



T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Kalite Standartları Evde Sağlık



Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼đ¼
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon
Daire Başkanlığı

SKS - Evde Sağlık

1. Baskı: Ankara, Ocak 2017

ISBN: 978-975-590-633-1

©Yazarlar - Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

Bu kitabın her türlü yayın hakkı SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığına aittir. Genel Müdürlüğümüzün yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tümü veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

Baskı

Anıl Reklam Matbaa Ltd. Şti.

Özveren Sokak No:13/A Kızılay / ANKARA

Tel: 0312 229 37 41 - 42

İletişim

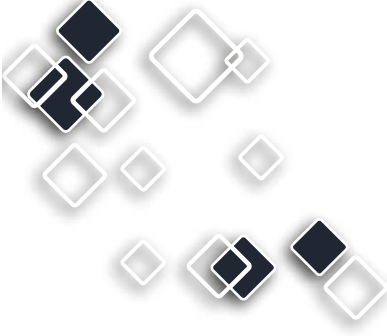
T.C. Sağlık Bakanlığı, Türkiye

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

E-posta: skskalite@gmail.com

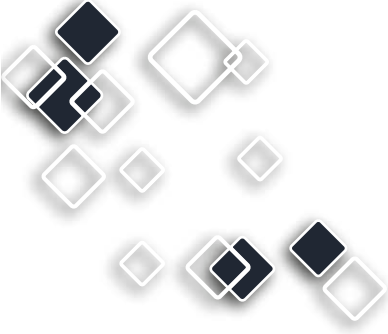
Web: www.kalite.saglik.gov.tr



Hazırlayanlar

- Nurullah OKUMUŞ, Prof. Dr., S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- İrfan ŞENCAN, Prof. Dr., Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- Alaattin DİLSİZ, Uzm. Dr., S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Abdullah ÖZTÜRK, Dr., S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Orhan KOÇ, Uzm. Dr., Sosyal Güvenlik Kurumu
- Hasan GÜLER, Dr., Sosyal Güvenlik Kurumu
- Dilek TARHAN, Uzm. Dr., S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Ayşe AYKANAT, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Çağlayan SARIOĞLAN, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Öznur ÖZEN, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Ercan KOCA, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

- Őuule GÜNDÜZ, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Őerife ENGELÖĞLU, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Gül HAKBİLEN ÜZEL, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Gül ATEŐ, Dt., S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Nagihan AYAR, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Nilüfer KOCA, S.B. SHGM Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

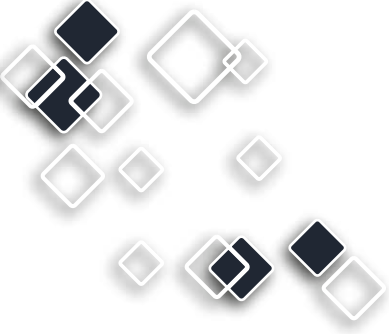


Katkıda Bulunanlar*

- Afsun Ezel ESATOĞLU, Prof. Dr., Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Ahmet VARIR, Çevre ve Şehircilik Bakanlığı Çevre Yönetimi Genel Müdürlüğü
- Ali Naci YILDIZ, Prof. Dr, Halk Sağlığı, Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Bektaş KÖSE, Uz. Dr., Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
- Bilçin TAK MEYDAN, Prof. Dr., Uludağ Üniversitesi İktisadi ve İdari Bilimler Fakültesi
- Çiğdem BAŞGÜL, Dr., Türkiye Halk Sağlığı Kurumu, Toplum Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı
- Didem YÖRÜK, Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü
- Emre YATMAN, Dr., Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
- Gamze Özel KADILAR, Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Fen Fakültesi
- Hatice TEKÖZ, Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- Havva ÖZTÜRK, Doç. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- İrem YILDIRIM, Ankara Halk Sağlığı Müdürlüğü
- İsmail AÇIRBAŞ, Prof. Dr., Sağlık Kurumları Yönetimi, Ankara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi

- Jülide YILDIRIM ÖCAL, Prof. Dr., TED Üniversitesi
- Kanuni KEKLİK, Dr., Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- Meltem HALİL, Doç. Dr., Hacettepe Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Neriman ZENGİN, Doç. Dr., İstanbul Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi
- Tevfik ÖZLÜ, Prof. Dr., Karadeniz Teknik Üniversitesi Tıp Fakültesi
- Tuncay PALTEKİ, Yrd. Doç. Dr., Biruni Üniversitesi
- Tuncer ASUNAKUTLU, Prof. Dr., Yıldırım Beyazıt Üniversitesi
- Yasemin FİDAN, Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu

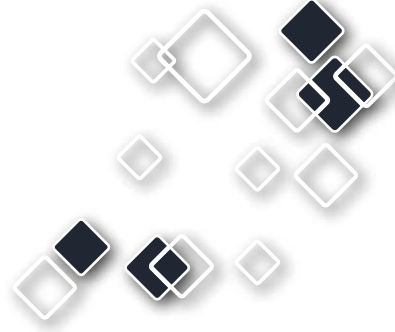
***İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.**



Teşekkür

SKS-Evde Sağlık setine yönelik çalışmalarımıza destek veren tüm sağlık kurum ve kuruluşları, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağlıkta kaliteye gönül veren tüm bireysel paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

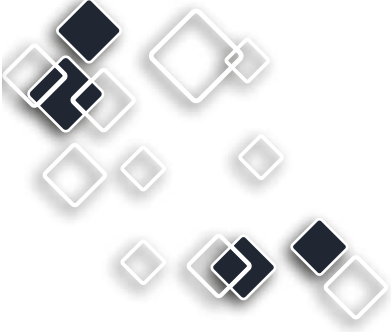
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı



İçindekiler

Hazırlayanlar	iii
Katkıda Bulunanlar	v
Teşekkür	vii
Sunuş	xi
Kısaltmalar	xiii
Tanımlar	2
SKS-Evde Sağlık	10
Giriş.....	12
Amaç ve Kapsam	14
Hedefler	14
Yapısal Çerçeve.....	16
Kodlama Sistematiği.....	19
SKS-Evde Sağlık Puanlandırma Sistematiği.....	21
Standartların ve Göstergelerin Puanlandırılması.....	21
Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi.....	21
Koordinasyon Merkezi Kalite Puanının Belirlenmesi	23
TABLolar.....	24
KURUMSAL HİZMETLER.....	36
Kurumsal Yapı.....	39
Kalite Yönetimi.....	45
Doküman Yönetimi	53

Risk Yönetimi	57
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	61
Eğitim Yönetimi	65
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	69
Tıbbi Kayıtlar	71
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	77
SAĞLIK HİZMETLERİ.....	82
Hasta Deneyimi.....	85
Hasta Bakımı.....	93
Enfeksiyonların Önlenmesi.....	107
GÖSTERGE YÖNETİMİ	112
Göstergelerin İzlenmesi.....	115
Kalite Göstergeleri	119
KAYNAKLAR.....	122
İNDEKX	130



SUNUŞ

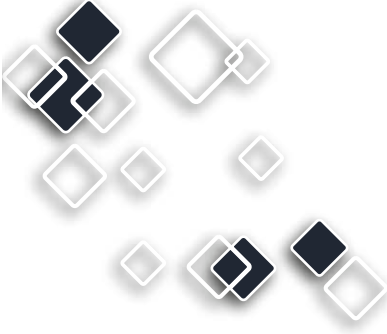
Ülkemizde 2003 yılından günümüze kadar sunulan sağlık hizmetleri kapsamında sağlıkta kalite çalışmaları yürütülmektedir. Sağlıkta kalite sistemine ilişkin faaliyetler gerçekleştirilirken, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke sağlık sistemi yapısı ihtiyaç ve öncelikleri esas alınmaktadır. Sağlık alanında ülke genelinde kalite kültürünün geliştirilmesi açısından büyük önem arz eden bu çalışmalar sırasında, çeşitli yöntemlerle kullanıcıların görüş ve önerileri alınmakta, böylelikle saha uygulayıcılarının kalite çalışmaları ile ilgili tüm süreçlere dâhil edilmesi sağlanmaktadır.

Sağlıkta kalite sistemine ilişkin kalite standartlarının ülkenin tüm sağlık hizmetlerini kapsayacak şekilde oluşturulması hedeflenmektedir. Evde sağlık hizmetlerine yönelik sağlıkta kalite standartları rehber çalışması da bu anlayışla başlatılmış ve hizmete sunulmuştur. SKS-Evde Sağlık Hizmetleri, 2010 yılından beri Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında verilmeye başlanan hizmetlerin, sosyal devlet anlayışına uygun olarak, yurt genelinde eşit, ulaşılabilir, kaliteli, etkin ve verimli bir şekilde sunulması amacıyla hazırlanmış ve siz değerli sağlık hizmeti sunucularının kullanımına sunulmuştur. Rehber puanlandırma sistematığı, standartlar ve değerlendirme ölçütlerine yönelik rehberlik ifadeleri ile birlikte bir bütün oluşturmakta, riskleri minimize eden ve bu yolla risklerin yönetimini sağlayan yapısıyla, kullanıcı dostu ve inovatif bir özellik taşımaktadır.

Bakanlığımız tarafından gerçekleştirilen bu çalışmaya katkı veren tüm paydaşlarımız ile Türkiye Halk Sağlığı Kurumu ve Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu yetkilileri ve çalışanlarına teşekkürlerimi sunar, SKS-Evde Sağlık Hizmetleri'nin ülkemiz sağlık sistemi için hayırlı olmasını temenni ederim.

Prof. Dr. Nurullah OKUMUŞ

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü



Kısaltmalar

BYS : Bilgi Yönetim Sistemi

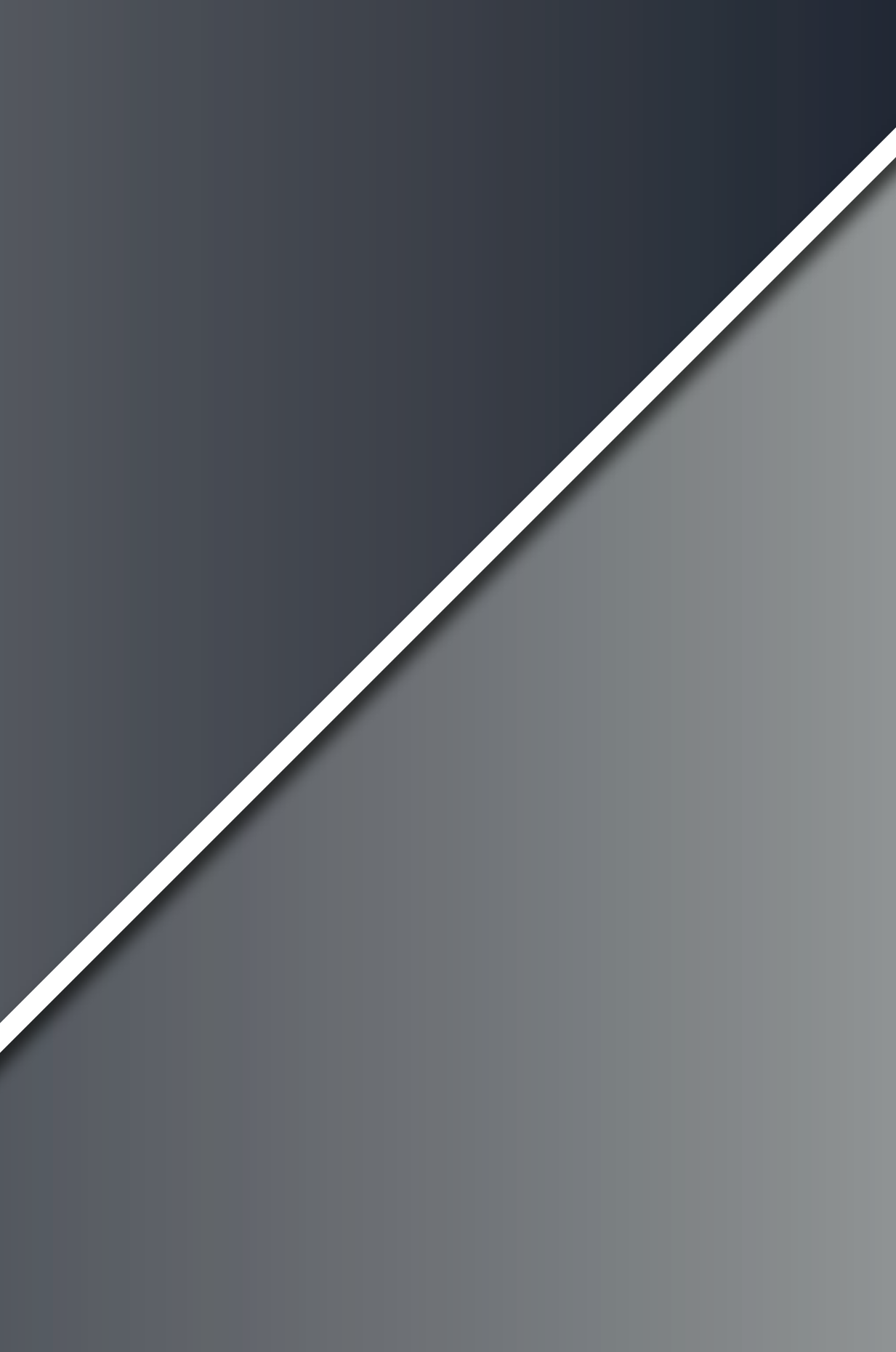
DÖF : Düzeltici Önleyici Faaliyet

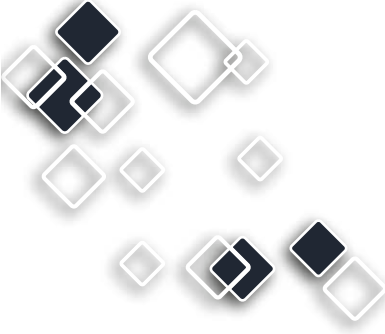
HBTC : Hasta Başı Test Cihazı

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

VAS : Visuel Analog Skala

Tanımlar





Tanımlar

Acil Müdahale Seti: Hastaya acil tıbbi müdahale için gerekli olabilecek ilaç ve ekipmanların yer aldığı seti ifade eder.

Acil müdahale setinde asgari;

- Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için)
- Balon-valf maske sistemi
- Değişik boylarda maske
- Oksijen hortumu ve maskeleri
- Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları)
- Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp)
- Enjektörler
- Kişisel koruyucu ekipman

bulunmalıdır.

Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, birimin ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Hangi birimlerde, acil müdahale seti kapsamında defibrilatör bulundurulacağı, merkez tarafından belirlenmelidir.

Advers Etki: Bir beşeri tıbbi ürünün; teşhis, tedavi ya da profilaksi amacıyla kabul edilen dozlarda kullanımı sırasında ya da sonrasında ortaya çıkan zararlı ve amaçlanmamış bir etkidir.

Akılıcı 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.

Analiz Öncesi Süreç: Test isteminden analize kadar geçen, numune alımı, numune transferi, numunenin laboratuvara kabulü, saklanması ve analize hazırlanışını içeren tüm aşamaları kapsamaktadır.

Analiz Sonrası Süreç: Laboratuvar test sonuçlarının onaylanmasından, sonucun hasta yararına kullanımına kadar geçen süreci ifade etmektedir.

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.

Tıbbi Bakım Planı: Hastanın tedavi ve tıbbi bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.

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

Birim Uyum Eğitimi: Birimde yeni başlayan çalışanlara birimin tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

Bilgi Yönetim Sistemi: Kurum ve kuruluşların eğitimli kullanıcılar ve bilgisayar ağına bağlı cihazlar aracılığıyla, yapmış olduğu her türlü çalışmayı gerçekleştirmesine, kaydetmesine ve muhafaza etmesine yarayan elektronik yazılımlar grubudur.

Çevre Güvenliği: Sağlık hizmetleri sunumu kapsamında oluşan fiziksel, biyolojik, kimyasal ve tehlikeli maddelerin uygun şekilde bertarafı sağlanarak, güvenli yaşam alanının oluşturulmasıdır.

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 Kaynaklı Doküman: Kurum veya kuruluşun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

Dokümanın Kodu: Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum ve kuruluş tarafından "Doküman Yönetim Sistemi Rehberi"nde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

Düzeltilici-Önleyici Faaliyet: Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.

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.

Değer: Sağlık kurum veya kuruluşunun gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kurallardır.

Fiziksel Mahremiyet: Bedensel mahremiyetin de ele alındığı, bireyin kendi

çevresindeki fiziksel alan üzerindeki kontrolü ile ilişkilidir. Diğer bireylerle fiziksel teması, bu temastaki yakınlığı içerir. Ayrıca, bireyin vücudunu çevreleyen, başkaları tarafından görünmeyen gizli alanları ve evi, iş yeri gibi fiziksel alanları üzerindeki kontrolünü, yani kişisel egemenlik alanını kapsar.

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

Genel Uyum Eğitimi: Koordinasyon merkezinde çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

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

Hasta Bakımı: Hastaların sağlık hizmeti veren kuruluşa kabulünden, kuruluş tarafından hasta takibinin sonlandırılmasına kadar geçen süre zarfında gerçekleştirilen tanı, tedavi ve tıbbi bakım süreçlerini içeren sağlık hizmetinin bütünüdür.

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

Hedef Kitle: Koordinasyon merkezi içinde ve koordinasyon merkezi dışındaki iletişim paydaşlarını (merkez çalışanları, hasta/hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar vb.) ifade etmektedir.

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

Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, transfüzyon güvenliği, 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.

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

Kalibrasyon: Bir ölçü aleti veya ölçme sisteminin gösterdiği veya bir ölçüt/ölçeğin ifade ettiği değerler ile ölçülenin bilinen değerleri arasındaki ilişkiyi belli koşullar altında oluşturan işlemler dizisidir.

Kalite göstergeleri: Sağlık kurum ve kuruluşlarında hizmet süreçleri ve hizmetin etkinliğinin ölçülmesi ve gerekli görülen alanlarda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan, SKS Gösterge Yönetimi boyutunda yer alan hizmet kalite göstergeleri ile klinik kalite göstergelerini kapsayan izlem araçlarıdır.

Kısıtlama: Hastanın kendisine ya da başkalarına zarar verme riskine karşı fiziksel aktivitelerinin kontrolünü sağlamaktır.

Kimlik Doğrulama: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere tıbbi hizmet alan bireyin doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.

Kişisel Koruyucu Ekipman: Çalışma ortamındaki risklere ve tehlikelere karşı çalışan tarafından kullanılan giysi, araç ve malzemelerdir. Hizmetin niteliğine göre farklı özellikte kişisel koruyucu ekipman bulundurulması gerekebilir.

Kök Neden Analizi: Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizi, gerçek sebeplerin tespit edilmesine yönelik yapılan çalışmalardır. Yaşanan problemlerin görünen nedenlerini ortadan kaldırmak yerine kalıcı bir şekilde çözüm üretmeye odaklanan bir süreç uygulamasıdır.

Kurumsal İletişim: Üretim ve yönetim süreci içinde; kurumu oluşturan birim 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: Kurum veya kuruluştaki yetki ve sorumluluklar ile iletişim kanallarının oluşturulmasını içermektedir. Sağlık kurum veya kuruluşunun organizasyonel yapısı, bu çalışmalar sonucunda ortaya çıkar. Bu yapı, kurumun organizasyon şemasında gösterilir. Organizasyon şemalarında, kurum bünyesi içinde bulunan makamlar ve birimler 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.

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.

Nütrisyon: İnsanların gelişmeleri ve yaşamlarını sürdürebilmeleri için gerekli olan besin maddelerini dışarıdan sağlamaları ve kullanmaları faaliyetidir.

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

Öz Değerlendirme: Kalite Yönetim Direktörünün sorumluluğunda Sağlıkta Kalite Standartları esas alınarak kurum veya kuruluş içinde gerçekleştirilen değerlendirme faaliyetidir.

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

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

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

Rıza Formu: 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.

Sağlık Hizmeti ile İlişkili Enfeksiyon: Hastaya bir hastanede veya başka 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 ile ilgili sağlık kuruluşundaki sağlık çalışanlarında meslekleriyle ilişkili olarak gelişen enfeksiyonlar da bu kategoride ele alınır.

Sosyal Mahremiyet: Bireyin, sosyal ilişkilerinin yönetimi, yani ilişkinin tarafları, sıklığı ve etkileşimine ilişkin kontrolünün olmasıdır. İnsanları bireysel ve grup olarak değerlendirmeyi, kültürel özellikleri göz önünde bulundurmaya gerektirir. Çeşitli kültürlerde bu nedenle mahremiyet kapsamı, önemi ve mahremiyeti sağlama yöntemleri farklılık göstermektedir. Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunmaktadır.

Sterilizasyon: Fiziksel ya da kimyasal yöntemler ile herhangi bir maddenin ya da cismin üzerinde bulunan tüm mikroorganizmaların, sporlar dâhil öldürülmesidir.

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

Tıbbi Atık: Sağlık hizmeti verilen alanlardan kaynaklanan, enfeksiyöz, patolojik ve kesici-delici atıklardır.

Tıbbi Kayıt: Muayene, teşhis ve tedavi amacıyla kurumda hizmet verilen hastalar ile adlî vak'alara ait her türlü elektronik ya da manuel belgeyi ifade etmektedir.

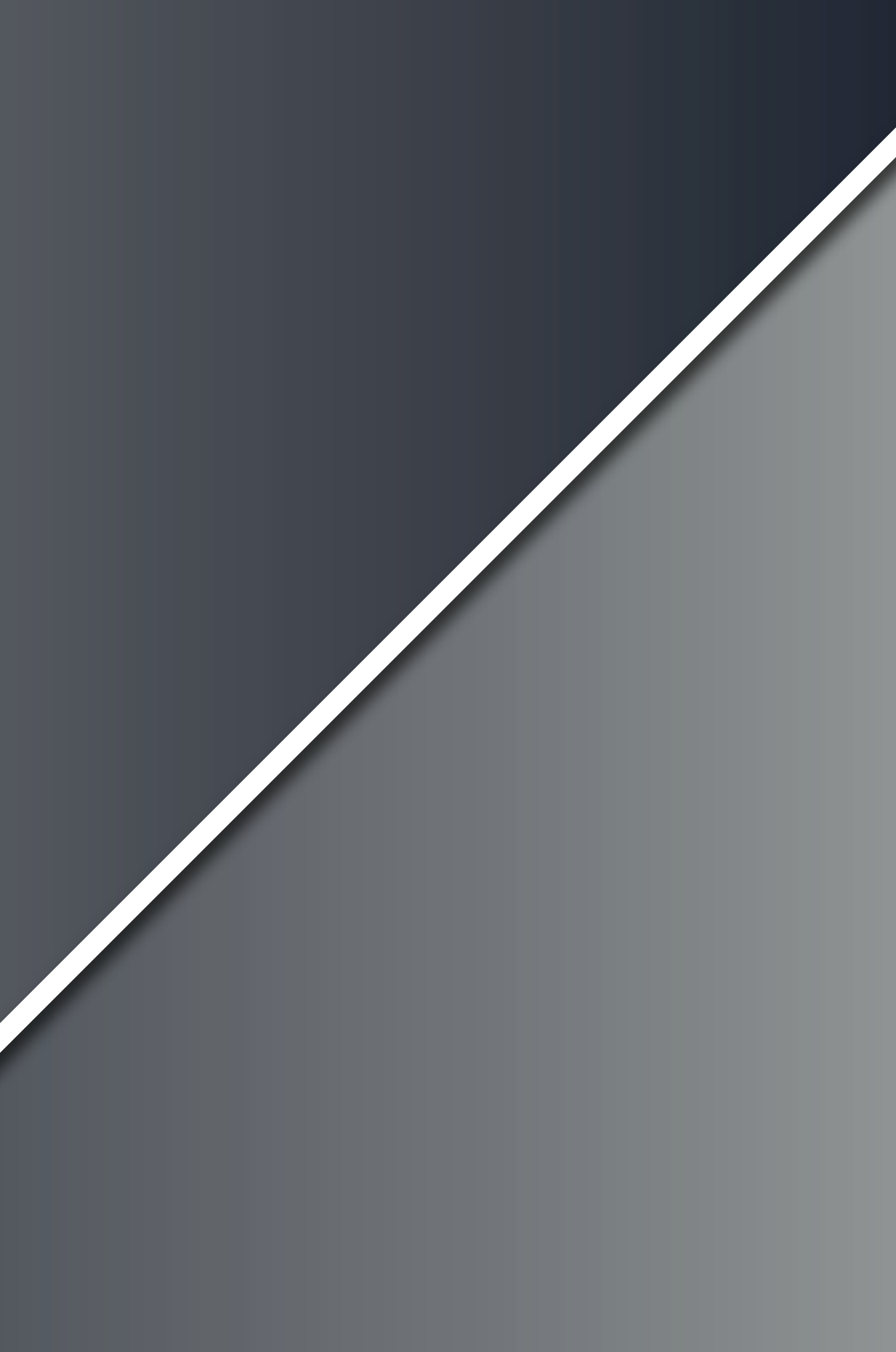
Tıbbi Müdahale: Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekî yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbın sınırları içinde gerçekleştirilen fizikî ve ruhî girişimi ifade etmektedir.

Tıbbi Sosyal Hizmet Sunumu: Sağlık hizmeti alan hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasını ifade etmektedir.

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.

SKS-Evde Sağlık



Giriş

Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması temel hedefi üzerine kurgulanan ve Sağlık Bakanlığı bünyesinde yürütülen "Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi"nin dört önemli yapı taşı bulunmaktadır.

- Kurumsal Yapı
- Sağlıkta Kalite Standartları
- Sağlıkta Kalite Göstergeleri
- Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri

Sistemin temel yapı taşlarından biri olan **Sağlıkta Kalite Standartları**, kabul edilebilir ve ölçülebilir ortak hedefler ortaya koyan, ortak bir bakış açısı ile gelişimde sürekliliği destekleyen bir yapıya sahiptir. Standartlar aynı zamanda teşvik ya da yaptırım unsurları oluşturarak sağlık sektöründe kültürel bir değişim sağlamayı hedeflemektedir.

Kalite standartları, yapısı gereği, talimat ya da kontrol listesi özelliği taşımamalı, süreçleri kapsayıcı ve bilimsel gelişmelere uyum sağlayıcı olmalıdır. Standartlar aynı zamanda, ulusal ve uluslararası önceliklere açık ve uyumlu bir şekilde gelişimi teşvik edici ve yol gösterici bir politika izlemeli ve sınırlayıcı olmamalıdır.

Sağlıkta Kalite Standartları ile ilgili çalışmalar Bakanlığımızca bu bakış açısı ile gerçekleştirildiğinden, kendi içinde dinamik bir süreci barındırmaktadır.

Söz konusu dinamik sürecin önemli bir parçasını, sağlık sektörünün ihtiyaçları doğrultusunda yeni standart setlerinin oluşturulması ve sahanın kullanımına sunulması oluşturmaktadır. Ayrıca yayımlanan Sağlıkta Kalite Standart setlerinin belli periyotlarda gözden geçirilmesi ve revize edilmesi de sürece dair önemli bir faaliyet olarak karşımıza çıkmaktadır.

Bu doğrultuda, Evde Sağlık Hizmetleri alanında yürütülen sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesi ve artırılması amacı ile 2016 yılında çalışmalar başlatılmış ve 120 standart 239 değerlendirme ölçütünden oluşan SKS Evde Sağlık seti hazırlanmıştır.

SKS Evde Sağlık adı ile hazırlanan yeni setin, uluslararası gelişmeleri önceleyen, ülkemiz sağlık sistemi ile uyumlu, evde sağlık hizmetleri ile ilgili tüm hizmet alanlarını kapsayıcı, hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, kurumlarda gelişimi teşvik edici bir yapıda olmasına dikkat edilmiştir.

SKS Evde Sağlık setinin hazırlanma sürecinde;

- Kaliteli sağlık hizmeti sunumunda ulusal ihtiyaç ve öncelikler
- Sağlık hizmeti sunumunda görev alan paydaşların görüş ve önerileri
- Bireysel ve kurumsal düzeyde gelen geri bildirimler
- Bilimsel çalışmalar
- Ulusal ve uluslararası yayınlar

göz önünde bulundurulmuştur.

SKS-Evde Sağlık'ın işlevsel ve amaçsal açıdan uyumunun sağlanması, standart ve değerlendirme ölçütlerinin anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla saha çalışması başta olmak üzere bir dizi çalışma yapılmıştır.

Bu çerçevede Başkanlığımızca "SKS Evde Sağlık Görüş ve Öneri Platformu" oluşturulmuş olup, SKS Evde Sağlık'a yönelik olarak kurumsal ve bireysel düzeyde çeşitli paydaşların hem mevcut standartlara yönelik görüş ve önerilerini, hem de yeni standart önerilerini iletmeleri sağlanmıştır. Ayrıca, geliştirilen standartlar ve değerlendirme ölçütlerinin merkezlerde anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla, farklı kurum türlerinden ve farklı sektörlerden değerlendirici ve kullanıcılardan geri bildirimler alınmıştır.

Saha çalışmaları yapılarak, bu çalışmalar sonrasında uygulamaya yönelik elde edilen veriler standartlara yansıtılmış ve standartlara son şekli verilmiştir. Şekil 1'de, standartların geliştirilme süreci sırasıyla gösterilmektedir.



Şekil 1: Standartların Geliştirilme Süreci

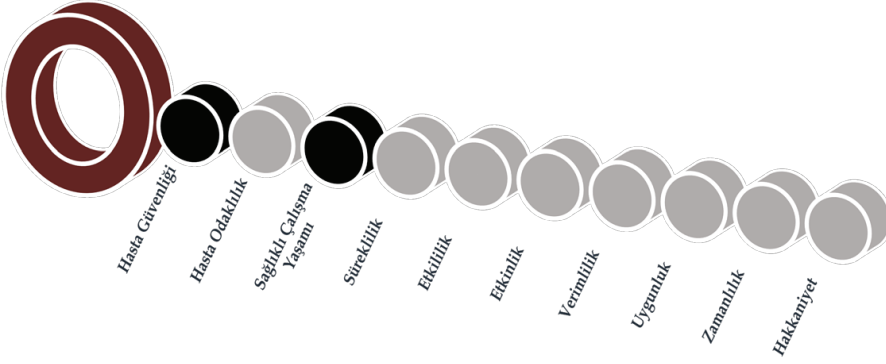
Amaç ve Kapsam

SKS-Evde Sağlık, Sağlıkta Dönüşüm Programı çerçevesinde Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak Türkiye'de sağlık alanında hizmet sunan tüm koordinasyon merkezlerinde öncelikli olarak standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmak ve akabinde optimum kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

SKS-Evde Sağlık Türkiye'de evde sağlık hizmeti veren tüm Evde Sağlık Koordinasyon Merkezlerine yönelik olarak hazırlanmıştır.

Hedefler

SKS-Evde Sağlık, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak evde sağlık hizmetleri kapsamında kalitenin güvence altına alınması amacıyla Şekil 2'de yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.



Şekil 2. SKS-Evde Sağlık Hedefleri

Evde sağlık kapsamında sunulan hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için yukarıda sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir.

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

İkinci kategoride yer alan hedefler ise merkezden 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 merkezde hasta odaklılığı sağlamak mümkün olmayacaktır. Sayılan hedeflerin öncelik ilişkilerinin olmamasının yanında, bu hedeflerin birbirleriyle uyum içinde gerçekleştirilmesi de Sağlıkta Kalite Standartlarının üzerinde durduğu bir noktadır.

SKS-Evde Sağlık 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.

Yapısal Çerçeve

SKS-Evde Sağlık, yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak, koordinasyon merkezinin tüm birimlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır.

Bu çerçevede SKS-Evde Sağlık, boyut, bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri ile rehberliklerden oluşmaktadır.

Standartlar bölüm bazlı olarak hazırlanmış, daha sonra hizmet sunum süreçleri gözetilerek boyutlandırılmak suretiyle kategorize edilmiştir.

SKS-Evde Sağlık, 3 boyut, 14 bölüm, 120 standart, 239 değerlendirme ölçütünden oluşmaktadır.

Standart ve değerlendirme ölçütleri, ele alındığı konuya özgü çalışma yöntemini belirlemek için ortaya konulmuş temel gereklilikler, rehberlik bilgileri ve tanımlamalar içeren optimal kurallardır.

Rehberlikler ise standart ve/veya değerlendirme ölçütleri hakkında uygulamalara yol gösterici olması açısından açıklayıcı bilgiler içeren bölümlerdir. Standart ve/veya değerlendirme ölçütleri ile birlikte ele alınmalıdır.

SKS-Evde Sağlık bölüm yapısında, bölümün amacı, standart ve değerlendirme ölçütleri ile gerektiğinde rehberlik bilgilerine yer verilmektedir.

Bölüm yapısı içinde yer alan standartlar, bölüme özgü süreçler baz alınarak hazırlanmıştır. Standartlar, ilgili bölüm amaç ve hedefleri doğrultusunda, değerlendirme ölçütleri ve rehberlikler ile birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

SKS-Evde Sağlık;

- Kurumsal Hizmetler
- Sağlık Hizmetleri
- Gösterge Yönetimi olarak

üç boyutta ele alınmaktadır.

Bu boyutlar; merkezlerde sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak koordinasyon merkezinin tüm birimlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

Kurumsal Hizmetler Boyutu; merkezde, tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kalite yönetim yapılanması meydana getirerek, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

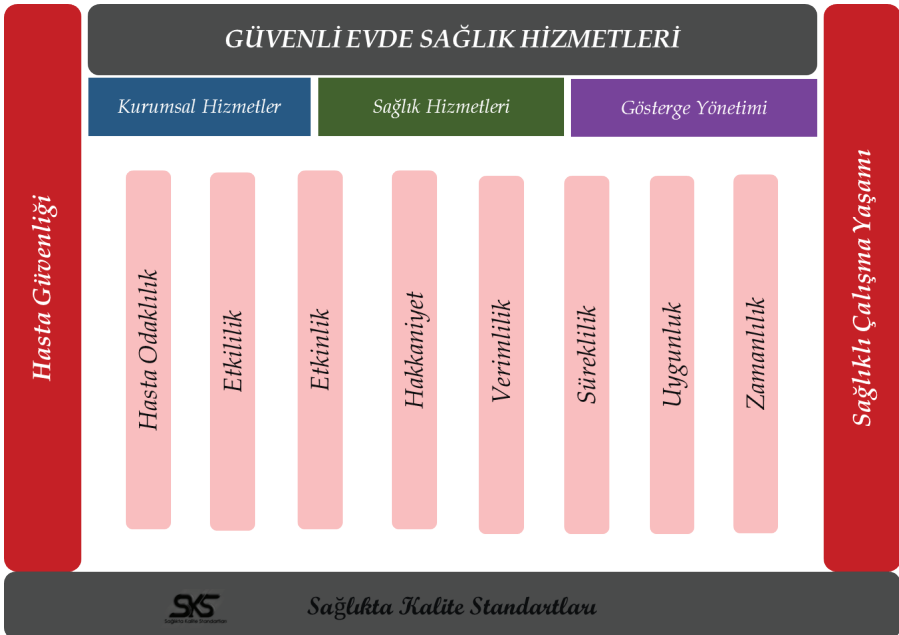
Sağlık Hizmetleri Boyutu; evde sağlık kapsamında verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS-Evde Sağlık hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur. Bu boyutta yer alan bölümler alan ve süreç bazlı sağlık hizmetleri olmak üzere kendi içinde iki kategoriden oluşmaktadır.

Gösterge Yönetimi Boyutu; belirlenen süreçlere yönelik performansı izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış standartlar içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Tablo1: SKS-Evde Sağlık Boyut ve Bölümler Tablosu

SKS-Evde Sağlık	
KURUMSAL HİZMETLER	
Kurumsal Yapı	
Kalite Yönetimi	
Doküman Yönetimi	
Risk Yönetimi	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	
Eğitim Yönetimi	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Tıbbi Kayıtlar	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
SAĞLIK HİZMETLERİ	
Hasta Deneyimi	
Hasta Bakımı	
Enfeksiyonların Önlenmesi	
GÖSTERGE YÖNETİMİ	
Göstergelerin İzlenmesi	
Kalite Göstergeleri	

SKS-Evde Sağlık 10 hedef üzerine inşa edilmiş üç boyuttan oluşmaktadır.



Kodlama Sistematığı

Standardın kodu 2 kısımdan oluşmaktadır.

İlk kısım harflerden, ikinci kısım rakamlardan oluşmaktadır.

Harf kullanılan kısımlar üç harften oluşmakta olup, ilk harf ilgili boyut adının baş harfini, devam eden ikinci ve üçüncü harfler ilgili bölüm adının kısaltmasını ifade etmektedir.

İkinci kısımdaki rakamlar standartlar için iki basamaklı bir sayıdan, değerlendirme ölçütleri için dört basamaklı bir sayıdan oluşmaktadır.

Standart kodundaki rakamlar bölümdeki standardın numarasını, değerlendirme ölçütlerindeki ilk iki rakam değerlendirme ölçütünün ait olduğu standardı, son iki rakam değerlendirme ölçütünün sıra numarasını ifade etmektedir.

Örnek Standart Kodu: KDY01

"Kurumsal Hizmetler" boyutunun "Doküman Yönetimi" bölümünde yer alan 1 numaralı standardı ifade etmektedir.

Örnek Değerlendirme Ölçütü Kodu: KDY01.01

"Kurumsal Hizmetler" boyutunun "Doküman Yönetimi" bölümünde yer alan 1 numaralı standardın 1 nci değerlendirme ölçütünü ifade etmektedir.

Tablo 4: SKS-Evde Sağlık Kodlama Sistematiği

SKS-Evde Sağlık Kodlama Sistematiği	
Boyutlar	Kod
Kurumsal Hizmetler	K
Sağlık Hizmetleri	S
Gösterge Yönetimi	G
Bölümler	Kod
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY
Risk Yönetimi	RY
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İO
Eğitim Yönetimi	EY
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıtlar	TK
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Deneyimi	HD
Hasta Bakımı	HB
Enfeksiyonların Önlenmesi	EN
Göstergelerin İzlenmesi	Gİ
Kalite Göstergeleri	KG

Tablo 5: Örnek Kodlama Sistematığı

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KSÇ01	Evde sağlık hizmet biriminin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.	KSÇ01.01	Birim ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir.	10
		KSÇ01.02	Personel temin planında, sunulacak hizmetlere ilişkin ihtiyaçları karşılayabilecek farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer verilmelidir.	

SKS-Evde Sağlık Puanlandırma Sistematığı

Sağlıkta Kalite Standartlarının puanlandırma sistematığı üç başlıkta ele alınmaktadır:

- Standartların Puanlandırılması
- Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi
- Kalite Puanının Belirlenmesi

SKS Evde Sağlık içerisinde yer alan her bir standardın bir puan değeri bulunmaktadır. Koordinasyon merkezinin standarttan alacağı puanı tespit etmek için, standardın karşılama düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Değerlendirilen standartların puanlarından yola çıkarak kurumun elde edeceği kalite puanına ulaşılmaktadır.

Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması

Sağlıkta Kalite Standartları puanlama sistematığı kapsamında 10'luk puanlama sistemi kullanılmaktadır. Standart ve göstergeler; SKS ve Bakanlık stratejik hedefleri ile uygulamanın emek yoğunluğu göz önünde bulundurularak 10 - 50 puan aralığında puanlandırılmaktadır.

Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi

Standartların karşılama düzeyi belirlenirken amaçsal yorumlama yapılarak standart ve değerlendirme ölçütleri birlikte bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Standartların karşılanma düzeyleri üç kategoride ele alınır:

- Karşılıyor (K)
- Kısmen Karşılıyor (KK)
- Karşılanmıyor (KM)

Standartın karşılanma düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlama yapılır:

- Karşılıyorsa; Standart için belirlenen tam puan
- Kısmen Karşılıyorsa; Standart için belirlenen puanın yarısı
- Karşılanmıyorsa; 0 (Sıfır) puan

Örnek						
Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan	Sonuç	Puan
KSÇ01	Evde sağlık hizmet biriminin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	KSÇ01.01	Birim ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir.	10	K → 10 KK → 5 KM → 0	
		KSÇ01.02	Personel temin planında, sunulacak hizmetlere ilişkin ihtiyaçları karşılayabilecek farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri, gibi) yer verilmelidir.			

Standartın karşılanma düzeyi belirlenirken "SKS Değerlendirme Sistematiği Rehberi" esas alınır.

Koordinasyon Merkezi Kalite Puanının Belirlenmesi

Kalite Puanı; yerinde yapılan Sağlıkta Kalite Değerlendirmesi neticesinde SKS'nin uygulanma düzeyini gösteren, sıfır (0) ile yüz (100) arasında tespit edilen değerdir. Elde edilen Kalite Puanı ile merkezlerin değerlendirme dönemlerine göre gelişimleri ortaya konulabilmekte, diğer merkezler ile karşılaştırmalar yapılabilmekte, Bakanlık politikalarına uyum izlenebilmektedir. Ayrıca, puan dağılımı kullanılarak merkezler derecelendirilebilmektedir.

Kalite Puanının Hesaplanmasında Kullanılan Formül

Kalite Puanı: [Değerlendirilen standart ve göstergelerden elde edilen toplam puan/(Değerlendirme kapsamındaki standart ve göstergelerin toplam puanı – Değerlendirme dışı bırakılan standart ve göstergelerin toplam puanı)] x 100 +/- Kalite Puanını Etkileyen Unsurlar

Tablo 6. "Değerlendirme Dışı" kavramının kullanılması ile ilgili kurallar

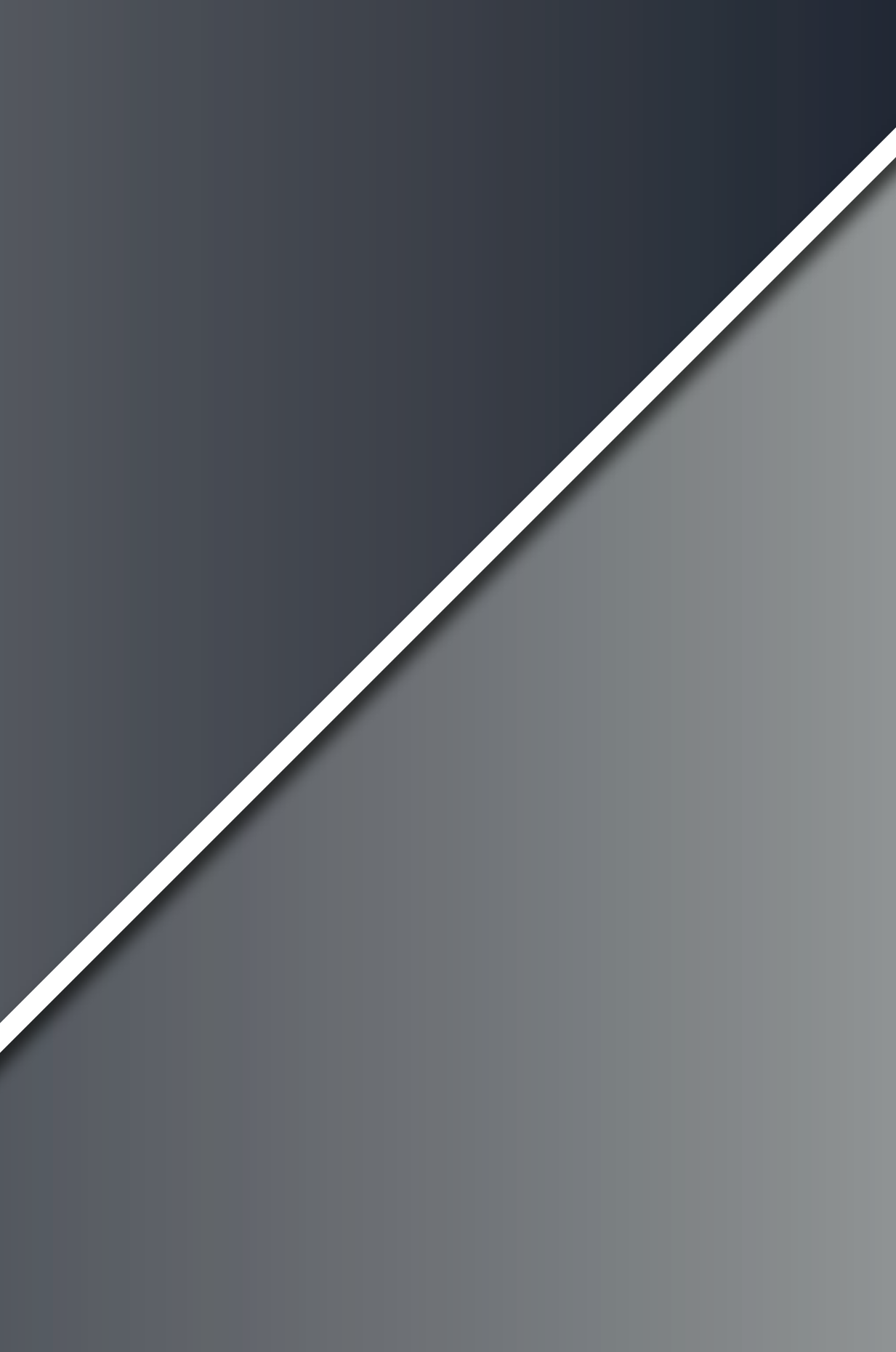
Değerlendirme Dışı Kavramının Kullanılması ile ilgili Kurallar

Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, koordinasyon merkezinin hizmet alanı kapsamına girmemesi durumunda, ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.

Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge ile ilgili olarak, standardın ya da göstergenin amacını tam olarak yerine getirmek kaydıyla, yenilikçi ve farklı bir uygulama bulunduğu durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge "Karşılıyor" olarak puanlanır.

İlgili bölüm/standart, değerlendirme ölçütü ve/veya göstergenin değerlendirme dışı bırakılma nedeni tam, detaylı ve anlaşılır şekilde değerlendirme raporunda belirtilir.

Tablolar



**SKS-Evde Sağlık
Boyut Bazlı Puansal Dağılım Tablosu**

Bölümler	Standart Kategorileri*										Puan
	Kategori-1		Kategori-2		Kategori-3		Kategori-4		Kategori-5		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Kurumsal Hizmetler	17	850	11	440	19	570	7	140	4	40	2040
Sağlık Hizmetleri	12	600	8	320	11	330	3	60	3	30	1340
Gösterge Yönetimi	4	200			2	60	19	380			640
TOPLAM	33	1650	19	760	32	960	29	580	7	70	4.020

SKS-Evde Sağlık
Bölüm Bazlı Puansal Dağılım Tablosu

Bölmeler	Standart Kategorileri*										Puan
	Kategori-1		Kategori-2		Kategori-3		Kategori-4		Kategori-5		
	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	Standart Sayısı	Puan	
Kurumsal Hizmetler	17	850	11	440	19	570	7	140	4	40	2.040
Kurumsal Yapı			2	80	5	150	1	20			250
Kalite Yönetimi	5	250	2	80	2	60	2	40	1	10	440
Doküman Yönetimi			1	40			1	20	2	20	80
Risk Yönetimi	3	150	1	40			1	20			210
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	2	100	1	40	2	60					200
Eğitim Yönetimi	2	100			4	120					220
Malzeme ve Cihaz Yönetimi			1	40	1	30					70
Tıbbi Kayıtlar	2	100	2	80	3	90	1	20			290
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	3	150	1	40	2	60	1	20	1	10	280
Sağlık Hizmetleri	12	600	8	320	11	330	3	60	3	30	1.340
Hasta Deneyimi	3	150	4	160	2	60			2	20	390
Hasta Bakımı	7	350	4	160	7	210	1	20	1	10	750
Enfeksiyonların Önlenmesi	2	100			2	60	2	40			200
Gösterge Yönetimi	4	200			2	60	19	380			640
Göstergelerin İzlenmesi	4	200			2	60					260
Kalite Göstergeleri							19	380			380
TOPLAM	33	1.650	19	760	32	960	29	580	7	70	4.020

SKS Evde Sağlık Sayısal Dağılım Tablosu (Özet)

Boyutlar	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	58	140
Sağlık Hizmetleri	37	92
Gösterge Yönetimi	25	7
Toplam	120	239

SKS-Evde Sağlık Sayısal Dağılım Tablosu (Genel)		
Boyut ve Bölümler	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Kurumsal Hizmetler	58	140
Kurumsal Yapı	8	13
Kalite Yönetimi	12	30
Doküman Yönetimi	4	9
Risk Yönetimi	5	11
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	5	11
Eğitim Yönetimi	6	14
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	2	6
Tıbbi Kayıtlar	8	20
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	8	26
Sağlık Hizmetleri	37	92
Hasta Deneyimi	11	26
Hasta Bakımı	20	56
Enfeksiyonların Önlenmesi	6	10
Gösterge Yönetimi	25	7
Göstergelerin İzlenmesi	6	7
Kalite Göstergeleri	19	
TOPLAM	120	239

SKS Evde Sağlık Standart Puan Tablosu		
Boyut	Kurumsal Hizmetler	
Bölüm	Kurumsal Yapı	
Kod	Standart	Puan
KKU01	Evde sağlık hizmetleri faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	30
KKU02	Organizasyon yapısı kapsamında tüm çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30
KKU03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.	30
KKU04	Evde sağlık koordinasyon merkezinin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	20
KKU05	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	30
KKU06	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	40
KKU07	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	40
KKU08	Evde sağlık koordinasyon merkezinin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.	30
Bölüm	Kalite Yönetimi	
KKY01	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	30
KKY02	Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	40
KKY03	SKS'nin uygulanmasına yönelik birim kalite sorumluları belirlenmelidir.	20
KKY04	SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	50
KKY05	Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi yönetimi, hizmet sunumuna yönelik süreçleri düzenli aralıklarla gözden geçirmelidir.	40
KKY06	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY07	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY08	Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	50
KKY09	Komite faaliyetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	30
KKY10	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	20
KKY11	SKS kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KKY12	Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.	10

Bölüm	Doküman Yönetimi	
KDY01	SKS'de yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
KDY02	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
KDY03	Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir.	10
KDY04	Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	10
Bölüm	Risk Yönetimi	
KRY01	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	20
KRY02	Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50
KRY03	Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50
KRY04	Belirlenen risk düzeylerine göre birim, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KRY05	Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.	40
Bölüm	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	
KİO01	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.	50
KİO02	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30
KİO03	Çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.	40
KİO04	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KİO05	Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30
Bölüm	Eğitim Yönetimi	
KEY01	Evde sağlık hizmetleri kapsamında hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.	30
KEY02	Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	30
KEY03	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	50
KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	30
KEY05	Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	30

KEY06	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
Bölüm	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
KMC01	Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.	40
KMC02	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.	30
Bölüm	Tıbbi Kayıtlar	
KTK01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	30
KTK02	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	40
KTK03	Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.	40
KTK04	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	50
KTK05	Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	30
KTK06	Bilgi Yönetim Sisteminde meydana gelebilecek olası sorunlar ve çözüm süreçlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	30
KTK07	Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50
KTK08	Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20
Bölüm	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	
KSÇ01	Evde sağlık hizmet biriminin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	10
KSÇ02	Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.	20
KSÇ03	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50
KSÇ04	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	50
KSÇ05	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	50
KSÇ06	Çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	30
KSÇ07	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	40
KSÇ08	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30

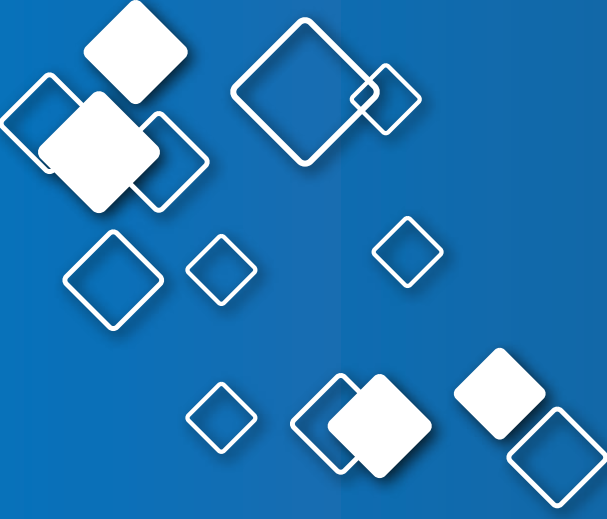
Boyut	Sağlık Hizmetleri	
Bölüm	Hasta Deneyimi	
SHD01	Hasta ve hasta yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	40
SHD02	Hasta geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30
SHD03	Hasta ve/veya hasta yakını, bakım süreçleri hususunda bilgilendirilmelidir.	50
SHD04	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	50
SHD05	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	50
SHD06	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.	10
SHD07	Hastanın, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	10
SHD08	Hastaların kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.	40
SHD09	Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40
SHD10	Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından hastanın hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	30
SHD11	Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların randevu süreçleri düzenlenmelidir.	40
Bölüm	Hasta Bakımı	
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	30
SHB02	Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	50
SHB03	Hastalara yönelik hazırlanan tıbbi bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.	50
SHB04	Hasta/Hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.	30
SHB05	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	50
SHB06	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50
SHB07	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	40
SHB08	Hastalar düşme riski açısından değerlendirilmeli ve düşmelerin önlenmesine yönelik gerekli uygulamalar yapılmalıdır.	50

SHB09	Hastaların nütresyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SHB10	Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40
SHB11	Hastaneye transferi gereken hastaların transfer sırasında güvenliği sağlanmalıdır.	10
SHB12	Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SHB13	Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30
SHB14	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30
SHB15	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	40
SHB16	Acil müdahale gerektirebilecek hastalar için acil müdahale seti bulundurulmalıdır.	30
SHB17	Evde sağlık hizmetlerine ilişkin laboratuvar test süreçleri kontrol altında tutulmalıdır.	50
SHB18	İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	20
SHB19	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50
SHB20	Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında oluşan atıklara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
Bölüm	Enfeksiyonların Önlenmesi	
SEN01	Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	20
SEN02	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50
SEN03	İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	30
SEN04	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30
SEN05	Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50
SEN06	Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	20
Boyut	Gösterge Yönetimi	
Bölüm	Göstergelerin İzlenmesi	
GGi01	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30
GGi02	Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.	50

GGi03	Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50
GGi04	Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.	50
GGi05	Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	50
GGi06	Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.	30
Bölüm	Kalite Göstergeleri	
GKG01	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	20
GKG02	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	20
GKG03	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	20
GKG04	Başvuru Sonrası Randevu Gerçekleştirilme Süresi	20
GKG05	Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması	20
GKG06	Hizmete Kabul Edilen Hasta Oranı	20
GKG07	Verilen Randevuların Gerçekleştirilme Oranı	20
GKG08	Çalışanlara Yönelik Gerçekleşen Fiziksel Şiddet Olay Sayısı	20
GKG09	Çalışanlara Yönelik Gerçekleşen Sözel Şiddet Olay Sayısı	20
GKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	20
GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	20
GKG12	Personelin Devir Hızı	20
GKG13	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı	20
GKG14	Düşen Hasta Oranı	20
GKG15	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	20
GKG16	Bası Ülseri Oranı	20
GKG17	Birime Yeniden Başvuru Oranı	20
GKG18	Malnütrisyon Takip Oranı	20
GKG19	Bilgi ve Belge Açısından Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	20

KURUMSAL HİZMETLER

Kurumsal Yapı ◆◆
Kalite Yönetimi ◆◆
Doküman Yönetimi ◆◆
Risk Yönetimi ◆◆
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ◆◆
Eğitim Yönetimi ◆◆
Malzeme ve Cihaz Yönetimi ◆◆
Tıbbi Kayıtlar ◆◆
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ◆◆



Kurumsal Yapı

Amaç

- o Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk ve iletişim mekanizmalarının tanımlanması
- o Evde sağlık hizmetlerine yönelik iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanması
- o Evde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, sadece ülke mevzuatı kapsamında yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulması ile bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliğinin sağlanması
- o Koordinasyon merkezinin temel politika ve değerlerinin belirlenmesi suretiyle merkezin faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanması
- o Koordinasyon merkezinde kurumsal iletişim faaliyetlerinin merkez amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır

Kod	Standart	1
-----	----------	---

KKU01 Evde sağlık hizmetleri faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKU01.01 Organizasyon yapısı, verilen hizmetin amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlayacak şekilde tasarlanmalı ve evde sağlık hizmetleri faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.

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

KKU01.02 o Organizasyon yapısı ile ilgili **asgari** aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

- Sorumluluk ve ilişkiler
- Dikey ve yatay koordinasyon ve entegrasyon noktaları
- Gerektiğinde yetki devrinin nasıl yapılacağı

KKU01.03 Evde sağlık hizmetleri organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren bir organizasyon şeması oluşturulmalıdır.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KKU02 Organizasyon yapısı kapsamında tüm çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Görev tanımları, kapsayıcı ve net bir biçimde oluşturulmalı ve birimler arası ilişkileri de içerecek şekilde düzenlenmelidir.

KKU02.01 o Görev tanımları **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:

- Birim
- Görev Adı
- Amir ve Üst Amirler
- Görev Devri (herhangi bir nedenle görevinde olmadığı durumlarda, görevlerini yerine getirecek kişilerin belirlenmesi)
- Görev Amacı
- Temel İş ve Sorumluluklar
- Yetkiler

KKU02.02 Birim ve kişilere verilen yetki ile sorumluluk arasında uyum olmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

KKU03 Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

Evde sağlık koordinasyon merkezinin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.

KKU04 **Rehberlik:**
Değerler, Evde sağlık koordinasyon merkezinin gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları ifade etmektedir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKU04.01 Evde sağlık koordinasyon merkezi, misyon, vizyon ve değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KKU05 Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, merkez amaç ve hedefleri belirlenmelidir.

o Merkezin amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geribildirimleri dikkate alınmalıdır.

KKU05.01 **Rehberlik:**
İç Çevre Faktörleri: İnsan kaynakları, finansal durum, büyüklük, hizmet çeşitliliği, yapısal koşullar gibi etkenleri ifade etmektedir.
Dış Çevre Faktörleri: Hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler gibi etkenleri ifade etmektedir.

KKU05.02 Merkez faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında merkez bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

KKU06 Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.

Kod	Standart	7
-----	----------	---

Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.

Rehberlik:

KKU07

Kurumsal İletişim: Üretim ve yönetim süreci içinde; koordinasyon merkezine bağlı birim 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 gözetenek sürdürülen iletişim sürecidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır.

- o Hedef kitle tanımlanırken; merkezin türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınmalıdır.

KKU07.01

Rehberlik:

Hedef kitle, koordinasyon merkezi içinde ve koordinasyon merkezi dışındaki iletişim paydaşlarını (merkez çalışanları, hasta/hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.

Hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir.

KKU07.02

- o Bu kurallar **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Birim 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

Dış hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir.

KKU07.03

- o Bu kurallar **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Hasta/hasta yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi
 - Birim çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi
 - Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi

Kod	Standart	8
-----	----------	---

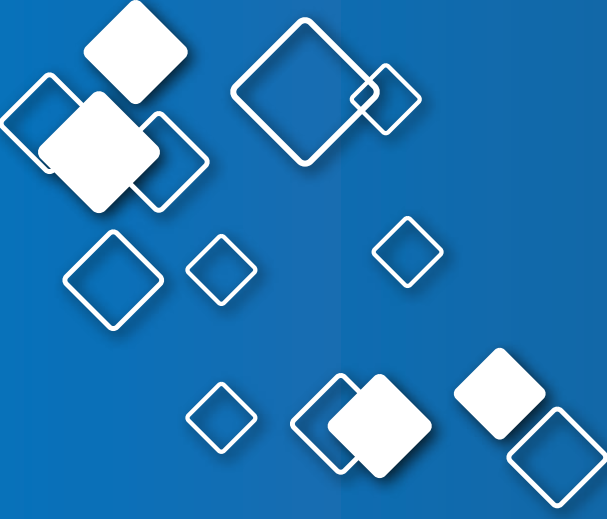
KKU08 Evde sağlık koordinasyon merkezinin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKU08.01 Koordinasyon merkezinin web sitesi olmalıdır.

Web sitesi, etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel, kolay kullanılabilir ve yeterli bilgi içerecek şekilde hazırlanmalıdır.

- KKU08.02**
- o Web sitesinde asgari aşağıdaki bilgiler olmalıdır:
 - Organizasyon yapısı
 - Koordinasyon merkezi misyon, vizyon ve değerleri
 - Koordinasyon merkezi Kalite Yönetim Birimi ve çalışmaları
 - Koordinasyon merkezine ulaşım ve koordinasyon merkezi iletişim bilgileri
 - Evde sağlık hizmetleri kapsamında verilen sağlık hizmetleri
 - Evde sağlık hizmetlerine başvuru koşulları
 - Randevu alma bilgileri
 - (Varsa) Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler
 - Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri bulunmalıdır.



Kalite Yönetimi

Amaç

- o Evde sağlık koordinasyon merkezinden birim çalışanlarına kadar tüm personelin kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanması
- o Kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması
- o Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu
- o Kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

KKY01 Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKY01.01 Kalite Yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmalıdır.

KKY01.02 Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KKY02 Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Kalite Yönetim Direktörü belirlenmelidir.

- KKY02.01**
- o "Kalite Yönetim Birimi"nde çalışacak personel sayısı, ilgili koordinasyon merkezinin büyüklüğü ve özelliğine göre yönetici tarafından belirlenmelidir.
 - o "Kalite Yönetim Birimi"nde çalışan personel, kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır.

"Kalite Yönetim Birimi"nin görev alanı tanımlanmalıdır.

Kalite Yönetim Birimi;

- KKY02.02**
- o SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır.
 - o Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir.
 - o Öz değerlendirmeleri yönetmelidir.
 - o İstenmeyen olayların bildirimine ilişkin süreçleri yönetmelidir.
 - o Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmelidir.
 - o Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi) yönetmelidir.
 - o SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.
 - o Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.
 - o SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

KKY03 SKS'nin uygulanmasına yönelik birim kalite sorumluları belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKY03.01 Sorumlular Kalite Yönetim Direktörü ile koordineli çalışmalıdır.

KKY03.02 Sorumlular birimlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip etmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

KKY04 SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKY04.01 Öz değerlendirme, Koordinasyon merkezine bağlı birim sayısı göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az bir kez olacak şekilde, merkez tarafından belirlenecek sıklıkta ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanmalıdır.

- KKY04.02**
- o Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmelidir.
 - o Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır.
 - o Öz değerlendirme takvimi hakkında birimler önceden bilgilendirilmelidir.
 - o Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsamalıdır.

KKY04.03 Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.

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

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KKY05 Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi yönetimi, hizmet sunumuna yönelik süreçleri düzenli aralıklarla gözden geçirmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKY05.01 Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda, tüm birim kalite sorumluları ve birim yöneticileri ile birlikte değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.

KKY05.02 Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibi kalite çalışmaları değerlendirilmelidir.

KKY05.03 Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

KKY06 Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKY06.01 Koordinasyon Merkezi yönetimince oluşturulan komite, merkezin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak birimlerde yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.

- o Komite üyeleri; birim kalite sorumluları ve merkez çalışanları arasından belirlenmeli ve en az 3 en fazla 7 kişiden oluşturulmalıdır.
- o Komitede, merkez yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.

Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır.

- KKY06.02**
- o Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir:
 - Hastaların doğru kimliklendirilmesi
 - Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
 - İlaç güvenliğinin sağlanması
 - Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
 - Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
 - Hasta mahremiyetinin sağlanması
 - Bilgi güvenliğinin sağlanması
 - Enfeksiyonların önlenmesi
 - Laboratuvarında hasta güvenliğinin sağlanması gibi

Kod	Standart	7
-----	----------	---

KKY07 Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Koordinasyon Merkezi yönetimince oluşturulan komite, merkezin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak birimlerde yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.

KKY07.01

- o Komite üyeleri; birim kalite sorumluları ve merkez çalışanları arasından belirlenmeli ve en az 3 en fazla 7 kişiden oluşturulmalıdır.
- o Komitede, merkez yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır.

Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır.

KKY07.02

- o Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir:
 - Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması
 - Fiziksel ve sözel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması
 - Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
 - Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
 - Sağlık tarama programının hazırlanması

Kod	Standart	8
KKY08	Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KKY08.01	<p>Koordinasyon Merkezi yönetimince oluşturulan komite, merkezin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak birimlerde yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Komite üyeleri; birim kalite sorumluları ve merkez çalışanları arasından belirlenmeli ve en az 3 en fazla 7 kişiden oluşturulmalıdır. o Komitede, merkez yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır. 	
KKY08.02	<p>Komite, eğitim faaliyetlerini planlanmalı ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlamalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Komite görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> • Sağlıkta Kalite Standartları eğitimleri • Hizmet içi eğitimler • Uyum eğitimleri • Hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler 	

Kod	Standart	9
KKY09	Komite faaliyetlerine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KKY09.01	<p>Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az iki kez ve gerektiğinde toplanmalıdır</p> <p>Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir.</p>	
KKY09.02	<p>Bilgilendirme asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını o Toplantı gündemi ve süresini o Toplantı yeri ve zamanını kapsamalıdır. 	
KKY09.03	Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.	
KKY09.04	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
KKY09.05	Komite, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.	

Kod	Standart	10
-----	----------	----

Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.

KKY10

Rehberlik:

SKS çerçevesinde oluşturulacak komiteler, gerektiğinde ilgili mevzuatlar kapsamında kurulan diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla entegre çalışabilir.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

KKY11

SKS kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KKY11.01

SKS kapsamında gerçekleştirilen öz değerlendirmeler, dış değerlendirmeler, olay bildirim sistemi, geri bildirimler vb. yoluyla tespit edilen uygunsuzluklara yönelik yapılması gereken iyileştirme çalışmaları belirlenmelidir.

KKY11.02

SKS kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.

Gerekli durumlarda, düzeltici-önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

KKY11.03

Rehberlik:

Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınabilir.

KKY11.04

Düzeltilici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar koordinasyon merkezi tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde form vb. bir kayıt sistemi ile izlenmelidir.

Kod	Standart	12
-----	----------	----

KKY12

Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

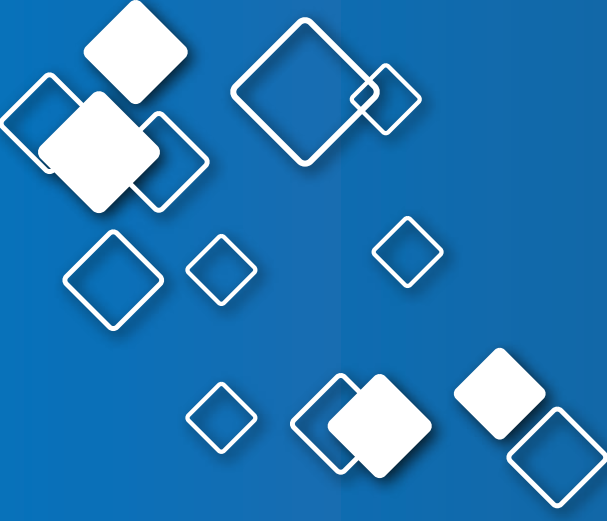
KKY12.01

Rehberlik:

Tanıtım kartları hizmet verilen hasta profili göz önünde bulundurularak farklı dillerde alternatifli olarak hazırlanabilir.

KKY12.02

Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.



Doküman Yönetimi

Amaç

Evde sağlık hizmet biriminde;

- o Uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi
- o Uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi
- o Kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesini sağlamaktır.

Kod	Standart	1
KDY01	SKS'de yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KDY01.01	Dokümanların formatı belirlenmelidir. Dokümanlar güncel olmalıdır.	
KDY01.02	<ul style="list-style-type: none"> o Dokümanlar koordinasyon merkezi tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmelidir. o Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır. o Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalıdır. 	
KDY01.03	Dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.	
KDY01.04	<p>Hazırlanan dokümanlar çalışanlara duyurulmalı, dokümanların güncel haline ilgili çalışanların erişimi sağlanmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır. o Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır. 	
KDY01.05	<p>Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Güncellemeler, doküman listesinde izlenebilmelidir. 	
KDY01.06	İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.	
Kod	Standart	2
KDY02	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KDY02.01	<p>Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.</p> <p><u>Rehberlik:</u> <i>Dış Kaynaklı Doküman: Koordinasyon merkezinin kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanan dokümandır.</i> <i>Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır.</i></p>	
KDY02.02	Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.	

Kod	Standart	3
-----	----------	---

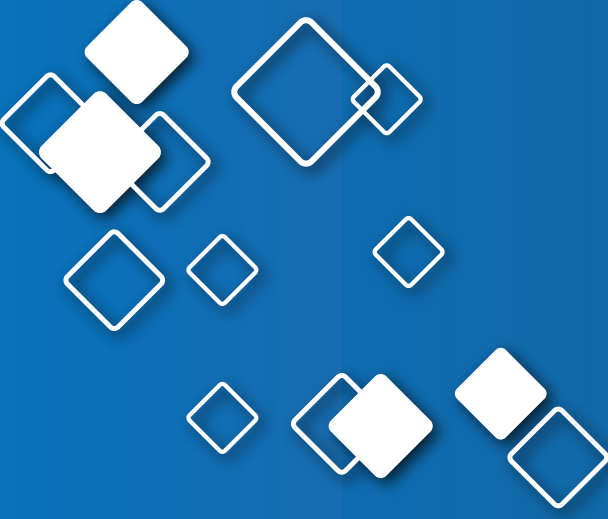
KDY03	Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir.	
-------	--	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KDY03.01	Fiziksel ya da elektronik imza marifeti ile onaylanmış dokümanların muhafaza şekilleri tanımlanmalıdır.
----------	---

Kod	Standart	4
-----	----------	---

KDY04	Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	
-------	---	--



Risk Yönetimi

Amaç

Hasta, hasta yakını, çalışan ve çevre güvenliği kapsamında, Evde Sağlık Hizmetlerine ilişkin risklerin önlenmesi veya en alt düzeye indirilmesidir.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

KRY01 Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KRY01.01 Risk yönetim çalışmaları Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi'nin koordinasyonunda yürütülmelidir.

KRY01.02 Risk yönetimi çalışmalarında birim sorumluları ile işbirliği yapılmalıdır.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KRY02 Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KRY02.01 Risk yönetimi; hasta, hasta yakını, çalışan ve çevre güvenliğine ilişkin süreçleri kapsamalıdır.

KRY02.02 Risk yönetimi; evde sağlık hizmetleri kapsamında karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir.

Risk yönetimine yönelik doküman oluşturulmalıdır.

o Doküman **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- Amaç ve hedefler
- Kapsam
- Risk analizi yöntemi
- İlgili çalışanların görüşlerinin alınması
- Tanımlanan risklerin raporlanması
- Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti
- Gerekli iyileştirme çalışmaları
- Çalışanların eğitimi

Kod	Standart	3
-----	----------	---

KRY03 Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Risk yönetimine ilişkin süreçleri ve unsurları kapsayacak şekilde bir plan hazırlanmalıdır.

- KRY03.01
- o Plan **asgari** aşağıdaki başlıkları içermelidir:
 - İlgili süreç, faaliyet veya unsur
 - Yaşanabilecek riskler
 - Risk düzeyi
 - Alınacak önlemler
 - Sorumlular
 - Önlemlerin alınmasına yönelik belirlenen zaman dilimi

KRY03.02 Riskler; birim, meslek ve/veya süreç bazında çalışanların katılımıyla belirlenmelidir.

KRY03.03 Risk düzeyleri en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek gibi) belirlenmelidir.

KRY03.04 Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi yapılmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

KRY04 Belirlenen risk düzeylerine göre birim, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KRY05 Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

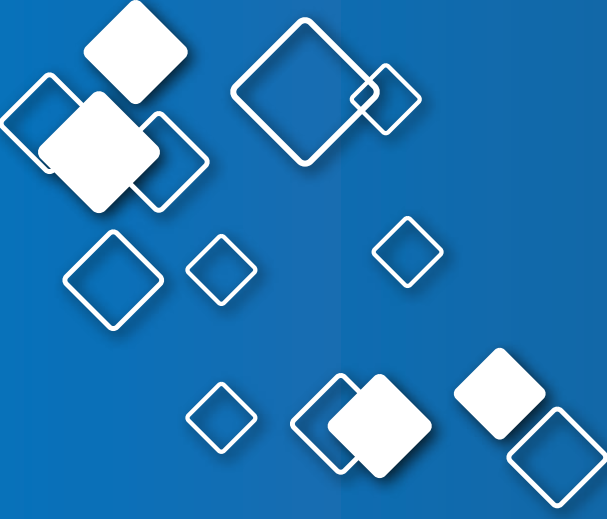
Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.

- KRY05.01
- o Gözden geçirme aralıkları, belirlenen riskler kapsamında tanımlanmalıdır.
 - o Risk yönetimi planı kapsamında, risklere yönelik alınan önlemlerin etkinliği izlenebilir olmalıdır.

Rehberlik:

Alınan önlemlerin sürekliliğini sağlamak için düzenli aralıklarla iyileştirme faaliyetlerine yönelik takip çalışmaları yapılabilir.

KRY05.02 Risk analizleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.



İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Amaç

Evde sağlık hizmetleri kapsamında;

- o Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak
- o Bu olayları izlemek
- o Bildirimlerin sonucunda olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
KİO01	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KİO01.01	<p>İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olayları) kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.</p> <p>o Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır.</p> <p>Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmalıdır.</p> <p>Rehberlik;</p> <p>o Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir.</p> <p>o Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde ya da her iki yöntemi içerecek şekilde de kurgulanabilir.</p> <p>o Ana modüllerin altında alt modüller yer alabilir. Örneğin; "İlaç Güvenliği, Kesici Delici Alet Yaralanmaları" gibi.</p> <p>Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır.</p>	
KİO01.02	<p>Bildirim formları, asgari aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Olayın konusu • Olayın içeriği • Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler 	
KİO01.03	Bildirim, analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.	
KİO01.04	Sistem bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır.	
KİO01.05		

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KİO02 Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KİO02.01 Bildirim sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

KİO03 Çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitimler tüm birim çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanmalıdır.

- KİO03.01
- o Eğitimler **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Olay Bildirim Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumluluklar
 - Sistemin yapısı
 - Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği
 - Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü
 - İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında yer alan olaylar
 - Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar
 - Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı
 - Bildirimlerin nasıl değerlendirileceği ve analiz edileceğine ilişkin genel bilgi

Kod	Standart	4
-----	----------	---

KİO04 İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KİO04.01 Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında kök neden analizi yapılmalıdır.

KİO04.02 Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.

KİO04.03 Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

KİO04.04 Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KİO05 Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.

Eğitim Yönetimi

Amaç

Evde sağlık koordinasyon merkezinin kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda, hasta/hasta yakını ve çalışanlara yönelik gerekli eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde verilmesidir.

Kod	Standart	1
KEY01	Evde sağlık hizmetleri kapsamında hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.	
Kod	Standart	2
KEY02	Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Eğitim planlarında tanımlanması gereken asgari hususlar belirlenmelidir.	
KEY02.01	<ul style="list-style-type: none"> o Eğitim planlarında asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> • 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) <ul style="list-style-type: none"> • Eğitimin yeri • Eğitimin süresi • Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar • Eğitim için gerekli materyaller • Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri 	
KEY02.02	Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında plan revize edilmelidir.	
KEY02.03	Yapılan revizyon, geriye dönük izlenebilir olmalıdır.	
Kod	Standart	3
KEY03	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Göreve yeni başlayan her çalışana; genel uyum eğitimi ve birim uyum eğitimi verilmelidir.	
KEY03.01	<ul style="list-style-type: none"> o Genel ve birim uyum eğitimlerine ilişkin konular, hizmet sunum alanları, meslek farklılıkları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir. 	
KEY03.02	Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.	
KEY03.03	Genel ve birim uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.	
KEY03.04	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.	

Kod	Standart	4
-----	----------	---

KEY04 Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KEY04.01 Hizmet içi eğitim sorumlusu belirlenmelidir.

KEY04.02 Eğitim konuları, hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, birime özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir.

Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.

KEY04.03 o Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir.

KEY04.04 Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.

KEY04.05 İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

KEY05 Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.

Rehberlik:

Eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılacak yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:

KEY05.01 o Ön test-son test
o Öz değerlendirmeler
o Gözlemler
o Kişilerle yapılan görüşmeler
o Birim sorumluları ile yapılan değerlendirmeler
o Anketler
o Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)

Kod	Standart	6
KEY06	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik doküman bulunmalıdır. o Eğitim dokümanları aşağıdaki konuları kapsamalıdır: • Hangi konularda verileceği • Hangi sıklıkla verileceği • Kimler tarafından verileceği • Nasıl kayıt altına alınacağı	

Malzeme ve Cihaz Yönetimi

Amaç

Evde Sağlık Hizmet Biriminde sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların temini ile bu malzeme ve cihazların güvenli, verimli ve etkin kullanımını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
KMC01	Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Malzeme ve cihazların yönetimine ilişkin doküman bulunmalıdır.	
	o Dokümanda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:	
	• Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi	
	• Malzeme ve cihazların istemleri	
	• Malzeme ve cihazların temini	
	• Malzeme ve cihazların teslim alınması ve kullanıma sunulması	
	• Malzemelerin muhafazası	
KMC01.01	• Malzemelerin ve cihazların güvenli kullanımı	
	• Malzeme ve cihaz kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri	
	• Cihazların bakımı, onarımı, ayarlanması ve kalibrasyonu	
	• Arıza ve onarım süreçleri	
	• Malzeme ve cihazların temizliği ve dezenfeksiyonu	
	• Güvensiz, uygunsuz ürünlerin geri çekilmesi, bu ürünlerin muhafaza veya iade şartları	
	• Tıbbi cihazların kullanım dışı bırakılması ile ilgili karar süreçleri	

Kod	Standart	2
KMC02	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KMC02.01	HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.	
KMC02.02	HBTC için kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	
KMC02.03	Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
	HBTC'yi kullanacak çalışanlara eğitim verilmelidir.	
	o Eğitim asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:	
KMC02.04	• Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar	
	• Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi	
	• Cihazın temizliği ve bakımı	
KMC02.05	HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.	

Tıbbi Kayıtlar

Amaç

Hastalara ait tıbbi kayıtların etkin, doğru ve zamanında oluşturulması, sistematik bir arşivleme sistemi ile güvenli muhafazası ve hastaların bakım sürecine ilişkin her türlü bilgi ve belgeye zamanında ulaşılabilmesinin sağlanmasıdır.

Kod	Standart	1
KTK01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin doküman bulunmalıdır.	
KTK01.01	<ul style="list-style-type: none"> o Doküman asgari aşağıdaki konuları içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> • Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamında muhafaza edileceği • Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları • Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ile kullanılmasına yönelik kurallar • Standart dosya planı ve içeriği • Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması • Arşiv hizmetlerinin işleyişi 	

Kod	Standart	2
KTK02	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KTK02.01	Hasta dosyalarında bulunması gereken asgari bilgi ve dokümanlar tanımlanmalıdır.	
	Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer almalıdır.	
KTK02.02	<ul style="list-style-type: none"> o Hasta dosyasında hastanın; <ul style="list-style-type: none"> • Adı-Soyadı • Doğum tarihi • Cinsiyeti • İkametgah bilgileri • Medeni durumu • Eğitim durumu • Hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını (kendisi, eşi, çocuğu, diğer) • Şimdiki veya daha önceki mesleği bulunmalıdır.	

Kod	Standart	3
-----	----------	---

KTK03 Hastaya verilen tüm hizmetler kayıt altına alınmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KTK03.01

Hastanın hizmet alma nedeni ile hastaya tanı, tedavi, takip sürecinde gerçekleştirilen tüm hizmetler ve bu hizmetlerin kim tarafından, ne zaman verildiğine ilişkin bilgi hasta dosyasında izlenebilir olmalıdır.

KTK03.02

Hastanın evde sağlık hizmetleri kapsamında çıkarılması durumunda, hastanın son durumu ve önerilerin yer aldığı hekim notu hazırlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

- o Hastanın evde sağlık hizmetleri kapsamında çıkarılması, Evde Sağlık Hizmetleri Komisyon Kararı ile gerçekleştirilmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

KTK04 Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KTK04.01

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

- o Kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:
 - Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin hangi bilgiye ne zaman erişebileceği)
 - Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü
 - Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç

Kod	Standart	5
KTK05	Bilgi yönetim sistemine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KTK05.01	Bilgi yönetim sistemine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
KTK05.02	Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin rol grupları ve yetkileri belirlenmelidir. Rehberlik: <i>Rol grupları: hekimler, hemşireler, sekreterler yöneticiler gibi grupları ifade eder.</i>	
KTK05.03	Her kullanıcının Bilgi Yönetim Sistemi uygulamalarında hangi bilgilere erişebileceği tanımlanmalıdır.	
KTK05.04	Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir. o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır. o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır. o İşe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesine yönelik yetki verme ve iptal etme prosedürü oluşturulmalıdır.	

Kod	Standart	6
KTK06	Bilgi Yönetim Sisteminde meydana gelebilecek olası sorunlar ve çözüm süreçlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KTK06.01	Süreçlerde karşılaşılan sorunlar kayıt altına alınmalıdır. o Kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: • Sorunun olduğu tarih ve saat • Bildirimin yapıldığı tarih ve saat	
KTK06.02	Olası sorunlarda çalışanların kiminle nasıl irtibat kuracağı belirlenmelidir.	
KTK06.03	Sorun giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler birim bazında belirlenmelidir.	

Kod	Standart	7
-----	----------	---

KTK07	Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
-------	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KTK07.01	Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.
----------	---

KTK07.02	Şifre kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
----------	---

KTK07.03	Bilgi Yönetim Sistemi kullanıcılarına yönelik gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.
----------	---

Kod	Standart	8
-----	----------	---

KTK08	Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.
-------	--

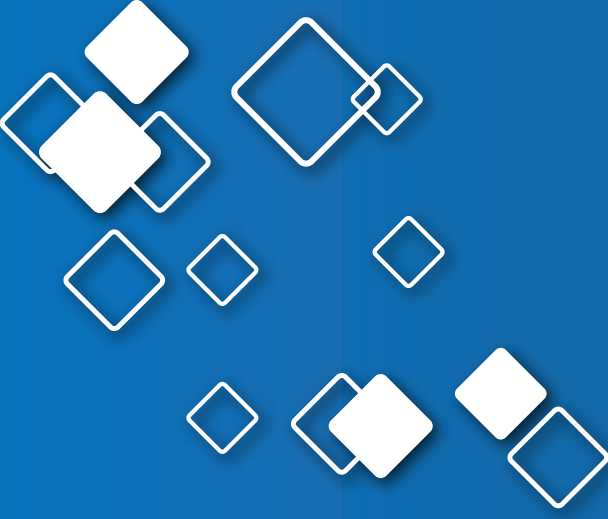
Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KTK08.01	Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil edilmelidir.
----------	---

KTK08.02	Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı olmalıdır.
----------	---

KTK08.03	Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı olmalıdır.
----------	--

KTK08.04	Kablosuz ağ bağlantıları için farklı vlan oluşturulmalıdır.
----------	---



Sağlıklı alışma Yaşamı

Amaç

Evde sağlık hizmetlerine çalışan perspektifinden bakılarak, sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve altyapısının sağlanmasıdır.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

KSÇ01 Evde sağlık hizmet biriminin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KSÇ01.01 Birim ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir.

KSÇ01.02 Personel temin planında, farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer verilmelidir.

Kod	Standart	2
-----	----------	---

KSÇ02 Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KSÇ02.01 Hedefler üst yönetim ve birim sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

- o Belirlenen hedeflere ulaşılması için gerçekleştirilecek faaliyetler ile bütçe zaman ve fiziki koşullar gibi gereklilikler belirlenmelidir.

KSÇ02.02 Belirlenen hedeflere ilişkin analizler yapılmalıdır.

KSÇ02.03 Analiz sonuçlarına yönelik iyileştirme faaliyetleri başlatılmalıdır.

KSÇ02.04 Hedeflere ilişkin üst yönetim ve birim sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme yapılmalıdır.

Kod	Standart	3
KSÇ03	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Evde sağlık hizmetleri kapsamında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	
KSÇ03.01	<ul style="list-style-type: none"> o Risk değerlendirmesi; çalışanların hizmet sunum alanında karşılaşılabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır. <p><i>(Bkz. Risk Yönetimi Bölümü)</i></p>	
KSÇ03.02	Hizmet verilen alan bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	
	Çalışanların güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.	
KSÇ03.03	<ul style="list-style-type: none"> o Çalışanların maruz kaldığı olaylar kayıt altına alınmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. <p><i>(Bkz. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Bölümü)</i></p>	
KSÇ03.04	Çalışanlara istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti sağlanmalıdır.	
KSÇ03.05	Çalışanlara yönelik şiddet riski veya girişimi varlığında, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	

Kod	Standart	4
KŞÇ04	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.	
	<ul style="list-style-type: none"> o Program asgari aşğıdaki konuları içermelidir: • Gerçekleştirilecek sağlık taramalarının, kapsamı, zamanı ve tekrarlanma sıklığı 	
KŞÇ04.01	<ul style="list-style-type: none"> • Nasıl ve nerede uygulanacağı • Sonuçların kim tarafından değerlendirileceğı • Olumsuz sonuçlar elde edildiğinde nasıl bir yol izleneceğı • Program, belirlenen riskler ve ilgili kişilerin (uzman hekim, hemşire, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı gibi) görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır. 	
KŞÇ04.02	Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.	
KŞÇ04.03	Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir. <ul style="list-style-type: none"> o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır. 	
KŞÇ04.04	Sağlık tarama sonuçlarında olumsuz bir durum tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmalıdır.	
Kod	Standart	5
KŞÇ05	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
KŞÇ05.01	Evde sağlık hizmeti sırasında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	
KŞÇ05.02	Kişisel koruyucu ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
KŞÇ05.03	Kişisel koruyucu ekipman kullanımını konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	
Kod	Standart	6
KŞÇ06	Çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Çalışma ortamına yönelik fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır.	
KŞÇ06.01	<ul style="list-style-type: none"> o Evde Sağlık Hizmet Biriminin çalışma ofisi olmalıdır. o Çalışanların fiziksel ortamları, ekip ve nakil araçları, tıbbi cihazlar, kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddeler ve çalışma yöntemleri gibi konularda iyileştirme planları, personelin beklentileri de dikkate alınarak tasarlanmalıdır. 	

Kod	Standart	7
-----	----------	---

KSÇ07 Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

KSÇ07.01 **Rehberlik:**
Çalışanlar görüş, öneri ve şikayetlerini intranet, telefon, internet ya da kağıt ortamında bildirebilirler.

KSÇ07.02 Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da hizmet sunum alanında ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.

KSÇ07.03

- o Değerlendirmelerde, Kalite Yönetim Direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalıdır.
- o Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.
- o Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır.
- o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır.
- o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır.
- o Görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.

Kod	Standart	8
-----	----------	---

KSÇ08 Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.
(Bkz. Geri Bildirim Anketi Uygulama Rehberi)

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

KSÇ08.01 Çalışan geri bildirim anketi, **asgari**, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.

KSÇ08.02 Anketler belirlenen aralıklarda yapılmalıdır.

KSÇ08.03 Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.

KSÇ08.04 Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

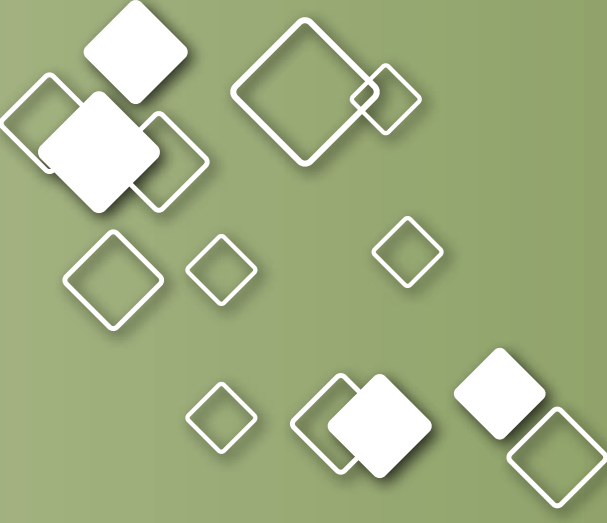
o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.

SAGLIK HIZMETLERI

Hasta Deneyimi ◆◆

Hasta Bakımı ◆◆

Enfeksiyonların Önlenmesi ◆◆



Hasta Deneyimi

Amaç

Sunulan hizmetlere hasta perspektifinden bakılarak, temel hasta haklarının ve hasta memnuniyetinin sağlanması ile hizmet alınan tüm süreçlerde; hasta/hasta yakınının saygı görmesi ve özenle hizmet almasının temin edilmesidir.

Kod	Standart	1
SHD01	Hasta ve hasta yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta ve hasta yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	
SHD01.01	<ul style="list-style-type: none"> o Hastalar; internetten, telefondan, yazılı olarak posta yoluyla ya da direk başvuru yaparak görüş, öneri ve şikayetlerine ilişkin bildirim yapabilmelidirler. o Birimlere yapılan geri bildirimler koordinasyon merkezine iletilmelidir. 	
SHD01.02	<p>Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Hasta ve hasta yakınları; görüş, öneri ve şikayetlerini ne şekilde ve hangi araçları kullanarak yapabilecekleri hakkında bilgilendirilmelidir. 	
SHD01.03	<p>Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü ve yönetimden en az bir kişi yer almalıdır. o Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. o Geri bildirimler kapsamında öncelikli olarak ele alınması gereken hususlar belirlenmeli ve gerekli çalışmalar en kısa zamanda başlatılmalıdır. o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır. o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır. o Görüş, öneri ve şikayeti bulunan hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır. 	

Kod	Standart	2
-----	----------	---

SHD02 Hasta geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.
(Bkz. Geri Bildirim Anketi Uygulama Rehberi)

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHD02.01 Anketler asgari belirlenen aralıklarda yapılmalıdır.

- o Koordinasyon merkezi, anketlerin nasıl ve kimler tarafından uygulanacağını belirlemelidir.
- o Birim personeli tarafından, kendi sorumluluk alanında bulunan hastalara anket uygulanmamalıdır.

Rehberlik:

Anketler internet, telefon veya basılı doküman üzerinden uygulanabilir.

SHD02.02 Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

- o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

SHD03 Hasta ve hasta yakını, bakım süreçleri hususunda bilgilendirilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHD03.01 Hastalarda bilgilendirmenin nasıl yapılacağı ve bilgilendirmeye ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Hasta, evde sağlık koordinasyon merkezi tarafından belirlenen kurallar doğrultusunda, ilgili hekim tarafından sözlü olarak bilgilendirilmelidir.

SHD03.02 Hasta, **asgari** aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- Evde sağlık hizmetlerinin kapsamı
- Hastanın genel durumu
- Tedavi süreci
- Bakım uygulamalarının seyri
- Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale

SHD03.03 Hastanın bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.

SHD03.04 Hastanın güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.

Kod	Standart	4
SHD04	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hastaya sözlü olarak bilgilendirme yapılmalı, ayrıca yazılı olarak hastanın rızası alınmalıdır.	
	<ul style="list-style-type: none"> o Rıza Formu asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> • Yapılacak işlemin tanımı • İşlemin kim tarafından yapılacağı • İşlemden beklenen faydalar • İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar • Varsa işlemin alternatifleri 	
SHD04.01	<ul style="list-style-type: none"> • İşlemin riskleri-komplikasyonları • İşlemin tahmini süresi • Kullanılacak ilaçların önemli özellikleri • Hastanın sağlığı için kritik olan yaşam tarzı önerileri • Gerektiğinde aynı konuda tıbbi yardıma nasıl ulaşabileceği • Hastanın adı, soyadı ve imzası • İşlemi uygulayacak hekimin/sağlık personelinin adı, soyadı, unvanı ve imzası • Rızanın alındığı tarih ve saat 	

Kod	Standart	5
SHD05	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
SHD05.01	Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik ve sosyal mahremiyet ile bilgi mahremiyeti dikkate alınmalıdır.	
SHD05.02	Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır. o Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir.	
SHD05.03	Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılacağı belirlenmelidir. o Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir. Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.	
SHD05.04	<i>Rehberlik;</i> <i>Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunabilir. Kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihini söz konusu kültürel özellikler doğrultusunda belirleme, adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma ve tedbirli olma bunlardan bazılarıdır. Ayrıca toplumda göz önünde bulunan bir hastanın, kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda, özellikle hassasiyet gösterilmesi yönünde talebi olabilir.</i>	
SHD05.05	Tüm birim çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	6
-----	----------	---

SHD06	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı, hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.	
-------	--	--

Kod	Standart	7
-----	----------	---

SHD07	Hastanın, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	
-------	--	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHD07.01	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, istediğinde dokümanların kopyasına ulaşabilmelidir. <ul style="list-style-type: none"> o Hastaya yapılan işlemler, tahliller ya da kendisine ait özel bilgilerini içeren tüm dokümanlar bu kapsamda ele alınmaktadır. o Hasta söz konusu bilgilere hizmet alırken ya da hizmet alımı sonrasında ulaşabilmelidir.
----------	---

SHD07.02	Hasta ile ilgili bilgi ve dokümanların hangi durumlarda hasta yakını ile paylaşılabilirliği belirlenmelidir.
----------	--

Kod	Standart	8
-----	----------	---

SHD08	Hastaların kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.	
-------	--	--

Kod	Standart	9
-----	----------	---

Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SHD09	<u>Rehberlik;</u> <i>Tıbbi sosyal hizmet sunumu; hastaların tıbbi tedaviden etkili bir şekilde yararlanması, sosyal sağlığının korunması ve geliştirilmesi, tedavi sürecinde hastanın ailesi ve çevresi ile ilişkilerinin düzenlenmesi, tedavi sürecini etkileyen psiko- sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarının zamanında çözümlenerek sosyal işlevselliğini yeniden kazanması amacıyla yürütülen sosyal hizmet uygulamasını ifade etmektedir.</i>	
-------	---	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHD09.01	Hastalar, tıbbi sosyal destek gereksinimleri açısından değerlendirilmelidir.
----------	--

SHD09.02	Tıbbi sosyal destek gereksinimi tespiti durumunda, ilgili kamu kurum ve kuruluşları ile koordinasyon sağlanmalıdır.
----------	---

SHD09.03	Gerçekleştirilen sosyal hizmet uygulamaları kayıt altına alınmalıdır.
----------	---

Kod	Standart	10
-----	----------	----

SHD10	Evde Sağlık Koordinasyon Merkezi tarafından hastanın hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	
-------	--	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHD10.01	Birimler, toplum sağlığı merkezleri ve aile sağlığı merkezlerine yapılan hasta başvuruları ile başvuru ve onay sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
----------	---

SHD10.02	Hastaların hizmete erişimine yönelik kabul kriterleri belirlenmelidir.
----------	--

SHD10.03	Hastaya randevu verilmesi, ilk muayene ve kontrol muayeneleri ile bakım ve tedavi ziyaretlerine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
----------	---

Kod	Standart	11
-----	----------	----

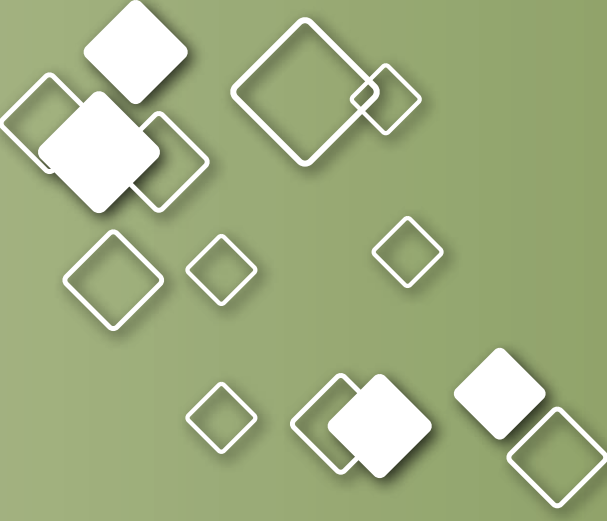
SHD11	Evde sağlık hizmetleri birimine kayıtlı hastaların randevu süreçleri düzenlenmelidir.	
-------	---	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHD11.01	Kayıtlı hastaların ziyaretine ilişkin randevular planlanmalıdır.
----------	--

SHD11.02	Hasta, randevu aralıkları ve sonraki randevu tarihi hakkında bilgilendirilmelidir.
----------	--

SHD11.03	<p>Randevu verme süreçleri ile ilgili gecikmeler takip edilmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Gecikmeler ile ilgili aylık istatistiksel analizler yapılmalı ve gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
----------	--



Hasta Bakımı

Amaç

Evde sağlık hizmet biriminden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlayacak şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır.

Kod	Standart	1
	Hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	
	<u>Rehberlik:</u> Hasta bakımı; hastanın evde sağlık hizmet birimine kabulünden hizmetin sonlandırılmasına kadar geçen süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta bakımına ilişkin süreçlere yönelik doküman oluşturulmalıdır.	
	<ul style="list-style-type: none"> o Doküman asgari aşağıdaki konuları içermelidir: • Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği 	
SHB01.01	<ul style="list-style-type: none"> • Değerlendirme sonrasında tıbbi bakımın nasıl planlanacağı • Planlanan tıbbi bakımın hastaya nasıl uygulanacağı • Tıbbi bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın ne şekilde izleneceği • Tıbbi bakım planında gerekli değişikliklerin nasıl yapılacağı 	

Kod	Standart	2
SHB02	Hastaların tıbbi bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	
	Değerlendirme Ölçütü	
SHB02.01	Hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular ile planlanan tedavi, koordinasyon merkezi tarafından belirlenen formatta ve içerikte kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.	
SHB02.02	Hastaların klinik durumları ve tıbbi bakım ihtiyaçları; fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde ilgili sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır. o Hastanın kişisel bakım kapasitesi değerlendirilmelidir.	
SHB02.03	Hastaları tıbbi bakım veya tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından korumak için klinik risk değerlendirmeleri yapılmalıdır. <u>Rehberlik:</u> Aşağıda, klinik risk değerlendirme uygulamalarına örnekler verilmiştir: o İlaç uygulamaları o Bası ülseri risk değerlendirmesi o Düşme riski değerlendirmesi o Ağrı şiddeti değerlendirmesi o Bilinç düzeyi takibi o Beslenme durumunun değerlendirilmesi o Ventilatör ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi o Kateter bakımı ve takibi o Ekstremitte nabız takibi ve ödem derecelendirmesi o Ağız bakımı ve takibi	

Kod	Standart	3
-----	----------	---

Hastalara yönelik hazırlanan tıbbi bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.

SHB03

Rehberlik:

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

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB03.01

Tıbbi bakım planı, bakıma ilişkin asgari gereklilikleri içermelidir.

SHB03.02

Tıbbi bakım planında, **asgari** aşağıdaki bilgiler kayıt edilmelidir:

- o Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçları
- o Tıbbi bakım ihtiyaçlarına yönelik hedefler
- o Tıbbi bakım ihtiyaçlarına yönelik uygulamalar
- o Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi

SHB03.03

Hastanın tıbbi bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/ gelişmeler bakım planına yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir.

- o Tıbbi bakım planı, her hasta için ayda en az bir kez gözden geçirilmeli ve gerekli güncellemeler yapılmalıdır.
- o Tıbbi bakım planında yapılan güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

SHB04

Hasta/Hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB04.01

Hastaya hizmet verecek olan birim çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.

SHB04.02

Hasta/hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde olumlu bir iletişim ortamı (uygun ses tonu, uygun beden dili, sözcüklerin seçimi, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanımı gibi) oluşturulmalıdır.

Kod	Standart	5
SHB05	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitim verilmeli, eğitim içeriği hastanın ihtiyacına göre belirlenmelidir.	
SHB05.01	<ul style="list-style-type: none"> o Hasta veya hasta yakınlarına tedavi ve bakım süreçlerine yönelik asgari aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir: <ul style="list-style-type: none"> • El hijyeni • Enfeksiyonların önlenmesi • Beslenme, mobilizasyon, boşaltım gibi özbakım ihtiyaçlarının karşılanması • Hastalığının seyri • İlaçların kullanımı • Uygulanması gereken diyet ve egzersizler • Bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar • Varsa bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı • Kontrollerinin hangi aralıklarda gerçekleştirileceği • Düşme riskini azaltmaya yönelik egzersizler ve alınması gereken önlemler 	
SHB05.02	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.	

Kod	Standart	6
	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	
SHB06	<p><u>Rehberlik:</u> <i>Kimlik doğrulama, sağlık hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.</i></p>	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçlere yönelik doküman bulunmalıdır.	
	<ul style="list-style-type: none"> o Doküman asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir: • Hastalara yönelik kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı • Hasta ve hasta yakınının kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği 	
SHB06.01	<p><u>Rehberlik:</u> <i>Evde sağlık hizmetlerinde, ilk muayenede, hastanın resmi kimliği üzerinden kimlik doğrulaması yapılması esastır. Sonraki ziyaretlerde, sağlık personelinin değişmesi söz konusu olduğunda ya da personel gerekli gördüğü takdirde kimlik doğrulaması yapılabilir. Ayrıca numune alımı, numunelerin etiketlenmesi, hasta kayıtlarının düzenlenmesi gibi işlemler sırasında da doğru işlemin doğru hastaya uygulandığından emin olunması büyük önem arz etmektedir.</i></p>	
SHB06.02	Sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	

Kod	Standart	7
-----	----------	---

SHB07 Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hasta düşmelerinin önlenmesi ile ilgili süreçlere yönelik doküman bulunmalıdır.

- o Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir:
 - Düşme risk faktörleri
 - Risk faktörlerinin ne şekilde belirleneceği
 - Hastaların risk düzeylerinin nasıl değerlendirileceği (hangi hastalara risk değerlendirmesi yapılacağı, risk değerlendirmesinde hangi ölçeğin kullanılacağı, risk düzeylerinin nasıl tanımlanacağı gibi)
 - Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta/hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler gibi)
 - Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının nasıl bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği gibi)

Kod	Standart	8
-----	----------	---

SHB08 Hastalar düşme riski açısından değerlendirilmeli ve düşmelerin önlenmesine yönelik gerekli uygulamalar yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hastaların düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır.

Rehberlik;

SHB08.01 *İtaki Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) Morse, Hendrich II, gibi ulusal ve uluslar arası skorlama ölçekleri bu ölçeklere örnek olarak verilebilir.*

(Ek: İtaki ve Harizmi Düşme Riski Değerlendirme Ölçekleri)

SHB08.02 Hasta düşmelerini önlemeye yönelik tedbirler hakkında hasta ve hasta yakını bilgilendirilmelidir.

SHB08.03 Düşme riski olan hastaların fiziksel durumlarını güçlendirmeye yönelik fiziksel aktiviteler belirlenmeli ve hasta ve hasta yakınına bu konuda eğitim verilmelidir.

SHB08.04 Risk değerlendirmesi hastanın durumunda bir değişiklik olması halinde veya bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.

Kod	Standart	9
-----	----------	---

SHB09 Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB09.01 Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

SHB09.02 Hastaların, nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

SHB09.03 Malnütrisyonu olan veya malnütrisyon riski saptanan hastalar için nütrisyon desteğinin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.

SHB09.04 Nütrisyonel destek verilen hasta ve hasta yakınına konuyla ilgili eğitim verilmelidir.

SHB09.05 Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacının belirlenmesi, karşılanması ve izlemine yönelik süreçler hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.

Kod	Standart	10
-----	----------	----

SHB10 Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Hastaların ağrı şiddeti değerlendirilmelidir.

SHB10.01 **Rehberlik:**
Hastaların ağrı şiddeti, VAS (visuel analog skala), Numerik skala gibi ağrı değerlendirme skalaları ile değerlendirilebilir.

Hastalarda ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

SHB10.02 **Rehberlik:**
Ağrı kontrolü farmakolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi, soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri, dikkati başka yöne çekme gibi farmakolojik olmayan bilimsel yöntemler ile de gerçekleştirilebilir.

SHB10.03 Ağrı kontrolüne ilişkin tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri gibi) hakkında hasta/hasta yakınına eğitim verilmeli, bakım planına kaydedilmeli ve izlenmelidir.

Kod	Standart	11
-----	----------	----

SHB11	Hastaneye transferi gereken hastaların transfer sırasında güvenliği sağlanmalıdır.	
-------	--	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB11.01	Hastaların güvenli transferine yönelik doküman bulunmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> o Doküman asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> • Özellikli hastaların (yenidoğan, obez hasta, diyaliz hastası ve psikiyatri hastaları gibi) transferi • Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar • Transferde kullanılacak araçların (sedye, tekerlekli sandalye, transport küvöz gibi) uygunluğu ve kullanımı
----------	--

Kod	Standart	12
-----	----------	----

SHB12	Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
-------	---	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB12.01	Hastaların birimler arası veya çalışanlar arası devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> o Meslek gruplarının (hekim-hekim, hemşire-hemşire gibi) hastayı devrederken aktarmaları gereken bilgiler merkez tarafından belirlenmelidir.
----------	---

Kod	Standart	13
-----	----------	----

SHB13	Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	
-------	---	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB13.01	Konsültasyonların uygulanmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
----------	---

SHB13.02	Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.
----------	---

SHB13.03	Konsültasyon hizmetlerinin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
----------	--

Kod	Standart	14
-----	----------	----

SHB14	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
-------	---	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB14.01	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenmeli ve ilgili çalışanlar tarafından bilinmelidir.
----------	---

SHB14.02	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.
----------	---

SHB14.03	Fiziksel hareket kısıtlaması ile ilgili kurallar tanımlanmalı ve hasta yakını söz konusu kurallar hakkında bilgilendirilmelidir.
----------	--

Kod	Standart	15
-----	----------	----

Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.

Rehberlik:

SHB15	<p>Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Terminal dönem hastalar o Geriatri hastaları o Onkoloji hastaları o Yanık tedavisi gören hastalar o Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar gibi 	
-------	---	--

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB15.01	Birim, hizmet verilen özellikli hasta gruplarını belirlemelidir.
----------	--

Belirlenen özellikli hasta gruplarına özgü bakım süreçleri tanımlanmalıdır.

SHB15.02	<p>o Tanımlama asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Hizmet sunum süreçleri • Disiplinlerarası işbirliği • Hastanın yaşam alanı ile ilgili gereklilikler • Gerekli ekipmanlar • Özel bakım uygulamaları ve işlemler 	
----------	--	--

Kod	Standart	16
SHB16	Acil müdahale gerektirebilecek hastalar için acil müdahale seti bulundurulmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.	
SHB16.01	<ul style="list-style-type: none"> o Acil müdahale setinde asgari aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> • Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için) • Balon-valf maske sistemi • Değişik boylarda maske • Oksijen hortumu ve maskeleri • Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları) • Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp) • Kişisel koruyucu ekipman o Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, birimin ihtiyacı ve hasta çeşitliliğine göre belirlenmelidir. 	
SHB16.02	Tüm sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.	
SHB16.03	<ul style="list-style-type: none"> o Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir. o İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır. 	

Kod	Standart	17
SHB17	Evde sağlık hizmetlerine ilişkin laboratuvar test süreçleri kontrol altında tutulmalıdır.	
Kod	Değerlendirme Ölçütü	
	Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
SHB17.01	<ul style="list-style-type: none"> o Hastanın bakım sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. o Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır. 	
	Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır:	
SHB17.02	<ul style="list-style-type: none"> o Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. o Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o İstem yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi bilgi yönetim sistemi üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir. o İlgili personele doğru numune alma konusunda eğitim verilmelidir. 	
	Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	
SHB17.03	<ul style="list-style-type: none"> o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. o Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir. 	
SHB17.04	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin etiketlenmesi gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	
SHB17.05	Hastalar laboratuvar testlerine ilişkin sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
SHB17.06	Hastaların laboratuvar test sonuçlarına internet üzerinden ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	
SHB17.07	Laboratuvar testlerinin panik değer bildirim sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	

Kod	Standart	18
-----	----------	----

SHB18 İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

İlaç istemleri hekim tarafından yazılmalı ve onaylanmalıdır.

- | | |
|----------|---|
| SHB18.01 | <ul style="list-style-type: none"> o Kağıt ortamında gerçekleştirilen istemlerde doktor bilgileri ve ıslak imza bulunmalıdır. o Elektronik ortamda yapılan ilaç istemlerinde hekimin elektronik imzası ya da mobil imza bulunmalıdır. Bilgi yönetim sistemi üzerinden kullanıcı şifresi ile yapılan istemler, elektronik imza olmaksızın bu amaçla kullanılmamalıdır. |
|----------|---|

SHB18.02	İlaç istemlerinde; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda verilmiş süresini içermelidir.
----------	---

SHB18.03	İlaç isteminde kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmeli ve istem süreçlerinde etkin uygulanmalıdır.
----------	---

Kod	Standart	19
-----	----------	----

SHB19 İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Gerçekleştirilen ilaç uygulamaları hasta kayıtlarında izlenebilmelidir.

- | | |
|----------|---|
| SHB19.01 | <ul style="list-style-type: none"> o Hasta kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer almalıdır. |
|----------|---|

SHB19.02	İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalı, doğrulamanın nasıl yapılacağı tanımlanmalıdır.
----------	--

SHB19.03	İlaç uygulanması sonrasında gelişebilecek reaksiyonlar ve yan etkiler hakkında hasta ve hasta yakını bilgilendirilmelidir.
----------	--

- | | |
|----------|---|
| SHB19.03 | <ul style="list-style-type: none"> o Hasta/Hasta yakınına, ilaca bağlı gerçekleşen advers etkilerin Evde Sağlık Hizmeti Birimine bildirilmesi gerektiği belirtilmelidir. |
|----------|---|

SHB19.04	Hastada ilaca bağlı gerçekleşen advers etkilerin tespiti halinde oluşan reaksiyonlar ve yan etkiler kayıt altına alınmalıdır.
----------	---

Kod	Standart	20
-----	----------	----

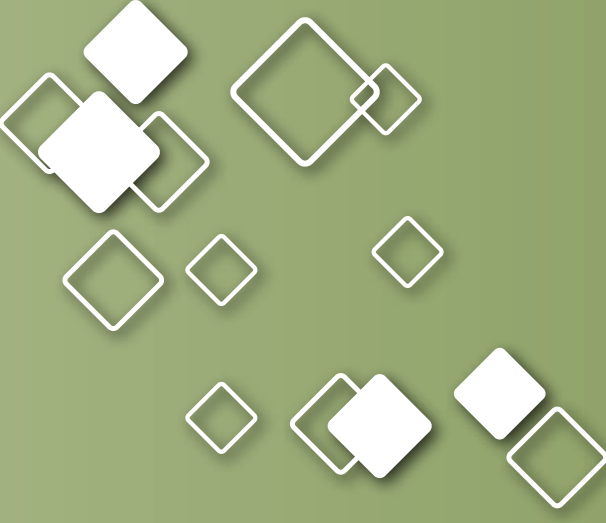
SHB20 Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında oluşan atıklara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SHB20.01	Atıklar türüne göre ve kaynağında ayrıştırılmalıdır.
----------	--

SHB20.02	Tehlikeli ve tıbbi atıklar birim tarafından hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek şekilde toplanmalı, taşınmalı ve bertaraf edilmesi amacıyla teslim edilmelidir.
----------	---

SHB20.03	Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.
----------	---



Enfeksiyonların Önlenmesi

Amaç

Hastalar ve çalışanlar açısından sağlık hizmetleri ile ilişkili enfeksiyonlara yönelik riskleri tespit etmek ve önlemektir.

Kod	Standart	1
-----	----------	---

SEN01 Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik süreçleri içeren bir doküman hazırlanmalıdır.

- SEN01.01**
- o Doküman **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi
 - El hijyeni
 - İzolasyon önlemleri
 - Akılcı antibiyotik kullanımı
 - Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi süreçleri
 - Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunması
 - Hastanın yaşadığı ortamın enfeksiyonların önlenmesi açısından uygun hale getirilmesi
 - Olağanüstü durumlara (salgın, nadir görülen enfeksiyonlar gibi) yönelik planlamaların yapılması

Kod	Standart	2
-----	----------	---

SEN02 Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitim verilmelidir.

- SEN02.01**
- o El hijyeni ile ilgili eğitim **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - El hijyeninin önemi
 - El hijyeni endikasyonları
 - El hijyeni sağlama yöntemleri
 - Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar
 - El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler
 - Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri

SEN02.02 Evde sağlık hizmeti biriminde, eldiven, el antiseptiği gibi el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.

- o El Hijyeni sağlamaya yönelik malzeme hizmet sunumu sırasında uygun şekilde kullanılmalıdır.

SEN02.03 Hasta ve hasta yakınına el hijyeninin önemi ve el hijyeni uygulamaları hakkında eğitim verilmelidir.

- o Hasta ve hasta yakınına, bakım alanında alkol bazlı el antiseptiği bulundurması önerilmelidir.

Kod	Standart	3
-----	----------	---

SEN03 İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SEN03.01 Enfekte ya da kolonize hastalara yönelik alınması gereken izolasyon önlemlerinin ne zaman ve nasıl uygulanacağı belirlenmelidir.

- o İzolasyon önlemleri ile ilgili kabul görmüş ulusal ve uluslararası rehberler esas alınmalıdır.

SEN03.02 Hasta ve hasta yakınları izolasyon önlemleri hakkında bilgilendirilmelidir.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

SEN04 Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

- SEN04.01**
- o Kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:
 - Uygulama zamanı
 - Uygulama kapsamı
 - Uygulama yöntemi ve kullanılacak materyal
 - Uygulamaların etkinliğinin izlenmesine yönelik süreç

Kod	Standart	5
-----	----------	---

Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

SEN05

Rehberlik;

Sağlık çalışanları, enfeksiyon ajanlarına karşı hem kendilerini hem de hastalarını korumak adına gerekli önlemleri almakla görevlidir. Bu önlemler, enfeksiyon ajanı ile; temas öncesi, temas sırası, temas sonrası alınacak önlemleri kapsar.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

SEN05.01

Bağışıklanmanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı temas öncesi bağışıklık sağlanması ve rutin taramaların yapılması sağlanmalıdır.

SEN05.02

Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre gerekli koruyucu tedbirler (standart önlemler, izolasyon önlemleri) alınmalıdır.

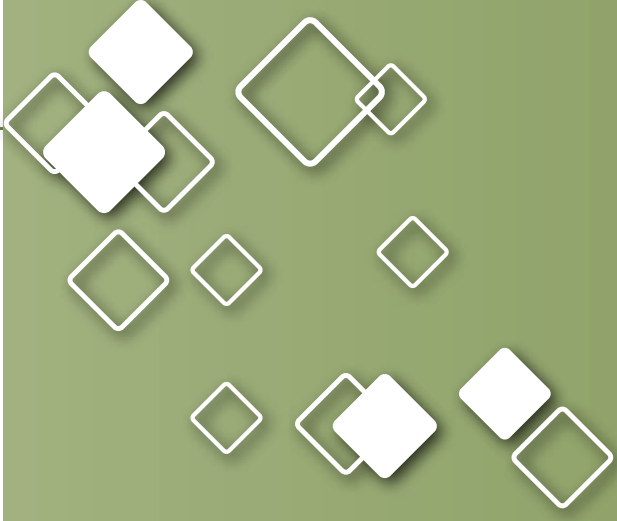
SEN05.03

Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda gerekli bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemlerinin yapılması sağlanmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

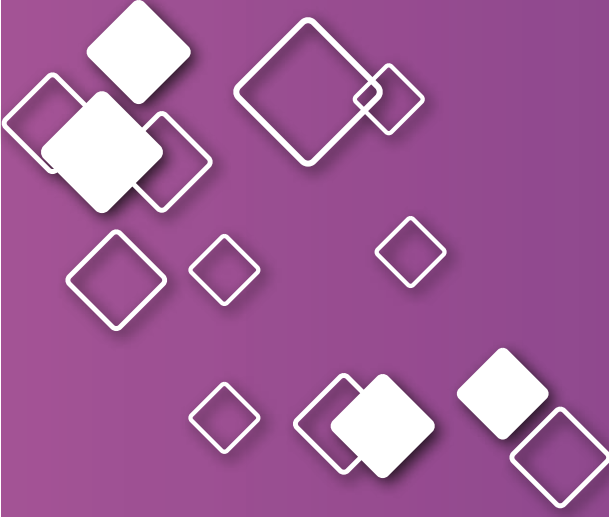
SEN06

Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.



GÖSTERGE YÖNETİMİ

Göstergelerin İzlenmesi ◆
Kalite Göstergeleri ◆



Göstergelerin İzlenmesi

Amaç

Evde sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetin performansını izlemek suretiyle kalitenin sürekli iyileştirilmesine katkı sağlamaktır.

Kod	Standart	1
GGi01	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
GGi01.01	Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır.
GGi01.02	Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler Kalite Yönetim Birimi tarafından koordine edilmelidir.
GGi01.03	Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
GGi01.04	Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.

Kod	Standart	2
GGi02	Evde Sağlık Hizmetleri kapsamında izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.	

Kod	Değerlendirme Ölçütü
GGi02.01	<p>İzlenecek her gösterge için gösterge kartı oluşturulmalıdır.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Gösterge kartlarında <u>asgari</u> aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: <ul style="list-style-type: none"> • Göstergenin kısa tanımı • Amaç • Hesaplama Yöntemi/Formülü • Alt gösterge • Hedef Değer • Veri Kaynağı • Veri Analiz Periyodu • Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler • Sonuçların kimlerle paylaşılacağı • Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar

Kod	Standart	3
-----	----------	---

GGi03 Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Kod	Değerlendirme Ölçütü
-----	----------------------

GGi03.01 Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.

Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

GGi03.02 o Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.

Kod	Standart	4
-----	----------	---

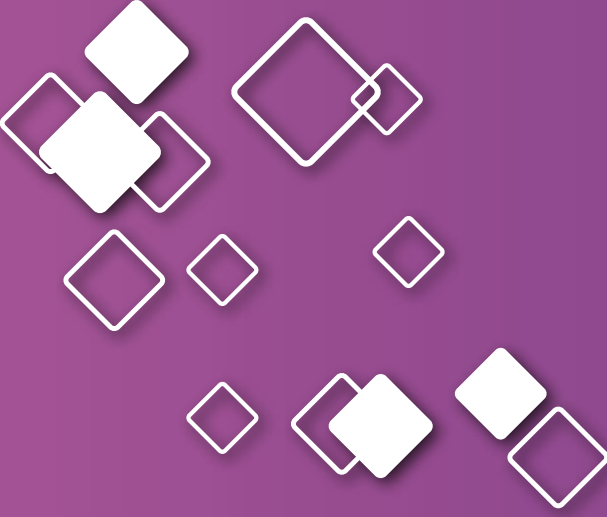
GGi04 Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.

Kod	Standart	5
-----	----------	---

GGi05 Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

Kod	Standart	6
-----	----------	---

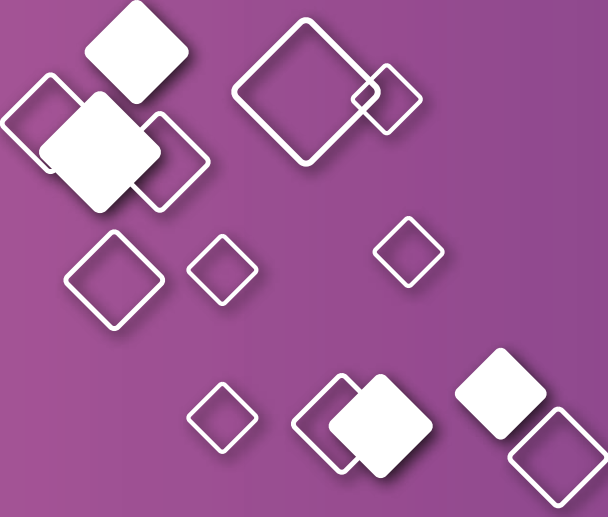
GGi06 Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.



Kalite Göstergeleri

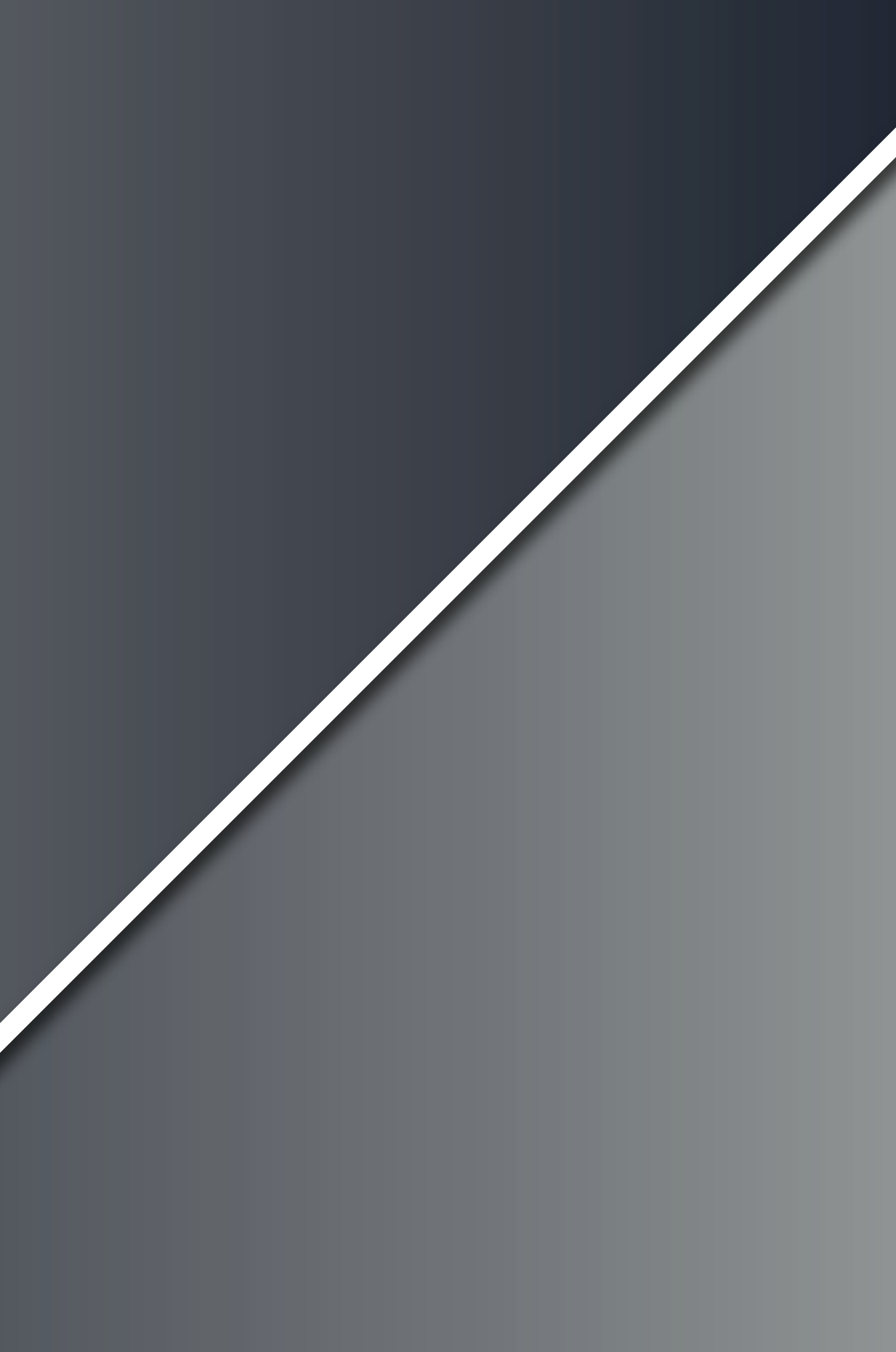
Amaç

SKS bölümlerine yönelik kalite göstergeleri vasıtasıyla, bu bölümlere ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktıların somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.



Gösterge Kodu	Gösterge
GKG01	Düzeltilici-Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı
GKG02	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı
GKG03	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı
GKG04	Başvuru Sonrası Randevu Gerçekleştirilme Süresi
GKG05	Hasta Başına Yıllık Ziyaret Ortalaması
GKG06	Hizmete Kabul Edilen Hasta Oranı
GKG07	Verilen Randevuların Gerçekleştirilme Oranı
GKG08	Çalışanlara Yönelik Gerçekleşen Fiziksel Şiddet Olay Sayısı
GKG09	Çalışanlara Yönelik Gerçekleşen Sözel Şiddet Olay Sayısı
GKG10	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı
GKG11	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı
GKG12	Personelin Devir Hızı
GKG13	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı
GKG14	Düşen Hasta Oranı
GKG15	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı
GKG16	Bası Ülseri Oranı
GKG17	Birime Yeniden Başvuru Oranı
GKG18	Malnütrisyon Takip Oranı
GKG19	Bilgi ve Belge Açısından Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı

Kaynaklar



Acar, A. ve Yeğenoğlu, S. (2005). Akılcı İlaç Kullanımı Penceresinden Farmakoekonomi ve Hastane Formüllerleri. Ankara Eczacılık Fakültesi Dergisi. J. Fac. Pharm, 34 (3), 207-218

Agency for Healthcare Research and Quality. (2008). National Healthcare Disparities Report, Chapter 3.

Akılcı İlaç Kullanımı. Erişim: 25 Haziran 2016, <http://www.akilciilac.gov.tr/>, Erişim Tarihi: 25.07.2013

Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi. (1994)

Arslanoğlu, A. (2009). Yönetimde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma. Yayımlanmamış Yüksek Lisans Tezi, Marmara Üniversitesi, İstanbul

Aştı, T. (2003). Bakım Teknolojisinde Yenilikler, II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı

Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik. (2008). T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 05 Temmuz2008-26927

Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik. (2010). T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 26 Mart 2010-27533

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2009). Preventing Falls and Harm From Falls in Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals, Commonwealth of Australia

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). Hospital Accreditation Workbook, Commonwealth of Australia

Australian Commission on Safety and Quality in Health Care. (2012). National Safety and Quality Health Service Standards

Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik. (2005). T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 22.03.2005-25763

Bozkurt, Ö. ve diğerleri. (2008). Kamu Yönetimi Sözlüğü

Caldwell, C. (1998). Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, (O. Akınhay, Çev.). İstanbul: Sistem Yayıncılık

Centers for Disease Control and Prevention. (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings

CİBAHI Accreditation (Central Board for Accreditation of Healthcare Institutions, KSA). Erişim: <http://www.cbahi.org>, Erişim Tarihi: 17.01.2013

Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi.(2012). T.C. Resmi Gazete, Tarih/ Sayı: 14.05.2012-951.99/6665

Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik.(2013). T.C. Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 15.05.2013-28648

Demir, H. ve Okan, T. (2009). "Teknoloji, Örgüt Yapısı ve Performans Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma". İstanbul: Doğu Üniversitesi Dergisi. (c. 10, s. 57-72)

Department of Health. (2006). "Care Homes for Older People" National Minimum Standards (3rd Edition). London

Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik.(1988). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 16.05.1988-19816

Devlet Memurları Kanunu. (1965). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 23.07.1965-12056

Dezenfeksiyon Antisepsi Sterilizasyon Derneği. (2011). Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi

Eren, E. (2000). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş

Eren, E. (2013). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. Eren Beta Yayınları

Ertem, G. (2003). Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi. Yayınlanmamış Doktora Tezi, İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları, İzmir

Güllülü, U., Özer, S. ve Candan, B. (2000). "Muayenehanelerden Alınan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Saha Çalışması" 5.Ulusal Pazarlama Kongresi: Değişen Tüketici Karşısında Pazarlamada Yeni Yaklaşımlar. Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Turizm Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi. (ss. 91-109)

Handel, D. A. ve diğerleri. (2010). "Implementation of Crowding Solutions from the American College of Emergency Physicians Task Force Report on Boarding". Int J Emerg Med., (3(4), 279-86)

Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 01.08.1998-23420

Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2014). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 08.05.2014-28994

Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik. (2011). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 06.04. 2011-27897

Hillman, B. J., Amis, E. S. ve Neiman, H. L. (2004). "The Future Quality and Safety of Medical Imaging: Proceedings of The Third Annual" ACR FORUM. J Am Coll Radiol, (1(1),ss:9-33)

Holyt, J. W., Harwey, M. A. ve Axon, D. C. (1995). "The Critical Care Unit: Design Recommendations and Standards" In: Shoemaker, W. C., Ayres S. M., Grenvik, A., Holbrook, P. R. (eds). Textbook of Critical Care. Philadelphia: WB Saunders Company, (7-14.1)

Inozu, B., Chauncey, D. et.al. (2012). Performance Improvement for Healthcare-Leading Change with Lean, Six Sigma and Constraints Management. Novaces: LLC.

Institute of Medicine. (1999). To Err is Human: Building a Safer Health System. Washington, DC: National Academy Press

İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşmenin Onaylanmasının Uygun Bulunduğu Hakkında Kanun. (2004). Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 7.01.2004-5038

- ISO 31000. (2009). Risk Management-Principles and Guidelines
- ISO 9001. (2008). Quality management systems-Requirements
- İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Alımları Genelgesi. (2010). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı:25.02.2010-010-06-7816
- İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik. (2014). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 15.04.2014-28973
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik. (2012). Resmî Gazete, Tarih/Sayı:29.12.2012-28512
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği. (2012). Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 29.12.2012-28545
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 30.12.2012-28339
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik. (2013). Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 18.12. 2013-28532
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 29.12. 2012-28512
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ. (2013). Resmî Gazete, Tarih/Sayı: 29.03.2013-28602
- İzzettin, F. V, Sancar, M., Acar, Sancar, A. ve Apikoğlu-Rabuş, Ş. (2013). Hastane Yönetimi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. (ss. 845-862)
- Japan Council for Quality Health Care. Erişim: <http://www.en.jcqh.c.or.jp/>, Erişim Tarihi: 3 Haziran 2016
- Joint Commission International. (2011). "Joint Commission International Accreditation Standards" for Hospitals. (4th Edition)
- Joint Commission International. (2013). "Joint Commission International Accreditation Hospital Survey Process Guide" for Academic Medical Centers. (4th Edition)
- Kaya, A. (2010). Türkiye'deki Kamu Hastanelerinde Halkla İlişkiler ve Tanıtım Eksikliği Sorunu. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Beykent Üniversitesi, İstanbul
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi. (1981)
- Meral, Y. (2006). Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Hasta Memnuniyetine Olan Etkisi ve Bu Konuya İlişkin Bir Araştırma. Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü, İstanbul
- National Institute of Standards and Technology - Department of Commerce - Baldrige Performance Excellence Program. (2011-2012). Health Care Criteria for Performance Excellence
- NIOSH. (1988). Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers. Washington, DC: NIOSH Publication

OECD. (2009). "Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009" Health Working Papers No. 47. Erişim: <https://www.oecd.org/els/health-systems/44192992.pdf>, Erişim tarihi: 3 Haziran 2016

OECD. (2011). "Health at a Glance" OECD Indicators. OECD Publishing

Okay, A. (2012). Sağlık İletişimi. Derin Yayınları

Ovayolu, N. ve Bahar, A. (2006). Hemşirelikte Kalite. Atatürk Üniversitesi Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, 9(1)

Özlü, T. (2005). Hasta Hakları. İstanbul: TİMAŞ Yayınları

Özlü, T. (2005). Kuramsal Metinler "Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları: Hakkınız var, Çünkü Hastasınız.". İstanbul: TİMAŞ Yayınları

Philips, R.L., Dovey S.M., Hickner, J.S., Graham, D. ve Johnson, M. (2005). "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, ((3) , ss:34-121)

Pugh, D. S., (Ed). (1990). Organization Theory: Selected Readings. Harmondsworth: Penguin

Qmentum International. (2010-2011). Accreditation Canada Standards

Quality Home Care UK Limited, Care Quality Commission. Erişim: <http://www.cqc.org.uk/location/1-116936875>, Erişim Tarihi: 03 Mayıs 2016

Quality Measure Tools and Resources, Agency for Health care Research and Quality (AHRQ). Erişim: <http://www.ahrq.gov/professionals/quality-patient-safety/quality-resources/index.html>, Erişim Tarihi: 01 Haziran 2016

Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2013). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 09 Mart 2013-28582

Rampton, G.M., Turnbull, L.J. ve Doran, J. A. (1999). Human Resource Management Systems: A Practical Approach. (2nd edition). Ontario: Carswell Thomson Professional Publishing

Recommendations of Centers for Disease Control and Prevention and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee. (2003). Guidelines for Environmental Infection Control in HealthCare Facilities

Restuccia, D.J. (2013). Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek. (Çev. S. Kaya)

Robert, J.M et. Al. (2010). Sağlık Reformunun Doğru Yapılması, Performans ve Hakkaniyetin Geliştirilmesi için Bir Kılavuz (Çev. T.C. Sağlık Bakanlığı Hıfzıssıhha Mektebi Müdürlüğü). Ankara

Rootman, I. et.al. (2001). Evaluation in Health-Promotion Principles and Perspectives. WHO Regional Publications, European Series

Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği. (2013). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 26.03. 2013-28599

Sağlık Bakanlığına Bağlı Pilot Hastanelerdeki Tıbbi Kayıt ve Hasta Dosyaları Arşiv Sistemlerinin ICD 10 AM Kodlamaları Açısından Değerlendirme Raporu. T.C. Sağlık Bakanlığı 06.06.2007 Tarihli ve 5228 Sayılı Makam Onayı

Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu. (1987). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 15.05.1987-28599

Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. (2015). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 27.07.2015-29399

Sistrom C. L. (2009). "The Appropriateness of İmaging: Comprehensive Conceptual Framework" Radiology, (251(3), ss:49-637)

Starfield, B. ve Shi, L. (2007). "The Medical Home, Access to Care, and Insurance" Pediatrics, (113(5), ss:8-1493)

Sur, H. Palteki, T. (2013). Hastane Yönetimi. İstanbul: Nobel Tıp Kitabevi. (ss 509-519)

T.C Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. (2011). Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi. Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2007). Sağlıkta Performans Yönetimi. (2. bs.), Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS Işığında Sağlıkta Kalite, Ankara. (c.1-3)

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2012). SKS ve İlaç Güvenliği, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2013). SKS Doküman Yönetim Sistemi, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2014). Kalite İndikatörleri ve SİYÖS, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2015). SKS-Hastane (Versiyon-5) Seti, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. (2016). Klinik Kalite Rehberleri, Ankara

T.C. Sağlık Bakanlığı, Temel Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlığın Teşviki ve Geliştirilmesi Daire Başkanlığı. (2011). Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi Rehberi, Ankara

Tatar, M.(Ed). (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir Anadolu Üniversitesi

Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2005). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 14.03.2005-25755

Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara

Thompson, B.L., (1998). Yönetim Fonksiyonları. (Çev. V.G. Diker,)İstanbul: Hayat Yayınları

Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2005). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 22.07.2005-25883

Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik. (2015). T.C. Resmi Gazete, Tarih/Sayı: 25.07.2015-29397

Toplum Ruh Sağlığı Merkezleri Hakkında Yönergesi, Türk Medeni Kanunu, 06.03.2014 tarih ve 9453 sayılı Makam Onayı

Türk Tabipleri Birliği. (2011). Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya. Ankara: Türk Tabipleri Birliği Yayınları

Uztuğ, F. (Ed). Kurumsal İletişim. Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Yayın No: 1562

Ülgen, H. ve Mirzek, K. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim. Literatür Yayınları

Williams, S.J. ve Calnan, M. (1991). Convergence and Divergence: "Assessing Criteria of Consumer Satisfaction Across General Practice, Dental and Hospital Care Setting, Social Science and Medicine". (33 (6), ss: 707-716)

World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary

World Health Organization. (2004). Practical Guidelines for Infection Control in Health Care Facilities, Regional Office for South-East Asia New Delhi

World Health Organization. (2005). Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to Action

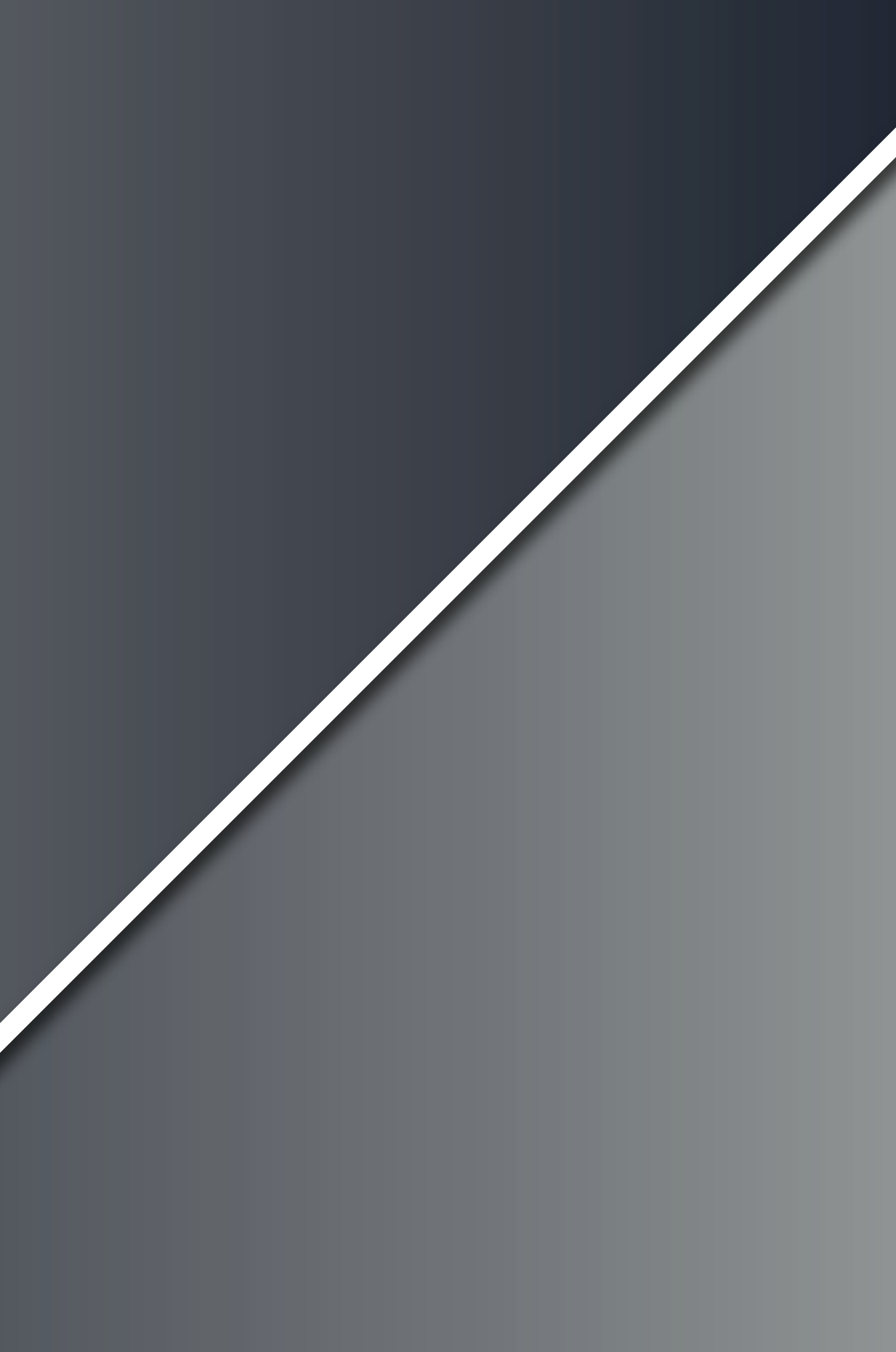
World Health Organization. (2008). Core Components for Infection Prevention and Control Programmes. Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care

World Health Organization. (2009). Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care

World Health Organization. (2009). World Alliance for Patient Safety

World Health Organization. (2013). Exploring Patient Participation in Reducing Health-Care-Related Safety Risks

Index



A

Advers 2, 105, 129
 Ağrı 34, 95, 100
 Alet 5, 6, 35, 49, 62, 121
 Analiz 3, 6, 8, 58, 59, 62, 64, 78, 81
 Anket 32, 33, 46, 67, 81, 87
 Antibiyotik 3, 108
 Antisepsi 3, 34, 108, 109, 125
 Araç 2, 5, 6, 80, 86, 101, 103
 Arşiv 31, 32, 55, 71, 72, 125, 128
 Asgari 2, 40, 42, 43, 50, 58, 59, 62, 63, 66, 70, 72, 73, 74, 80, 81, 87, 88, 94, 96, 97, 98, 101, 102, 103, 108, 109, 116
 Atık 3, 8, 34, 105, 124, 127, 128

B

Bağışıklık 102, 110
 Bakım x, 3, 5, 7, 8, 16, 18, 27, 29, 33, 34, 70, 71, 94, 95, 96, 97, 100, 101, 102, 104, 108, 124, 125
 Başvuru 8, 35, 43, 86, 91, 121
 Belge 9, 35, 71, 89, 121
 Bertaraf 3, 4, 105
 Beslenme 95, 97
 Bildirim 37, 41, 46, 51, 61, 62, 63, 64, 79, 104
 Bilgi 32, 33, 35, 48, 62, 63, 78, 89, 90, 116, 117

Bilgilendirme 7, 42, 50, 74, 87, 88, 104

Bilgisayar 4, 32, 75

Birim 2, 3, 6, 7, 30, 31, 35, 40, 41, 42, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 58, 59, 63, 78, 80, 86, 87, 89, 91, 93, 108, 116, 121

Boyut 16, 17, 18, 19, 20, 26, 28, 29, 30, 33, 34

Bölüm 16, 17, 18, 19, 20, 23, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 47, 79, 119

Bulgu 8, 81, 86, 95

Bütçe 78

C

Cihaz x, xiii, 4, 18, 20, 27, 29, 32, 37, 48, 69, 70, 80, 97, 103, 129

Cinsiyet 72

Çalışan xii, 3, 5, 6, 8, 39, 40, 41, 42, 45, 46, 48, 49, 50, 51, 73, 74, 75, 95, 96, 100, 101, 102, 105, 121, 124, 125, 128

Çerçeve 6, 13, 14, 16, 42, 46, 51, 59, 93

Çevre v, 3, 4, 41, 57, 58

Çocuk 2, 99, 103

D

Değer xi, 4, 21, 116

Deneyim x, 18, 20, 27, 29, 33, 83, 85

Deneyisel 33, 90

Destek vii, 34, 39, 79, 90, 100

Dezenfeksiyon 4, 34, 70, 108, 109, 125

Doküman 3, 4, 5, 7, 8, 18, 19, 20, 31, 37, 46, 53, 54, 55, 58, 87, 90, 108, 128

Dosya 32, 35, 66, 67, 70, 72, 73, 121, 128

Doz 2, 105

Düşme 5, 33, 48, 95, 97, 99

Düzeltilici xiii, 4, 35, 47, 51, 64, 70, 79, 91, 121

Düzenleme 30, 31, 32, 33, 34, 35, 50, 51, 54, 58, 79, 80, 81, 86, 90, 91, 109, 110, 116

Düzey ix, 13, 14, 16, 21, 22, 23, 31

E

Egzersiz 97, 100

Eğitim 3, 4, 5, 6, 37, 42, 46, 50, 63, 78, 80, 89, 97, 98, 99, 100, 104, 105, 108, 110, 121, 124, 126, 128

Ekip 47

Ekipman 2, 6, 32, 80, 97, 102, 103

El Hijyeni 4, 34, 97, 108

Endikasyon 4, 108

Enfeksiyon x, 3, 4, 5, 6, 8, 18, 20, 27, 29, 34, 48, 70, 83, 97, 107, 108, 110

Erişim 32, 33, 54, 73, 74, 91, 124, 126, 127

Etki 2, 9, 96

F

Faaliyet xi, xiii, 4, 6, 7, 12, 16, 17, 30, 35, 39, 40, 41, 42, 43, 47, 50, 54, 59, 64, 65, 70, 74, 78, 79, 91, 117, 121

Faktör 41, 95, 99

Form 5, 8, 51, 62, 63, 88, 124

Format 54, 95

G

Görev 13, 30, 31, 39, 40, 46, 48, 49, 50, 51, 58, 66, 74, 104, 126

Görüş xi, 13, 31, 32, 58, 62, 64, 80, 81, 86

Gösterge ix, x, 12, 17, 18, 20, 21, 23, 34, 35, 113, 116, 117, 119

Gözlem 67

Güncelleme 54, 96

Güven iii, 3, 4, 5, 6, 98, 101, 105, 124, 126

Güvenlik iii, 5, 108

H

Hasta x, 12, 14, 15, 16, 18, 20, 27, 29, 30, 31, 32, 33, 34, 35, 62, 65, 66, 68, 70, 71, 72, 73, 83, 85, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 93, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 107, 108, 109

Hata 35, 63, 121

Hekim 73, 74, 80, 87, 88, 95, 101, 104, 105

Hijyen 4, 34, 97, 108

Hizmet i, iii, v, xi, xii, 4, 5, 6, 7, 8, 9, 39, 40, 41, 42, 43, 57, 58, 61, 77, 78, 79, 80, 81, 85, 86, 89, 90, 91, 93, 107, 108, 110, 115, 116, 119, 121

I-İ

İçerik 66, 67, 95

İlaç 2, 3, 5, 34, 35, 48, 62, 95, 97, 103, 105, 121, 124, 126, 128

İletişim ii, 5, 6, 7, 39, 42, 43, 127, 129

İmha 55

İrtibat 74

İstem 104

İşlem 4, 6, 8, 16, 88

İzolasyon 6, 34, 108, 109

K

Kalibrasyon 6, 70, 129

Kamu v, vi, xii, 5, 41, 42, 90, 124, 126

Kategori 8, 15, 16, 17, 22, 26, 27, 59, 67

Kayıt 18, 20, 27, 29, 66, 67, 68, 70, 71, 72, 73, 74

Kaynak 4, 8, 15, 21, 22, 31, 32, 41, 48, 54, 58, 67, 78, 117, 122, 124, 126

Kısıtlama 6, 102

Kimlik 6, 48, 98, 104

Klinik 6, 34, 95, 102, 104, 128

Kod 4, 19, 20, 21, 22, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 58, 59, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 95, 96, 97, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 109, 110, 116, 117, 121

Kolay 9, 33, 43, 62, 91

Komite 30, 46, 48, 49, 50, 51, 67

Konsültasyon 34, 101

Kontrol 12, 34, 70, 72, 75, 97, 100, 104

Koordinasyon ix, 5, 14, 16, 17, 21, 23, 30, 32, 33, 39, 40, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 54, 58, 86, 87, 90, 91, 95

Koruyucu 2, 6, 32, 80, 103, 110

Kök 6, 59, 64

Kullanıcı xi, 4, 13, 54, 62, 63, 74, 75, 104, 105

Kültürel 8, 12, 33, 89, 90

Kural 16, 23, 31, 34, 63, 87, 91, 93, 108, 109

Kuruluş vii, 4, 5, 6, 8, 9, 42, 90, 124, 126, 127

Kurum 90

Kurumsal vii, 6, 7, 8, 37, 39, 41, 42

L

Laboratuvar 3, 34, 48, 104

Liste 7, 12, 54, 105

M

Mahremiyet 4, 7, 8, 32, 33, 73, 75, 87, 89, 90

Malnütrisyon 35, 100, 121

Malzeme x, 3, 6, 18, 20, 27, 29, 32, 37, 69, 70, 103, 108, 126

Manevi 33, 90

Maske 2, 103

Materyal 33, 66, 67, 90, 109

Medeni 72, 129

Memnuniyet 12, 46, 85, 93, 125, 126

Merkez 2, 5, 8, 39, 41, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 125, 128, 129

Meslek 5, 8, 9, 21, 22, 31, 34, 59, 66, 67, 78, 96, 101, 108, 110

Miat 103

Misyon 7, 8, 30, 41, 43

Mobilizasyon 97

Muayene 9, 89, 91, 98, 125

Müdahale 2, 9, 33, 34, 70, 79, 81, 87, 88, 103

Muhafaza 4, 31, 55, 70, 71, 72

N

Numune 3, 98, 104

Nütrisyon 7, 34, 100

O-Ö

Oksijen 2, 103

Olay 5, 37, 46, 51, 99

Onay 89, 91, 128

Organizasyon 7, 15, 30, 39, 40, 41, 43

Orijinal 54

Ölçek 67, 99

Ölçüt xi, 6 22, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 58, 59, 62, 63, 64, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 95, 96, 97, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105

Önem xi, 8, 12, 63, 81, 86, 88, 98, 108

Öneri xi, 13, 31, 32, 62, 64, 73, 81, 86, 108

Önlem 3, 6, 31, 34, 59, 61, 97, 99, 102, 107, 108, 109, 110

Önleyici xiii, 4, 35, 47, 51, 64, 70, 79, 91, 121

Öz değerlendirme 7, 30, 46, 47, 48, 51, 67

Özellikli 34, 101, 102

P

Performans 17, 115, 124, 127, 128

Periyot 12

Personel 5, 8, 21, 22, 32, 35, 45, 46, 66, 67, 74, 78, 80, 86, 87, 98, 104, 121

Plan 3, 7, 9, 15, 21, 22, 41, 45, 47, 50, 66, 67, 72, 94, 95, 96, 121, 127

- Profil 42, 51
- Program 14, 49, 75, 80, 126, 129
- Puan ix, xi, 21, 22, 23, 26, 27, 30
- R**
- Radyasyon 5
- Radyoaktif 127
- Ramak 61, 62
- Randevu 33, 35, 43, 91, 121
- Rapor 23, 58, 62, 63, 64, 128
- Reaksiyon 105
- Rehber xi, 4, 7
- Rehberlik xi, 16, 17, 41, 42, 51, 54, 59, 62, 67, 74, 81, 87, 89, 90, 94, 95, 96, 98, 99, 100, 102, 110
- Revizyon 66
- Risk x, 16, 18, 20, 27, 29, 31, 32, 34, 88, 95, 97, 99, 100, 102, 107, 108, 110
- Rıza 8, 33, 88, 90
- S**
- Saklama 7, 89
- Sıvı 5, 35, 49, 121
- Sistem 30, 31, 32, 46, 51, 54, 61, 62, 63, 64, 79, 117
- Sistematik 48, 49, 50, 71
- Skorlama 99
- Somut 119
- Sorumlu 30, 31, 66, 67, 72, 74, 104
- Sorumluluk 7, 30, 31, 39, 40, 43, 45, 46, 51, 63, 72, 74, 87, 116, 126
- Sorun 9, 32, 74, 79, 81, 86, 90, 126
- Sosyal iii, xi, 8, 9, 33, 43, 89, 90, 95, 126, 128
- Sözel 35, 49, 121
- Standart i, xi, 4, 7, 9, 40, 41, 42, 43, 46, 47, 48, 49, 50, 51, 54, 55, 58, 59, 62, 63, 64, 66, 67, 68, 70, 72, 73, 74, 75, 78, 79, 80, 81, 86, 87, 88, 89, 90, 91, 94, 95, 98, 99, 100, 101, 102, 103, 104, 105, 108, 109, 110, 116, 117, 125
- Sterilizasyon 8, 34, 108, 109, 125
- Stok 103
- Sunucu xi, 75
- Süreç xi, 3, 5, 6, 46, 47, 48, 53, 58, 59, 62, 78, 81, 85, 86, 87, 89, 91
- Süreklilik 15, 16
- Ş**
- Şiddet 8, 35, 49, 79, 95, 100, 121
- Şifre 75, 105
- Şikayet 32, 33, 81, 86
- T**
- Takip 21, 22, 35, 46, 47, 59, 73, 78, 91, 103, 110, 121
- Takvim 47
- Tanım xiv, 30, 31, 33, 34, 46, 48, 49, 50, 51, 55, 58, 59, 62, 78, 87, 88, 91, 108, 109, 116, 117

Tanıtım ii, 30, 43, 51, 126
 Tarama 32, 35, 49, 80, 110, 121
 Tedavi 2, 3, 4, 5, 7, 9, 16, 33, 42, 73, 80, 87, 89, 90, 91, 95, 96, 98, 102
 Tehdit 32, 61, 62, 79
 Tehlikeli 4, 70, 105, 128
 Teknik v, vi
 Temas 5, 110
 Teşhis 2, 9, 16, 89
 Tesis 5
 Tespit 4, 6, 21, 23, 30, 47, 51, 58, 64, 70, 80, 86, 90, 95, 105, 107
 Test xiii, 3, 32, 34, 67, 70, 104, 129
 Teşvik 12, 13, 34, 108
 Tetkik 7
 Tıbbi x, 2, 3, 5, 6, 8, 9, 16, 17, 18, 20, 32, 33, 37, 48, 79, 80, 87, 88, 89, 90
 Toplantı 48, 50
 Toplum v, vii, 7, 8, 41, 89, 91, 128, 129
 Transfer 3, 34, 101, 104
 Tür 3, 4, 9, 13, 33, 71, 99, 105
U -Ü
 Unsur 12, 23, 58, 59, 79
 Uygulama 13, 17, 21, 23, 30, 33, 34, 74, 81, 87, 90, 95, 96, 98, 99, 108, 109
 Uygun xi, 4, 9, 16, 31, 53, 55, 67, 96, 101, 104, 108, 125

Uyum 3, 5, 12, 13, 15, 23, 31, 40, 50, 66, 67
 Ünvan 51, 88
V
 Veri 5, 13, 33, 35, 81, 86, 90, 116, 117
 Veritabanı 35, 117
 Vizyon 8, 9, 30, 41, 43
 Vücut 5, 35, 49, 121
W
 Web ii, 43, 62
Y
 Yapı ix, 12, 17, 18, 20, 29, 30
 Yetki 7, 9, 30, 39, 40, 46, 51, 58, 72, 73, 74, 104, 126
 Yönetim v, xi, 3, 4, 6, 7, 8, 30, 31, 32, 34, 37, 40, 42, 43, 45, 46, 47, 48, 49, 50, 53, 57, 59, 78, 79, 81, 86, 116, 117
 Yöntem xi, 4, 8, 16, 58, 62, 66, 67, 70, 80, 100, 104, 108, 109, 116
Z
 Zarar 2, 3, 6, 8, 16, 34, 49, 102, 105

