

**T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI**

AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZLERİ

HİZMET KALİTE STANDARTLARI REHBERİ

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Ankara 2009

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Adres: M. Esat Bozkurt Cad. Umut Sk. No: 19 Kat: 4 06434 Kolej/Ankara

Telefon: 0312 458 50 02 - **Fax:** 0 312 435 19 79

e-mail: performanskalite@saglik.gov.tr

Performans ve Kalite Serisi: 2

ISBN: 978-975-590-279-1

Bakanlık Yayın No: 755

Baskı

LAZER OFSET Matbaa Tesisleri San. Tic. Ltd. Şti.

Kazım Karabekir Cad. Koyunlu Han 95/1-A 06060 İskitler/Ankara

Tel: 0 312 341 23 70 – 72 Fax: 0 312 342 28 98

lazerofset@mynet.com - www.lazerofset.com.tr

EDİTÖRLER

Prof. Dr. Sabahattin AYDIN

Dr. Mehmet DEMİR

HAZIRLAYANLAR(*)

Dr. Hasan GÜLER

Uz. Bayram DEMİR

Süleyman KAPAN

Dr. Menderes TARCAN

Demet GÖKMEN KAVAK

Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ

Uz. Dr. M.Vasfi YÜCEL

Günnur ERTONG

Sevgi TAŞKIN KARATAŞ

Uz. Dr. Ferzane MERCAN

Uz. Dr. Dilek TARHAN

YAYINA HAZIRLAYANLAR(*)

Serkan YORGANCILAR

Harun KIRILMAZ

Umut BEYLİK

(*) Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

KATKIDA BULUNANLAR

Dt. Ahmet AKPINAR*
Dr. Dt. Gül ATEŞ**
Dt. Abdülkadir KUBİLAY***
Dt. Güler ALTINTAŞ***
Dt. Cavidan GÜNER****
Bilgen KİBAROĞLU****

- (*) T.C. Sağlık Bakanlığı İstanbul Kartal Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi Başhekimi
(**) T.C. Sağlık Bakanlığı Ankara Topraklık Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
(***) T.C. Sağlık Bakanlığı 75.Yıl Ankara Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi
(****) Ağız ve Diş Sağlığı Hizmetleri Daire Başkanlığı

SUNUŐ

Sağlık hizmetlerinin her açıdan daha iyi bir noktaya taşınması için her ülke uluslar arası tecrübeleri de dikkate alarak kendine özgü uygulamalar geliŐtirmektedir. Bakanlık olarak 2003 yılında baŐlattığımız çalışmaların bileŐenlerinden biri de sağlık hizmetlerinde kalitenin geliŐtirilmesi ve artırılmasıdır. Bundan hareketle Bakanlığımıza bağlı kurumlarda hizmet kalitesinin artırılması amacıyla bir dizi çalışma baŐlatılmıŐ ve bu kapsamda dönemsel olarak kurumlarımızda değerlendirmeye esas bir dizi standart belirlenmiŐtir. Belirlenen bu standartlar zaman içerisinde geliŐerek tüm kurumlarımızda hizmet sunum Őartlarında yönelimi belirlemeye baŐlamıŐtır.

Bu standartlar arasında yer alan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri Hizmet Kalite Standartları, bu hizmetlerin değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptir. Bundan dolayı bu standartların kurumlarımız ve koordinatrlklerimiz tarafından nasıl değerlendirilmesi gerektiği, uygulama birliğinin sağlanması ve çalışmalarına yön vermesi açısından anlaşılır, amaca uygun, aydınlatıcı öneme sahip bir rehber hazırlanmıŐtır.

Hazırlanan bu rehberin birinci sürümüne katkıda bulunan tüm çalışma arkadaşlarıma teŐekkür eder, hep birlikte bundan böyle bu çalıŐmaları daha da geliŐtirerek yolumuza devam edeceğimizi ifade etmek isterim.

Dr. Hasan GÜLER
Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme
Daire BaŐkanı

İÇİNDEKİLER

POLİKLİNİK HİZMETLERİ.....	1
PROTEZ LABORATUVAR HİZMETLERİ	21
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ.....	25
AMELİYATHANE HİZMETLERİ	29
ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ ve ÖNLENMESİ	34
KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ	38
MERKEZ BİLGİ SİSTEMİ	47
HASTA KAYITLARI VE DOSYASI	55
ARŞİV	57
TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİK	59
DEPOLAR	69
MUTFAK	72

TANIMLAR:

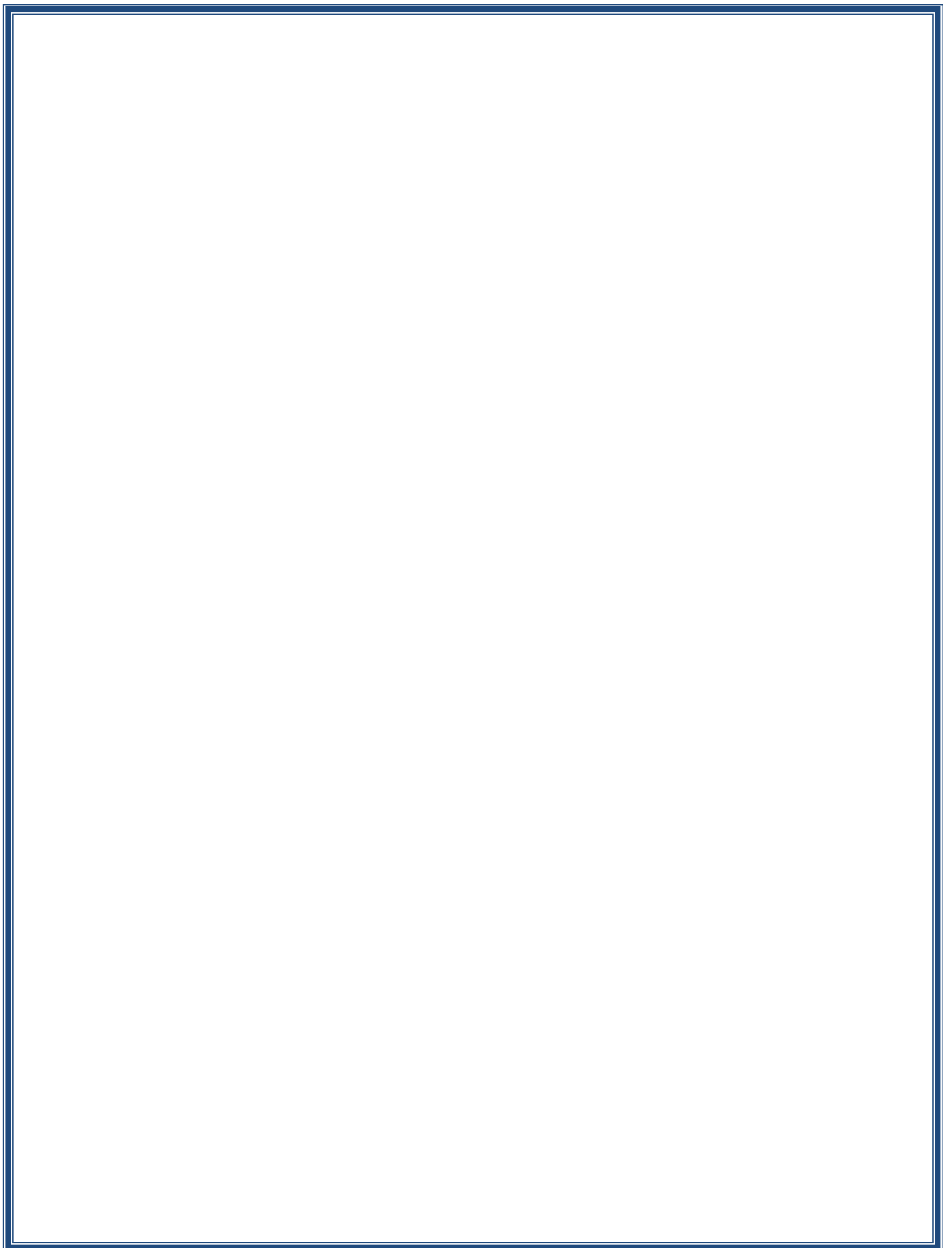
1. Koordinatörlük veya değerlendirici, Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde (ADSM) hizmet kalite katsayısı hesaplamasına esas standartlardan; ameliyathane, görüntüleme ve benzeri birimleri bulunmayan kurumlar için gerekçelerini bir tutanakla belirtmek kaydıyla listede yer alan standartları değerlendirme dışı bırakabilir.
2. Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinin (ADSM) ilgili standartlardan puan alabilmesi için değerlendirilecek hususların tümünü yerine getirmesi gerekir. Değerlendirilecek hususlardan herhangi biri yerine getirilmediği hallerde söz konusu standarda ilişkin puan verilemez.
3. Her bir standardın yerine getirilme durumuna dair evet, hayır veya değerlendirme dışı seçeneklerine yer verilecektir. Buna göre;

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

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

DEĞERLENDİRME DIŞI: Bakanlıkça veya koordinatörlükçe ilgili Ağız ve Diş Sağlığı Merkezinde (ADSM) değerlendirilmeyecek olan standartları ifade eder.

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



POLİKLİNİK HİZMETLERİ

Poliklinikler, özellikle hastaların büyük çoğunluğu tarafından ilk aşamada başvuru ve ağız ve diş sağlığı hizmetlerinin büyük bir bölümünün (muayene, tedavi gibi) sunulduğu birimler olması sebebiyle ağız ve diş sağlığı merkezlerinde çok önemli bir yer teşkil etmektedir.

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

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

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

Amaç: Hastaların hizmete ulaşım kolaylığını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Hastaların hizmete ulaşım kolaylığını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Hasta ve Merkez personeli tarafından, Merkezde verilen hizmetlerle ilgili bilgilere kolay ulaşılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

1.5 Hasta kayıt birimine ilişkin alanlarda yeterli oturma grupları bulunmalıdır.

Amaç: Hastaların hasta kayıt alanlarında oturabilecekleri bir alan oluşturulmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

1.6 Yaşlılar ve engelli vatandaşların öncelikli oturabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Hastaların kayıt biriminde bekleme sürelerini azaltmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta kayıt birimindeki personel sayısı asgari olarak şu şekilde planlanmalıdır:
- Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 0-200 olan kurum için: En az 2 hasta kayıt görevlisi
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 201-500 olan kurum için: En az 3 hasta kayıt görevlisi
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 501-1000 olan kurum için: En az 6 hasta kayıt görevlisi
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 1001-2000 olan kurum için: En az 8 hasta kayıt görevlisi
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 2001-3000 olan kurum için: En az 10 hasta kayıt görevlisi
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 3001-4000 olan kurum için: En az 12 hasta kayıt görevlisi olmalıdır.
- b) Belirlenen sayıda hasta kayıt personeli görev almasına rağmen ortalama hasta bekleme süresi 25 dakikadan fazla ise Merkez yönetimi gerekli düzenlemeleri yapmalıdır.

Öneri:

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

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

2. Danışma birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

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

Amaç: Hastaların hizmete ulaşım kolaylığını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Hastaların danışma görevlilerine daha kolay ulaşmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Poliklinik dışındaki bekleme alanlarında (Röntgen, servisler gibi) hasta ve yakınlarının oturabilecekleri yeterli sayıda sandalye vb. içeren alanlar bulunmalıdır.

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

Amaç: Hasta ve yakınlarının hizmete erişimlerinin kolaylaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

3.4 Yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.

Amaç: Hasta ve yakınlarının hizmete erişimlerinin kolaylaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Hastaların karşılama ve yönlendirme hizmetlerinden yeterince yararlanabilmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Karşılama ve yönlendirme hizmetleri için görevlendirilecek personel sayısı asgari olarak şu şekilde planlanmalıdır:
- Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 0-1000 olan kurum için ; En az 1 görevli,
 - Polikliniğe başvuran günlük ortalama hasta sayısı 1001-2000 olan kurum için: En az 2 görevli olmalıdır.
 - Günlük ortalama 2000 kişi üzerinde hasta başvurusu bulunan kurumlar için, ilave her 1000 hasta için yukarıdaki sayıya 1 görevli eklenmelidir.

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Hasta ve yakınlarının hizmete erişimlerinin kolaylaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Amaç: Halkı, Merkezin sunduğu hizmetlerle ilgili etkili bir şekilde bilgilendirmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Engelli vatandaşlarımızın Merkez hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanmalarını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

Öneri:

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

3.11 Engellilere tanınan öncelikleri belirten tabelalar kolaylıkla görülebilecek yerlerde bulundurulmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Hasta ve sağlık personelinin etkin iletişimini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

4. Poliklinik hizmetleri belirlenen sürede verilmelidir.

4.1 Doktorlar belirlenen poliklinik çalışma saatlerine riayet etmelidir.

Amaç: :Doktorların mesai saatlerinde hizmet vermesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez yönetimi doktorlar için poliklinik çalışma saatlerini düzenlenmeli ve bu saatlere uyulmasını sağlamalıdır.
- b) Hastaların, doktorların çalışma planları (ameliyat günü- saati, izin günü vb.) hakkında bilgilendirilmesine yönelik bir düzenleme bulunmalıdır.

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

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

Amaç: Hastaların muayene olabilecekleri zaman dilimi hakkında bilgilendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanın muayene olacağı zaman dilimi ilk hasta kayıta belirlenmelidir; belirlenen zaman dilimi 1 saatten fazla olmamalıdır.

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

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

5. Hastaların hekim seçebilmelerine yönelik bir düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Hastaların sağlık hizmeti alacağı veya almakta olduğu diş hekimini serbestçe seçmesine, değiştirmesine, ağız ve diş sağlığı merkezlerindeki diş hekimlerinin buna uygun poliklinik hizmeti vermesine yönelik tedbirlerin alınmasının ve bu amaçla gerekli hizmet, fizik ve personel altyapısının oluşturulmasının sağlanmasıdır.

5.1 Hekim seçme logosu merkez girişine, poliklinik katına ve hastaların görebileceği yerlere asılmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Amaç: Hastaların muayene olacakları doktor bilgisine ulaşabilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

6.2 Her doktor odasında el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulundurulmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her doktor odasında el hijyeni malzemeleri (alkol bazlı el antiseptikleri, sıvı sabun, kağıt havlu vb.) bulunmalıdır.
- b) Bu ürünlere sağlık personeli tarafından kolaylıkla ulaşılabilmelidir. (Örneğin; cepte taşınabilir, masa üstü, duvara monte el dezenfektanları.)

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

Amaç: Hastaların muayene sürecinin kolaylıkla işlenmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

Not: Bir önceki dönem günlük ortalama poliklinik başvuru sayısı 750 ve üzerinde olan Merkezler için geçerlidir.

7. Hasta için kullanılan malzemelerin dezenfeksiyon, sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

Amaç: Hasta için kullanılan malzemelerin temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyonun sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezde hasta için kullanılan malzemelerin temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon işlemleri için talimatlar bulunmalı ve uygulanmalıdır.

8. İlaç ve sarf malzemelerin listeleri ile bunların kritik stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir. (miadları, stok seviyeleri vb.)

8.1 İlaçların kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi üzerinden takip edilmelidir.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

9. İlaçlar buldukları birimde, uygun koşullarda muhafaza edilmelidir.

9.1 İlaçların saklandığı alanlar uygun fiziki koşullara sahip olmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

9.2 Işıktan korunması gereken ilaçların saklandığı raflar ve bölmeler olmalıdır.

Amaç: Eczanede ilaçların uygun ışık seviyesinde saklanması sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

10. Sedasyon işleminin yapıldığı servislerde yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar için güvenlik önlemleri alınmalıdır.

10.1 Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilit altında tutulmalıdır.

Amaç: Riskli ilaç grubuna sorumlu kişilerin erişiminin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yeşil ve kırmızı reçeteli ilaçların kilit altında olmalı ve kontrolü sorumlu/sorumlular tarafından yapılmalıdır.
- b) Nöbet teslim esnasında teslim kayıtları olmalıdır.

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimine ait yazılı bir düzenleme bulunmalıdır. Bu düzenleme; ilaçların nerede saklanacağı, ilaç eksikliğinde veya bir uygunsuzluk tespit edildiğinde (kayıp, kırılma vb.) ne yapılacağı, kime nasıl bilgi verileceği gibi ayrıntıları ve konuyla ilgili sorumluları içermelidir.
- b) Söz konusu ilaçlara ait devir teslim kayıtları tutulmalıdır.
- c) Bu kayıtta ilacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, tarihi, ilacı kimin uyguladığı, kime kaç adet teslim edildiği gibi bilgiler kayıt edilmelidir.

11. Birden fazla ünitenin bulunduğu odalarda üniteler uygun boyutlardaki paravanla ayrılmalıdır.

Amaç: Hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

12. Hasta ve çalışan güvenliği için düzenlemeler yapılmalıdır.

12.1 Hasta ve çalışan güvenliği planı/programından sorumlu bir ekip bulunmalıdır.

Amaç: Kurumda hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili programın yürütülmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

12.2 Tedavi tepsisinde kullanılan antiseptik solüsyonlar ile anestezi solüsyonların hastaya zerkinde karışmasını önlemeye yönelik bir uygulama bulunmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tedavi tepsisinde bulunan antiseptik ve anestezi solüsyonların kullanımına yönelik yazılı bir düzenleme bulunmalı ve ilgili personel bu konuda bilgilendirilmelidir.

12.3 Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde kişisel koruyucu ekipman (eldiven, yüz maskesi, gözlük, vb.) bulundurulmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

13.El hijyeni programı uygulanmalıdır.

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

13.1. El hijyeni için program hazırlanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

13.2. Sağlık hizmeti verilen alanlarda el antiseptik solüsyonu bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sağlık hizmeti verilen her yerde (tüm muayene odaları, pansuman odaları, poliklinik odaları, acil, laboratuvar, vb.) el hijyeni sağlanabilir olmalıdır. Bu alanlarda el antiseptik solüsyonları (Dünya Sağlık Örgütü'nün tavsiyesi alkol bazlı el antiseptik solüsyonlarıdır) bulunmalıdır. Her sağlık personelinin cebinde taşıyabileceği büyüklükte alkol bazlı el antiseptik solüsyon kutusu bulunmalıdır. Ayrıca duvara monte edilmiş kullanıma hazır kutular da bulunabilir.

Öneri:

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

PROTEZ LABORATUVAR HİZMETLERİ

Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinde protez laboratuvarları hizmet kalitesi bakımından oldukça önemlidir. Laboratuvarlarda kullanılan cihazların ve malzemelerin kaliteli ve ekonomik olması için etkili bir laboratuvar yönetimi gereklidir. Laboratuvarlarda yürütülen çalışmaların etkili bir şekilde planlanması, yürütülmesi, kayıt altına alınması ve raporlanması zaman ve malzeme kaybını önleyeceği gibi hasta memnuniyetini de artıracaktır. Bu yüzden merkezlerin laboratuvarlarla ilgili kriterleri karşılaması uygun olacaktır.

14. Laboratuvarlar hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

14.1 Ölçü kabul ve red kriterleri tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

Amaç: Protez uygulamasında oluşabilecek hataların önceden tespit edilerek önlem alınmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ölçü kabul ve red kriterleri ile ilgili yazılı bir düzenleme bulunmalı ve uygulanmalıdır.

14.2 Ölçülerin (protez ölçüleri, apareyler, yer tutucular, gece plağı vb) alındığı tarih ve saat ile ölçülerin laboratuvara kabul ediliş tarih ve saati kayıt edilmelidir.

Amaç: Protezlerin kaybolmasını önleyerek zaman ve malzeme kaybını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ölçülerin (protez ölçüleri, apareyler, yer tutucular, gece plağı vb) alındığı tarih ve saat ile ölçülerin laboratuvara kabul ediliş tarih ve saati kayıt altına alınmalıdır.

14.3 Ölçü ve modellerin alınması ve güvenli bir şekilde transferi, teslimi ve kabulü ile ilgili talimat bulunmalıdır.

Amaç: Ölçü ve modellerin korunması yoluyla hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ölçü ve modellerin alınması ve güvenli bir şekilde transferi, teslimi ve kabulü ile ilgili yazılı bir düzenleme bulunmalıdır.

14.4 Laboratuvarında uygun tıbbi atık kapları ve poşetleri bulunmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvarında tıbbi atık kapları ve poşetleri bulundurulmalıdır.
- b) Çalışan personel tıbbi atıkların toplanması, depolanması ve atılması konusunda bilgilendirilmelidir.

14.5 Protez kurum tarafından önceden belirlenmiş sürelerde hastaya takılmalıdır.

Amaç: Merkez idaresince teknik ve personel kapasitesi göz önüne alınarak protez hizmetleri ile ilgili süreçlerin en iyi şekilde oluşturulmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Protezlerin takılmasına yönelik süreç tanımlanmış olmalıdır.

14.6 Hastaya protezlerin takılma sürelerine ilişkin yazılı bildirim yapılmalıdır.

Amaç: Hastaların süreç ile ilgili önceden bilgilendirilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Protezlerin takılma süreleri ile ilgili hastalara yazılı olarak bilgi verilmelidir.

Öneri: Protez takılma süreleri hastalara verilecek randevu kartlarına yazılabilir.

14.7 Laboratuardaki cihazların bakım ve kalibrasyonları yapılmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

14.8. Hizmet alımı yapılan laboratuvarların cihazlarının bakım ve kalibrasyon kayıtları her dönem kurum tarafından kontrol edilmelidir.

Amaç: : Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hizmet alımı yapılan laboratuvarların cihazlarının bakım ve kalibrasyon kayıtları her dönem kurum tarafından kontrol edilmelidir.

14.9. Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon talimatları tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

Amaç: Enfeksiyonları önleyerek hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvarın temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyonuna yönelik yazılı bir düzenleme tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.

14.10 Laboratuvarların tüm süreçlerine ilişkin işleyiş talimatı bulunmalıdır.

Amaç: Laboratuvar çalışma düzeni açısından çalışanların bilgilendirilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvarların tüm süreçlerine (protez yapım aşamaları, görev tanımları, yetkilendirme vb.)ilişkin işleyiş talimatı bulunmalıdır.

14.11 Laboratuvar güvenlik talimatı bulunmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvarda risk taşıyan malzemeler (akrilik tozu, likiti vb.) ile ilgili yazılı bir düzenleme bulunmalıdır.
- b) Laboratuvar çalışanları risk taşıyan malzemeler konusunda bilgilendirilmelidir.
- c) Yangın, su baskını vb. olaylarda alınacak önlemlere ilişkin yazılı bir düzenleme bulunmalıdır.

14.12 Akrilik tozu ve kokusunun solunmasının önlenmesine ve ortamdaki sürekli uzaklaştırılmasına yönelik iklimlendirme yapılmalıdır.

Amaç: İç hava kalitesinin büyük önem taşıdığı laboratuvar ortamlarında hijyenik şartların sürekli olarak sağlanarak çalışanlar için güvenli bir ortam oluşturmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Laboratuvar havalarının tamamı dışarı ayrı bir kanalla atılmalıdır. Kimyasal atıklar ve gazlar içeren bu hava filtre edilerek dışarı atılmalıdır.
- b) Dış protez laboratuvarlarında kimyasal (akrilik likidi), LPG, yanan parafin dumanı, pomza tozu, tesviye tozu gibi partiküller, su buharı ortamdaki hava kalitesini olumsuz yönde etkileyen faktörlerdir. ADSM'lerde çalışan güvenliğini sağlamak üzere kullanılması gereken cihazların isim ve fonksiyonları aşağıdaki gibi olmalıdır.
 1. **Akrilik Hazırlama Kabini:** Ortama yayılan likit kokusunu önleyecek şekilde akrilik hazırlama kabini yapılandırılmalı ve kabin likit kokusunu vakumlayarak dış ortama atılmasını sağlamalıdır.
 2. **Elektrikli Spatüller:** Ortama yayılan parafin dumanını engellemek için termostat ayarlı elektrikli spatüller kullanılmalıdır. Isı ayarlı elektrikli spatüller kullanarak parafini yakmadan, duman oluşturmadan işleyerek modelaj yapılabilir.
 3. **Akrilik Polimerizasyon Fırını:** Akriliğin uzun sürede sabit ısıda polimerize olmasını sağlayabilmelidir.
 4. **Mum (Parafin) Eritme Cihazı:** Bu cihaz kullanılarak ortama koku yaymadan modellerdeki protezlerin eliminasyonu sağlanmalıdır.
 5. **Işıklı Polimerize Olan Fotoplak:** Bu cihaz kullanılarak base plağın olumsuz etkileri ortadan kaldırılmalıdır.
 6. **Cila Makineleri:** Protezin cilası sırasında ortaya çıkan pomza tozundan korunmak için çok iyi vakum özelliği olan cila makineleri ve maske kullanılmalıdır.

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

15. Radyoloji sonuçları (panoramik, periapikal vb.) için süreç tanımlanmalıdır.

15.1 Tetkik sonuçları kurum tarafından önceden belirlenmiş sürelerde verilmelidir.

Amaç: Merkez idaresince teknik ve personel kapasitesi göz önüne alınarak radyoloji sonuçları ile ilgili süreçlerin en iyi şekilde planlanmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tetkik sonuçlarının ve randevu tarihlerinin verilmesine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
- b) Sonuç verme süreleri hasta ve yakınlarının görebileceği, anlayabileceği şekilde ilan edilmelidir.
- c) Tekrarlanan tetkikler ile ilgili istatistiksel çalışma yapılmalı, tekrarlama nedenleri belirlendikten sonra iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

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

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

16. Radyoloji ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları taşınmalıdır.

16.1 Radyoloji ünitesinde çalışan personelin dozimetre takipleri öngörülen sürelerde yapılmalıdır.

Amaç: Radyoloji ünitesinde çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

16.2 Radyoloji ünitesinde çalışan personel kurşun yelek kullanmalıdır

Amaç: Radyoloji ünitesinde çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

Not: Koruyucu paravan kullanılması halinde kurşun yelek şartı aranmaz.

16.3 Radyoloji ünitesinde bulunan kurşun yelekler uygun nitelikte olmalıdır

Amaç: Radyoloji ünitesinde çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

Not: Koruyucu paravan kullanılması halinde kurşun yelek şartı aranmaz.

16.4 Radyoloji ünitesinin TAEK lisansı olmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

AMELİYATHANE HİZMETLERİ

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

17. Ameliyathane hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

17.1 Ameliyathanedeki tüm süreçlerin işleyişine ilişkin prosedür bulunmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

17.2 Ameliyathanelerde hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

17.5 Steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar belirlenmelidir.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyathanelerde steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar belirlenmeli ve ayrılmalıdır (farklı alanda farklı renk sistemi, şerit ile ayırma, yer yazıları, tabela ile tanımlama gibi).
- b) Tanımlanan alanın özelliğine uygun olarak talimatlar oluşturulmalıdır (steril alanda bulunma şartları, yarı steril alanda ne tür kıyafet ve teçhizatla bulunulur gibi).

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

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

17.6 Ameliyathanelerde sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepa filtre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

17.8 UPS'lerin düzenli olarak bakım ve kontrolü yapılmalıdır.

Amaç: Elektrik kesintisi durumunda ameliyathane sürecinde aksaklıkların oluşmasını engellemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

Amaç: Ameliyathane atıklarının uygun koşullarda toplanması ve ortamdaki uzaklaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ ve ÖNLENMESİ

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

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

El hijyeni programına tüm personelin katılımı sağlanmalıdır.

18. Merkezin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrolü ve önlemeye yönelik bir düzenleme olmalıdır.

18.1 Merkezin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezin enfeksiyon kontrol komitesince (EKK) hazırlanmış, tüm bölümleri kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.
- b) Tespit edilen Merkez enfeksiyon sonuçlarına göre Merkez veya birim bazında düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalı ve sonuçlar kayıt altına alınmalıdır.

18.2. Merkez için hazırlanan temizlik, sterilizasyon ve dezenfeksiyon talimatları enfeksiyon kontrol komitesince onaylanmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

[www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/egitim/EKHems_sunumlar/20 Merkez temizligi atik_yonetimi.ppt](http://www.rshm.gov.tr/enfeksiyon/egitim/EKHems_sunumlar/20_Merkez_temizligi_atik_yonetimi.ppt)

18.3. Enfeksiyon kontrol ve önleme programının sorumluları bulunmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

18.4. Merkezdeki tüm alanların temizliklerinin düzenli olarak yapıldığı kontrol edilmelidir.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastaya tanı, tedavi ve bakım uygulamaları yapılan birimlerde el antiseptik solüsyonları, sabun, kağıt havlu, eldiven, maske, gözlük ve koruyucu önlük/elbise bulunmalıdır.
- b) Sözü geçen koruyucu ekipman ve malzemeler 24 saat ulaşılabilir olmalıdır.

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

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

18.7. Merkezdeki tüm alanların temizliklerinin düzenli olarak yapıldığı kontrol edilmelidir.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez yönetimi, Merkezin genel temizliğinden sorumlu bir temizlik komitesi belirlemelidir.
- b) Komite belirlediği aralıklarla, Merkezdeki tüm alanların temizliklerini düzenli olarak kontrol etmeli ve denetimleri kayıt altına almalıdır.

18.8. Merkezdeki özel alanların (ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar, hasta odası vb.) temizlik talimatları hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Enfeksiyon açısından EKK tarafından belirlenmiş olan özellikli alanlara (ameliyathane, laboratuvar, vb.) yönelik temizlik talimatları hazırlanmalıdır.
- b) Temizlik personeline özel alanların temizliği konusunda eğitim komitesi tarafından eğitim verilmeli, gerekli görüldükçe bu eğitimler tekrarlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ

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

19. Merkez, hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikâyetlerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezde hasta hakları birimi kurulmuş ve gerekli şartları taşıyan personel görevlendirilmiş olmalıdır.
- b) Hasta ve yakınlarının öneri ve şikâyetlerinin değerlendirildiğini ve varsa bu doğrultuda işlem yapıldığını gösteren kayıtlar bulunmalıdır.

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

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

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastaların şikâyetlerini veya önerilerini kolaylıkla ulaştırabilmesini sağlayacak şikâyet kutuları veya benzeri uygulamalar bulunmalıdır.
- b) Poliklinik ve benzeri hizmet birimlerinde şikâyet ve öneri kutuları bulunmalıdır. Bu kutular tutanakla açılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

19.3 Hasta ve hasta yakınlarının öneri ve şikâyetleri değerlendirilip iyileştirme faaliyeti yapılmalıdır.

Amaç: Hasta ve hasta yakınlarının Merkezde hizmet sunum süreçlerine ve Merkez işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar olmalıdır.
- b) Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar tutulmalıdır.

20. Merkez idaresi hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.

20.1 Merkez idaresi hizmet sunum süreçlerinin iyileştirilmesine yönelik her dönem tüm birimlerle değerlendirme toplantıları yapılmalı ve toplantı tutanaklarını ve yapılan iyileştirme çalışmalarını kayıt altına almalıdır.

Amaç: Tüm birimleri yönetim süreçlerine dahil etmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Toplantıda beyan edilen görüş ve önerilerin yer aldığı raporlar olmalıdır.
- b) Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar tutulmalıdır.

Öneri: Branş bazında poliklinik hasta sayıları, bekleme süreleri, hasta muayene süreleri, acil başvuru sayıları, yatak doluluk oranları, ameliyat sayıları ve branşa göre dağılımı, görüntüleme randevu ve rapor süreleri gibi konularda değerlendirme yapılabilir.

21. Personelin tanıtım (yaka) kartları olmalıdır.

21.1 Merkez yönetimi tarafından düzenlenmiş standart bir dizayna sahip personel tanıtım kartı bulunmalıdır.

Amaç: Kurumun tek tip standart kimlik kartına sahip olmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personel tanıtım (yaka) kartı fotoğraflı olmalıdır.
- b) Personelin kullandıkları yaka kartlarının standart dizayna sahip olmasıdır.
- c) Personel, tanıtım kartlarını üzerlerinde açıkça görülebilecek şekilde takmalıdır.

Not: Değerlendirme sırasında gözlem yoluyla kontrol edilir.

21.2 Personel, tanıtım kartlarını üzerlerinde açıkça görülebilecek şekilde takmalıdır.

Amaç: Merkez personelinin hizmet sunum süresince tanınabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personelin kullandıkları yaka kartlarının açıkça görülebilecek şekilde takılma durumu gözlem yoluyla kontrol edilir.

22. Hasta memnuniyet anketleri usulüne uygun gerçekleştirilmelidir.

Amaç: Hasta memnuniyet anketlerinin yönergede yer alan anket uygulama ilkeleri çerçevesinde yapılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta memnuniyeti anketlerinin uygulama şekli ve sonuçlarının değerlendirilmesine ilişkin kurum kayıtları incelenir.
- b) Anket sonuçları doğrultusunda yapılması planlanan ve yapılan çalışmalara dair kayıtlar tutulmalıdır.

23. Merkezin web sayfasında doktorlara ait bilgilendirme (uzmanlık dalı ve ilgilendiği alanlar) yapılmalıdır.

Amaç: Hastaların hekim seçerken yeterli ve güncel bilgiye ulaşmalarını sağlamaktır

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Web sayfasında doktorlara ait bilgiler (uzmanlık dalı ve ilgilendiği alanlar) bulunmalıdır.
- b) Merkezin web sayfasında yer alan bilgilerin güncelliği kontrol edilir.

24. Mevzuatça belirlenmiş komite ve kurul vb. birimler etkili çalışmalıdır. (Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Performans ve Kalite Birimi vb.)

24.1 Kurulların veya birimlerin oluşturulduğunu gösteren onaylar bulunmalıdır.

Amaç: Merkez işleyişine olumlu katkı sağlayan ve mevzuatın kurulmasını öngördüğü birim ve kurulların oluşturulmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kurulların görevlendirme yazıları bulunmalıdır.

24.2 Merkez yönetimi tarafından bu birim veya kurulların çalışma usul ve esasları yazılı olarak belirlenmelidir.

Amaç: Birim veya kurulların çalışma usul ve esaslarının belirlenmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Oluşturulan kurulların görev tanımları yazılı olarak belirlenmelidir.

24.3 Mevcut mevzuat ve merkezin niteliğine göre bulunması gereken kurul, komite veya birimlerin çalışmalarını gösteren toplantı tutanakları bulunmalıdır.

Amaç: Yapılan çalışmaların bilinmesi ve sürekliliği için toplantı kararlarının kayıt altına alınmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Toplantı tutanakları veya karar defteri kontrol edilmelidir.

25. Merkez, çalışanların görüş ve önerilerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.

25.1 Personelin görüş ve önerilerini merkez yönetimine iletilebilmesi için bir sistem (dilek kutuları, mail adresi vb) bulunmalıdır.

Amaç: Personelin, Merkezde hizmet sunum süreçlerine ve Merkez işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personelin görüş ve önerilerini Merkez yönetimine iletilebilmesine yönelik bir sistem bulunmalıdır.
- b) Personel dilek ve şikayet kutusu olmalıdır.

25.2 Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar olmalıdır.

Amaç: Personelin, Merkezde hizmet sunum süreçlerine ve Merkez işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yapılan geri bildirimlere göre görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar ve yapılan iyileştirme faaliyetleri bulunmalıdır.

25.3 Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar bulunmalıdır.

Amaç: Personelin, Merkezde hizmet sunum süreçlerine ve Merkez işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Görüş ve önerilerin değerlendirilmesine yönelik düzeltici faaliyet kayıtları bulunmalıdır.

25.4 Çalışan memnuniyeti anketleri usulüne uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

Amaç: Personelin, Merkezde hizmet sunum süreçlerine ve Merkez işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Çalışan memnuniyeti anketlerinin uygulama şekli ve sonuçlarının değerlendirilmesi konusunda kurumun kayıtları incelenir.
- b) Anket sonuçları doğrultusunda yapılması planlanan iyileştirme çalışmalarına dair kayıtlar tutulmalıdır.
- c) Üst yönetim tarafından çalışan memnuniyeti ve motivasyonlarını arttırmak için önlemler alınmalıdır.

Öneri: Özel günlere yönelik uygulamalar, kutlamalar, piknik vb organizasyonlar, Merkez yönetimi ile çalışanlar arasında birim bazında yapılan toplantılar, kişisel gelişim ile ilgili kurs, eğitim seminerleri düzenlenmesi ve/veya benzeri organizasyonlara katılımın Merkez yönetimi tarafından desteklenmesi ve teşvik edilmesi, kütüphane, spor salonu, dinlenme alanı gibi düzenlemelerin yapılması vb uygulamalar gerçekleştirilebilir.

26. Personelin mesleki ve kişisel gelişimine katkı sağlayacak hizmet içi eğitimler verilmelidir.

26.1 Personelin eğitim durumu (lise, ön lisans, lisans, yüksek lisans vb.), sertifikaları, hizmet içi eğitim belgeleri, yabancı dil bilgisi ve diğer niteliklerinin yer aldığı dosyaların bulunduğu personel bilgi sistemi bulunmalıdır.

Amaç: Hizmet sunum süreçlerinde doğru kişinin doğru yerde çalışmasının sağlanması suretiyle kurumun yetişmiş insan gücü kapasitesinin doğru kullanılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez personelinin, eğitim durumu (lisans, yüksek lisans), sertifikaları, hizmet içi eğitim belgeleri yabancı dil bilgisi ve diğer niteliklerinin yer aldığı dosyaların bulunduğu personel bilgi sistemi bulunmalıdır.

26.2 Personel eğitimleri planlanmalı ve düzenlenen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Merkez personelinin mesleğini daha iyi icra etmesi ve kişisel gelişimi için ihtiyacı olan eğitimlerin düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Gerçekleştirilen eğitimlere dair kayıtlar ve gelecekteki eğitim planları kontrol edilmelidir.

26.3 Uyum eğitimi konularını içeren oryantasyon rehberi hazırlanmalıdır.

Amaç: Kuruma yeni başlayacak personelin adaptasyonunu sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Uyum eğitimi için hazırlanan bir rehber bulunmalıdır.
- b) Uyum eğitimi modülü iletişim, enfeksiyon kontrolü, hasta ve çalışan güvenliği, hasta hakları ve kalite gibi konuları içermelidir.

26.4 Göreve yeni başlayan her bir meslek grubu için uyum eğitimleri verilmelidir.

Amaç: Kuruma yeni başlayacak personelin adaptasyonunu sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Uyum eğitimi kayıt altına alınmalıdır.

26.5 Kurum ve birim bazında hedefler belirlenerek çalışanlar bilgilendirilmelidir.

Amaç: Kurumun ve birim hedeflerinin oluşturulması ve çalışanların bu konuda bilgilendirmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kurum ve birim hedeflerini belirlemelidir.
- b) İlgili Merkez personeli hedefler ile ilgili bilgilendirilmelidir.

26.6 Personelin görebileceği bir yerde ilan ve bilgilendirme panosu/panoları bulundurulmalıdır.

Amaç: Personelin Merkezin sunduğu hizmetler ve personeli ilgilendiren aktiviteler hakkında yeterli bir şekilde bilgilendirilmesini sağlayacak düzenlemelerin yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personeli bilgilendirme panoları bulunmalıdır.

27. Tuvaletlerin temizliği yeterli olmalıdır.

27.1 Tuvaletlerin s¼rekli temiz kalması sağlanmalıdır.

Amaç: Polikliniklerde kullanılan t¼m tuvaletlerin temizliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yapılan temizliklerin kontrol çizelgelerine bakılır.
- b) Tuvaletler s¼rekli temiz olmalıdır.

27.2 Tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu vb. olmalıdır.

Amaç: Polikliniklerde kullanılan t¼m tuvaletlerin hastaların kullanımına uygun halde bulundurulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tuvaletlerde sıvı sabun, tuvalet kâğıdı, poşetli çöp kutusu vb. bulunmalıdır. Eksikler belirli periyotlarla takip edilmeli ve tamamlanmalıdır.

MERKEZ BİLGİ SİSTEMİ

Bilgi sistemleri Merkez içerisindeki birçok alanın işleyebilmesi açısından çok önemlidir. Merkez bilgi sistemleri, daha iyi sağlık hizmeti üretebilmek için gerekli bilgi ve verilerin toplanması, kullanılması ve paylaşılabilmesi ve bilgi üretiminin standart yöntemlerle gerçekleştirilmesi, üretilen bilgidan en üst düzeyde yararlanılmasını sağlar.

Hizmet türlerinin ve rollerinin çeşitliliği nedeniyle sağlık hizmeti sunan kurumlarda, hizmet üretiminin ve üretim yönetiminin planlanmasında ihtiyaç duyulan bilgiye erişim oldukça zor ve karmaşık bir süreç gerektirir.

Bilgi üretimi ve paylaşımı için ortak bir dilin kullanılması gerekmektedir. Bu amaca hizmet eden bazı ulusal ve uluslar arası kodlama ve sınıflandırma sistemleri mevcuttur. Döner Sermaye Saymanlıklarında halen kullanılmakta olan Tek Düzen Muhasebe Sistemi (TDMS), Personel işlemleri için kullanılan İnsan Kaynakları Yönetim Sistemi (İKYS) sınıflandırma sistemlerinden bazılarıdır.

28. Merkez bilgi sistemi hasta kayıt, merkezi yatış, poliklinik, vezne, eczane, depo, laboratuar, faturalandırma işlemlerini entegre bir biçimde gerçekleştirmelidir.

Amaç: Merkez bilgi sisteminin, Merkezde gerçekleştirilmekte olan temel süreçlerin tamamının tek bir noktadan kontrol edilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez Bilgi Sisteminde, sorumluluk ve yetkilerin belirlenmiş olduğu bir ara yüz aracılığı ile hasta kayıt, yatış, poliklinik, vezne, eczane, depo, laboratuar, faturalandırma, vb. gibi Merkezde gerçekleştirilen tüm sağlık hizmetlerinin tek bir veri tabanından yönetilmesi gerekmektedir.

29. Merkez Bilgi Sistemi, bilgi yönetimi, istatistik ve raporlama işlemlerini gerçekleştirmelidir.

29.1 Muayene ve girişimsel işlemlere ait istatistiklerin raporlanması sağlanmalıdır.

Amaç: Performansa Dayalı Ek Ödeme Yönetmeliğinde yer alan hesaplamalara esas verilerin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Merkez Bilgi Sistemi Performansa Dayalı Ek Ödeme Yönetmeliğinde yer alan hesaplamalara ait verilerin tamamını dönemsel olarak sağlayabilmelidir.

Not:

- Yetkili bir kişinin şifresi ile sisteme girilerek bir önceki ayın verilerinin sistem tarafından hesaplandığı kontrol edilebilir.
- Merkez Bilgi Sisteminden belirlenen iki tarih aralığı içinde belirli bir hekimin girişimsel işlem ve muayene puanları kontrol edilebilir.

30. Bilgi işlem destek hizmetleri kesintisiz (24 saat) vermelidir.

30.1 Merkez bilgi sistemi bakım ve destek hizmetleri kesintisiz olarak sağlanmalıdır. Bunun için 24 saat boyunca ulaşılabilecek teknik destek personeline ait telefon numaraları mesai saatleri dışında nöbetçi ekip tarafından bilinmelidir.

Amaç: Merkez Bilgi Sistemlerinin 24 saat kesintisiz çalışmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez Bilgi Sisteminin teknik bakımından sorumlu kişilerin ulaşım bilgilerinin yazılı olduğu bir doküman bulunmalıdır.
- b) Merkez personeli olası bir arıza karşısında nasıl davranacağını bilmelidir.

31. Stok takip, satın alma ve demirbaş işlemleri aktif olarak bilgi sistemine kayıt etmelidir. (MKYS)

31.1 Sistem üzerinden MKYS sistemine taşınırların giriş ve çıkışları zamanında yapılmalıdır.

Amaç: Taşınır Mal Yönetmeliği uyarınca taşınırların tüm giriş ve çıkış kayıtlarının bilgisayar ortamında tutulmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Taşınır Mal Yönetmeliği uyarınca taşınırların tüm giriş ve çıkış kayıtları bilgisayar ortamında tutulmalıdır.
- b) Merkez yönetimince, bu konu ile ilgili bir personel yazılı olarak görevlendirilmelidir.

Not: Yazılı olarak görevlendirilmiş personelden bir önceki aya ait MKYS kayıtlarını göstermesi istenebilir. Merkez entegre Bilgi Sistemi ile MKYS kayıtları arasında uyum olmalıdır.

32. Döner sermaye, muhasebe ve finansman işlemleri kayıtları düzenli ve zamanında tutmalıdır. (TDMS)

32.1 Hastanenin finansal durumu sistem üzerinden izlenmeli ve mali analizler yapılmalıdır

Amaç: Merkezin finansal durumu ile ilgili güncel mali tabloların hazırlanarak finansal durumun değerlendirilmesinin sağlanabilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Döner sermayeli kuruluşların mali bilgi ve tablolarının standart bir şekilde tutulması sağlanmalıdır.
- b) Merkezin finansal durumu sistem üzerinden izlenebilmelidir.

32.2 Merkez mali durum değerlendirme toplantısı yapmalıdır.

Amaç: Merkezin mali durumunun sürekli izlenmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mali durum toplantısının kimler tarafından yapılacağı belirlenmiş olmalıdır. Mali durum toplantısı Başhekim başkanlığında, gelir ve gider gerçekleştirme işlerinden sorumlu başhekim yardımcısı, Merkez müdürü ve müdür yardımcısı ve ilgili memurların katılımı ile yapılır.
- b) Mali durum değerlendirme toplantısında finansal performans durumu, gelir-gider durumu, borç-stok durumu, nakit kaynaklarının verimliliği, ihtiyaç ve gereksinimler gibi konular değerlendirilmelidir.
- c) Mali durum değerlendirme toplantısı yapıldığına dair toplantı raporları bulunmalıdır.

33. Merkez otomasyon sisteminde sadece yönetici yetkileri ile ulaşılabilen, sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hataları ile ilgili kayıtları tutan, salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.

Amaç: Veri tabanında gerçekleştirilen işlemlerin hangi kullanıcılar tarafından ne zaman gerçekleştirildiği, Bilgi Sisteminin işleyişi sırasında oluşabilecek istisnai durumlara ait sistem mesajlarının kayıt edildiği ayrı bir veri tabanının bulunması sağlanarak, Merkez Bilgi Sisteminin öngörülen şekilde çalışmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bilgi Sisteminde sadece sistem yöneticisi yetkisi ile girilebilecek, sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalarının yer aldığı ayrı bir veri tabanı bulunmalıdır.

Not: O anda sistemde bulunan aktif kullanıcıların gösterilmesi istenilerek, bu kullanıcıların sisteme ne zaman giriş yaptıkları ve hangi tablolara erişmekte olduklarına ait kayıtların gösterilmesi istenebilir.

34. Merkez bilgi yönetim sistemine erişimde, yetkilendirme yapılması sonucu, verilere sadece ulaşması gereken kişilerin ulaşması sağlanarak hastalar ile ilgili mahrem bilgiler yetkisiz erişimlere karşı güvence altına alınmalıdır.

34.1 Hastaya verilen hizmetlerin ve yapılan işlemlerin kayıtlarına önceden belirlenmiş yetki düzeyleri tarafından ulaşılabilmesine imkân veren yazılıma sahip olmalıdır.

Amaç: Hasta bilgilerinin mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hasta mahremiyeti açısından, Sistem içerisinde hasta bilgilerine ulaşım, sadece gereken kişiler tarafından gerektiği kadar gerçekleşmelidir. Bunun için her kullanıcının veri tabanında hangi bilgilere erişebileceğinin tanımı yapılmış olmalıdır.
- b) Veri işlem elemanları gün içinde girilmiş olan hasta verilerine serbestçe ulaşabilirlerken, hastaların geçmiş kayıtlarına sınırsız erişimleri engellenmelidir.
- c) Hekimler ise veri tabanında kendi sorumluluklarında olan hastaların kayıtlarına erişebilmeli, diğer hasta kayıtlarına erişebilmeleri ancak idarenin ya da o hastanın sorumlu hekiminin onayı ile olmalıdır.

Öneri:

- Sisteme herhangi bir hekimin şifresi ile girerek ilgili hekimin sorumluluğunda olan hastalar dışında diğer hastaların bilgilerine erişimin gerçekleşme durumu kontrol edilebilir.

35. Personel işlemleri uygun veri tabanı üzerinde aktif olarak yapılmalıdır. (İKYS)

35.1 İKYS sistemine personel hareketleri ile ilgili veri girişleri zamanında yapılmalı ve sistemdeki bilgiler güncel olmalıdır.

Amaç: Personel hareketlerinin İKYS üzerinde güncellenmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İKYS üzerinde gereken işlemleri yapması için bir personel yazılı olarak görevlendirilmelidir.

36. Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi aktif olarak kullanılmalıdır. (on-line randevu sistemi)

36.1. Aile hekimliğine geçilen illerde aile hekimlerinin merkez bilgi sistemi üzerinden randevu alabilmelerini mümkün kılacak düzenlemeler bulunmalıdır.

Amaç: Merkezin, Aile hekimleri tarafından sevk edilmesi muhtemel hastaların başvurusunun hızlandırılması ve kolaylaştırılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Aile hekimliğine geçilen illerde aile hekimlerinin Merkez bilgi sistemi üzerinden randevu alabilmelerini mümkün kılacak düzenlemeler bulunmalıdır.

37. Aile hekimliği uygulanan illerde randevu sistemi üzerinden düzenli geri bildirim yapılmalıdır.

37.1. Aile hekimliğine geçilen illerde söz konusu merkezin bilgi sistemi üzerinden aile hekimlerine gerekli bilgi aktarımı yapılabilmesine imkân veren düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Aile hekimlerince Merkeze sevk edilmiş hastaların teşhis ve tedavi sürecine ait bilgi edinmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Aile hekimliğine geçilen illerde söz konusu Merkezin bilgi sistemi üzerinden Aile hekimlerine gerekli bilgi aktarımı yapılabilmesine imkân veren düzenleme bulunmalıdır.

38. Merkez bilgi sistemindeki verilerin yedeklenmesi her gün düzenli olarak server haricinde bir ortama yapılmalıdır.

Amaç: Bilgi Sistemine ait veri tabanının düzenli bir biçimde yedeklenmesini sağlayarak, veri kayıplarına engel olmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yedek alma işlemlerinin çalışmakta olan server dışında ayrı bir ortama alınması gerekmektedir. Bu ortam harici hard disk, taşınabilir kayıt ortamları, ya da ağ üzerinde çalışan yedek server olabilir.
- b) Yedek alınması işlemi, her gün en az bir kere olmak üzere, tercihen mesai saatleri dışında gerçekleştirilmelidir. Aynı server üzerinde yer alan başka bir hard disk ya da başka bir hard disk bölümü üzerine alınan yedekler kabul edilmemelidir.

Not: Bir gün öncesine ait yedek kayıtlarının varlığı sorgulanabilir.

39. Hastane bilgi formları aylık olarak düzenli doldurulmalıdır.

Amaç: Merkez bilgi formlarının aylık düzenli doldurulmasını sağlayarak sağlık kuruluşlarının işgücü, altyapı ve hizmet kapasitesi ölçülerek, kuruluşların izlenmesi, değerlendirilmesi ve politika geliştirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez bilgi formları aylık olarak düzenli doldurulmalıdır.
- b) Merkez bilgi formlarının aylık olarak düzenli doldurulduğuna dair kayıtlar bulunmalıdır.

40. Performans yönetimine ilişkin web tabanlı sistemlere veri aktarımı düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Performans yönetimine ilişkin bilgilerin merkezi sunucuya aktarılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez Bilgi Sisteminin, güncel teknolojiler çerçevesinde, Sağlık Bakanlığında yer alan sunuculara önceden belirlenmiş formatta düzenli olarak bilgi aktarması gereklidir. Başkanlık web sayfasından düzenli olarak duyurulan format ve istenen bilgilere Bilgi Sistemlerinin adaptasyonu sağlanmalıdır.
- b) Performans takip sistemine (sağlık kurumları için ek ödeme takip sistemi ve kurumsal performans takip sistemi vb.) girilmesi gereken verilerin zamanında ve doğru girilmesi durumu değerlendirilmelidir.
- c) Geçmiş aylara ilişkin randomize bir şekilde performans takip sistemine veri girme durumu ve doğruluğu kontrol edilir.

HASTA KAYITLARI VE DOSYASI

Hasta dosyalarının hasta, Merkez yönetimi, adli tıp, tıbbi eğitim, araştırma, halk sağlığı, hekim ve tıbbi bakımın değerlendirilmesi açısından önemi bulunmaktadır.

Hasta dosyaları kime, niçin, nerede, ne zaman, nasıl bir hasta bakım ve tedavi hizmeti verildiğini gösteren önemli belgelerdir. Günümüz sağlık kurumlarındaki modern tıbbi ve cerrahi metotların basit bir işlem olmaktan çıkarak oldukça karmaşık bir durum göstermesi, hastalara verilen hizmetin tam ve verimli bir şekilde ayrıntılarıyla belgelenmesi zorunluluğunu ortaya koymuştur. Bu nedenle, hasta dosyalarının hasta dosyaları arşivlerinde bilimsel kurallara uygun bir şekilde toplanması, düzenlenmesi, saklanması ve gereği halinde tekrar hizmete sunulması bir zorunluluktur.

41. Kurum hasta dosyalarının usulüne uygun doldurulduğunu kontrol eden bir düzenlemeye sahip olmalıdır.

41.1 Hastanın kabulünde hekim tarafından hastanın mevcut ağız ve diş sağlığı durumu belirlenerek kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliği sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanın kabulünde hekim tarafından hastanın mevcut ağız ve diş sağlığı durumu belirlenerek kayıt altına alınmalıdır.

Öneri: Kayıtlar otomasyon sistemi üzerinden yapılabilir veya hasta dosyalarına işlenebilir.

41.2 Hastaya yapılan müdahale, lokal operasyon, tedavi raporları ve bilgileri varsa ameliyat raporları hekim tarafından aynı gün içerisinde kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Hastanın tedavi ve bakım sürecine ait işleyişin güvenli olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Ameliyat edilmiş hastaların ameliyat raporları aynı gün içinde yazılmalıdır.
- b) Hasta dosyaları randomize yöntemle kontrol edilmelidir.
- c) Ameliyat raporları; yapılan işlemi, ameliyatı yapan ekibi, komplikasyon oluşmuşsa buna ilişkin bilgileri vb. içermelidir.

41.3 Tedavi/Operasyon sonrası hastanın başvuru nedeni, önemli bulguları, konulan teşhis, uygulanan tedaviler, verilen ilaçlar, hastanın çıkartılırken ne durumda olduğu, dışarıda kullanacağı ilaçlar, acil durumlarda aranacak telefon numaraları ve takip talimatlarının bulunduğu taburculuk özeti iki nüsha olarak hazırlanmalı ve bir nüshası hastanın dosyasına konulmalı bir nüshası ise hastaya verilmelidir.

Amaç: Kurumun hizmet verdiği hasta ve yakınlarının uygulanan tedavi/operasyon ile ilgili bilgilendirilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tedavi/Operasyon sonrası, hastanın başvuru nedeni, önemli bulguları, uygulanan tedaviler, verilen ilaçlar, acil durumlarda aranacak telefon numaralarının bulunduğu epikriz vb. bir rapor verilmeli ve bir örneği otomasyon sistemine kayıt edilmelidir.

Not: Hastalara verilen rapor otomasyon sistemi üzerinden randomize yöntemle kontrol edilmelidir.

ARŞİV

Merkezin kendi hizmetlerini değerlendirmesine katkı sağlamak, idari planlamalar yapmak ve adli durumlar için bilgi kaynağı olarak yasal koruma sağlamak amacıyla arşiv hizmetleri önem taşımaktadır.

42. Arşiv bölümü hizmet sunumu için mevzuata uygun şartları taşımalıdır.

Amaç: Arşiv bölümünün etkili çalışmasını sağlayarak istenildiğinde gerekli bilgilere ulaşılmasını sağlamaktır.

42.1 Devlet arşiv hizmetleri hakkında yayınlanmış olan yönetmeliğin koruma yükümlülüğünü taşımalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez elinde bulundurduğu arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumalı, mevcut aslı düzenleri içerisinde tasnif edip saklamalıdır. (Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toza ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınması vb.)

42.2 Dosyaların ne şekilde kabul edileceği ve dosyada olması gereken muhteviyat yazılı olarak belirlenmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Dosyaların kabul şekli ve dosyada olması gereken muhteviyat yazılı olarak belirlenmelidir.

42.3 Yazılı olarak tanımlanmış dosya saklama, imha usul ve esasları bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yazılı olarak tanımlanmış dosya saklama, imha usul ve esasları bulunmalıdır.

42.4 Dosyalama işlemlerinde standart dosya planı uygulanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Dosyalama işlemlerinde standart dosya planı uygulanmalıdır.

42.5 Yangın, su baskını vb. olaylarda alınacak önlemlere ilişkin talimat bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın, su baskını vb. olaylarda alınacak önlemlere ilişkin talimat bulunmalıdır.

TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİK

Hastalar, hasta yakınları, ziyaretçiler ve çalışanlar için güvenli ve işlevsel sağlık tesisinin oluşturulması, tehlike ve risklerin azaltılıp kontrol altına alınması, kazaların ve yaralanmaların önlenmesi ve emniyet koşullarının sağlanması için etkili bir yönetim oluşturulması sağlık hizmetleri sunumunda önem taşımaktadır.

43. Merkez yerleşkesinde çevre düzenlemesi yapılmalıdır.

43.1 Merkez yerleşkesinde oturma bankları bulunmalıdır.

Amaç: Merkeze ait alanlarda yapılacak düzenlemelerle hizmet sürecinde yer alanların oturma ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezin çevre şartlarına uygun şekilde oturma banklarının bulunup bulunmadığı kontrol edilir.

43.2 Araç trafiği (park, geliş-gidiş vb.) için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

Amaç: Merkeze ait alanlarda yapılacak düzenlemelerle hizmet sürecinde yer alanların ulaşım ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezin çevre şartlarına uygun şekilde otopark bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.
- b) Araçların Merkez içerisindeki geliş ve gidiş alanları sürekli ulaşımına açık olmalıdır.

43.3 Çevre temizlik talimatı bulunmalıdır.

Amaç: Merkeze ait alanların temiz tutulmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Çevre temizliği ile ilgili talimat bulunmalıdır.
- b) Çevre temizliği Merkez temizlik kontrol komitesi tarafından periyodik aralıklarla kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- c) Yeterli sayıda çöp kutusu, kağıt atık ya da cam atık kutuları bulunmalı; atık ayrıştırmaya uygun sistem bulunmalıdır.

44. Merkezin tesis güvenlik planı bulunmalı ve sorumluları belirlenmelidir.

Amaç: Acil durumlar başta olmak üzere, doğal afet gibi durumların oluşması halinde çalışanların ve hastaların can güvenliklerinin korunması ile ilgili bir planın hazırlanmasıdır.

44.1 Yangın çıkış levhaları Merkez içinde uygun yerlere ve görülebilecek şekilde yerleştirilmelidir.

Amaç: Yangın durumunda hastaların ve personelin güvenli bir biçimde binayı tahliye etmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın çıkış levhaları (koşan adam vb.) ilgili düzenlemelere uygun nitelikte olacak şekilde hazırlanmalı; uygun yerlere, görülebilecek şekilde asılmalıdır.

Öneri: Yangın çıkış levhaları gece veya elektrik kesildiğinde de görülebilecek özellikte ışıklı olabilir.

44.2 Yangın çıkış kapılarına erişim kolay olmalı ve çıkış kapılarında herhangi bir engel bulunmamalıdır.

Amaç: Merkezde yangın çıkış kapılarına erişimin kolaylaştırılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın çıkış kapıları kilitli olmamalıdır.
- b) Yangın çıkış kapılarının önü eşyalarla kapalı olmamalıdır.
- c) Yangın merdivenlerinin bahçeye açılan kapısı varsa kilitli olmamalıdır.

Not: Tercihen kapılar tek yönlü açılmalıdır.

44.3 Yangın söndürücülere erişim kolay olmalı ve düzenli olarak kontrolleri yapılmalıdır.

Amaç: Personelin gerektiği anlarda çalışabilir durumdaki yangın söndürücülere kolaylıkla erişilebilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın söndürücülerin uygun yerlerde ve sayıda olduğu gözlenmelidir.
- b) Yangın söndürücülerin kontrollerinin yapıldığına ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.

44.4 Yangın tatbikatları periyodik olarak yapılmalı (en az yılda bir kez) ve görüntü kayıtları bulunmalıdır.

Amaç: Olası bir yangın riskine karşı Merkezin hazırlıklı olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın tatbikatları periyodik olarak en az yılda bir kez yapılmalı ve görüntü kayıtları bulunmalıdır.

44.5 Merkez, acil durumlara, salgınlara, doğal/diğer afetler için ilgili mevzuat ve düzenlemeler çerçevesinde bir eylem planı hazırlamalıdır.

Amaç: Acil durumlarda gerekli müdahalenin zamanında ve etkili biçimde yapılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez, acil durumlara, salgınlara, doğal/diğer afetler için ilgili mevzuat ve düzenlemeler çerçevesinde bir eylem planı bulunmalıdır.
- b) Plana ilişkin gerekli görevlendirmeler yapılmalı, görevlendirilen kişilere konuyla ilgili eğitim verilmiş olmalıdır.

44.6 Elektrik şebekesi dışında Merkezin elektrik ihtiyacını karşılayacak jeneratör bulunmalıdır.

Amaç: Elektrik kesintisi durumunda Merkez genelinde sunulan hizmetlerin aksamasını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Jeneratörlerin bakım planı olmalıdır (özellikle yakıt kontrolü).
- b) Jeneratörlerin devreye girme süreleri Merkez yönetimi tarafından tespit edilmelidir.

44.7 Asansörlerin bakımları bakım planı çerçevesinde düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Merkezdeki asansörlerin çalışır durumda olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Asansörlerin bakımları periyodik olarak yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

45. Atık yönetimi için gerekli düzenleme bulunmalıdır.

45.1 Tıbbi atık deposu bulunmalıdır.

Amaç: Merkezin tıbbi atıklarının toplanılmadan önce geçici depolama ünitesi kurulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlgili mevzuatın öngördüğü şartları taşıyan tıbbi atık deposu kurulmalıdır.
- b) Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğünün 28.11.2007 tarih ve 24639 sayılı 2007/100 sayılı genelgesinde belirlenen şartlar karşılanmalıdır.

45.2 Tıbbi atık deposunun temizliği periyodik olarak yapılmalıdır.

Amaç: Atıklardan kaynaklı enfeksiyöz ajanların bulaşmasını engellemek için temizlik yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Atık deposunun periyodik olarak temizliği yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

45.3 Atıkların kaynağında ayrıştırılarak (mavi, siyah, kırmızı çöp torbaları, iğne atık kutuları vb) toplanması, taşınması ve depolanması sağlanmalıdır.

Amaç: Tıbbi ve diğer atıkların kaynağında ayrıştırılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlgili mevzuatın öngördüğü şartları karşılayacak şekilde servislerde tıbbi atık ve diğer atıkların ayrıştırma işlemleri yapılmalıdır.
- b) Atıkların yönetimi ile ilgili yazılı bir düzenleme olmalı ve bu düzenleme ilgili tüm birimlerde bulunmalıdır.

46. Merkez bina turları yapılmalıdır.

46.1 Bina turlarını yapacak sorumlular belirlenmelidir.

Amaç: Merkez yönetimince, genel işleyiş, aksaklıkların tespiti ve diğer hususlara dair yerinde denetimin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bina turlarının (ana bina veya bağlı ek bina) kimler tarafından yapılacağına dair yazılı belge olmalıdır.
- b) Her bina turu kayıt altına alınmalıdır.

46.2 Bina turlarının nasıl yapılacağına dair düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Bina turların sistemli ve düzenli bir şekilde yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez yöneticilerince yapılan bina denetim turlarının periyotları, genel olarak nelere bakılacağı, kayıtlarının nasıl tutulacağı ve düzeltici faaliyetlerin kimler tarafından yapılacağı belirlenmiş olmalıdır.
- b) Belirlenen periyotlarda bina turlarının yapıp yapılmadığı kayıt altına alınmalıdır.
- c) Bina turları ile ilgili alınan kararlar/tespit edilen uygunsuzluklar kayıt altında olmalıdır.

46.3 Merkez yönetimi tarafından merkezdeki işleyişin denetimiyle ilgili bina turları yapılmalıdır.

Amaç: Merkezdeki işleyişin etkili bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez yönetimi tarafından Merkezdeki işleyişin denetimiyle ilgili periyodik olarak bina turları yapılmalıdır.

46.4 Bina turları sonucunda tespit edilen sorunların (bakım, onarım vb.) giderilmesi amacıyla bir faaliyet planı yapılmalıdır.

Amaç: Tesisin ömrünün uzatılması için koruyucu bakım, (boya badana) ve onarım faaliyetlerinin düzenli olarak yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tesisin bakım ve onarımları düzenli olarak gerçekleştirilmelidir.
- b) Binada bakım ve onarım ihtiyacı olan alan bulunmamalıdır.

46.5 Merkezin havalandırma sisteminin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Hasta, çalışan ve bina güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezin havalandırma sisteminin denetimi ve bakımı düzenli olarak yapılmalıdır.
- b) Denetimlerin raporları tutulmalıdır.

46.6 Merkezdeki tüm birimlerin genel temizliği kontrol edilmelidir.

Amaç: Tüm birimlerin sürekli temizliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezdeki tüm birimlerin genel temizliği kontrol edilmeli ve yapılan kontrol kayıt altına alınmalıdır.

47. Tehlikeli maddelerle (kimyasallar, kemoterapötik ajanlar, radyoaktif malzeme ve atıklar, zararlı gaz ve buharları, tıbbi ve bulaşıcı atıklar) ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

47.1 Tehlikeli maddelerin kullanımı ve kontrolüne yönelik talimat olmalıdır.

Amaç: Merkezde bulunan tehlikeli maddelerin (kimyasallar, radyoaktif malzeme ve atıklar, zararlı gaz ve buharları, tıbbi ve bulaşıcı atıklar) kullanımı, kontrolü, depolanması, taşınması, imhasına yönelik süreçleri içeren bir planın oluşturulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tehlikeli maddelerin (kimyasallar, radyoaktif malzeme ve atıklar, zararlı gaz ve buharları, tıbbi ve bulaşıcı atıklar) kullanımı, kontrolü, depolanması, taşınması, imhası hakkında süreçleri içeren plan bulunmalıdır.

47.2 Tehlikeli maddelerin depolanması ve transferine yönelik talimat olmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tehlikeli maddelerin depolanması ve transferine yönelik yazılı bir talimat olmalıdır.

47.3 Tehlikeli madde ve atıkların envanteri bulunmalıdır.

Amaç: Merkezde mevcut olan tehlikeli madde ve atıkların kontrolünü sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tehlikeli madde ve atıkların envanter listesi mevcut olmalıdır.

48. Şebeke suyundan hariç olmak üzere Merkez su ihtiyacını karşılamak için gerekli düzenlemeye sahip olmalıdır.

48.1 Merkezin su deposu olmalıdır.

Amaç: Su kesintisi durumunda hizmetin aksamasını önlemektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezde su deposu bulunmalıdır.

48.2 Su depolarının bakımı düzenli olarak yapılmalıdır

Amaç: Su depolarının kullanıma hazır olmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Su depolarının bakım kayıtları mevcut olmalıdır.
- b) Belirli periyotlarla sorumlular tarafından hizmetin yerinde denetimleri (muayene komisyonu dışındaki kontroller) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

48.3 Su numune kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır.

Amaç: Hasta ve personel güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Su numune kontrolleri düzenli olarak yapılmalıdır
- b) Kontroller kayıt altına alınmalıdır.

49. Merkez yönetimi dışarıdan aldığı hizmetlerin ilgili mevzuatı çerçevesinde denetlendiğine dair kayıtları kontrol edilmelidir.(Temizlik, Güvenlik, Yemek, Laboratuvar, Görüntüleme vb.)

49.1 "Merkez Temizlik Komitesi" kurulmuş olmalı ve temizlik hizmetlerini denetlemelidir.

Amaç: Temizlik hizmetlerinin denetiminin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez temizlik komitesi kurulmuş olmalıdır.
- b) Temizlik komitesinin çalışma talimatı bulunmalıdır.
- c) Temizlik komitesinin denetim kayıtları mevcut olmalıdır.

49.2 Merkez yönetimi tarafından dışarıdan alınan hizmetlere yönelik bir denetim sistemi oluşturulmalıdır.

Amaç: Hizmet alımlarının denetimlerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezdeki hizmet alımları tespit edilmelidir. (radyoloji, laboratuvar, güvenlik, yemek, otomasyon v.s.)
- b) Belirli periyotlarla alınan hizmetin özelliğine yönelik(yemek, çamaşır, laboratuvar, görüntüleme vb) hizmetin yerinde denetimleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

DEPOLAR

Merkezin tüm depoları ilgili malzeme ve ekipmanın saklanması uygun koşulları sağlamalıdır. Malzemeler sınıflarına göre tasnif edilerek depolanmalıdır.

50. Ana ve ara depolarla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

50.1 Depolarda bulunan malzeme ve cihazlara ait envanter bulunmalıdır.

Amaç: Merkez deposunda yer alan malzeme ve cihazların kontrolünün sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Depolarda bulunan malzemelerin envanteri bulunmalıdır.
- b) Randomize olarak seçilen bir malzeme ve cihaz grubu için mevcut bilgiler kontrol edilir.

50.2 Depolarda malzemeler için yerleşim planı bulunmalıdır (Malzemelerin plana uygun yerleştirildiği kontrol edilir).

Amaç: Merkez deposunda malzemelerin hem içeriklerinden dolayı meydana gelebilecek tehlikelere karşı hem de miiatları göz önünde bulundurularak yapılacak bir yerleşim planının hazırlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Depolarda yerleşim planı bulunmalı ve malzemeler bu yerleşim planına uygun yerleştirilmelidir.

50.3 Depolara gelen ilaç ve malzemelerde "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olan yerleşim planı olmalıdır.

Amaç: Merkezlerin stok kontrol metodu geliştirmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Depodaki malzemeler için söz konusu prensibin uygulanması kontrol edilir.

50.4 Depoda bulunan malzemelerin kritik stok seviyeleri otomasyon sistemi üzerinden takip edilmelidir.

Amaç: Merkez hizmet süreçlerinde aksama meydana gelmemesi için kritik stok seviyelerinin belirlenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Depoda bulunan malzemelerin kritik stok seviyeleri belirlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.
- b) Randomize olarak seçilen malzemeler için kritik stok seviyesi kontrolü yapılmalıdır.

50.5 Stok uyarı seviyesi altına düşen malzemelerin takibi ve zamanında temini için bir düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Merkez hizmet süreçlerinde aksama meydana gelmemesi ve eksik malzemenin zamanında teminine yönelik düzenleme yapılmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kritik stok seviyesi altına düşen malzemeler takip edilmelidir.
- b) Kritik stok seviyesi altına düşen malzemelerin temini için yazılı bir süreç olmalıdır.

50.6 İlaç ve malzemeler, kullanım talimatlarında belirtilen şartlarda (ısı, nem, ışık, vb.) muhafaza edilmelidir.

Amaç: İlaç ve malzemelerin uygun şartlarda muhafaza edilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlaçların muhafaza edildiği depolar uygun şartları taşımalıdır.
- b) Nem, ısı ve buzdolabı kontrolleri düzenli yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
- c) Malzemenin cinsine göre uygun istifleme yapılmalıdır.

50.7 Depoda bulunan malzemeler uygun şekilde istiflenmelidir.

Amaç: Depodaki malzemelerin hem yerleşim planına uygun hem de deponun koşulları göz önüne alınarak istiflenmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hemzemin istifleme yapılmamalıdır.
- b) Deponun koşullarına göre oluşabilecek risklere göre önlem alınma durumu kontrol edilmelidir.

50.8 İlaç ve sarf malzeme grupları için periyodik miat kontrolleri yapılmış olmalıdır.

Amaç: Hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İlaç ve sarf malzeme grupları için periyodik miat kontrolleri yapılmalı, kritik (minumum-maksimum) stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- b) Kontrol süreci ve sorumlusu belirlenmeli ve kontroller kayıt altına alınmalıdır.

Öneri: İlaç ve sarf malzeme grupları için periyodik miat kontrolleri otomasyon sistemi üzerinden yapılmalıdır.

MUTFAK

Merkezde kaldıkları süre boyunca hastalara, sağlıklı gıdalar sağlanması yönetimin önemli bir sorumluluğudur. Bu nedenle, gıdanın depolanması, hazırlanması, taşınması ve servisi hususunda sıhhi şartların yerine getirilmesi gerekmektedir. Ekipmanın yanında, çevresel ve yapısal plan, güvenli ve hijyenik iş uygulamalarını desteklemelidir.

51. Mutfakla ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

51.1 Mutfakta yemek hazırlama ve yıkama yerleri ayrı olmalı, yiyecek depolarının ısı, ışık ve nem kontrolleri yapılmalıdır.

Amaç: Mutfak hizmetlerinin güvenli ve temiz bir şekilde sunulmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mutfakta yemek hazırlama ve yıkama yerleri ayrı olmalıdır.
- b) Yiyecek depolarının ısı ve nem kontrolleri yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

51.2 Mutfakta çalışan personel maske, eldiven ve bone kullanmalıdır.

Amaç: Mutfakta çalışan personelin hijyen açısından uygun hizmeti sunmalarının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kişisel koruyucu ekipman bulundurulmalıdır.
- b) Kişisel koruyucu ekipman ilgili personel tarafından kullanılmalıdır.

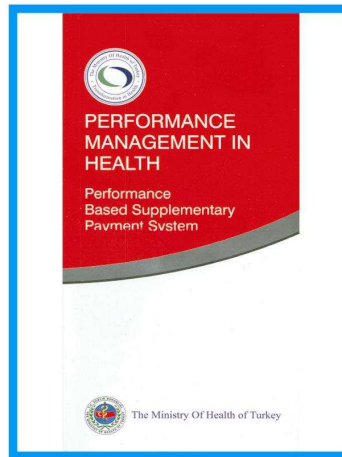
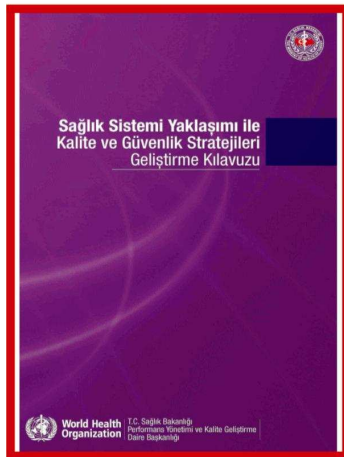
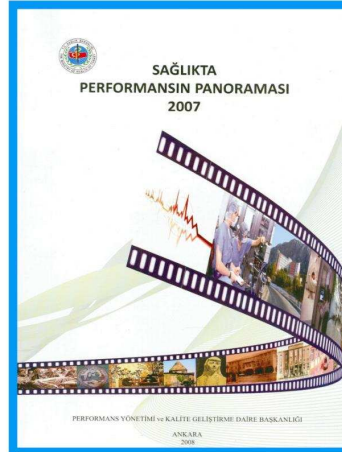
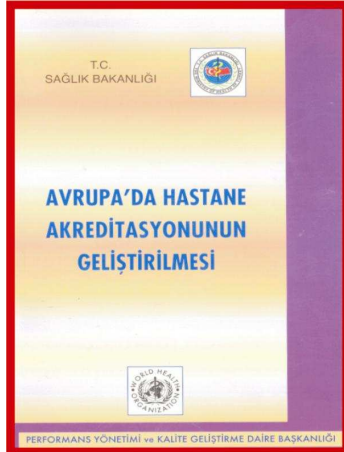
51.3 Mutfak taban ve duvarları, hijyenik şartlarda yıkamaya ve dezenfeksiyona elverişli olmalıdır.

Amaç: Mutfağın, hijyenik açıdan uygun hizmeti sunmaya uygun hale getirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mutfağın bu şartları sağladığı kontrol edilmelidir.

Yayınlarımız



Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

