY.01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	Y0.KY.01.01	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
		O.KY.01.02	Yönetsel yapı içinde yer alan personelin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
		Y0.KY.01.03	Yönetsel yapı tarafından, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.
		Y0.KY.01.04	Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır: » Çalışan güvenliği » Hasta güvenliği » Eğitim » Tesis yönetimi » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü » Radyasyon güvenliği

Amaç

Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar ADSH'deki tüm personelin kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanarak kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması, bu yapı çerçevesinde kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu ile kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Kaliteye ilişkin Yönetsel Yapı

- » ADSH'de kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
- » Yönetmel yapıda yer alan kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ile bu yapının dikey ve yatay ilişkileri tanımlanmalıdır.
- » Bu yönetsel yapı ile koordineli çalışacak şekilde bölüm ve/veya süreçler bazında kalite sorumluları belirlenmelidir.
- » ADSH kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik bir plan oluşturulmalıdır. Faaliyetler bu plan üzerinden düzenli olarak takip edilmeli, güncellenmeli ve ilgili paydaşlarla paylaşılmalıdır.

Kalite İyileştirme Çalışmalarının Planlanması, Yürütülmesi ve Koordinasyonu

- » Sağlıkta Akreditasyon Standartları çerçevesinde, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlamak üzere aşağıda yer alan asgari faaliyetler yürütülmelidir:
 - Ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve izleme çalışmalarının planlanması ve uygulanmasının sağlanması
 - ✓ Öz değerlendirmeye ilişkin süreçlerin tanımlanması ve uygulanması (yılda en az 2 kez ve tüm süreç ve bölümleri kapsayacak şekilde)
 - ✓ Hasta/çalışan memnuniyet anketlerine yönelik kapsam ve süreçlerin tanımlanması ve uygulanması [Yılda en az iki kez ve ADSH'nin hizmet türüne göre farklı hizmet alanlarını (ayaktan hasta, yatan hasta, vb.) kapsayacak ve bu hizmet alanlarına özgü beklenti ve algıyı yansıtabilecek şekilde]
 - ✓ Hasta/çalışan görüş ve önerilerinin alınması ve değerlendirilmesine yönelik süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
 - ✓ Göstergeler aracılığı ile kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik performansın izlenmesi, buradan elde edilen sonuçların iyileştirme amaçlı kullanılmasına yönelik çalışmaların planlanması ve takibi
 - ✓ Performans ve kalite iyileştirme verilerinin üst yönetim ile periyodik olarak paylaşılması
 - ✓ ADSH'de gerçekleştirilen dış değerlendirmelere ilişkin sonuçların izlenmesi ve kurum yararına kullanılması ile ilgili süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
 - Komite çalışmalarının izlenmesi ve ilgili komitelerin koordinasyonu
 - Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin tanımlanması, dokümantasyon sisteminin oluşturulması ve sistemin gerektirdiği kurallar çerçevesinde uygulanmasının sağlanması
 - Bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları ile işbirliği içinde bölüm ve/veya süreç bazlı yapılan kalite çalışmalarının izlenmesi ve koordinasyonu

Kalite Komitelerinin Oluşturulması

- » SAS ADSH kapsamında asgari aşağıdaki konulara yönelik komiteler oluşturulmalıdır (ADSM büyüklüğü ve koşullarına göre komiteler birleştirebilir):
 - Çalışan Güvenliği
 - Hasta Güvenliği
 - Eğitim
 - Tesis Yönetimi
 - Enfeksiyon Önlenmesi ve Kontrolü
 - Radyasyon Güvenliği
- » Komitelerin diğer komitelerle işbirliği ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Doküman Yönetimi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.DY.01.00	ADSM'de dokümanların yönetimi sağlanmalıdır.	YO.DY.01.01	ADSH'deki tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümante edilmelidir.
		YO.DY.01.02	Dokümanların formatı belirlenmelidir.
		YO.DY.01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması ve güncelliği, muhafazası sağlanmalıdır.
		YO.DY.01.04	Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.
		YO.DY.01.05	ADSH'nin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.

Amaç

ADSH'de; uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi, uygulamanın yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi ile kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesidir.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkilik

Standart Gereklilikleri

Doküman Yönetim Sisteminin Oluşturulması

- » Dokümanların yönetimine yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır:
- » Tanımlama asgari aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır:
 - Hazırlanması gereken dokümanların belirlenmesi
 - Doküman formatının belirlenmesi
 - Dokümanların;
 - ✓ Hazırlanması
 - ✓ Kontrolü ve onaylanması
 - ✓ İlgililere ulaştırılması
 - ✓ Muhafazası
 - ✓ Revizyonu
 - ✓ Arşivlenmesi ve imhası
 - Dış kaynaklı dokümanların takibi

Hazırlanması Gereken Dokümanların Belirlenmesi

- » ADSH'nin tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politika, prosedür, süreç ve planlar dokümante edilmelidir.
- » Hazırlanması gereken dokümanlar; Sağlıkta Akreditasyon Standartları, ADSH'nin büyüklüğü, hizmet sunum alanları ve süreçleri dikkate alınarak belirlenmelidir.
- » Hazırlanan dokümanlar belirli aralıklarla gözden geçirilmeli ve gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.

- » SAS ADSH doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda listelenmiştir:

- Prosedür
- Talimat
- Rehber
- Form
- Plan
- Rıza Belgesi
- Liste
- Yardımcı Doküman:
 - ✓ Politika
 - ✓ Protokol
 - ✓ Hedefler
 - ✓ Görev-Yetki-Sorumluluklar
 - ✓ Klinik Rehberler
 - ✓ İş Akışı
 - ✓ İlaç İmha Tutanağı
 - ✓ Toplantı Tutanakları

Dokümanın Formatının Belirlenmesi

- » Tüm dokümanlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
 - Dokümanın
 - ✓ Adı
 - ✓ Kodu
 - ✓ Yayın Tarihi
 - ✓ Revizyon Tarihi
 - ✓ Revizyon Numarası
 - ✓ Sayfa No/Sayfa Sayısı
 - ✓ Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri

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

Dokümanların Hazırlanması

- » Dokümanlar, SAS ADSH kapsamında belirtilen formata uygun olarak hazırlanmalıdır.
- » Doküman ilgili bölüm/komite/ekip çalışanları tarafından hazırlanmalıdır.
- » Dokümanlar anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli açık ve net olmalıdır.

Dokümanların Kontrolü ve Onaylanması

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

Dokümanların İlgililere Ulaştırılması

- » Dokümanların güncel versiyonlarının etkin şekilde ilgili çalışanlarla paylaşılması sağlanmalıdır.
- » İlgili çalışanlara, hazırlanan dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.
- » Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir. Panolarda asılacak dokümanlara yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır.
- » Dokümanların takibi ile ilgili sorumluluklar belirlenmeli, asılan dokümanlar güncel olmalıdır.
- » Panolar ve panolarda asılı dokümanlar, görsel olarak uygun şekilde düzenlenmelidir.
- » Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamara yönelik kurallar belirlenmelidir.

Dokümanların Muhafazası

- » Fiziki veya elektronik imzalı tüm orijinal dokümanlar kalite yönetim birimince muhafaza edilmelidir. Orijinal fiziki dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır. Elektronik imzalı dokümanların

elektronik ortamda muhafazası ile ilgili kurallar tanımlanmalı, dokümanların güvenliğine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

- » SAS ADSH doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıtların (Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanaqları, Özdeğerlendirmeler, bakım onarım ve kalibrasyon (ölçümleme) kayıtları, ısı nem takipleri gibi) muhafazasına ilişkin süreçler, bu dokümanların ne kadar süre saklanacağını da içerecek şekilde tanımlanmalı ve bu doğrultuda muhafaza edilmelidir.

Dokümanların Revizyonu

- » ADSH'nin herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilmelidir.
- » Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulmalıdır. Yönetimin onayını müteakip güncellenmiş doküman yayınlanmalı, ilgililere duyurulması sağlanmalı ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılmalıdır.
- » Güncellenen dokümana revizyon numarası ve revizyon tarihi yazılmalıdır. Dokümanın ilk yayınında revizyon numarası sıfır (0), revizyon tarihi ise boş olmalıdır. Dokümanın eski versiyonları değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Birimince arşivlenmelidir.
- » ADSH'de kullanılan tüm dokümanların bir listesi bulunmalı ve bu liste güncellemelerin izlenmesini de sağlamalıdır. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içermelidir.
 - Doküman Adı
 - Doküman Kodu
 - Yayın Tarihi
 - Revizyon Tarihleri
 - Revizyon Numarası

Dış Kaynaklı Dokümanın Takibi

Dış kaynaklı dokümanların takibi ve güncelliği ADSH'ce belirlenen bir metot ile sağlanmalıdır. ADSH dış kaynaklı doküman takibini sağlayacak sorumluları belirlemelidir.

Dokümanların Arşivlenmesi ve İmhası

Dokümanların arşivlenmesi ve imhası ile ilgili kurallar belirlenmelidir.



Güvenlik Raporlama Sistemi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
Y0.OB.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kala) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	Y0.OB.01.01	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacı ile bir sistem oluşturulmalıdır.
		Y0.OB.01.02	Olay bazında analiz yapılarak gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		Y0.OB.01.03	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri yapılmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.

Amaç

ADSH'de, hasta ve çalışanların güvenliği ile ilgili gerçekleşme potansiyeli olan (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, izlemek ve bildirimlerin sonucunda olaylara yönelik gerekli önlemleri almaktır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

- » ADSH'de, hasta ve çalışanlara zarar veren, zarar verme ihtimali olan veya zarar oluşmadan önce fark edilen istenmeyen olayların bildirimini sağlayarak, olayları analiz etmek, gerekli tedbirleri almak ve hataların tekrarlanmasını önlemek amacı ile bildirim sistemi oluşturulmalıdır.
- » Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda ve ya basılı formlar üzerinden kullanılabilir olmalıdır.
- » Sistem gizlilik esaslı olmalıdır.
- » Sistem kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler tanımlanmalı ve süreçlere yönelik sorumlular belirlenmelidir.
- » Sistem iki modülde ele alınmalıdır:
 - Hasta Güvenliği Modülü (Hasta yakınları ve ziyaretçilere ilişkin güvenliği tehdit edici hususlar da bu modülde bildirilmelidir.)
 - Çalışan Güvenliği Modülü
- » Sistem; uygulamanın etkinliğini ve kullanımını artırmak, ADSH'de raporlama kültürü oluşturmak, olaylardan ders çıkarılmasını sağlamak, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmek ve çözümlerin uygulanmasını teşvik etmek amacı ile;
 - Çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde gizlilik esaslı tasarlanmalı, gerektiğinde isim, yer gibi bilgilerin bildirebilmesine olanak sağlamalı
 - Gönüllülük esasına uygun olmalı
 - Ulaşılabilir olmalı
 - Kolay kullanılmalı
 - Basit ve anlaşılır olmalı
- » Modüller asgari aşağıdaki bilgileri elde edecek şekilde tasarlanmalıdır:
 - Olayın konusu
 - Olayın anlatılması
 - Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

Analiz ve İyileştirmeler

- » İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler, olay bazında analiz edilmeli, analiz sonrası gerekli iyileştirme çalışmaları planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir. Genel analizler sonucu yapılan değerlendirmelere göre bölüm ya da süreç bazında iyileştirme çalışmalarının gerekliliği belirlenmelidir.
- » Tüm çalışanlar; hasta ve çalışan güvenliğinde bildirimin önemi ve nasıl yapılacağı ile bildirimler sonucunda gerçekleştirilen iyileştirme çalışmaları hakkında bilgilendirilmelidir.



Risk Yönetimi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
YO.RY.01.00	ADSH ve sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	YO.RY.01.01	ADSH'de gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.
		YO.RY.01.02	ADSH ve sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır.
		YO.RY.01.03	Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları içermelidir: • Tıbbi süreçler • İdari süreçler • Teknik süreçler • Hasta • Hasta yakını • Ziyaretçi • Çalışan • Tesis güvenliği • Çevre güvenliği • Finansal süreçler • Stratejik riskler • Paydaşlarla iletişim
		YO.RY.01.04	Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.
		YO.RY.01.05	Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır
		YO.RY.01.06	Belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.
		YO.RY.01.07	Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.

Amaç

Hasta, çalışan, tesis ve çevre güvenliği ile idari ve finansal süreçler kapsamında, ADSH ve sunulan hizmetlere ilişkin risklerin önlenmesi veya en az düzeye indirilmesidir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Etkinlik
- » Etkililik

Standart Gereklilikleri

Risk Yönetiminin Kapsamı

Risk yönetimi; aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır.

- » Klinik süreçler
- » İdari süreçler
- » Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçler
- » Hasta (Bkz. Hasta Güvenliği Bölümü)
- » Hasta yakını
- » Ziyaretçi
- » Çalışan (Bkz. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Bölümü)
- » Tesis yönetimi (Bkz. Tesis Yönetimi Bölümü)
- » Çevre güvenliği
- » Finansal süreçler
- » Stratejik riskler
- » Paydaşlarla iletişim süreçleri

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

Risk yönetimi; ADSH'de karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir.

Risk yönetimine yönelik politika, süreç ve yöntemler, ilgili dokümanlar içinde tanımlanmalıdır.

Risk yönetimi ile ilgili prosedürde asgari aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

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

Risk Yönetimi Planı

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

Plan asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir:

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

Tanımlanmış tüm riskler risk yönetimi planı kapsamında kayıt altına alınmalı, risk analizleri en az iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.

Risklerin Belirlenmesi ve Analizi

- » Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler bölüm, kişi ve/veya süreç bazında belirlenmelidir.
- » Riskler kurum tarafından belirlenen yöntemle göre analiz edilmelidir.
- » Risk analiz yöntemi basit, anlaşılır ve uygulanabilir olmalıdır.
- » Risk düzeyleri, risklerin gerçekleşme olasılığı ve olası etkileri göz önünde bulundurularak en az 3 kategoride (Düşük, orta, yüksek) derecelendirilmelidir.

İyileştirme Çalışmaları

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

Risk Yönetimi Etkinliğinin İzlenmesi

- » Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.
- » Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.
- » Risk yönetiminde etkinliğin sağlanması için; alınan önlemlerin sürekliliği sağlanmalıdır.

Eğitim Yönetimi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
Y0.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	Y0.EY.01.01	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.
		Y0.EY.01.02	Eğitim ihtiyaçları; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmelidir.
		Y0.EY.01.03	Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.
		Y0.EY.01.04	Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Amaç

ADSH'nin kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda, hasta/hasta yakını ve çalışanlara yönelik gerekli eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde verilmesidir.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Uygunluk
- » Etkililik
- » Devamlılık
- » Süreklilik
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Eğitim Yönetimi

- » ADSH'de kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda gerekli eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde uygulanabilmesi amacı ile karar verme, planlama, koordinasyon, iletişim ve değerlendirme basamaklarını yönetmek üzere bir komite oluşturulmalıdır.
- » Komite tarafından; eğitimler ile ilgili süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar belirlenmelidir. Bu kapsamda asgari ele alınması gereken süreçler aşağıda yer almaktadır:
 - Eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi
 - Eğitim planlarının oluşturulması
 - Planlanan eğitim faaliyetlerinin uygulanması
 - Eğitim planının ve uygulanan eğitimlerin etkinliğinin izlenmesi ve geliştirilmesi
- » Eğitim komitesi çalışmalarını, kalite yönetimi kapsamında faaliyet gösteren diğer birim ve komiteler ile iş birliği içinde yürütmelidir.

Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi

- » Kalite iyileştirme hedefleri doğrultusunda; kimin, hangi konularda, hangi düzey ve kapsamda eğitim ihtiyacı olduğu yılda bir kez ve gerektiğinde belirlenmelidir. Eğitim ihtiyacı olan konular ve kapsamı belirlenirken;
 - ADSH'de kalite iyileştirme kapsamında uygulanan performans değerlendirme sonuçları (öz değerlendirmeler, göstergelerden elde edilen veriler vb.)
 - Önceki eğitimlerden elde edilen etkinlik değerlendirme sonuçları
 - Eğitim faaliyetleri ile ilgili geribildirimler, talepler, gözlemler değerlendirilmelidir.
- » Eğitim konuları; en az hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir. Hangi eğitimin, hangi meslek grubuna ve hangi içerikte verileceği belirlenmelidir. Eğitim konuları

hasta ve çalışan bazlı olmak üzere 2 kategoride asgari aşağıdaki genel başlıklarda verilmelidir.

Çalışan Eğitimleri

- Kalite Yönetimi
- Çalışanlara yönelik hasta hakları eğitimleri
- Hasta ve çalışan güvenliği
- Hasta odaklı bakım süreci ve felsefesi
- Risk yönetimi
- Personel uyumu
- Cihaz kullanımı ve güvenliği
- Birim bazlı mesleki eğitimler
- Bilimsel yeni gelişmeleri içeren eğitimler
- Sosyal amaçlı eğitimler
- Kişisel gelişim eğitimleri

Hasta ve Hasta Yakını Eğitimleri

- Sağlığın geliştirilmesi ve teşvikine yönelik eğitimler
- Hastanın bakım ihtiyaçları kapsamında gerekli görülen eğitimler
- Taburculuk eğitimleri
- İlaç ve tıbbi cihaz kullanımı
- Hasta yakınlarına yönelik eğitimler

Eğitimlerin Planlanması ve Uygulanması

- » Eğitim etkinliklerine yönelik içerik oluşturma, yöntem belirleme, uygulama ve değerlendirme süreçlerinin bir sistem dâhilinde düzenlenmesini sağlamak üzere eğitim planları oluşturulmalıdır.
- » Eğitim planları; eğitim ihtiyacının niteliği, ilgili konularda ulaşılmak istenen hedeflerin öncelik durumu, hedeflere erişilebilme süresi, ADSH'nin kurumsal politikası ile değişim sürecine yönelik amaç ve hedefleri doğrultusunda kısa, orta ve uzun vadeli şekilde oluşturulmalıdır.

- » Eğitim planlarında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
 - Eğitimin amaç ve hedefleri
 - Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği
 - Eğitim yöntemi
 - Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi)
 - Eğitimin yeri
 - Eğitimin süresi
 - Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar
 - Eğitim için gerekli materyaller
 - Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri
- » Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.
- » Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi gereken durumlarda eğitim planında yer alan konular dikkate alınarak süreç yönetilmelidir.
- » Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir. İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Genel ve bölüm uyum eğitimlerine yönelik rehberler oluşturulmalı, uyum eğitimlerinin göreve başlama sonrası en kısa sürede verilmesi sağlanmalıdır.

Eğitimin Değerlendirilmesi

- » Hazırlanan eğitim planlarına uyum düzeyi izlenmeli, plana uyumun artırılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği, belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda değerlendirilmelidir.
- » Etkinlik değerlendirmeleri eğitimcinin performansını da kapsamalıdır.
- » Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılabilecek yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:

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



Kurumsal İletişim



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
Y0.Kİ.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	Y0.Kİ.01.01	Kurumsal iletişim kapsamında; ADSH yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.
		Y0.Kİ.01.02	Hedef kitle ADSH faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.
		Y0.Kİ.01.03	Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

Amaç

ADSH ve faaliyetlerine karşı hedef kitlede olumlu tutum, davranış ve güven içeren kamuoyu oluşturmak, hedef kitle ile sürekli iyi ilişkiler kurarak ADSH'nin politika ve çalışmalarının benimsenmesini sağlamak ve hedef kitleden edinilen bilgilerle sunulan hizmetlerin etkililiğini ve kalitesini artırmaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Etkililik
- » Hakkaniyet
- » Devamlılık

Standart Gereklilikleri

Hedef Kitle ve İletişim Stratejilerinin Belirlenmesi

- » Kurumsal iletişim kapsamında; kurum türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.
- » Hedef kitle, kurum içinde ve kurum dışındaki iletişim paydaşları esas alınarak belirlenmelidir.
- » İletişim stratejisi çerçevesinde ADSH içinde yer alan hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kapsamda asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - ADSH'yi oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi ve karar akışı
 - Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı
 - Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim
 - Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim

Hedef Kitlenin Bilgilendirilmesi

- » Belirlenen hedef kitleye özgü bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirmelidir.
- » Kurumun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır. Kurumsal web sitesi etkin bir şekilde yönetilmelidir. Web sitesi, güncel, yeterli bilgi içerecek şekilde, kolay erişilebilir ve kullanılabilir olarak hazırlanmalıdır. Hedef kitle asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:
 - Temel politika ve değerler
 - Organizasyon yapısı
 - Hizmet verdiği alanlar
 - Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler
 - İnsan kaynakları
 - Halkla ilişkiler faaliyetleri
 - Randevu alma
 - İletişim ve ulaşım

- ADSH içinde hizmete ulaşım
- » ADSH içi çalışanlar kurumsal iletişimin önemli temsilcileri olması nedeniyle çalışanlara bu konuda eğitim düzenlenmelidir.

Olumlu Kamuoyu Oluşturulması

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

Bu faaliyetler; bilgilendirme kanalları kanalları (afiş, broşür, web tabanlı vb.) ile yapılabileceği gibi, gerek hizmet sunum esnasında çalışanların hasta ve yakınlarına etkili iletişim kurarak kaliteli hizmet verilmesinin sağlanması, gerekse yönetim kademelerinin ADSH'yi dış çevrede etkili temsili ve iyi ilişkiler kurması ile sağlanmalıdır.

Kurumsal İletişim ve Algının İzlenmesi

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



Performans Ölçümü ve
Kalite İyileştirme



Göstergelerin İzlenmesi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
PÖ.Gİ.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	PÖ.Gİ.01.01	Göstergelerin izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.02	İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.
		PÖ.Gİ.01.03	Göstergelere ilişkin kullanılacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.04	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.05	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.06	Göstergelere ilişkin sonuçlar ilgili paydaşlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.
		PÖ.Gİ.01.07	SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçlar, SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.

Amaç

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

Hedefler

Göstergelerin özelliğine göre farklılık göstermektedir.

Standart Gereklilikleri**Gösterge İzlem Sürecinin Tanımlanması**

- » Performans ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmaları dokümanite edilmelidir.
- » Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite yönetim birimi tarafından koordine edilmelidir.
- » Göstergelerin takibi konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.
- » ADSH'de, kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacı ile idari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçlere ilişkin kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
- » Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile kurum hizmet türü ve hasta profiline göre izlenmesi gereken SAS göstergeleri belirlenmelidir.
- » Kurum hasta ve çalışan güvenliği kapsamında kritik öneme sahip herhangi bir sürece yönelik gerçekleştireceği kalite iyileştirme çalışmalarını, gerektiğinde SAS ADSH Setinde yer alan göstergeler dışında da yeni göstergeler belirleyerek yürütmelidir. Ölçüm sistematığına dahil edilen bu göstergelerin izlem süreci, uygulama ve iyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarını da kapsayacak şekilde yürütülmelidir. Kurum belirlediği göstergelerini iyileştirme çalışmalarına katkı sağlaması açısından

değerlendirmeli, hangi sıklıkta izlemeye devam edeceğini, izlemin ne zaman sonlandırılacağını vb. yönelik kurallarını tanımlamalıdır.

Gösterge Kartları

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

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

Göstergelerin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Göstergelere ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi ve sonuçların değerlendirilmesi amacıyla ADSH bünyesinde ihtiyaç duyulan göstergeler için bilgi yönetim sistemi altyapıları veya mevcut ulusal/uluslararası veri sistemleri kullanılmalıdır.

Verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik önlemler alınmalıdır.

Analiz ve İyileştirmeler

Verilerin toplanması ve analiz süreçlerine ilgili birim çalışanlarının katılımı sağlanmalıdır.

Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır. Göstergelere ilişkin sonuçlar üst yönetim, ilgili çalışanlar, ilgili paydaşlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

SAS Gösterge Veri Sistemi

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





İnsan Kaynakları Yönetimi



Standart 1

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SÇ.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	SÇ.İK.01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.
		SÇ.İK.01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.
		SÇ.İK.01.03	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.
		SÇ.İK.01.04	Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

- » Sağlıklı çalışma yaşamı
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Yönetim Yapısı ve Üst Yönetim ile İlişkisi

- » ADSH'de; işe alım, işe uyum, çalışanların geliştirilmesi, desteklenmesi, çalışanlara fiziksel ve sosyal imkânların sağlanması, çalışanları tehdit eden güvenlik risklerinin en aza indirilmesi, iş motivasyonlarının artırılması vb. tüm faaliyetlerin planlanmasını ve koordinasyonunu yürütecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
- » Oluşturulacak yönetim yapısının ADSH'nin yönetim hiyerarşisinde nerede yer alacağı, kime ya da kimlere karşı sorumlu olacağı, hangi yetkilere sahip olacağı, kimlerin bu yapıda yer alacağı ve kimlerin bu yapıya karşı sorumlu olacağı gibi yönetsel ilişkiler tanımlanmalıdır.

Görev, Yetki ve Sorumluluklar

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

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

Hedefler ve Planlama

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

Çalışanın Görüş ve Önerileri

- » Çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilerek bunların dikkate alınması ve karar mekanizmalarına katılımlarının sağlanması

noktasında geri bildirimlerin hangi kapsamda ve hangi araçlarla elde edileceğinin tanımlandığı bir sistem kurulmalıdır.

- » Çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesine yönelik çalışmalar, asgari aşağıdaki gereklilikleri kapsamalıdır:
 - Düzenli yapılan memnuniyet anketleri
 - Çalışanlar ile birebir ve yüz yüze görüşmeler
 - Çalışanların görüş ve önerilerinin alınması

Standart 2

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SÇ.İK.02.00	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	SÇ.İK.02.01	ADSH'nin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.
		SÇ.İK.02.02	Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır.
		SÇ.İK.02.03	İşe alınan personelin ADSH'ye uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.
		SÇ.İK.02.04	Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.
		SÇ.İK.02.05	Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performansın artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.
		SÇ.İK.02.06	ADSH tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.

Amaç

Çalışanların; işe alım ve uyum süreçleri için yapılması gerekenlerin ve çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesine yönelik gerekliliklerin tespit edilmesi ve uygulanmasının sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Sağlıklı çalışma yaşamı
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Personel Temini

- » ADŞH, hangi hizmet alanında hangi niteliklerde personele ihtiyaç duyduğunu belirlemeli, istihdam edebileceği personel sayısını tespit etmeli, personelin temin edilmesi ve eğitilmesi gibi temel süreçleri önceden planlamalıdır.
- » Temin planında, yasal düzenlemeler, farklı disiplinler ve meslek grupları da göz önünde bulundurularak sunulacak hizmetlere ilişkin ihtiyaçları karşılayabilecek personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri vb.) yer verilmelidir.
- » Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmeli ve insan kaynakları planlaması gerçekleştirilmelidir. Tespit edilen ihtiyaçlara yönelik olarak hangi nitelikteki ve sayıdaki personelin nasıl temin edileceğine yönelik tedbirler belirlenmelidir.
- » İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde gerekli olan bilgi ve belgeler, değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmelidir.
- » ADŞH, işe alınacak personeli ADŞH'nin hangi imkanlarından yararlanabileceği, çalışanlara sunulan olanaklar ve çalışan hakları konusunda bilgilendirmelidir.

İşe Alım Süreçleri

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

Personelin İşe Uyum

- » ADŞH, ihtiyaçları doğrultusunda tanımlanan pozisyon için istihdam ettiği personelin yeni çalışma ortamına hızlı ve doğru bir şekilde adapte olmasını sağlamaya yönelik süreçleri tanımlamalıdır. Çalışanın iş ortamında uyması gereken temel ve mesleki kurallar, ADŞH'nin temel çalışma ilkeleri, çalışan sağlığını ve güvenliğini tehdit edebilecek unsurlar ile hiyerarşik düzende çalışacağı kişiler ve ADŞH çatısı altında yararlanabileceği fiziksel, sosyal tüm imkanlara kadar her türlü bilginin personele işe başlarken ve belli bir zaman diliminde aktarılması gereklidir.
- » Personelin işe ve çalışma ortamına uyumu değerlendirilmeli, ihtiyaç halinde adaptasyon sürecine yönelik çalışmalar tekrar edilmelidir.

Görev Yetki, Sorumluluklar ve Performans Kriterleri

- » Çalışan veya istihdam edilmesi planlanan personelin önceden tanımlanan işleri içerecek şekilde görevleri, görevlerine ilişkin yetki ve sorumluluk alanları hizmet süreçleri ile uyumlu olarak belirlenmelidir.
- » Çalışanların görevlerini başarı ile yerine getirip getirmediğinin ölçüsü olarak ifade edilen performans kriterleri belirlenmeli ve çalışanlar bu kriterler hakkında bilgilendirilmelidir.
- » ADŞH tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır.
- » Çalışan performansını artırmaya yönelik hangi eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin hangi kapsamda olması gerektiği, çalışanların farklı niteliklerine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak belirlenmeli ve eğitimlere yönelik gerekli planlamalar yapılmalıdır. Bu kapsamda verilecek eğitimlerin hedefleri önceden tanımlanmalı, eğitimler sonrasında eğitim hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı ölçülmelidir.

- » Özellikli ekipman ve tıbbi cihazların yalnızca eğitimli ve yetkili kimseler tarafından kullanılması sağlanmalı ve eğitim planlarında bu konudaki eğitim ihtiyacı da göz önünde bulundurulmalıdır.
- » ADSH tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SÇ.ÇG.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.	SÇ.ÇG.01.01	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik bir komite oluşturulmalıdır.
		SÇ.ÇG.01.02	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliğini tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SÇ.ÇG.01.03	Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanın çalışanlar tarafından kullanılması sağlanmalıdır.
		SÇ.ÇG.01.04	Çalışanların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.
		SÇ.ÇG.01.05	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.

Amaç

Çalışanların ADSH'de güvenliklerini ve sağlıklarını tehdit eden unsurların ortadan kaldırılması ya da minimuma indirilmesi yoluyla sağlıklı çalışma yaşamının tesis edilmesidir.

Hedefler

- » Sağlıklı çalışma yaşamı
- » Güvenlik

Standart Gereklilikleri

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi

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

Risk Analizleri

- » Öncelikle, bölüm ve ADSH bazında çalışan güvenliği açısından güvenliği tehdit eden risk faktörleri ve bunların risk dereceleri belirlenerek durum tespiti yapılmalıdır. Riskler ortaya konulduktan sonra tespit edilen tehditlerin öncelik düzeylerine göre ortadan kaldırılması ya da minimuma indirilmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.
- » ADSH'de çalışan sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik olarak asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:
 - Çalışan sağlığı ve güvenliği kapsamında yönetim politikalarının oluşturulması
 - Enfeksiyonların önlenmesi
 - Sağlık taramalarına yönelik planlama ve uygulamaların yapılması
 - Kimyasal madde ve radyasyon güvenliği
 - Gıda güvenliği
 - Gürültü
 - Aydınlatma
 - Düşmelerin önlenmesi
 - Tesis kaynaklı risklerin yönetilmesi
 - Kesici delici alet yaralanmalarının azaltılması

- Ergonomik faktörler
- Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
- Çalışanlar arası mobbingin önlenmesi
- Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
- Bağışıklama
- Gereksiz iş yükünün azaltılması
- Stres yönetimi
- » ADSH'de, çalışanların tıbbi, psikolojik danışmanlık ve destek hizmetlerini sürekli alabileceği şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- » Çalışanların mesleki kaza ve yaralanmalarının tedavisi ve çalışanların güvenliğini tehdit eden ramak kala yaşanan olaylar ve istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.

Kişisel Koruyucu Ekipman

- » Hangi bölümlerde hangi kişisel koruyucu ekipmanın kullanılması gerektiği belirlenerek, ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Çalışanları koruyacak niteliklere sahip kişisel koruyucu ekipmanın, belirlenen çalışma alanlarında yeterli sayıda bulundurulması ve çalışanlara bu ekipmanın kullanılmasına yönelik eğitimlerin verilmesi gereklidir.

Kalite İyileştirme

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

Çalışma Ortamının Geliştirilmesi

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

- » Yeterli sağlık ve güvenlik düzeyine ulaşılması amacı ile çalışanların mesleki gelişimini veya motivasyonunu teşvike yönelik eğitimler ve faaliyetler, birimler ve bölümler arasında çalışanların haberleşme, iletişim ve işbirliğinin etkin olarak sağlanmasına yönelik çalışmalar planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » ADSH tarafından; personelin yararlanabileceği dinlenme, okuma ve spor alanları, kreş ve çocuk kulübü, bireysel gelişim eğitimleri, ADSM çalışanları için düzenlenecek iş dışı etkinlikler gibi çalışma yaşamının iyileştirilmesine yönelik faaliyetler yapılmalıdır.
- » ADSH’de engelli ve hasta personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Çalışana sağlanan imkanların, kolay ulaşılabilir, pratik ve çalışan odaklı olmasına özen gösterilmelidir.

Hasta Deneyimi



Temel Hasta Hakları



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HH.01.00	ADSH'de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HH.01.01	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
		HD.HH.01.02	ADSH sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.
		HD.HH.01.03	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
		HD.HH.01.04	Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın seçimleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmalıdır.
		HD.HH.01.05	Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.
		HD.HH.01.06	Uygulanacak tanı ve tedavi işlemleri ile ilgili hasta rızası alınmalıdır.
		HD.HH.01.07	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, talep etmesi halinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HH.01.00	ADSH'de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HH.01.08	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
		HD.HH.01.09	Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.
		HD.HH.01.10	Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve çözülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		HD.HH.01.11	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.
		HD.HH.01.12	Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözülmelidir.
		HD.HH.01.13	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Amaç

ADSH'nin sunduğu hizmetlerde, hastanın ve hasta yakınlarının haklarının güvence altına alınması, hizmetlerin ve süreçlerin bu amaca yönelik olarak düzenlenmesidir.

Hedefler

- » Hasta odaklılık
- » Hakkaniyet
- » Uygunluk
- » Zamanlılık
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Yönetsel Yapı

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

Hizmetler ve Hasta Hakları Hakkında Bilgilendirme

- » ADSH sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir
- » Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
- » Hasta ve/veya hasta yakını hasta hakları konusunda bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme aşağıdaki konuları kapsamalıdır.
 - Mahremiyet
 - İtibar ve saygı görme
 - Hastaya ait bilgilerin gizliliği
 - Hasta güvenliği ve emniyeti
 - Verilecek sağlık hizmetleri hakkında bilgilendirme ve hasta rızasının alınması
 - Tedaviyi reddetme hakkı
- » Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Hekim Seçimleri ve Tercihleri

- » Sağlık hizmeti sürecinde hekim seçimi, tedaviyi kabul veya reddetme gibi hastanın seçimleri ve tercihleri dikkate alınmalıdır." eklenmelidir.
- » Hasta tıbbi tedavi süresince bakım hakkında bilgilendirilmeli, tercihleri ve talepleri dikkate alınmalı, bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
- » Hastanın tıbbi tedaviyi reddetme veya tedavi gördüğü sürede tedaviye yönelik işlemleri reddetmesi durumunda varsa alternatif tedaviler hakkında bilgilendirilmeli, tercihleri değerlendirilmelidir. Tedaviyi reddetmekten ya da devam etmemekten doğacak riskler hakkında bilgilendirilmeli ve onamı alınmalıdır.

Hasta Rızası

- » Hastaya, yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta sade ve anlaşılır bir dille sözlü olarak bilgilendirilmelidir.
- » Yatarak tedavi edilmek üzere ADSH'ye kabul edilen veya ayakta ilk kez başvuran hasta, tanı ve tedavi sürecinde gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında genel olarak bilgilendirilerek rızası alınmalıdır.
- » Cerrahi veya girişimsel işlemler, kan ve kan ürünü kullanımı, orta ve derin sedasyon dahil olmak üzere anestezi altında gerçekleştirilen işlemler ile diğer yüksek riskli işlemler öncesinde hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır. Bu yazılı onay asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
 - İşlemi yapacak kişi
 - İşlemden beklenen faydalar
 - İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
 - Varsa işlemin alternatifleri
 - İşlemin riskleri, komplikasyonları
 - İşlemin tahmini süresi
 - Hastanın adı, soyadı ve imzası (Çocuk hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetkinliğine sahip olmayan hastalar ile acil duruma yönelik düzenleme kurum tarafından tanımlanmalıdır.)
 - İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, ünvanı ve imzası
 - Onayın alındığı tarih ve saat bilgileri
- » Engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Tıbbi Dokümanlara Ulaşabilme

Hastanın; yapılan işlemler, tetkik sonuçları ya da kendisine ait özel bilgilerini içeren tüm dokümanlara, hem hizmet alırken, hem de hizmet aldıktan sonra ulaşabilmesi ve dokümanın bir kopyasını alabilmesi sağlanmalıdır. Söz konusu dokümanların hasta harici kişilerle paylaşılmasına ilişkin politika belirlenmelidir.

Manevi / Kültürel İhtiyaçlar

ADSH hastalarının; kültürel ve manevi değerleri doğrultusunda hizmet

almasını sağlamalıdır. Çalışanların, konuyla ilgili uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalığının artırılması sağlanmalıdır.

Şikayetler

- » Hastalar ve hasta yakınları, şikayet görüş öneri vb. talepleri için nereye, nasıl başvuracakları ve başvuru ile ilgili tüm süreçler hakkında bilgilendirilmeli ve yönlendirilmelidir.
- » Sağlık kuruluşları bu bilgilendirme süreçlerini kamuya açık bir şekilde bilgilendirme ekranları, panolar, web sitesi, vb. aracılığıyla gerçekleştirmelidir.
- » Hasta ve hasta yakını şikayetlerinin zamanında ve adil şekilde alınması, incelenmesi ve çözülmesi sağlanmalıdır.
- » Alınan başvurular mevzuat doğrultusunda mümkün ise aynı gün, inceleme gerektiren durumlarda ise en geç 15 gün içerisinde çözümlenmeli ve başvuru sahibine bilgi verilmelidir.
- » Şikayetlerin değerlendirilmesine yönelik bir değerlendirme komisyonu kurulmalıdır.

Etik İkilemlerin Çözülmesi

Hekim tarafından kararı verilen tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemlerin varlığı durumunda sürecin nasıl yönetilmesi gerektiği önceden tanımlanmalıdır.

- » Etik ikilemlerin çözülmesi amacıyla hasta ve hekiminde dahil olduğu bir etik komite oluşturulmalıdır.
- » Bu gibi etik ikilemlerin söz konusu olduğu durumlarda, etik komite toplanmalı, hasta güvenliğini önceleyerek en kısa zamanda çözüme gidilmelidir.
- » Hekim izni olmadan ADSH'dan ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler de belirlenmiş olmalıdır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HG.01.00	ADSH'de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HG.01.01	Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik komite oluşturulmalıdır.
		HD.HG.01.02	Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yönelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		HD.HG.01.03	Hastaların güvenliğinin sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

Amaç

ADSH'nin sunduğu hizmetlerde, hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini sağlanması ve güvenliklerini tehdit edebilecek unsurların önceden tespit edilerek, sunulan hizmetlerin ve ortaya konulan süreçlerin bu amaca yönelik olarak düzenlenmesidir.

Hedefler

Hasta güvenliği

Standart Gereklilikleri

Hasta Güvenliği Komitesi

- » ADSH'de var olan ya da oluşabilecek güvenlik tehditlerinin tespit edilebilmesi ve tedbirlerin alınabilmesi amacı ile bu alanda düzenli ve sistematik olarak çalışacak bir komite oluşturulmalıdır.

- » Komitenin yapısı ve kimlerden oluşacağı; kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak bu alandaki çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.

Hasta Güvenliğine Yönelik Risklerin Değerlendirilmesi

- » Hasta güvenliğine yönelik riskler (Klinik ve hasta bazında) analiz edilmeli, değerlendirilmeli, risk düzeyleri belirlenmeli ve analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. Çalışmaların etkinliği izlenmelidir.
- » ADSH, Sağlıkta Akreditasyon Standartları'nın çeşitli bölümlerinde yer alan Hasta Güvenliği ile ilgili asgari aşağıdaki konuları bu kapsamda ele almalıdır.
 - Enfeksiyonların önlenmesi
 - İlaç güvenliği
 - Radyasyon güvenliği
 - Düşmelerin önlenmesi
 - Güvenli cerrahi
 - Kimlik doğrulama
 - Güvenli Enjeksiyon Uygulamaları
 - Bilgi güvenliği
 - Acil durum yönetimi
 - Tesis güvenliği
 - Tıbbi cihaz güvenliği
 - İstenmeyen olay bildirim sistemi
 - Atık yönetimi

Standart 2

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HG.02.00	Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.	HD.HG.02.01	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
		HD.HG.02.02	Kimlik doğrulama uygulaması için kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.
		HD.HG.02.03	Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

Amaç

Hasta bakım uygulamaları kapsamında, hastaya ilaç verirken, her türlü tetkik, tedavi, operasyon vb. uygulamalarda işlemin doğru hastaya uygulanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkilik
- » Uygunluk

Standart Gereklilikleri

Kimlik Doğrulama Araçları

- » Ayaktan hastalarda;
 - Hastaya ait kimlik bilgilerinin yer aldığı resimli ve resmi belgeler
- » Yatan hastalarda;
 - Kol bantları/bileklikler
 - Barkodlama Sistemleri
 - Biyometrik sistemler (Retinal tarama, parmak izi taraması, avuç içi kimlik doğrulama sistemi vb.)
 - ADSH tarafından belirlenen hasta kimliğini tanımlayabilecek diğer yöntemler

Kimlik tanımlayıcısı olarak kol bantları/bilekliklerin kullanımı durumunda aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir.

- » Yatışı yapılan hastalarda beyaz, alerjisi olan hastalarda kırmızı renkli kol bandı/bileklik kullanılmalıdır.
- » Kol bantları/bileklikler üzerinde en az hasta adı/soyadı, doğum tarihi, protokol numarası bilgileri bulunmalıdır.
- » Kol bantları/bileklikler üzerinde yer alan bilgilerde en fazla 4 tanımlayıcı parametre yer almalıdır.
- » Kol bandı/bileklik üzerindeki bilgiler okunaklı olmalı, silinebilir özellikte olmamalıdır.
- » Kimliği belli olmayan, aynı serviste yatmakta olup benzer isimli olan, kol bandı/bileklik kullanımı için fiziksel veya tıbbi engeli olan, vb. hastalar için kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

Eğitimler

Kimlik doğrulama ile ilgili hata kaynakları konusunda sağlık çalışanlarının farkındalığını artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalı, sağlık çalışanlarına kimlik doğrulama ile ilgili eğitim verilmelidir.

Hastalar kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve kimlik doğrulamanın önemi hakkında bilgilendirilmelidir.

Hasta Kimliğinin Doğrulaması

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

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

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

» Kimlik tanımlayıcı üzerinde en fazla dört parametreye ait bilgi bulunmalıdır.

Aşağıda, kimlik doğrulama işlemi sırasında kullanılacak yöntemlere örnekler verilmiştir:

- » Yatan hastalarda;
- Hasta kayıtlarında yer alan kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme
 - Hasta kol bandında yer alan kimlik tanımlama parametreleri ile hasta kayıtlarını karşılaştırma
 - Hasta kol bandında yazan kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme
- » Ayaktan hastalarda;
- Fotoğraflı kimlik kontrolü ile hasta kimliğini doğrulama
 - Protez ve ortodonti laboratuvarları ile iletişimde ölçü, model, protez, apareylere hasta kimliğini teyit edecek barkod, etiket vb. tanımlayıcı parametreler eklenmelidir.
 - Test ve radyografi istem formu üzerindeki hasta kimlik tanımlama parametrelerini sözlü olarak hastaya sorma ve teyit etme

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

Standart 3

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HG.03.00	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	HD.HG..03.01	Düşmelerin önlenmesine yönelik süreç planlanmış olmalıdır.
		HD.HG..03.02	Hastalar düşme riski yönünden değerlendirilmelidir.
		HD.HG..03.03	Hastaların risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır.
		HD.HG..03.04	Gerçekleşen düşme olayları izlenmelidir.

Amaç

ADSH'de hasta düşmelerinin önlenmesi ve düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskinin minimuma indirilmesidir.

Hedefler

- » Hasta güvenliği
- » Etkinlik
- » Uygunluk

Standart Gereklilikleri

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

- » Düşmelere neden olan risklerin ne şekilde belirleneceği (Hastaların düşme riski değerlendirmesi, ADSH kaynaklı düşme risklerinin belirlenmesi)
- » Hastaların risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (hangi hastalara risk değerlendirmesi yapılacağı, risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı vb.)
- » Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta/hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler vb.)
- » Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği vb.)

Düşme Riski Değerlendirmesi

- » Yatan hastalar ve kurum tarafından belirlenen ayaktan hasta gruplarının düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Kurum tarafından, bazı özellikli hastalar risk değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir.
- » Hastaların düşme riski değerlendirmesi hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekimi tarafından yapılmalıdır. Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.

- » Hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır. Morse, Hendrich II, İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) gibi ulusal ve uluslar arası ölçekler bu ölçeklere örnek olarak verilebilir. Belirlenen risk düzeylerine göre alınacak önlemler planlanmalıdır.

Düşme Riskine Göre Alınması Gereken Önlemler

- » Düşmelere neden olması açısından, belirlenen ADSH ortamına özgü (ADSH bazlı) risklere yönelik asgari aşağıdaki önlemler alınmalıdır:
 - Poliklinikler ve hasta odaları yalın hale getirilmeli, mekanda gereksiz alet, malzeme ve eşyalar bulundurulmamalı, mekanda yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.
 - Ünitler ve hasta yatakları, hasta düşmelerini engelleyecek şekilde konumlandırılmalıdır.
 - Yürüme alanları hasta düşmelerini engelleyecek şekilde kuru tutulmalı, kaygan zeminlerde uyarı levhası bulundurulmalı ve yürüme alanında hareketi engelleyen cisim ve eşyalar bulunmamalıdır.
 - Gerekli yerlerde hastalar için tutunma barları bulundurulmalıdır.
- » ADSH tarafından, ayaktan hizmet alan bazı özellikli hastalar için (küçük cerrahi müdahale yapılacak hastalar, engelli hastalar, çocuk hastalar) risk değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli ek önlemlerin alınması sağlanmalıdır.

Yatan hastaların düşmelerini önlemek için ise belirlenen risk düzeylerine göre hasta bazlı önlemler alınmalıdır.

Hasta bazlı önlemler, hastaların risk düzeylerine göre alınacak genel önlemler ile yapılan risk değerlendirmesi sonucunda hastada tespit edilen risk faktörlerine özgü, hastaya özel önlemler olarak tanımlanabilir.

- » Yüksek riskli hastalara yönelik alınacak asgari genel önlemler aşağıdaki gibidir:
 - Yüksek riskli hastalar ADSH tarafından belirlenen bir sembol ile tanımlanmalıdır. Sembol hastanın bulunduğu veya transfer edildiği her alanda çalışanları uyarmak amacı ile ADSH'nin belirleyeceği şekilde kullanılmalıdır.
 - Yüksek riskli hastaların bakımı planlanmalı, alınan koruyucu önlemler izlenmelidir.

- Yüksek riskli hastaların gözlem sıklığı belirlenmelidir. Hasta/hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.

Düşme Riski Değerlendirmesi

- » ADSH'de gerçekleşen düşme olayları izlenmeli, istatistiksel analizleri yapılmalı, analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Çalışanların, düşme olaylarını istenmeyen olay bildirim sistemine bildirmesi sağlanmalıdır.

Standart 4

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HG.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	HD.HG.04.01	Çalışanların nöbet teslimlerine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
		HD.HG.04.02	Sözel istem uygulamasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		HD.HG.04.03	Kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler, semboller ve doz miktarlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		HD.HG.04.04	Bölümler arası hasta transferinde hasta bilgilerinin doğru ve tam aktarımı sağlanmalıdır.
		HD.HG.04.05	ADSH içi ve ADSH dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır.

Amaç

Sağlık çalışanları arasındaki iletişim aksaklıkları nedeni ile gelişebilecek hasta güvenliği tehditlerinin engellenmesidir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Uygunluk
- » Zamanlılık
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

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

Çalışanların Nöbet Teslimleri

- » ADSH'de, nöbet teslim süreçleri tanımlanmalıdır. Nöbet teslim süreçlerinde asgari aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:
 - Nöbet teslimleri; nöbeti devreden ve devralan çalışanlar arasında olacak şekilde en az iki kişi ile yapılmalıdır.
 - Nöbet değişimlerinde hasta; hem bilgilerin kayıtlar üzerinden aktarılması ile hem de hasta başı ziyareti yapılarak teslim edilmelidir.
 - Nöbet teslimi sırasında hasta bakım sürecine ilişkin gerekli tüm bilgiler (kullanılan ilaçlar, klinik seyir, hasta bakımı ile ilgili özel durumlar vb.) aktarılmalıdır.

Sözel İstem Uygulaması

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

- » Sözel istem uygulamasından mümkün olduğunca kaçınılmalı, zorunlu durumlar dışında uygulanması sınırlandırılmalıdır.
- » Yazılı isteme imkân tanımayan durumlar söz konusu olduğunda sözel istem alımı kaçınılmaz ise aşağıdaki hususlar çerçevesinde sözel istem alınmalıdır:
 - ADSH sözel istem alımı ile ilgili kuralları net olarak belirlemelidir.
 - Sözel istemlerin hangi durumlarda kullanılabileceği tanımlanmalıdır.

- Reçetelendirme, yetkilendirme ve reçetenin geçerliliğini sağlamak için bir mekanizma sağlanmalıdır.
- Sözel istemin alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve veriliş sıklığı açık olarak belirtilmelidir.
- Sözel istem alındığı anda mutlaka doğrulanmalıdır. Doğrulama şu şekilde yapılmalıdır:
 - ✓ Sözel istem alınırken istem önce dinlenir.
 - ✓ Verilen istem kayıt altına alınır.
 - ✓ Yazılan istem daha sonra geri okunur ve doğruluğu istemi veren kişiye onaylatılır. İstemi alan kişi istemi doğrulatırken yapacağı geri okumayı aşağıdaki yöntemlerle yapabilir.
 - İlaç ismini hecelemek
 - İlaç isimlerinin jenerik ve ticari isimlerinin ikisini beraber kullanmak
 - Hangi amaçla kullanılacağını belirtmek
 - Konuşulurken karışabilecek rakamları kullanmamak
 - Ön ek ve son ek olarak karışabilecek ilaç isimlerinden kaçınmak. Bunlar için ayırıcı hecelemeye yardımcı metod geliştirilebilir (B için Bursa gibi)
 - Gerekirse verilen ilaç adının kodlama yöntemi (B için Bursa gibi) ile tekrar edilmesini istemek
- Varsa düzeltme sonrasında istem tekrar kayıt altına alınır.
- Bütün sözel istemler, mümkün olan en kısa sürede yazılı hale getirilmeli, ADSH'nin medikal kayıtlarına işlenmeli, istemi veren kişiye imzalatılmalıdır.
- Sözel istem kayıtlarında istemin ne şekilde alındığı (sözlü-telefonla vb.) belirtilmelidir.
- Sözel istem kayıtlarında; hastanın adı-soyadı, yaşı, kilosu, ilaç ismi, dozaj formu, (tablet-kapsül-inhalant), konsantrasyonu, dozu, veriliş yolu, miktarı ve/veya zamanı, veriliş sebebi, istemi verenin adı ve telefon bilgileri belirtilmelidir.
- ADSH tarafından belirlenen yüksek riskli ilaçlara yönelik sözel istem yapılmamalıdır.

- Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve hekimlere eğitim verilmelidir.

Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar

- » ADSH tarafından; kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli ve listelenmelidir.
- » İstem süreçlerinin hiçbir aşamasında belirlenen listede yer alan hiçbir kısaltma, sembol ve simgeler kullanılmamalıdır.
- » Liste dışındaki kısaltmaların kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

Hasta Transferinde İletişim

- » Bölümler arası hasta transferi, uygun nakil yönetimi ile yapılmalıdır (sedye, tekerlekli sandalye vb.).
- » Nakil sırasında hastaya bir sağlık çalışanı eşlik etmelidir.
- » Transfer ve sevk sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından anlaşılır ve pratik yöntemlerle (Handover iletişim tekniği vb.) doğru ve tam olarak iletilmelidir.

Konsültasyon Sürecinde İletişim

- » ADSH'de bölüm içi ve bölüm dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır. Asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği belirlenmelidir.
 - Konsültasyona ilişkin kayıtların nasıl tutulacağı belirlenmelidir.
 - İntraoperatif olarak gerçekleşen patoloji konsültasyonları ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
 - Bir tetkik materyalinin dış konsültasyonu ile ilgili süreç tanımlanmalıdır (örnek materyalin transferi, konsültasyon sonucunun nasıl raporlanacağı, konsültasyon sonucunun ilgili hastaya ve/veya hekime nasıl bildirileceği gibi)
- » Konsültasyon süreci, ilgili primer hekim tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre hasta bakım süreci yeniden değerlendirilmelidir.

Standart 5

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HG.05.00	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır	HD.HG.05.01	Hastanın güvenli transferine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
		HD.HG.05.02	Hastaların güvenli transferine yönelik önlemler alınmalıdır.

Standart Gereklilikleri

Süreçlerin Tanımlanması

Hastaların güvenli transferine yönelik hususlar tanımlanmalıdır. Tanımlama asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır.

- » Yatan hastalarının transferi
- » Özellikle hastaların (Işın tedavisi/kemoterapi alan hastalar, Geriatri hastaları, hamileler ve psikiyatri hastaları gibi) transferi
- » Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar
- » Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı
- » Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması

Hastaların Güvenli Transferine Yönelik Önlemler

- Transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır.
- Kullanılan ekipman kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.
- Transfer esnasında hasta düşmelerini önlemek için gerekli önlemler alınmalı ve uygulanmalıdır.
- Hastanın transferi bir sağlık çalışanı eşliğinde gerçekleştirilmelidir.
- Transfer sırasında hastaya ait gerekli kişisel bilgiler ile bakım sürecine ilişkin bilgiler ilgili sağlık çalışanları tarafından doğru ve tam olarak iletilmelidir.
- İlgili çalışanlara hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.

Hasta Geri Bildirimleri



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüş, öneri ve şikayetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	HD.GB.01.01	Sistemde, tüm geribildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsam, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.
		HD.GB.01.02	Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.
		HD.GB.01.03	Geribildirimler değerlendirilmelidir.
		HD.GB.01.04	Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

Amaç

Standart, kurumdan hizmet alanların, aldıkları hizmetler ile ilgili geribildirimlerinin sistemli bir şekilde alınarak gerekli iyileştirmelerin yapılmasını sağlamayı amaçlamaktadır.

Hedefler

- » Hasta odaklılık

Standart Gereklilikleri

Geri Bildirim Sistemi

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

Geri Bildirim Sistemi ile ilgili Bilgilendirme

- » Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da ADSH ve personel ile ilgili nasıl geri bildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.

Geri Bildirimlerin Değerlendirilmesi

- » Hasta ve hasta yakınlarından elde edilen geri bildirimler sistemli bir şekilde analiz edilmeli ve bulgular değerlendirilmelidir.
- » Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalı, geribildirimlerden etkin bir şekilde yararlanılmalıdır.

Kalite İyileştirmeleri

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

Hizmete Erişim



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	HD.HE.01.01	Hastanın ADSH'ye başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.
		HD.HE.01.02	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta tahmini olarak ne kadar süre bekleyeceği, ne zaman muayane olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.
		HD.HE.01.03	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşımında ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.
		HD.HE.01.04	Hizmet sunumu süreçleri hastanın teşhis ve tedavisinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		HD.HE.01.05	ADSH'lerde mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

Amaç

Hastaların, ADSH tarafından sunulan hizmetlere zamanında, etkin, etkili ve yeterli şekilde ulaşabilmelerine yönelik, kurumun alması gereken tedbirlerin ortaya konulması ile hizmete erişimin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta odaklılık
- » Uygunluk
- » Süreklilik
- » Hakkaniyet
- » Zamanlılık

Standart Gereklilikleri

Karşılama, Yönlendirme, Danışma

- » Hastanın ve hasta yakının başvuru sürecinin başından sonuna kadar hizmete erişimini kolaylaştırmaya yönelik tüm karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetlerinin nasıl ve ne şekilde sunulacağı önceden planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » ADSH'nin hizmet verdiği hasta popülasyonu göz önünde bulundurularak ADSH'den hizmet alan tüm hastaların (yabancı uyruklu hastalar dahil) hizmete erişimi kolaylaştırılmalıdır. Gerekğinde yabancı dil ve işaret dili bile personel temin edilebilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » ADSH, başvuran hastaların sunulan hizmetlere erişimi kolaylaştırmaya yönelik, ihtiyaç duyabileceği hizmetlerle ilgili (ADSH bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon, bilgisayar, kurum içi telefon rehberi gibi) detaylı bilgileri hastaya sağlamalıdır.

Hizmete Erişimde Kolaylaştırıcı Tedbirler

- » Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır. İlgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak bulunmalı, hastaların muayene olacağı

zaman aralığı, randevu ve sonuç verme süreleri ADSH tarafından belirlenmelidir. Hasta veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir. zaman aralığı, randevu ve sonuç verme süreleri ADSH tarafından belirlenmelidir. Hasta veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri ile merdivenler, asansörler, tuvaletler, otopark alanları gibi zorunlu kullanım alanlarına ilişkin düzenlemeler bulunmalıdır.

- » Yaşlı, engelli ve öncelik ihtiyacı olan hastaalrın sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik hizmet verilen tüm alanlarda (öncelikli oturma alanları, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelik sağlanması, tekerlekli sandalye hizmetleri vb.) düzenlemeler bulunmalıdır.
- » ADSH'den hizmet alan yaşlılar, engelliler ve hastalık durumlarına göre yardıma ihtiyaç duyanlara yönelik, hizmet süreçlerinde öncelik tanınmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

Hizmetin Zamanında Tutulması

- » Teşhis ve tedavi süresini uzatarak hasta güvenliği açısından risk oluşturabilecek sisteme bağlı sorunların ve kısıtlılıkların tespit edilmesine yönelik olarak işlemler ve işlem adımları detaylı şekilde incelenmeli, işlem sürelerinin optimal şekilde kısaltılması ve etkinliğin artırılmasına yönelik tedbirlerin alınması sağlanmalıdır.
- » ADSH, hizmet süreçlerini bu çerçevede değerlendirerek etkinlik, verimlilik ve güvenliği artırmaya yönelik çalışmalarını ve planlarını dokümanete etmelidir.
- » ADSH'lerde mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. Acil nöbet hizmetleri düzenlemeleri ve uygulanacak tedaviler kurum tarafından belirlenmiş olmalıdır.



Sağlık Hizmetleri



Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.EÖ.01.01	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik komite oluşturulmalı, sorumlulukları ve görev alanları belirlenmelidir.
		SH.EÖ.01.02	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.
		SH.EÖ.01.03	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Güvenliği,
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Komitenin Oluşturulması

ADSH'de enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü sürecinden sorumlu bir komite oluşturulmalıdır. Bu komitenin üyeleri; ilgili ülke mevzuatı, ADSH'nin personel kapasitesi, hasta profili ve ADSH ihtiyaçları göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik oluşturulan komitenin sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir:

- » Bilimsel esaslar çerçevesinde, ADSH'nin özelliklerine ve koşullarına uygun bir enfeksiyon kontrol programı belirlemek
- » ADSH'de enfeksiyon kontrolüne yönelik olarak yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamak
- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik programda belirlenen ve uygulamaya konulan faaliyetlerin etkinliğini izlemek, gerekli iyileştirme çalışmaları hakkında kararlar almak ve yönetime önerilerde bulunmak

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Program Oluşturulması

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

- » Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi
- » El hijyeni
- » İzolasyon önlemleri
- » ADSH de mevcut olan özellikli alanlarda enfeksiyon kontrolü (Ame-liyathane, izolasyon odaları vb)
- » Akılcı antibiyotik kullanımı
- » Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- » Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik yapılması gereken sağlık taramaları ile bağışıklama işlemlerinin tanımlanması

- » Hava, su ve gıda kaynaklı enfeksiyon kontrol önlemleri
- » Tesis kaynaklı tadilat, onarım, inşaat çalışmalarında enfeksiyonların önlenmesi
- » Temas sonrası profilaksi
- » Salgın veya nadir görülen enfeksiyonlar gibi olağanüstü durumlara yönelik acil durum planları ile buna uygun düzenlemelerin yapılması ve uygulanmanın etkinliğinin izlenmesi
- » Çamaşırhane, yemek hizmetleri, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi

Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi

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

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

El Hijyeni

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

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

El Hijyeni Kurallarının Belirlenmesi

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

"5 Endikasyon Kuralı"na göre;

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

el hijyeni uygulanmalıdır.

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

El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi

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

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

El Hijyeni Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar

El hijyeni uyumunu geliştirmeye yönelik asgari aşağıdaki çalışmalar yapılmalıdır:

- » El hijyeni politikasının oluşturulması
- » El hijyeni sorumlularının belirlenmesi
- » Sağlık çalışanlarının cilt bütünlüğünün korunması
- » Eğitimler
- » Hatırlatıcı, uyarıcı mesajlar
- » Malzemeye erişimin kolaylaştırılması

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

El Hijyeni Politikasının Oluşturulması ve Sorumluların Belirlenmesi

- » ADSH el hijyeni politikası tanımlanmalıdır. ADSH el hijyeni politikası asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır:
 - El hijyeninin tanımı ve kapsamı
 - El hijyeninin ADSH için önemi
 - El hijyeninin ile ilgili genel ADSH hedefleri
 - Yöneticiler ve çalışanların el hijyeni ile ilgili temel sorumlulukları
 - Sürekli iyileştirme stratejisi
 - El hijyeni ile ilgili prosedürlere atıflar
- » ADSH el hijyeni politikası, stratejik hedeflere ve ADSH uygulamalarında izlenebilir olmalıdır.

Sağlık Çalışanlarının Cilt Bütünlüğünün Korunması

El hijyeni malzemelerinin (sıvı sabun, el antiseptiği, vb.) ve eldivenlerinin cilt irritasyonuna neden olmayacak özellikle olması sağlanmalıdır.

Eğitimler

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

- » El hijyeninin önemi
- » El hijyeni yöntemleri ve endikasyonları
- » El hijyeni için "5 Endikasyon" yaklaşımının simülasyonları
- » Eldiven kullanımı ve el antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler
- » Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri

Malzemeye erişimin kolaylaştırılması

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

DSÖ kılavuzlarında yer alan öneriler çerçevesinde, **hasta bakım noktalarında** alkol bazlı el antiseptiği bulundurulmalıdır. Hasta bakım noktası 3 unsurun biraraya geldiği yerdir:

1. Hasta
2. Sağlık çalışanı
3. Hasta ya da çevresi ile teması içeren bakım ya da tedavi işlemi (hasta alanı içinde)

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

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

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

İzolasyon Önlemleri

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolünden sorumlu komite; standart önlemler ile solunum, damlacık ve temas izolasyonu gibi izolasyon önlemlerinin uygulanması gereken durumları, uygulama kurallarını, gerekli fiziki koşulları (ayrı oda/ünit, yataklar/ünitler arası yeterli mesafe, yeterli personel vb.) ve izolasyon türüne göre kullanılacak olan sembolleri içeren izolasyon kartları tanımlanmalıdır. Semboller, izolasyon önlemleri konusunda kurum içinde uygulama ve dil birliğini sağlamak, görsel şekillerin akılda kalıcılığından faydalanmak amacıyla belirlenmelidir.

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

Akılıcı Antibiyotik Kullanımı

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

Akılıcı Antibiyotik Kullanımı ile ilgili ADSH bazında gerçekleştirilmesi gereken asgari uygulamalar şunlardır:

- » ADSH'de antibiyotik kullanımı ile ilgili politikalar belirlenmeli, gerekli uygulamalar yapılmalı ve izlenmelidir.
- » Akılıcı antibiyotik kullanımı ile ilgili farkındalık oluşturulması, konuyla ilgili gerekli çalışmaların planlanması ve yürütülmesinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı, ekibin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.
- » Akılıcı antibiyotik kullanımı ilkeleri ve uygun antibiyotik profilaksisi ile ilgili rehber hazırlanmalıdır. Uygulamaların rehber doğrultusunda yapılmasını sağlamaya yönelik eğitim, bilgilendirme faaliyetleri vb. düzenlenmeli ve uygulamaların klinik pratiğe yansımaları izlenmelidir (Örn. Cerrahi profilakside antibiyotiklerin doğru kullanım oranları)
- » Antibiyotik kullanım politikaları belirlenirken uluslararası ve varsa ulusal ve/veya lokal rehberlerden yararlanılmalı, lokal direnç verileri de göz önüne alınmalıdır.
- » Kurumda antibiyotik kullanımının rehberler doğrultusunda gerçekleştirilme durumu izlenmelidir.

Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon, Asepsi, Antisepsi

Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.

Bu süreçlerde;

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

Temizlik

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

Dezenfeksiyon

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

Sterilizasyon

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

Asepsi ve Antisepsi

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

Çalışanların Mesleki Enfeksiyonu

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

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

Çamaşırhane, Mutfak, Atık Yönetimi ve Havalandırma Sistemleri gibi Destek Hizmetlerinde Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü

Aşağıda belirtilen süreçlerde enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü açısından izlenmeli, gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.

- » Sağlık hizmet sunumunda kullanılan tekstil malzemelerinin temizlenmesi

- » Sağlık hizmeti sunucuları ve hizmet kullanıcılarına sunulan gıdaların temini, depolanması, hazırlanması ve dağıtılması süreçleri
- » Sağlık hizmeti sunumunda üretilen tıbbi atıkların güvenli şekilde uzaklaştırılması ve bertarafının sağlanması
- » Yaşam sonu hizmetler, varsa morg alanı ve işleyişi
- » Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri

İzleme ve Değerlendirme

- » Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik ADSH' de gerçekleştirilen uygulamalar süreç ve sonuç bazında izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir. İzleme ve değerlendirme çalışmalarında; rutin gözlem ve kontroller, uygulamalara yönelik belirlenen süreç ve sonuç bazlı göstergeler kullanılmalıdır.
- » İzleme ve değerlendirmede elde edilen sonuçların analizi yapılmalı, belirlenen hedeflerle uyumu değerlendirilmeli ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Elde edilen sonuçlar yönetim ve ilgili çalışanlar ile paylaşılmalıdır.
- » Çalışanların enfeksiyon kontrolü ve önlenmesi ile ilgili sorumluluklarına yönelik bilgilendirme ve eğitim çalışmaları yapılmalıdır.

Sterilizasyon Yönetimi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	SH.SY.01.01	Sterilizasyon ünitesinde işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.
		SH.SY.01.02	Yeniden kullanılabilir tıbbi cihaz ve malzemelerin tekrar kullanıma hazırlanması, steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.
		SH.SY.01.03	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.

Amaç

ADSH'lerde, yeniden kullanılabilir tıbbi cihaz ve malzemelerin tekrar kullanıma hazırlanması sürecinde sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak için önemli adımlardan biri olan sterilizasyon işlemlerinin hasta güvenliği nin sağlanması ve kontrol altına alınmasıdır.

Hedefler

- » Hasta güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Sterilizasyon Ünitesinde Fiziki Alanın ve Koşulların Düzenlenmesi

Sterilizasyon ünitesinde fiziki mekân işlem basamaklarına göre düzenlenmelidir.

- Kirli alan (teslim alma, yıkama (dekontaminasyon)
- Temiz alan, (muayene hazırlık ve paketlenme alanı)
- Steril malzeme depolama ve dağıtım alanı
- Destek alanlar (su, hava, havalandırma gibi sterilizasyon ünitesinin alt yapısı ile ilgili alanlar, dinlenme odası, idari ofis odası, personel giyinme odası, WC vb.)
- » Sterilizasyon ünitesinde yüzeyler kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir olmalıdır.
- » Alanlara göre uygun sıcaklık ve nem aralıkları belirlenmeli, sıcaklık ve nem takipleri yapılarak sürekli izlenmelidir.
- » Sterilizasyon ünitesinde hava akımı steril depolama alanından kirli alana doğru olmalıdır. Havalandırma sistemi saatte en az 10 kez filtre edilmiş hava değişimi sağlamalıdır. Hava türbülansı oluşturacak herhangi bir yöntem kullanılmamalıdır. Havalandırma sistemi kesintisiz çalışmalıdır.
- » Steril depo içerisinde pozitif basınç sağlanmalıdır. Pozitif basıncın sağlanması için depo girişinde vev kolidoru oluşturulmalıdır.
- » Yıkamada kullanılan ekipman, kimyasallar ürünler için kontrollü bir depo alanı oluşturulmalıdır.
- » Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler sterilizasyon güvenliğini sağlayacak şekilde planlanmalı ve izlenmelidir.
- » Steril alanlarda depolama koşulları hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve steril malzemenin korunmasını sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.

- » Ünite fiziki alanlara ve bu alanlarda uygulanan hizmetlere göre gerekli ekipman, çalışma koşulları ve kuralları belirlenmelidir.

Sterilizasyon Hizmetinde Süreç Kontrolü

Sterilizasyon hizmeti süreci döngüsel şekilde ilerleyen işlem basamaklarından oluşur:

- » Kullanım alanından kirli alana transfer
- » Kirli malzeme Kabul
- » Yıkama-bakım
- » Paketleme
- » Yükleme
- » Sterilizasyon
- » Depolama
- » Dağıtım (Kullanım alanına transfer)
- » Steril malzemenin kullanımı

Tüm sterilizasyon süreçlerine ilişkin kurallar ulusal ve uluslararası rehberler doğrultusunda belirlenmelidir.

Tüm süreçlerde tıbbi cihaz ve malzemenin niteliği, sterilizasyon yöntemi, kullanılan ekipman ve kullanım alanına yönelik çalışma ve kontrol kuralları belirlenmeli ve ilgili çalışanlara konu ile ilgili eğitim verilmelidir. Süreçlerde tespit edilen uygunsuzluklara ilişkin düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.

Sterilizasyon ünitesi içerisinde yer alan mekanik tesisatların basınçlı kaplar (otoklav vb.), buhar kazanı, kompresör, buhar tribünlerinin düzenli aralıklarla bakımları yapılmalıdır.

ADSH de, varsa anlık sterilizasyon uygulamasına yönelik süreçlerini tanımlamalıdır. Tanımlama aşağıdaki hususları içermelidir:

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

- Çevrimler anlık sterilizasyon programına uygun kimyasal ve biyolojik indikatörlerle izlenmesi
- Tüm sürecin kayıt altına alınması

Anlık sterilizasyon tıbbi cihaz ve malzemelerin standart basınçlı doymuş buhar yöntemiyle steril edilmesi için yeterli sürenin olmadığı durumlarda kullanılmalı, rutin sterilizasyon yöntemi olarak kullanılmamalıdır.

Yıkama Dezenfeksiyon ve Paketleme Süreçleri

- » Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Yıkamada kullanılan ekipman, kimyasallar ve fiziksel parametreler (sıcaklık, konsantrasyon, makine kullanılıyorsa çevrim parametreleri gibi) dekontamine edilecek malzemelerle uyumlu olmalı, yıkama etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
- » Yıkama etkinliği kontrolü kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.
- » Malzemeler, sayımı yapılarak temiz alana teslim edilmelidir.
- » Paket içeriği, temizlik, bütünlük ve hasar açısından kontrol edilmeli ve gerekli bakım uygulamaları yapılmalıdır.
- » Tıbbi cihaz ve malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır
- » Paketlemede kullanılacak malzemeler uygulanacak sterilizasyon yöntemi ile uyumlu olmalı, sterilizasyonun etkinliğini ve steril paketlerin güvenli muhafazasını sağlamalıdır.» Tıbbi cihaz ve malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır
- » Paketlerin sterilizasyon cihazına yüklenmesine ilişkin kurallar tanımlanmalı,
- » Sterilizasyon etkinliğini azaltacak şekilde fazla ve sıkışık yükleme yapılmamalıdır.

Sterilizasyon İşlemine Yönelik Kalite Kontrol Çalışmaları

- » Sterilizasyon etkinliğinin izlenmesine yönelik ünite tarafından izlenecek yöntem ve süreçler (parametrik validasyon veya, biyolojik validasyon, ve seçilen validasyon yöntemine uygun rutin kontrol yöntemleri kimyasal ve biyolojik indikatör kullanımı gibi) tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Yıkama ve termal dezenfeksiyon etkinliğini gösteren performans testleri uygulanmalıdır.

- » Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.
- » Sterilizasyon etkinliği kimyasal ve biyolojik indikatörler ile izleniyor ise indikatör kontrol sonuçları takip edilmelidir.
- » İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.
- » Döngü sonrası paketlerin nem ve maruziyet bandı açısından kontrolü sağlanmalıdır.
- » Biyolojik validasyon yapılıyor ise ve biyolojik indikatör uygulaması tanımlanmış ise, tanımlanan kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.
 - Ünite teslim edilen ürünlerin geri çağırılması ile ilgili gereklilikler ve kurallar tanımlanmalıdır.
 - Sterilizasyon ünitesinde kullanılan tüm cihaz ve ekipmanın belirlenen sıklık ve yöntem ile temizlik, bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

Steril Malzemenin Muhafazası

- » Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza edilmelidir.
- » Havalandırma sistemi, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla kirli alana doğru akışı sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Dış hava ile doğrudan temas olmamalıdır.
- » Steril malzeme depolarında gerekli fiziki koşullar (yer tavan yüksekliği, hava sirkülasyonu, ısı, nem, temizlik vb.) sağlanmalıdır.
- » Steril depodan çıkan malzemeler, paketli açılmasa dahi yeniden steril edilmeden depoya kabul edilmemelidir.
- » Steril malzemelerin üzerinde, sterilizasyon yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır.
- » Steril malzemenin raf ömrü, paketleme, kat sayısı, paketleme gereçleri, diğer koruyucu etkenler (kapalı kutu, toz örtüsü, taşıma arabası gibi), depolama yeri gibi faktörler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Sterilizasyon İşlemlerinin İzlenebilirliği

- » Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.
- » Sterilizasyon işlemleri ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlara ulaşılabilirlik sağlanmalıdır.
 - Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi cihaz ve hangi döngüde steril edildiğine dair bilgi
 - Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
 - Validasyon raporları
 - Cihaz döngü kayıtları
 - Cihaza ilişkin testler (vakum kaçak testi, Bowie Dick test gibi)
 - Biyolojik indikatör sonucu
 - Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine dair bilgi
 - Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığına dair bilgi
 - Her aşamada gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar
- » Kullanılan steril malzeme hasta ile ilişkilendirilmeli, gerektiğinde geriye dönük olarak hastada kullanılan tıbbi cihaz ve malzemenin sterilizasyon ünitesindeki kayıtlara ulaşılabilirlik sağlanmalıdır.

İlaç Yönetimi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.İ.Y.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.İ.Y.01.01	Kurumlarda ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesini ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
		SH.İ.Y.01.02	İlacın kurumdaki tüm süreçlerine ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
		SH.İ.Y.01.03	Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
		SH.İ.Y.01.04	İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.
		SH.İ.Y.01.05	İlaçların hazırlama ve transferi aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.İ.Y.01.06	İlaçların uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.İ.Y.01.07	Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Amaç

İlacın dahil olduğu tüm süreçlerde, hasta ve çalışana yönelik riskleri en az düzeye indirmektir, süreçlerin etkin ve verim şekilde yürütülmesini sağlamaktır.

Hedefler

- | | |
|-------------------|---------------------------|
| » Hasta Güvenliği | » Sağlıklı Çalışma Yaşamı |
| » Etkinlik | » Hasta Odaklılık |
| » Verimlilik | » Uygunluk |
| » Zamanlılık | » Süreklilik |

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » ADSH'de etkin bir ilaç yönetim sistemi oluşturmak için öncelikle, yeterli düzeyde dokümantasyon içeren aktif bir yönetim tasarımı oluşturulmalıdır. Bu yönetim tasarımı yer alan kişilerin ilaç güvenliğine ilişkin görev ve sorumlulukları tanımlanmalı, yetkinliklerini iyileştirmek amacıyla gerekli eğitim imkânları sağlanmalıdır.
- » İlaç yönetimine dair dokümanlar, ADSH'nin ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Dokümanlar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - İlaçların temini
 - İlaç yönetiminde yer alan çalışanların görev ve sorumlulukları
 - İlaçların muhafazası
 - İlaç istemleri
 - İlaçların transferi
 - İlaçların hazırlanması
 - İlaç uygulamaları
 - Tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası

- İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü
- Advers etki bildirimleri
- İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler
- Yüksek riskli ilaçların yönetimi ve istem süreci
- Tehlikeli ilaçlar ve hata durumunda müdahale yöntemleri
- Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza şartları uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçların imha süreçleri
- Yarım doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözeltilerin imha süreçleri
- İlaç atıklarının yönetimi
- İlaç güvenliğini sağlamak amacıyla oluşturulan özel nitelikli ilaçlara ait tablolar
- » Özel niteliğe sahip ilaç grupları, ilgili ülke mevzuata uygun olarak ADSH tarafından belirlenmeli, bu tür ilaçların etkin ve güvenli kullanımına yönelik uyarıcı mekanizmalar (renkli veya sesli uyarılar gibi) kullanılarak etkin kullanımı sağlanmalıdır.
- » Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmiştir:
 - Acil Pediatrik İlaçlar
 - Görünüşü Benzer İlaçlar
 - Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
 - Psikotrop İlaçlar
 - Narkotik İlaçlar
 - Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
 - Yüksek Riskli İlaçlar
 - Hazırlanması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren ilaçlar
 - Konsantre elektrolitler
 - Gebelik ve emzirmede kullanılması gereken ilaçlar
 - Sitotoksik ilaçlar
 - İkincil takip gerektiren ilaçlar

İlaç Yönetiminde İletişim

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

- » Çalışanlara, ilaç yönetimi ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeylerini artırmaya yönelik eğitim verilmelidir.
- » Hasta, kendisine uygulanan ilaçlarla ilgili olarak bilgilendirilmelidir.

İlaçların Temini

- » ADSH'de ilaç temin taleplerine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir. Bu kurallar çerçevesinde; kimlerin ilaç temin talebinde bulunabileceği, talep yöntemi, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceği tanımlanmalıdır.
- » Temini gerçekleştirilecek ilaç türlerinin ve miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler, temin talepleri ve tüketim analizleri göz önünde bulundurulmalıdır.

İlaçların Muhafazası

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

- » Güvenlik ve emniyet açısından depolara sorumlu personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.
- » Bu alanlarda ilaçların, niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanması gerekmektedir. Bu amaçla, ihtiyaç duyulan iklimlendirme, ışık kontrolü gibi düzenlemeler gerçekleştirilmeli ve fiziki koşulların takibi yapılmalı, elektrik kesintisi gibi olağanüstü durumlarda soğuk zincirin korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.
- » İlaç kutularının hemzemin yerleşimi yapılmamalı, raf alt hizalarının yerden yüksekliği sel veya su basması gibi durumlarda ilaçların etkilenmeyeceği yükseklikte olmalıdır.

- » Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.
 - Yerleşim planının hazırlanması sırasında, özel niteliğe sahip ilaçlar için ayrı alanlar tanımlanmalı, yazılış/okunuşu/görünüşü benzer ilaçların yerleşiminin birbirine uzak olması sağlanmalıdır.
- » Psikotrop ve narkotik ilaçların güvenliğine yönelik tüm ADSH alanlarında gerekli muhafaza tedbirleri alınmalıdır.
- » Yüksek riskli ilaçlara yönelik uyarıcılar(etiket vb.) etkin olarak kullanılmalıdır.

İlaç İstemleri

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

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

Yatan hastalar için hazırlanan tedavi planına aktarılan uygulama istemleri asgari şu bilgileri içermelidir:

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

İlaçların Transferi

- » Depolardan ilaçların transferi sırasında kılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.
- » İlacın güvenli transferi için gerekli donanım (ilaç taşıma kutuları, forklift benzeri araçlar vb.). temin edilmelidir. Bu donanım, transferi sağlanacak ilacın miktarına göre değişiklik gösterebilir

- » Transferi gerçekleştirecek sağlık personeline ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmelidir.

İlaçların Hazırlanması

- » Eczanede ilaç hazırlayan, kişiler ilaç konusunda yeterli bilgi ve deneyime sahip olmalıdır.
- » Bölünmüş ambalajların (kesilmiş blister tabletler vb.) tanımlanması için tedbirler alınmalı, hazırlanan tüm ilaçların son kullanma tarihleri kontrol edilmeli ve istemleri teyit edilmelidir.
- » Hazırlama esnasında özel teknik/ekipman veya uzmanlık gerektiren (ilaçlar, uzmanı tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir. Hazırlama esnasında renkli etiketle işaretli ilaçlar için renge ait yönergeler uymalıdır.

İlaç Uygulamaları

- » İlaçlar, uygulama öncesi ilaç hazırlama ortamında her hasta için özel olarak hazırlanmalı, belirlenen kurallar çerçevesinde dikkatle uygulanmalı ve uygulama işlemi kayıt altına alınmalıdır.
- » İlaç uygulamaları, sadece ilaç uygulamaya yetkili personel tarafından (diş hekimi, hemşire, hemşire gözetiminde stajyer vb.) gerçekleştirilmelidir. Uygulama öncesinde hasta kimliği doğrulanmalı ve tedavi bilgileri teyit edilmelidir. Özellikle riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar takip edilmeli, oluşabilecek reaksiyonlara karşı hazırlıklı olunmalıdır.

Hasta Beraberinde Gelen İlaçların Kontrolü

- » Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
- » Hasta yanında hiçbir surette ilaç bırakılmamalı, yatış işlemi esnasında hastanın beraberinde getirdiği ilaçların kontrolü sağlanmalıdır.
- » Hastadan teslim alınan ilaçlar miat ve fiziksel durum kontrolünden geçirilmelidir.
- » Son kullanma tarihi geçen, fiziksel yapısında değişim tespit edilen ilaçlar hasta bilgilendirilerek imha edilmelidir.

İzlenebilirlik

- » Tüm ilaç yönetimi sürecinde oluşturulan verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.
- » Çalışanların herhangi bir aşamada yaşanan sorunları bildirebilmesini sağlayacak bilgi altyapısının oluşturulması ve etkin olarak kullanılması gerekmektedir.
- » İlaç yönetimine ilişkin bildirim gerekli sorunlar asgari olarak advers etki ve ilaç hataları konularını kapsamalıdır.
- » Advers etkiler, kayıt altına alınarak farmokovijilans sistemine bildirilmelidir. Farmokovijilans sorumlusu tanımlanmalıdır.
- » İlaçla ilgili süreçlerde yaşanan hatalar ve ramak kala olaylar istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında bildirim, ilgili uzmanlarca incelenmeli, tespit edilen hata kaynaklarına yönelik iyileştirmeler yapılmalıdır.



Hasta Bakımı



Standart 1

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç multidisipliner yaklaşımla bakım sürecindeki tüm sağlık profesyonellerinin katılımını sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
		SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
		SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.
		SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek güncellenmelidir.
		SH.HB.01.05	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
		SH.HB.01.06	Hastanın sevki veya tedavinin tamamlanmasına yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
		SH.HB.01.07	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.

Amaç

ADSH'den hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır.

Hedefler

- | | |
|-------------------|--------------|
| » Hasta Güvenliği | » Etkinlik |
| » Uygunluk | » Devamlılık |
| » Zamanlilik | » Hakkaniyet |

Standart Gereklilikleri

- » Hasta bakımı, hastaların ADSH' ye kabulünden tedavinin tamamlanmasına kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.
- » Hasta bakımı, ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.

Hasta Bakım Süreçlerinin Tanımlanması

- » Hasta bakımına yönelik sunulacak hizmetlerin etkinliğini sağlamak amacı ile bakım süreçleri tanımlanmalıdır. Bu tanımlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - Ayaktan/Yatan hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
 - Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması
 - Planlanan bakımın hastaya uygulanması
 - Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
 - Gerekğinde bakımda değişiklikler yapılması

- » Hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın planlanması, uygulanması ve izlenmesi ile ilgili tüm aşamalar, multidisipliner bir anlayış ile bakım ekibinin tüm üyeleri tarafından koordineli bir biçimde gerçekleştirilmelidir. Söz konusu işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.
- » Hasta/hasta yakınının bakım süreçlerine katılımı sağlanmalıdır.
- » Yatan hastalara ilişkin değerlendirme, bakım planı ve izlem sonuçlarının tüm çalışanlarca izlenebilir olması sağlanmalıdır.

Hazırlanan bakım planında hasta ile tespit edilen sorunlar, sorunlara yönelik hedefler, alınan önlemler ve yapılan girişimler ile değerlendirmeler izlenilmelidir.

Hasta Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi

- » Hastanın bakım ihtiyaçları; yatan hastalarda hasta bölüme kabul edildiğinde, ayaktan hastalarda ise ayaktan sağlık hizmeti alınan bölümde hastaya bakım verecek sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmelidir.
- » Bakım ekibinin tüm üyeleri hastayı kendi hizmet alanı ile ilgili olarak değerlendirmeli ve hastanın bakım ihtiyaçlarını tespit etmelidir.
- » Hastanın bakım ihtiyaçları tespit edilirken; hasta öyküsü, fiziki muayene var ise tanısal test sonuçları ile birlikte hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeye hasta/hasta yakını da dahil edilmelidir.
- » Belirlenen bakım ihtiyaçları çerçevesinde, hastaya uygulanacak işlemlerde (dolgu, kanal tedavisi vb.) hasta güvenliğini sağlayacak tedbirler alınmalı, doğru işlemin, doğru bölgeye yapılması sağlanmalıdır.

Bakım Planlanmasında Hastanın Sahip Olduğu Klinik Risklerin Göz Önünde Bulundurulması

Klinik risk değerlendirmesi kapasamında hastanın kliniğe göre asgari aşağıdaki başlıkları kapsamalıdır.

- Alerjik risk değerlendirmesi
 - Hastaların güvenli transferi
 - Yatan ve belirlenen ayaktan hasta gruplarına yönelik ağırlık değerlendirmesi
 - Bilinç düzeyi takibi
 - Beslenme durumunun değerlendirilmesi
 - Ağız bakımı ve takibi
 - Cihaz kaynaklı risklerin değerlendirilmesi
- » Riskli görülen hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.

Hasta Bakım Planları

- » Bakım planı, hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.
- » Hasta bakımı uygulamalarında tedavi ve bakımın sürekliliği esastır. Bakım planları hastanın tedavi sonrası kontrollerini de kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.
- » Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler (bakım ihtiyaçlarının değişmesi, , hastaya herhangi bir girişimde bulunulması, kullandığı ilaçların değiştirilmesi vb.) bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir. Bakım planında yapılan güncellemelerden ilgili sağlık çalışanları haberdar olmalıdır.

Hasta/Hasta Yakınının Bakım Sürecine Katılımı

- » Hasta/hasta yakınının ADSH/bölüme uyumu sağlanmalıdır. Hasta/hasta yakınları; ADSH de uymaları gereken kurallar, kahvaltı ve yemek saatleri, telefon kullanımı, sağlık çalışanlarına nasıl ulaşabilecekleri, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin ne şekilde bilgi alabilecekleri vb. konularda bilgilendirilmelidir.
- » Hastaya hizmet veren tüm bakım ekibi, hasta/hasta yakınları ile beklenti, ihtiyaç ve değerlerini gözeterek şekilde iletişim kurmalıdır. Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde pozitif bir diyalog içinde bulunulmalıdır.» Bakım uygulamaları kapsamında hastaya yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta/

- hasta yakını işlemi uygulayacak kişi tarafından, işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onay alınmalıdır.
- » Bakım uygulamaları kapsamında hastaya uygulanacak tüm işlemlerde hasta/hasta yakını işlemi uygulayacak kişi tarafından, işlem hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakınları bakım uygulamalarının seyri konusunda kurum tarafından belirlenen sıklıkta ve zamanda bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler (evde protez bakımı, doğru diş fırçalama, tedavinin tamamlanmasını takiben dikkat edilmesi gereken hususlar, ADSH'de uyulması gereken kurallar, hizmete erişim vb. konularda) verilmelidir.
- » Riskli işlem uygulanması durumunda, hasta işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onay alınmalıdır.

Hasta Eğitimleri

- » Hasta/hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir. Eğitim içeriği; hasta hakları, ilaçların kullanımı, bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar, uygulanan tedavilerin devamlılığı, tamamlanmış tedavilerin kontrol aşamaları vb. konuları kapsamalıdır.

Hastanın Sevk Edilmesi

Belirlenen Belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda başka bir ADSH'ye sevkine karar verilen hastaların sevk işlemleri ADSH'nin oluşturduğu mevcut plan dâhilinde gerçekleştirilmelidir.

- » Sevk işlemlerinde hasta ve hasta yakınının katılımı sağlanmalı, gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.
- » Sevk öncesinde sevk edilecek kurumla koordinasyon sağlanmalıdır
- » Sevk sırasında, hastanın klinik durumu, (varsa) yapılan müdahale, tanı/tedavi işlemleri gibi hasta bakım sürecine yönelik bilgiler doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.

Hastanın Tedavisinin Tamamlanması

Hastanın tedavisinin tamamlanmasına yönelik işlemler planlanmalıdır.

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

Hastaya Ait Kayıtlar

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

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

Hastanın Yaşamının Sona Ermesi

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

Standart 2

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.02.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	SH.HB.02.01	Hastalar kendine ya da başkalarına zarar verme riski açısından değerlendirilmelidir.
		SH.HB.02.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.

Amaç

Ajite, konfüze ve agresif hastalar ile demans, deliryum ya da suisit girişimi tanısı konmuş hastalar, bazı psikiyatrik hastalar kendine ve başkalarına zarar verme riski yüksek hasta gruplarındandır. Bu ve benzeri durumlardan herhangi birinin varlığı durumunda hastanın kendine ya da başkalarına zarar vermesini engellemek amaçlanmaktadır.

Hedefler

- » Hasta güvenliği
- » Uygunluk
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Devamlılık
- » Zamanlılık

Standart Gereklilikleri

Hastaların Kendine ya da Başkalarına Zarar Verme Riskinin Değerlendirilmesi

Bakım hizmeti sırasında kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar tarafından bilinmelidir.

Alınacak Önlemler

Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar için alınacak önlemler planlanmalıdır.

Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik alınması gereken asgari önlemler şunlardır:

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

Standart 3

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.HB.03.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	SH.HB.03.01	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.
		SH.HB.03.02	Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.

Amaç

Hasta bakım uygulamaları açısından özellik arz eden hasta grupları ve bu gruplara hizmet verilen bölümlere özgü bakım uygulamalarının bilimsel kurallar ve kabul görmüş yaklaşımlar çerçevesinde standardizasyonunun sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Uygunluk
- » Zamanlılık
- » Hakkaniyet

Standart Gereklikleri

Özellikli Hasta Grupları ve Bu Gruplara Özgü Bakım Uygulamalarına Yönelik Süreçlerin Belirlenmesi

Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir. ADSMADSH bu örneklerden yola çıkarak kurumdaki özellikli hasta gruplarını belirlemelidir:

- Psikiyatri hastaları
- Işın tedavisi/kemoterapi tedavisi alan hastalar
- Geriatri hastaları
- Bağırsıklık sistemi baskılanmış hastalar
- Alerjik hastalar
- Yenidoğan anomalisi olan hastalar
- Hamileler
- Madde bağımlıları
- Bakteriyel endokardit riski taşıyan hasta grupları
- Orofasial ağır travmatik yaraları veya maksillomandibular kırıkları olan hastalar
- İhmal/İstismara uğramış hastalar

- vb.
- » Özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Orofasial ağır travmatik yaraları veya maksillomandibular kırıkları olan hastalar
 - Hizmet sunum süreçleri
 - Hizmet verilecek ortam şartları
 - Gerekli ekipmanlar
 - Özel bakım uygulamaları ve işlemler

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Özel Uygulama ve İşlemlerin Belirlenmesi

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



Radyasyon Güvenliği



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	SH.RG.01.01	Radyasyon Güvenliğine yönelik komite oluşturulmalıdır.
		SH.RG.01.02	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlar tanımlanmalı ve bu alanlara yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.
		SH.RG.01.03	Radyasyon içeren işlemler için uygulama kuralları belirlenmelidir.

Amaç

Radyasyon alanlarında hasta ve çalışanların radyasyon maruziyetlerini azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı çalışma yaşamı
- » Etkinlik
- » Zamanlılık
- » Uygunluk

Standart Gereklilikleri

Radyasyon Güvenliğine Yönelik Komite

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

- » ADSH'de tıbbi ışınlama uygulamalarından doğan risklerin azaltılması
- » Alınması gereken tedbirlere yönelik planlamaların yapılması
- » Radyasyon kaynaklarının izlemlerinin yapılarak hasta ve çalışan güvenliği çerçevesinde değerlendirilmesine yönelik kararların alınması
- » Alınan kararların uygulanmasının izlenmesi

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

Radyasyon Alanları

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

Koruyucu Önlemler ve Uygulama Kuralları

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

Fiziksel Düzenlemeler

- » Mevzuat gereği yetkili kurum ya da kuruluşlara lisanslama işlemi yaptırılmalıdır.
- » Radyasyon kaynağının bulunduğu alanlarda zırhlama yapılmalıdır.
- » Radyasyon alanlarında radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.
- » Radyasyon alanlarında uygun havalandırma koşulları sağlanmalıdır.

- » Fiziksel düzenlemeler, tıbbi ışınlama uygulamalarında hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyon kaynağına mümkün olan en uzak mesafede bulunmalarını sağlayacak şekilde planlanmalı, bekleme salonları radyasyon alanlarının dışında olmalıdır.
- » Radyasyon güvenliğini tehlikeye atacak olası kaza durumlarında alınacak önlemleri belirlenmelidir. Radyoaktif madde kullanımından oluşan atıkların kontrolü sağlanmalıdır.

Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Düzenlemeler

- » Hastanın gerekli radyasyon koruyucu donanımı kullanması sağlanmalıdır.
- » Hastanın sadece çekim yapılacak bölgesi ışınlanmalıdır. Panoramik radyografide ve sefalografide tanı için gerekli olan bölge belirlenmeli ve mümkün olduğunca sadece çekim yapılacak bölge ışınlanmalıdır.
- » Radyasyon maruziyetini azaltmaya yönelik tedbirler çerçevesinde çekim odasına sadece çekim yapılacak hasta alınmalıdır.
- » Panoramik radyografide pozisyon hatalarına dikkat edilmelidir.
- » Gebe ve gebelik şüphesine yönelik sorgulamalar istem sürecinde ve uygulama sürecinde ayrı ayrı yapılmalıdır.
- » Gebe ve gebelik şüphesi olanlar için tıbbi ışınlama yapılması zorunlu ise radyasyon güvenliği konusunda bilgilendirilmeli ve koruyucu tedbirler alınmalıdır.
- » Tıbbi ışınlama sürecinin her aşamasında hastaların konforlarının ve mahremiyetinin sağlanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Çocuk hastalara yapılacak çekimlerde maruziyeti azaltmaya yönelik tedbirler alınmalı ve çekim tekrarları en aza indirilmelidir.
- » Radyasyon uygulamaları yapılırken görüntüleme ünitesinin kapıları kapalı tutulmalıdır.
- » Hasta yakınları gerekmedikçe görüntüleme alanına alınmamalı, alınması durumunda koruyucu donanım kullanımı sağlanmalıdır.
- » Radyasyon yayan cihazların kullanım sıklığına göre kalibrasyon ve kalite kontrol testleri periyodik olarak yapılmalıdır.

Çalışanlara Yönelik Düzenlemeler

- » Çalışanların radyasyon koruyucu donanım kullanması sağlanmalıdır.
- » Radyasyon koruyucuların (en az yılda bir kez olmak üzere ve gerekli görüldüğü durumlarda) kontrolleri yapılmalıdır.
- » Çalışanların bireysel dozimetre kullanımı sağlanmalıdır.
- » Dozimetre sonuçları izlenmeli ve çalışanlarla paylaşılmalıdır.
- » Sonuçlar değerlendirilerek gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Protez Laboratuvarı Hizmetleri



Standart 1

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.PL.01.00	Protez Laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	SH.PL.01.01	Protez Laboratuvarında hastaya ait protetik materyalin kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem görmesi ve işlem sonrası teslimi için belirlenen alanlar, protezin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.PL.01.02	Protez laboratuvarında bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

- » Kurum içerisinde yapılacak protetik işlemler tanımlanmalı ve bu iş tanımına uygun fiziksel alt yapı sağlanmalıdır.
- » Protez laboratuvarında; hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlem sonrası protezin teslimi gibi süreçler için gerekli alanlar ve bu alanlara yönelik kurallar belirlenmelidir.
- » Tanımlanan alanlara ilişkin personel giriş çıkış kuralları belirlenmelidir.
- » Tanımlanan alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar (alan büyüklüğü, alanın etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama, ortam sıcaklığı, ortam nem oranı, havalandırma koşulları, giriş ve çıkışa yönelik düzenlemeler, acil durumlara yönelik düzenlemeler vb.) belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- » Havalandırma sisteminin düzenli olarak bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.

Standart 2

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.PL.02.00	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.PL.02.01	Ölçü alımından protetik materyalin protez laboratuvarına transferi, kabulü ve işlem öncesi hazırlanması süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.PL.02.02	Gerektiğinde ölçünün yenilenmesine dair kurallar belirlenmeli ve ilgili dış hekimlerine bilgi verilmesi sağlanmalıdır.
		SH.PL.02.03	İlgili sağlık çalışanlarına; protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim verilmelidir.

Amaç

Ölçü alımından protetik materyalin protez laboratuvarına transferi, kabulü ile işlem öncesi hazırlanması süreçlerinin kontrol altına alınması suretiyle protezin uygunluğu ve güvenilirliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik
- » Uygunluk

Standart Gereklilikleri

Ölçü Alımı

- » Ölçü alımı ile ilgili genel kurallar belirlenmeli ve ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.
- » Ölçünün alındığı zaman doğru şekilde kaydedilmelidir.
- » Ölçünün alınması, ölçünün laboratuvara kabulü veya reddi BYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.

Protetik Materyalin Transferi

- » Protetik materyalin laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem vb), uygun ölçü pozisyonu, transfer sıcaklığı vb. hususlar konusunda ilgili personele bilgilendirme yapılmalıdır.
- » Protetik materyal için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. Transferin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.

Protetik Materyalin Laboratuvara Kabulü ve İşleme Hazırlanması

- » Protez güvenliğinin sağlanması için, teslim alınan protetik materyalin, belirlenen ölçütlere uygunluğunun değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeye göre materyalin kabul veya reddedilmesi yönünde düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Protetik materyalin kabul veya reddi ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, materyali gönderen bölüm/hekim, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır.
- » Protetik materyal, laboratuvara kabulü yapılmadan çalışmaya alınmamalıdır.
- » Protetik materyalin kabul veya reddi bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılmalıdır.
- » İlgili personel kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitilmelidir.
- » Reddedilen protetik materyal ilgili olarak analizler yapılmalı, gerekli görülen düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.

Standart 3

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.PL.03.00	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.PL.03.01	Protez laboratuvarında protez yapım aşamalarına ilişkin süreçlere yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.PL.03.02	Protez laboratuvarında bulunan protetik materyal ile malzeme ve cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
		SH.PL.03.03	Protezin uygunluğuna yönelik kalite kontrol işlemleri tanımlanarak uygulanmalıdır.

Amaç

Protez yapım süreçlerine yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliği ile hasta güvenliğinin temin edilmesidir

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Protez yapım süreci ile ilgili standart gereklilikleri aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

Modelin Oluşturulması

- » Modelin oluşturulmasına ilişkin aşamalar tanımlanmalı, aşamalara ilişkin kurallar belirlenmelidir.
- » Belirlenen kurallara ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

Protezin Tamamlanması

- » Model oluşturulduktan sonra protezin tamamlanmasına kadar tüm aşamalar tanımlanmalı, bu aşamalara ilişkin kurallar belirlenmelidir.
- » Belirlenen kurallara ilişkin ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

Malzeme ve Cihaz Yönetimi

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

- » Cihazların ve malzemelerin yönetimine yönelik olarak planlar oluşturulmalıdır.
 - » Tüm cihazların envanteri bulunmalı, periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanmalıdır.
 - » Cihazlara yönelik tanımlayıcı bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Cihazın adı
 - Cihazın markası ve modeli
 - Üretim ve hizmete girdiği tarihi
 - Seri numarası
 - Temsilci firma bilgisi
 - » Cihazın çalışma süreci ile ilgili bilgileri içeren bir dosya hazırlanmalı, dosyadaki bilgilerin güncel olmasına ve çalışanlar tarafından anlaşılabilir olmasına dikkat edilmelidir. Bu dosyada asgari aşağıdaki bilgi ve dokümanlar yer almalıdır:
 - Kullanım kılavuzu veya CD'si
 - Varsa cihaza ait kalibrasyon kayıtları ve sertifikaları
 - Varsa kalite kontrol sonuçları
 - Cihaz bakım formları
 - Arıza bildirim formları
 - Firma iletişim bilgileri
 - Kullanıcı eğitim sertifikaları
 - » Kullanıcılara, cihaz kullanımı, cihazın bakım ve temizliği, cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği gibi konularda eğitim verilmelidir.
 - » Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.
- Malzemelerin güvenli ve verimli kullanımına yönelik kurallar belirlenmelidir.

Protezin Kalite Kontrolü

- » Protezin uygunluk/uygunsuzluk durumuna yönelik kalite kontrol işlemleri tanımlanarak uygulanmalıdır.
- » Protezin kalite kontrol sürecine dair veriler izlenebilir olmalıdır.

Standart 4

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.PL.04.00	Protez yapımı sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.PL.04.01	Tamamlanmış protez, Protez Teslim Raporu ile teslim edilmelidir.
		SH.PL.04.02	Protezin belirlenen teslim süresinde hastaya takılması sağlanmalıdır.
		SH.PL.04.03	Hasta, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendirilmelidir.

Amaç

Protezin tamamlanmasından hasta yararına kullanılmasına kadar süreçlerde hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Uygunluk
- » Zamanlılık
- » Süreklilik
- » Hasta Odaklılık

Standart Gereklikleri

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

Protez Teslim Raporları

- » Laboratuvar tarafından protez teslim raporlarında asgari bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.
- » Teslim raporlarında asgari bulunması gereken zaman parametreleri şunlardır:
 - Ölçünün alındığı tarih ve saat
 - Ölçünün laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
 - Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat
 - Protezin teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat
- » Protez Teslim Raporları ilgili personelin görüş, öneri ve yorumlarını da ekleyebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.
- » Protez teslim süreleri ve bu süreler ile ilgili bilgilendirme yapılması konusundaki asgari gereklilikler şunlardır:
 - Protez teslim süreleri ADSH koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek belirlenmelidir.
 - Belirlenen süreler konusunda ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.
 - Hastalar protez teslim süresi konusunda bilgilendirilmelidir.
 - Herhangi bir nedenle protezin teslimi ile ilgili bir gecikme söz konusu olduğunda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.

Standart 5

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.PL.05.00	Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	SH.PL.05.01	Ölçü ve protezin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.

Amaç

Protez laboratuvar süreçlerinin analizi ve iyileştirilmesine yönelik veri elde etmek için proteze ilişkin süreçlerin izlenebilirliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Zamanlılık
- » Süreklilik
- » Hasta Güvenliği

Standart Gereklilikleri

- » Protez Laboratuvarı kayıtlarında hastadan ölçü alınmasından başlayarak protez yapım süreci sonuna kadar, alınan ölçünün ve hazırlanan protezin her aşamada izlenebilir olması sağlanmalıdır.
- » Protez Laboratuvarı bilgi yönetim sisteminde protez yapım süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:
 - Hastanın adı-soyadı
 - Protokol numarası
 - Muayene tarih ve saati
 - Muayeneyi yapan diş hekiminin adı-soyadı, bölümü
 - Ölçü alımında kullanılan materyal
 - Ölçünün;
 - ✓ Alındığı tarih ve saat
 - ✓ Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
 - Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat
 - Varsa ölçü tekrarı ve sonuçları
 - Protez teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat
 - Raporu onaylayan çalışanın ve/veya laboratuvar sorumlusunun adı-soyadı



Güvenli Cerrahi



Standart 1

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	SH.GC.01.01	Güvenli cerrahi süreçlerine ilişkin işlem basamakları ve kuralları tanımlanmalıdır.
		SH.GC.01.02	Cerrahi uygulama öncesinde hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.GC.01.03	Cerrahi uygulama esnasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.GC.01.04	Cerrahi uygulama sonrasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Amaç

Tıbbi hataların önlenmesi açısından önemli bir yere sahip olan güvenli cerrahide, cerrahi uygulamaların Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta güvenliği
- » Hasta odaklılık
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Hakkaniyet

Standart Gereklilikleri

Dokümantasyon

ADSH, güvenli cerrahi süreçlerine ilişkin işlem basamaklarını ve kuralları dokümante etmelidir. Dokümanlarda asgari aşağıdaki konulara yer verilmelidir:

- » Cerrahi süreçlere ilişkin kurallar
- » Ameliyathane ortamına ilişkin parametreler
- » Ameliyathaneye giriş ve çıkış kuralları
- » Ameliyathanelerde ilaç, malzeme ve cihaz yönetimi
- » Ameliyathane dışında yapılan cerrahi uygulamalara yönelik süreçler ve bunlara yönelik ilişkin kurallar

Hastanın Bilgilendirilmesi ve Rızasının Alınması

- » Cerrahi ve anestezi uygulamaları hakkında dış hekim ve anestezi uzmanı tarafından hastaya sözlü bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme ile hastanın hastalığı ve tedavisi hakkında bilgi sahibi olması, önerilen işlemi ve risklerini, müdahalenin kim tarafından, nerede ve ne zaman yapılacağını öğrenmiş olması sağlanmalıdır.

- » Hastaya tamamen kendi serbest iradesiyle karar verme hakkı tanıldıktan sonra, önerilen cerrahi uygulamayı ve uygulanacak anestezi yöntemini kendi rızası ile kabul ettiğini beyan eden rıza formu imzalatılmalıdır.

Cerrahi Bölge İşaretlemesi

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

- » İşaretlemeyi, cerrahi uygulamayı yapacak kişi veya ekipten bir dış hekim yapmalıdır. İşaretleme, hasta ameliyathaneye götürülmeden yapılmalıdır.
- » Cerrahi bölge işaretlemesi bilinci açık hastalarda mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılmalı ve işaretleme sırasında işaretleme yapılacak alan hastaya doğrultulmalıdır.
- » İşaretleme daha önceden belirlenen, açık ve anlaşılır bir yöntem ile yapılmalıdır.
- » İşlem yapılacak bölge işaretlenmelidir. Birden fazla bölgede işlem yapılacaksa tüm bölgeler işaretlenmelidir.
- » İşaretleme, kolaylıkla silinmeyecek bir şekilde yapılmalıdır. Yapılan işaretleme cerrahi alan temizliği sırasında kaybolmamalıdır.
- » İşaretleme, cerrahi yapılacak yere veya çok yakınına yapılmalı ve belirgin olmalıdır.
- » ADSH tarafından cerrahi bölge işaretlemesine ilişkin kontrendikasyonlar belirlenmelidir. Kontrendikasyon bulunması durumunda cerrahi bölge ile ilgili doğrulama süreçlerinin nasıl uygulanacağı tanımlanmalıdır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi

Cerrahi bakım güvenliğini sağlamak amacıyla anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyattan çıkmadan önceki süreçlere yönelik olarak Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) (2009) tarafından uygulamaya konulan “Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi” uygulanmalıdır. Kurumsal gereksinimler çerçevesinde DSÖ Güvenli Cerrahi Kontrol listesindeki asgari şartlar sağlanmak koşulu ile liste üzerinde düzenlemeler yapılabilir. Hastanın klinikten ayrılmadan önceki süreçlerini değerlendirmeye yönelik olarak asgari aşağıdaki konuları içerecek şekilde gerekli kontroller yapılmalıdır.

- » Hasta kimliğinin doğrulanması
- » Hasta rızasının alınması
- » Ameliyat öncesi hastaya ait fiziksel hazırlıkların tamamlanması (açlık durumu, traş ihtiyacı, makyaj, oje, protez kontrolü gibi)
- » Ameliyat öncesi gerekli özel işlemler (lavman, mesane kateterizasyonu, varis çorabı vb.)
- » Ameliyat için gerekli olabilecek özel malzeme, implant, kemik grefti, kan ve kan ürünleri vb. hazırlığının teyit edilmesi
- » Hastanın gerekli laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinin kontrolü
- » Kontrol listesini uygulamaya yönelik sorumluluklar her aşama için belirlenmeli ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin etkin bir şekilde uygulanması sağlanmalıdır.
- » Anahtar faaliyetlerin yerine getirilmesini sağlamak için bütün adımlar sözlü olarak kontrol edilmelidir. Kontrol listesini uygulayan kişi her evrede listede belirtilen görevlerin tamamlanıp tamamlanmadığına bakmalı, görev tamamlanmışsa bir sonraki evreye geçişe izin vermelidir.
- » Güvenli Cerrahi Kontrol İlistesi hasta dosyasında arşivlenmelidir.

Hasta Transferi

- » Hastanın ilgili bölümden ameliyathaneye, ameliyathane içi ve ameliyathaneden ilgili bölüme güvenli transferi sağlanmalıdır. (Bkz. Hastanın Güvenli Transferi)

Kişisel Eşyalar ve Protezlerin Kontrolü ve Güvenliği

- » Ameliyat öncesi hastaya ait çıkarılabilen protezlerin ve değerli eşyaların teslimi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.
- » Hastaya ait eşyaların korunmasına yönelik işleyiş belirlenmelidir.
- » Çıkarılmayan eşyalar ya da protezlere yönelik son kontrol ameliyathane çalışanları tarafından yapılmalıdır.

Cerrahi Öncesi Hazırlıklar

- » Planlı ve acil ameliyatlara öncesi cerrahi uygulamaya yönelik yapılması gereken hazırlıklar belirlenmeli ve planlanmalıdır.
- » Cerrahi uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve malzemeler temin edilerek gerekli kontroller yapılmalıdır. Kullanılacak olan cihazlar kullanıma hazır hale getirilmelidir.
- » Preoperatif dönemde kanama açısından risk olduğu düşünülen vakalarda kan veya kan ürünlerine yönelik planlama yapılmalıdır. Bu plan kapsamında, cerrahi uygulamada ihtiyaç olması halinde gerekli olabilecek kan veya kan ürünleri ulaşılabilir olmalıdır.

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

Güvenli Anestezi Uygulamaları

- » Hasta preoperatif devrede anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı tarafından değerlendirilmeli, buna göre anestezi yöntemi ve gerekli görülen premedikasyon planlanmalıdır.
- » Anestezi uygulamalarının güvenliğini sağlamaya yönelik kontrol listesi kullanılmalıdır.
- » Anestezi güvenlik kontrol listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

Cerrahi Profilaksi

Akılci antibiyotik kullanım ilkeleri çerçevesinde cerrahi profilaksi rehberi oluşturulmalıdır. Yapılan uygulamaların etkinliği bu rehber doğrultusunda izlenmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Cerrahi Sonrası Bakım

- » Hastaların cerrahi sonrası ameliyat odası ve uyandırma ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
- » Her aşamada hasta ile ilgili kayıtlar tutulmalı ve bir sonraki aşamaya hasta ile ilgili bilgi ve kayıtların güvenli bir şekilde aktarılması sağlanmalıdır.
- » Hasta post operatif dönemde yakından izlenmeli, hasta güvenliğini tehdit edebilecek risklere ve komplikasyonlara yönelik izlemler planlanmalı ve gerçekleştirilen izlemler kayıt altına alınmalıdır.

Tanı Amaçlı Alınan Dokuların Güvenliği

- » Cerrahi uygulama sırasında tanı amaçlı alınan doku örneklerinin transfer öncesi ve transfer sırasındaki muhafaza koşulları tanımlanmalıdır.
- » Alınan doku örneklerinin uygun örnek kabına alınması, doğru ve eksiksiz bir şekilde etiketlenmesi ve uygun şekilde transfer edilmesi sağlanmalıdır.
- » Doku örneğinin güvenliğini sağlamaya yönelik ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.

Kayıtlar

Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar, bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığına yardımcı olmak üzere eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.

Standart 2

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	SH.GC.02.01	Ameliyathane alanlarına yönelik kurallar belirlenmelidir.
		SH.GC.02.02	Ameliyat alanları hasta ve çalışan güvenliği koşullarını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.

Amaç

Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması için ameliyathane koşullarının düzenlenmesidir.

Hedefler

- » Hasta güvenliği
- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Ameliyathane ile ilgili Alanlar

- » Ameliyathanede alanlar; alanların fiziki özellikleri, bu alanlarda gerçekleştirilen işlemler ile çalışma koşulları ve kurallarına göre **en az** üç farklı kategoride ele alınmalıdır. Bu alanlar aşağıdaki şekilde tanımlanmalıdır.
 - **Steril (Birinci) Alan:** Ameliyat odaları ve cerrahi el yıkama işleminin yapıldığı alanlardır.
 - **Temiz (İkinci) Alan:** Steril ve steril olmayan alanlar arasında kalan alandır. Steril alan arada bir bariyer olmadan doğrudan steril olmayan alanlara açılmamalıdır.

- **Steril Olmayan (Üçüncü) (Temiz Olmayan) (Kirli) Alan:** Ameliyathanenin diğer bölümler ile bağlantısının sağlandığı alanlardır.
 - » Tanımlanan bu alanların birbirinden ayrılması sağlanmalı ve alanların özelliklerine uygun kurallar belirlenmelidir. Ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kuralları ile personelin alanlar arasında geçişi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
 - » Alanlar arası geçişler, ulusal uluslararası kurallar ve normlara uygun olmalıdır.
 - » Ameliyat olan hastaların yakınlarının bekleyebilecekleri alanlar oluşturulmalıdır. Bu alanların ergonomik ve konforlu olmasına dikkat edilmelidir.
 - » Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Ameliyat Odaları

- » Ameliyat odaları, cerrahi ekibin steril olarak giyinebilmelerine, hastanın steril olarak örtülmesine ve anestezi ekibinin çalışmasına engel olmayacak boyutta ve yeterlilikte olmalıdır.
- » Ameliyat odasında; döşeme, tavan, duvar yüzeylerinin pürüzsüz olması, yüzeylerde çatlakların oluşmaması, kapı, pencere, duvar birleşim noktalarının düzgün ve çıkıntısız olması gerekmektedir. Ameliyathanenin duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun antibakteriyel özellikte olmalıdır. Ameliyat odalarının bulunduğu koridorların genişliği hastaların kolay hareketine imkan verecek şekilde düzenlenmelidir.

Havalandırma Koşulları

- » Ameliyat alanlarının ideal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır. Sıcaklık ve nem, her ameliyat odasında ayrı ayrı ayarlanabilir olmalıdır.
- » Steril alanlarda HEPA filtreli havalandırma sistemi kullanılmalıdır
- » Ameliyathanelerde hava akımı steril alandan temiz olmayan alana doğru olmalıdır (pozitif basınçlı hava akımı).
- » Havalandırma sistemleri, saatte en az 15 filtre edilmiş hava değişimi yapmalı ve bunlardan en az 3'ü (%20) temiz hava ile olmalıdır.

- » Ameliyathane odasındaki partikül sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalı ve sorumlular tarafından sonuçlar değerlendirilmelidir. Ölçümlere dair kayıtlar tutulmalıdır.
- » Düzenli olarak havalandırma sisteminin bakımı yapılmalı, gerekli görülen periyotlarda filtreler değiştirilmelidir.

Tıbbi Gaz Sistemleri

Ameliyathanede, medikal gaz panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden tıbbi gaz basınç ölçümleri düzenli olarak kontrol edilmeli, tıbbi gaz sisteminin bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır.

Destek Hizmetleri



Otelcilik Hizmetleri



Standart 1

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.01.00	Yatan hasta/ hasta refakatçisi ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.01.01	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.
		DH.OH.02.01	Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.01.03	Yemekler belirlenen kurallara göre dağıtılmalıdır.
		DH.OH.01.04	Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.

Amaç

Yatan hasta, hasta refakatçisi ve çalışanların istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri göz önünde bulundurularak etkin ve güvenli yemek hizmeti almalarını sağlamaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı çalışma yaşamı
- » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Yiyeceklerin Tedariki ve Depolanması

- » Gıdaların türlerine göre tedarikle ilgili dikkat edilmesi gereken kurallar (gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler, kalite kontrol kriterleri, tedarikçinin kabulü ile gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler) belirlenmelidir.
- » Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları vb.) tanımlanmalıdır.
- » Gıda stoklamasında, son kullanım tarihlerinin etkin şekilde takibinin yapılabilmesi sağlanmalıdır.
- » Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir.

Yemeklerin Hazırlanma Süreçleri

- » Yemekler hastanın tıbbi tedavisinin gereklilikleri dikkate alınarak hazırlanmalıdır.
- » Yemek hizmeti kapsamında hastanın kültürel ve manevi değerleri dikkate alınmalıdır.
- » Yemekler hijyenik olarak hazırlanmalıdır:
 - Yiyeceklerin hazırlandığı alanlar, diğer alanlardan (gıda depolama alanları, kirli malzemenin yıkandığı alanlar vb.) ayrılmalıdır.
 - Tüm çalışanlar; maske, bone, eldiven ve ayak giysileri gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.
 - Yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan malzeme ve ekipman temiz olmalıdır.

- Gıdaların temizliği (sebze ve meyvelerin yıkanması gibi) ile ilgili kurallar belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
- Mutfak personelinin kişisel temizliğinin etkin şekilde sağlanması için gerekli ortam koşulları sağlanmalıdır.
- » Olası gıda zehirlenmesi durumlarında gerekli analizlerin yapılabilmesi için hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalıdır.

Yemeklerin Dağıtılması

- » Yiyecekler türlerine göre; yemeğin ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.
- » Yemekler üstü kapalı olarak taşınmalıdır.
- » Taşımada ve dağıtımda kullanılan yemek arabaları ile diğer ekipman ve malzemelerin temizlik ve dezenfeksiyonları yapılmalıdır.
- » Yemek dağıtımı yapan personel; bone, eldiven, maske gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.

Çalışanların Sağlık Taramalarının Yapılması

Yemek hizmetinde yer alan tüm çalışanların sağlık taramaları periyodik olarak yapılmalı, taramalarda gıda güvenliğini tehdit edecek sorun tespit edilmesi durumunda yapılması gerekenler tanımlanmalıdır.

Standart 2

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.02.00	ADSH'de çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	DH.OH.02.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.02.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		DH.OH.02.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Amaç

ADSH'de sunulan çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli olmasını sağlamaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Süreçlerin Tanımlanması

ADSH'de kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere; toplanması, taşınması, ayrıştırılması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır. dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

Çamaşırhane Ortamı

- » Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütöleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.
- » Çamaşırhane zemin ve duvarları kolay temizlenebilen, düz ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.
- » Çamaşırhanede çamaşırların etkin temizliğini sağlamaya ve çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.

- » Çamaşırhanede kullanılan ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.
- » İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin eğitim verilmelidir.

Standart 3

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.03.00	Hasta/muayene odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	DH.OH.03.01	ADSH'de hizmet sunulan tüm alanlar hasta/hasta yakınının konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		DH.OH.03.02	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.

Amaç

Hasta/hasta yakınlarının ADSH'de bulundukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlayarak, moral ve motivasyonlarını yüksek tutmaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği

Standart Gereklilikleri

Hasta Konforu

- » ADSH'de hizmet sunulan alanlarla ilgili olarak aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:

- Hizmet sunulan alanların havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşullarının sağlanması
- İhtiyaç duyduğunda hastanın oturabileceği, dinlenebileceği bekleme alanlarının bulunması
- Hizmet sunulan alanlarda hasta güvenliğini tehdit eden unsurların yer almaması
- Muayene odalarının tıbbi hizmet süreçlerine ilişkin gereklilikleri içermesi (muayene masası, lavabo, el antiseptiği, ilgili branşa göre gerekli muayene gereçleri gibi)
- Poliklinik alanlarında bebek bakımı ve emzirmeye yönelik düzenleme bulunması

Hasta Odaları

- » Klinikler ve hasta odalarında, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- » Klinikler ve hasta odalarında gerekli kişisel mobilyalar bulunmalıdır.
- » Ünitler ve hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte ve hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.
- » Klinikler ve hasta odalarında hastanın tanı ve tedavisine yönelik gerekli ekipman ve malzeme bulunmalıdır. Bu ekipman ve malzemenin temizlik ve dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
- » Hasta ve hasta yakınlarının kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere alanlar belirlenmelidir. Bu alanlarda kişisel temizliğe yönelik malzemeler bulunmalıdır.
- » Hasta yakınlarının dinlenebilmeleri için gerekli ortam sağlanmalıdır.

Sağlık Personeline Kolay Ulaşımın Sağlanması

- » Hasta veya hasta yakınının ihtiyaç durumunda ilgili sağlık personeline ulaşabilmesine yönelik düzenleme (çağrı zili vb.) yapılmalıdır.
- » İlgili düzenlemenin Klinikler ve hasta odalarında ile kişisel temizlik alanlarında ulaşılabilir olması sağlanmalıdır.
- » Hasta/hasta yakınına, çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.

Standart 4

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.OH.04.00	ADSH'de hasta/ hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/ emniyet hizmeti sunulmalıdır.	DH.OH.04.01	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.04.02	ADSH'de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.

Amaç

ADSH'de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğinin etkin ve etkili şekilde sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Güvenlik/Emniyet Hizmetlerinin Planlanması

- » ADSH'yi ve ADSH içinde bulunan şahısları; her türlü sabotaj, hırsızlık, yağma, darp gibi tehdit, tehlike ve tahribata karşı koruma, gözetim, denetim ve kontrol hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürebilmesi için tanımlanmış bir plan olmalıdır.
- » ADSH'nin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi vb.) bulunmalıdır. Güvenlik kamerası kayıtlarının saklama süresi belirlenmelidir.

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

Hasta/Hasta Yakını ve Çalışanların Güvenlik/Emniyetinin Sağlanması

- » Can ve mal güvenliğine yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Risk analizleri ADSH'nin tüm alanlarını ve bölümlerini kapsamalıdır.
- » Teslim alınan hasta emanetleri ve bulunan eşyalara yönelik süreç tanımlanmalıdır.
- » ADSH'de olası bebek ve çocuk kaçırma olaylarına yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Hasta ve çalışanların hizmet sunum aşamasında kişisel eşyalarını güvenli olarak muhafaza edebilecekleri alanlar oluşturulmalıdır.
- » Can ve mal güvenliğini tehdit eden olaylarla ilgili bildirim süreci tanımlanmalıdır.
- » Yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Tesis Yönetimi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.TY.01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	DH.TY.01.01	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasından sorumlu bir komite oluşturulmalıdır.
		DH.TY.01.02	Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
		DH.TY.01.03	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.
		DH.TY.01.04	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar belli periyotlarda gözden geçirilmelidir.
		DH.TY.01.05	ADSH içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.
		DH.TY.01.06	Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.

Amaç

Hasta ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hizmet sunumu için gerekli altyapıyı oluşturmaktır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Hasta güvenliği
- » Hasta Odaklılık
- » Zamanlılık
- » Süreklilik
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Tesis yönetimine dair işlerin planlanması ve koordinasyonunu sağlamak amacı ile bir komite oluşturulmalıdır. Tesis yönetiminde görev alan personelin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Tesis yönetimine dair temel ve kritik süreçler tanımlanmalı, bunlara yönelik yöntem ve kurallar belirlenmelidir. Bu amaçla oluşturulacak dokümanlarda asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - Tesis yönetimi komitesinin ve sorumluların görev ve sorumlulukları
 - Sağlık tesisinin mevcut durum tespitinin yapılması ile ilgili süreçler
 - İyileştirme süreçleri
 - Temel tesis kaynakları
 - Tesis hizmetlerine erişim
 - Tesis güvenliği

Durum Tespiti ve İyileştirmeler

- » Sağlık tesisinin mevcut fiziksel durumu ve işlevsel hizmet etkinliği düzenli aralıklar ile ve gerektiğinde değerlendirilmelidir.
- » Tesis güvenliğine yönelik risk analizleri yapılmalıdır.
- » Mevcut durum tespiti ve risk analizi sonuçlarına yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

Bkz. Risk Yönetim Bölümü

Temel Tesis Kaynakları, Güvenliği ve Sürekliliği

- » Sunulan sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi açısından tüm sistemlerde yer alan temel tesis kaynaklarının (elektrik, su, doğalgaz, ısıtma, soğutma medical gaz, asansör vb.) sürekliliği sağlanmalı, ilgili ülke mevzuatı uyarınca güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Bu düzenlemeler tesis yönetimi komitesi tarafından tanımlanmış planlar dahilinde yapılmalıdır. Bu kapsamda;
 - Elektrik sistemlerinin, ADSH trafolarının, jeneratörlerin, kesintisiz güç kaynaklarının bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
 - Elektrik prizleri ve prizlerin kullanımına yönelik ve aydınlatmalar için hasta ve çalışan güvenliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
 - Binanın dış ortamdan gelebilecek tehlikeli unsurlara karşı güvenliği (paratöner vb. gibi) önlemler ile sağlanmalıdır.
 - Doğal veya yapay aydınlatmalar, yapılan faaliyetin ve ilgili hizmet alanının amacına uygun şekilde düzenlenmelidir.
 - Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler (deponun fiziki özellikleri, güvenliği, temizliği, analizleri, ölçümleri, bakımları vb.) yapılmalıdır.
 - Sıhhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme (alternatif su kaynağı ve bu kaynağın kontrolü, atık su kontrolü, yağmur sularının kontrolü ve drenajı, yangın sularının kontrolü vb.) yapılmalıdır.
 - Medikal gaz sistemlerine (merkezi gaz sistemi ve kat kontrol panoları) yönelik düzenlemeler, bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

- Medikal gaz sistemlerine (merkezi gaz sistemi ve kat kontrol panoları) yönelik düzenlemeler, bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.
 - Medikal gazların (oksijen, azot, vakum ve hava) basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, kayıt altına alınmalıdır.
 - Gazlar cinsine göre depolanmalı ve medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılmalıdır.
 - Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenlemeler (sabitlenmesi, doluluk ve sızdırmazlık testleri, uygun depolanması vb.) yapılmalıdır.
 - Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik periyodik kontrolleri ve ara bakımları yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından yapılmalı, bakım ve kontrolleri kayıt altına alınmalıdır.
 - Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.
 - Basınçlı kapların (otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı vb.) bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.
- » Bina dış yapısının görseelliği ve güvenliği sağlanmalıdır.
- » Oluşabilecek kritik arıza durumlarına karşı yedek sistemler kurulmalıdır. Bu sistemlerin kapsayacağı riskli alanlar tesis yönetimi komitesi tarafından belirlenmelidir.
- » Temel tesis kaynaklarında bulunan ekipmanları kullanan personele bu ekipmanların kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir

Tesis Hizmetlerine Erişim

- » ADSH içindeki bölümlere kolay ulaşım sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu düzenlemeler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
- Yönlendirme işaretleri ve hizmetleri
 - Hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları bekleme alanları
 - Hasta odalarının konforu ve güvenliği

- Ortak kullanım alanlarının (poliklinik, klinik, bekleme alanları vb.) iklimlendirilmesi
- Engelli, yaşlı ve hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan kişilere yönelik ADSH genelindeki düzenlemeler (ADSH genelinde çıkış rampaları, merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları vb.)
- Çevre düzenlemeleri (Otopark, peyzaj düzenlemeleri vb.)



Atık Yönetimi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.AY.01.00	ADSH'de üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	DH.AY.01.01	Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.
		DH.AY.01.02	Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.
		DH.AY.01.03	Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolaması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.
		DH.AY.01.04	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

Amaç

ADSH'de atıkların oluşumundan nihai bertarafını gerçekleştirmek üzere yetkili kuruma teslimine kadar geçen süreçte, atıkların insan ve çevre sağlığına zarar vermesini önlemektir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Hasta Odaklılık

Standart Gereklilikleri

Atık Yönetim Planı Hazırlanması

- » ADSH'de atık yönetimi planı oluşturulmalıdır. Atık Yönetim Planı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri
 - Atıkların kaynağında en aza indirilmesi ile ilgili tedbirler
 - Atık yönetimi ile ilgili kullanılacak ekipman ve araçlar
 - Toplama sıklığı ve kuralları
 - Geçici depolama sistemleri
 - İlgili ekipmanların temizliği ve dezenfeksiyonu
 - Kaza anında alınacak önlemler
 - Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi
 - Atıkların teslim edileceği kuruluşun tespiti
 - Atıkların teslimi
 - Atık süreçlerinin izlenmesi
- » Atık yönetimi sorumlusu belirlenmelidir.

Atıkların Kaynağında Ayrıştırılması

- » Atıklar birim bazında asgari aşağıdaki kategorilerde /türlerde tanımlanmalıdır:
 - Evsel Atıklar
 - Genel Atıklar
 - Ambalaj Atıklar
 - Tıbbi Atıklar
 - Enfeksiyöz Atıklar
 - Patolojik Atıklar
 - Kesici Delici Atıklar
 - Tehlikeli Atıklar
 - Radyoaktif Atıklar
- » Birimlerde oluşan atıklar türlerine göre yerinde ayrıştırılmalıdır.
- » Atıklar türüne göre gerekli özelliklere sahip ayrı torbalara/kutulara konmalıdır

- » ADSH ve birim bazında tıbbi ve tehlikeli atıkların miktarlarının ölçümü ve takibi yapılmalıdır. Atıkla ilgili süreçler, atık miktarlarının azaltılmasına yönelik gereklilikler yönünden incelenmelidir.
- » Geri dönüşümlü atıklar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

Atıkların Taşınması, Geçici Depolaması ve Bertaraf İşlemleri

- » Atıklar türlerine göre bu iş için eğitilmiş personel tarafından toplanmalıdır.
- » Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin giysileri gerekli özelliklere sahip olmalıdır.
- » Atık toplanması ve taşınmasına yönelik işlemler, kurumun atık taşımak için belirleyeceği kroki doğrultusunda insan trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde yürütülmelidir.
- » Konteyner ve geçici atık deposu ilgili ülke mevzuatı uyarınca belirtilen asgari koşulları taşımalıdır.
- » Atıklar, geçici depolama alanında toplanmalıdır.
- » ADSH'nin büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır.
- » Atıklar, ilgili ülke mevzuatı kapsamında atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.
- » Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruma teslim edilmelidir.
- » Atık depolarının temizliği ve dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.

Atık Yönetimi Eğitimler

Atık yönetimi ile ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir. Eğitimler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır;

- » Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması
- » Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması
- » Yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar
- » Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler



Bilgi Yönetimi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.BY.01.00	ADSH'de etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	DH.BY.01.01	Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.
		DH.BY.01.02	Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.
		DH.BY.01.03	Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		DH.BY.01.04	Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
		DH.BY.01.05	Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.
		DH.BY.01.06	Bilgi yönetiminin etkin şekilde kullanılabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.

Amaç

Tüm ADSH süreçlerinde oluşan tıbbi ve kişisel bilgilerin doğru ve güvenli şekilde kayıt altına alınması ve depolanmasını ve ihtiyaç duyulan doğru bilginin, doğru zamanda, doğru kişiye ulaştırılmasını sağlamaktır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Hasta güvenliği
- » Zamanlılık
- » Süreklilik
- » Sağlıklı çalışma yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Bilgi yönetim sorumluları belirlenmeli, görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. Sorumlular tarafından düzenli aralıklarla, bilgi yönetimi konusu ile ilgili mevcut durum tespiti gerçekleştirilmeli, süreçlerdeki olası riskler tespit edilerek gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
- » Bilgi yönetimine dair süreçte, kullanılacak bilgiler tanımlanmalı ve bunlara yönelik yöntem ve kurallar, ADSH'nin ihtiyaçları ve kritik süreçleri gözetilerek belirlenmelidir. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir:
 - Fiziksel ve teknolojik tedbirler
 - Bilgi güvenliği
 - Bilgi mahremiyeti
 - Bilgi sürekliliği
 - Harici bilgi kaynaklarına erişim
 - Yetkilendirme
 - Uzaktan erişim

Teknik Destek Altyapısı

Bilgi yönetim sistemlerinin aralıksız çalışmasını sağlamak üzere donanımsal ve yazılımsal sorunlara ilişkin riskler belirlenmeli ve bunlara yönelik tedbirler alınmalıdır.

Bilgi Güvenliği ve Mahremiyeti

- » Personel veya hasta ile ilgili edinilen kişisel ve tıbbi, yazılı veya elektronik tüm bilgilerin gizliliği ve güvenliği esastır. Bu kayıtlara erişim yetkilendirme suretiyle sınırlandırılmalı, dış kaynaklardan erişim kontrol altında tutulmalıdır.
- » Yetkilendirme kapsamında kullanıcıların hangi bilgiye, ne zaman ve nasıl ulaşabileceği tanımlanmalı, yetkisiz erişime yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » ADSH'de bilgi yönetim sistemlerine bağlı bilgisayarlar yetkisiz erişimlerin takibi açısından izlenmelidir.
- » Arıza veya yetkisiz erişim durumlarında veri kayıplarının yaşanmaması amacı ile veriler düzenli olarak yedeklenmeli, bu tür durumlara sebebiyet verebilecek arızaları önlemek için sunucuların düzenli bakım ve testleri yapılmalı, sunucuda kullanılan işletim sistemi ve yazılımların güncelliği sağlanmalıdır.
- » Verilere iç veya dış kaynaklardan, yetki dışı veya hatalı müdahalelerde bulunulması durumunda veride yapılan değişiklik ve silme işlemlerinin takibini sağlayacak bir sistem oluşturulmalıdır.
- » Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtlar, ilgili ülke mevzuat kuralları çerçevesinde, kayıtların zarar görmesini önleyecek muhafaza koşullarında saklanmalıdırlar. Bu tür kayıtlar için, gerekli fiziksel ve işlevsel tedbirler alınmalı, yazılı bilgi güvenliği sağlanmalıdır. Tıbbi kayıtların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.

Bilgi Zamanlılığı ve Sürekliliği

- » Sunulan sağlık hizmetinin zamanında verilmesi ve sürekliliğinin sağlanması amacı ile bilgi yönetim sistemlerinin devre dışı kaldığı durumlar, yavaşlamalar ve arızalar takip edilmeli, bunlara yönelik iyileştirmeler yapılarak bilginin zamanlılığı sağlanmalıdır.
- » Bilgi yönetim sistemlerinde, toplanan tüm tıbbi bilgilerin geçmişe yönelik takibi yapılabilir, bu şekilde bilginin sürekliliği sağlanmalıdır.



Malzeme ve Cihaz Yönetimi



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	DH.MC.01.01	Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.
		DH.MC.01.02	Malzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir.
		DH.MC.01.03	Malzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır.
		DH.MC.01.04	Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar karşılanmalıdır.
		DH.MC.01.05	Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir.
		DH.MC.01.06	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.
		DH.MC.01.07	İhtiyaç duyulan cihazların gerekli bakım, kalibrasyon, ayar ve testleri yaptırılmalıdır.
		DH.MC.01.08	Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaşılabilir olmalıdır.

DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	DH.MC.01.09	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
-------------	---	-------------	---

Amaç

Kullanılan malzeme ve cihazların, hasta ve çalışan ihtiyaçları gözetilerek zamanında temini ve güvenli kullanımlarını sağlamaktır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Verimlilik
- » Uygunluk
- » Zamanlılık
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » ADSH'de etkin malzeme ve cihaz yönetimini sağlamak amacıyla, ilgili tüm süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, bu kişilerin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Malzeme ve cihaz türlerinin temini, depolanması, takibi ve kullanımı-na ilişkin yöntem ve kurallar net bir şekilde belirlenmelidir. Malzeme ve cihazların kullanımına yönelik düzenleme yapılmalı, tüm ekipmanların envanteri tutulmalı, düzenli olarak bakım, güncelleme değişimlerine yönelik kontrolleri yapılmalıdır.

Malzeme ve Cihaz yönetimine dair dokümanlar ADSH'nin ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir:

- Malzeme ve cihaz yönetiminde yer alan çalışanların görev ve sorumlulukları
- Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi
- Malzeme istemleri/talepleri
- Malzeme ve cihazların temini
- Malzeme ve cihazların teslim alınması ve muayene-kabul süreçleri
- Malzeme ve cihazların güvenli kullanımına yönelik üretici firmalar tarafından verilen (garanti belgesi, kullanım klavuz vb.) belgelerin teslimi, muhafazası
- Malzeme ve cihazların garanti süreçlerinin takip edilmesi
- Malzemelerin muhafazası
- Malzeme istemi, hazırlanması, transferi
- Malzemelerin ve cihazların gerektiğinde değişimi ve güncellenmesine yönelik planın oluşturulması
- Malzeme ve cihazların kullanım ömrünün izlenmesi
- Malzeme ve cihaz yönetimine ilişkin göstergeler
- Malzemelerin ve cihazların güvenli kullanımı
- Malzeme ve cihazlar ile ilgili gerçekleşen istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
- Malzeme ve cihazlara özgü temizlik ve dezenfeksiyon süreçleri
- Malzeme ve cihaz yönetimine ilişkin göstergeler
- Malzeme ve cihaz kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri
- Özel nitelikli, özel muhafaza koşullarına mahsus veya kullanılması özel teknik/uzmanlık gerektiren malzemeler ve cihazlar
- Cihazların bakımı, ayarlanması ve kalibrasyonu
- Malzeme ve cihazların arıza ve onarın süreçleri
- Malzeme ve cihazların kullanım dışı bırakılması ile ilgili yönetim süreçleri

Malzeme ve Cihazların Temini

- » ADSH'de sağlık hizmetlerinin etkin bir şekilde sunulabilmesi amacıyla doğru malzemelerin ve cihazların, doğru zamanda teminine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Malzeme ve cihazların temin taleplerine yönelik kurallar ve yöntemler belirlenmelidir. Bu düzenleme çerçevesinde ADSH, kimlerin malzeme ve cihaz temin talebinde bulunabileceğini, talep yöntemini, taleplerin kimler tarafından ve nasıl değerlendirileceğini tanımlamalıdır.
- » Rutin kullanılan, acil veya bulundurulması zorunlu malzemeler tespit edilmeli, bu malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- » Temini gerçekleştirilecek malzeme türlerinin, cihazların ve bunların miktarlarının belirlenmesinde ihtiyaç tespitine yönelik değerlendirmeler yapılırken, temin talepleri, tüketim analizleri ve toplum ihtiyaçları göz önünde bulundurulmalıdır.

Malzemelerin Muhafazası ve Transferi

- » Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına yetkili personel haricinde kişilerin erişimi hasta güvenliği ve emniyet açısından sınırlandırılmalıdır.
- » Malzemeler, depolama alanlarında malzeme niteliklerine uygun muhafaza koşullarında saklanmalıdır. Malzeme depolarının yer tavan yüksekliği uygun olmalı, güvenlik önlemleri alınmalı (deprem, su baskını elektrik kaçağı vb.) ısı nem takibi yapılmalıdır. Malzemenin cinsine ve özelliğine göre gerektiğinde anlık, ölçülebilir ve izlenebilir ısı nem takibi sistemleri kullanılmalıdır. Bu amaçla gerekli önlemler alınmalı ve alınan tedbirlere dair takipler yapılmalıdır.
- » Personelin malzemelere kolay ulaşımını sağlamak, acil durumlarda zaman kaybını önlemek amacıyla depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.
- » Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi elektronik olarak yapılabilir.

- » Tıbbi cihaz ve malzemeler; ürün hataları ve istenmeyen etkiler yönünden izlenmeli, belirlenen sorunlar, varsa konu ile ilgili ulusal bildirim sistemine iletilmelidir.
- » Uygunsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.
- » Depolardan transfer esnasında kırılma, dökülmeye karşı önlemler alınmalı ve güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır. Transferi gerçekleştirecek personele, malzemelerin güvenli transferi, özel nitelikli veya tehlikeli malzemeler konusunda eğitim verilmelidir.

Cihazların Güvenliği» Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır. Tıbbi cihazların cihaz kimlik kartı/etiket bulunmalıdır.

- » Cihaz kimlik kartı/etiket üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
- » Cihazın adı
- » Markası/Modeli
- » Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal veya demirbaş numarası)
- » Bulunduğu bölüm
- » Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon süreçleri bir plan dahilinde izlenmelidir tesislerin ve teçhizatın planlı ve sistematik bir şekilde denetlenmesi, test edilmesi, bakımı ve güncellenmesi veya değiştirilmesi

Tıbbi Cihazların İzlenebilirliği

- » Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanım alanlarında ulaşılabilir olmalı, cihazların güvenli kullanımı konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.
- » Cihazların bulunduğu alanlarda yapılan fiziki düzenlemeler, cihazların çalışma koşullarına uygun şekilde gerçekleştirilmelidir.
- » Kalibrasyon, ayar, test ve/veya bakım işlemleri, cihazların güvenli çalışması, doğru sonuç vermesi, verebileceği zararın düşük seviyede tutulması gibi sebeplerle üretici firmaların teknik dokümanlarında belirtilen sıklık göz önünde bulundurularak eksiksiz, ADSH ihtiyaçlarını karşılayan ve kullanım yoğunluğuna paralel olarak, bir plan dahilinde yapılmalıdır.

- » Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazların (otoklav, jeneratör vb.) eğitilmiş ve yetkili kişiler tarafından kullanılması sağlanmalıdır.
- » Cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.

Tehlikeli Maddelerin Yönetimi

Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik doküman bulunmalıdır. Dokümanda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- » Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılması
- » Tehlikeli maddelerin dökülmesi maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler
- » Güvenlik bilgi formu içinde bulunan maddeler

Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır. Envanter asgari aşağıdaki bilgileri kapsamalıdır:

Tehlikeli maddenin;

- » İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vb.)
- » Kullanım şekli ve miadı
- » Saklama koşullarını
- » Etkileşime girdiği maddeleri
- » Yangın halinde müdahale yöntemleri
- » Temas halinde müdahale yöntemleri
- » Kullanıldığı ve depolandığı yerleri
- » Taşıma şeklini
- » İmha yöntemlerini
- » Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler
- » Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır.
- » Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalı, etikette maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge bulunmalıdır. Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.
- » Radyoaktif maddelerin radyoaktivite değeri ve ölçüm tarihi kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.

Dış Kaynak Kullanımı



Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
DH.DK.01.00	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin ADSH'nin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır	DH.DK.01.01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler ADSH'nin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmelidir.
		DH.DK.01.02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.
		DH.DK.01.03	Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.

Amaç

ADSH tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin ADSH'nin temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve Sağlıkta Akreditasyon Standartlarında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasının sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Devamlılık
- » Verimlilik
- » Güvenlik
- » Etkililik
- » Etkinlik

Standart Gereklilikleri

Dış Kaynak Kullanımı Yolu ile Sağlanacak Hizmetlerin Belirlenmesi

- » Temel politika ve değerler esas alınarak; dış kaynak kullanımına ihtiyaç duyulma nedenleri ve sağlanacak hizmet ile hedeflenen amaçlar belirlenmelidir.
- » ADSH dış kaynak kullanımı yoluyla sağlayacağı hizmetler ile ilgili ihtiyaç analizini ve değerlendirmelerini yapmalı, stratejisini belirlemelidir.

Dış Kaynak Kullanımının Kapsamı ile Süreçlerinin Tanımlanması

- » Dış hizmet sağlayıcısının ADSH'ye sağlayacağı hizmetler açıkça tanımlanmalı ve tamamlama süreci belirlenmelidir.
- » İş süreçleri açık ve net olarak tanımlanmalıdır.
- » Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.

Dış Kaynak Kullanımı ile Sunulan Hizmetlerin Standartlara Uygunluğu

- » Tanımlanan kapsam ve iş süreçlerine uygun olarak dış kaynak kullanımı ile sağlanan hizmetlerin sürekli kontrolüne yönelik yöntemler ile kontrol kriterleri ve performans göstergeleri belirlenmelidir.

Acil Durum Yönetimi



Acil Durum Yönetimi



Standart 1

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	AD.AD.01.01	Olağan dışı müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik risk analizleri yapılarak gerekli tedbirler belirlenmelidir.
		AD.AD.01.02	Belirlenen önleyici tedbirlere ve oluşabilecek acil durumlara yönelik planlama yapılmalıdır.
		AD.AD.01.03	Acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmeli ve tatbikatlar yapılmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

» Hasta Güvenliği

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Risk Analizleri

ADSH'ler olağan dışı müdahale ve mücadele gerektiren durumlara yönelik alınması gereken tedbirler için olası durumları belirlemeli, hangi acil durumun kurumda ne gibi tehlikeler oluşturabileceğini analiz etmeli ve gerekli önleyici tedbirlerin neler olması gerektiğini ortaya koymalıdır.

Planlama

» ADSH acil durumlara yönelik belirlediği önleyici tedbirleri uygulamaya ilişkin planlama yapmalıdır. Önleyici tedbirlere yönelik planlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:

- Hangi önleyici çalışmaların yapılması gerektiğinin belirlenmesi
- Gerekli önleyici yatırım ve faaliyetlerin planlanması
- Yatırım ve faaliyetlerin bütçelenmesi

Gerçekleştirilen tatbikatlar ve gözlemler ile geliştirilen önlem ve uygulamaların amaca hizmet edip etmediğinin sürekli gözden geçirilmesi

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

- ADSH'de acil durum yönetim ekibi oluşturulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- Acil durumların yönetimini kolaylaştıracak altyapı (acil durum uyarı sistemleri, haberleşme sistemi vb.) planlanmalıdır.

Eğitim ve Tatbikatlar

Acil durum yönetiminin en önemli unsuru, gerçekleşebilecek acil durumlara karşı önceden hazırlıklı olmaktır.

- » Risk analizleri sonucunda tespit edilen acil durumlara yönelik olarak tüm personele gerekli eğitimler verilmelidir.
- » Belirlene sıklıkta, personelde farkındalık yaratacak, ilgili tüm süreçleri kapsayacak ve olay anında riskleri en aza indirecek şekilde tatbikatlar gerçekleştirmelidir. Gerçekleştirilen tatbikatlar kayıt altına alınmalıdır.

Standart 2

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
AD.AD.02.00	Solunum arresti veya kardiyak arrest durumlarında müdahale yapılmalıdır.	AD.AD.02.01	Solunum arresti (durması) ve/veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmasına yönelik ADSH tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
		AD.AD.02.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
		AD.AD.02.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
		AD.AD.02.04	Uygulamalarda kullanılacak olan ilaç ve ekipman tanımlanmalıdır.
		AD.AD.02.05	Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
		AD.AD.02.06	Acil uyarı kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır

Amaç

ADSH'de karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gereklilikleri tanımlamaktır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- » Zamanlılık

Standart Gereklilikleri

Acil Uyarı Sistemi

- » ADSH'de acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan; hastalara, hasta yakınlarına ve tüm personele en kısa sürede müdahale edilmesine yönelik olarak bir acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
- » Acil uyarı sistemi; kurumun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, ADSH'nin tamamını kapsayacak ve günün her saatinde vaka yerine en kısa sürede (en geç 3 dakika) ulaşmayı sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Acil uyarı sistemi için kurulacak çağrı sistemi; kurum çalışanlarını zamanında haberdar edecek, risk durumunda kısa ve net mesajlar ile etkin ve hızlı iletişime geçilmesini sağlayacak ve panik oluşmasına engelleyecek şekilde kurgulanmalıdır.

Sorumlular

- » ADSH yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde kod sistemi sorumluları belirlenmelidir.
- » Kod sistemi sorumlularının sorumluluk alanları asgari; çalışanlara verilecek eğitimler, müdahale ekiplerinin belirlenmesi, tatbikatların organize edilmesi, kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici- önleyici faaliyetlerin başlatılması konularını kapsamalıdır.

Müdahale Ekipleri

- » Kod sistemi müdahale ekibinde CPR (Kardiyo Pulmoner Resüsitasyon) eğitimi almış en az bir hekim ve bir sağlık çalışanı bulunmalıdır. Müdahale ekibi, acil uyarı kod çağrısı verilen vaka yerine giderek müdahalenin yapılmasından sorumludur.
- » Kod sistemi uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasını sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.

İlaç ve Ekipmanlar

- » Acil müdahale için hangi ilaç ve ekipmanlara gereksinim duyulacağı önceden belirlenerek acil müdahale seti oluşturulmalıdır. Acil müdahale setinde asgari; laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk

ve erişkin boyları), yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp vb.), enjektörler, kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır. Acil müdahale için kullanılan defibrilatör, aspiratör, oksijen tüpü vb. ekipmanın, hangi alanlarda bulunacağı ve olay yerine nasıl getirileceği tanımlanmalıdır.

- » Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Acil müdahale seti kullanılabilir durumda bulundurulmalıdır.

Kayıt Tutulması

- » Acil uyarı kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Çağrının ne zaman yapıldığı
 - Müdahale edilen kişiye ait bilgiler
 - Hangi müdahalelerin yapıldığı
 - Müdahalenin nerede yapıldığı
 - Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
 - Müdahalenin sonucu
 - Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir.

Eğitim ve Tatbikatlar

- » ADSH'de acil uyarı kod sisteminin önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlara verilecek eğitimler planlanmalıdır.
- » Acil uyarı kod uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.

Standart 3

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
AD.AD.03.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.03.01	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik ADSH tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
		AD.AD.03.02	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
		AD.AD.03.03	Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
		AD.AD.03.04	Acil uyarı kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.

Amaç

ADSH'de görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gerekliklikleri

Acil Uyarı Sistemi

- » Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlar için acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

- » Acil uyarı sistemi; kurumun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, ADSH'nin tamamını kapsayacak ve günün her saatinde müdahaleyi sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Acil uyarı sistemi için kurulacak çağrı sistemi; ilgili çalışanları zamanında haberdar edecek, risk durumunda kısa ve net mesajlar ile etkin ve hızlı iletişime geçilmesini sağlayacak ve panik oluşmasına engelleyecek şekilde kurgulanmalıdır.

Sorumlular

- » ADSMADSH tarafından, kurum yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde kod sistemi sorumluları belirlenmelidir.
- » Sorumluların sorumluluk alanları asgari, çalışanlara verilecek eğitimler, tatbikatların organize edilmesi, kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılmasıdır.

Müdahale Ekipleri

- » Kod uyarısı verildiğinde; güvenlik görevlileri başta olmak üzere ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve kurum bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmelidir. ADSH'de bulunan güvenlik görevlileri beyaz kod sisteminde belirlenen şekilde sorumlu bulundukları alanda meydana gelen olaylara müdahale etmekle sorumludur.
- » ADSH, kod uyarı sisteminin 24 saat etkin şekilde çalışmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapmalıdır.

Kayıt Tutulması

- » Kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir:
 - Çağrının ne zaman yapıldığı,
 - Müdahale edilen personele ve şiddet uygulayan kişiye ait bilgiler,
 - Şiddet olayının nedeni
 - Müdahalenin nasıl ve nerede yapıldığı
 - Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
 - Müdahalenin sonucu
 - Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
 - Olayın adli mercilere iletilmesi ile ilgili bilgiler

- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir. Çalışana yönelik şiddet olayları, istenmeyen olay bildirim sistemine bildirmesi sağlanmalı, gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Eğitim ve Tatbikatlar

- » ADSH'de, kod sisteminin önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlarına verilecek eğitimler planlanmalıdır.
- » Kod sisteminin uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.

Standart 4

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütleri
AD.AD.04.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	AD.AD.04.01	Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.
		AD.AD.04.02	Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik ADSH tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
		AD.AD.04.03	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
		AD.AD.04.04	Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.
		AD.AD.04.05	Acil uyarı kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.

Amaç

ADSH'de çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemektir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Yangın Algılama Sistemi

- » ADSH'nin tüm alanlarını kapsayacak, elektrik kesintilerinden etkilenmeyecek ve adresleme yapabilecek şekilde çalışan bir yangın algılama sistemi bulunmalıdır. Sistem, elektrik kesintisinden etkilenmeyecek şekilde kesintisiz güç kaynağına bağlı olmalıdır. Sistemin kontrolleri düzenli olarak yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

Acil Uyarı sistemi

- » ADSH'de, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır. Kurulacak acil uyarı sistemi, kurumun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilmesini de dikkate alacak şekilde kapsayıcı, görsel ve işitsel olmalıdır. Acil uyarı sistemi oluşturulurken itfaiye vb. ilgili birimlerle koordinasyon sağlanmalıdır.
- » Tanımlanacak acil uyarı sistemi; kurum çalışanlarını haberdar edecek, risk durumunda etkin ve hızlı iletişime geçecek, kısa ve net mesaj verilmesini sağlayacak, doğru müdahale için zaman kazandıracak, panik oluşmasına engelleyecek şekilde oluşturulmalıdır. kısa ve net mesaj verilmesini sağlayacak, doğru müdahale için zaman kazandıracak, panik oluşmasına engelleyecek şekilde oluşturulmalıdır.

Sorumlular

- » ADSH tarafından, kurum yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde kod sorumluları belirlenmelidir.

- » Sorumluların sorumluluk alanları asgari; çalışanlara verilecek eğitimler, tatbikatların organize edilmesi, ilgili kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılması gibi konularını kapsamalıdır. Acil uyarı sistemlerinden sorumlu kişiler aynı zamanda yangın önleme ve söndürme ile ilgili ülke mevzuatları takip ederek, gerekli düzenlemelerin yapılmasını da takip etmelidirler.

Yangına Müdahale

- » Kod uyarısı verildiğinde, ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve kurum bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmeli, yangına müdahale edecek ekipte kimlerin bulunacağı ya da müdahale edilemeyecek durumlarda yetkililere ve itfaiyeye kimlerin haber vereceği tanımlanmalıdır.
- » Yangına ilk müdahalenin yapılmasına yönelik olarak kullanılacak yangın muslukları, yangın tüpü, yangın hortumu gibi araç ve ekipmanlar belirlenmeli, bu ekipmanın kullanımına ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. Ayrıca ekipmanların çalışır ve kullanılır durumda oldukları periyodik olarak kontrol edilmelidir.

Eğitim ve Tatbikatlar

- » ADŞH’de, kod sisteminin önemi ve nasıl uygulanacağına yönelik olarak yöneticilerden bölüm çalışanlarına, temizlik personellerinden güvenlik elemanlarına kadar tüm çalışanlarına verilecek eğitimler planlanmalıdır.
- » Kod sistemi uygulamasına yönelik tatbikatlar yılda en az bir kez yapılmalıdır. Tatbikat ile ilgili kayıtlar tutularak, tatbikat sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirici tedbirler alınmalıdır.

Tanımlar ve Kısaltmalar



ADSH: Türkiye’de ağız ve diş sağlığı alanında fiili olarak hizmet vermekte olan;

- Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri,
- Ağız ve Diş Sağlığı Hastaneleri ile
- Diş Hekimliği Fakültelerini kapsamaktadır.

Akılcı Antibiyotik Kullanımı: Bir enfeksiyon hastalığının tedavi ya da profilaksisine yönelik olarak aşağıdaki 5 DOĞRU kuralına göre hareket edilmesidir.

- Doğru ilaç
- Doğru kişi
- Doğru miktar
- Doğru zaman
- Doğru uygulama yolu (yutma, çiğneme, damar yolu gibi)

Amaç: Kurumun erişmeye çalıştığı uzun dönemli genel sonuçları ifade eder.

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

Antisepsi: Canlı doku üzerindeki veya içindeki mikroorganizmaların öldürülmesi veya üremelerinin engellenmesidir.

Asepsi: Temiz bir yüzey, ortam ya da malzemeye mikrop bulaşmaması için alınan önlemlere denir.

Atık Yönetim Planı: Atıkların oluşumlarından bertarafına kadar geçecek süreçte, çevre ve insan sağlığına zarar vermeden yapılması gerekenlerin sağlanmasına yönelik genel esasların belirlenmesidir.

Ayaktan Hasta: Yatış işlemi yapılmaksızın gerekli tanı ve tedavi işlemleri yapılan hastalardır.

Bilgi Güvenliği: Bilginin hasarlardan korunması, doğru teknolojinin, doğru amaçla ve doğru şekilde kullanılarak her türlü ortamda, istenmeyen kişiler tarafından elde edilmesini önlemektir.

Biyolojik Validasyon: Biyolojik inaktivasyona dayalı validasyondur. Biyolojik indikatör içindeki sporların öldüğü ispatlandığında ürün teslimi yapılır. Parametrik validasyon yapılamayan sterilizasyon yöntemleri için

(düşük sıcaklık sterilizasyon yöntemleri) biyolojik validasyon zorunludur. Biyolojik validasyon da parametrik validasyon gibi yılda en az bir kez tekrarlanmalıdır. Sterilizatörün her bir rafına, sterilizasyon koşullarının en kötü olduğu noktalara biyolojik indikatör (ler) konularak yapılır. Biyolojik indicator zorlaştırıcı paket içine konmalı ve bu paket referans pakette olduğu gibi paketlenmiş olmalıdır. Sterilizatör yarı döngü çalıştırılır ve biyolojik indikatörde varsa canlı kalan sporlar mikrobiyolojik olarak sayılarak spor sayısındaki logaritmik azalma tespit edilir. Bu işlem hem boş sterilizatörde hem de bir yük çeşidi ile tam yükte ardışık üç test şeklinde tekrarlanmalıdır. Tüm döngülerde canlı spor kalmadığı doğrulanırsa biyolojik validasyon tamamlanmış olur. Ürün teslimi de biyolojik kontrol sonuçlarına göre yapılacağından her yükte biyolojik indikatör kullanılması ve üreme yoksa malzeme teslimi yapılması gerekir.

Bölümsel Yapı: Bu yapılanmada çıktılar esas alınmakta ve bölümler çıktılara dayalı olarak gruplandırılmaktadır. Sağlık kurumlarında bölümler, belirli tıp uzmanlık alanlarına (anestezi, radyoloji vb.) göre oluşturulmaktadır. Bu yapılanmada, bölüm yöneticisine bağlı olarak çalışan fonksiyonel yöneticiler bulunmaktadır. Fonksiyonel yöneticiler, yalnızca bölüm yöneticisine değil, aynı zamanda sağlık hizmeti veren kuruluşun üst düzey fonksiyonel yöneticilerine karşı da sorumludurlar.

BYS: Bilgi Yönetim sistemi. Kurumların eğitimli kullanıcılar ve bilgisayar ağına bağlı cihazlar aracılığıyla, yapmış olduğu her türlü çalışmayı (poliklinik, protez laboratuvarı, radyoloji v.b.) gerçekleştirmesine, kaydetmesine ve muhafaza etmesine yarayan elektronik yazılımlar grubudur.

Cerrahi Profilaksi: Cerrahi enfeksiyonların oluşumunu önlemek amacıyla yapılan tıbbi girişimlerdir.

Çalışan/Personel: Çalışan ve personel ifadeleri, bu standart setinde, sağlık kuruluşunda hizmet sunumunda yer alan kalıcı, geçici, gönüllü, günlük veya bağımsız olarak görevli kişileri tanımlamaktadır.

Değer: Kurumun güvenli bir şekilde yaşamını sürdürmesi ve gelişmesi için üyelerini belirli davranışlara yönlendiren tanımlanmış kurallar ve ilkeler dizisidir.

Dekontaminasyon: Kelime olarak, mikroorganizmalar ya da organik kirlerin giderilmesi için yapılan uygulamaların (temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon) tümünü kapsamakla birlikte pratikte dezenfeksiyon ya da sterilizasyon öncesinde, fiziksel ve/veya kimyasal yöntemlerden oluşan ön temizlik işlemi ile bir yüzey veya malzemeden organik madde ve

patojenlerin uzaklaştırılması ve malzeme ya da yüzeyin herhangi bir kişisel koruyucu kullanmadan elle tutulabilir hale getirilmesi anlamında kullanılır.

Dezenfeksiyon: Cansız yüzeyler üzerinde bulunan patojen mikroorganizmaların (bakteri sporları hariç) büyük bir çoğunluğunun ya da tamamının yok edilmesi veya üremelerinin durdurulması işlemidir. Dezenfeksiyon işlemi, bakteri sporları ve mikobakterileri etkileme seviyelerine göre yüksek, orta ve düşük dezenfeksiyon olarak 3 sınıfta değerlendirilir.

Dış Kaynak Kullanımı: Sağlık hizmeti veren kuruluşun bazı sağlık kurumu dışındaki bir kurum ya da kuruluştan sözleşme, protokol ya da kamu-özel işbirliği usulü ile bazı hizmetlerini almasını ifade eder.

Dış Kaynaklı Doküman: Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanan dokümandır.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

Dokümanın Kodu: Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum ve kuruluş tarafından doküman yönetim sistemi rehberinde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

Düşük Düzey Dezenfeksiyon: Bu işlemde kısa bir sürede (10 dakikadan az) vejetatif bakterilerin büyük kısmı, bazı mantarlar ve bazı virüsler ölür.

Elden Ele (Handover): Hastanın bakım güvenliğini ve devamlılığını sağlamak için, hastanın özellikli bilgilerinin bir bakım verenden diğerine veya takım halinde örgütlenmiş bir yapıdan diğerine interaktif bir şekilde devredildiği çağdaş bir etkileşim sürecidir.

El Hijyeni: Herhangi bir el temizliği eylemi için kullanılan genel tanımdır.

Endikasyon: Bir uygulama, tedavi yöntemi ya da işlemin hangi durumlarda yapılması gerektiğini ifade eder.

Enfeksiyöz Atık: Enfeksiyon yapıcı etkenleri taşıdığı bilinen veya taşıması muhtemel başta kan ve kan ürünleri olmak üzere her türlü vücut sıvıları ile insan dokuları, organları, ve diğer patolojik materyal; bu tür materyal ile bulaşmış eldiven, örtü, çarşaf, bandaj, flaster, tamponlar ve benzeri atıklar; bakteri ve virüs tutucu hava filtreleridir.

Evsel Atık: Ünitelerden kaynaklanan, başta mutfak, bahçe ve idari birimlerden kaynaklanan atıklar olmak üzere kontamine olmamış atıklardır.

Form: İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

Geçici Depolama: Atıkların bertaraf alanına taşınmasından önce ünite içinde inşa edilen birimlerde veya konteynerlerde 48 saati geçmemek üzere geçici süre ile bekletilmesidir.

Gösterge: Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan bir araçtır.

Hasta Bakımı: Hasta bakımı, hastaların sağlık hizmeti veren kuruluşa kabulünden tedavinin tamamlanmasına kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır. Hasta bakımı, ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı/tedaviye ilişkin süreçleri, yatarak hizmet alan hastalar için ise tanı/tedavinin yanı sıra ilgili tüm diğer meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir.

Hedef: Amaçlara erişmek için gerekli olan kısa dönemli aşama durumlarını ifade eder. Hedefler amaçlara göre daha açık ve ölçülebilir özellik taşır.

Hedef Kitle: Kurum çalışanları, hizmet alanlar ve kurumun etkileşim içinde olduğu tüm kişi ve kurumlar (medya, sigorta kurumları, tedarikçiler, kamu kuruluşları, sivil toplum örgütleri, üniversiteler, yerel yönetim birimleri, toplum liderleri, ilgili uzmanlar gibi)

İstenmeyen Olay: Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya sağlık hizmeti veren kuruluşa bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır.

Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, tesis güvenliği, düşmeler, radyasyon güvenliği, bilgi güvenliği gibi konularda gelişebilir.

Çalışan güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; kesici delici alet yaralanması, tesis güvenliği, radyasyon güvenliği, mesleki enfeksiyonlar, kan ve vücut sıvıları ile temas gibi konularda gelişebilir.

İşlevsel (Fonksiyonel) Yapı: Faaliyetlerin kullanılan bilgi, beceri ve kaynakların benzerliğine göre gruplandırılmasıdır. Bu gruplandırmanın sonucunda bölümler ortaya çıkar. Bu anlamda işlevsel yapı, kurumsal kaynaklara göre bölümlendirme olarak düşünülebilir. Bu yapıyı benimseyen sağlık kurumları genel olarak tanı, tedavi, yönetsel ve destek bölümlerine sahiptir.

İzolasyon Önlemleri: Enfeksiyona yol açan bir mikroorganizmanın kişiden kişiye, kişiden çevresine ya da çevreden kişiye bulaşını engellemeye yönelik gerçekleştirilen faaliyetler ve önlemlerdir.

Kabul veya Ret Kriterleri: Protez laboratuvarına gelen ölçülerin, laboratuvar yönetimi tarafından bilimsel gerekliliklere göre belirlenmiş ölçütlere uygunluğunu veya uygunsuzluğunu belirleyen yazılı kurallar bütünüdür.

Kalibrasyon: Belirli koşullarda, ilk aşamada ölçüm standartları tarafından sağlanan büyüklük değerleri ve ölçüm belirsizlikleri ile bunlara karşılık gelen gösterge değerleri ve ilgili ölçüm belirsizlikleri arasında bir ilişkinin oluşturulduğu, ikinci aşamada ise bu bilginin ölçüm sonucunun göstergeden elde edilmesinde kullanıldığı işlemler dizisidir.

Kesici-Delici Atık: Şırınga, enjektör ve diğer tüm deri altı girişim iğneleri, kullanılan gazları içinde bulunduran silindirler, kartuşlar ve kutular lanset, bistüri, bıçak, serum seti iğneleri, cerrahi sütür iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, ampul, lam-lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıklardır.

Kimyasal Atık: Ünitelerde tedavi veya tanı gibi tıbbi alanlarda kullanılan ve insan ve çevre sağlığı için çeşitli etkilerle zararlı olabilen kimyasal maddelerin gaz katı veya sıvı atıklardır.

Kişisel Temizlik Alanı: Vücut temizlik, bakım ve ihtiyaçlarının hijyen kurallarına uygun bir şekilde yapılmasını sağlayan tuvalet, banyo ve lavabo imkanlarının sunulduğu alanlardır.

Kontaminasyon: Yabancı madde ile enfekte olma. Bakteri ve virüslerin kontamine bir yüzeyden başka bir yüzeye geçişidir.

Konteyner: Paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenir, en az 0,8 m³ hacminde geçici depolama birimidir.

Kontrendikasyon: Belli bir tedavi yönteminin uygulanmasını engelleyici durum ya da hastada gereken tedavi veya müdahalenin uygulanmasına engel durum veya belirtilerin bulunuşu

Kurumsal İletişim: Üretim ve yönetim süreci içinde; kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi akışı, motivasyon, bütünleşme, eğitim, karar alma ve denetim gibi fonksiyonların sağlanması amacı ile belli

kurallar çerçevesinde uygulanan, ayrıca dış hedef kitle ile etkileşim sırasında kurum itibarını gözeterek sürdürülen iletişim sürecidir.

Kurumsal Yapı (Tasarım): Kurumsal yapı, kurumdaki yetki ve sorumluluklar ile iletişim kanallarının oluşturulmasını içermektedir. Sağlık kurumunun organizasyonel yapısı, bu çalışmalar sonucunda ortaya çıkar. Bu yapı, kurumun organizasyon şemasında gösterilir. Organizasyon şemalarında, kurum bünyesi içinde bulunan makamlar, birimler ve bölümler ile bunlar arasındaki yetki, sorumluluk ve iletişim ilişkileri gösterilmektedir.

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

Mahremiyet: Hastanın bakım ve tedavi amacıyla (tetkik sonuçları, hastalığı ve tedavisi ile ilgili bilgiler) ya da başka bir sebeple açıklamak zorunda olduğu ancak, toplumdaki tüm diğer bireylerin bilgisinden saklamak istediği yaşama alanını ifade etmektedir.

Matriks Yapı: Matriks tasarım, sağlık kurumunda, hem işlevsel hem de bölümsel yapılanma yaklaşımının aynı anda kullanılmasıdır. Örneğin ameliyathanede verilen hizmetler, farklı bölümlerde yer alan ve farklı işlevlere sahip kişi ve birimlerin koordinasyonunu gerektirmektedir.

Misyon: Sağlık hizmeti veren kuruluşun varlık nedenini belirleyen, sunduğu ürün ve hizmetler ile felsefesini ve özgün farklılıklarını ortaya koyan ve kurumu diğer sağlık kurumlarından ayıran soyut ve çok genel amaçtır.

Morbidite: Hastalık hali

Narkotik ilaç: Çoğunlukla morfin türevi, ağrı kesici nitelikte, doğal, yarı yapay ve yapay kökenli, şiddetli fiziksel ve psikolojik bağımlılığa yol açan ilaçlardır.

Nihai Bertaraf: Atıkların çevreye ve insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde ilgili ülke mevzuatlarda öngörülen her türlü önlemin alındığı tesislerde yakılması veya düzenli depolanması suretiyle yok edilmesi veya zararsız hale getirilmesidir.

Organizasyon Şeması: Kurumsal yapıyı bir bütün olarak gösteren ve hizmet birimleri arasındaki çeşitli ilişkileri tamamlayıcı bir düzen içinde göz önüne alan bir grafikdir.

Otelcilik Hizmeti: Sağlık hizmeti veren kuruluştaki tıbbi hizmet kapsamı dışında, hasta, hasta yakını ve çalışanların kullanımına sunulan konaklama, temizlik, çamaşır, yeme-içme hizmetleri ile bu hizmetlerin emniyetli bir

ortamda verilmesini temin etmek üzere sunulan can ve mal güvenliğini korumaya yönelik verilen hizmetlerdir.

Ölçü Alınması: Protezin ağızda yer alacağı bölgenin bir kopyasının elde edilmesidir. Bu amaçla yumuşak, yarı akışkan muhtelif ölçü maddeleri ile dişlerin ve/veya destek dokuların bir negatifi elde edilir.

Ölçünün Alındığı Zaman: Diş hekimi tarafından ölçünün alındığı tarih ve tam saati ifade etmektedir.

Parametrik validasyon: Sterilizasyonun fiziksel parametrelerin ölçümüne dayalı süreç validasyonudur. Ürün teslimi kritik parametrelerin ölçüm sonuçlarına göre yapılır (parametrik ürün teslimi). Referans yükte elde edilen test grafikleri, her döngüde döngü grafiği ile karşılaştırılarak bir sapma olup olmadığı belirlenir ve günlük Bowie-Dick ve haftalık vakum kaçak sonuçları ile birlikte yorumlanarak ürün teslimi yapılır. Bu durumda rutin kontrollerde kimyasal ve biyolojik indikatör kullanım zorluğu (Bowie-Dick ve Maruziyet indikatörleri dışında 9 ortadan kalkar. Parametrik ürün teslimi yapılabilmesi için buhar sterilizatörde yeterlik testlerinin kurulumunda (kurulum validasyonu) ve işleme başlayınca (işletim ve performans validasyonu) yapılması ve yılda bir kez tekrarlanması (performans rekalfikasyonu) zorunludur.

Partikül: Maddenin veya enerjinin en küçük parçası

Patolojik Atık: Cerrahi girişim sonucu ortaya çıkan dokular, organlar ve vücut parçaları

Patojen Mikroorganizma: Enfeksiyöz hastalıklara neden olan mikroorganizmalar

Peri-operatif: Cerrahi uygulama sırasında

Plan: Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.

Protez: Ağızda çeşitli nedenlerle harabiyete uğramış, madde kaybı olan dişlerin onarılmasında kullanılan, oluşmamış ve/veya kaybedilmiş olan dişlerin yerine konan, oluşmuş estetik bozuklukların giderilmesinde yararlanılan yapay aygıtların tümüne ağız içi protez denilir. Bu protezler; kişilerin kaybettikleri estetik, fonasyon ve çiğneme başta olmak üzere ağız içi tüm fonksiyonel olarak ihtiyaçlarını gideren yapay oluşumlardır.

Protez Güvenliği: Protez yapımına ilişkin ölçü alımından protezin dış hekimine ya da hastaya ulaşmasına ve hasta yararına kullanılmasına kadar geçen süreçlerde, işlemin doğruluğu ve güvenilirliğine zarar verecek her türlü riskin değerlendirilmesi ve önlenmesidir.

Protez Laboratuvarı Hizmetleri: Hastaya ait protetik materyalin uygun koşullarda kabulü, işlem öncesi hazırlanması, işlemin yürütülmesi ve işlem sonrası protezin teslimini sağlayan süreçlerin tamamıdır.

Protetik Materyal: Cinsi ne olursa olsun herhangi bir protez yapımına ait tüm aşamalarda kullanılması muhtemel ölçü, malzeme, ara ürün, protez vb. materyali tanımlar.

Post-operatif: Cerrahi uygulama sonrası

Pre-operatif: Cerrahi uygulama öncesi

Prosedür: Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.

Psikotrop İlaç: Merkezi sinir sisteminde etkisini gösteren ve beynin işlevlerini değiştirerek algıda, ruh hâlinde, bilinçlilikte ve davranışta geçici değişikliklere neden olan, uzun süre kullanıldığında fiziksel bağımlılığa yol açan ilaçlardır.

Radyoaktif Atık: Radyoterapi veya laboratuvar araştırmalarından artan sıvılar; kontamine olmuş cam eşya, ambalaj veya kağıtlardır.

Rehber: Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.

Revizyon Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Revizyon Numarası: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

Rıza Belgesi: Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.

Risk: Bir tehlikenin gerçekleşme olasılığı ile gerçekleşmesi halinde yol açacağı sonucun şiddetinin birlikte ele alınmasıdır.

Risk Analizi: Risklerin kapsamlı olarak anlaşılmasını sağlayan yöntemler ile risklerin belirlenmesi, risklerin oluşması halinde ortaya çıkabilecek zararın şiddetini ele alacak şekilde değerlendirilmesini ifade etmektedir.

Bu kapsamda risk analizi;

- Hastaların maruz kalabileceği tehlikelerin belirlenmesi,
- Tehlikelere maruziyet sıklığı ve etkilenme düzeyinin saptanması,
- Hangi hasta veya hasta gruplarını etkilediğinin değerlendirilmesi işlemlerini kapsamalıdır.

Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi: İnsanların kendi sağlıkları üzerindeki kontrollerini artırmalarını ve sağlıklarını geliştirmelerini sağlama sürecidir.

Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi kapsamlı sosyal ve politik bir süreci temsil eder. Yalnızca bireylerin beceri ve kapasitesini artırmaya yönelik eylemleri değil, aynı zamanda sosyal, çevresel ve ekonomik koşulları da değiştirmeye ve böylece bunların toplum ve bireysel sağlık üzerindeki etkilerini hafifletmeye yönelik eylemi de benimsemektedir. Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi, insanların *sağlığın belirleyicileri* (biyolojik, sosyal, ekonomik, çevresel, yaşam tarzı gibi faktörler) üzerindeki kontrollerini artırmalarını böylece kendi sağlıklarını iyileştirmelerini sağlama sürecidir.

Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyon: Hastaya bir sağlık kuruluşunda bakım ya da sağlık hizmeti sunulması sırasında gelişen ve o kuruma başvuru sırasında var olmayan ya da kuluçka döneminde olmayan enfeksiyonlardır. Kurumda sunulan hizmetle ilişkili olarak gelişen ancak taburculuk sonrasında bulgu veren enfeksiyonlar ve o sağlık kuruluşundaki sağlık çalışanlarında meslekleriyle ilişkili olarak gelişen enfeksiyonlar da bu kategoride ele alınır.

Sözel İstem: Hekimin yazılı olarak istem veremeyeceği zorunlu hallerde, istemi ilgili hemşireye sözlü olarak iletmesi olarak tanımlanmaktadır.

Sterilizasyon: Fiziksel ya da kimyasal yöntemler ile herhangi bir madde-nin ya da cismin üzerinde bulunan tüm mikroorganizmaların, sporlar dahil öldürülmesidir.

Talimat: Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

Taşıma: Atıkların geçici depolama birimlerinden uygun taşıma araçları ile alınarak bertaraf alanına götürülmesi işlemidir.

Tehlikeli Atık: Ünitelerden kaynaklanan, genotoksik, farmasötik ve kimyasal atıklar ile ağır metal içeren atıklar ve basınçlı kaplarıdır.

Temel Politika: Sağlık hizmeti veren kuruluşun misyon ve vizyonu ile kurumsal hedef ve amaçlarının belirlenmesidir.

Temel Tesis Kaynakları: Sağlık hizmetinin sunumunda kullanılacak teknolojilerin ihtiyaç duyduğu minimum alt yapı oluşumlarını ifade etmektedir (Su, elektrik, havalandırma ve medikal gaz sistemleri vb.).

Tesis Yönetimi: Sağlık hizmeti veren kuruluşun amaçlarına ulaşabilmesi için, artan sağlık ihtiyaçlarının en iyi şekilde karşılanmasına olanak sağlayacak, gerekli kaliteli çalışma ortamı ile fiziki ve işlevsel düzenlemelerin planlanması, uygulanması ve yönetimi ile ilgili tüm çalışmaların koordine edilmesidir

Tıbbi Atık: Ünitelerden kaynaklanan, enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici atıklardır.

Tıbbi Gaz: Sağlık hizmeti sırasında anestezi işlemelerde veya tanı ve tedavi amacı ile kullanılmak üzere üretilmiş ve paketlenmiş gaz.

Tıbbi Müdahale: Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimi ifade eder.

Vizyon: Sağlık hizmeti veren kuruluşun mevcut koşullar altında ulaşmayı hayal ettiği durum ve gelecekle ilgili ana felsefesinin, iddialı ve mükemmelliği ön plana çıkaran cümleler ile dikkat çekici ve kolay anımsanabilir şekilde ifade edilmesidir.

Yan Etki: Bir ilacın zararına bakılmaksızın gösterdiği amaçlanmamış bütün farmakolojik etkilerdir.

Yardımcı Doküman: Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır.

Yatan Hasta: Yatış işlemi yapılarak tanı ve tedavi işlemleri yürütülen hastalardır. Yatan hastalara, gününbirlik yatış işlemi yapılan hastalar dahildir.

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

Yüksek Düzey Dezenfeksiyon: Bazı kimyasallar uzun süreli (3-12 saat) muamele ile tüm sporları öldürebilir. Bunlara kimyasal sterilizan denir. Benzer konsantrasyonda ancak daha kısa muamele süresinde (örneğin gluteraldehit ile 20 dakika) aynı dezenfektan bakteriyel sporlar hariç tüm mikroorganizmaları öldürür. Bu işleme yüksek düzey dezenfeksiyon denir.

Yüksek Riskli İlaç: Terapötik ve maksimum dozları birbirine yakın olan ilaçlardır. Hatalı kullanıldıklarında, hasta üzerinde geri dönüşsüz veya kalıcı olumsuz etki yaratabilirler.



Kaynaklar

- 1 Sayılı Cumhurbaşkanlığı Kararnamesi, 30474,10/7/2018 Sayılı Resmi Gazete
- 155 Sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamı Sözleşmesi, Uluslararası Çalışma Örgütü, Erişim adresi: <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm>
- Acar, A., Yeğenoğlu, S. (2005). Akılcı ilaç kullanımı perspektifinden farmakoeкономи ve hastane formüllerleri. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi. J. Fac.Pharm, 34 (3), s. 207-218
- Accreditation Canada Standards, Qmentum International. (2010-2011).
- Adli Yardım ve Beyaz Kod Uygulama Genelgesi, Sayı:6367, 16.03.2016.
- Afet ve Acil Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013
- Akalın, H. (2001). Yoğun bakım ünitesi enfeksiyonları: Risk faktörleri ve epidemiyoloji. Hastane Enfeksiyon Dergisi, 5(1), s. 5-17
- Akçabay, M. "Preoperatif Değerlendirme ve Premedikasyon". Erişim Adresi: [http://med.gazi.edu.tr/posts/Akçabay,M., "Preoperatif Değerlendirme ve Premedikasyon", http://med.gazi.edu.tr/posts/20728,](http://med.gazi.edu.tr/posts/Akçabay,M.,%20Preoperatif%20Değerlendirme%20ve%20Premedikasyon) Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Akdur, R. (2005). "Afetlere karşı sağlık hizmetlerine yönelik senaryoların yazılması; deprem örneği". İçinde: Afet Tıbbı. Eds: Eryılmaz, M., Dizer, U. Ünsal Yayınları, Ankara, s. 213-225
- Akgüç, Ö. (1989). Finansal Yönetim, Avciol Basımevi, İstanbul
- Akılcı İlaç Kullanımı, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu, Erişim Adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/>
- Alp Meşe, E. "Ameliyathane Düzeni ve Giriş ve Çıkışta Uyulması Gereken Kurallar". Erciyes Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastaneleri Enfeksiyon Kontrol Kurulu Erişim Adresi: https://hastaneler.erciyes.edu.tr/Content/files/pdf/pdf/ameliyathane_kurallari2.pdf Erişim tarihi: 21.10.2019
- Amsterdam/Avrupa'da Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 28-30.Mart 1994. <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/trhemovijilans-49184.html>, Tarih erişim 10.07.2013.
- Anestezi Uygulama Yönergeleri: Ameliyat Öncesi Hazırlık. (2005). Türk Anesteziyoloji ve Reanimasyon Derneği (TARD), Erişim Adresi <http://tard.org.tr/assets/kilavuz/3.Pdf>
- Arslan, Ö. "Hemovijilans", Journal of Turkey Clinics Internal Medicine, Cilt. 3, No. 36, <http://www.turkiyeklinikleri.com/article/trhemovijilans-49184.html>, Erişim tarihi: 10.07.2013.
- Arslanoğlu, A., "Dış Kaynak Kullanımı Yönetim Yaklaşımı ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma", İstanbul Marmara Üniversitesi YSK

- Uluslararası Kalite Yönetimi Anabilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Asansör İşletme ve Bakım Yönetmeliği. (2019, 6 Nisan). TC Resmi Gazete (Sayı: 30737).Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/04/20190406-1.htm>
- Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği, Resmi Gazete Numarası 29396, 24.06.2015
- Asansör Periyodik Kontrol Yönetmeliği. (2018, 4 Mayıs). TC Resmi Gazete (Sayı:30411).Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/05/20180504-1.Htm>
- Assurance of Blood Components, İstanbul, Şan Ofset, 2008.
- Atık Yönetimi Genel Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26927, 05/07/2008
- Atık Yönetimi Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayısı 29314,02/04/2015
- Atıkların Düzenli Depolanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 26 Aralık). TC Resmi Gazete (Sayı: 30990). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/12/20191226-16.htm>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. Hospital Accreditation
- Australian Commission, Safety and Quality of Healthcare, Preventing Falls and Harm from Falls for Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals, Commonwealth of Australia 2009.
- Aydın, G.D. , Hastane acil servislerinin organizasyonu ve yönetimi değerlendirilmesi
- Ayoğlu, F.N., Dursun, A., Kıran, S., Ayoğlu, H. (2005). Etilen oksit maruziyetinin ve genotoksitenin sağlık üzerindeki etkileri. Sağlık ve Toplum Dergisi, s. 18-24 Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.14012&MevzuatIliski=0>
- Bakanlıkça Piyasa Gözetimi ve Denetimine İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik Resmi Gazete Sayısı: 26563, 25.06.2007
- Barth, J., "Selecting clinical quality indicators for laboratory medicine", Ann Clin Biochem, 49, s. 257, 2012
- Basınçlı Ekipman Yönetmeliği. (2018, 3 Mart). TC Resmi Gazete (Sayı 30349).Erişim Adres: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/03/20180303-1.htm>
- Başustaoğlu, A. (2013). Kan Kültürü Uygulama Rehberi. Erişim Adresi: https://www.tmc-online.org/pdf/bd/kan_kulturu_uygulama_klavuzu.

- Baumann BM, Chansky ME, Boudreaux ED. Holding admitted patients in the emergency department is most highly correlated with longer patient throughput times, Acad Emerg Med., 2004;11:453.
- Binaların Yangından Korunmasına Dair Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2018, Mart 15). TC Resmi Gazete (Sayı 30361). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090909-10.htm>
- Binaların Yangından Korunmasına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 26735, 19/12/2007
- Biyolojik Faktörlere Maruz Kalma Risklerinin Önlenmesine Dair Yönetmelik Resmi Gazete Numara: 28678, 15.06.2013
- Bozkurt, Ö. vd. (2008). Kamu Yönetimi Sözlüğü. TODAİ: Türkiye ve Ortadoğu Kamu Yönetimi Enstitüsü
- CDC, "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in
- CDC, Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008
- CDC, HICPAC, Guidelines for Environmental Infection Control in Health-Care Facilities, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), 2003
- Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI), Statistical quality control for quantitative measurement procedure: principles and definitions. Approved guidelines, 3rd ed. C24-A3. Wayne, PA, USA: CLSI, 2006.
- Clinical and Laboratory Standards Institute (CLSI), Development and use of quality indicators for process improvement and monitoring of laboratory quality. Proposed guideline. GP35-P. Wayne, PA, USA: CLSI, 2009.
- CLSI, CLIA, International Organization for Standardization, Erişim adresi: <https://clsi.org/about/clsi-and-international-standards-development/iso-committees/>
- Çakar, E., vd. (2009). Bilgilendirilmiş onamın şu anki yeri: fiziksel tıp ve rehabilitasyon pratiğindeki yaygın uygulama örnekleriyle. Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Bilimleri Dergisi, 12, s. 140-50
- Çakmakçı, M., "Hospital Infections and Hospital Design: Planning of Operating Rooms", http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/managete/fu_folder/2001-03/html/2001-5-3-172-177.htm, Erişim Tarihi: 10.07.2013.
- Çalışan Güvenliği Genelgesi, Sayı: 2012/23, 14.05.2012

- Çalışanların Gürültüden Kaynaklanan Risklerden Korunmasına İlişkin Yönetmelik Resmi Gazete, Sayı: 28721, 28.07.2013
- Çalışanların Patlayıcı Ortamların Tehlikelerinden Korunmasına Dair Yönetmelik Yetkilisi 28633 Sayılı Gazete, 30/04/2013
- Çevre Bakanlığı Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği Resmi Gazete Sayısı: 24379, 20/04/2001
- Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği. (2010, 4 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:27601).
- Çırpı, F. Merih, Y. Kocabey, M. (2009). "Hasta Güvenliğine Yönelik Hemşirelik Uygulamalarının Belirlenmesi ve Hemşirelerin Bu Konuya İlişkin Görüşleri" Ist International Congress on Performance and Quality in Health, Proceedings Book Cilt II (s. 85-94). Ankara T.C. Sağlık Bakanlığı
- Dağlı, G., Özyurt, M., Akalın, M. (2010). Merkezi Sterilizasyon Ünitesi (MSÜ) ve Uygulamaları, İstanbul. Erişim Adresi: <https://www.yumpu.com/tr/document/read/10017053/merkezi-sterilizasyon-unitesi-msu-ve-uygulamaları>
- Demir, H., Okan, T., "Teknoloji-Örgüt Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma Yapı ve Performans", İstanbul, Doğu Üniversitesi Dergisi, Sayı 10 (1), s.57-72, 2009.
- Deneme Süresinde Çalışan Yetiştirme Genel Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 18090, 27.6.1983
- Devlet Arşiv Hizmetleri Yönetmeliği. (2019, 18 Ekim.). TC Resmi Gazete (Sayı:30922). Erişim Adresi: <https://www.devletarsivleri.gov.tr/Sayfalar/Haberler/Duyuru.aspx?ID=4164>
- Devlet Memurları Kanunu. (1965, 23 Temmuz). TC Resmi Gazete (Sayı: 12056). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/1.5.657.pdf>
- Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği (DAS). (2019). Dezenfeksiyon, Antisepsi, Sterilizasyon Rehberi, Ankara
- Diş Hekimliği Hizmetleri Kurumu Onayının Yeniden Yapılandırılması, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sayı 39939, 06 Ekim 2010
- Diş Protez Laboratuvarları Yönetmeliği Resmi Gazete, Sayı 26016, 07 Aralık 2005
- Düzenli Atık Depolama Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27533, 26/03/2010
- Elektrik Enerjisi Acil Durum Grupları ve Otoprodüktör Tesisleri Lisans Yönetmeliği. (1988, 2 Eylül). TC Resmi Gazete (Sayı: 19917). Erişim Adresi: http://www.emo.org.tr/mevzuat/mevzuat_detay.php?kod=55
- Eren, E., Stratejik Yönetim ve İş Politikası, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 2000.

- Erkoç, Y ve diğerleri, Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanları için “Sağlığı Geliştirme Eğitimi” Rehberi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.
- Eroğlu, F., Özmen, S., Noyaner, A., Aydın, C. “Yoğun Bakımda Sağlık Hizmetlerinin Kalitesini Artırabilir miyiz?” Süleyman Demirel Üniversitesi Tıp Fakültesi Dergisi, syf : 9-11,2001.
- Erol, S., “Hastane Enfeksiyonlarının Sürveyansı” İ.Ü Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Faaliyetleri Hastane Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Sempozyumu Seri 60, s. 43-51,2008.
- European Charter of Patients' Rights Basis Document, Rome, November 2002.
- European Committee for Blood Transfusion, Guidelines for Preparation, Use and Quality
- Gıda Güvenliği ve Kalitesinin Teftişi ve Kontrolü Yönetmeliği. (2008, 26 Eylül). Resmi Gazete (Sayı: 27009). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2008/09/20080926-4.htm>
- Gıda Hijyeni Yönetmeliği, Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, 281457 Sayılı, 17.Aralık 2011.
- Glenn M. Rampton, Ian J. Turnbull, J. Allen Doran “Human Resource Management Systems:A Practical Approach”, 2. baskı. Ontario, Carswell Thomson Profesyonel Yayıncılık, s.25,1999.
- Groene O.,Barbero, M.G., Health Promotion, Evidence and Quality Management in Hospitals, tercüme Zaralı, F. ve diğerleri, Dünya Sağlık Örgütü Sağlık), Ankara, Mayıs2005.
- Güler, H. Öztürk, A., Hastane Hizmet Kalite Standartları, T.C.Sağlık, Pozitif Baskı, 2011.
- Güler, H. ve diğerleri, SKS Doküman Yönetim Sistemi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Baskı, 2013.
- Güler, H. ve diğerleri, SKS ve İlaç Güvenliği, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Pozitif Baskı, 2012.
- Güllülü U, Özer S, Candan B “Sağlığın Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Alan Çalışması Uygulamalardan Elde Edilen Hizmetler “ 5. Ulusal Pazarlama Kongresi: Yeni Yaklaşımlar Değişen Tüketici Davranışları Alanında Pazarlama, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Turizm Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi:91-109, 2000.
- Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, (2011).
- Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Ulusal Sağlık Hizmetleri İlişkili Enfeksiyonlar Sürveyansı Kılavuz. (2017). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Handel DA, Ginde AA, Raja AS, Rogers J, Sullivan AF, Espinola JA, Camargo CA. “Implementation of crowding solutions from the American

- College of Emergency Physicians Task Force Report on Boarding”, Int JEmerg Med., 2010;3(4):279-86.
- Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, , Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim2011.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Numara:23420
- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik. (2011, 6 Nisan). TC Resmi Gazete (Sayı: 27897). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/04/20110406-3.htm>
- Hasta ve Personel Güvenliğinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik, Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Numara : 27897, 6 Nisan 2011
- Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği Resmi Gazete Numara: 29301, 20/03/2015”
- Health Information Management System Minimum Data Model (Version 1.2.), 2016, Ministry of Health, General Directorate of Health Information Systems Healthcare Settings”, 2007.
- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Numarası 26510, 02.05.2007.
- Hizmet Alım İhale Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, TC Resmi Gazete, Sayı 29428, 28/07/2015
- <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr08/Chap3.htm>Ulusal Sağlık Verileri Sözlüğü (1. baskı), T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sosyal Güvenlik Dairesi Başkanlığı Uygulamaları
- <https://accreditation.ca/accreditation/qmentum/>
- <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/05/20190531-1.htm>
- Improving Performance and Equity” (Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı) Ankara
- Institute of Medicine, To err is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy
- ISO 15189, “Medical laboratories-Requirements for quality and competence, International Organization for Standardization”, 2012.
- ISO 31000, “Risk management -- Principles and guidelines”,2009.
- ISO 9001, “Quality management systems–Requirements”, 2008. İnternet erişimi: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?booksaps3&par tsA4255>. Erişim Tarihi: 24 Ağustos 2010.
- İlaç Güvenliği Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014
- İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Alımına İlişkin Genelge. (2010, 25 Şubat). TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 7816). Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11014/ilac-ve-tibbi-sarf-malzemesi-alimlari-genelgesi-2010-10.html>

- İlaç, Tıbbi Sarf Malzemeleri ve Tıbbi Cihaz Yönetimi Performans Denetimi Sağlık Bakanlığına Bağlı Hastanelerde Rapor, 2005. T.C. Mahkeme Başkanlığı Hesapları
- İnce, Ü. "Patolojide Kalite Kontrol" ACU Tıp Fakültesi ve Acıbadem Sağlık Grup Patoloji Laboratuvarı. Erişim Adresi: http://www.turkpath.org.tr/pdf/TEOS/umit_ince_teos.pdf
- İnöz, B., Chauncey, D. ve diğerleri, "Performance Improvement for Healthcare-Leading Change with Lean, Six Sigma and Constraints Management", Novaces, LLC, ISBN 978-0-07-176162-8, 2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Genel Müdürlüğü. Kimyasalların Güvenli Depolanması, 2011. Ankara, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 28545, 29.12.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Sayı, Kanun Numara: 6331 Numara 28339, 20 Haziran 2012
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirme Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı: 28512, 29.12.2012
- İş Sağlığı ve Güvenliği Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Çalışanların Eğitimleri, Resmi Gazete, Sayı: 28648, 15.05.2013.
- İş Teftiş Kurulu Başkanı. Metal Sanayiinde İş Yerlerinde Gaz Tüplerinin Kullanım ve Güvenlik Koşulları, 2012. Ankara, T.C. Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- İş Teftiş Kurulu Başkanı. Sıkıştırılmış Gaz Tüpleri ile Güvenli Çalışma, 2013. Ankara, TC Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı
- İş Yerlerinde Acil Durumlar Yönetmeliği. (2013, 18 Haziran). TC Resmi Gazete (Sayı 28681). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/06/20130618-8.htm>
- İş Yerlerinde Kişisel Koruyucu Donanımların Kullanımına İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete Numara: 28695, 02.07.2013
- İşyeri Binaları ve İlavelerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik, TC 28710 Sayılı Resmi Gazete, 17.07.2013
- İşyeri Tehlike Bildiriminde Değişiklik Yapılmasına İlişkin Tebligat İş Sağlığı ve Güvenliği ile İlgili Dersler, Resmi Gazete, Sayı: 28602, 29.03.2013.
- İzzettin, F.V., Sancar, M., Apikoğlu-Rabuş, Ş. (2013). İlaç Yönetimi. (Hastane İdare), Bölüm 55. Nobel Tıp Kitabevi, (ss 845-862). İstanbul
- Japan Council for Quality Health Care, <http://jcqhc.or.jp/pdf/top/english.pdf>, Erişim Tarihi Şubat 2013.

- Joint Commission International Accreditation Hospital, Survey Process Guide, 4. Baskı (için Akademik Tıp Merkezleri), 2013.
- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition, 2011.
- Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü. Erişilebilirlik Temel Bilgiler Rehberi Sağlık Kurumlarında Engelliler. (2012). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
- Kan ve Kan Bileşenlerinin Hazırlanması, Kullanımı ve Kalite Güvencesi için Ulusal Kılavuz, Türkiye'de Kan Temini Sisteminin Güçlendirilmesine Yönelik Teknik Yardım Projesi, 2016, Erişim Adresi: https://www.kanver.org/Upload/Dosya/ulusal_kan_rehberi.pdf Giriş tarihi: 10.09.2019
- Kan ve Kan Ürünleri Kanunu. (2007, 2 Mayıs). TC Resmi Gazete (Sayı: 26510). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/05/20070502-1.htm>
- Kan ve Kan Ürünleri Yönetmeliği. (2008, 4 Aralık). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 270704). Erişim Adresi: <https://www.ttb.org.tr/mevzuat/index>. Karagöz, İ. vd. (1998). İleri Teknoloji Medikal Bakım Onarımlarının Etkileri Hastane Organizasyonunda Klinik Mühendislik Birimlerinin Hasta Bakım Kalitesine Yönelik Cihazları ve Verimlilik. Ulusal Biyomedikal Toplantısı Muhtıraları Kitabında Mühendislik (s:110-115). Gülhane Askeri Tıp Akademisi Biyomedikal ve Klinik Merkez, Ankara
- Kaya, A., "Türkiye'de Kamu Hastanelerinde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Eksikliği Sorunları", İstanbul Beykent Üniversitesi Hastanesi ve Sağlık Yönetimi Bilimi Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2010.
- Kimyasal Maddelerle Çalışmada Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Yönetmeliği Resmi Gazete, Sayı: 28733 12.08.2013
- Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetin Sağlanması Hakkında Yönetmelik -20 Ekim 2016 Numara: 29863
- Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29677, 07.04.2016
- Klinik Mikrobiyologlar Derneği. (2015). Tıbbi Mikrobiyoloji Uzmanları için Klinik Numuneden Nihai Rapora Başvuru Rehberi, Üriner Sistem Numuneleri, Ankara
- Klinik Mikrobiyologlar Derneği. (2017). Klinik Örnekten Nihai Rapora Tıbbi Mikrobiyolog Başvuru Rehberi, Kan Dolaşım Örnekleri, Ankara
- Köksal, İ. (2002). Yoğun Bakım Ünitelerinde Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon. dezenfeksiyon ve Hastane Enfeksiyonları Kitabı. 1. Baskı. Samsun: SIMAD Yayınları, s. 13-105
- Lisbon Declaration of Patient Rights, 1981.

- Meral, Y, “ Dış Kaynak Kullanımının Hasta Memnuniyetine Etkisi ve Üzerine Bir Araştırma Bu Konu”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi,2006.
- Mesleki Mensupların Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimlerine İlişkin Yönetmelik Güvenlik Uzmanı, Resmi Gazete, Sayı:28512, 29.12.2012.
- MMO ve TTMD Hijyenik İklimlendirme ve Havalandırma Komisyonu. (2009). Hava Hastane Hijyenik Alanlarının İklimlendirme ve Havalandırma Projesi Hazırlama Esasları: Bölüm 86. IX. Ulusal Tesisat Mühendisliği Kongresi Seminer Memorandumu (s.1203-1250). MMO, İzmir. Yayın No: E/2009/494-1
- MRI ve CT İnceleme Standartları. (2018). Türk Radyoloji Derneği, Erişim Adres: <https://www.turkrad.org.tr/assets/2018/standartlar2018.pdf>
- Nakhleh, MD, FCAP ve Patrick L. Fitzgibbons MD, FCAP, editörler Ürün numarası: PUB118, ISBN numarası: 0-930304-86-1, 2012.
- National Institute of Standards and Technology, Department of Commerce Baldrige Performance Excellence Program, 2011-2012 Health Care Criteria for Performance Excellence, 2011.
- NIOSH Publication No. 88-119: “Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers”, 1988.
- OECD Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009, Health Working Papers No. 47, 2009.
- OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators,2011
- Ovayolu, N., Bahar, A. (2006). Hemşirelikte kalite. Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi,9(1),104-110.
- Öncü, S. (2013). Ameliyatta antibiyotikler, profilaksi. Ulusal Cerrahi Dergisi , 27(3), 176-181
- Özel Güvenlik Hizmetleri Kanununun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete Numara: 25606, 07.10.2004
- Özel Hastaneler Yönetmeliği. (2002, 27 Mart). TC Resmi Gazete (Sayı: 24708). Erişim Adres:<https://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4854&MevzuatTliski=0&sourceXmlSearch=%F6zel%20hastaneler>
- Özel Hastaneler Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 31 Mayıs). TC Resmi Gazete (Sayı:30790). Erişim Adres:
- Özlü T. Teorik Metinler, “Patient with Philosophical Background and Sample Cases: You have got the right, because you are ill.” TİMAŞ Yayınları, İstanbul, Şubat 2005.
- Phillips RL, Dovey SM, Hickner JS, Graham D, Johnson M. The AAFP patient safety reporting system; development and legal issues pertinent to medical error tracking and analysis. In: Advances in patient safety:

- from research to implementation. Cilt 3. Rockville, MD: Agency for Healthcare Research and Quality, 2005:121–34.
- Plebani, M. ve diğerleri, “Towards harmonization of quality indicators in laboratory medicine”, Clin Chem Lab Med, 51(1), s. 187–195, 2013.
- Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırası Genelgesi. (2017, 12 Haziran). TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 2683) Erişim Adresi: <https://shgm.saglik.gov.tr/TR,24719/poliklinik-hizmetlerinde-ocelik-sirasigenelgesindedegisiklik.html>
- Price, C., Christenson, R., Evidence-based laboratory medicine: From Principles to Outcomes, AACCC Baskı Washington, DC, 2003.
- Pugh, D.S., ed. “Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin.”, 1990.
- Radyasyon Doz Limitleri ve Birlikte Çalışan Personelin Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik Sağlık Hizmetlerinde İyonize Radyasyon Kaynakları. (2012, 5 Temmuz). TC Resmi Gazete (Sayı: 28344).ErişimAdres:<https://www.mevzuat.gov.tr/>
- Radyasyon Güvenliği Kurulları Çalışma Usul ve Esasları. (2013). Erişim Adresi [https://www.taek.gov.tr/tr/Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği](https://www.taek.gov.tr/tr/Radyasyon%20Guenligi%20Yonetmeliği). (2000, 24 Mart). T.C. Resmi Gazete (Sayı: 23999).Erişim Adres: [https://www.mevzuat.gov.tr/Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği](https://www.mevzuat.gov.tr/Radyasyon%20Guenligi%20Yonetmeliği). (1985, 7 Eylül). TC Resmi Gazete (Sayı:188619. Erişim Adres: <https://www.mevzuat.gov.tr/MevzuatMetin/2.5.859727.pdf>
- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2010, 30 Haziran). TC Resmi Gazete (Sayı: 27600). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/06/20100603-15.htm>
- Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2013, 9 Mart). TC Resmi Gazete (Sayı:28582).Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/03/20130309-4.htm>
- Raju PS, Lonial SC, “The Impact of Service Quality and Marketing on Financial Performance in the Hospital Industry: An Empirical Examination. Journal of Retailing and Consumer Services”,9 (6): 335-348, 2002
- Restuccia, D.J., Quality of the Health Care Services in the USA: Application and Future, Tercüme Sıdika KAYA, 2003.
- Robert, J.,M., ve diğerleri. (2010). “A Guide for Correct Implementation of Healthcare Reform,
- Rootman, I. ve diğerleri, “Evaluation in health-Promotion Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series”, 2001.
- Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi. (2015, 31 Aralık). TC Bakanlık Sağlık Bakanlığı, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel

- Müdürlüğü (Sayı: 116). Erişim Adresi: <https://dosyamerkez.saglik.gov.tr/Eklenti/15584,bilgi-guvenligi-politikalarionergesi20180502pdf.pdf?0>
- Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği Resmi Gazete Sayı:15296, 11.12.2009
 - Sağlık Bakanlığı Personelinin Yükseltilmesi ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 289759, 17.04.2014
 - Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Sayı 28599, 26 Mart 2013
 - Sağlık Bakanlığı Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi, Sayı:2652,20/08/2008
 - Sağlık Bakanlığının Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliğinde Değişiklik Yapan Yönetmelik ve İştirakler. (2018, 2 Mart). TC Resmi Gazete (Sayı: 30348). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/03/20180302-3.htm>
 - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Bilgi Güvenliği Politikası El Kitabı Versiyonu (2.1), (2019). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
 - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Bilgi İşlem Daire Başkanlığı, Sağlık-Net Entegrasyonu İçin Hastane Bilgi Sistemlerinin Temel Gereksinimleri. (2007). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
 - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Sistem Yönetimi Daire Başkanlığı. Donanım, Altyapı ve Sistem Bileşenleri Satın Alma Kılavuzu Sürüm 1.0. (2018). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
 - Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü, Tam Donanımlı Dijital Hastane Rehberi. (2018). Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı
 - Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmi Gazete, Sayı:3359, 15.05.1987
 - Sağlık Hizmetlerinin Güçlendirilmesi ve Yeniden Yapılandırılmasına Yönelik Altyapı Geliştirme Projesi Finansman Yapısı. (2005). Hacettepe Üniversitesi, Ankara
 - Sağlık Personelinin Atanması Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Devlet Kurum ve Kuruluşlarına açık kura ile atanır, Resmi Gazete, Sayı:29412, 10.07.2015
 - Sağlık ve Güvenlik İşaretleri Yönetmeliği. (2013, 11 Ağustos). TC Resmi Gazete (Sayı: 28762).Erişim Adresi <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/09/20130911-6.htm>
 - Sağlıkta Kalitenin İyileştirilmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.
 - Samastı, M., "Hastanelerde dezenfeksiyon uygulama esasları, Yapılan Hatalar", İstanbul Üniversite Cerrahpaşa Tıp Fakültesi. Sürekli Tıp Eğitimi

- Faaliyetleri Hastane Enfeksiyondan Korunma ve Kontrol Sempozyumu Serisi, 60, s. 143-168, 2008.
- Sciacovelli, L. ve diğerleri, "Quality Indicators in Laboratory Medicine: from theory to practice, Preliminary data from the IFCC Working Group Project Laboratory Errors and Patient Safety", Clin Chem Lab Med, 49(5), s. 835-844, 2011.
 - Sehulster LM, Chinn RYW, Arduino MJ, Carpenter J, Donlan R, Ashford D, Besser R, Fields B, McNeil MM, Whitney C, Wong S, Juranek D, Cleveland J. Guidelines for environmental infection control in health-care facilities. Recommendations from CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Chicago IL; American Society for Healthcare Engineering/American Hospital Association; 2003. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/environmental/index.html>
 - Shahangian, S. ve Snyder, S., "Laboratory Medicine Quality Indicators, A Review of the Literature" Am J Clin Pathol, 131, s. 418-431, 2009.
 - Siegel JD, Rhinehart E, Jackson M, Chiarello L and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee, 2007. Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/isolation/index.html>
 - Sözleşmeli Sağlık Personelinin Atanması ve Yer Değişikliği Hakkında Yönetmelik konusu 4924 Sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Ortaklıklar Kanununa, Resmi Gazete, Sayı: 29264, 11.02.2015
 - Srivastava R. and others, "Reflex and reflective testing: efficiency and effectiveness of adding on laboratory tests", Ann Clin Biochem, 47, s. 223-227, 2010
 - Starfield B, Shi L., "The medical home, access to care, and insurance. Pediatrics. 113 (5 kaynağı):1493-8., 2004.
 - Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi, DAS Association,2015.
 - Sur, H. Et al., (2019). Hasta Güvenliği Kitabı. Palme Yayınevi
 - Sur, H. Palteki, T.(2013). Hastane Yönetimi, Nobel Tıp Kitabevi
 - Sur, H., Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği, Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Program Ders Notları. 2012.
 - Süngü, A., "Ameliyathane Havalandırma Sistemleri Tüp Bebek ve Genetik Laboratuvar Havalandırması", <http://www.das.org.tr/kitaplar/kitap2007/yazi/ali.sungu-das-2007-yazi.pdf>, Tarih Erişim: 10.07.2013.
 - Şardan, Y.Ç. (2010). Enfeksiyon kontrolünde paketler. Yoğun Bakım Dergisi, 9(4), s. 188-192

- Şencan, İ., Demir, M., SKS Işığında, Sağlıkta Kalite.1-2-3 cilt Ankara, Sağlık Bakanlığı Sağlık, Pozitif Baskı, 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Onarım Daire Başkanı “Genelge” Mevcut ve yeni sağlık tesislerinde uyulması gereken Asgari Teknik Standartlar hakkında, 30.10.2012.
- Taşınır Yönetmelik No: 26407, 18.01.2007
- Tatar, M.(Editör), Sağlık Kurumları Yönetimi-I, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, 2012.
- TC Çevre ve Orman Bakanlığı. (2009). 2009-2020 Çevresel Gürültü Eylem Planı. Erişim Adres: <http://www.cygm.gov.tr>
- TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü “Enfeksiyon Yönetmeliği Yatarak Tedavi Kurumlarının Denetimi”, Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005.
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Sayı:25755, 14/03/2005.
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik.(2013, 5 Kasım). TC Resmi Gazete (Sayı: 28812). Erişim Adres: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/09/20090904-13.htm>
- Tengilimoğlu, D., Sağlık Hizmeti Verenlerin Yönetimi, Ankara,2011.
- Terapötik Aferez Merkezleri ve Birimleri Hakkında Yönetmelik. (2019, 31 Temmuz).T.R. Resmi Gazete (Sayı: 30848). Erişim Adresi:<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/07/20190731-3.htm>
- Tıbbi Cihazlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27957,07/06/2011
- Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik. (2015, 25 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 2939799). Erişim adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150625-4.htm>
- Tıbbi Gazların Üretimi, Dolum, Depolama ve Satışını Gerçekleştiren Tesisler Hakkında Tebliğ. (2015, 10 Eylül). TC Resmi Gazete (Sayı:29471). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/09/20150910-5.htm>
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09.10.2013.
- Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2018, 18 Aralık). TC Resmi Gazete (Sayı: 30629). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2018/12/20181218-1.htm>
- Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. (2011, 16 Şubat). TC Sağlık Bakanlığı, Genel Tedavi Hizmetleri Müdürlüğü (Sayı: 7465). Erişim Adresi: <https://dosyasb.saglik.gov.tr/Eklenti/1349,img071372pdf.pdf?0>

- TKHK Stok Yönetimi ve Menkul Kıymetler Uygulamaları Genelgesi Sayı:01586109, 01.07.2013
- Türk Dil Kurumu,www.tdk.gov.tr
- Türkiye Biyokimya Derneği. (2015). Venöz Kan Alma Rehberi, Ankara
- Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu. İlaçları dikkatli kullanmak. Erişim Adresi: <http://www.akilciilac.gov.tr/>
- Ulusal Sağlık Hizmetleri Eşitsizlik Raporu; 3. Bölüm, “Sağlığa Erişim”. Ajans Sağlık Araştırmaları ve Kalitesi, Washington Yayın no: 09-0002, 2008,Erişim Tarihi 28.05.2013
- Usluer, G., Esen, Ş., Dokuzoğuz, B., Ural, O., Akan, H., Arcagöl, C., Şahin, H. (2006). Günlük Hastane Enfeksiyonları 10(2), 5-28. Erişim adres: http://www.hastaneinfeksiyonlaridergisi.org/search_result.aspx
- Usluer, G., vd. (2006). İzolasyon Önlemleri Rehberi, Türkiye Hastane Enfeksiyonları Derneği ve Kontrol, Hastane Enfeksiyonları Dergisi, 10(2)
- Uztuğ, F. (Editör), Kurumsal İletişim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Yayın Numara 1562, 2012.
- Ülgen, H. ve Mirzek, K. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim, Literatur Yayınları
- Ünal, N. (2001). Hastane enfeksiyonları ve hastane tasarımı, yoğun bakım ünitelerinin tasarımı. Günlük Hastane Enfeksiyonları (5(3), s. 183-194)
- Vehbi Koç Acil Tıp Merkezi Haydarpaşa Numune Eğitim ve Araştırma Hastanesi, İstanbul, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü Yayınlanmış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- Vicedellio A, Santora C, Singer AJ, Thode HC, Mark C. Henry MC. The Association Between Transfer of Emergency Department Boarders to Inpatient Hallways and Mortality: A 4-Year Experience. Ann Emerg Med.; 54(4):487-91, 2009.
- Wayne, PA, Using of proficiency testing to improve the clinical laboratory Clinical and Laboratory Standard Institute (CLSI). Approved guidelines, 2nd ed. GP27-A2., USA:CLSI,2008.
- WHO Draft Guidelines for Ad verse Event Reporting and Learning Systems: From information
- WHO, Core components for infection prevention and control programmes, Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care,2008.
- WHO, Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks,2013.
- WHO, Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, 2009.

- WHO, Health Promotion Glossary, 1998.
- WHO, Laboratory Assessment Tool, 2012.
- WHO, Laboratory biosafety manual, Third edition, 2000.
- WHO, Laboratory Quality Management System, Handbook, 2011.
- WHO, Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences, 2009
- WHO, Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide 2nd edition, 2002.
- WHO, Safe Childbirth Checklist Programme: An Overview, Patient Safety Checklists, 2013.
- WHO, Safe Surgery Save Lives, safe Surgery Checklist, Patient Safety Checklists, 2009.
- WHO, World Alliance for Patient Safety, 2009.
- William A. Rutala, Ph.D., M.P.H.1,2, David J. Weber, M.D., M.P.H.1,2, and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC)3, 2008. Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities. Access address: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/guidelines/disinfection/>
- Williams SJ, Calnan M. "Convergence and Divergence: Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice, Dental and Hospital Care Setting, Social Science and Medicine". 33 (6):707-716, 1991.
- Workbook, Commonwealth of Australia. (2012)
- Yapı Kontrol Uygulama Yönetmeliği. (2008, 5 Şubat). TC Resmi Gazete (Sayı: 26778). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr>
- Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Acil Servis Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2009, 16 Ekim). TC Resmi Gazete (Sayı: 27378). Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2009/10/20091016-16.htm>
- Yataklı Sağlık Kuruluşlarında Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ. (2013, 29 Mart). TC Resmi Gazete (Sayı:28661). Erişim Adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11300/tebligler.html>
- Yatarak Tedavi Kurumları Çalışma Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı:17927,13.1.1983
- Yatarak Tedavi Kurumları Çalışma Yönetmeliği.(1983, 13 Ocak). TC Resmi Gazete (Sayı: 17927). Erişim Adresi: <https://www.mevzuat.gov.tr>
- Yatarak Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2011, 25 Haziran). TC Resmi Gazete

- (Sayı: 27975).Erişim Adresi: <https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2011/06/20110625-2.htm>
- Yatarak Tedavi Kurumlarının Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi, Resmi Gazete: Sayı:10588 06.11.2001
 - Yetkililere Yapılacak Hukuki Desteğin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik Sağlık Bakanlığı Personeli kendilerine karşı işlenen suçtan dolayı, Resmi Gazete Sayısı: 28277, 28.04.2012
 - Yönetmelik Tıbbi Atıkların Kontrolü, Türkiye Cumhuriyeti Resmi Gazetesi, Sayı 25883, 22/07/2005.
 - Zenciroğlu, D. (2005). Etilen Oksit ile Sterilizasyon; O nasıl çalışır? Neler Kullanılan Cihazların Özellikleri? Nasıl Denetlenir? 4. Ulusal Sterilizasyonda Dezenfeksiyon Kongre Kitabı (s. 099-120) Dokuz Mayıs Üniversitesi, Samsun



Standartlar İle İlişkili Mevzuatlar



Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Organizasyon Yapısı	YO.OY.01.00	ADSH faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	- T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, "Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyumması Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge, 30.10.2012. - Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmi Gazete, Sayı:3359, 15.05.1987 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Resmi Gazete, Sayı:28103, 02.11.2011 - Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29256, 03.02.2015.
	YO.OY.02.00	ADSH, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	
Temel Politika ve Değerler	YO.PD.01.00	ADSH'nin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	Ağız Ve Diş Sağlığı Hizmeti Sunulan Özel Sağlık Kuruluşları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29256, 03.02.2015
Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY.01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.
Doküman Yönetimi	YO.DY.01.00	ADSH'de dokümanların yönetimi sağlanmalıdır.	- Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt Ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi, 06.11.2001 tarih ve 10588 sayılı - Devlet Arşiv Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı:30922, 18.01.2019

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	YO.OG.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kala) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır	• 6331 Sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu, Resmi Gazete, Sayı : 28339, 30.6.2012 • 2011Sağlıkta Kalitenin İyileştirilmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Risk Yönetimi	YO.RY.01.00	ADŞH ve sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	• İş Sağlığı Ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 28512, 29.12.2012 • Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı:28790, Tarih 09.10.2013. • Biyolojik Faktörlere Maruz Kalma Risklerinin Önlenmesine Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete Sayısı: 28678, 15.06.2013 • Çalışanların Patlayıcı Ortamların Tehlikelerinden Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. 28633 Sayılı Resmi Gazete, 30/04/2013 • Kimyasal Maddelerle Çalışmada Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 28733 12.08.2013 • Çalışanların Gürültüden Kaynaklanan Risklerden Korunmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 28721, 28.07.2013 • İş Yerlerinde Acil Durumlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı: 28681, 18.06.2013

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Eğitim Yönetimi	YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.WW	- Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015. - Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 28648, 15.05.2013. - Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı:15296, 11.12.2009
Kurumsal İletişim	YO.Kİ.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Göstergelerin İzlenmesi	PÖ.Gİ.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir	Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
İnsan Kaynakları Yönetimi	SC.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	• Tıbbın ve Tıp Sanatlarının İnfaz Şekli Hakkında Kanun, T.C. Resmi Gazete, Sayı:6283, 25.02.1954 • Hemşirelik Kanunu, T.C. Resmi Gazete Sayı:8647, 02.03.1954 • Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007 • Sağlık Bakanlığı Personeli Görevde Yükselme Ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği , Resmi Gazete, Sayı: 28975, 17.04.2014 • Aday Memurların Yetiştirilmelerine İlişkin Genel Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 18090, 27.6.1983 • Sağlık Bakanlığı Atama Ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 28599, 26.03.2013 • Kamu Kurum Ve Kuruluşlarına Açıkta Kura İle Atanacak Sağlık Personelinin Atama Usulü Ve Esaslarına İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 29412, 10.07.2015 • Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları 4924 Sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama Ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 29264, 11.02.2015 • Hemşirelik Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 27515, 08.03.2010 • Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 27910, 19.04.2011
	SC.İK.02.00	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SC.ÇG.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.	• Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 28648, 15.05.2013. • İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı:28512, 29.12.2012. • İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı:28545, 29.12.2012. • İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Kanun No:6331, Kabul Tarihi 20.06.2012. • İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013. • İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmi Gazete, Sayı:28602, 29.03.2013. • İş Yerlerinde Kişisel Koruyucu Donanımların Kullanımına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete Sayısı: 28695, 02.07.2013

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	ADSH'de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 23420 Tarih: 01.08.1998
Hasta Güvenliği	HD.HG.01.00	ADSH'de sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	
Hasta Geribildirimleri	HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüş, öneri ve şikayetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 23420, 01.08.1998
Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	- Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 23420, 01.08.1998 - Poliklinik Hizmetlerinde Öncelik Sırasına Dair Genelge. (2017, 12 Haziran). Tc Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 2683)

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi	SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.	- T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005. - Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete Sayı: 27975, 2011, 25.06.2011 - Bulaşıcı Hastalıklar Sürveyans ve Kontrol Esasları Yönetmeliği T. R. Resmi Gazete, Sayı: 26537, 30.05.2007
Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı: 17927, 13.1.1983
İlaç Yönetimi	SH.İY.01.00	Kurumda etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	- Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayısı 28970, 12.04.2014 - İlaçların Güvenliği Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Hasta Bakımı	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	- Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007. - Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı : 29280, 27.02.2015 - Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge, 2202 sayılı Bakan oluru, 19.01.2010. - Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C.Resmi Gazete Sayı 28000, 20.07.2011 - Hemşirelik Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı:8647, 02.03.1954 - Hemşirelik Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 27515, 08.03.201
	SH.HB.02.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	
	SH.HB.03.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Radyasyon Güvenliği	SH.RG.01.00	Hasta/hasta yakını ve çalışanlar açısından radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	- Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 23999, 05 Temmuz 2000. - Sağlık Hizmetlerinde İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynakları ile Çalışan Personelin Radyasyon Doz Limitleri ve Çalışma Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi gazete, Sayı 28344, 05 Temmuz 2012. - Radyasyon Güvenliği Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (30.06.2010, TC Resmi Gazete (Sayı: 27600)

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Protez Laboratuvarı Hizmetleri	SH.PL.01.00	Protez Laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde olmalıdır.	• Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09.10.2013. • Dış Protez Laboratuvarları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 26016, 07.12.2005 • Dış Protez Laboratuvarları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılması Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı : 28159, 31.12.2011
	SH.PL.02.00	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
	SH.PL.03.00	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
	SH.PL.04.00	Protez yapımı sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
	SH.PL.05.00	Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	
Güvenli Cerrahi	SH.GC.01.00	Cerrahi uygulamalarda hasta güvenliği sağlanmalıdır.	• Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmi Gazete Sayı:17927, 13.1.1983
	SH.GC.02.00	Ameliyathane koşulları güvenli cerrahinin sağlanmasına uygun olmalıdır.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Otelcilik Hizmetleri	DH.OH.01.00	Yatan Hasta/hasta refakatçisi ve çalışanlara sunulacak yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	• T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005. • Hijyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Sayı 281457, 17 Aralık 2011. • Gıda Güvenliği ve Kalitesinin Teftişi ve Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı: 27009, 26.09.2008
	DH.OH.02.00	ADSH'de çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	• TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü "Yataklı Tedavi Kurumlarının Enfeksiyon Kontrolü Yönetmeliği", T.C. Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005. Resmi Gazete Sayı: 27009, 26.09.2008
	DH.OH.03.00	Hasta/muayene odaları ve hasta/hasta yakınlarının kullandıkları alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	• T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005
	DH.OH.04.00	ADSM'de hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet hizmeti sunulmalıdır.	• Hasta Hakları Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 23420, 01.08.1998 • Adli Yardım ve Beyaz Kod Uygulanma Genelgesi, Sayı: 6667, 16.03.2016. • Özel Güvenlik Hizmetleri Kanununun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete Sayı: 25606, 07.10.2004

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Tesis Yönetimi	DH.TY.01.00	Sağlık hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır	• İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 28710, 17.07.2013 • Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı: 27601, 04.06.2010 • Tıbbi Gazların Üretim, Dolum, Depolama ve Satışını Gerçekleştiren Tesisler Hakkında Tebliğ T.C. Resmi Gazete Sayı: 29471, 10.09.2015 • T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Bakım Dairesi Başkanlığı, "Mevcut veya yeni yapılacak sağlık tesislerinde uyulması gereken asgari teknik standartlara ilişkin tebliğ", 30.10.2012. • Yapı Kontrol Uygulama Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı: 26778, 05.02.2008 • Elektrik Enerjisi Acil Durum Grupları ve Otoproduktör Tesisleri Lisans Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı: 19917, 02.09.1988 • Basınçlı Ekipmanlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı: 30349, 03.03.2018 • Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı: 29396, 24.06.2015 • Asansör Periyodik Kontrol Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı: 30411, 04.05.2018

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Atık Yönetimi	DH.AY.01.00	ADŞH'de üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	• Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 25883, 22/07/2005. • Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 25755, 14/03/2005. • Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 26927, 05/07/2008 • Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 27533, 26/03/2010
Bilgi Yönetimi	DH.BY.01.00	ADŞH'de etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	• Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 29677, 07.04.2016 • Kişisel Sağlık Verileri Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete, Sayı: 30808, 21.06.2019 • Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetin Sağlanması Hakkında Yönetmelik -20 Ekim 2016 Sayı: 29863 • Regulation on Patient Rights, Official Gazette, Issue: 23420, 01.08.1998 • Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi. (2015, 31 Aralık). TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 116).

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.	•Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27957, 07/06/2011 •Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik T.C. Resmi Gazete Sayı: 2939799, 25.06.2015 •TKHK Stok Yönetimi ve Menkul Kıymetler Uygulamaları Genelgesi Sayı:01586109, 01.07.2013 •Sağlık Bakanlığı Resmi Gazete Sayısı: 26563, 25.06.2007 •Taşınır Yönetmelik No: 26407, 18.01.2007 •Çevre Bakanlığı Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği Resmi Gazete Sayısı: 24379, 20/04/20 •İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Alımına İlişkin Genelge. (2010, 25 Şubat), TC Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 7816)
	DH.DK.01.00	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin ADSH'nin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlanmalıdır	•Hizmet Alımı İhaleleri Uygulama Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 29428, 28/07/2015

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da olağan dışı müdahale, mücadele ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	•Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013 •Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007 •Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) Uygulama Yönetmeliği Resmi Gazete Sayısı: 29301, 20.03.2015
	AD.AD.02.00	Solumun arrestleri veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.	•Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 23420, 01.08.1998

Acil Durum Yönetimi	AD.AD.03.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır	• Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 23420, 01.08.1998
	AD.AD.04.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	• Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı : 28277, 28.04.2012 Çalışan Güvenliği Genelgesi, Sayı: 2012/23, 14.05.2012

Ekler

EK.1 – SAS Göstergeleri Listesi

SAS Göstergeleri Tablosu 1 - Yönetim ve Organizasyon Boyutu

Yönetim ve Organizasyon		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Y.1.Z	Hedeflere Ulaşma Oranı	Z
Y.2.Z	Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	Z
Y.3.Z	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi (Dönemler arasında karşılaştırma)	Z
Y.4.Z	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Z
Y.5.Z	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Z
Y.6.O	Emir Komuta Hattı Uzunluğu (En alt birim çalışanının en üst yönetici dâhil sorumlu olduğu sıralı hiyerarşik yönetici sayısı)	O
Y.7.O	Kontrol Alanı (Bir yöneticiye doğrudan bağlı çalışan sayısı)	O

SAS Göstergeleri Tablosu-2 Sağlıklı Çalışma Yaşamı Boyutu

Sağlıklı Çalışma Yaşamı		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Ç.1.Z	Çalışan Memnuniyet Oranı	Z
Ç.2.Z	Personelin Devir Hızı	Z
Ç.3.Z	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	Z
Ç.4.Z	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	Z
Ç.5.Z	Kan ve Vücut Sıvılarına Mazur Oranı	Z
Ç.6.Z	Çalışanlara yönelik Şiddet Olay Sayısı	Z
Ç.7.Z	Çalışanlara yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Z

SAS Göstergeleri Tablosu-3 Hasta Deneyimi Boyutu

Hasta Deneyimi		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
H.1.Z	Hasta Memnuniyet Oranı	Z

SAS Göstergeleri Tablosu-4 Sağlık hizmetleri Boyutu

Sağlık Hizmetleri		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Hasta Bakımı		
S.1.Z	Düşen Hasta Oranı	Z
S.2.O	Taburculuk Özetlerinin Zamanında Aktarımı	O
S.3.Z	"Hasta Bakım Planının Hedefe Ulaşma Oranı	Z
S.4.Z	Hekimlerde ilk Değerlendirmenin Hasta Değerlendirme Prosedüründe Belirtilen Tüm Bileşenlerine Göre Yapılma Oranı (Hekimler için öykü, fizik inceleme, özgeçmiş, soygeçmiş, ön tanı ve tedavi planı izlenir)	Z
S.5.Z	Fissur Sealant uygulama oranı	Z
S.6.Z	Aynı Nedenle Yeniden Başvuru Oranı • Protez Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı • Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru oranı • Kanal Tedavisi Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı • Antibiyotik tedavisinde başarısızlık nedeniyle yeniden başvuru	Z
S.7.Z	Hatalı Ölçü Alım Oranı	Z
S.8.Z	Tekrar Alınan Ölçü Oranı	Z
Enfeksiyonların Önlenmesi		
S.9.Z	Cerrahi Profilaksiste Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı	Z
S.10.Z	El Hijyeni Uyum Oranı	Z
İlaç Yönetimi		
S.11.Z	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı	Z
S.12.Z	Advers Etki Görülme Oranı	Z
S.13.O	İlaç Etkileşimi Görülme Oranı	O
S.14.O	İmha Edilen İlaç Oranı	O

Sağlık Hizmetleri		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Radyasyon Güvenliği		
S.15.Z	Tekrarlayan Röntgen Çekim Sayısı	Z
S.16.Z	Radyasyon Alanlarında Bekleme Süreleri	Z
S.17.Z	Gebe ve Gebelik Şüphesi Olanlara Yapılan Çekim Sayısı	Z
Protez Laboratuvarları		
S.18.Z	Reddedilen Ölçü Oranı	Z
S.19.Z	Hatalı Model Oranı	Z
S.20.Z	Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı • Çalışılmadan Önce Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı • Çalışıldıktan Sonra Farkedilen Hatalı Kimliklendirilmiş Ölçü Oranı	Z
S.21.Z	Kaybolan Ölçü Oranı	Z
S.22.Z	Kaybolan Protez Oranı	Z
S.23.Z	Kaybolan Alçı Model Oranı	Z
S.24.Z	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı • Toplam Protez Süresi (Protez Bazında Ortalama Süre Alınır) Ölçü alınmadan Proteze Kadar Geçen Ortalama Süre • Ölçünün Alınmasından Modele Dönüşüme Kadar Geçen Ortalama Süre • Laboratuvara Kabulden Teslime Kadar Geçen Ortalama Süre	Z
Cerrahi Operasyon		
S.25.Z	ADSH Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı	Z
S.26.Z	Postoperatif Solunum Yetmezliği Gelişen Hasta Oranı	Z

S.27.Z	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	Z
S.28.0	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı	0

SAS Göstergeleri Tablosu-5 Destek Hizmetleri Boyutu

Destek Hizmetleri		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
D.1.Z	Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı	Z
D.2.Z	Tesis Kaynaklı Sorunlara Müdahale Süresi	Z
D.3.Z	Atık Devir Hızı (Atıkların geçici depolama alanlarından hangi sıklıkta ilgili/yetkili kurum tarafından alındığının belirlenmesi)	Z
D.4.Z	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı	Z
D.5.Z	Teknik Birimin ADSH Bilgi Yönetim Sistemi Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	Z
D.6.Z	Bilgi Yönetim Sistemi Devre Dışı Kaldığı Süre	Z
D.7.Z	Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi	Z
D.8.Z	Cihaz Arızalanma Sıklığı	Z
D.9.Z	Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı	Z
D.10.Z	Bilgi Yönetim Sistemi Revizyon Talepleri • Karşılama Oranı • Karşılama Süresi	Z

SAS Göstergeleri Tablosu-6 Destek Hizmetleri Boyutu

Acil Durum Yönetimi		
Gösterge Kodu	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
A.1.Z	Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında Eksiksiz Doldurulan Form Oranı	Z
A.2.Z	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı	Z