



Sağlıkta Akreditasyon Standartları

Hemodiyaliz Merkezi Seti - v3.0/2023



Sağlıkta Akreditasyon Standartları
Hemodiyaliz Merkezi Seti - v3.0/2023

ISBN: 978-975-590-647-8

© Yazarlar-Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı (TUSEB) -
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

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

İletişim

Türkiye Sağlık Enstitüleri Başkanlığı -
Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve
Akreditasyon Enstitüsü

E-posta: tuskastandart@tuseb.gov.tr

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

Mizanpaj ve Baskı

Opus Basımevi

Batı Bulvarı No:1 ATB İş Merkezi C Blok No:40 Yenimahalle / ANKARA

Tel: +90312 387 6059 • Fax: +90312 387 6058

www.opusbasim.com



Hazırlayanlar

- İrfan ŞENCAN, Prof. Dr.
- Doğan ÜNAL, Prof. Dr.
- Hasan GÜLER, Dr.
- Abdullah ÖZTÜRK, Dr.
- Dilek TARHAN, Uzm. Dr.
- Süleyman Hafız KAPAN Av.
- Demet GÖKMEN KAVAK, Dr.,
- Nurcan AZARKAN, Uzm.
- İbrahim H. KAYRAL, Doç. Dr.
- Ercan KOCA, Ecz.
- Öznur ÖZEN, Psk.
- İbrahim DOLUKÜP,
- Elif KESEN
- Umut BEYLİK, Doç. Dr.
- Çağlayan SARIOğLAN, Uzm.
- Őükriye Yüksel BAğIRSAKÇI
- Saime GÖKKAYA
- Emine BALCI
- Erol YALÇIN
- Bayram DEMİR, Dr.
- Ayten KARAKOÇ, Uzm.
- Mediha BORAN, Doç. Dr.
- Beste İNCEOğLU, Dr. Dt.
- AyŐe Sibel ÖKSÜZ, Uzm.
- Figen Çizmecici ŐENEL, Prof. Dr.

Katkıda Bulunanlar

- Arzu GÖKTEPE
- Aysun DİNÇER
- Aysun ÜNAL
- Azize KARATUT
- Basri BUDAK Dr.
- Bekir SADIK ÖLMEZ
- Canan SAYAN
- Deniz UĞURLU
- Derya GÜLLER ARSLAN
- Elif KARACA
- Elif KESKİN
- Emre ARICI
- Ersin ÖZEL
- Esengül PURKULOĞLU
- Esra ENGİN
- Feray ÖZKAN
- Ferda BOLCAL
- Hale ÖZSEMİR SEZER
- Havva ÖZKAN
- Hüsnüye FERAH
- Işıl İNANOĞLU
- İhsan PEHLİVANER
- Kemal TOLGA ÇETİN
- Leyla UZUN
- Meltem GÜRSU, Prof. Dr.
- Merve CANSU
- Nevin AYTEKİN
- Nevzat YURDAKUL, Dr.
- Nilgün NAR
- Okan KARAÇOBAN
- Özgül TUNÇ
- Özlem DERİN
- Pınar GÜNEŞER YAVAŞ
- Pınar YAVAŞ
- Rasım YAZICI
- Rümeyza KAZANCIOĞLU
- Rüstem HASBEK
- Sadettin ÖZCAN
- Sevginar ŞENTÜRK
- Sevginar TIKIZ
- Süleyman BAYSAL
- Ümmühan KAYA
- Yasemin HALİS BÜYÜK
- Yasemin KORKMAZ
- Yunus ÇAKIR
- Yusuf Okan TÜRKDOĞAN
- Zeynep ALPTEKİN
- Zeynep DEMİREL

Teşekkür

SAS Hemodiyaliz Merkezi Seti Çalışma Grubu ve Standartların hazırlanması sürecine katkı sağlayan isimler ile birlikte Sağlıkta Akreditasyon Standartlarının geliştirilmesi amacıyla Türkiye’de tüm kamu ve üniversite hastaneleri bünyesinde hizmet veren diyaliz üniteleri ile özel Diyaliz Merkezleri uzmanlık dernekleri ve meslek örgütlerinin yanı sıra sağlık yöneticileri, sağlık çalışanları, akademisyenler, hasta hakları çalışanları ile hasta ve hasta yakınlarının görüşlerine başvurulmuştur. Bu amaca yönelik olarak hazırlanan Görüş ve Öneri Platformu aracılığıyla elde edilen geri bildirim ve öneriler, çalışmalar esnasında değerlendirilmiştir.

SAS Hemodiyaliz Merkezi Seti çalışmalarında yer alan farklı statüde diyaliz hizmeti veren tüm kurumlar, sivil toplum kuruluşları ve diğer kurumsal paydaşlarımız ile sağlıkta kaliteye gönül veren tüm bireysel paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü



İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	1
► Sunuş	3
Sağlıkta Akreditasyon Standartları	
Hemodiyaliz Merkezi Seti	5
STANDARTLAR VE KILAVUZLAR	19
Boyut ve Bölümler	21
► Yönetim ve Organizasyon.....	45
Organizasyon Yapısı.....	47
Temel Politika ve Etik Değerler.....	52
Kalite Yönetim Yapısı.....	56
Doküman Yönetimi	59
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	64
Risk Yönetimi	66
Eğitim Yönetimi	70
Kurumsal İletişim.....	74
► Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme	77
Göstergelerin İzlenmesi.....	79
► Sağlıklı Çalışma Yaşamı	83
İnsan Kaynakları Yönetimi	85
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	90
► Hasta Deneyimi	93
Temel Hasta Hakları.....	95
Hasta Güvenliği	100
Hasta Geri Bildirimleri	110
Hizmete Erişim	112

► Sağlık Hizmetleri	115
Diyaliz Hizmetleri	117
Hasta Bakımı	125
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	133
Sterilizasyon Yönetimi	142
İlaç Yönetimi	147
Laboratuvar Hizmetleri	153
► Destek Hizmetleri	169
Otelcilik Hizmetleri	171
Tesis Yönetimi	178
Atık Yönetimi	182
Bilgi Yönetimi	185
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	188
Dış Kaynak Kullanımı	194
► Acil Durum Yönetimi	197
Acil Durum Yönetimi	199
► TANIMLAR VE KISALTMALAR	209
► KAYNAKLAR	219
► STANDARTLAR İLE İLİŞKİLİ MEVZUATLAR	227
► EKLER	245
SAS Indicators	247

GİRİŞ



Sunuş



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

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

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

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

Türkiye’de Sağlıkta Akreditasyon çalışmalarının temelleri 2005 yılında Sağlıkta Dönüşüm Projesi kapsamında başlatılan çalışmalara dayanmaktadır. “Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon” hedefi ile yürütülen bu çalışmaların önemli aşamalarından biri, Bakanlığımızca sağlık kurumlarının akreditasyonunda kullanılacak standart setlerinin hazırlanmasıdır. Bu kapsamda hazırlanan ve “Türkiye Sağlıkta Akreditasyon Sistemi”ne ışık tutan standart setlerinden biri de “SAS Hemodiyaliz Merkezi Seti”dir. Hemodiyaliz Merkezlerine yönelik oluşturulan bu set 2 bölümden oluşmakta ve içeriğinde standartlar, değerlendirme ölçütleri ve kılavuzları barındırmaktadır.

Birinci bölümde sağlıkta akreditasyon standartları ile ilgili tarihsel gelişim süreci ve genel bilgilere yer verilmiştir.

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



Akreditasyon sürecine ait temel bilgileri içeren SAS Hemodiyaliz Merkezi Seti, sağlık hizmetinde kalitenin iyileştirilmesi için Diyaliz Merkezleri ve tüm paydaşların yararına sunulmuştur.

Çalışmaya katkı veren tüm paydaşlara teşekkürlerimizi sunar, SAS Diyaliz Merkezi Setinin ulusal ve uluslararası alanda yürütülen diyaliz hizmet sunumuna önemli katkılar sağlamlasını temenni ederiz.

Sağlıkta akreditasyon standartları ekseninde oluşturulan ulusal akreditasyon yapısı ile Sağlıkta Dönüşüm Programı ile hedeflenen sağlıkta kalite yapılanmasının üç ana unsuru da tamamlanmış bulunmaktadır. Ülkemize özgü olarak geliştirdiğimiz sağlıkta kalite yapılanması iki kısımdan oluşmaktadır:

- » Sağlıkta Kalite Sistemi
- » Sağlıkta Akreditasyon Sistemi

Zorunluluk esasına dayanan ve tüm sağlık kuruluşlarını kapsayan Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi, Sağlıkta Dönüşüm Programı kapsamında, T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından ülkemizde sağlık hizmetlerinin kalitesini en üst seviyeye çıkarmak, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamak amacıyla oluşturulmuş bir sistemdir.

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

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

SAS Hemodiyaliz Seti öncelikle hemodiyaliz hizmetlerinde başarı hedeflerini tanımlayan standartları belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle daha önce “SAS Diyaliz Merkezi” olan setin ismi “SAS Hemodiyaliz Merkezi” seti olarak değiştirilmiştir. Standartlar, tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde hizmet veren özerk hemodiyaliz merkezlerine yönelik hazırlanmıştır. Hastane bünyesinde diyaliz hizmeti veren üniteler bu setin kapsamı içerisinde yer almamaktadır.

Set içinde geçen Diyaliz Merkezi ifadeleri Hemodiyaliz Merkezlerini tanımlamaktadır.

Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü

Sağlıkta Akreditasyon Standartları - Hemodiyaliz Merkezi Seti



Standartların Geliştirilmesi

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

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

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

Bu çalışmalar kapsamında hazırlanan standart setlerinden birisi SAS Hemodiyaliz Seti’dir. SAS Hemodiyaliz Seti ISQua tarafından ilk defa Mart 2015 tarihinde akredite edilmiştir. Standartlar ISQua’dan dört yıllığına akredite edilmekte olup, her dört yılda bir setin yeniden akredite edilmesine yönelik çalışmalar yürütülmektedir.

2015 yılı itibari ile Akreditasyon faaliyetleri kapsamında her türlü bilgi ve doküman ile yürütülen tüm iş ve işlemler Bakanlık Makamının 18.10.2015 Tarih ve 26325996/147 Sayılı Oluru ile ve Sağlık Bakanlığınca hazırlanan Sağlıkta Akreditasyon Standart setleri ile standartların uluslararası akreditasyonuna yönelik sorumluluk ve sürece ilişkin tüm belgeleri içeren dosyalar, Bakanlık Makamının 05.10.2021 tarih ve E-26325996-804.01-194 sayılı onayı doğrultusunda TÜSEB



Türkiye Sağlık Hizmetleri Kalite ve Akreditasyon Enstitüsü (TÜSKA)'ne devredilmiştir. TÜSKA, sağlık alanında uluslararası kabul görmüş standartlara ve denetçi eğitim programına sahip, sağlık hizmetlerinde akreditasyon faaliyetleri gerçekleştirmek üzere kanun ile kurulan ilk ve tek ulusal akreditasyon kuruluşudur.

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



Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hemodiyaliz Merkezi Setinin Amacı ve Kapsamı

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

SAS Hemodiyaliz Seti öncelikle hemodiyaliz hizmetlerinde başarı hedeflerini tanımlayan standartları belirlemeyi amaçlamaktadır. Bu nedenle daha önce "SAS Diyaliz Merkezi" olan setin ismi "SAS Hemodiyaliz Merkezi" seti olarak değiştirilmiştir. Standartlar, tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde hizmet veren özerk hemodiyaliz merkezlerine yönelik hazırlanmıştır. Hastane bünyesinde diyaliz hizmeti veren üniteler bu setin kapsamı içerisinde yer almamaktadır.

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Diyaliz Merkezi'nin Hedefleri

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Diyaliz Merkezi Seti, DSÖ Hasta Güvenliği hedefleri, ISQua ilkeleri, dünya genelinde gerçekleştirilen akreditasyon programları ile ülkemiz ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak Diyaliz merkezlerinde kalitenin güvence altına alınması amacıyla şekilde yer alan kalite hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik olarak oluşturulmuştur.



Diyaliz Merkezlerinin sundukları hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için yukarıda sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir.

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

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

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

SAS hedeflerinin tanımlarına aşağıda yer verilmiştir:

- » **Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- » **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- » **Verimlilik:** Üretilen hizmet miktarı ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmıştır.

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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hemodiyaliz Merkezi Setinin Yapısı

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Diyaliz Merkezisinde, 7 Boyut, 29 Bölüm, 54 Standart, 200 değerlendirme ölçütü yer almaktadır.

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

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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hemodiyaliz Merkezinin Boyutlandırılması

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hemodiyaliz Merkezi Setinde yer alan 7 boyut aşağıda yer almaktadır:

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

Boyutların Genel Amaçları ve Kapsamı

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Hemodiyaliz Merkezinde yer alan boyutlar; Diyaliz Merkezlerindeki sunulan hizmetler, yönetim faaliyetleri ve hizmet sürecinde yer alan kişiler baz alınarak kurumun tüm bölümlerini kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

» Yönetim ve Organizasyon

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

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

» Performans Ölçümü ve Kalite Geliştirme

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

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

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

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

» Hasta Deneyimi

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

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

» **Sağlık Hizmetleri**

Diyaliz Merkezinde verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SAS hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amaçlanmaktadır. Bu amaç doğrultusunda diyaliz hizmetleri, hasta bakımı, enfeksiyonların önlenmesi, sterilizasyon hizmetleri, ilaç yönetimi ve laboratuvarı hizmetleri bölümlerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

» **Destek Hizmetleri**

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

» **Acil Durum Yönetimi**

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

Sağlıkta Akreditasyon Standartları Kodlaması

Standartlara bir kimlik kazandırarak izlenebilirliğini sağlamak amacıyla kodlama sistemi geliştirilmiştir.

Kodlama Sistemi

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

Boyutlara ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

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

Her bir bölüme ilişkin kodlar aşağıda yer almaktadır:

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
YO.OY	Organizasyon Yapısı
YO.PD	Temel Politika ve Değerler
YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı
YO.DY	Doküman Yönetimi
YO.OB	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
YO.RY	Risk Yönetimi
YO.EY	Eğitim Yönetimi
YO.Kİ	Kurumsal İletişim
PÖ.Gİ	Göstergelerin İzlenmesi
SÇ.İK	İnsan Kaynakları Yönetimi
SÇ.ÇG	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği
HD.HH	Temel Hasta Hakları
HD.HG	Hasta Güvenliği
HD.GB	Hasta Geri Bildirimleri
HD.HE	Hizmete Erişim
SH.DH	Diyaliz Hizmetleri
SH.HB	Hasta Bakımı
SH.EÖ	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi
SH.İY	İlaç Yönetimi

BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI
SH.LH	Laboratuvarı Hizmetleri
DH.OH	Otelcilik Hizmetleri
DH.TY	Tesis Yönetimi
DH.AY	Atık Yönetimi
DH.BY	Bilgi Yönetimi
DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
DH.DK	Dış Kaynak Kullanımı
AD.AD	Acil Durum Yönetimi

Bir standarda ilişkin kodlama örneği aşağıda yer almaktadır:

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

Standartların Karşılama Düzeyinin Belirlenmesi

Standartların bütüncül bir bakış açısı kullanılarak ve kalite kültürünü geliştiren ve teşvik eden bir nosyon ile uygulanmasına yönelik süreçler, aşağıda belirtilen standart uygulama kriterleri doğrultusunda yürütülür.

1. Kapsam ve Uygulama: Standart/Değerlendirme Ölçütü ile ilgili plan, politika ve süreçlerin tanımlanarak, standardın amacını gerçekleştirmeye yönelik iş ve işlemlerin kurumun ilgili tüm bölümlerinde yerine getirilmesidir.
2. İzlenebilirlik ve Devamlılık: Standart/Değerlendirme Ölçütü ile ilgili süreçlerde yer alan iş ve işlemlerin ve işlem sırasında oluşan bilgilerin geriye dönük ve eşzamanlı olarak takip edilebilmesi ve Standart/Değerlendirme Ölçütü ile ilgili uygulamaların sadece belli dönemlerde ya da zaman dilimlerinde değil, sürekli olmasıdır.
3. Liderlik ve Katılım: Standardın/Değerlendirme Ölçütünün amacını gerçekleştirmeye yönelik olarak, kurumun her düzey yönetim kademesinde çalışanların yönlendirilmesi ve kurum çalışanlarının katılımıyla ilgili uygulamaları bilme, benimseme ve gerçekleştirme düzeyidir.

Çıktılar/Kanıtlar

Belirtilen ilke ve kriterler doğrultusunda gerçekleştirilen çalışmalar sonucunda standarda ilişkin çıktılar elde edilir. Bu çıktılar denetim sürecinde standardın karşılama düzeyinin belirlenmesini sağlayacak her türlü bilgi ve belge niteliğindeki kanıtlardır.

Karşılama Düzeyi Kararının Belirlenmesi

Standartların karşılama düzeyi aşağıdaki ilkeler doğrultusunda belirlenir;

- Karşılama düzeyi kararı standardın kendisi için verilir.
 - Karşılama düzeyine karar verilirken standart, değerlendirme ölçütleri, standart amaç ve hedefleri ile gereklilikleri birlikte bir bütün olarak ele alınır.
 - Standardın karşılama düzeyi kararı, standarda ilişkin uygulamaların uygunluk/uygunsuzluk durumuna göre belirlenir.
 - Bir standarda ilişkin uygunluk/uygunsuzluk kararı, Standart uygulama kriterleri doğrultusunda,
- » Kanıt toplama ilkeleri ve kanıt toplama teknikleri ile hazırlanan kanıtlara odaklanılarak,
- » Karşılama düzeyi kriterlerine göre belirlenir.
- Her bir standardın karşılama düzeyi kararı “karşılıyor,” “kısmen karşılıyor,” “karşılmıyor” olarak üç kategoride belirlenir.

Standartların/değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi kategorileri aşağıda tanımlandığı şekildedir;

- Karşılıyor (K): Uygunsuzluk yok ise ya da var olsa bile Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucu karşılanıyor kararı verilebilir. Uygunsuzluk var olduğunda var olan uygunsuzluğun Matriste belirtilen tanımlara göre sıklığı az, etki alanı bireysel ve risk düzeyi az durumlarda Karşılıyor kararı verilebilir.
- Kısmen Karşılıyor (KK): Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucu Kısmen Karşılıyor kararı verilebilir. Uygunsuzluk var olduğunda var olan uygunsuzluğun Matriste belirtilen tanımlara göre sıklığı orta veya yüksek, etki alanı bazen bireysel bazen sistemsel, risk düzeyi ise az veya orta olduğu durumlarda Kısmen Karşılıyor kararı verilebilir.
- Karşılanmıyor (KM): Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri kapsamında yapılan değerlendirme sonucu Karşılanmıyor kararı verilebilir. Uygunsuzluk var olduğunda var olan uygunsuzluğun Matriste belirtilen tanımlara göre sıklığı orta veya yüksek, etki alanı genellikle sistemsel, risk düzeyi ise orta veya yüksek olduğu durumlarda Karşılanmıyor kararı verilebilir.

Karşılama düzeyi belirlenirken yeterli nitelik ve nicelikte toplanan kanıtlarla standardın amacı ve hedefleri esas alınır. Bu noktada; standart, değerlendirme ölçütleri, standart amaç ve hedefleri ile gereklilikleri birlikte bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Sunulan/elde edilen kanıtların, standart ve değerlendirme ölçütünü “Standart Uygulama Kriterleri” bakımından değerlendirilerek karşılanma düzeyi kararına esas olacak şekilde temsil etmesi sağlandıktan sonra Standart, Değerlendirme Ölçütü, Amaç ve Hedefler ile Standart Gerekliliklerinin mahiyeti dikkate alınarak;

- Standart ve değerlendirme ölçütünün kapsam ve uygulanma düzeyi
- Standart ve değerlendirme ölçütünün uygulamada izlenebilirlik ve devamlılık düzeyi
- Standart ve değerlendirme ölçütü ile ilgili hususlara yöneticilerin liderliği ve çalışanların katılım düzeyi

kriterleri arasından uygun ve ilişkili olanlara göre değerlendirme yapılır.

Elde edilen kanıtlar vasıtasıyla standart veya değerlendirme ölçütü ile ilgili bir uygunsuzluk (eksiklik&yanlışlık) tespit edilmesi durumunda, bu uygunsuzluk “Karşılama Düzeyi Kriterleri”ne göre ele alınmalıdır.

Unutulmaması gereken en önemli husus; “Karşılama Düzeyi Kriterleri”, standarda ilişkin uygunsuzluk tespit edilmesi halinde, standardın karşılanma düzeyine ilişkin doğru karar vermek için kullanılacak temel parametreler olarak düşünülmelidir.

Karşılanma düzeyi kriterleri şunlardır;

- Sıklık Düzeyi
- Etki Alanı
- Risk Boyutu

Sıklık Düzeyi:

Değerlendirilen örneklem bağlamında incelendiğinde, standarda/değerlendirme ölçütüne ilişkin uygunsuzluğun örneklem içindeki sıklığıdır.

Uygunsuzluğun değerlendirilen örneklem içindeki sıklığı;

- Uygunsuzluk yok ya da nadir ise (Seçilen örneklemde % 5 ve altında): AZ
- Az sıklıkta ise (Seçilen örneklemde % 6-15 arasında ise): ORTA
- Çok sık ise (Seçilen örneklemde % 16 ve üzerinde ise): YÜKSEK

Etki Alanı:

Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların, bireysel ya da kısıtlı bir alanda mı sınırlı olduğu, yoksa kurumsal ve sistemsel düzeyde mi etkili olduğunun belirlenmesini ifade eder.

- Uygunsuzluk bireysel veya oldukça sınırlı alanda ise: BİREYSEL olarak belirlenir. Bireysel uygunsuzluklar genellikle çalışanların dikkatsizliği, ihmalkârlığı, mesleklerinin gereklerini yerine getirmemeleri veya başka bir dış faktörden kaynaklanan nedenlerle oluşur. Kurum ya da kuruluşun tasarladığı ve uyguladığı sistem dâhilinde yer almayan ve ayrıca kurum ya da kuruluşun sorumlu tutulamayacağı çalışan veya başka bir dış faktör kaynaklı konuları genellikle içerir.
- Uygunsuzluk kurumsal veya sistemsel düzeyde etkili ise: SİSTEMSEL olarak belirlenir. Kurum ya da kuruluş tarafından tasarlanan sistemin organizasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ile ilgili uygunsuzluklar bu kapsamda değerlendirilir.

Risk Boyutu:

Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların hasta ve çalışan güvenliği ile ilişkisini ifade etmektedir. Burada güvenlikle ilgili doğrudan olan uygunsuzluklar dikkate alınır ancak olumsuzluğun en yüksek potansiyeli göz önünde bulundurulur.

- Hasta ve çalışan güvenliği açısından olumsuzluk yok/çok az (en çok ayakta tedavi edilebilecek olumsuzluklar) ise: AZ
- Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından kısmen olumsuz (ölümcül ya da ciddi olmayan, kronik olumsuzluklara yol açmayacak olumsuzluklar) ise: ORTA

- Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından

Her bir uygunsuzluk için bahsedilen Karşılama Düzeyi Kriterlerine göre tanımlama yapılarak aşağıda yer alan değerlendirme ölçütü karşılama düzeyi matrisinde bu kararların kesişim bölgeleri bulunur. Bulunan bölgeler öz değerlendirme ekibinin kanaati için yönlendirici olup, bu kapsamda, (matristeki tekli ve ikili kararlar) standardın, standart setinin ilgili bölümünün ve hatta diğer bölümlerin ilişkili olanlarının karşılama düzeylerini de dikkate alarak yani bütüncül bir bakış açısıyla karşılama düzeyi kararı verilir.

Değerlendirme Ölçütü Karşılama Düzeyi Kriterleri Matrisi

FAKTÖR	ŞİDDET	KARŞILANMA DÜZEYİ KARARI*		ŞİDDET	FAKTÖR
RİSK BOYUTU	YÜKSEK	KM	KM	Yüksek	SIKLIK DÜZEYİ
	ORTA	KM/KK	KM	Yüksek	
	AZ	K/KK	KM/KK	Yüksek	
	YÜKSEK	KK/KM	KM	Orta	
	ORTA	K/KK	KM/KK	Orta	
	AZ	K	KK/KM	Orta	
	YÜKSEK	K/KK	KK	Az	
	ORTA	K	KM/KK	Az	
	AZ	K	K/KK	Az	
FAKTÖR	ŞİDDET	BİREYSEL	SİSTEMSEL	ŞİDDET	FAKTÖR
ETKİ ALANI					

- » Karşılama Düzeyi Kararında renksiz bölmeler öz değerlendirme ekibinin kanaati sonucu belirlenir. Matris değerlendiricilere ilk kararı vermesini önceler.

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

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

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

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

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

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

Akreditasyon Kararı

- » Standartlara yönelik akreditasyon kararı, başvuru ve öz değerlendirmeyi de içeren denetim sürecine ilişkin diğer tüm hususlar TÜSKA Hemodiyaliz Akreditasyon Program Rehberi doğrultusunda yürütülmektedir.



STANDARTLAR
ve
KILAVUZLAR



Boyut ve Bölümler		SAS HEMODİYALİZ	
Yönetim ve Organizasyon	Performans Ölçümü ve Kalite iyileştirme	HEDEFLER Etkinlik Etkililik Verimlilik Sağlıklı Çalışma Yaşamı Hasta Güvenliği Hakkaniyet/Eşitlik Hasta Odaklılık Uygunluk Zamanlılık Süreklilik	Acil Durum Yönetimi
	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	<ul style="list-style-type: none"> İnsan Kaynakları Yönetimi Çalışan Sağlığı ve Güvenliği 	<ul style="list-style-type: none"> Acil Durum Yönetimi
Hasta Deneyimi	Monitoring of Indicators		Destek Hizmetleri
	Sağlık Hizmetleri		<ul style="list-style-type: none"> Otelcilik Hizmetleri Tesis Yönetimi Atık Yönetimi Bilgi Yönetimi Malzeme ve Cihaz Yönetimi Dış Kaynak Kullanımı
Yönetim ve Organizasyon	Organizasyon Yapısı		Sağlık Hizmetleri
	Temel Politika ve Değerler	<ul style="list-style-type: none"> Monitoring of Indicators 	<ul style="list-style-type: none"> Hemodiyaliz Hizmetleri Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü Sterilizasyon Yönetimi İlaç Yönetimi Hasta Bakımı Laboratuvar Hizmetleri
Yönetim ve Organizasyon	Kalite Yönetim Yapısı		Hasta Deneyimi
	Doküman Yönetimi	<ul style="list-style-type: none"> Organizasyon Yapısı Temel Politika ve Değerler Kalite Yönetim Yapısı Doküman Yönetimi İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Risk Yönetimi Eğitim Yönetimi Kurumsal İletişim 	<ul style="list-style-type: none"> Temel Hasta Hakları Hasta Güvenliği Hasta Geri Bildirimleri Hizmete Erişim

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DIYALİZ MERKEZİ SETİ								
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU		
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)		
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.OY	Organizasyon Yapısı	YO.OY01.00	Diyaliz Merkezi faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	YO.OY01.01	Organizasyon yapısı, kurumsal yönetim, mali yönetim ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler ile tanımlanmalıdır.	
						YO.OY01.02	Organizasyon yapısı kapsamında Organizasyon yapısı kapsamında yer alan birimlerin görev alanları tanımlanmalıdır.	
						YO.OY01.03	Organizasyon yapısında sorumlular belirlenmelidir.	
						YO.OY01.04	Organizasyon amaç ve hedefleri doğrultusunda gerçekleştirilen faaliyetlere yönelik kurumsal plan oluşturulmalıdır.	
						YO.OY01.05	Organizasyon yapısında yer alan tüm birimlerde Diyaliz Merkezi politika, prosedür, süreç ve planların uygulanması sağlanmalıdır.	
	YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.OY02.00	Organizasyon Yapısı	YO.OY02.00	Diyaliz Merkezi, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde izin belgelerine sahip olmalıdır.	YO.OY02.01	Diyaliz Merkezi, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
							YO.OY02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı en az yılda bir kez ve gerektiğinde gözden geçirilmelidir.
							YO.PD.01.01	Diyaliz Merkezinin misyon, vizyon ve etik değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.
							YO.PD.01.02	Diyaliz Merkezi, misyon, vizyon ve etik değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.
							YO.PD.01.03	Misyon, vizyon ve değerleri paralelinde kurumsal amaç ve hedefler belirlenmeli tıbbi ve idari bölümlere ilişkin amaç ve hedefler diyaliz merkezi temel politika ve değerleri ile uyumlu olmalıdır.
YO	Temel Politika ve Değerler	YO.PD	Temel Politika ve Değerler	YO.PD.01.00	Diyaliz Merkezinin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	YO.PD.01.04	Diyaliz Merkezinde kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik hizmet planlaması çevresel ve finansal faktörler de dikkate alınarak yapılmalıdır.	
						YO.PD.01.05	Planlanan amaç ve hedeflere ulaşılmasına yönelik etkin bir bütçeleme (gelir/gider bütçesi) yapılmalıdır.	
						YO.PD.01.06	Diyaliz Merkezi, ortaya koyduğu plan ve bu planların gerçekleştirilmesine yönelik hazırlanan bütçeleri dikkate alarak kurumsal kaynaklarını yılda bir kez gözden geçirmeli ve değerlendirmelidir.	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.PD	Temel Politika ve Değerler	YO.PD.02.00	Diyaliz Merkezi, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlenmelidir.	YO.PD.02.01
						YO.PD.02.02
					Diyaliz Merkezi, hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık yapısı, ulusal ve küresel sağlık sorunları kapsamında hizmet kapasitesini de dikkate alarak sağlığı geliştirici ve teşvik edici programlar düzenlenmelidir.	
					Sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili uygulanan program sonuçları, Diyaliz Merkezi tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkinliği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.KY	Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY.01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	YO.KY.01.01
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
						Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
						YO.KY.01.02
						Yönetsel yapı içinde yer alan personelin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
		YO.KY.01.03				
		Yönetsel yapı tarafından, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.				
		Kalite iyileştirme çalışmalarında asgari aşağıdaki konulara yönelik sorumlular belirlenmelidir:				
		» Çalışan güvenliği				
		» Hasta güvenliği				
» Eğitim						
» Tesis yönetimi						
» Entegrasyon önlenmesi ve kontrolü						
YO.DY.01.01						
Diyaliz Merkezinde tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümanite edilmelidir.						
YO.DY.01.02						
Dokümanların formatı belirlenmelidir.						
YO.DY.01.03						
Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması güncelliği ve muhafazası sağlanmalıdır.						
YO.DY.01.04						
Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.						
YO.DY.01.05						
Diyaliz Merkezinin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.						

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.OB	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	YO.OB.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kala) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	YO.OB.01.01	
					Hasta ve çalışanların güvenliğini etkileyen veya etkileyebilecek istenmeyen olayların bildirilmesi amacıyla bir sistem oluşturulmalıdır.	YO.OB.01.02	
					Olay bazında analiz yapılarak gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	YO.OB.01.03	
							YO.RY.01.01
							YO.RY.01.02
							YO.RY.01.03
							YO.RY.01.04
					YO.RY.01.05		
					YO.RY.01.06		
					YO.RY.01.07		

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
YO	Yönetim ve Organizasyon	YO.EY	Eğitim Yönetimi	YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	YO.EY.01.01	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonun sağlanmasına yönelik sorumlular belirlenmelidir.
						YO.EY.01.02	Eğitim ihtiyaçları; çalışan bazında belirlenmelidir.
						YO.EY.01.03	Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.
						YO.EY.01.04	Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
						YO.Kİ.01.01	Kurumsal iletişim kapsamında; Diyaliz Merkezi yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.
		YO.Kİ	Kurumsal İletişim	YO.Kİ.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	YO.Kİ.01.02	Hedef kitle Diyaliz Merkezi faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.
						YO.Kİ.01.03	Hedef kitede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)	
PÖ	Performans Ölçümü ve Kalite iyileştirme	PÖ.Gi	Göstergelerin izlenmesi	PÖ.Gi.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	PÖ.Gi.01.01	Göstergelerin izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
						PÖ.Gi.01.02	İdari, finansal ve tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri kapsayacak şekilde göstergeler belirlenmelidir.
						PÖ.Gi.01.03	Göstergelere ilişkin kullanılacak verilerin belirlenmesi, toplanması, değerlendirilmesi ve izlenmesine ilişkin hususları kapsayacak şekilde gösterge kartları oluşturulmalıdır.
						PÖ.Gi.01.04	Göstergelerin izlenmesi, değerlendirilmesi ve raporlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
						PÖ.Gi.01.05	Göstergelere ilişkin yapılan analiz sonuçları dikkate alınarak gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
						PÖ.Gi.01.06	Göstergelere ilişkin sonuçları ilgili paydaşlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.
						PÖ.Gi.01.07	SAS kapsamında belirlenen göstergelere ilişkin sonuçları SAS Gösterge Veri Sistemine gönderilmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
SÇ			İnsan Kaynakları Yönetimi	SÇ.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	SÇ.İK.01.01	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.01.03	Yıllık hedefler ve çalışma planları oluşturulmalıdır.
						SÇ.İK.01.04	Çalışanların, çalışma yaşamları ile ilgili görüş ve önerilerini ve memnuniyet düzeylerini tespit etmeye yönelik geri bildirim süreçleri tanımlanmalıdır.
						SÇ.İK.02.01	Diyaliz Merkezi'nin insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda personel temin planı oluşturulmalıdır.
	SÇ.İK.02.02	Personel işe alım süreçleri tanımlanmalıdır.					
	SÇ.İK.02.03	İşe alınan personelin Diyaliz Merkezine uyumlarını sağlamaya yönelik süreçler belirlenmelidir.					
	SÇ.İK.02.04	Çalışanların görev, yetki, sorumlulukları ile görevin gerektirdiği nitelikler ve bu görevlere ilişkin performans kriterleri belirlenmelidir.					
	SÇ.İK.02.05	Çalışanların performans ölçümleri yapılmalı performansın artırılmasına yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve gerekli eğitimler sağlanmalıdır.					
	SÇ.İK.02.06	Diyaliz Merkezi tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazı klinik rehberlerin, çalışanlarca nassı ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.					
	SÇ.ÇĞ.01.01	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ.ÇĞ.01.00	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SÇ.ÇĞ.01.01	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurların yönetimine yönelik sorumlular belirlenmelidir.	
	SÇ.ÇĞ.01.02				Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik risk analizi yapılmalı ve güvenliğin tehdit eden riskten ortadan kaldırılmasına ya da azaltılmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.		
	SÇ.ÇĞ.01.03				Risklere yönelik belirlenen kişisel koruyucu ekipmanın çalışanlar tarafından kullanılmasını sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.		
	SÇ.ÇĞ.01.04				Çalışanların güvenliğini sürekliliğini sağlamaya yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.		
	SÇ.ÇĞ.01.05				Çalışma ortamının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.		

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (ÖÖ)
					Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.	HD.HH.01.01
					Diyaliz Merkezi, sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.	HD.HH.01.02
					Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek diyaliz hizmetleri ve bu hizmetlere ilişkin hasta sorumlulukları ve hasta hakları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.	HD.HH.01.03
					Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın seçimleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmalıdır.	HD.HH.01.04
					Hizmet alınan tüm süreçlerde: hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet alınması yönelik faaliyetler planlanmalıdır.	HD.HH.01.05
					Uygulanacak girişimel işlemler öncesinde ilgili hasta rızası alınmalıdır.	HD.HH.01.06
HD	Hasta Deneyimi	HD.HH	Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Diyaliz Merkezinde sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını güzetecek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HH.01.07
					Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	HD.HH.01.08
					Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.	HD.HH.01.09
					Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve çözümlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	HD.HH.01.10
					Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımını durumunda hasta rızası alınmalıdır.	HD.HH.01.11
					Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik işlemler zamanında ele alınmalı ve çözümlenmelidir.	HD.HH.01.12
					Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hastanın bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	HD.HH.01.13

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
				HD.HG.01.00	Diyaliz Merkezinde sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini güzelecek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HG.01.01
				HD.HG.02.00	Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.	HD.HG.01.02
				HD.HG.03.00	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	HD.HG.01.03
						HD.HG.02.01
						HD.HG.02.02
						HD.HG.02.03
						HD.HG.03.01
						HD.HG.03.02
						HD.HG.03.03
						HD.HG.03.04
						HD.HG.04.01
						HD.HG.04.02
						HD.HG.04.03
						HD.HG.04.04
						HD.HG.04.05
						HD.HG.05.01
						HD.HG.05.02
HD	Hasta Deneyimi	HD.HG	Hasta Güvenliği			

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
HD	Patient Experience	HD.GB	Hasta Geri Bildirimleri	HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüüş, öneri ve şikayetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	HD.GB.01.01	Sistemde, şikayetler ve tüm geri bildirimlerin kabul edilmesi, araştırılması ve çözülmesini içerecek şekilde kapsamlı, yöntem ve araçlar tanımlanmalıdır.
						HD.GB.01.02	Hasta ve hasta yakınları ne şekilde geri bildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.
						HD.GB.01.03	Geri bildirimler değerlendirilmelidir.
						HD.GB.01.04	Geri bildirimlerden elde edilen sonuçlar için gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.
						HD.HE.01.01	Hastanın Diyaliz Merkezine başvuru sürecinde ihtiyaç duyacağı her türlü bilgiye erişebileceği ve başvuru sürecini kolaylaştırıcı şekilde karşılama, yönlendirme ve danışma hizmeti sunulmalıdır.
HD	Patient Experience	HD.HE	Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ve hasta konforunu sağlayacak şekilde ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	HD.HE.01.02	Hastaların diyaliz sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler planlanmalı, hasta tahmin olarak ne kadar süre bekleyeceği, ne zaman muayane olacağı konusunda bilgilendirilmelidir.
						HD.HE.01.03	Yaş, hastalık ve engellilik durumlarına göre hizmetlere ulaşımında ve bekleme alanlarında kolaylaştırıcı tedbirler alınmalıdır.
						HD.HE.01.04	Hizmet sunumu süreçleri hastanın laboratuvar tetkiklerinin gecikmeden zamanında yapılmasını sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
						HD.HE.01.05	Diyaliz merkezlerde mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.DH		SH.DH.01.00	Diyaliz tedavisine yönelik karar ve planlama süreçlerinin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.DH.01.01	Hastaların programlı diyaliz tedavisine alınması karama ilişkin Diyaliz Reçetesi bulunmalıdır.
				SH.DH.01.02		Diyaliz uygulamasına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.	
				SH.DH.02.00	Diyaliz hizmetleri ile ilgili tüm süreçler ve işlemler tanımlanmalıdır.	SH.DH.02.01	Hastanın diyaliz merkezine kabulü, hastanın ve makinenin işleme hazırlanması, diyaliz işleminin uygulanması, sterilizasyon şartlarının sağlanması, diyaliz işleminin sonlandırılması ve hastanın diyaliz merkezinden ayrılması ile tüm süreçler ve işlem basamakları tanımlanmalıdır.
				SH.DH.02.02		Söz konusu süreçler ile ilgili hastaların ve sağlık çalışanlarının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.	
				SH.DH.03.00	Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.DH.03.01	Hastanın işlem öncesi hazırlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
				SH.DH.03.02		Diyaliz makinelerinin işlem öncesi hazırlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
				SH.DH.04.00	Diyaliz seansına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.DH.04.01	Diyaliz işleminin uygulanmasından işlemin sonlandırılmasına kadar geçen süreçlere yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
				SH.DH.04.02		İşlem esnasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
				SH.DH.05.01		Diyaliz tedavisi gören hastalar için tıbbi takip dosyası oluşturulmalıdır.	
				SH.DH.05.02	Diyaliz tedavisi gören hastaların tıbbi takibine yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.DH.05.02	Tüm hastalar ilgili uzman hekim tarafından düzenli olarak takip edilmelidir.
				SH.DH.05.03		Diyaliz hastaların akut ve kronik komplikasyonları hakkında bilgilendirilmesi ve izlenmelidir.	
				SH.DH.06.00	Hasta/Hasta yakını organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda bilgilendirilmelidir.		

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.HB	Hasta Bakımı	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç multidisipliner yaklaşımla bakım sürecindeki tüm sağlık profesyonellerinin katılımını sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
						SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
						SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.
						SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tabosuna göre gözden geçirilerek güncellenmelidir.
						SH.HB.01.05	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
						SH.HB.01.06	Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözümlenmelidir.
						SH.HB.01.07	Hastanın sevki veya tedavinin tamamlanmasına yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
						SH.HB.01.08	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.
						SH.HB.02.01	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.
						SH.HB.02.02	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalıdır.
						SH.HB.03.01	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.
						SH.HB.03.02	Özellikli hasta gruplarına özgü bakım uygulamaları ve işlemler belirlenmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ									
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)		
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.EÖ	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.EÖ.01.01	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar ve görev alanları tanımlanmalıdır.		
						SH.EÖ.01.02	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.		
						SH.EÖ.01.03	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.		
		SH.SY	Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY01.00	Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	SH.SY01.01	Sterilizasyon ünitesinde, işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.
								SH.SY01.02	Yeniden kullanılabilir tıbbi cihaz ve malzemelerin tekrar kullanıma hazırlanması, sterili edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.
								SH.SY01.03	Sterilizasyon işleminin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
						Diyaliz Merkezinde ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesini ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
						ilaçla ilgili tüm süreçlere ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
						Doğru ilaç, doğru zamanda termin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.IY	İlaç Yönetimi	SH.IY01.00	Diyaliz Merkezinde etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.IY01.01
						ilaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.
						ilaçların hazırlama ve transferi aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
						ilaçların uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
						Bilidirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.
						SH.IY01.02
						SH.IY01.03
						SH.IY01.04
						SH.IY01.05
						SH.IY01.06
						SH.IY01.07

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ								
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)	
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.LH.03.00	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	SH.LH.01.01	Laboratuvarda numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanlar numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	
						SH.LH.01.02	Laboratuvarda bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.	
						SH.LH.02.01	Laboratuvarda çalışan testlere yönelik genel bilgi, numune alımı, numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar, test çalışma yöntemi, sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir rehber bulunmalıdır.	
						SH.LH.02.02	Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.	Rehber ilgili sağlık çalışanları tarafından ulaşılabılır olmalıdır.
						SH.LH.02.03		İlgili sağlık çalışanları rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.
						SH.LH.03.01		Test isteminden numunelerin analizine kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
						SH.LH.03.02	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	Test istemine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili hekimlere bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.
						SH.LH.03.03		İlgili sağlık çalışanlarına; numune alımı, numune transferi, numunelerin laboratuvara kabulü ve analiz öncesi hazırlanması ile ilgili eğitim verilmelidir.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	
SH	Sağlık Hizmetleri	SH.LH	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.04.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.04.01	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ) Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
				SH.LH.04.02	Laboratuvarıda bulunan cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	SH.LH.05.01	Hasta sonuç raporlarında bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.
				SH.LH.05.02	Hasta sonuçlarının zamanında ve doğru raporlanması sağlanmalıdır.	SH.LH.05.03	Raporlarda test sonuçlarının yorumlanması ve klinik önerilerin yer almasına yönelik kurallar belirlenmelidir.
				SH.LH.05.04	Panik/Kritik değerlerin etkili ve güvenli şekilde bildirilmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.	SH.LH.05.05	Test numunelerinden artan biyolojik materyalin, işleni tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
				SH.LH.06.00	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	SH.LH.06.01	Numune ve testin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.
				SH.LH.07.00	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.	SH.LH.07.01	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir.
				SH.LH.07.02	Gösterge sonuçları değerlendirilmeli, izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.		

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
DH	Destek Hizmetleri	DH.OH.01.00	Ofislik Hizmetleri	DH.OH.01.00	Yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.01.01
						DH.OH.01.02
						DH.OH.01.03
						DH.OH.01.04
				DH.OH.02.01	Diyaliz Merkezinde çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
				DH.OH.02.02	Diyaliz Merkezinde çamaşır hizmetlerinin etkin şekilde yürütülmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
				DH.OH.02.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.
				DH.OH.03.01	Hasta/hasta yakınlarının kullandıkları fiziksel alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	Diyaliz Merkezinde hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
				DH.OH.03.02	Hasta/hasta yakınlarının kullandıkları fiziksel alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımı sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.
				DH.OH.04.01	Diyaliz Merkezinde hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
				DH.OH.04.02	Diyaliz Merkezinde hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	Diyaliz Merkezinde hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
DH	Destek Hizmetleri	DH.TY	Tesis Yönetimi	DH.TY.01.00	Diyaliz hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	DH.TY.01.01
						Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik sorumlular belirlenmelidir.
						DH.TY.01.02
						Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
						DH.TY.01.03
						Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.
						DH.TY.01.04
Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.						
DH.TY.01.05						
Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.						
DH.TY.01.06						
Diyaliz Merkezi içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.						
DH.TY.01.07						
Hizmet alıcılarının konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.						

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
DH	Destek Hizmetleri	DH.AY	Atık Yönetimi	DH.AY.01.00	Diyaliz Merkezinde üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	DH.AY.01.01
						Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.
						DH.AY.01.02
						Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.
						DH.AY.01.03
	Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolanması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.					
	DH.AY.01.04					
	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.					
	DH.BY.01.01	DH.BY	Bilgi Yönetimi	DH.BY.01.00	Diyaliz Merkezinde etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	DH.BY.01.01
						Bilgi yönetimine ilişkin faaliyetlerin yürütülmesi ve koordinasyonuna yönelik sorumlular belirlenmelidir.
DH.BY.01.02						
Bilgi yönetiminin etkinliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.						
DH.BY.01.03						
Fiziksel olarak saklanan tıbbi kayıtların güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.						
DH.BY.01.04						
Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.						
DH.BY.01.05						
Bilginin zamanlılığı ve sürekliliği sağlanmalıdır.						
DH.BY.01.06						
Bilgi yönetiminin etkin şekilde sağlanabilmesi için çalışanlara eğitim verilmelidir.						

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ							
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU	
DH	Destek Hizmetleri	DH.MC	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımını sağlamalıdır.	DH.MC.01.01	Malzeme ve cihazların yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.
						DH.MC.01.02	Malzemeler ve cihazlar kurumun ihtiyaçlarına göre belirlenerek temin edilmelidir.
						DH.MC.01.03	Malzemelerin uygun koşullarda muhafazası sağlanmalıdır.
						DH.MC.01.04	Cihazların uygun çalışma koşulları için gerekli fiziki şartlar karşılanmalıdır.
						DH.MC.01.05	Çalışanlara malzeme ve cihaz yönetimi kapsamındaki konular ile ilgili eğitim verilmelidir.
		DH.MC.01.06	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.				
		DH.MC.01.07	İhtiyaç duyulan cihazların gerekli bakım, kalibrasyon, ayar ve testten geçirilmelidir.				
		DH.MC.01.08	Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımını için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaştırılabilir olmalıdır.				
		DH.MC.01.09	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.				
		DH.DK.01.01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler Diyaliz Merkezinin temel politika ve değerlerine uygun olacak şekilde belirlenmelidir.				
DH.DK.01.02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreleri tanımlanmalıdır.						
DH.DK.01.03	Dış kaynak kullanımı yolu ile sunulan hizmetlerin Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygun olması sağlanmalıdır.						

SAĞLIKTA AKREDİTASYON STANDARTLARI - DİYALİZ MERKEZİ SETİ						
BOYUT KODU	BOYUT ADI	BÖLÜM KODU	BÖLÜM ADI	STANDART KODU	STANDART	DÖ KODU
						DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ (DÖ)
					Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale yapılmasına yönelik Diyaliz merkezi tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	
				AD.AD.03.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	AD.AD.03.01
						Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
						Müdahale ekibi/ekipleri belirlenmelidir.
						Acil uyarı kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.
						AD.AD.03.04
						AD.AD.04.01
			Acil Durum Yönetimi			Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.
						AD.AD.04.02
					Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik Diyaliz merkezi tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	AD.AD.04.02
						AD.AD.04.03
					Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
						AD.AD.04.04
						Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.
						AD.AD.04.05
						Acil uyarı kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.



Yönetim
ve
Organizasyon



Organizasyon Yapısı



Standart 1

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

Amaç

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



Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Organizasyon Yapısının Oluşturulması

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

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

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

Yönetişim

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

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

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

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

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

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

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

Görev, Yetki ve Sorumlulukları Tanımlanması

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

Birim Sorumlularının Belirlenmesi

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

Kurumsal Planların Oluşturulması

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

Standart 2

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
YO.OY02.00	Diyaliz Merkezi, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	YO.OY02.01	Diyaliz Merkezi, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde kurumsal hizmetler ve personel çalışma durumuna ilişkin gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.
		YO.OY02.02	Tüm hizmetler ve personelin çalışma durumuna ilişkin gerekli yetki ve izin belgelerinin güncel ve geçerli olup olmadığı en az yılda bir kez ve gerektiğinde gözden geçirilmelidir.

Amaç

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

Hedefler

- » Etkililik
- » Etkinlik
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

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

Bu kapsamda;

- » Diyaliz Merkezi ve/veya hizmet alanı düzeyinde gerekli faaliyet izin belgesi, ruhsat vb. bulunmalıdır.
- » Geleneksel, tamamlayıcı ve alternatif tıp uygulamaları ile sağlık hizmeti dışında verilen hizmetler (idari, teknik vb.) de dâhil olmak üzere gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ilgili ülke sağlık politikaları ve mevzuatı ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş (diploma, sertifika, özel alan yetkibelgesi

- vb.) kişilerce sunulmalıdır. Bu yetkilendirme; kurumda hizmet veren kadrolu, geçici görevli, gönüllü veya gönübirlik çalışan tüm personel için bulunmalıdır.
- » Çalışanların çalışma alanlarına yönelik yetki belgeleri doğrulanmalı, belgenin geçerlilik süresi takip edilerek güncelliği sağlanmalıdır.



Temel Politika ve Etik Değerler

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

Amaç

Diyaliz Merkezinin temel politika ve etik değerlerinin belirlenmesi suretiyle kurumun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanmasıdır.

Hedefler

- » Etkinlik
- » Etkililik
- » Verimlilik

Standart Gereklilikleri

Misyon, Vizyon ve Etik Değerlerin Belirlenmesi

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

Temel Politika ve Etik Değerlerin Kamuoyu ile Paylaşılması

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

Amaç ve Hedeflerin Belirlenmesi

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

Hizmet Planlamasının Yapılması

Diyaliz Merkezi faaliyetlerinin planlanmasında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.

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

Standart 2

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

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

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

- Sigara ile mücadele
- Toplumun böbrek sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması
- Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler
- Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme
- Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi
- Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği
- Doku ve organ nakline yönelik bilgilendirme ve işbirliği
- Yaşlı ve engelli hastaların diyaliz uygulamaları
- Bulaşıcı hastalıklar ve önleyici uygulamalar
- Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların diyaliz uygulamaları vb.



Kalite Yönetim Yapısı

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

Amaç

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



Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Kaliteye İlişkin Yönetsel Yapı

- » Diyaliz Merkezinde kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
- » Yönetsel yapıda yer alan kişilerin görev, yetki ve sorumlulukları ile bu yapının dikey ve yatay ilişkileri tanımlanmalıdır.
- » Bu yönetsel yapı ile koordineli çalışacak şekilde bölüm ve/veya süreçler bazında kalite sorumluları belirlenmelidir.
- » Diyaliz merkezinde kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik bir plan oluşturulmalıdır. Faaliyetler bu plan üzerinden düzenli olarak takip edilmeli, güncellenmeli ve ilgili paydaşlarla paylaşılmalıdır.
 - Kalite İyileştirme Çalışmalarının Planlanması, Yürütülmesi ve Koordinasyonu
- » Sağlıkta Akreditasyon Standartları çerçevesinde, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonunu sağlamak üzere aşağıda yer alan asgari faaliyetler yürütülmelidir:
 - Ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve izleme çalışmalarının planlanması ve uygulanmasının sağlanması
 - ✓ Öz değerlendirmeye ilişkin süreçlerin tanımlanması ve uygulanması (yılda en az 2 kez ve tüm süreç ve bölümleri kapsayacak şekilde)
 - ✓ Hasta/çalışan memnuniyet anketlerine yönelik kapsam ve süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
 - ✓ Hasta/çalışan görüş ve önerilerinin alınması ve değerlendirilmesine yönelik süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
 - ✓ Göstergeler aracılığı ile kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik performansın izlenmesi, buradan elde edilen sonuçların iyileştirme amaçlı kullanılmasına yönelik çalışmaların planlanması ve takibi
 - ✓ Performans ve kalite iyileştirme verilerinin üst yönetim ile periyodik olarak paylaşılması

- √ Diyaliz Merkezinde gerçekleştirilen dış değerlendirmelere ilişkin sonuçların izlenmesi ve kurum yararına kullanılması ile ilgili süreçlerin tanımlanması ve uygulanması
- √ Komite çalışmalarının izlenmesi ve ilgili komitelerin koordinasyonu
- Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin tanımlanması, dokümantasyon sisteminin oluşturulması ve sistemin gerektirdiği kurallar çerçevesinde uygulanmasının sağlanması
- • Bölüm ve/veya süreç kalite sorumluları ile işbirliği içinde bölüm ve/veya süreç bazlı yapılan kalite çalışmalarının izlenmesi ve koordinasyonu

Kalite Komiterinin Oluşturulması

- » SAS Diyaliz Merkezi kapsamında asgari aşağıdaki konulara yönelik sorumlular belirlenmelidir. (Diyaliz Merkezi büyüklüğü ve koşullarına göre sorumlular birleştirebilir)
 - Çalışan Güvenliği
 - Hasta Güvenliği
 - Eğitim
 - Tesis Yönetimi
 - Enfeksiyonların Önlenmesi ve kontrolü
- » Sorumluların diğer sorumlularla işbirliği ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Doküman Yönetimi



Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
YO.DY.01.00	Diyaliz Merkezinde kullanılan dokümanların yönetimi sağlanmalıdır.	YO.DY.01.01	Diyaliz Merkezindeki tüm temel fonksiyonlara ilişkin politikalar, prosedürler, süreçler ve planlar dokümante edilmelidir.
		YO.DY.01.02	Dokümanların formatı belirlenmelidir.
		YO.DY.01.03	Dokümanların hazırlanması, kontrolü, onaylanması güncelliği ve muhafazası sağlanmalıdır.
		YO.DY.01.04	Dokümanların ilgililere ulaştırılmasını sağlayacak kurallar belirlenmelidir.
		YO.DY.01.05	Diyaliz Merkezinin takip etmesi gereken dış kaynaklı dokümanların izlenmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

» Etkinlik

» Etkililik



Standart Gereklilikleri

Doküman Yönetim Sisteminin Oluşturulması

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

Hazırlanması Gereken Dokümanların Belirlenmesi

- » Diyaliz Merkezinin tüm temel fonksiyonlarına ilişkin politika, prosedür, süreç ve planlar dokümante edilmelidir.
- » Hazırlanması gereken dokümanlar; Sağlıkta Akreditasyon Standartları, Diyaliz Merkezinin büyüklüğü, hizmet sunum alanları ve süreçleri dikkate alınarak belirlenmelidir.
- » Hazırlanan dokümanlar belirli aralıklarla gözden geçirilmeli ve gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.
- » SAS Laboratuvar Seti doğrultusunda hazırlanabilecek doküman türleri aşağıda listelenmiştir:
 - Prosedür
 - Talimat
 - Rehber
 - Form
 - Plan
 - Rıza Belgesi
 - Liste

- Yardımcı Doküman:
 - ✓ Politika
 - ✓ Protokol
 - ✓ Hedefler
 - ✓ Görev-Yetki-Sorumluluklar
 - ✓ Klinik Rehberler
 - ✓ İş Akışı
 - ✓ İlaç İmha Tutanağı
 - ✓ Toplantı Tutanakları

Dokümanın Formatının Belirlenmesi

- » Tüm dokümanlarda asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
 - ✓ Adı
 - ✓ Kodu
 - ✓ Yayın Tarihi
 - ✓ Revizyon Tarihi
 - ✓ Revizyon Numarası
 - ✓ Sayfa No/Sayfa Sayısı
 - ✓ Hazırlayan - Kontrol Eden - Onaylayan bilgileri
- » Dokümanların orijinal nüshalarında; Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgilerinde; kişi(ler)in, unvan ve imzaları yer almalıdır.

Dokümanların Hazırlanması

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

Dokümanların Kontrolü ve Onaylanması

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

Dokümanların İlgililere Ulaştırılması

- » Dokümanların güncel versiyonlarının etkin şekilde ilgili çalışanlarla paylaşılması sağlanmalıdır.
- » İlgili çalışanlara, hazırlanan dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.

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

Dokümanların Muhafazası

- » Fiziki veya elektronik imzalı tüm orijinal dokümanlar, kalite yönetim birimince muhafaza edilmelidir. Orijinal fiziki dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanmalı ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınmalıdır. Elektronik imzalı dokümanların elektronik ortamda muhafazası ile ilgili kurallar tanımlanmalı, dokümanların güvenliğine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » SAS Diyaliz Merkezi doğrultusunda yapılan çalışmalarını gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanaqları Özdeğerlendirmeler, bakım onarım ve kalibrasyon (ölçümleme) kayıtları, ısı nem takipleri gibi) muhafazasına ilişkin süreçler, bu dokümanların ne kadar süre saklanacağını da içerecek şekilde tanımlanmalı ve bu doğrultuda muhafaza edilmelidir.

Dokümanların Revizyonu

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

- Doküman Kodu
- Yayın Tarihi
- Revizyon Tarihleri
- Revizyon Numarası

Dış Kaynaklı Dokümanın Takibi

Dış kaynaklı dokümanların takibi ve güncelliği Diyaliz Merkezince belirlenen bir metot ile sağlanmalıdır. Diyaliz Merkezi dış kaynaklı doküman takibini sağlayacak sorumluları belirlemelidir.

Dokümanların Arşivlenmesi ve İmhası

Dokümanların arşivlenmesi ve imhası ile ilgili hususlar, ilgili kurallar belirlenmelidir.



İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

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

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

- » Diyaliz Merkezi, hasta ve çalışanlara zarar veren, zarar verme ihtimali olan veya zarar oluşmadan önce fark edilen istenmeyen olayların bildirimini sağla-

arak, olayları analiz etmek, gerekli tedbirleri almak ve hataların tekrarlanmasını önlemek amacı ile bildirim sistemi oluşturulmalıdır.

- » Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda ve ya basılı formlar üzerinden kullanılabilir olmalıdır.
- » Sistem gizlilik esaslı olmalıdır.
- » Sistem kapsamında bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalı ve süreçlere yönelik sorumlular belirlenmelidir.
- » Sistem iki modülde ele alınmalıdır:
 - Hasta Güvenliği Modülü (Hasta yakınları ve ziyaretçilere ilişkin güvenliği tehdit edici hususlar da bu modülde bildirilmelidir.)
 - Çalışan Güvenliği Modülü

Sistem; uygulamanın etkinliğini ve kullanımını artırmak, Diyaliz Merkezinde raporlama kültürü oluşturmak, olaylardan ders çıkarılmasını sağlamak, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmek ve çözümlerin uygulanmasını teşvik etmek amacı ile;

- Çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalı, gerektiğinde isim, yer gibi bilgilerin bildirilebilmesine olanak sağlamalı
 - Gönüllülük esasına uygun olmalı
 - Ulaşılabilir olmalı
 - Kolay kullanılmalı
 - Basit ve anlaşılır olmalı
- » Modüller asgari aşağıdaki bilgileri elde edecek şekilde tasarlanmalıdır:
 - Olayın konusu
 - Olayın anlatılması
 - Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler

Analiz ve İyileştirmeler

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



Risk Yönetimi

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
YO.RY.01.00	Diyaliz Merkezi ve sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	YO.RY.01.01	Diyaliz merkezinde gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.
		YO.RY.01.02	Diyaliz Merkezi ve sunulan hizmetlere ilişkin risklerin yönetilmesini sağlamak üzere risk yönetim planı oluşturulmalıdır.
		YO.RY.01.03	Risk yönetimi planı aşağıdaki hususları kapsamalıdır: » Tıbbi süreçler » İdari süreçler » Teknik süreçler » Hasta » Hasta yakını » Ziyaretçi » Çalışan » Tesis güvenliği » Çevre güvenliği » Finansal süreçler » Stratejik riskler » Paydaşlarla iletişim
		YO.RY.01.04	Risk yönetimi kapsamı dikkate alınarak riskler belirlenmeli, analiz edilmeli ve risk düzeyleri tespit edilmelidir.
		YO.RY.01.05	Belirlenen risk düzeylerine göre gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
		YO.RY.01.06	Belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
		YO.RY.01.07	Risk yönetiminin etkinliğini izlemeye yönelik göstergeler belirlenmeli ve izlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Risk Yönetiminin Kapsamı

Risk yönetimi; aşağıdaki süreçleri kapsamalıdır.

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

Risk yönetimi; diyaliz merkezinde karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir. Risk yönetimine yönelik politika, süreç ve yöntemler, ilgili dokümanlar içinde tanımlanmalıdır.

Risk yönetimi ile ilgili prosedürde asgari aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

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

Risk Yönetim Planı

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

Plan asgari aşağıdaki başlıkları içermelidir:

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

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

Risklerin Belirlenmesi ve Analizi

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

İyileştirme Çalışmaları

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

Risk Yönetimi Etkinliğinin İzlenmesi

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



Eğitim Yönetimi

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	YO.EY01.01	Eğitim faaliyetlerinin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik sorumlular belirlenmelidir.
		YO.EY01.02	Eğitim ihtiyaçları; hasta, hasta yakını ve çalışan bazında belirlenmelidir.
		YO.EY01.03	Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalı ve uygulanmalıdır.
		YO.EY01.04	Eğitim planlarının ve gerçekleştirilen eğitimlerin etkinliği izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Amaç

Diyaliz Merkezinin kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda, hasta/hasta yakını ve çalışanlara yönelik gerekli eğitimlerin etkin ve etkili bir şekilde verilmesidir.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Eğitim Yönetimi

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

Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi

- » Kalite iyileştirme hedefleri doğrultusunda; kimin, hangi konularda, hangi düzey ve kapsamda eğitim ihtiyacı olduğu yılda bir kez ve gerektiğinde belirlenmelidir. Eğitim ihtiyacı olan konular ve kapsamları belirlenirken;
 - Diyaliz Merkezinde kalite iyileştirme kapsamında uygulanan performans değerlendirme sonuçları (öz değerlendirmeler, göstergelerden elde edilen veriler vb.)
 - Önceki eğitimlerden elde edilen etkinlik değerlendirme sonuçları
 - Eğitim faaliyetleri ile ilgili geri bildirimler, talepler, gözlemler değerlendirilmelidir.
- » Eğitim konuları; en az hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, bölüme özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir. Hangi eğitimin, hangi meslek grubuna ve hangi içerikte verileceği belirlenmelidir.
- » Eğitim konuları hasta ve çalışan bazlı olmak üzere 2 kategoride asgari aşağıdaki genel başlıklarda verilmelidir:

Çalışan Eğitimleri

- Kalite Yönetimi

- Hasta Hakları
- Hasta ve çalışan güvenliği
- Hasta odaklı bakım süreci ve felsefesi
- Risk yönetimi
- Personel uyumu
- Cihaz kullanımı ve güvenliği
- Birim bazlı mesleki eğitimler
- Bilimsel yeni gelişmeleri içeren eğitimler
- Sosyal amaçlı eğitimler
- Kişisel gelişim eğitimleri
- Kişisel verilerin korunmasına yönelik eğitimler

Hasta ve Hasta Yakını Eğitimleri

- Sağlığın geliştirilmesi ve teşvikine yönelik eğitimler
- Hastanın bakım ihtiyaçları kapsamında gerekli görülen eğitimler
- Beslenme ile ilgili eğitimler
- Katater, damar yolu bakımı vb yönelik eğitimler
- İlaç ve tıbbi cihaz kullanımı

Eğitimlerin Planlanması ve Uygulanması

- » Eğitim etkinliklerine yönelik içerik oluşturma, yöntem belirleme, uygulama ve değerlendirme süreçlerinin bir sistem dâhilinde düzenlenmesini sağlamak üzere eğitim planları oluşturulmalıdır.
- » Eğitim planları; eğitim ihtiyacının niteliği, ilgili konularda ulaşılmak istenen hedeflerin öncelik durumu, hedeflere erişilebilme süresi, Diyaliz Merkezinin kurumsal politikası ile değişim sürecine yönelik amaç ve hedefleri doğrultusunda kısa, orta ve uzun vadeli şekilde oluşturulmalıdır.
- » Eğitim planlarında asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
 - Eğitimin amaç ve hedefleri
 - Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği
 - Eğitim yöntemi
 - Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi)
 - Eğitimin yeri
 - Eğitimin süresi

- Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar
 - Eğitim için gerekli materyaller
 - Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri
- » Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.
- » Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi gereken durumlarda eğitim planında yer alan konular dikkate alınarak süreç yönetilmelidir.
- » Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitimler, eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir. İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Genel ve bölüm uyum eğitimlerine yönelik rehberler oluşturulmalı, uyum eğitimlerinin göreve başlama sonrası en kısa sürede verilmesi sağlanmalıdır.

Eğitimin Değerlendirilmesi

- » Hazırlanan eğitim planlarına uyum düzeyi izlenmeli, plana uyumun artırılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiği, belirlenen amaç ve hedefler doğrultusunda değerlendirilmelidir.
- » Etkinlik değerlendirmeleri eğitimcinin performansını da kapsamalıdır.
- » Uygulanan eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılacak yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:
- Ön test-son test
 - Öz değerlendirmeler
 - Gözlemler
 - Kişilerle yapılan görüşmeler
 - Bölüm sorumluları ile yapılan değerlendirmeler
 - Anketler
 - Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)



Kurumsal İletişim

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
YO.KI.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	YO.KI.01.01	Kurumsal iletişim kapsamında; Diyaliz Merkezi yapısı, temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.
		YO.KI.01.02	Hedef kitle Diyaliz Merkezi faaliyetleri ve organizasyonu hakkında bilgilendirilmelidir.
		YO.KI.01.03	Hedef kitlede olumlu bir kamuoyu oluşturmak için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.

Amaç

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

Hedefler

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



Standart Gereklilikleri

Hedef Kitle ve İletişim Stratejilerinin Belirlenmesi

- » Hedef kitle, hastane içinde ve hastane dışındaki iletişim paydaşlarını (kurum çalışanları, hasta/hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar vb.) ifade etmektedir.
- » Kurumsal iletişim kapsamında; kurum türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınarak hedef kitle belirlenmeli, hedef kitleye yönelik iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.
- » Hedef kitle, kurum içinde ve kurum dışındaki iletişim paydaşları esas alınarak belirlenmelidir.
- » İletişim stratejisi çerçevesinde Diyaliz Merkezi içinde yer alan hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kapsamda asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - Diyaliz Merkezini oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi ve karar akışı
 - Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı
 - Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim
 - Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim
- » Diyaliz Merkezi dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir. Bu kurallar asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Hasta/hasta yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi
 - Kurum çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi
 - Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi

Hedef Kitlenin Bilgilendirilmesi

- » Belirlenen hedef kitleye özgü bilgilendirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
- » Kurumun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır. Kurumsal web sitesi etkin bir şekilde yönetilmelidir. Web sitesi, güncel, yeterli bilgi içerecek şekilde, kolay erişilebilir ve kullanılabilir olarak hazırlanmalıdır. Hedef kitle asgari aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- Temel politika ve değerler
 - Organizasyon yapısı
 - Hizmet verdiği alanlar
 - Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler
 - İnsan kaynakları
 - Halkla ilişkiler faaliyetleri
 - Randevu alma
 - Diyaliz merkezi içinde hizmete ulaşım
- » Diyaliz Merkezi içi çalışanlar kurumsal iletişimin önemli temsilcileri olması nedeniyle çalışanlara bu konuda eğitim düzenlenmelidir.

Olumlu Kamuoyu Oluşturulması

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

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

Kurumsal İletişim ve Algının İzlenmesi

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

PERFORMANS
ÖLÇÜMÜ ve
KALİTE
İYİLEŞTİRME



Göstergelerin İzlenmesi



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

Amaç

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

Hedefler

Göstergelerin özelliğine göre farklılık göstermektedir.

Standart Gereklilikleri

Gösterge İzlem Sürecinin Tanımlanması

- » Performansı ölçümü ve kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmaları dokümanite edilmelidir.
- » Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite yönetim birimi tarafından koordine edilmelidir.
- » Göstergelerin takibi konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir

Göstergelerin Belirlenmesi

- » Diyaliz Merkezinde, kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamak amacı ile idari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçlere ilişkin kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir.
- » Hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirmek amacı ile kurum hizmet türü ve hasta profiline göre izlenmesi gereken SAS göstergeleri belirlenmelidir.
- » Kurum hasta ve çalışan güvenliği kapsamında kritik öneme sahip herhangi bir sürece yönelik gerçekleştireceği kalite iyileştirme çalışmalarını, gerektiğinde SAS Hemo-Diyaliz Setinde yer alan göstergeler dışında da yeni göstergeler belirleyerek yürütmelidir. Ölçüm sistematığına dahil edilen bu göstergelerin izlem süreci, uygulama ve iyileştirme faaliyetlerinin sonuçlarını da kapsayacak şekilde yürütülmelidir. Kurum belirlediği göstergelerini iyileştirme çalışmalarına katkı sağlaması açısından değerlendirmeli, hangi sıklıkta izlemeye devam edeceğini, izlemin ne zaman sonlandırılacağını vb. yönelik kurallarını tanımlamalıdır.

Gösterge Kartları

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

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

Göstergelerin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

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

Verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik önlemler alınmalıdır.

Analiz ve İyileştirmeler

Verilerin toplanması ve analiz süreçlerine ilgili birim çalışanlarının katılımı sağlanmalıdır. Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır. Göstergelere ilişkin sonuçlar üst yönetim, ilgili çalışanlar, ilgili paydaşlar ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.

SAS Gösterge Veri Sistemi

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



Sağlıklı alışma Yaşamı



İnsan Kaynakları Yönetimi



Standart 1

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

Amaç

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

Standart Gereklilikleri

Yönetim Yapısı ve Üst Yönetim ile İlişkisi

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

Görev, Yetki ve Sorumluluklar

- » Yönetim yapısında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.
- » Ortaya konulması gereken görevlerin ve sorumlulukların yerine getirilmesi için yapıda yer alacak kişilerin hangi niteliklere sahip olması gerektiği de tanımlanmalıdır.

Hedefler ve Planlama

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

Çalışanın Görüş ve Önerileri

- » Çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilerek bunların dikkate alınması ve karar mekanizmalarına katılımlarının sağlanması noktasında geri bildirimlerin hangi kapsamda ve hangi araçlarla elde edileceğinin tanımlandığı bir sistem kurulmalıdır.
- » Çalışanların ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesine yönelik çalışmalar, aşağıdaki gereklilikleri kapsamalıdır:
 - Düzenli yapılan memnuniyet anketleri
 - Çalışanlar ile birebir ve yüz yüze görüşmeler
 - Çalışanların görüş ve önerilerinin alınması

Standart 2

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

Amaç

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

Standart Gereklilikleri

Personel Temini

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

İşe Alım Süreçleri

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

Personelin İşe Uyumu

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

Görev Yetki, Sorumluluklar ve Performans Kriterleri

- » Çalışan veya istihdam edilmesi planlanan personelin önceden tanımlanan işleri içerecek şekilde görevleri, görevlerine ilişkin yetki ve sorumluluk alanları hizmet süreçleri ile uyumlu olarak belirlenmelidir.
- » Çalışanların görevlerini başarı ile yerine getirip getirmediğinin ölçüsü olarak ifade edilen performans kriterleri belirlenmeli ve çalışanlar bu kriterler hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Diyaliz Merkezi tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır.
- » Çalışan performansını artırmaya yönelik hangi eğitimlerin verilmesi ve bu eğitimlerin hangi kapsamda olması gerektiği, çalışanların farklı niteliklerine ve ihtiyaçlarına bağlı olarak belirlenmeli ve eğitimlere yönelik gerekli planlamalar yapılmalıdır. Bu kapsamda verilecek eğitimlerin hedefleri önceden tanımlanmalı, eğitimler sonrasında eğitim hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı ölçülmelidir.
- » Özellikle ekipman ve tıbbi cihazların yalnızca eğitilmiş ve yetkili kişiler tarafından kullanılması sağlanmalı ve eğitim planlarında bu konudaki eğitim ihtiyacı da göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Diyaliz Merkezi tarafından kabul edilen güncel standartlar, protokoller ve kanıt bazlı klinik rehberlerin, çalışanlarca nasıl ve ne kadar kullanıldığı izlenmeli, bu standart ve rehberlerin etkin şekilde kullanımını sağlamaya yönelik eğitimler tanımlanmalıdır.



Çalışan Sağlığı ve Güvenliği

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

Amaç

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

Standart Gereklilikleri

Çalışan Sağlığı ve Güvenliğine Yönelik Sorumlu Belirlenmesi

- » Diyaliz Merkezinde, çalışanlar açısından var olan ya da oluşabilecek güvenlik tehditlerinin tespit edilebilmesi ve bu tehditlere yönelik gerekli tedbirlerin alınabilmesi amacı ile bir sorumlu belirlenmeli ve Diyaliz Merkezinin büyüklüğüne ve güvenlik tehditlerinin oluşturdukları risklere göre çalışmaların etkili, sürekli ve sistematik bir şekilde yürütülmesini ve koordinasyonunu sağlamaya yönelik sorumluluklar tanımlanmalıdır.

Risk Analizleri

- » Öncelikle, Diyaliz Merkezi bazında çalışan güvenliği açısından güvenliği tehdit eden risk faktörleri ve bunların risk dereceleri belirlenerek durum tespiti yapılmalıdır. Riskler ortaya konulduktan sonra tespit edilen tehditlerin öncelik düzeylerine göre ortadan kaldırılması ya da minimuma indirilmesi için gerekli çalışmalar yapılmalıdır.
- » Diyaliz Merkezinde çalışan sağlığı ve güvenliğinin sağlanmasına yönelik olarak asgari aşağıdaki konu başlıkları ele alınmalıdır:
 - Çalışan sağlığı ve güvenliği kapsamında yönetim politikalarının oluşturulması
 - Enfeksiyonların önlenmesi
 - Sağlık taramalarına yönelik planlama ve uygulamaların yapılması
 - Gıda güvenliği
 - Gürültü
 - Aydınlatma
 - Düşmelerin önlenmesi
 - Tesis kaynaklı risklerin yönetilmesi
 - Kesici delici alet yaralanmalarının azaltılması
 - Ergonomik faktörler
 - Çalışana yönelik şiddetin önlenmesi ve şiddet eylemine en kısa sürede müdahale edilmesi
 - Çalışanlar arası mobbingin önlenmesi
 - Çalışan güvenliğini tehdit eden atıkların yönetimi
 - Bağışıklama
 - Gereksiz iş yükünün azaltılması
 - Stres Yönetimi

- » Diyaliz Merkezinde, çalışanların tıbbi, psikolojik ve diğer danışmanlık ile destek hizmetlerini sürekli alabileceği şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- » Çalışanların mesleki kaza ve yaralanmalarının tedavisi ve çalışanların güvenliğini tehdit eden ramak kala yaşanan olaylar ve istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır.

Kişisel Koruyucu Ekipman

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

Kalite İyileştirme

- » Çalışan sağlığı ve güvenliğinin sağlanması için Laboratuvar riskleri doğuran unsurların temelden ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerini planlamalı ve uygulamalıdır.

Çalışma Ortamının Geliştirilmesi

- » Çalışanların fiziksel ortamları, kullandıkları malzeme ve cihazlar, kimyasal, fiziksel ve biyolojik maddeler ve çalışma yöntemleri gibi konularda iyileştirme planları, personelin beklentileri de dikkate alınarak tasarlanmalıdır.
- » Yapılan işler ile çalışanların fiziksel kapasiteleri ve yetkinlikleri arasında uyum sağlanmalıdır.
- » Yeterli sağlık ve güvenlik düzeyine ulaşılması amacı ile çalışanların mesleki gelişimini veya motivasyonunu teşvike yönelik eğitimler ve faaliyetler, birimler ve bölümler arasında çalışanların haberleşme, iletişim ve işbirliğinin etkin olarak sağlanmasına yönelik çalışmalar planlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Diyaliz Merkezinde engelli ve hasta personele yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Çalışana sağlanan imkanların, kolay ulaşılabilir, pratik ve çalışan odaklı olmasına özen gösterilmelidir.

Hasta Deneyimi



Temel Hasta Hakları



Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
HD.HH.01.00	Diyaliz Merkezinde sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	HD.HH.01.01	Hasta ve hasta yakınlarının haklarının korunması, uygulanması ve iyileştirilmesine yönelik yönetsel bir yapı oluşturulmalıdır.
		HD.HH.01.02	Diyaliz Merkezi, sunduğu tüm hizmetler ile bu hizmetlere erişim ve bu hizmetlerin kalitesi hakkındaki bilgileri deklare etmelidir.
		HD.HH.01.03	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek diyaliz hizmetleri ve bu hizmetlere ilişkin hasta sorumlulukları ve hasta hakları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
		HD.HH.01.04	Sağlık hizmeti süreçlerinde, hastanın seçimleri ve tercihlerinin dikkate alınması sağlanmalıdır.
		HD.HH.01.05	Hizmet alınan tüm süreçlerde; hastanın saygı görmesi ve özenle hizmet almasına yönelik faaliyetler planlanmalıdır.
		HD.HH.01.06	Uygulanacak girişimel işlemler öncesinde ilgili hasta rızası alınmalıdır
		HD.HH.01.07	Hasta, kendisi ile ilgili tıbbi dokümanları inceleyebilmeli, talep etmesi halinde dokümanların bir kopyasını alabilmelidir.
		HD.HH.01.08	Hastanın manevi ve kültürel ihtiyaçlarına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
		HD.HH.01.09	Hastanın mahremiyetini sağlamaya yönelik her türlü tedbir alınmalıdır.
		HD.HH.01.10	Hasta ve hasta yakınlarının şikayetlerinin alınması, incelenmesi ve çözülmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		HD.HH.01.11	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.
		HD.HH.01.12	Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözülmelidir.
		HD.HH.01.13	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta veya hasta yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

Amaç

Diyaliz Merkezinin sunduğu hizmetlerde, hastanın ve hasta yakınlarının haklarının güvence altına alınması, hizmetlerin ve süreçlerin bu amaca yönelik olarak düzenlenmesidir.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Uygunluk
- » Süreklilik
- » Hakkaniyet
- » Zamanlılık

Standart Gereklilikleri

Yönetsel Yapı

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

Hizmetler ve Hasta Hakları ile İlgili Bilgilendirme

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

Hastanın Seçimleri ve Tercihleri

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

Hasta Rızası

- » Hastaya, yapılması planlanan her türlü girişimsel işlem öncesinde (diyaliz işlemi, damar içi kateterizasyon vb.) hasta sade ve anlaşılır bir dille bilgilendirilerek rızası kayıt altına alınmalıdır. Hemodiyaliz seansları gibi sürekli tekrarlanan işlemler için yazılı rızanın bir kez alınması yeterlidir.
- » Diyaliz Merkezine kabul edilen, ayaktan acil diyaliz uygulamaları kapsamında başvuran veya ayaktan ilk kez başvuran hasta, tanı ve tedavi sürecinde gerçekleştirilebilecek işlemler hakkında genel olarak bilgilendirilerek rızası alınmalıdır.

- » Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta, işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onayı alınmalıdır. Bu yazılı onay asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir:
 - İşlemi yapacak kişi
 - İşlemden beklenen faydalar
 - İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar
 - Varsa işlemin alternatifleri
 - İşlemin riskleri, komplikasyonları
 - İşlemin tahmini süresi
 - Hastanın adı, soyadı ve imzası
 - İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, ünvanı ve imzası
 - Onayın alındığı tarih ve saat bilgileri
- » Engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.
- » Çocuk hastalar gibi tanı ve tedaviye yönelik karar verme yetkinliğine sahip olmayan hastalar ile acil duruma yönelik düzenleme kurum tarafından tanımlanmalıdır.

Tıbbi Dokümanlara Ulaşabilme

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

Manevi / Kültürel İhtiyaçlar

Diyaliz Merkezi hastaların; kültürel ve manevi değerleri doğrultusunda hizmet almasını sağlamalıdır. Çalışanların, konuyla ilgili uygulamalar hakkında bilgilendirilmesi ve farkındalığının artırılması sağlanmalıdır.

Kültürel gereklilikler doğrultusunda, kadınlar ve erkekler için mahremiyeti sağlamak üzere gerektiğinde düzenlemeler yapılabilmelidir.

Şikayetler

- » Hastalar ve hasta yakınları, şikayet görüş öneri vb. talepleri için nereye, nasıl başvuracakları ve başvuru ile ilgili tüm süreçler hakkında bilgilendirilmeli ve yönlendirilmelidir.
- » Sağlık kuruluşları bu bilgilendirme süreçlerini kamuya açık bir şekilde bilgilendirme ekranları, panolar, web sitesi, vb. aracılığıyla gerçekleştirmelidir.

- » Hasta ve hasta yakını şikayetlerinin zamanında ve adil şekilde alınması, incelenmesi ve çözülmesi sağlanmalıdır.
- » Alınan başvurular ilgili ülke mevzuatı doğrultusunda mümkün ise aynı gün, inceleme gerektiren durumlarda ise en geç 15 gün içerisinde sorunun durumuna yönelik başvuru sahibine bilgi verilmelidir.
- » Şikayetlerin değerlendirilmesine yönelik bir değerlendirme komisyonu kurulmalıdır.

Etik İkilemlerin Çözülmesi

- » Hekim tarafından kararı verilen tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemlerin varlığı durumunda sürecin nasıl yönetilmesi gerektiği önceden tanımlanmalı ve bu doğrultuda çözüme gidilmelidir.
- » Bu gibi etik ikilemlerin söz konusu olduğu durumlarda, hasta ve hekimin birlikte alacağı kararlar doğrultusunda, hasta güvenliğini sağlayacak şekilde ve en kısa zamanda çözüme gidilmelidir.
- » Hekim izni olmadan Diyaliz Merkezinden ayrılan veya tedaviyi kabul etmeyen hastalar olması halinde yapılması gereken işlemler de belirlenmiş olmalıdır.



Hasta Güvenliği

Standart Kodu	Standart	DĐ Kodu	Değerlendirme
HD.HG.01.00	Diyaliz Merkezinde sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gĐzetecek Şekilde dĐzenlenmelidir	HD.HG.01.01	Hasta güvenliğinin sağlanmasına yĐnelik sorumlular belirlenmelidir.
		HD.HG.01.02	Hasta güvenliğini tehdit eden unsurların belirlenmesine yĐnelik risk analizleri yapılmalı ve güvenliği tehdit eden riskleri ortadan kaldırmaya ya da azaltmaya yĐnelik tedbirler alınmalıdır.
		HD.HG.01.03	Hastaların güvenliğinin sĐrekliĐini sağlamaya yĐnelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalıdır.

Amaç

Diyaliz Merkezinin sunduğu hizmetlerde, hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğinin sağlanması ve gĐvenliklerini tehdit edebilecek unsurların Đnceden tespit edilerek, sunulan hizmetlerin ve ortaya konulan sĐreçlerin bu amaca yĐnelik olarak dĐzenlenmesidir.

Hedefler

» Hasta Güvenliği

Standart Gereklilikleri

Hasta Güvenliğine Yönelik Sorumlu Belirlenmesi

- » Diyaliz Merkezinde var olan ya da oluşabilecek güvenlik tehditlerinin tespit edilebilmesi ve tedbirlerin alınabilmesi amacı ile düzenli ve sistematik olarak çalışacak sorumlular belirlenmelidir.
- » Hasta güvenliği ile ilgili sorumluluk alanları; kurumun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak bu alandaki çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlamalıdır.

Hasta Güvenliğine Yönelik Risklerin Değerlendirilmesi

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

Standart 2

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
HD.HG.02.00	Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.	HD.HG.02.01	Kimlik doğrulama yöntemleri ve araçları tanımlanmalıdır.
		HD.HG.02.02	Hasta ve sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.
		HD.HG.02.03	Hasta bakım sürecinde yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Hasta Kimliğinin Doğrulanması

- » Kimlik doğrulama, Diyaliz Merkezinden hizmet alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünü olarak tanımlanabilir.
- » Hastalara yapılan kayıt işlemleri ile tanı ve tedaviye yönelik işlemlerde kimlik doğrulaması yapılmalıdır. Kimlik doğrulamasının hangi işlemde, nasıl ve hangi araçlarla gerçekleştirileceği belirlenmelidir.

Eğitimler

- » Kimlik doğrulama ile ilgili hata kaynakları konusunda sağlık çalışanlarının farkındalığını artırmaya yönelik çalışmalar yapılmalıdır. Çalışanlar, kimlik doğrulamanın amacı ve önemi ile bu konuda belirlenen politika ve uygulamalar konusunda eğitilmelidir.

Standart 3

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

Amaç

Diyaliz Merkezinde hasta düşmelerinin önlenmesi ve düşmelerden kaynaklanan zarar görme riskinin minimuma indirilmesidir.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Uygunluk

Standart Gereklilikleri

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

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

Düşme Riski Değerlendirmesi

- » Hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır. Kurum tarafından, bazı özellikli hastalar risk değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanabilir.
- » Hastaların düşme riski değerlendirmesi hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekimi tarafından yapılmalıdır. Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.
- » Hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır. Morse, Hendrich II, İtali Düşme Riski Ölçeği, Harizmi Düşme Riski Ölçeği (çocuk hastalar için) gibi ulusal ve uluslararası ölçekler bu ölçeklere örnek olarak verilebilir. Belirlenen risk düzeylerine göre alınacak önlemler planlanmalıdır.

Düşme Riskine Göre Alınması Gereken Önlemler

- » Diyaliz Merkezinden hizmet alan tüm hastalar risk değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemlerin alınması sağlanmalıdır.
- » Düşmelere neden olması açısından, belirlenen Diyaliz Merkezi ortamına özgü risklere yönelik asgari aşağıdaki önlemler alınmalıdır:
- » Diyaliz hizmeti sunulan tüm alanlar yalın hale getirilmeli, mekânda gereksiz alet, malzeme ve eşyalar bulundurulmamalı, mekânda yeterli aydınlatma sağlanmalıdır.

- » Hasta yatakları, hasta düşmelerini engelleyecek şekilde konumlandırılmalıdır.
- » Yürüme alanları hasta düşmelerini engelleyecek şekilde kuru tutulmalı, kaygan zeminlerde uyarı levhası bulundurulmalı ve yürüme alanında hareketi engelleyen cisim ve eşyalar bulunmamalıdır.
- » Gerekli yerlerde hastalar için tutunma barları bulundurulmalıdır.
- » Hastaların gözlem sıklığı belirlenmelidir. Hasta/hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.

Düşmelerin İzlenmesi

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

Standart 4

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

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

Çalışanların Nöbet Teslimleri

Diyaliz Merkezinde, nöbet teslim süreçleri tanımlanmalıdır. Nöbet teslim süreçlerinde asgari aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:

- » Nöbet teslimleri; nöbeti devreden ve devralan çalışanlar arasında olacak şekilde en az iki kişi ile yapılmalıdır.
- » Nöbet teslimi sırasında hasta bakım sürecine ilişkin gerekli tüm bilgiler (kullanılan ilaçlar, klinik seyir, hasta bakımı ile ilgili özel durumlar vb.) aktarılmalıdır.

Sözel İstem Uygulaması

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

- » Sözel istem uygulamasından mümkün olduğunca kaçınılmalı, zorunlu durumlar dışında uygulanması sınırlandırılmalıdır.
- » Yazılı isteme imkân tanımayan durumlar söz konusu olduğunda sözel istem alımı kaçınılmaz ise aşağıdaki hususlar çerçevesinde sözel istem alınmalıdır:
 - Diyaliz merkezi sözel istem alımı ile ilgili kuralları net olarak belirlemelidir.
 - Sözel istemlerin hangi durumlarda kullanılabileceği tanımlanmalıdır.
 - Reçetelendirme, yetkilendirme ve reçetenin geçerliliğini sağlamak için bir mekanizma sağlanmalıdır.

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

Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar

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

Hasta Transferinde İletişim

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

Konsültasyon Sürecinde İletişim

- » Diyaliz Merkezi içi ve Diyaliz Merkezi dışı konsültasyonların uygulanmasına ilişkin süreç planlanmalıdır. Asgari aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
- » Tanı ve tedavi için gerekli görülen konsültasyon hizmetlerinin nasıl verileceği belirlenmelidir.
- » Konsültasyona ilişkin kayıtların nasıl tutulacağı belirlenmelidir.
- » Konsültasyon süreci, ilgili primer hekim tarafından kontrol edilmeli ve konsültasyon raporuna göre tedavi süreci yeniden değerlendirilmelidir.

Standart 5

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

Standart Gereklilikleri

Süreçlerin Tanımlanması

Hastaların kurum içi ve kurum dışı güvenli transferine yönelik hususlar tanımlanmalıdır. Tanımlama asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır.

- » Hastaların transferi
- » Özellikli hastaların (Işın tedavisi/kemoterapi alan hastalar, Geriatri hastaları, hamileler ve psikiyatri hastaları gibi) transferi

- » Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar
- » Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı
- » Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması

Hastaların Güvenli Transferine Yönelik Önlemler

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



Hasta Geri Bildirimleri

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

Amaç

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

Hedefler

» Hasta Odaklılık

Standart Gereklilikleri

Geribildirim Sistemi

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

Geribildirim Sistemi ile İlgili Bilgilendirme

- » Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da Diyaliz Merkezi ve personel ile ilgili geribildirimde bulunabilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.
- » Geribildirimlerini ne şekilde, kimler, hangi birimler aracılığıyla ya da hangi araçları kullanarak yapabilecekleri gibi konularda hasta ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.

Geribildirimlerin Değerlendirilmesi

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

Kalite İyileştirmeleri

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



Hizmete Erişim

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

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hakkaniyet
- » Uygunluk
- » Zamanlılık
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Karşılama, Yönlendirme, Danışma

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

Hizmete Erişimde Kolaylaştırıcı Düzenlemeler

- » Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır. İlgili bölümlerde hizmet veren hekimlerin listesi güncel olarak bulunmalı, hastaların muayene olacağı zaman aralığı, randevu ve sonuç verme süreleri Diyaliz merkezi tarafından belirlenmelidir. Hasta veya yakınları randevu ve sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Yaşlı, engelli ve öncelikli ihtiyacı olan hastaların sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik hizmet verilen tüm alanlarda (öncelikli oturma alanları, tanı ve tedavi işlemlerinde öncelik sağlanması, tekerlekli sandalye hizmetleri vb.) düzenlemeler bulunmalıdır.

- » Diyaliz merkezinden hizmet alan yaşlılar, engelliler ve hastalık durumlarına göre yardıma ihtiyaç duyanlara yönelik, hizmet süreçlerinde öncelik tanınmasına ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

Hizmetin Zamanında Sunulması

- » Diyaliz tedavisine erişim süresini uzatacak, hasta güvenliği açısından risk oluşturabilecek, sisteme bağlı sorunların ve kısıtlılıkların tespit edilmesi amacıyla, işlem adımları detaylı şekilde incelenmeli, işlem sürelerinin optimal düzeyde tutulması ve etkinliğin artırılmasına yönelik tedbirlerin alınması sağlanmalıdır.
- » Diyaliz Merkezi, hizmet süreçlerini bu çerçevede değerlendirerek etkinlik, verimlilik ve güvenliği artırmaya yönelik çalışmalarını ve planlarını dokümanete etmelidir.
- » Diyaliz Merkezlerinde mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. Acil nöbet hizmetleri düzenlemeleri ve uygulanacak tedaviler kurum tarafından belirlenmiş olmalıdır.

Sağlık Hizmetleri



Diyaliz Hizmetleri



Standart 1

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.DH.01.00	Diyaliz tedavisine yönelik karar ve planlama süreçlerinin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.DH.01.01	Hastaların programlı diyaliz tedavisine alınması kararına ilişkin Diyaliz Reçetesi bulunmalıdır.
		SH.DH.01.02	Diyaliz uygulamasına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.

Amaç

Diyaliz tedavisine ilişkin tüm süreçlerin programlı bir şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Zamanlılık

Standart Gereklilikleri

Hastaların diyalize alınma kararı (akut veya kronik), hasta raporları ve reçete düzenlenmesi ilgili ülke mevzuatla tanımlanmış, alanında uzman hekim tarafından gerçekleştirilmelidir.

Hasta bazlı tedavi planı hazırlanmalıdır. Tedavi planında asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- Diyaliz tedavi süresi ve sıklığı
- Kuru ağırlık
- Kan akım hızı
- Diyalizat bileşimi ve akım hızı
- Diyalizer seçimi
- AV set seçimi
- Antikoagülasyon türü ve miktarı
- Varsa diyaliz sırasında uygulanan ilaç tedavileri Periton diyalizi yapılacak ise uygulanacak periton diyalizi yöntemi, günlük değişim sayısı, kullanılacak solüsyonların içeriği ve hacmi

Standart 2

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.DH.02.00	Diyaliz hizmetleri ile ilgili tüm süreçler ve işlem basamakları tanımlanmalıdır.	SH.DH.02.01	Hastanın diyaliz merkezine kabulü, hastanın ve makinelerin işleme hazırlanması, diyaliz işleminin uygulanması, sterilizasyon şartlarının sağlanması, diyaliz işleminin sonlandırılması ve hastanın diyaliz merkezinden ayrılması ile tüm süreçler ve işlem basamakları tanımlanmalıdır.
		SH.DH.02.02	Söz konusu süreçler ile ilgili hastaların ve sağlık çalışanlarının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.

Amaç

Diyaliz tedavisinin tüm süreçlerine ilişkin işlemlerin kanıt temelli olarak hazırlanmış rehberler çerçevesinde yürütülmesini sağlamaktır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Hastanın diyaliz merkezine kabulünden merkezden ayrılmasına kadar geçen sürece yönelik süreçler ve işlem basamakları tanımlanmalı ve ilgili dokümanlar çalışanların erişimine açılmalıdır.

Diyaliz Süreçlerinin Tanımlanması

Diyaliz merkezindeki süreçler tanımlanırken, kanıta dayalı bilimsel çalışmalar doğrultusunda ve merkezinin kendi özgün koşullarını yansıtacak şekilde hareket edilmesi gerekmektedir. Diyaliz merkezinin genel çalışma esasları ve merkez dışındaki kritik süreçler haricinde gerekli ise işlemlere özel açıklamalar da yapılmalıdır.

Süreçler tanımlanırken **asgari** aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler verilmelidir:

- » Hastanın diyaliz merkezine kabulü
- » Hastanın ve makinelerin işleme hazırlanması
- » Diyaliz işleminin uygulanması
- » Sterilizasyon şartlarının sağlanması
- » Diyaliz işleminin sonlandırılması
- » Hastanın Diyaliz Merkezinden ayrılması
- » Hastaların tıbbi takibinin yapılması
- » Olası komplikasyonların izlenmesi
- » Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetler
- » Kalite iyileştirme faaliyetleri

Standart 3

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.DH.03.00	Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.DH.03.01	Hastanın işlem öncesi hazırlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.DH.03.02	Diyaliz makinelerinin işlem öncesi hazırlanmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

Amaç

Hastanın Diyaliz Merkezine kabulünden, diyaliz seansına alınmasına kadar geçen süreçlerin kontrol altına alınması suretiyle diyaliz tedavisinin güvenirliliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Etkinlik
- » Uygunluk
- » Hasta Odaklılık

Standart Gereklilikleri

Hastanın İşleme Hazırlanması

Hastanın diyaliz seansı öncesinde işleme hazırlanmasına yönelik kurallar belirlenmiş olmalıdır.

Belirlenen kurallar çerçevesinde hastaların diyaliz reçetesi ve tedavi planının kontrol edilmesi, hastanın ilgili hekim tarafından muayene edilmesi (fiziki muayene, vital bulguların değerlendirilmesi, kilo kontrolü vb.) ve gerekli laboratuvar tetkiklerinin kontrol edilmesi sağlanarak hasta işleme hazırlanmalıdır.

Diyaliz Makinesinin İşleme Hazırlanması

Diyaliz makinesinin diyaliz seansı öncesinde işleme hazırlanmasına yönelik kurallar belirlenmiş olmalıdır.

Diyaliz makinesinin, her diyaliz seansı sonrasında tekrar kullanılmak üzere, iç döngüsünü, su arıtma ve dağıtım sistemini temizlemek üzere dezenfeksiyon işlemleri yapılmalıdır.

Dezenfeksiyon işlemi **asgari** aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde kayıt altına alınmalıdır;

- » Dezenfeksiyon işlemi yapan görevlinin adı, soyadı, imzası
- » İşlemin yapıldığı tarih/saat, işlem süresi
- » İşlemden kullanılan dezenfektanın kimyasal adı

Standart 4

Standart Kodu	Standart	Dö Kodu	Değerlendirme
SH.DH.04.00	Diyaliz seansına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.DH.04.01	Diyaliz işlemin uygulanmasından işlemin sonlandırılmasına kadar geçen süreçlere yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.DH.04.02	İşlem esnasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

Amaç

Diyaliz seansına yönelik süreçlerde kalite iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliği ile hasta güvenliğinin temin edilmesidir.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Diyaliz işleminin uygulanmasından işlemin sonlandırılmasına kadar geçen süreçlere yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.

Diyaliz işlemi **asgari** aşağıdaki kurallar çerçevesinde uygulanmalıdır;

- » Diyalize başlamadan önce hastanın kimlik bilgileri kontrol edilmelidir.
- » Hastalar sorumlu hekim tarafından diyaliz seansı sırasında tıbbi yönden izlenmelidir.
 - Her diyaliz seansında hastanın dosyasına gözlem notu kaydedilmelidir.
 - Her hasta için ayrı takip/gözlem formu hazırlanmalıdır.

İşlem esnasında hasta güvenliğini sağlamaya yönelik **asgari** aşağıdaki tedbirler alınmalıdır;

- » Diyaliz işlemine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.
- » Belirlenen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

Hasta, diyaliz seansı sırasında sağlık durumu ile ilgili meydana gelebilecek değişikliklere hakkında sağlık çalışanına bilgi vermesi konusunda bilgilendirilmelidir.

Standart 5

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.DH.05.00	Diyaliz tedavisi gören hastaların tıbbi takibine yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.DH.05.01	Diyaliz tedavisi gören hastalar için tıbbi takip dosyası oluşturulmalıdır.
		SH.DH.05.02	Tüm hastalar ilgili uzman hekim tarafından düzenli olarak takip edilmelidir.
		SH.DH.05.03	Diyaliz hastaları akut ve kronik komplikasyonlar hakkında bilgilendirilmeli ve izlenmelidir.

Amaç

Diyaliz tedavisi gören hastaların periyodik kontrollerinin yapılarak diyaliz süreçlerinin her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Hasta Dosyası

Merkezde diyaliz tedavisi gören her hasta için ayrı bir hasta dosyası hazırlanmalıdır.

Hasta dosyasındaki bilgiler ilgili ülke mevzuat ile uyumlu olmalıdır.

Uzman Hekim Değerlendirmesi

Tüm hastalar ayda en az bir (1) defa ilgili uzman hekim tarafından kapsamlı olarak değerlendirilmelidir. Bu değerlendirme ilgili diyaliz değerlendirmesinin yanı sıra hastanın diğer medikal problemlerinin değerlendirmesini de kapsamalıdır.

Değerlendirmeye ilişkin asgari aşağıdaki bilgileri içeren kayıtlar tutulmalıdır:

- » Hastanın genel sağlığına ilişkin fizik muayenesi ve öyküsü
- » Diyaliz tedavisine bağlı herhangi bir komplikasyon olup olmadığı
- » Laboratuvar sonuçları
- » Vasküler erişim durumu (Damar içi kateter kontrolü)
- » Beslenme durumu dâhil, uzun vadeli diyaliz tedavisine ilişkin komplikasyonlar
- » Mevcut böbrek nakli durumunun incelenmesi

Hastaların laboratuvar tetkiklerinin ilgili ülke mevzuat doğrultusunda periyodik olarak yapılmasına yönelik süreç planlanmış olmalıdır.

Yapılan laboratuvar tetkiklerinin sonuçları ilgili hekim tarafından değerlendirilmeli, sonuçlarda tespit edilecek anormal bulgulara ilişkin neden-sonuç analizleri çerçevesinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalı ve hasta takip dosyasına kaydedilmelidir.

Diyalizin Olası Komplikasyonlarının İzlenmesi

Diyaliz tedavisi ile ilgili olarak gelişebilecek akut ve kronik komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler konusunda hastalar bilgilendirilmelidir.

Tıbbi takip ve tedavi süreci komplikasyonların engellenmesine ve komplikasyon gelişmesi durumunda gerekli müdahalenin zamanında ve etkin şekilde uygulanmasına yönelik olarak planlanmalıdır.

Kateter takma, kateter değiştirme ve transfüzyon ihtiyacı gibi durumlarda hastanın tedavi sürecinin ilgili kuruluşlar tarafından tamamlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Standart 6

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.DH.06.00	Hasta/Hasta yakını organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda bilgilendirilmelidir.		

Amaç

Tedavisi organ nakli ile mümkün olan diyaliz hastalarının, gerçekleştirilecek organ nakli ile hayatını sürdürmesinin sağlanmasıdır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hakkaniyet
- » Süreklilik

Standart Gereklilikleri

Diyaliz merkezi tarafından, programlı olarak diyalize alınan her hasta, organ nakil merkezine başvurması hususunda bilgilendirilmelidir.

Talep eden hastalar için organ ve doku nakli merkezleri ile koordinasyon sağlanmalıdır.

Hastanın iletişim bilgilerinin güncel olması sağlanmalıdır.

Hasta Bakımı



Standart 1

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	SH.HB.01.01	Hasta bakım uygulamalarına yönelik süreç multidisipliner yaklaşımla bakım sürecindeki tüm sağlık profesyonellerinin katılımını sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
		SH.HB.01.02	Hasta, bakım ihtiyaçları açısından değerlendirilmelidir.
		SH.HB.01.03	Değerlendirme sonuçlarına göre hastalara yönelik bakım planı hazırlanmalıdır.
		SH.HB.01.04	Bakım planı, hastanın klinik tablosuna göre gözden geçirilerek güncellenmelidir.
		SH.HB.01.05	Hasta/hasta yakınlarının bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
		SH.HB.01.06	Tedavi etmeme, tedaviyi geri çekme veya devam ettirmeme gibi bakıma ilişkin etik ikilemler zamanında ele alınmalı ve çözülmelidir.
		SH.HB.01.07	Hastanın sevki veya tedavinin tamamlanmasına yönelik süreçler bakımın sürekliliğini sağlayacak şekilde planlanmalıdır.
		SH.HB.01.08	Hastanın bakım sürecine ait kayıtlar; eksiksiz ve doğru olmalı ve hastanın klinik takibi için gerekli uyarıları içermelidir.

Amaç

Diyaliz Merkezinden hizmet alan tüm hastaların, hasta bakım sürecinin her aşamasında aynı standartta bakım hizmeti almalarını sağlamaktır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Açıklama

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

Hasta Bakım Süreçlerinin Tanımlanması

- » Hasta bakımına yönelik sunulacak hizmetlerin etkinliğini sağlamak amacı ile bakım süreçleri tanımlanmalıdır. Bu tanımlama **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:
 - Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği
 - Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması
 - Planlanan bakımın hastaya uygulanması
 - Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi
 - Gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılması
- » Hastanın bakım ihtiyaçlarının belirlenmesi, bakımın planlanması, uygulanması ve izlenmesi ile ilgili tüm aşamalar, multidisipliner bir anlayış ile bakım ekibinin tüm üyeleri tarafından koordineli bir biçimde gerçekleştirilmelidir. Söz konusu işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.
- » Hasta/hasta yakınının bakım süreçleri ile ilgili kararlara katılımı sağlanmalıdır.

- » Hastalara ilişkin değerlendirme, bakım planı ve izlem sonuçlarının tüm çalışanlarca izlenebilir olması sağlanmalıdır.
- » Hazırlanan bakım planında hasta ile tespit edilen sorunlar, sorunlara yönelik hedefler, alınan önlemler ve yapılan girişimler ile değerlendirmeler izlenebilmelidir.
- » Söz konusu tüm işlemler eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalı ve ilgili çalışanlarca izlenebilir olmalıdır.

Hasta Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi

- » Hastanın bakım ihtiyaçları; her diyaliz seansı öncesinde hastaya bakım verecek sağlık çalışanları tarafından değerlendirilmelidir.
- » Bakım ekibinin tüm üyeleri hastayı kendi hizmet alanı ile ilgili olarak değerlendirmeli ve hastanın bakım ihtiyaçlarını tespit etmelidir.
- » Hastanın bakım ihtiyaçları, tespit edilirken; hasta öyküsü, fiziki muayene var ise tanısal test sonuçları ile birlikte hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. Bu değerlendirmeye hasta/hasta yakını da dahil edilmelidir.
- » Diyaliz seansının tüm aşamalarında (diyaliz işleminin uygulanacağı bölgeye geçici kateter takılması da dahil) belirlenen bakım ihtiyaçlarını da kapsayacak şekilde hasta güvenliğini sağlayacak tedbirler alınmalıdır.

Bakım Planlanmasında Hastanın Sahip Olduğu Klinik Risklerin Göz Önünde Bulundurulması

- » Klinik risk değerlendirmesi kapasamında hastanın kliniğe göre asgari aşağıdaki başlıkları kapsamalıdır.
 - Alerjik risk değerlendirmesi
 - Hastaların güvenli transferi
 - Beslenme durumunun değerlendirilmesi
- » Riskli görülen hastalar için gerekli önlemler alınmalıdır.

Hasta Bakım Planları

- » Bakım planı, hastanın tedavi ve bakım ihtiyaçlarını, bu ihtiyaçlara yönelik hedefleri, uygulamaları ve uygulamaların değerlendirilmesini içeren dokümandır.
- » Hasta bakımı uygulamalarında tedavi ve bakımın sürekliliği esastır. Bakım planları hastanın tedavi sonrası kontrollerini de kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.
- » Hastanın bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler (bakım

ihtiyaçlarının değişmesi, hastaya herhangi bir girişimde bulunulması, kullandığı ilaçların değiştirilmesi vb.) bakım planına eş zamanlı olarak yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir. Bakım planında yapılan güncellemelerden ilgili sağlık çalışanları haberdar olmalıdır.

- » Bakım planı ve uygulanan tedaviler, kayıt altına alınmalıdır.

Hasta/Hasta Yakınının Bakım Sürecine Katılımı

- » Hastaya hizmet veren ilgili sağlık çalışanları, hasta/hasta yakınları ile beklenti, ihtiyaç ve değerlerini gözetecek şekilde iletişim kurmalıdır. Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde pozitif bir diyalog içinde bulunulmalıdır.
- » Hasta/hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler (uyması gereken kurallar, kullanması gereken ilaçlar, beslenmede dikkat etmesi gereken hususlar, kurallara uymaması durumunda oluşabilecek riskler, acil bir durumda ilgili hekime, ne zaman ve nasıl başvuracağı vb. konularda) verilmelidir.
- » Bakım uygulamaları kapsamında hastaya yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta/hasta yakını işlemi uygulayacak kişi tarafından, işlem hakkında bilgilendirilmeli ve yazılı olarak onay alınmalıdır.
- » Hasta bakım sürecinde hastalar kendi bakımlarına katılmaları konusunda teşvik edilmelidir. Hasta/hasta yakınları bakım uygulamalarının seyri ve süreçte dikkat edilmesi gereken konular vb. hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Hasta/hasta yakınının, yukarıda belirtilen hususlara ek olarak merkeze uyumu sağlanmalıdır. Hasta/hasta yakınları; sağlık çalışanlarına nasıl ulaşabilecekleri, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin ne şekilde bilgi alabilecekleri vb. konularda bilgilendirilmelidir.

Hasta Eğitimleri

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

Hastanın Sevk Edilmesi

Belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda başka bir sağlık kurum ya da kuruluşuna sevkine karar verilen hastaların sevk işlemleri, Diyaliz Merkezinin oluşturduğu mevcut plan dâhilinde gerçekleştirilmelidir.

- » Sevk işlemlerinde hasta ve hasta yakınının katılımı sağlanmalı, gerekli bilgilendirmeler yapılmalıdır.

- » Sevk sırasında, hastanın klinik durumu, (varsa) yapılan müdahale, tanı/tedavi işlemleri gibi hasta bakım sürecine yönelik bilgiler doğru ve eksiksiz bir şekilde iletilmelidir.

Hastanın Tedavisinin Tamamlanması

Hastanın tedavisinin tamamlanmasına yönelik işlemler planlanmalıdır.

- » Tedavisi tamamlanan hastalar; tedavi sonrası dikkat edilmesi gereken hususlar (taburculuk sonrası evde bakımı, kullanacağı ilaçlar, varsa diyeti, ve fiziksel aktiviteleri, hareket kısıtları, kontrol gerektiğinde kimlerle iletişime geçebileceği ve bu kişilerin iletişim bilgileri) hakkında bilgilendirilmelidir.
- » Tedavinin tamamlanmasına ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

Hastanın Yaşamının Sona Ermesi

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

Hastaya Ait Kayıtlar

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

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

Standart 2

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

Amaç

Agitated, confused and aggressive patients, patients diagnosed with dementia, delirium or suicide attempt and certain patient groups with psychiatric disorders are among the patient groups that carry a high risk of harming themselves or others. The goal is to prevent the patients from harming themselves or others in the case of existence of the above-mentioned conditions.

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıkli Çalışma Yaşamı
- » Zamanlılık
- » Çalışan Güvenliği
- » Uygunluk
- » Devamlılık

Standart Gereklilikleri

Hastaların Kendine ya da Başkalarına Zarar Verme Riskinin Değerlendirilmesi

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

Alınacak Önlemler

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

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

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

Standart 3

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

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

- » Özellikli hasta grupları için aşağıdaki örnekler verilebilir. Diyaliz Merkezi bu örneklerden yola çıkarak kurumdaki özellikli hasta gruplarını belirlemelidir:
 - Psikiyatri hastaları
 - Işın tedavisi/kemoterapi tedavisi alan hastalar
 - Geriatri hastaları
 - Bağışıklık sistemi baskılanmış hastalar
 - Alerjik hastalar
 - Yenidoğan anomalisi olan hastalar
 - Hamileler
 - Madde bağımlıları
 - İhmal/İstismara uğramış hastalar
 - Çocuk hastalar
 - vb.
- » Özellikli hasta grubuna özgü bakım uygulamalarına yönelik süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Hizmet sunum süreçleri
 - Hizmet verilecek ortam şartları
 - Gerekli ekipmanlar
 - Özel bakım uygulamaları ve işlemler

Özellikli Hasta Gruplarına Özgü Özel Uygulama ve İşlemlerin Belirlenmesi

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

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü



Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü için gerekli tedbirler alınmalıdır.	SH.EÖ.01.01	Enfeksiyonların önlenmesine ve kontrolüne yönelik sorumlular belirlenmeli, sorumluluklar ve görev alanları tanımlanmalıdır.
		SH.EÖ.01.02	Enfeksiyonların önlenmesine ve kontrolüne yönelik program oluşturulmalıdır.
		SH.EÖ.01.03	Enfeksiyonların önlenmesine ve kontrolüne yönelik uygulamaların etkinliği izlenmelidir.

Amaç

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

Hedefler

- » Hasta Güvenliği
- » Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

Enfeksiyonların Önlenmesine ve Kontrolüne Yönelik Komitenin Oluşturulması

Diyaliz merkezinde Enfeksiyon önlenmesine ve kontrolü sürecinden sorumlu bir komite oluşturulmalıdır. Bu komitenin üyeleri; ilgili ülke mevzuatı, diyaliz merkezinin personel kapasitesi, hasta profili ve diyaliz merkezinin ihtiyaçları göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik oluşturulan komitenin sorumlulukları aşağıdabelirtilmiştir.

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

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolüne Yönelik Program Oluşturulması

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

- » Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi
- » El hijyeni
- » İzolasyon önlemleri
- » Diyaliz merkezinde mevcut olan özellikli alanlarda enfeksiyon kontrolü (izolasyon odaları vb.)
- » Akılcı antibiyotik kullanımı
- » Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi
- » Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunmasına yönelik yapılması gereken sağlık taramaları ile bağışıklama işlemlerinin tanımlanması
- » Hava, su ve gıda kaynaklı enfeksiyon kontrol önlemleri
- » Tesis kaynaklı tadilat, onarım, inşaat çalışmalarında enfeksiyonların önlenmesi
- » Salgın veya nadir görülen enfeksiyonlar gibi olağanüstü durumlara yönelik acil durum planları ile buna uygun düzenlemelerin yapılması ve uygulanmanın etkinliğinin izlenmesi

- » Çamaşırhane, yemek hizmetleri, atık yönetimi ve havalandırma sistemleri gibi destek hizmetlerinde enfeksiyonların önlenmesi

Sağlık Hizmeti Süreçlerinin Enfeksiyon Riski Açısından Değerlendirilmesi

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

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

El Hijyeni

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

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

El Hijyeni Kurallarının Belirlenmesi

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

“5 Endikasyon Kuralı”na göre;

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

el hijyeni uygulanmalıdır.

Ayrıca Diyaliz Merkezinde diyaliz işlemi yapılmayan ancak hastaya dolaylı olarak sağlık hizmeti verilen çeşitli alanlar da bulunmaktadır. Sterilizasyon alanları, ilaç, vb. hazırlama bölümleri bu alanlara örnek olarak verilebilir. Hem hasta hem de çalışan güvenliğini sağlamak için bu alanlar da dâhil olmak üzere tüm sağlık hizmeti sunulan alanlara yönelik el hijyeni ile ilgili uyulması gereken kurallar belirlenmeli ve bu kurallar çerçevesinde uygulama yapılması sağlanmalıdır.

El Hijyeni Uyumunun Değerlendirilmesi

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

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

El Hijyeni Uyumunu Geliştirmeye Yönelik Çalışmalar

El hijyeni uyumunu geliştirmeye yönelik asgari aşağıdaki çalışmalar yapılmalıdır:

- » El hijyeni politikasının oluşturulması
- » El hijyeni sorumlularının belirlenmesi
- » Sağlık çalışanlarının cilt bütünlüğünün korunması
- » Eğitimler
- » Hatırlatıcı, uyarıcı mesajlar
- » Malzemeye erişimin kolaylaştırılması
- » Aşağıda bu maddeler ile ilgili bazı hususlara daha detaylı olarak değinilmiştir:

El Hijyeni Politikasının Oluşturulması ve Sorumluların Belirlenmesi

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

Sağlık Çalışanlarının Cilt Bütünlüğünün Korunması

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

Eğitimler

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

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

Malzemeye erişimin kolaylaştırılması

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

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

- » Hasta
- » Sağlık çalışanı
- » Hasta ya da çevresi ile teması içeren bakım ya da tedavi işlemi (hasta alanı içinde)

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

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

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

İzolasyon Önlemleri

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

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

Akılcı Antibiyotik Kullanımı

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

Akılcı Antibiyotik Kullanımı ile ilgili Diyaliz Merkezi bazında gerçekleştirilmesi gereken asgari uygulamalar şunlardır:

Diyaliz Merkezi'nde antibiyotik kullanımı ile ilgili politikalar belirlenmeli, gerekli uygulamalar yapılmalı ve izlenmelidir.

- » Akılcı antibiyotik kullanımı ile ilgili farkındalık oluşturulması, konuyla ilgili gerekli çalışmaların planlanması ve yürütülmesinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı, ekibin görev, yetki ve sorumlulukları belirlenmelidir.
- » Akılcı antibiyotik kullanımı ilkeleri ve uygun antibiyotik profilaksisi ile ilgili rehber hazırlanmalıdır. Uygulamaların rehber doğrultusunda yapılmasını sağlamaya yönelik eğitim, bilgilendirme faaliyetleri vb. düzenlenmeli ve uygulamaların klinik pratiğe yansımaları izlenmelidir
- » Antibiyotik kullanım politikaları belirlenirken uluslar arası ve varsa ulusal ve/veya lokal rehberlerden yararlanılmalı, lokal direnç verileri de göz önüne alınmalıdır.
- » Kurumda antibiyotik kullanımının rehberler doğrultusunda gerçekleştirilme durumu izlenmelidir.

Temizlik, Dezenfeksiyon, Sterilizasyon, Asepsi, Antisepsi

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

Bu süreçlerde;

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

Temizlik

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

Hastane Temizlik Planının Oluşturulması

- » Hastanenin tüm alanlarını kapsayacak şekilde temizlik planı ve ilgili dokümanlar oluşturulmalıdır:

- » Dokümanlarda asgari aşağıdaki konular yer almalıdır:
 - Bölüm ya da alan bazında belirlenen risk düzeyi
 - İlgili alanda kullanılacak temizlik malzemeleri
 - Malzeme ve ekipmanların temizliği ile etkin ve güvenli kullanımına yönelik kurallar
 - Temizlik sıklığı
 - Temizlik kuralları
 - Olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında temizliğin nasıl yapılacağına ilişkin kurallar
 - Temizlik kontrolünün kim tarafından nasıl yapılacağı

Dezenfeksiyon

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

Sterilizasyon

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

Asepsi ve Antisepsi

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

Çalışanların Mesleki Enfeksiyonu

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

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

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

- » Sağlık hizmet sunumunda kullanılan tekstil malzemelerinin temizlenmesi
- » Sağlık hizmeti sunucuları ve hizmet kullanıcılarına sunulan gıdaların temini,

depolanması, hazırlanması ve dağıtılması

- » Sağlık hizmeti sunumunda üretilen enfekte atıkların güvenli şekilde uzaklaştırılması
- » Yaşam sonu hizmetler, varsa morg alanı ve işleyişi
- » Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri

Enfekte Hastaların Kontrolü

Enfekte hastaların diyaliz işlemlerine yönelik asgari aşağıdaki kurallar çerçevesinde düzenleme yapılmalıdır.

- » Enfekte hastalar için kullanılan malzemeler ayrılmalı ve tanımlanmalıdır.
- » HbsAg (+) hasta için kullanılan makineler tanımlanmalıdır.
- » HbsAg (+) hastalar için ayrı bir oda tahsis edilmelidir.

İzleme ve Değerlendirme

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



Sterilizasyon Yönetimi

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.SY01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	SH.SY01.01	Steril ünitesinde işlem basamaklarına göre fiziki alanlar ve bu alanlara yönelik çalışma koşulları tanımlanmalıdır.
		SH.SY01.02	Yeniden kullanılabilir tıbbi cihaz ve malzemelerin tekrar kullanıma hazırlanması, steril edilmesi, depolanması, transferi ve kullanımı ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.
		SH.SY01.03	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.

Amaç

Diyaliz Merkezlerinde yeniden kullanılabilir tıbbi cihaz ve malzemelerin tekrar kullanıma hazırlanması sürecinde sağlık hizmetleri ile ilişkili olarak gelişen enfeksiyon hastalıklarını önlemek ve kontrol altına almak için önemli adımlardan biri olan sterilizasyon işlemlerinin hasta güvenliğinin sağlanması ve kontrol altına alınmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Sterilizasyon Ünitesinde Fiziki Alan ve Koşulların Düzenlenmesi

Sterilizasyon ünitesinde fiziki mekân işlem basamaklarına göre düzenlenmelidir.

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

Sterilizasyon Hizmetinde Süreç Kontrolü

Sterilizasyon hizmeti süreci döngüsel şekilde ilerleyen işlem basamaklarından oluşur:

- » Kullanım alanından kirli alana transfer
- » Kirli malzeme kabul
- » Yıkama-bakım
- » Paketleme
- » Yükleme
- » Sterilizasyon

- » Depolama
- » Dağıtım (Kullanım alanına transfer)
- » Steril malzemenin kullanımı

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

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

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

Diyaliz merkezinde , varsa anlık sterilizasyon uygulamasına yönelik süreçlerini tanımlamalıdır. Tanımlama aşağıdaki hususları içermelidir:

- Anlık sterilizasyon yönteminin hangi durumlarda kullanılacağı
- Sterilizasyon programının hangi tıbbi cihaz ve malzemeleri kapsayacağı
- Sterilizatörden çıktıktan sonra hastaya kullanılmadan önce dikkat edilmesi gereken noktalar
- Çalışanların bilgilendirilmesi
- Çevrimler anlık sterilizasyon programına uygun kimyasal ve biyolojik indikatörlerle izlenmesi
- Tüm sürecin kayıt altına alınması

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

Yıkama, Dezenfeksiyon ve Paketleme Süreçleri

- » Kirli malzemeler, malzeme listesinden sayımı yapılarak sterilizasyon ünitesine kabul edilmeli. ve kayıt altına alınmalıdır.
- » Yıkamada kullanılan ekipman, kimyasallar ve fiziksel parametreler (sıcaklık, konsantrasyon, makine kullanılıyorsa çevrim parametreleri gibi) dekontamine edilecek malzemelerle uyumlu olmalı, yıkama etkinliği düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.
 - Düzenli aralıklarla yıkama etkinliği kontrol edilmelidir.
 - Yıkama etkinliği kontrolü kullanımda olan lümenli aletleri de kapsamalıdır.
 - Malzemeler sayımı yapılarak temiz alana teslim edilmelidir. Paket içeriği,

temizlik, bütünlük ve hasar açısından kontrol edilmeli ve gerekli bakım uygulamaları yapılmalıdır.

- Tıbbi cihaz ve malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.
- Tekstil malzemeler diğer malzemelerden ayrı steril alan paketlenmelidir.
- » Paketlemede kullanılacak malzemeler uygulanacak sterilizasyon yöntemi ile uyumlu olmalı, sterilizasyonun etkinliğini ve steril paketlerin güvenli muhafazasını sağlamalıdır.
- » Paketlerin sterilizasyon cihazına yüklenmesine ilişkin kurallar tanımlanmalı,
- » Sterilizasyon etkinliğini azaltacak şekilde fazla ve sıkışık yükleme yapılmamalıdır.

Sterilizasyon İşlemine Yönelik Kalite Kontrol Çalışmaları

- » Sterilizasyon etkinliğinin izlenmesine yönelik ünite tarafından izlenecek yöntem ve süreçler (parametrik validasyon veya, biyolojik validasyon, ve seçilen validasyon yöntemine uygun rutin kontrol yöntemleri kimyasal ve biyolojik indikatör kullanımı gibi) tanımlanmalı ve uygulanmalıdır.
- » Yıkama ve termal dezenfeksiyon etkinliğini gösteren performans testleri uygulanmalıdır.
- » Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.
- » Sterilizasyon etkinliği kimyasal ve biyolojik indikatörler ile izleniyor ise indikatör kontrol sonuçları takip edilmelidir.
- » İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde işlem indikatörü kullanılmalıdır.
- » Döngü sonrası paketlerin nem ve maruziyet bandı açısından kontrolü sağlanmalıdır.
- » Biyolojik validasyon yapılıyor ise ve biyolojik indikatör uygulaması tanımlanmış ise, tanımlanan kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.
 - Ünitelerde teslim edilen ürünlerin geri çağırılması ile ilgili gereklilikler ve kurallar tanımlanmalıdır.
 - Sterilizasyon ünitesinde kullanılan tüm cihaz ve ekipmanın belirlenen sıklık ve yöntem ile temizlik, bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.

Steril Malzemenin Muhafazası

- » Steril malzemeler steril depolama alanında muhafaza edilmelidir.
- » Havalandırma sistemi, havanın steril depolama alanından pozitif basınçla kirli alana doğru akışı sağlayacak şekilde tasarlanmalıdır. Dış hava ile doğrudan temas olmamalıdır.

- » Steril malzeme depolarında gerekli fiziki koşullar (yer tavan yüksekliği, hava sirkülasyonu, ısı, nem, temizlik vb.) sağlanmalıdır.
- » Steril depodan çıkan malzemeler, paketli açılmasa dahi yeniden steril edilmeden depoya kabul edilmemelidir.
- » Steril malzemelerin üzerinde, sterilizasyon yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmalıdır.
- » Steril malzemenin raf ömrü, paketlenme, kat sayısı, paketlenme gereçleri, diğer koruyucu etkenler (kapalı kutu, toz örtüsü, taşıma arabası gibi), depolama yeri gibi faktörler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Sterilizasyon İşlemlerinin İzlenebilirliği

- » Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.
- » Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgilerin hasta dosyasında bulunması ya da hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığının kaydedilmesi gereklidir. Gerektiğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılabilmelidir.
- » Malzeme ile ilgili kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere ulaşılabilmelidir:
 - Kullanılan indikatörün renk değişikliğinin tespiti (kullanım sırasında kullanıcıların kontrolüne ilişkin kayıt)
 - Hangi tarihte, hangi yöntem ile hangi cihazda ve hangi döngüde steril edildiğine dair bilgi
 - Sterilizasyon cihazına ait bakım, onarım, kalibrasyon kayıtları
 - Cihaz döngü kayıtları
 - Cihaza ilişkin testler (vakum kaçak testi, Bowie Dick test gibi)
 - Biyolojik indikatör sonucu
 - Kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine dair bilgi
 - Hangi aşamada kim tarafından işlemin uygulandığına dair bilgi
 - Her aşamada gerçekleştirilen kalite kontrol çalışmalarına ilişkin kayıtlar
- » Kullanılan steril malzeme hasta ile ilişkilendirilmeli, gerektiğinde geriye dönük olarak hastada kullanılan tıbbi cihaz ve malzemenin sterilizasyon ünitesindeki kayıtlara ulaşılabilmelidir.

İlaç Yönetimi



Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.IY01.00	Diyaliz merkezinde etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	SH.IY01.01	Diyaliz merkezinde ilaç yönetiminin etkin bir şekilde yürütülmesini ve koordinasyonunu sağlayacak bir ilaç yönetim yapısı oluşturulmalıdır.
		SH.IY01.02	İlaçla ilgili tüm süreçlere ait temel ve kritik aşamalar tespit edilmeli ve bunlara ait yöntem ve kurallar belirlenmelidir.
		SH.IY01.03	Doğru ilaç, doğru zamanda temin edilmeli ve ilaçlar için etkin stok yönetimi sağlanmalıdır.
		SH.IY01.04	İlaçlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.
		SH.IY01.05	İlaçların hazırlama ve transferi aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.
		SH.IY01.06	İlaçların uygulama aşamalarında hasta ve çalışan güvenliğine yönelik tedbirler alınmalıdır.



Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
		SH.YC01.07	Bildirim altyapıları ve göstergeler kullanılarak ilaç süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalı, gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Diyaliz Merkezinde etkin bir ilaç yönetim sistemi oluşturmak için öncelikle, yeterli düzeyde dokümantasyon içeren aktif bir yönetim tasarımı oluşturulmalıdır. Bu yönetim tasarımında yer alan kişilerin ilaç güvenliğine ilişkin görev ve sorumlulukları tanımlanmalı, yetkinliklerini iyileştirmek amacıyla gerekli eğitim imkânları sağlanmalıdır.
- » İlaç yönetimine dair dokümanlar, Diyaliz Merkezinin ihtiyaçları ve kritik süreçler gözeticilerle oluşturulmalıdır. Dokümanlar asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - İlaçların temini
 - İlaç yönetiminde yer alan çalışanların görev ve sorumlulukları
 - İlaçların muhafazası
 - İlaç istemleri
 - İlaçların transferi

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

İlaç Yönetiminde İletişim

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

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

İlaçların Temini

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

İlaçların Muhafazası

İlaçlar için depolama alanları; ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm depolama alanlarını kapsamaktadır.

- » Güvenlik ve emniyet açısından depolara sorumlu personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır.
- » Bu alanlarda ilaçların, niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanması gerekmektedir. Bu amaçla, ihtiyaç duyulan iklimlendirme, ışık kontrolü gibi düzenlemeler gerçekleştirilmeli ve fiziki koşulların takibi yapılmalı, elektrik kesintisi gibi olağanüstü durumlarda soğuk zincirin korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
- » İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç ve aşı haricinde malzeme bulundurulmamalıdır.
- » İlaç kutularının hemzemin yerleşimi yapılmamalı, raf alt hizalarının yerden yüksekliği sel veya su basması gibi durumlarda ilaçların etkilenmeyeceği yükseklikte olmalıdır.
- » Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları, kolay kullanılabilir, ulaşılabilir olmalı ve planların güncel tutulması sağlanmalıdır.
 - Yerleşim planının hazırlanması sırasında, özel niteliğe sahip ilaçlar için ayrı alanlar tanımlanmalı, yazılışı/okunuşu/görünüşü benzer ilaçların yerleşiminin birbirine uzak olması sağlanmalıdır.

- » Psikotrop ve narkotik ilaçların güvenliğine yönelik tüm Diyaliz Merkezi alanlarında gerekli muhafaza tedbirleri alınmalıdır.
- » Yüksek riskli ilaçlara yönelik uyarıcılar(etiket vb.) etkin olarak kullanılmalıdır.

İlaç İstemleri

Diyaliz Merkezi, tüm istem aşamaları için yetki, yöntem ve kuralları ilgili ülke mevzuata uygun olarak belirlemelidir. Yapılan istemlerde ilaç adında kısaltma kesinlikle yapılmamalıdır.

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

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

İlaçların Transferi

- » Depolardan ilaçların transferi sırasında kırılma ve dökülmeye karşı önlemler alınmalıdır.
- » İlacın güvenli transferi için gerekli donanım (ilaç taşıma kutuları, forklift benzeri araçlar vb.) temin edilmelidir. Bu donanım, transferi sağlanacak ilacın miktarına göre değişiklik gösterebilir
- » Transferi gerçekleştirecek sağlık personeline ilaçların güvenli transferi ve tehlikeli ilaç kırılmalarına müdahale konusunda eğitim verilmelidir.

İlaçların Hazırlanması

- » Bölünmüş ambalajların (kesilmiş blister tabletler vb.) tanımlanması için tedbirler alınmalı, hazırlanan tüm ilaçların son kullanma tarihleri kontrol edilmeli ve istemleri teyit edilmelidir.
- » Hazırlama esnasında özel teknik/ekipman veya uzmanlık gerektiren (ilaçlar, uzmanı tarafından uygun koşullarda hazırlandıktan sonra uygulama alanına iletilmelidir. Hazırlama esnasında renkli etiketle işaretli ilaçlar için renge ait yönergelere uyulmalıdır.

İlaç Uygulamaları

- » İlaçlar, uygulama öncesi ilaç hazırlama ortamında her hasta için özel olarak hazırlanmalı belirlenen kurallar çerçevesinde dikkatle uygulanmalı ve uygulama işlemi kayıt altına alınmalıdır.

- » İlaç uygulamaları, sadece ilaç uygulamaya yetkili personel tarafından (hekim, hemşire, diyaliz teknikeri, hemşire gözetiminde stajyer vb.) gerçekleştirilmelidir. Uygulama öncesinde hasta kimliği doğrulanmalı ve tedavi bilgileri teyit edilmelidir. Özellikle riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar takip edilmeli, oluşabilecek reaksiyonlara karşı hazırlıklı olunmalıdır.

İzlenebilirlik

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

Laboratuvar Hizmetleri



Laboratuvar testleri için merkez dışından hizmet alımı yapan kuruluşlar da bu bölümde yer alan standartları karşılamakla yükümlüdür. Merkez içinde gerçekleştirilen preanalitik ve postanalitik süreçler, merkez tarafından standartlara göre düzenlenmelidir. Analitik sürece yönelik standartlarla ilgili kayıtlar da merkez tarafından hizmet alımı yapılan kuruluştan talep edilmeli, izlenmeli ve kontrol edilmelidir.

Standart 1

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.LH.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	SH.LH.01.01	Laboratuvarda numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanlar numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		SH.LH.01.02	Laboratuvarda bulunan tüm alanlarda sağlıklı çalışma ortamı sağlanmalıdır.

Amaç

Laboratuvarda; hastaya ait numunenin uygun koşullarda teslimi, saklanması, analiz edilmesi, test sonuçlarının uygun şekilde raporlanmasını sağlayacak şekilde fiziki koşulları yapılandırmak ve laboratuvar personeli için sağlıklı bir çalışma ortamı oluşturmaktır.

Hedefler

» Hasta Güvenliği

» Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Standart Gereklilikleri

- » Laboratuvarıda; numunelerin kabulü, analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası saklanması, arşivlenmesi, sonuçların raporlanması gibi süreçler için gerekli alanlar, bu alanlara yönelik gerekli fiziki koşullar (alan büyüklüğü, alanın etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama, ortam sıcaklığı, ortam nem oranı, havalandırma koşulları, giriş ve çıkışa yönelik düzenlemeler, acil durumlara yönelik düzenlemeler vb.) belirlenmelidir.
- » Alanlara yönelik belirlenen koşulların sağlanması için gerekli kontroller yapılmalı ve izlenmelidir.
- » Laboratuvarıda test güvenliği ve çalışan güvenliği için gerekli ekipmanın temini ve uygun koşullarda kullanımı sağlanmalıdır.

Standart 2

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.LH.02.00	Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.	SH.LH.02.01	Laboratuvarıda çalışılan testlere yönelik genel bilgi, numune alımı, numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar, test çalışma yöntemi, sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgilerin yer aldığı bir rehber bulunmalıdır.
		SH.LH.02.02	Rehber, ilgili sağlık çalışanları tarafından ulaşılabilir olmalıdır.
		SH.LH.02.03	İlgili sağlık çalışanları rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.

Amaç

Laboratuvar dışı süreçlerde test güvenliğinin sağlanması için test sürecinde yer alan sağlık çalışanlarının doğru ve etkin bir şekilde bilgilendirilmeleri ve gerekli dokümana ulaşabilmelerinin sağlanmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Test istemi yapılmasından sonucun hasta yararına kullanılmasına kadar geçen sürece yönelik bilgilendirici bir rehber hazırlanarak ilgili çalışanların erişimine açılmalıdır.

Laboratuvar Test Rehberinin Hazırlanması

- » Bilimsel veriler doğrultusunda laboratuvarın kendi özgün koşullarını yansıtan, çalışılan testlerin tümünü kapsayan test rehberi hazırlanmalıdır.
- » Laboratuvar test rehberi asgari aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir:
 - Laboratuvarda çalışılan testlere yönelik genel bilgi
 - Numune alımı
 - Numunelerin transferi
 - Numunelerin laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar
 - Test çalışma yöntemi
 - Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler
- » Laboratuvar test rehberi; laboratuvarın genel çalışma esasları ve laboratuvar dışındaki kritik süreçler ile ilgili genel bilgileri içermeli, ayrıca gerekli ise testlere özel açıklamalar da yapılmalıdır.

Laboratuvar Test Rehberinin Ulaşılabilirliği ve Bilgilendirme

- » Laboratuvar test rehberinin güncel versiyonu; test isteminin yapılmasından sonucun hasta yararına kullanıldığı alana kadar her noktada ulaşılabilir olmalıdır.
- » İlgili çalışanlar, rehberle nasıl ulaşacakları ve rehberi nasıl kullanacakları konusunda bilgilendirilmelidir.

Standart 3

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.LH.03.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.03.01	Test isteminden numunelerin analizine kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.LH.03.02	Test istemine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili hekimlere bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.
		SH.LH.03.03	İlgili sağlık çalışanlarına; numune alımı, numune transferi, numunelerin laboratuvara kabulü ve analiz öncesi hazırlanması ile ilgili eğitim verilmelidir.

Amaç

Test isteminden, numunelerin analizine kadar geçen süreçlerin kontrol altına alınması suretiyle laboratuvar sonuçlarının doğruluğu ve güvenilirliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Bu standarda ilişkin gereklilikler prepreanalitik süreç ile preanalitik süreci kapsamaktadır.

Test İstemi

- » Laboratuvar tarafından; klinisyenin doğru test istemini yapmasını sağlamaya yönelik olarak; test rehberinde endikasyonlar hakkında bilgi verilmesi, sözel

- “ bilgilendirmeler, eğitimler vb. araçlar ile bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır.
- » Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.

Numune Alımı

- » Hastanın tanısının konması ve tedavisinin şekillendirilmesinde aciliyet arz eden testler haricindeki diğer testler için; hastalık evresi, sirkadiyen ritim, açlık-tokluk durumunun etkileri vb. bilimsel gereklilikler göz önünde bulundurularak numune alımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
- » Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır.
- » Numunenin alındığı zaman doğru şekilde kaydedilmelidir.
- » İstem yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi BYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir.
- » Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.

Numune Transferi

- » Alınan numunelerin laboratuvara taşınması sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi (manuel yöntemler, pnömatik sistem vb.), uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı vb. hususlar konusunda bilgilendirme yapılmalıdır.
- » Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir.
- » Numune transferi görevli personel tarafından yapılmalı, transferin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.
- » Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim ve diğer sağlık personeli tarafından, numune alımı ve transferi ile ilgili kurallara uyulmalıdır.

Numunelerin Laboratuvara Kabulü ve Analize Hazırlanması

- » Testlerin güvenilir sonuçlar vermesi için, teslim alınan numunelerin, belirlenen ölçütlere uygunluğunun değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeye göre numunelerin kabul veya reddedilmesi yönünde düzenlemeler yapılmalıdır.
- » Numunelerin kabul veya reddi ile ilgili kayıtlarda tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır.
- » Numuneler laboratuvara kabulü yapılmadan çalışmaya alınmamalıdır.

- » Numunelerin kabul veya reddi bilgi yönetim sistemi üzerinden yapılmalıdır.
- » İlgili personel kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitilmelidir.
- » Reddedilen numunelerle ilgili olarak, ret sebepleri ve numunenin alındığı bölüm bilgilerini içerecek şekilde analizler yapılmalı, gerekli görülen düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır.
- » Test bazında numunelerin analiz öncesi işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.

Standart 4

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.LH.04.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.04.01	Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçlerine yönelik işleyiş ve kurallar tanımlanmalıdır.
		SH.LH.04.02	Laboratuvarda bulunan cihazların etkili ve güvenli kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Amaç

Laboratuvar analitik süreçlerine yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerinin sürekliliği ile hasta güvenliğinin temin edilmesidir.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Laboratuvar analitik süreci aşağıdaki konuları kapsamaktadır:

- » Testlerin Çalışılması
- » Cihaz Yönetimi
- » Kalite Kontrol Çalışmaları

Testlerin Çalışılması

- » Test çalışma sürecinin standardizasyonunun sağlanması ve çalışma sürecinin kontrol altına alınması amacı ile bu sürece ilişkin bilgilendirici ve test çalışma sürecinin tüm aşamalarını kapsayacak şekilde kapsamlı dokümanlar oluşturulmalıdır.
- » Bu dokümanlar asgari aşağıdaki alt süreçleri içermelidir:
 - Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması
 - Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü
 - Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları
 - Test süreci
 - Sonucun onaylanması
- » Test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda doküman revize edilmelidir. Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

Cihaz Yönetimi

- » Laboratuvarda test çalışma sürecinde kullanılan tüm cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
- » Cihazlara yönelik tanımlayıcı bilgiler kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Cihazın adı
 - Cihazın markası ve modeli
 - Üretim ve hizmete girdiği tarihi
 - Seri numarası
 - Temsilci firma bilgisi
- » Cihazın test çalışma süreci ile ilgili bilgilerini içeren bir dosya hazırlanmalı, dosyadaki bilgilerin güncel olmasına ve çalışanlar tarafından anlaşılabilir olmasına dikkat edilmelidir. Bu dosyada asgari aşağıdaki bilgi ve dokümanlar yer almalıdır:
 - Kullanım kılavuzu veya CD'si
 - Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları ve sertifikaları
 - Varsa kalite kontrol sonuçları
 - Cihaz bakım formları
 - Arıza bildirim formları
 - Firma iletişim bilgileri
 - Kullanıcı eğitim sertifikaları

- » Kullanıcılara, cihaz kullanımı, cihazın bakım ve temizliği, cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği gibi konularda eğitim verilmelidir.
- » Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.

Kalite Kontrol Çalışmaları

- » Kalite kontrol çalışmaları laboratuvar uzmanı sorumluluğunda laboratuvar test sürecinin güvenilirliğini sağlamak, istenen amaca uygun nitelikte sonuç verdiği test etmek ve kontrol altında tutmak amacı ile gerçekleştirilen uygulamalardır.

İç Kalite Kontrol Çalışmaları

- » İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı veya benzer özellikleri taşımalı, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
- » İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma periyodu, test prospektüsü ya da uluslararası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.
- » Test çalışma sürecinde bir değişiklik olması durumunda, cihaz arızaları bakım ve kalibrasyon çalışmaları sonrasında da iç kalite kontrol çalışması yapılmalıdır.
- » İç kalite kontrol sonuçları ile ilgili olarak hangi değerlerin uygun olarak kabul edileceği belirlenmelidir. Uygun olmayan sonuçlar için düzeltici/önleyici çalışmalar yapılmalıdır.
- » İç kalite kontrol çalışmasında uygun olmayan sonuçlar elde edilmiş ise hasta numuneleri çalışılmamalıdır.
- » İç kalite kontrol çalışma sonuçları elektronik ortamda veya basılı kopya olarak kayıt edilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için; tarih ve saat, test sonucu, uygun olmayan sonuçlar için yapılan düzeltici önleyici faaliyetlere ilişkin sonuçlar yer almalıdır.
- » İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.

Dış Kalite Değerlendirme Çalışmaları

Laboratuvarda çalışılan hangi testler için hangi dış kalite programına dâhil olunacağı belirlenmeli ve üyelik sonrası programın gerektirdiği çalışma koşullarına uygun olarak dış kalite değerlendirme çalışması yapılmalıdır.

Dış kalite değerlendirme çalışmalarında aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir:

- » Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.
- » Dış kalite değerlendirmesi için çalışılan test numunesinin artması durumunda kalan numune, test sonuçlanıncaya kadar uygun koşullarda saklanmalıdır.

- » Dış kalite değerlendirme programı tarafından gönderilen değerlendirme sonuçları laboratuvar uzmanı tarafından değerlendirilmelidir.
- » Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
- » Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, sorun var ise kaynağı ve varsa yapılan düzeltici önleyici faaliyetler kayıt altına alınmalıdır.

Standart 5

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.LH.05.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	SH.LH.05.01	Hasta sonuç raporlarında bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.
		SH.LH.05.02	Hasta sonuçlarının zamanında ve doğru raporlanması sağlanmalıdır.
		SH.LH.05.03	Raporlarda test sonuçlarının yorumlanması ve klinik önerilerin yer almasına yönelik kurallar belirlenmelidir.
		SH.LH.05.04	Panik/Kritik değerlerin etkili ve güvenli şekilde bildirilmesine yönelik süreç tanımlanmalıdır.
		SH.LH.05.05	Test numunelerinden artan biyolojik materyalin, işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

Amaç

Sonuçların onaylanmasından sonra gerçekleşen test süreçlerinde sonuçların hasta yararına kullanılması ve hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik gerekli tedbirlerin alınmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Sonuçların onaylanmasından sonra gerçekleşen laboratuvar dışı süreçler post-analitik ve postpostanalitik süreçlerden oluşmaktadır. Bu süreçler; hasta sonuçlarının raporlanması ve sonuçların hasta yararına kullanılması konularını kapsamaktadır.

Hasta Sonuç Raporları

- » Laboratuvar tarafından sonuç raporlarında asgari bulunması gereken bilgiler belirlenmelidir.
- » Sonuç raporlarında asgari bulunması gereken zaman parametreleri şunlardır:
 - Numunenin alındığı tarih ve saat
 - Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat
 - Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- » Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerileri alınmalıdır. Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.
- » Test sonuçlanma süreleri ve bu süreler ile ilgili bilgilendirme yapılması konusundaki asgari gereklilikler şunlardır:
 - Test sonuç verme süreleri diyaliz merkezi koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.
 - Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi esas alınmalıdır. Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa sonuç verme süresi esas alınmalıdır.
 - Belirlenen süreler konusunda ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.
 - Hastalar sonuç alma süreleri konusunda bilgilendirilmelidir.

- Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları vb.) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.
- » Laboratuvar tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde ve gerekli görülen durumlarda klinisyene yönelik sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği sağlanmalıdır. Sonuçların yorumlanmasına ilişkin bilgi ve yönlendirme desteği kapsamında ele alınabilecek bazı uygulamalar şunlardır:
 - Referans aralıklar
 - Panik ya da kritik değerde bulunan test sonuçlarının zamanında bildirilmesi
 - Çalışma yöntemi ile ilgili bilginin test rehberinde bulunması
 - Laboratuvar uzmanının yorum ve önerilerinin eklenmesi
 - Ek test uygulamaları
 - ✓ Belli bir test için sonuç belirli bir aralıkta veya değerde çıktığında önce den klinisyen ve laboratuvar uzmanı tarafından belirlenmiş ve sisteme tanımlanmış olan testin çalışılması (refleks testler)
 - ✓ Laboratuvar uzmanı tarafından hastanın klinik durumu ve test sonuçları ile ilişkili hastaya özgü değerlendirme sonucunda eklenmesi önerilen testler (yansıma testler)
 - Sonuç raporunda numune ve testle ilgili laboratuvar süreçlerinin izlenebilirliğinin gösterilmesi (asgari bulunması gereken zaman parametreleri)
 - Düzenli yapılan toplantılarda (klinik ve laboratuvar branşlarının katılımı ile) özellikli olguların test sonuçları ile tanı ve tedavi süreçlerinin tartışılması
- » Sonuçların yorumlanması ile ilgili dikkat edilmesi gereken hususlar şunlardır:
 - Açıklayıcı metin/yorum ekleme yetkisi sadece ilgili laboratuvar uzmanının sorumluluğunda olmalıdır.
 - Laboratuvar uzmanları, bu alanda kullandıkları bilginin, kanıta dayalı, yeterli ve güncel olmasına dikkat etmelidirler.
 - Sonuç raporlarının gereksiz bilgi ile karmaşık hale gelmesi engellenmelidir.

Panik/Kritik Değer Bildirimi

- » Çalışılan testlere ilişkin panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir. Bu noktada;
 - Hangi testler için panik değer uygulaması yapılacağı
 - İlgili testler için hangi değerlerin panik değer olarak kabul edileceği

- Sonuçların panik değer düzeyinde olması durumunda bildirim kurallarının ne olacağı
- Panik değer düzeyinde çıkan test sonuçlarına ilişkin ilgili testin tekrar çalışılıp çalışılmayacağı ve numune materyalinin tekrar istenip istenmeyeceği
- Aynı hastada tekrarlayan panik değer sonuçları ile ilgili olarak test bazında süreçlerin nasıl kurgulanacağı belirlenmelidir.
- » Panik değerler belirlenirken klinik branşların görüşleri alınmalı, panik değer listesinin klinik branş bazında değişebileceği göz önünde bulundurulmalıdır.
- » Belirlenen panik değerler “Bilgi Yönetim Sistemi”nde tanımlanmalıdır.
- » Panik değerler ortaya çıkması durumunda, laboratuvar çalışanlarının söz konusu değeri diğer test sonuçlarından ayırt edebilmesine yönelik, bilgi yönetim sistemleri üzerinde bir uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
 - Manuel çalışılan ve sonuçları manuel girilen testlere ilişkin panik değerler de BYS üzerinde tanımlanmalıdır.
 - Uyarı sistemi; bilgi yönetim sistemi üzerinde ve laboratuvar çalışanı tarafından hasta sonucu onaylanmadan önce fark edilebilecek biçimde geliştirilmelidir.
- » Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.
- » Panik değer bildirimine ilişkin kayıt tutulmalıdır. Bu kayıtta asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:
 - Hastanın adı soyadı
 - Protokol numarası
 - Testin adı
 - Panik değer sonucu
 - Test sonucunun çıktığı tarih ve saat
 - Bildirimi yapan kişi
 - Bildirim yapılan kişi
 - Bildirimin yapıldığı tarih ve saat

Arşivleme

- » Laboratuvar türü ve test profiline göre, hasta güvenliğine yönelik gerekli test tekrarları ve hukuki süreçler göz önünde bulundurularak test numunelerinden artan biyolojik materyalin hangi durumlarda, nasıl ve ne kadar süre ile saklanacağı belirlenmelidir.

- » Laboratuvar türü ve test profiline göre, test işlemi tamamlanmış analiz örneklerinin ve raporların saklanması ve arşivlenmesi ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
- » Arşivlemeye ilişkin pratik ve izlenebilir bir yöntem uygulanmalıdır.

Standart 6

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.LH.06.00	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	SH.LH.06.01	Numune ve testin tüm süreçlerde izlenebilir olmasını sağlamaya yönelik kayıtlar tutulmalıdır.

Amaç

Laboratuvar süreçlerinin analizi ve iyileştirilmesine yönelik veri elde etmek için test süreçlerinin izlenebilirliğinin sağlanmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

- » Laboratuvar kayıtlarında preanalitik süreçten başlayarak postanalitik sürecin sonuna kadar, alınan numunenin ve testin her aşamada izlenebilir olması sağlanmalıdır.
- » **Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde** test süreci ile ilgili asgari aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır:
 - Hastanın adı-soyadı

- Protokol numarası
- İstem tarih ve saati
- İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü
- Numune türü
- Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi
- Numunenin;
 - ✓ Alındığı tarih ve saat
 - ✓ Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği
- Varsa test tekrarı ve sonuçları
- Sonucun onaylandığı tarih ve saat
- Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı

Standart 7

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
SH.LH.07.00	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.	SH.LH.07.01	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesine yönelik göstergeler belirlenmelidir.
		SH.LH.07.02	Gösterge sonuçları değerlendirilmeli, izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Amaç

Laboratuvarda yürütülen kalite çalışmalarını ölçülebilir bir formata dönüştürerek iyileştirmeye açık alanların belirlenmesi, izlenmesi ve sürekli gelişimin sağlanmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

- » Laboratuvar süreçlerinde her sürece yönelik performansın niteliksel ve/veya niceliksel olarak ölçülebilmesini sağlayacak göstergeler belirlenmelidir.
- » Göstergeler aracılığı ile performansın izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik faaliyetlerde aşağıdaki konular ele alınmalıdır:
 - Göstergelere yönelik;
 - ✓ Gösterge kartları oluşturulmalıdır (Bkz. Performans Ölçümü ve Kalite İyileştirme Bölümü)
 - ✓ Sorumlular belirlenmelidir.
 - ✓ Hesaplama yöntemi belirlenmelidir.
 - ✓ Hedefler belirlenmelidir.
 - ✓ Veri toplama ve analiz yöntemleri belirlenmelidir.
 - ✓ Analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.



Destek Hizmetleri



Standart 1

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
DH.OH.01.00	Yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	DH.OH.01.01	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.
		DH.OH.01.02	Yemeklerin belirlenen koşullarda hazırlanması ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.TY01.03	Yemekler belirlenen kurallara göre servis edilmelidir.
		DH.TY01.04	Yemek hizmeti sunan çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.

Amaç

Yemek hizmeti sunumunun çalışanların istek, ihtiyaç, beklenti ve değerleri göz önünde bulundurularak gerçekleştirilmesi sağlanmalıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yiyeceklerin Tedariki ve Depolanması

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

Yemeklerin Hazırlanma Süreçleri

- » Yemekler hijyenik olarak hazırlanmalıdır:
 - Yiyeceklerin hazırlandığı alanlar, diğer alanlardan (gıda depolama alanları, kirlı malzemenin yıkandığı alanlar vb.) ayrılmalıdır.
 - Tüm çalışanlar; maske, bone, eldiven ve ayak giysileri gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır.
 - Yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan malzeme ve ekipman temiz olmalıdır.
 - Gıdaların temizliği (sebze ve meyvelerin yıkanması gibi) ile ilgili kurallar belirlenmeli ve uygulanmalıdır.
 - Mutfak personelinin kişisel temizliğinin etkin şekilde sağlanması için gerekli ortam koşulları sağlanmalıdır.
- » Olası gıda zehirlenmesi durumlarında gerekli analizlerin yapılabilmesi için hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalıdır.

Yemeklerin Servis Edilmesi

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

Çalışanların Sağlık Taramalarının Yapılması

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

Standart 2

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
DH.OH.02.00	Diyaliz Merkezinde çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır.	DH.OH.02.01	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.02.02	Çamaşırhane ortamı hizmet süreçlerinin etkin şekilde yürütülebilmesini sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		DH.TY.02.03	Çamaşırhane ekipmanlarının kullanımına ilişkin kurallar belirlenmelidir.

Amaç

Diyaliz Merkezinde sunulan çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli olmasını sağlamaktır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Süreçlerin Tanımlanması

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

Çamaşırhane Ortamı

- » Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.
- » Çamaşırhane zemin ve duvarları kolay temizlenebilen, düz ve dayanıklı malzemedir.
- » Çamaşırhanede çamaşırların etkin temizliğini sağlamaya ve çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- » Çamaşırhanede kullanılan ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.
- » İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin eğitim verilmelidir.

Standart 3

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
DH.OH.03.00	Hasta/hasta yakınlarının kullandıkları fiziksel alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	DH.OH.03.01	Diyaliz merkezinde hizmet sunulan tüm alanlar hasta konforunu sağlayacak şekilde düzenlenmelidir.
		DH.OH.03.02	Hastanın ilgili sağlık personeline kolay ulaşımını sağlayacak düzenleme bulunmalıdır.

Amaç

Hasta/hasta yakınlarının Diyaliz Merkezinde buldukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlayarak, moral ve motivasyonlarını yüksek tutmaktır.

Hedefler

- » Hasta Odaklılık
- » Hasta Güvenliği

Standart Gereklilikleri

Hasta Konforu

- » Diyaliz merkezinde hizmet sunulan alanlarla ilgili olarak aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır:
 - Hizmet sunulan alanların havalandırma, iklimlendirme ve aydınlatma koşullarının sağlanması
 - İhtiyaç duyduğunda hastanın oturabileceği, dinlenebileceği bekleme alanlarının bulunması
 - Merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları gibi zorunlu kullanım alanlarının hastanın ihtiyaçlarını (yaşlı hasta, çocuk hasta, engelli hasta gibi) gözetecek şekilde düzenlenmesi
 - Hizmet sunulan alanlarda hasta güvenliğini tehdit eden unsurların yer olmaması

Fiziksel Alanların Uygunluğu

- » Diyaliz merkezinde, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.
- » Diyaliz merkezinde, hastalar için gerekli olabilecek kişisel mobilyalar (kilimli dolap vb.) bulunmalıdır.
- » Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte ve hasta güvenliğini sağlayacak nitelikte olmalıdır.
- » **Diyaliz tedavisi yapılan alanlarda** hastanın tanı ve tedavisine yönelik gerekli ekipman ve malzeme bulunmalıdır. Bu ekipman ve malzemenin temizlik ve dezenfeksiyonu yapılmalıdır.
- » Hasta ve hasta yakınlarının kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere alanlar belirlenmelidir. Bu alanlarda kişisel temizliğe yönelik malzemeler bulunmalıdır.

Standart 4

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
DH.OH.04.00	Diyaliz merkezinde hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik güvenlik/emniyet tedbirleri alınmalıdır.	DH.OH.04.01	Güvenlik/Emniyet hizmetlerinin sunumuna ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.
		DH.OH.04.02	Diyaliz merkezinde hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.

Amaç

Diyaliz Merkezinde hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğinin etkin ve etkili şekilde sağlanmasıdır.

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Güvenlik/Emniyet Hizmetlerinin Planlanması

- » Diyaliz Merkezi ve Diyaliz Merkezi içinde bulunan şahısları; her türlü sabotaj, hırsızlık, yağma, darp gibi tehdit, tehlike ve tahribata karşı koruma, gözetim, denetim ve kontrol hizmetlerinin kesintisiz olarak sürdürülebilmesi için tanımlanmış bir plan olmalıdır.
- » Diyaliz Merkezinin belirlenen alanlarında güvenlik görevlisi ve ekipmanı (güvenlik kamerası, alarm sistemi vb.) bulunmalıdır. Güvenlik kamerası kayıtlarının saklama süreleri belirlenmelidir.
- » Güvenlik görevlilerinin çalışma alanı, çalışma zamanları ve görev tanımları belirlenmelidir.

Hasta/Hasta Yakını ve Çalışanların Emniyetinin Sağlanması

- » Can ve mal güvenliğine yönelik risk analizleri yapılmalı ve gerekli tedbirler alınmalıdır.

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



Tesis Yönetimi

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
DH.TY.01.00	Diyaliz hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	DH.TY.01.01	Tesis yönetimine ilişkin faaliyetlerin planlanması ve koordinasyonunun sağlanmasına yönelik sorumlular belirlenmelidir.
		DH.TY.01.02	Tesis kaynaklı riskler tespit edilmeli ve gerekli tedbirler alınmalıdır.
		DH.TY.01.03	Temel tesis kaynaklarının sürekliliği ve güvenliği sağlanmalıdır.
		DH.TY.01.04	Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.
		DH.TY.01.05	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili hususlar düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.
		DH.TY.01.06	Diyaliz Merkezi içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler bulunmalıdır.
		DH.TY.01.07	Hizmet alıcıların konforlarını sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

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

Durum Tespiti ve İyileştirmeler

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

Bkz. Risk Yönetim Bölümü

Temel Tesis Kaynakları ve Güvenliği ve Sürekliliği

- » Sunulan sağlık hizmetlerinin kesintisiz devam etmesi açısından tüm sistemlerde yer alan temel tesis kaynaklarının (elektrik, su, doğalgaz, ısıtma, soğutma medical gaz, asansör vb.) sürekliliği sağlanmalı, ilgili ülke mevzuatı uyarınca güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.
 - Elektrik sistemlerinin, Diyaliz merkezi trafolarının, jeneratörlerin, kesintisiz güç kaynaklarının bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.
 - Elektrik prizleri ve prizlerin kullanımına yönelik ve aydınlatmalar için hasta ve çalışan güvenliğini sağlayacak düzenlemeler yapılmalıdır.
 - Binanın dış ortamdan gelebilecek tehlikeli unsurlara karşı güvenliği (paratöner vb. gibi) önlemler ile sağlanmalıdır.
 - Doğal veya yapay aydınlatmalar, yapılan faaliyetin ve ilgili hizmet alanının amacına uygun şekilde düzenlenmelidir.
 - Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenlemeler (deponun fiziki özellikleri, güvenliği, temizliği, analizleri, ölçümleri, bakımları vb.) yapılmalıdır.
 - Sıhhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme (alternatif su kaynağı ve bu kaynağın kontrolü, atık su kontrolü, yağmur sularının kontrolü ve drenajı, yangın sularının kontrolü vb.) yapılmalıdır.
 - Medikal gaz sistemlerine (merkezi gaz sistemi ve kat kontrol panoları) yönelik düzenlemeler, bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.
 - Medikal gazların (oksijen, azot, vakum ve hava) basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, kayıt altına alınmalıdır.
 - Diyaliz tedavisinde kullanılan arıtılmış su için ilgili ülke mevzuatla tanımlanan kurallar çerçevesinde su arıtma sistemi kurulmalıdır.
 - Acil hemodiyaliz, ev hemodiyaliz tedavisinde kullanılacak mobil su sistemlerinin belirli periyodlarla su analizleri yapılmalıdır.
 - Gazlar cinsine göre depolanmalı ve medikal gaz sistemlerinin bulunduğu alanlar, açık hava ile iyi havalandırılmalıdır.
 - Sıkıştırılmış gaz silindirlere yönelik düzenlemeler (sabitlenmesi, doluluk ve sızdırmazlık testleri, uygun depolanması vb.) yapılmalıdır.
 - Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik periyodik kontrolleri ve ara bakımları yetkili kurum ve kuruluşlar tarafından yapılmalı, bakım ve kontrolleri kayıt altına alınmalıdır.
 - Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

- Basınçlı kapların (otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı vb.) bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.
- » Oluşabilecek kritik arıza durumlarına karşı yedek sistemler kurulmalıdır. Bu sistemlerin kapsayacağı riskli alanlar tesis yönetimi komitesi tarafından belirlenmelidir.
- » Temel tesis kaynaklarında bulunan ekipmanları kullanan personele bu ekipmanların kullanımından kaynaklanabilecek riskler ve korunma yollarını içeren eğitimler verilmelidir.

Saf Suyun Kontrolü

- » Saf suyun elde edilmesine yönelik su arıtma sistemi kurulmalıdır.
- » Saf su için aşağıdaki günlük kontroller yapılmalıdır
 - Saf su iletkenliği
 - Su sertliği
 - Klor miktar
 - Asitlik-alkalilik (saf su-ham su) özelliği
- » Arıtma sonrası su örnekleri, bakteriyolojik yönden en az üç ayda bir kez, toksik ve kimyasal yönden en az altı ayda bir kez değerlendirilmelidir.

Tesis Hizmetlerine Erişim

- » Diyaliz Merkezi içindeki bölümlere kolay ulaşım sağlanmasına yönelik gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Bu düzenlemeler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:
 - Yönlendirme işaretleri ve hizmetleri
 - Hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları bekleme alanları
 - Diyaliz ünitelerinin konforu ve güvenliği
 - Ortak kullanım alanlarının (poliklinik, klinik, bekleme alanları vb.) iklimlendirilmesi
 - Engelli, yaşlı veya hastalığı nedeni ile yardıma ihtiyaç duyan hastalara yönelik Diyaliz Merkezi genelindeki düzenlemeler (Diyaliz merkezi genelinde çıkış rampaları, merdivenler, asansörler, tuvaletler, banyolar, otopark alanları vb.)
 - Çevre düzenlemeleri (Otopark, peyzaj düzenlemeleri vb.)



Atık Yönetimi

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
DH.AY.01.00	Diyaliz Merkezinde üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır	DH.AY01.01	Atık Yönetim Planı hazırlanmalıdır.
		DH.AY01.02	Atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanmalıdır.
		DH.AY01.03	Atıkların uygun koşullarda taşınması, geçici depolaması sağlanmalı ve bertarafı için gerekli işlemler yapılmalıdır.
		DH.AY01.04	Atık yönetimi konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Atık Yönetim Planı Hazırlanması

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

Atıkların Kaynağında Ayrıştırılması

- » Atıklar asgari aşağıdaki kategorilerde /türlerde tanımlanmalıdır:
 - Evsel Atıklar
 - Genel Atıklar
 - Ambalaj Atıklar
 - Tıbbi Atıklar
 - ✓ Enfeksiyöz Atıklar
 - ✓ Patojen Atıklar
 - ✓ Kesici-Delici Atıklar
 - Tehlikeli Atıklar
 - Radyoaktif Atıklar
- » Oluşan atıklar türlerine göre yerinde ayrıştırılmalıdır.

- » Atıklar türüne göre gerekli özelliklere sahip ayrı torbalara/kutulara konmalıdır.
- » Tıbbi ve tehlikeli atıkların miktarlarının ölçümü ve takibi yapılmalıdır. Atıkla ilgili süreçler, atık miktarlarının azaltılmasına yönelik gereklilikler yönünden incelenmelidir.
- » Geri dönüşümlü atıklar için gerekli düzenleme yapılmalıdır.

Atıkların Taşınması, Geçici Depolaması ve Bertaraf İşlemleri

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

Atık Yönetimi Eğitimler

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

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

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

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

Teknik Destek Altyapısı

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

Bilgi Güvenliği ve Mahremiyeti

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

Bilgi Zamanlılığı ve Sürekliliği

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



Malzeme ve Cihaz Yönetimi

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

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
		DH.MC.01.08	Malzeme ve cihazların güvenli ve verimli kullanımı için kurallar belirlenmeli, cihazlar için gerekli koruyucu malzeme ve gerekli bilgiler ulaştırılabilir olmalıdır.
		DH.MC.01.09	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Yönetim ve Dokümantasyon

- » Etkin malzeme ve cihaz yönetimini sağlamak amacıyla, ilgili tüm süreçlerin planlanması, koordinasyonu ve yürütülmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli, bu kişilerin görev ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
- » Malzeme ve cihaz türlerinin temini, depolanması, takibi ve kullanımına ilişkin yöntem ve kurallar net bir şekilde belirlenmelidir. Malzeme ve Cihaz yönetimi-ne dair dokümanlar Diyaliz Merkezinin ihtiyaçları ve kritik süreçler gözetilerek oluşturulmalıdır. Oluşturulacak dokümanlar asgari olarak şu konuları içermelidir:
 - Malzeme ve cihaz yönetiminde yer alan çalışanların görev ve sorumlulukları
 - Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi
 - Malzeme istemleri/talepleri

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

Malzeme ve Cihazların Temini

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

Malzemelerin Muhafazası ve Transferi

- » Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi tüketim malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm birim depolarına yetkili personel haricinde kişilerin erişimi hasta güvenliği ve emniyet açısından sınırlandırılmalıdır.
- » Malzemeler, depolama alanlarında malzeme niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalıdır. Malzeme depolarının yer tavan yüksekliği uygun olmalı, güvenlik önlemleri alınmalı (deprem, su baskını elektrik kaçağı vb.) ısı nem takibi yapılmalıdır. Malzemenin cinsine ve özelliğine göre gerektiğinde anlık, ölçülebilir ve izlenebilir ısı nem takibi sistemleri kullanılmalıdır Bu amaçla gerekli önlemler alınmalı ve alınan tedbirlere dair takipler yapılmalıdır.
- » Personelin malzemelere kolay ulaşımını sağlamak, acil durumlarda zaman kaybını önlemek amacıyla depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.
- » Muhafazası yapılan malzemelerin miat takibi elektronik olarak yapılabilir.
- » Tıbbi cihaz ve malzemeler; ürün hataları ve istenmeyen etkiler yönünden izlenmeli, belirlenen sorunlar, varsa konu ile ilgili ulusal bildirim sistemine iletilmelidir.
- » Uygunsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır
- » Depolardan transfer esnasında kırılma, dökülmeye karşı önlemler alınmalı ve güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır. Transferi gerçekleştirecek personele, malzemelerin güvenli transferi, özel nitelikli veya tehlikeli malzemeler konusunda eğitim verilmelidir.

Tıbbi Cihazların İzlenebilirliği

- » Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır. Tıbbi cihazların cihaz kimlik kartı/etiket bulunmalıdır.
- » Cihaz kimlik kartı/etiket üzerinde asgari aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:
 - Cihazın adı
 - Seri numarası
 - Markası/Modeli
 - Cihazı tanımlayan kimlik numarası (biyomedikal veya demirbaş numarası) Demirbaş numarası
 - Bulunduğu bölüm

Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon süreçleri bir plan dahilinde izlenmelidir tesislerin ve teçhizatın planlı ve sistematik bir şekilde denetlenmesi, test edilmesi, bakımı ve güncellenmesi veya değiştirilmesi

Cihazların Güvenliği

- » Cihazlara ait koruyucu ekipman, güvenli kullanım bilgileri ve rehberleri kullanım alanlarında ulaşılabilir olmalı, cihazların güvenli kullanımı konusunda ilgili personele eğitim verilmelidir.
- » Cihazların bulunduğu alanlarda yapılan fiziki düzenlemeler, cihazların çalışma koşullarına uygun şekilde gerçekleştirilmelidir.
- » Kalibrasyon, ayar, test ve/veya bakım işlemleri cihazların güvenli çalışması, doğru sonuç vermesi, verebileceği zararın düşük seviyede tutulması gibi sebeplerle üretici firmaların teknik dokümanlarında belirtilen sıklık göz önünde bulundurularak eksiksiz, Diyaliz Merkezi ihtiyaçlarını karşılayan ve kullanım uygunluğuna paralel olarak, bir plan dahilinde yapılması sağlanmalıdır.
- » Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazların (diyaliz makinesi otoklav, vb.) eğitilmiş ve yetkili kişiler tarafından kullanılması sağlanmalıdır.
- » Cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir.

Tehlikeli Maddelerin Yönetimi

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

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

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

Tehlikeli maddenin;

- » İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vb.)
- » Kullanım şekli ve miadı
- » Saklama koşullarını
- » Etkileşime girdiği maddeleri
- » Yangın halinde müdahale yöntemleri
- » Temas halinde müdahale yöntemleri
- » Kullanıldığı ve depolandığı yerleri
- » Taşıma şeklini

- » İmha yöntemlerini
- » Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler
- » Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır.
- » Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalı, etikette maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge bulunmalıdır. Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.
- » Radyoaktif maddelerin radyoaktivite değeri ve ölçüm tarihi kayıt altına alınmalı ve izlenebilir olmalıdır.



Dış Kaynak Kullanımı

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

Amaç

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

Hedefler

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

Standart Gereklilikleri

Dış Kaynak Kullanımı Yolu ile Sağlanacak Hizmetlerin Belirlenmesi

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

Dış Kaynak Kullanımının Kapsamı ile Süreçlerinin Tanımlanması

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

Dış Kaynak Kullanımı ile Sunulan Hizmetlerin Standartlara Uygunluğu

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



Acil Durum Yönetimi



Standart 1

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

Amaç

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

Standart Gereklilikleri

Risk Analizleri

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

Planlama

- » Diyaliz Merkezi acil durumlara yönelik belirlediği önleyici tedbirleri uygulamaya ilişkin planlama yapılmalıdır. Önleyici tedbirlere yönelik planlama asgari aşağıdaki konuları içermelidir:
 - Hangi önleyici çalışmaların yapılması gerektiğinin belirlenmesi
 - Gerekli önleyici yatırım ve faaliyetlerin planlanması
 - Yatırım ve faaliyetlerin bütçelenmesi
 - Gerçekleştirilen tatbikatlar ve gözlemler ile geliştirilen önlem ve uygulamaların amaca hizmet edip etmediğinin sürekli gözden geçirilmesi
- » Diyaliz Merkezinde yaşanılacak muhtemel acil durumlara yönelik gerekli önleyici tedbirler alınmasına rağmen (doğal afetler vb.) olağan dışı müdahale ve mücadele gerektiren durumların yaşanması halinde nelerin yapılması gerektiği de önceden planlanmalıdır.
 - Diyaliz Merkezinde acil durum yönetim ekibi oluşturulmalı ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.
 - Acil durumların yönetimini kolaylaştıracak altyapı (acil durum uyarı sistemleri, haberleşme sistemi vb.) planlanmalıdır.

Eğitim ve Tatbikatlar

- » Acil durum yönetiminin en önemli unsuru, gerçekleştirilecek acil durumlara karşı önceden hazırlıklı olmaktır.
- » Risk analizleri sonucunda tespit edilen acil durumlara yönelik olarak tüm personele gerekli eğitimleri vermelidir.
- » Belirlenen sıklıkta, personelde farkındalık yaratacak, ilgili tüm süreçleri kapsayacak ve olay anında riskleri en aza indirecek şekilde tatbikatlar gerçekleştirilmelidir. Gerçekleştirilen tatbikatlar kayıt altına alınmalıdır.

Standart 2

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

Amaç

Diyaliz Merkezinde karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gereklilikleri tanımlamaktır.

Standart Gereklilikleri

Acil Uyarı Sistemi

- » Diyaliz Merkezinde acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan; hastalara, hasta yakınlarına ve tüm personele en kısa sürede müdahale edilmesine yönelik olarak bir acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.

- » Acil uyarı sistemi; kurumun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, Diyaliz Merkezinin tamamını kapsayacak ve günün her saatinde vaka yerine en kısa sürede (en geç 3 dakika) ulaşılmayı sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Acil uyarı sistemi için kurulacak çağrı sistemi; kurum çalışanlarını zamanında haberdar edecek, risk durumunda kısa ve net mesajlar ile etkin ve hızlı iletişime geçilmesini sağlayacak ve panik oluşmasını engelleyecek şekilde kurgulanmalıdır.

Sorumlular

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

Müdahale Ekipleri

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

İlaç ve Ekipmanlar

- » Acil müdahale için hangi ilaç ve ekipmanlara gereksinim duyulacağı önceden belirlenerek acil müdahale seti oluşturulmalıdır. Acil müdahale setinde asgari; laringoskop seti ve yedek pilleri (hasta profiline göre; örneğin çocuk ve erişkin için uygun şekilde), balon-valf-maske sistemi, değişik boylarda maske, oksijen hortumu ve maskeleri, entübasyon tüpü (hasta profiline göre; örneğin çocuk ve erişkin için uygun şekilde), yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp vb.), enjektörler, kişisel koruyucu ekipman bulunmalıdır. Acil müdahale için kullanılan defibrilatör, aspiratör, oksijen tüpü vb. ekipmanın, hangi alanlarda bulunacağı ve olay yerine nasıl getirileceği tanımlanmalıdır.
- » Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Acil müdahale seti kullanılabilir durumda bulundurulmalıdır.

Kayıt Tutulması

- » Acil uyarı kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- Çağrının ne zaman yapıldığı
 - Müdahale edilen kişiye ait bilgiler
 - Hangi müdahalelerin yapıldığı
 - Müdahalenin nerede yapıldığı
 - Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
 - Müdahalenin sonucu
 - Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir.

Eğitim ve Tatbikatlar

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

Standart 3

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

Amaç

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

Standart Gereklilikleri

Acil Uyarı Sistemi

- » Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlar için acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
- » Acil uyarı sistemi; kurumun büyüklüğü, farklı binalarda hizmet verilme durumu dikkate alınarak, Diyaliz Merkezinin tamamını kapsayacak ve günün her saatinde müdahaleyi sağlayacak şekilde yapılandırılmalıdır. Acil uyarı sistemi için kurulacak çağrı sistemi; ilgili çalışanları zamanında haberdar edecek, risk durumunda kısa ve net mesajlar ile etkin ve hızlı iletişime geçilmesini sağlayacak ve panik oluşmasını engelleyecek şekilde kurgulanmalıdır.

Sorumlular

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

Müdahale Ekipleri

- » Kod uyarısı verildiğinde; güvenlik görevlileri başta olmak üzere ilgili çalışanların nasıl müdahale edeceği, bölüm ve kurum bazlı tedbirlerin nasıl uygulanacağı belirlenmelidir. Diyaliz Merkezinde bulunan güvenlik görevlileri beyaz kod sisteminde belirlenen şekilde sorumlu buldukları alanda meydana gelen olaylara müdahale etmekle sorumludur.
- » Diyaliz Merkezi, beyaz kod uyarı sisteminin merkezin çalışma saatleri boyunca etkin şekilde çalışmasını sağlayacak şekilde düzenleme yapmalıdır.

Kayıt Tutulması

- » Kod çağrısının ardından yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. Tutulacak kayıtlarda asgari aşağıdaki bilgilere yer verilmelidir:
 - Çağrının ne zaman yapıldığı,
 - Müdahale edilen personele ve şiddet uygulayan kişiye ait bilgiler,
 - Şiddet olayının nedeni

- Müdahalenin nasıl ve nerede yapıldığı
 - Ekibin müdahale yerine ne zaman ve ne kadar sürede ulaştığı
 - Müdahalenin sonucu
 - Müdahale ekibinde kimlerin yer aldığı
 - Olayın adli mercilere iletilmesi ile ilgili bilgiler
- » Tutulan kayıtlara yönelik analizler yapılmalı ve uygulamadan elde edilen sonuçlar periyodik olarak izlenmelidir. Çalışana yönelik şiddet olayları, istenmeyen olay bildirim sistemine bildirmesi sağlanmalı, gerektiğinde iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Eğitim ve Tatbikatlar

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

Standart 4

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
AD.AD.04.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	AD.AD.04.01	Yangın algılama sistemi bulunmalıdır.
		AD.AD.04.02	Yangın durumunda zamanında müdahale yapılmasına yönelik Diyaliz Merkezi tarafından tanımlanmış acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.
		AD.AD.04.03	Acil uyarı sisteminin yönetiminden sorumlu kişiler belirlenmelidir.
		AD.AD.04.04	Yangına müdahale sırasında kullanılacak ekipman, bu ekipmanın güvenli kullanımına ilişkin kurallar, yangın durumuna yönelik işaret ve yönlendirmeler tanımlanmalıdır.

Standart Kodu	Standart	DÖ Kodu	Değerlendirme
		AD.AD.04.05	Acil uyarı kod sistemi ile ilgili eğitimler verilmeli, tatbikatlar yapılmalıdır.

Amaç

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

Standart Gereklilikleri

Yangın Algılama Sistemi

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

Acil Uyarı Sistemi

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

Sorumlular

- » Diyaliz Merkezi tarafından, kurum yapısı ve türüne göre etkin işleyişi sağlayacak şekilde kırmızı kod sorumluları belirlenmelidir.
- » Sorumluların sorumluluk alanları asgari; çalışanlara verilecek eğitimler, tatbikatların organize edilmesi, ilgili kayıtların izlenmesi, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılması gibi konularını kapsamalıdır. Acil uyarı sistemlerinden sorumlu kişiler aynı zamanda yangın önleme ve söndürme ile ilgili ülke mevzuatları takip ederek, gerekli düzenlemelerin yapılmasını da takip etmelidirler.

Yangına Müdahale

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

Eğitim ve Tatbikatlar

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



TANIMLAR
ve
KISALTMALAR



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

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

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

Analitik süreç: Numunelerin analizinden sonuçların onaylanmasına kadar geçen test süreçleridir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Dekontaminasyon: Kelime olarak, mikroorganizmalar ya da organik kirlerin giderilmesi için yapılan uygulamaların (temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon) tümünü kapsamakla birlikte pratikte dezenfeksiyon ya da sterilizasyon öncesinde, fiziksel ve/veya kimyasal yöntemlerden oluşan ön temizlik işlemi ile bir yüzey veya malzemeden organik madde ve patojenlerin uzaklaştırılması ve malzeme ya da yüzeyin herhangi bir kişisel koruyucu kullanmadan elle tutulabilir hale getirilmesi anlamında kullanılır.

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

Dış Kalite Değerlendirme Programı: Laboratuvarların analitik performanslarının belirli aralıklar ile karşılaştırmalı olarak değerlendirildiği programlardır.

Dış Kalite Değerlendirme Test Numunesi: Dış kalite değerlendirme programı kapsamında dış kalite değerlendirme merkezince hazırlanan ve değeri katılımcılar tarafından bilinmeyen, belirli aralıklarla katılımcı laboratuvarlara gönderilen test örneğidir.

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

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

Diyaliz: Böbrek yetmezliği veya başka sebeplerle insan vücudunda biriken toksik maddelerin ve fazla sıvının vücuttan uzaklaştırılması amacı ile uygulanan diyaliz yöntemlerinin genelini ifade eder.

Diyaliz Merkezi: Genel olarak, erişkin ve pediatrik diyaliz hastalarına hemodiyaliz ve/veya periton diyalizi yöntemlerinin uygulandığı, ilgili ülke mevzuat kapsamında kurulup işletilen günü birlik tedavi kuruluşunu ifade eder.

Türkiye'de fiili olarak diyaliz hizmeti vermekte olan;

- Kamu Hastaneleri bünyesindeki Diyaliz Üniteleri
- Üniversite Hastaneleri bünyesindeki Diyaliz Üniteleri
- Özel Diyaliz Merkezlerini kapsar.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Hasta Bakımı: Hasta bakımı, hastaların sağlık hizmeti veren kuruluşakabülünden tedavinin tamamlanmasına kadar geçen süreci ve tedavinin tamamlanması sonrası izlenmesini de içeren süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.

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

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

Hemodiyaliz: Hemodiyaliz cihazı vasıtasıyla yapay membran kullanılarak diyaliz merkezlerinde veya evde yapılan standart, hemodiyalizasyon ve diğer alternatif diyaliz yöntemlerini ifade eder.

İç Kalite Kontrol: Sonuçları bilinen numuneler ile ölçümün beklenen performansta çalışıp çalışmadığının kontrol edilmesi sürecidir.

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

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

Kurum: Türkiye’de fiili olarak hizmet vermekte olan Diyaliz Merkezleri ifade edilmektedir.

Kurumsal İletişim: Üretim ve yönetim süreci içinde; kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi akışı, motivasyon, bütünleşme, eğitim, karar alma ve denetim gibi fonksiyonların sağlanması amacı ile belli kurallar çerçevesinde uygulanan, ayrıca dış hedef kitle ile etkileşim sırasında kurum itibarını gözeterek sürdürülen iletişim sürecidir.

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

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

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

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

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

Morbidite: Hastalık hali

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

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

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

Otelcilik Hizmeti: Sağlık hizmeti veren kuruluşta tıbbi hizmet kapsamı dışında, hasta, hasta yakını ve çalışanların kullanımına sunulan konaklama, temizlik, çamaşır hizmetleri ile çalışanlar için verilen yemek hizmetleri ve bu hizmetlerin emniyetli bir ortamda verilmesini temin etmek üzere sunulan can ve mal güvenliğini korumaya yönelik verilen hizmetlerdir.

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

Periton Diyalizi: Periton boşluğu ve periton zarı kullanılarak uygulanan sürekli ayaktan periton diyalizi, aletli periton diyalizi ve bunların kombinasyonlarını ifade eder.

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

Postanalitik Süreç: Sonuçların onaylanmasından sonra gerçekleşen analiz sonrası süreçlerdir.

Postpostanalitik Süreç: Sonuçların hasta yararına kullanılmasını temin etmek üzere yorumlanması, ek test gereksinimlerinin belirlenmesi, dolayısı ile hastanın tanı, tedavi veya takibinde doğru kararların verilmesi noktasında laboratuvarın bilgi ve yönlendirme desteği sağlamasını ifade etmektedir.

Preanalitik Süreç: Hastaya test istemi yapıldıktan sonra analize kadar geçen numune alımı, numune transferi, numunenin laboratuvara kabulü, saklanması ve analize hazırlanışını içeren tüm aşamaları kapsamaktadır.

Prepreanalitik Süreç: Hastaya test istemi yapılması sürecidir.

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

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

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

Revizyon Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Revizyon Numarası: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

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

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

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

Bu kapsamda risk analizi;

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

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

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

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

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

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

Talimat: Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

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

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

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

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

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

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

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

Tıbbi Müdahale: Tıp mesleğini icraya yetkili kişiler tarafından uygulanan, sağlığı koruma, hastalıkların teşhis ve tedavisi için ilgili meslekli yükümlülükler ve standartlara uygun olarak tıbbin sınırları içinde gerçekleştirilen fiziki ve ruhi girişimi ifade eder.

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

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

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

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

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

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

KAYNAKLAR



- Accreditation Canada Standards, Qmentum International, 2010-2011.
- Amsterdam Avrupa Hasta Haklarının Geliştirilmesi Bildirgesi, 28-30 Mart 1994.
- Arslanoğlu, A., "Yönetimde Dış Kaynaklardan Yararlanma Yaklaşımı ve Sağlık Sektöründe Bir Araştırma", İstanbul Marmara Üniversitesi SBE Uluslararası Kalite Yönetimi Bilim Dalı Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2009.
- Aşti T. Bakım Teknolojisinde Yenilikler, II. Uluslararası IX. Ulusal Hemşirelik Kongresi Kongre Kitabı, 2003
- Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 26927, 05/07/2008
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 27533, 26/03/2010
- Australian Commission, On Safety and Quality in HealthCare, Hospital Accreditation Workbook, Commonwealth of Australia, 2012.
- Australian Commission, On Safety and Quality in HealthCare, National Safety and Quality Health Service Standards, 2012.
- Australian Commission, On Safety and Quality in Health Care, Preventing Falls and Harm From Falls in Older People Best Practice Guidelines for Australian Hospitals, Commonwealth of Australia 2009.
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik T.C. Resmi Gazete Sayı 25763 Tarih:22 Mart 2005
- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 24822, 26 Temmuz 2002
- CDC, "Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings", 2007.
- CDC, Guideline for Disinfection and Sterilization in Healthcare Facilities, 2008
- CDC, HICPAC, Guidelines for Environmental Infection Control in Health Care Facilities, Recommendations of CDC and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC), 2003.
- Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı: 28648, 15 Mayıs 2013.
- Demir, H., Okan, T., "Teknoloji, Örgüt Yapısı ve Performans Arasındaki İlişkiler Üzerine Bir Araştırma", İstanbul, Doğu Üniversitesi Dergisi, sayı 10 (1), s.57-72, 2009.
- Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik T.C. Resmi Gazete Sayı 19816 Tarih 16.5.1988

- Devlet Memurları Kanunu, Kanun No:657, Sayı : 12056, 23 Temmuz 1965
- Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik T.C. Resmi Gazete Sayı 27615,18 Haziran 2010
- Durna Z, Özcan Ş, Yeşiltepe G: Düzenli Hemodiyaliz Tedavisi Gören Hastaların Yaşam Kalitesi Ve Sosyal Destek Düzeyleri. Hemşirelik formu, 3:2:4-6, Mart-Nisan 2000
- Eren, E., Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası, İstanbul, Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş., 2000.
- Erkoç, Y ve diğerleri, Toplum Sağlığı Merkezi Çalışanlarına Yönelik “Sağlığın Geliştirilmesi Eğitimi” Rehberi, Sağlık Bakanlığı, Ankara, 2011.
- Ertem,G., Standartlara Dayalı Verilen Hemşirelik Bakımının Bakım Kalitesine ve Hasta Memnuniyetine Etkisi, İzmir Kadın Sağlığı ve Hastalıkları ABD Yayınlanmamış Doktora Tezi, 2003.
- Gıda Hijyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Sayı 281457, 17 Aralık 2011.
- Glenn M. Rampton, Ian J. Turnbull, J. Allen Doran “Human Resource Management Systems: A Practical Approach”, 2nd edition. Ontario, Carswell Thomson Professional Publishing, s.25, 1999.
- Groene O.,Barbero, M.G., Hastanelerde Sağlığın Geliştirilmesi, Kanıt ve Kalite Yönetimi, çev. Zaralı, F. ve diğerleri, Dünya Sağlık Örgütü (Sağlık Bakanlığı çevirisi), Ankara, Mayıs 2005.
- Güler, H. ve diğerleri, SKS Doküman Yönetim Sistemi, Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2013.
- Güler, H. ve diğerleri, SKS ve İlaç Güvenliği, Ankara, T.C. Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2012.
- Güler, H. ve diğerleri, SKS Hastane Seti, Ankara, T.C.Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2011
- Güllülü U, Özer S, Candan B “Muayenehanelerden Alınan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Ölçülmesi Üzerine Bir Saha Çalışması” 5.Ulusal Pazarlama Kongresi: Değişen Tüketici Karşısında Pazarlamada Yeni Yaklaşımlar, Antalya: Akdeniz Üniversitesi, Turizm Araştırma, Geliştirme ve Uygulama Merkezi: 91- 109, 2000.
- Hasta Güvenliği: Türkiye ve Dünya, ,Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları, Ekim 2011.
- Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Tarih: 01.08.1998; Sayı: 23420
- Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28994 Tarih:8 Mayıs 2014

- Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı : 27897, 6 Nisan 2011
- <http://www.ahrq.gov/>
- <http://www.qualitynet.org/dcs/ContentServer?c=Page&pagename=QnetPublic%2FPage%2FQnetHomepage&cid=1120143435363>
- <https://organ.saglik.gov.tr/> Erişim Tarihi: 22.07.2014
- Inozu, B.,Chauncey, D. ve diğerleri, "Performance Improvement for Healthcare- Leading Change with Lean, Six Sigma and Constraints Management", Novaces, LLC, ISBN 978-0-07-176162-8, 2012.
- Institute of Medicine, Toerr is human: building a safer health system. Washington, DC: National Academy Press, 1999.
- ISO 31000, "Risk management - Principles and guidelines", 2009.
- ISO 9001, "Quality management systems - Requirements", 2008.
- İlaçların Güvenliği Hakkında Yönetmelik T.C. Resmi Gazete Sayı 28973, Tarih 15 Nisan 2014
- İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı:28512, 29.12.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı:28545, 29.12.2012.
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013.
- İş Sağlığı ve Güvenliği ve Çalışma Ortamına İlişkin 155 Sayılı Sözleşme, International Labour Organization, internet erişimi: <http://www.ilo.org/public/turkish/region/eurpro/ankara/about/soz155.htm>
- İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmî Gazete, Sayı: 28602, 29.03.2013.Hayran ve diğerleri. "Dış Hekimliği Hizmetlerinde Hasta Memnuniyeti Araştırması" Türk Dış Hekimleri Birliği Araştırma Dizisi-6, Ankara, Haziran 2008
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, T.C. Resmi Gazete, Kanun No: Kanun No. 6331 Sayı 28339, 20 Haziran 2012
- İzolasyon Önlemleri Kılavuzu, Türk Hastane İnfeksiyonları ve Kontrolü Derneği Hastane İnfeksiyonları Dergisi, Cilt 10, Ek 2, 2006.
- Japan Councilfor Quality Health Care, <http://jcqhc.or.jp/pdf/top/english.pdf>, ulaşma tarihi: Şubat 2013.
- Joint Commission International Accreditation Hospital, Survey Process Guide, 4th Edition (for Academic Medical Centers), 2013.

- Joint Commission International Accreditation Standards for Hospitals, 4th Edition, 2011.
- Küçükler, N.D. ,Çelebi, G. “Hastane Enfeksiyonları Kontrolünde Çamaşırhane” Sivas, Hastane Enfeksiyonları Eğitim Programı Sözel sunumu, 2009.
- Lizbon Hasta Hakları Bildirgesi, 1981.
- Meral, Y, “Sağlık Kuruluşlarında Dış Kaynaklardan Yararlanmanın Hasta Memnuniyetine Olan Etkisi ve Bu Konuya İlişkin Bir Araştırma”, İstanbul Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yayınlanmamış Yüksek Lisans Tezi, 2006.
- MSQH_(Malaysia Society for Quality in Health) Chronic_Dialysis_Treatment_Standards
- National Healthcare Disparities Report; 3. Bölüm, “Access to Healthcare”. Agency For Healthcare Research And Quality, Washington Yayın no: 09-0002, 2008, Erişim tarihi: 19.09.2014 <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr08/Chap3.htm>
- NationalInstitute of Standards andT echnology, Department of Commerce Baldrige Performance Excellence Program, 2011-2012 Health Care Criteria for Performance Excellence, 2011.
- NIOSH Publication No. 88-119: “Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers”, 1988.
- OECD Health Care Quality Indicators Project: Patient Safety Indicators Report 2009, Health Working Papers No. 47, 2009.
- OECD, Health at a Glance 2011, OECD Indicators, 2011.
- Ovayolu, N., Bahar, A. “Hemşirelikte Kalite” Atatürk Üniv. Hemşirelik Yüksekokulu Dergisi, Cilt: 9 Sayı: 1, 2006.
- Özlü T. Kuramsal Metinler, “Felsefi Arka Plan ve Örnek Olgularla Hasta Hakları: Hakkınız var, çünkü hastasınız.” TİMAŞ Yayınları, İstanbul, Şubat 2005.
- Phillips RL, Dovey SM, Hickner JS, Graham D, Johnson M. The AAFP patient safety reporting system; development and legal issues pertinent to medical error tracking and analysis. In: Advances in patient safety: from research to implementation. Vol. 3.
- Pugh, D. S., ed. “Organization Theory: Selected Readings, Harmondsworth: Penguin.”, 1990.
- Raju PS, Lonial SC, “TheImpact of Service Qualityand Marketing on Financial Performance in the Hospital Industry: An Empirical Examination. Journal of Retailingand Consumer Services”, 9 (6): 335-348, 2002.
- Restuccia, D.J., Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek, Çev. Sıdika KAYA, 2003.

- Rockville, MD: Agencyfor Healthcare Research and Quality, 2005:121-34. internet erişimi: [http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/ br.fcgi?booksaps3&partsA4255](http://www.ncbi.nlm.nih.gov/bookshelf/br.fcgi?booksaps3&partsA4255). Erişim tarihi: 17.03. 2014.
- Rootman, I. ve diğerleri, "Evaluation in health-Promotion Principles and Perspectives, WHO Regional Publications, European Series, 2001.
- Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşları Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı 28599, 26 Mart 2013
- Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, T.C. Sağlık Bakanlığı, Sayı 28730, 06 Ağustos 2013
- Sağlıkta Performans ve Kalite Yönergesi, T.C: Sağlık Bakanlığı, Sayı: 2011, 02 Temmuz 2008
- Samastı, M., "Hastanelerde Dezenfeksiyon Kullanım Esasları, Yapılan Hatalar", İ.Ü. Cerrahpaşa Tıp Fakültesi Sürekli Tıp Eğitimi Etkinlikleri Hastane Enfeksiyonları Korunma ve Kontrol Sempozyum Dizisi, 60, s. 143-168, 2008.
- Sterilizasyon Dezenfeksiyon Rehberi, DAS Derneği, 2011.
- Sur, H., Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı Ders Notları, 2012.
- Sur, H., Gaziantep Zirve Üniversitesi Sağlık Kurumları İşletmeciliği Uzaktan Eğitim Yüksek Lisans Programı Ders Notları, 2012.
- Şencan, İ., Demir, M., SKS Işığında Sağlıkta Kalite 1-2-3 cilt Ankara, Sağlık Bakanlığı, Pozitif Matbaa, 2013.
- T.C. Sağlık Bakanlığı "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemesi Alımları Genelgesi" Sayı: 010-06-7816 Tarih 25 Şubat 2010
- T.C. Sağlık Bakanlığı Çalışan Güvenliğinin Sağlanması Genelgesi, Sayı: 951.99/6665, Tarih:14.05.2012
- T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, "Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyulması Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge, 30.10.2012.
- T.C.Sağlık Bakanlığı, Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi, Sayı 2652, 20 Ağustos2008
- Tatar, M.(Editör), Sağlık Kurumları Yönetimi-I, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, 2012.
- Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25755, 14/03/2005.
- Tengilimoğlu, D., Sağlık İşletmeleri Yönetimi, Ankara, 2011.

- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı 25883, 22/07/2005.
- Türk Dil Kurumu, www.tdk.gov.tr
- Urden LD, Stacy K; Critical Care Nursing. Pp.329-335, Mosby Press, Philadelphia, London, 2000
- Uztuğ, F. (Editör), Kurumsal İletişim, Eskişehir Anadolu Üniversitesi, Yayın No 1562, 2012.
- Vural A.Kronik böbrek yetmezliği ve tedavisi. İçinde: Koçer İH, Erikçi S, Baykal Y (eds) , İç Hastalıkları Günleri III. GATA Basımevi, Ankara 2002;339-358.
- WHO Draft Guidelines for Adverse Event Reporting and Learning Systems: From information to action, 2005.
- WHO, Core components for infection prevention and control programmes, Report of the Second Meeting Informal Network on Infection Prevention and Control in Health Care, 2008.
- WHO, Exploring patient participation in reducing health-care-related safety risks, 2013.
- WHO, Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care, 2009.
- WHO, Health Promotion Glossary, 1998.
- WHO, Milestones in Health Promotion-Statements from Global Conferences, 2009.
- WHO, Prevention of hospital-acquired infections: A practical guide 2nd edition, 2002.
- WHO, World Alliance for Patient Safety, 2009.
- www.nephrocare.com.tr/ Erişim Tarihi:12.08.2014
- www.tsn.org.tr/ Erişim Tarihi: 12.08.2014
- www.msqh.com.my/msqh/ct-menu-item-43 Erişim tarihi:21.08.2014
- www.diyaliz.net/ Erişim tarihi: 05.08.2014

STANDARTLAR
İLE İLİŞKİLİ
MEVZUATLAR



Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar

Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Organizasyon Yapısı	YO.OY01.00	Diyaliz Merkezi faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> T.C. Sağlık Bakanlığı, İnşaat ve Onarım Dairesi Başkanlığı, "Mevcut ve Yeni Yapılacak Sağlık Tesislerinde Uyumlası Gereken Asgari Teknik Standartlar Hakkında Genelge, 30.10.2012. Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, Resmî Gazete, Sayı:3359, 15.05.1987 663 Sayılı Kanun Hükmünde Kararname, Resmî Gazete, Sayı: 28103, 02.11.2011 Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı:30701, Tarih:1 Mart 2019 Sağlık Hizmet Sunucularının Basamaklandırılmasına dair yönetmelik.10 şubat 2022 tarih 31746 sayılı Resmî Gazete. Ev Hemodiyalizi genelgesi-11.03.2013 Su Arıtma Sistemi Yönergesi - 28.10.2011 Diyaliz Hasta Taşıma Genelgesi
	YO.OY02.00	Diyaliz Merkezi, faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde gerekli tüm yetki ve izin belgelerine sahip olmalıdır.	
Temel Politika ve Değerler	YO.PD.01.00	Diyaliz Merkezinin temel politika ve etik değerleri tanımlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019
	YO.PD.02.00	Diyaliz Merkezi, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	
Kalite Yönetim Yapısı	YO.KY01.00	Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Doküman Yönetimi	YO.DY.01.00	Diyaliz Merkezinde kullanılan dokümanların yönetimi sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Yataklı Tedavi Kurumları Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Yönergesi, Resmî Gazete: Sayı:10588 06.11.2001 • Devlet Arşiv Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete Sayı:30922, 18.01.2019
Olay Bildirim Sistemi	YO.OB.01.00	Hasta ve çalışanların güvenliğini olumsuz etkileyen (gerçekleşen) veya etkileyebilecek (ramak kaza) istenmeyen olayların bildirilmesi sağlanmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • 6331 Sayılı İş Sağlığı Ve Güvenliği Kanunu, Resmî Gazete, Sayı : 28339, 30.6.2012 • Hasta ve Çalışan Güvenliğinin Sağlanmasına Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı : 27897, 06.04.2011 • 5237 sayılı Türk ceza kanunu.madde:280
Risk Yönetimi	YO.RY.01.00	Diyaliz Merkezi ve sunulan hizmetlere ilişkin riskler yönetilmelidir.	<ul style="list-style-type: none"> • İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı: 28512, 29.12.2012 • Biyolojik Faktörlere Maruz Kalma Risklerinin Önlenmesine Dair Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete Sayısı: 28678, 15.06.2013 • Çalışanların Patlayıcı Ortamların Tehlikelerinden Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. 28633 Sayılı Resmî Gazete, 30/04/2013 • Kimyasal Maddelerle Çalışmada Sağlık ve Güvenlik Önlemleri Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, Sayı: 28733 12.08.2013 • Çalışanların Günlükten Kaynaklanan Risklerden Korunmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, Sayı: 28721, 28.07.2013
Eğitim Yönetimi	YO.EY.01.00	Kalite iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda hasta, hasta yakını ve çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, gerekli eğitimlerin etkin şekilde uygulanması sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015. • Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, Sayı: 28648, 15.05.2013. • Sağlık Bakanlığı Hizmet İçi Eğitim Yönetmeliği T.C. Resmî Gazete Sayı:15296, 11.12.2009

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar

Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Kurumsal İletişim	YO.KI.01.00	Kurumsal iletişim faaliyetleri etkili bir şekilde yürütülmelidir.	
Göstergelerin İzlenmesi	PÖ.Gİ.01.00	İdari, finansal, tıbbi adımlar başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik süreçleri sürekli iyileştirme amacıyla kurumsal göstergeler izlenmeli ve değerlendirilmelidir.	<ul style="list-style-type: none"> Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29399, 27.06.2015.

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
İnsan Kaynakları Yönetimi	SC.İK.01.00	İnsan kaynaklarının planlanması, çalışanların ve çalışma yaşamının geliştirilmesi amaçlarına yönelik gereklilikleri yerine getirecek bir yönetim yapısı oluşturulmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı: 28599, 26.03.2013 • Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Açıkta Kura ile Atanacak Sağlık Personelinin Atama Usulü Ve Esaslarına İlişkin Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29412, 10.07.2015 • Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları 4924 Sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı: 29264, 11.02.2015 • Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019
	SC.İK.02.00	Çalışanların işe alım ve uyum süreçleri ile çalışma yaşamlarının sürekli geliştirilmesi için gereklilikler belirlenmeli ve yerine getirilmelidir.	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık Bakanlığı Personel Görevde Yükselme Ve Unvan Değişikliği Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı: 28975, 17.04.2014 • Aday Memurların Yetiştirilmelerine İlişkin Genel Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 18090, 27.6.1983 • Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019 • Tıbbın ve Tıp Sanatlarının İnfaz Şekli Hakkında Kanun, T.C. Resmî Gazete, Sayı:6283, 25.02.1954 • Hemşirelik Kanunu, T.C. Resmî Gazete Sayı:8647, 02.03.1954 • Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmî Gazete Sayı 26510, 02.05.2007 • Sağlık Bakanlığı Atama ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı: 28599, 26.03.2013 • Kamu Kurum ve Kuruluşlarına Açıkta Kura ile Atanacak Sağlık Personelinin Atama Usulü Ve Esaslarına İlişkin Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 29412, 10.07.2015 • Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları 4924 Sayılı Kanuna Tabi Sözleşmeli Sağlık Personeli Atama Ve Yer Değiştirme Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı: 29264, 11.02.2015 • Hemşirelik Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete, Sayı: 27515, 08.03.2010 • Hemşirelik Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, Sayı: 27910, 19.04.2011

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar

Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Çalışan Sağlığı ve Güvenliği	SC.ÇG.01.00	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden faktörler belirlenmeli, sağlıklı ve güvenli çalışma ortamı oluşturulması için gerekli önlemler alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Çalışanların İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimlerinin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28648, 15.05.2013. • İş Güvenliği Uzmanlarının Görev, Yetki, Sorumluluk ve Eğitimleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı:28512, 29.12.2012. • İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı:28545, 29.12.2012. • İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu, Kanun No:6331, Kabul Tarihi 20.06.2012. • İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 28532, 18.01.2013. • İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Tebliğ, Resmî Gazete, Sayı: 28602, 29.03.2013. • İş Yerlerinde Kişisel Koruyucu Donanımların Kullanımına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete Sayısı: 28695, 02.07.2013
Temel Hasta Hakları	HD.HH.01.00	Diyaliz Merkezinde sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının haklarını gözeterek şekilde düzenlenmelidir.	<ul style="list-style-type: none"> • Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı: 23420 Tarih: 01.08.1998; • Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete: Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Hasta Güvenliği	HD.HG.01.00	Diyaliz Merkezinde sunulan hizmetler hastanın ve hasta yakınlarının güvenliğini gözetecek şekilde düzenlenmelidir.	<ul style="list-style-type: none"> Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete: Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019
	HD.HG.02.00	Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.	
	HD.HG.03.00	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmi Gazete Sayı 26510, 02.05.2007. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, Resmi Gazete, Sayı : 29280, 27.02.2015 Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete: Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019
	HD.HG.04.00	Sağlık çalışanları arasında tıbbi bilgi akışında etkili iletişim sağlanmalıdır.	
Hasta Geribildirimleri	HD.HG.05.00	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	
	HD.GB.01.00	Hasta ve hasta yakınlarının, sunulan hizmetler ile ilgili geri bildirimlerinin (görüş, öneri ve şikayetler vb.) alınmasına yönelik sistem oluşturulmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 23420, 01.08.1998
Hizmete Erişim	HD.HE.01.00	Hastanın hizmetlere zamanında ulaşması için gerekli tedbirler alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmi Gazete, Sayı: 23420, 01.08.1998

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar

Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Diyaliz Hizmetleri	SH.DH.01.00	Diyaliz tedavisine yönelik karar ve planlama süreçlerinin kontrolü sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete: Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019
	SH.DH.02.00	Diyaliz hizmetleri ile ilgili tüm süreçler ve işlemler tanımlanmalıdır.	
	SH.DH.03.00	Diyaliz seansı öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
	SH.DH.04.00	Diyaliz seansına yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır	
	SH.DH.05.00	Diyaliz tedavisi gören hastaların tıbbi takibine yönelik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
	SH.DH.06.00	Hasta/Hasta yakınım organ ve doku nakli merkezlerine başvurusu hususunda bilgilendirilmelidir.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Hasta Bakımı	SH.HB.01.00	Hasta bakım süreçlerinin hasta ihtiyaçları doğrultusunda ve hastanın güvenliğini sağlayacak şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Hemşirelik Kanununda Değişiklik Yapılmasına Dair Kanun, T.C. Resmî Gazete Sayı:26510, 02.05.2007. Sağlık Bakanlığı Ve Bağlı Kuruluşları Tarafından Evde Sağlık Hizmetlerinin Sunulmasına Dair Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı : 29280, 27.02.2015 Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete: Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019
	SH.HB.02.00	Kendine ya da başkalarına zarar verme riski olan hastaların kontrolü sağlanmalıdır.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar

Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Hasta Bakımı	SH.HB.03.00	Özellikli hasta gruplarına yönelik bakım uygulamalarının standardizasyonu sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Yataklı Sağlık Tesislerinde Yanık Tedavi Birimlerinin Kurulması ve İşleyişi Hakkında Yönerge, 2202 sayılı Bakan Oluru, 19.01.2010. • Yataklı Sağlık Tesislerinde Yoğun Bakım Hizmetlerinin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Tebliğ, T.C.Resmî Gazete Sayı 28000, 20.07.2011.
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SH.EÖ.01.00	Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü için gerekli tedbirler alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, "Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği", Resmî Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005. • Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete: Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019 • Diyaliz Merkezleri Enfeksiyon Kontrol Genelgesi 2016-20 - 11.11.2016 Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü. • Diyaliz Merkezlerinde Enfeksiyon Tedbirleri Genelgesi - 2017-07 - 19.04.2017. Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü.
Sterilizasyon Yönetimi	SH.SY.01.00	Sterilizasyon hizmetlerine yönelik süreçler tanımlanmalı ve kontrol altına alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmî Gazete Sayı:17927, 13.1.1983 • Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete: Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar				
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat	
İlaç Yönetimi	SH.IY.01.00	Diyaliz Merkezinde etkin ve güvenli ilaç yönetimi sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Eczacılar ve Eczaneler Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayısı 28970, 12.04.2014 İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı 28973, 15.04.2014 	
	Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.01.00	Laboratuvar fiziki ortamı, test güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09.10.2013. Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete: Sayı: 30701 Tarih: 1 Mart 2019
		SH.LH.02.00	Laboratuvar dışı süreçlerde görev alan sağlık çalışanlarının bilgilendirilmesine yönelik test rehberi hazırlanmalıdır.	
		SH.LH.03.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	
SH.LH.04.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analitik süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.			

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar

Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Laboratuvar Hizmetleri	SH.LH.05.00	Laboratuvar testleri ile ilgili analiz sonrası süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi Laboratuvarlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı 28790, Tarih 09.10.2013.
	SH.LH.06.00	Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	
	SH.LH.07.00	Laboratuvar süreçlerinin performansının ölçülmesi ve iyileştirilmesine yönelik ölçüm parametreleri belirlenmeli ve izlenmelidir.	

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Otelcilik Hizmetleri	DH.OH.01.00	Yemek hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Gıda Hiyeni Yönetmeliği, T. C. Resmi Gazete, Sayı 281457, 17 Aralık 2011. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”, Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005. T.C. Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü, “Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği”, Resmi Gazete Sayı: 25903, 11.08.2005. Diyaliz Merkezleri Enfeksiyon Kontrol Genelgesi 2016-20 Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müd.
	DH.OH.02.00	Diyaliz Merkezinde çamaşır hizmetlerinin hasta ve çalışan sağlığı açısından güvenli ve etkin bir şekilde sunulması sağlanmalıdır	
	DH.OH.03.00	Hasta/hasta yakınlarının kullandıkları fiziksel alanlar güvenli ve ergonomik olmalıdır.	
	DH.OH.04.00	Diyaliz Merkezinde hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Özel Güvenlik Hizmetlerine Dair Kanunun Uygulanmasına İlişkin Yönetmelik, Resmi Gazete Sayı: 25606, 07.10.2004 Hasta Hakları Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete, Sayı: 23420, 01.08.1998 Adli Yardım ve Beyaz Kod Uygulama Genelgesi, Sayı: 6367, 16.03.2016.

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar

İlişkili Olduğu Mevzuat

Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Tesis Yönetimi	DH.TY.01.00	Diyaliz hizmetlerinin kalitesini ve güvenliğini sağlayacak şekilde nitelikli bir tesis yönetimi yapısı ve işleyişi oluşturulmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmi Gazete, Sayı 28710, 17.07.2013 Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmi Gazete: Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019 Çevresel Gürültünün Değerlendirilmesi ve Yönetimi Yönetmeliği, T.C.Resmi Gazete Sayı:27601, 04.06.2010 Tıbbi Gazların Üretim, Dolum, Depolama ve Satışını Gerçekleştiren Tesisler Hakkında Tebliğ T.C. Resmi Gazete Sayı:29471, 10.09.2015 T.C. Sağlık Bakanlığı İnşaat ve Bakım Dairesi Başkanlığı, "Mevcut veya yeni yapılacak sağlık tesislerinde uyulması gereken asgari teknik standartlara ilişkin tebliğ", 30.10.2012. Yapı Kontrol Uygulama Yönetmeliği T.C. Resmi Gazete Sayı: 26778, 05.02.2008 Elektrik Enerjisi Acil Durum Grupları ve Otoproduktör Tesisleri Lisans Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı: 19917, 02.09.1988 Basınçlı Ekipmanlar Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı:30349, 03.03.2018 Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı: 29396, 24.06.2015 Asansör Periyodik Kontrol Yönetmeliği, T.C. Resmi Gazete Sayı:30411, 04.05.2018

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Atık Yönetimi	DH.AY.01.00	Diyaliz Merkezinde üretilen atıkların insan ve çevre sağlığı açısından güvenli ve etkili şekilde yönetimi sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete, Sayı 25883, 22/07/2005. • Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete, Sayı 25755, 14/03/2005. • Atık Yönetimi Genel Esaslarına İlişkin Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, Sayı 26927, 05/07/2008 • Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, Sayı 27533, 26/03/2010 • Tehlikeli Atıkların Kontrolü Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete Sayı: 28812, 05.11.2013 • Atık Yönetimi Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete Sayı: 9314, 02/04/2015 • Radyoaktif Atık Yönetimi Yönetmeliği T.C. Resmî Gazete Sayısı: 28582,09.03. 2013 • Atıkların Düzenli Depolanması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik T.C. Resmî Gazete, Sayı: 30990, 26.12.2019
Bilgi Yönetimi	DH.BY.01.00	Diyaliz Merkezinde etkin ve güvenli bir bilgi yönetim sistemi bulunmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Kişisel Verilerin Korunması Kanunu, T.C. Resmî Gazete, Sayı 29677, 07.04.2016 • Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete: Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019 • Kişisel Sağlık Verileri Yönetmeliği T.C. Resmî Gazete, Sayı: 30808, 21.06.2019 • Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik -20 Ekim 2016 Sayı: 29863 • Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi. (2015, 31 Aralık). TC Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 116).

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar

Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DH.MC.01.00	Malzemelerin ve cihazların etkin, verimli ve güvenli kullanımını sağlamalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Tıbbi Cihaz Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete, Sayı 27957, 07/06/2011 Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete, Sayı: 30701 Tarih:1 Mart 2019 Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik T.C. Resmî Gazete Sayı: 2939799, 25.06.2015 TKHK Stok Yönetimi ve Menkul Kıymetler Uygulamaları Genelgesi Sayı:01586109, 01.07.2013 Sağlık Bakanlığı, Resmî Gazete Sayısı: 26563, 25.06.2007 Taşınır Yönetmelik No: 26407, 18.01.2007 Çevre Bakanlığı, Tehlikeli Kimyasallar Yönetmeliği Resmî Gazete Sayısı: 24379, 20/04/20 İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Alımına İlişkin Genelge. (2010, 25 Şubat). TC Sağlık Bakanlığı, Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü (Sayı: 7816)
	Dış Kaynak Kullanımı	DH.DK.01.00	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin Diyaliz Merkezinin temel politika ve değerleri ile Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına uygunluğu sağlamalıdır.
Acil Durum Yönetimi	AD.AD.01.00	Doğal afetler ya da olağan dışı acil müdahale, mücadele, ilkyardım veya tahliye gerektiren olaylara yönelik tedbirler alınmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013 Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007
	AD.AD.02.00	Solumun arrestleri veya kardiyak arrest durumlarında zamanında müdahale yapılmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013 Hasta Hakları Yönetmeliği, Resmî Gazete, Sayı: 23420, 01.08.1998

Standartlar ile İlişkili Mevzuatlar			
Bölüm Adı	Standart Kodu	Standart	İlişkili Olduğu Mevzuat
Acil Durum Yönetimi	AD.AD.03.00	Sağlık çalışanına yönelik şiddet riski/ şiddet eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale sağlanmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Sağlık Bakanlığı Personeline Karşı İşlenen Suçlar Nedeniyle Yapılacak Hukuki Yardımın Usul Ve Esasları Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete Sayı : 28277, 28.04.2012 • Çalışan Güvenliği Genelgesi, Sayı: 2012/23, 14.05.2012 • Hukusal Yardım ve Beyaz Kod Uygulaması Genelgesi,2016/3,Sayı:11045126-010,06.-Sağlık Bakanlığı-Hukuk Müşavirliği. • Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği, Resmî Gazete Tarihi: 13.01.1983 Resmî Gazete Sayısı: 17927
	AD.AD.04.00	Yangına zamanında müdahaleyi sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	<ul style="list-style-type: none"> • Afet ve Acil Durum Müdahale Hizmetleri Yönetmeliği, T.C. Resmî Gazete, Sayı 28855, 18/12/2013 • Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik, T.C. Resmî Gazete, Sayı 26735, 19/12/2007

EKLER



Ek.1 – SAS Hemodiyaliz Göstergeleri

Yönetim ve Organizasyon		
Gösterge Code	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Y.1.Z	Hedeflere Ulaşma Oranı	Z
Y.2.Z	Düzeltilici Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranları	Z
Y.3.Z	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	Z
Y.4.Z	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	Z
Y.5.Z	Belirlenen Risklerin Gerçekleşme Oranının İzlenmesi (Dönemler arasında karşılaştırma)	Z
Y.6.0	Emir Komuta Hattı Uzunluğu (En alt birim çalışanın en üst yönetici dâhil sorumlu olduğu sıralı hiyerarşik yönetici sayısı)	0
Y.7.0	Kontrol Alanı (Bir yöneticiye doğrudan bağlı çalışan sayısı)	0
Sağlıklı Çalışma Yaşamı		
Gösterge Code	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Ç.1.Z	Çalışan Memnuniyet Oranı	Z
Ç.2.Z	Personelin Devir Hızı	Z
Ç.3.Z	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	Z
Ç.4.Z	Kesici/Delici Alet Yaralanmasına Maruziyet Oranı	Z
Ç.5.Z	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruziyet Oranı	Z
Ç.6.Z	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olayları Sayısı	Z
Ç.7.Z	Çalışanlara Yönelik Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	Z
Hasta Deneyimi		
Gösterge Code	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
H.1.Z	Hasta Memnuniyet Oranı	Z

Sağlık Hizmetleri		
Gösterge Code	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
Diyaliz Hizmetleri		
S.1.Z	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'ten Düşük Olan Hasta Oranı	Z
S.2.Z	Ortalama Hemodiyaliz Süresi	Z
S.3.Z	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı	Z
S.4.Z	Serum Ferritin Düzeyi 200-500 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı	Z
S.5.Z	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı	Z
S.6.Z	Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı	Z
S.7.Z	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı	Z
S.8.Z	Düzeltilmiş Ca x P düzeyi 55 mg ² /dL ² 'nin Altında Olan Hasta Oranı	Z
S.9.Z	Eritropoetin Kullanım Oranı	Z
S.10.Z	Ortalama Hb Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı	Z
S.11.Z	HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı	Z
S.12.Z	Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı	Z
S.13.Z	Kalıcı Kateterli Hasta Oranı	Z
S.14.Z	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	Z
S.15.Z	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	Z
S.16.Z	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı	Z
S.17.Z	Mortalite Oranı	Z
S.18.0	Katater Fistül Oranı	0
S.19.0	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyal Kontaminasyon Oranı	0
S.20.0	Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V Üre Değeri 1.7'den Yüksek Hasta Oranı	0
Hasta Bakımı		
S.21.Z	Düşen Hasta Oranı	Z
Enfeksiyon Kontrolü		
S.22.Z	El Hijyeni Uyum Oranı	Z
İlaç Yönetimi		
S.23.Z	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Oranı	Z
S.24.Z	Advers Etki Görülme Oranı	Z
S.25.0	İlaç Etkileşimi Görülme Oranı	0
S.26.1	İmha Edilen İlaç Oranı	0

Destek Hizmetleri		
Gösterge Code	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
D.1.Z	Temel Tesis Kaynaklarında Yaşanan Arızalı Gün Sayısı	Z
D.2.Z	Tesis Kaynaklı Sorunlara Müdahale Süresi	Z
D.3.Z	Atık Devir Hızı (Atıkların geçici depolama alanlarından hangi sıklıkta ilgili/yetkili kurum tarafından alındığının belirlenmesi)	Z
D.4.Z	Atık Kaynaklı Tehlikeli Kaza Sayısı	Z
D.5.0	Teknik Birimin Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	0
D.6.0	Bilgi Yönetimi Sistemi'nin Devre Dışı Kaldığı Süre	0
D.7.Z	Cihaz Arızalarına Müdahale Süresi	Z
D.8.Z	Cihaz Arızalanma Sıklığı	Z
D.9.Z	Cihazların Arızalı Olduğu Gün Sayısı	Z
D.10.0	Bilgi Yönetimi Sistemi Revizyon Talepleri - Karşılama Oranı - Karşılama Süresi	0
Acil Durum Yönetimi		
Gösterge Code	Gösterge	Zorunlu/ Opsiyonel
A.1.Z	Acil Kod Uyarı Sistemi Çağrılarında Eksiksiz Doldurulan Form Oranı böyle bir formumuz var mı??	Z
A.2.Z	Acil Kod Uyarı Sisteminde Hedeflenen Müdahale Süresine Uyum Oranı	Z

