T.C. Sağlık Bakanlığı

SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI
DİYALİZ

Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı

SKS Diyaliz

KURUMSAL HİZMETLER
Kurumsal Yapı
Kalite Yönetimi
Doküman Yönetimi
Risk Yönetimi
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
Acil Durum ve Afet Yönetimi
Eğitim Yönetimi
Sosyal Sorumluluk
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER
Hasta Deneyimi
Sağlıklı Çalışma Yaşamı
SAĞLIK HİZMETLERİ
Hasta Bakımı
İlaç Yönetimi
Enfeksiyonların Önlenmesi
Laboratuvar Hizmetleri
DESTEK HİZMETLERİ
Tesis Yönetimi
Otelcilik Hizmetleri
Malzeme ve Cihaz Yönetimi
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
Atık Yönetimi
Dış Kaynak Kullanımı
GÖSTERGE YÖNETİMİ
Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Göstergeleri

KURUMSAL YAPI

Amaç	o Kurumsal amaçlara ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk ve iletişim mekanizmalarının tanımlanması o Diyaliz Merkezinin iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanması o Diyaliz Merkezininde sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin, sadece ülke mevzuatı kapsamında yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunulması ile bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliğinin sağlanması o Diyaliz Merkezinin temel politika ve değerlerinin belirlenmesi suretiyle kuruluşun faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanması o Diyaliz Merkezinde kurumsal iletişim faaliyetlerinin kuruluş amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KKU01 ***ÇEKİRDEK***	**Kuruluş faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.**	**KKU01.01**	Organizasyon yapısı, kuruluşun amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlayacak şekilde tasarlanmalı ve kuruluş faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.	**50**
		KKU01.02	Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır.	
			Organizasyon yapısı ile ilgili **asgari** aşağıdaki konular tanımlanmalıdır: o Sorumluluk ve ilişkiler o Dikey ve yatay koordinasyon ve entegrasyon noktaları o Gerektiğinde yetki devrinin nasıl yapılacağı	
		KKU01.03	Kuruluş, organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren bir organizasyon şeması oluşturulmalıdır.	

KKU02	**Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.**	**KKU02.01**	Görev tanımları, kapsayıcı ve net bir biçimde oluşturulmalı ve birimler arası ilişkileri de içerecek şekilde düzenlenmelidir.	**30**
			Görev tanımları **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir: o Birim o Görev Adı o Amir ve Üst Amirler o Görev Devri (herhangi bir nedenle görevinde olmadığı durumlarda, görevlerini yerine getirecek kişilerin belirlenmesi) o Görev Amacı o Temel İş ve Sorumluluklar o Yetkiler	
		KKU02.02	Birim ve kişilere verilen yetki ile sorumluluk arasında uyum olmalıdır.	
KKU03	**Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.**			**30**
KKU04 ***ÇEKİRDEK***	**Kuruluş misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.** ***Rehberlik:*** *Değerler, kuruluşun gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları ifade etmektedir.*	**KKU04.01**	Kuruluş, misyon, vizyon ve değerlerini kamuoyu ile paylaşmalıdır.	**50**

KKU05 ***ÇEKİRDEK***	**Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.**	**KKU05.01**	Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, kuruluş amaç ve hedefleri belirlenmelidir.	**50**
			o Kuruluşun amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geribildirimleri dikkate alınmalıdır.	
			Rehberlik; *o İç Çevre Faktörleri: İnsan kaynakları, finansal durum, büyüklük, yapısal koşullar gibi etkenleri ifade etmektedir.* *o Dış Çevre Faktörleri: Hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler gibi etkenleri ifade etmektedir.*	
		KKU05.02	Kuruluş faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında kuruluş bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır.	
KKU06 ***OPSİYONEL***	**Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.**			**Puansız**
KKU07 ***OPSİYONEL***	**Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.** ***Rehberlik;*** *Kurumsal İletişim: Üretim ve yönetim süreci içinde; kuruluşu 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 kuruluş itibarını gözeterek sürdürülen iletişim sürecidir.*	**KKU07.01**	Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır.	**Puansız**
			o Hedef kitle tanımlanırken; kuruluş türü, büyüklüğü, hasta profili, bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kurumlar ile temel politika ve değerler dikkate alınmalıdır.	
			Rehberlik; *Hedef kitle, kuruluş içinde ve kuruluş dışındaki iletişim paydaşlarını (kuruluş çalışanları, hasta, hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.*	

KKU07 ***OPSİYONEL***		**KKU07.02**	Kuruluş içi hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir.	**Puansız**
			Bu kurallar **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Kuruluşu oluşturan bölüm ve öğeler arasında bilgi ve karar akışı o Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı o Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim o Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim	
		KKU07.03	Kuruluş dışı hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir.	
			Bu kurallar **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Hasta/hasta yakını, dış tedarikçi, diğer sağlık kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi o Kuruluş çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi o Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi	
KKU08 ***ÇEKİRDEK***	**Kuruluşun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.**	**KKU08.01**	Kuruluşun web sitesi olmalıdır.	**50**
		KKU08.02	Web sitesi, etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel, kolay kullanılabilir ve yeterli bilgi içerecek şekilde hazırlanmalıdır.	
			Web sitesinde **asgari** aşağıdaki bilgiler olmalıdır: o Organizasyon yapısı o Kuruluşun misyon, vizyon ve değerleri o Kuruluş Kalite Yönetim Birimi ve çalışmaları o Kuruluşa ulaşım ve iletişim bilgileri o Kuruluşun hizmet verdiği alanlar o Hekimlere ait bilgiler o Başvuru koşullarına ilişkin açıklama o Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar o (Varsa) Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler o Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri bulunmalıdır.	

KALİTE YÖNETİMİ

Amaç	o Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar tüm personelin kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanması o Kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması o Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu o Kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KKY01 ***ÇEKİRDEK***	**Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.**	**KKY01.01**	Kalite yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmalıdır.	**50**
		KKY01.02	Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
KKY02 ***ÇEKİRDEK***	**Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.**	**KKY02.01**	Kalite Yönetim Direktörü belirlenmelidir.	**50**
			o "Kalite Yönetim Birimi"nde çalışacak personel sayısı, ilgili kuruluşun büyüklüğü ve özelliğine göre yönetici tarafından belirlenmelidir. o "Kalite Yönetim Birimi"nde çalışan personel, kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır.	
		KKY02.02	"Kalite Yönetim Birimi"nin çalışma ofisi olmalıdır.	

KKY02 ***ÇEKİRDEK***		**KKY02.03**	"Kalite Yönetim Birimi"nin görev alanı tanımlanmalıdır.	**50**
			Kalite Yönetim Birimi; o SKS Diyaliz çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır. o Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir. o Öz değerlendirmeleri yönetmelidir. o İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir. o Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmelidir. o Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi) yönetmelidir. o SKS Diyaliz çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır. o Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.	
KKY03 ***ÇEKİRDEK***	**SKS Diyaliz setine ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.**	**KKY03.01**	Öz değerlendirme, kuruluşun büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az bir kez olacak şekilde, kuruluş tarafından belirlenecek sıklıkta ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	**50**
		KKY03.02	Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanmalıdır.	
			o Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmelidir. o Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalıdır. o Öz değerlendirme takvimi hakkında birimler önceden bilgilendirilmelidir. o Öz değerlendirme tüm SKS Diyaliz bölümlerini kapsamalıdır.	
		KKY03.03	Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.	
		KKY03.04	Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

KKY04	**Kalite değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.**	**KKY04.01**	Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda kalite değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	**30**
		KKY04.02	Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibi kalite çalışmaları değerlendirilmelidir.	
		KKY04.03	Değerlendirme toplantılarında, hasta güvenliği kapsamında aşağıdaki konular ele alınmalıdır.	
			o Hastaların doğru kimliklendirilmesi o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması o İlaç güvenliğinin sağlanması o Radyasyon güvenliğinin sağlanması o Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması o Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması o Hasta mahremiyetinin sağlanması o Hastaların güvenli transferi o Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi o Bilgi güvenliğinin sağlanması o Enfeksiyonların önlenmesi o Laboratuvarda hasta güvenliğinin sağlanması gibi	
		KKY04.04	Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
KKY05	**Kalite değerlendirme toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.**	**KKY05.01**	Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir.	**10**
			Bilgilendirme **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını o Toplantı gündemi ve süresini o Toplantı yeri ve zamanını kapsamalıdır.	
		KKY05.02	Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.	

KKY06	**SKS Diyaliz seti kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**	**KKY06.01**	SKS Diyaliz seti kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır.	**30**
		KKY06.02	Gerekli durumlarda, düzeltici-önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	
			Rehberlik: *Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilen iyileştirme çalışması gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınabilir.*	
		KKY06.03	Düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar kuruluş tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde form vb. bir kayıt sistemi ile izlenmelidir.	
KKY07	**Kuruluş personelinin kalite çalışmaları ile ilgili sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.**			**30**
KKY08	**Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.**	**KKY08.01**	Tanıtım kartları; standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir.	**10**
			Rehberlik: *Tanıtım kartları hizmet verilen hasta profili göz önünde bulundurularak farklı dillerde alternatifli olarak hazırlanabilir.*	
		KKY08.02	Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.	

DOKÜMAN YÖNETİMİ

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KDY01	**SKS Diyaliz'de yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**KDY01.01**	Dokümanların formatı belirlenmelidir.	**30**
		KDY01.02	Dokümanlar güncel olmalıdır.	
			o Dokümanlar kuruluş tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmelidir. o Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır. o Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalıdır.	
		KDY01.03	Dokümanlar, ilgili birim tarafından hazırlanmalıdır.	
		KDY01.04	Dokümanlar Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edilmelidir.	
		KDY01.05	Dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.	
		KDY01.06	Hazırlanan dokümanlar çalışanlara duyurulmalı, dokümanların güncel hali kullanım alanlarında bulunmalıdır.	
			o Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır. o Dokümanlara ilgili birim tarafından ulaşılabilmelidir. o Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.	

KDY01		**KDY01.07**	Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunmalıdır.	**30**
			o Güncellemeler, doküman listesinde izlenebilmelidir.	
		KDY01.08	İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.	
KDY02	**Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**KDY02.01**	Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.	**10**
			Rehberlik; *Dış Kaynaklı Doküman: Kuruluşun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır.* *Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı aranmamaktadır.*	
		KDY02.02	Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulmalıdır.	
KDY03	**Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**KDY03.01**	Hastalara yönelik bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmelidir.	**10**
		KDY03.02	Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir.	
			o Panolarda asılacak dokümanlara yönelik onayın nasıl ve kim tarafından verileceği belirlenmelidir. o Dokümanların panoda ne kadar süre asılı kalacağı ve panodan kaldırılmasına yönelik sürecin nasıl yönetileceği tanımlanmalıdır. o Dokümanların takibi ile ilgili sorumluluklar belirlenmelidir.	
		KDY03.03	Hastalara yönelik asılan bilgilendirme dokümanları güncel olmalıdır.	
		KDY03.04	Panolar ve panolarda asılı dokümanlar, görsel olarak düzenli bir şekilde dizayn edilmelidir.	
		KDY03.05	Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalar, görsel olarak düzenli bir şekilde dizayn edilmelidir.	

KDY04	**Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir.**	**KDY04.01**	Fiziksel ya da elektronik imza marifeti ile onaylanmış dokümanların muhafaza şekilleri tanımlanmalıdır.	**10**
KDY05	**Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir**			**10**

RİSK YÖNETİMİ

Amaç	Hasta, hasta yakını, çalışan, tesis ve çevre güvenliği kapsamında, Diyaliz Merkezinde sunulan hizmetlere ilişkin risklerin önlenmesi veya en alt düzeye indirilmesidir.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KRY01 ***ÇEKİRDEK***	**Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**	**KRY01.01**	Risk yönetim çalışmaları Kalite Yönetim Birimi'nin koordinasyonunda yürütülmelidir.	**50**
KRY02 ***ÇEKİRDEK***	**Kuruluşta gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**	**KRY02.01**	Risk yönetimi; hasta ve çalışan güvenliği ile tesis ve çevre güvenliğine ilişkin süreçleri kapsamalıdır.	**50**
		KRY02.02	Risk yönetimi; kuruluşta karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir.	
		KRY02.03	Risk yönetimine yönelik doküman oluşturulmalıdır.	
			Doküman **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Amaç ve hedefler o Kapsam o Risk analizi yöntemi o İlgili çalışanların görüşlerinin alınması o Tanımlanan risklerin raporlanması o Tanımlanan risklerin analizi ve risk düzeylerinin tespiti o Gerekli iyileştirme çalışmaları o Çalışanların eğitimi	

KRY03 ***ÇEKİRDEK***	**Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir.**	**KRY03.01**	Risk yönetimine ilişkin süreçleri ve unsurları kapsayacak şekilde bir plan hazırlanmalıdır.	**50**
			Plan **asgari** aşağıdaki başlıkları içermelidir: o İlgili süreç, faaliyet veya unsur o Yaşanabilecek riskler o Risk düzeyi o Alınacak önlemler o Sorumlular o Önlemlerin alınmasına yönelik belirlenen zaman dilimi	
		KRY03.02	Riskler, birim, meslek ve/veya süreç bazında, çalışanların katılımıyla belirlenmelidir.	
		KRY03.03	Risk düzeyleri en az 3 kategoride (düşük, orta, yüksek gibi) belirlenmelidir.	
		KRY03.04	Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi yapılmalıdır.	
KRY04 ***ÇEKİRDEK***	**Belirlenen risk düzeylerine göre birim, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**			**50**
KRY05	**Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.**	**KRY05.01**	Risk yönetimi çerçevesinde belirlenen riskler ve iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla gözden geçirilmelidir.	**30**
			o Gözden geçirme aralıkları, belirlenen riskler kapsamında tanımlanmalıdır. o Risk yönetimi planı kapsamında, risklere yönelik alınan önlemlerin etkinliği izlenebilir olmalıdır.	
			Rehberlik; o Alınan önlemlerin sürekliliğini sağlamak için düzenli aralıklarla iyileştirme faaliyetlerine yönelik takip çalışmaları yapılabilir.	
		KRY05.02	Risk analizleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.	

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KİO01 ***ÇEKİRDEK***	**İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.**	**KİO01.01**	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlenmelidir.	**50**
			o Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmalıdır.	
		KİO01.02	Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmalıdır.	
			<u>Rehberlik:</u> o Sistem; web tabanlı, intranet ortamında, elektronik ortamda veya basılı formlar üzerinden kullanılabilir. o Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde ya da her iki yöntemi içerecek şekilde de kurgulanabilir. o Ana modüllerin altında alt modüller yer alabilir. Örneğin; "İlaç Güvenliği, Kesici Delici Alet Yaralanmaları" gibi.	

KİO01 ***ÇEKİRDEK***		**KİO01.03**	Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır.	**50**
			o Bildirim formları, **asgari** aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir: • Olayın konusu • Olayın içeriği • Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler	
		KİO01.04	Bildirim, analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir.	
		KİO01.05	Sistem bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır.	
KİO02	**Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.**	**KİO02.01**	Bildirim sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmalıdır.	**30**
KİO03 ***ÇEKİRDEK***	**Çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.**	**KİO03.01**	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitimler tüm kuruluş çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanmalıdır.	**50**
			Eğitimler **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumluluklar o Sistemin yapısı o Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği o Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü o İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında yer alan istenmeyen olaylar o Bildirimin yapılma şekli ve uyulması gereken kurallar o Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı o Bildirimlerin nasıl değerlendirileceği ve analiz edileceğine ilişkin genel bilgi	

KİO04 **ÇEKİRDEK**	**İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**	**KİO04.01**	Sisteme yapılan bildirimler değerlendirilmeli ve olay bazında kök neden analizi yapılmalıdır.	**50**
		KİO04.02	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla tekrarlanmalı, raporlanmalı ve değerlendirilmelidir.	
		KİO04.03	Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	
		KİO04.04	Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilmelidir.	
KİO05	**Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.**			**30**

ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ

Amaç	o Diyaliz Merkezinde karşılaşılacak deprem, sel gibi doğal afetler ya da yangın, patlama, acil tıbbi müdahale ihtiyacı gibi acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekleri zararın en alt düzeye düşürülmesi o Diyaliz Merkezinde karşılaşılacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik gerekliliklerin tanımlanması o Diyaliz Merkezinde görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KAD01	**Acil durum ve afet yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.**	**KAD01.01**	Acil durum ve afet yönetimi ile ilgili düzenli aralıklarla toplantılar yapmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.	**30**
		KAD01.02	Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	
KAD02	**Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.**	**KAD02.01**	Risk değerlendirmesi doğa ve insan kaynaklı afetlere göre yapılmalıdır.	**30**
			Risk değerlendirmesi **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Yangın o Deprem o Sel o Toprak kaymaları o Salgınlar o Terör eylemleri o Göç o Endüstriyel patlama o Nükleer ve kimyasal kazalar o Savaş	

KAD03	**Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.**	**KAD03.01**	Acil durum ve afet planı aşağıdaki konuları kapsamalıdır.	**30**
			o Acil durumlara karşı olası riskler (yangın, terör, su baskını, radyoaktif bulaş ve serpinti gibi) o Koruyucu önlemler o Kontrol o Erken teşhis ve tespit o Triaj o Kaynakların yönetimi (hasta bakımı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, arşiv gibi) o Tesisin tahliyesi o Kullanılacak alternatif alanlar o Kullanılacak malzemelerin temini o Acil durum ve afet malzeme envanteri o İşbirliği yapılacak kurumlarla organizasyon	
		KAD03.02	Acil durum ve afet planı güncel olmalıdır.	
			o Plan kuruluş tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmeli ve revize edilmelidir.	
KAD04	**Kuruluş acil durum plan krokileri bulunmalıdır.**	**KAD04.01**	Kuruluş acil durum plan krokileri; o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel acil durum plan krokileri o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat acil durum plan krokileri olarak hazırlanmalıdır.	**30**
			Acil durum plan krokilerinde **<u>asgari</u>** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler o Acil müdahale setinin bulunduğu yerler o Acil çıkış yolları, toplanma yerleri ve uyarı sistemlerinin bulunduğu yerler o İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında Diyaliz Merkezi haricindeki kuruluşların irtibat numaraları	
		KAD04.02	Acil durum plan krokilerine yönelik çalışanlar bilgilendirilmelidir.	

KAD05 **ÇEKİRDEK**	**Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**KAD05.01**	Acil durum ve afetlere yönelik tesis tahliye planı oluşturulmalıdır.	**30**
			Tahliye planı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Hasta nakli (mümkün olduğu kadar asansör kullanılmadan) o Hastaların güvenli yerlere transferi o Geçici yerleştirme alanları o Mesai saatleri dışında nöbetçilerin yetkilendirilmesi o Trafik akışı ve güvenlik o Hasta izleme sistemleri o Taşınabilir jeneratörü ve fenerleri de içeren acil ışıklandırma o Alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonu	
		KAD05.02	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez tesis tahliye tatbikatı yapılmalıdır.	
			o Tesis tahliye tatbikatı merkezin idari ve destek hizmetleri de dahil tüm hizmet sunum alanlarının tahliyesini kapsamalıdır. o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalıdır.	
KAD06	**Acil durum ve afet yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir.** ***(Bkz.Eğitim Yönetimi Bölümü)***	**KAD06.01**	Çalışanlara acil durum ve afet planına yönelik eğitim verilmelidir.	**30**
			Eğitimler **asgari** aşağıdaki konu başlıklarını kapsamalıdır: o Temel afet bilinci o Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı) o YOTA o Acil Durum ve Afet Triyajı	

KAD07 ***ÇEKİRDEK***	**Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**KAD07.01**	Birinci ve ikinci deprem bölgesinde bulunan kuruluşlar "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA)" uygulaması yapmalıdır.	**50**
			YOTA uygulaması **asgari** aşağıdaki maddeleri içermelidir: o Her türlü tıbbi cihazın sabitlenmesi o Her türlü yüksek mobilyanın sabitlenmesi o Oksijen tüplerinin, kuruluş araçlarının ve sedyelerin hastalara ve personele zarar vermeyecek, kaçış yollarını kapatmayacak şekilde yerleştirilmesi ve sabitlenmesi o Buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır ya da büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve duvara sabitlenmesi o Raflardaki ağır cisimlerin daha alçak yerlere konulması o Doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlanması o Jeneratörlere sarsıntıya duyarlı olan, depremden hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi o Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve çapraz iplerle sabitlenmesi o Küçük ebatlı malzeme ve ilaçların tel kafes sistemleri ile sabitlenmesi	
KAD08	**Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.** ***Rehberlik:*** *Kırmızı kod; kuruluşta çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve/veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.*	**KAD08.01**	Kuruluşta, yangına zamanında müdahale yapılmasına yönelik kırmızı kod ile tanımlanan acil uyarı sistemi oluşturulmalıdır.	**30**
			o Kuruluşun tüm alanlarını kapsayıcı ve adreslenebilir bir yangın algılama sistemi bulunmalı, sistemin bakım ve kontrollleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır. o Acil uyarı sistemi, gerektiğinde ilgili kişileri uyarmaya yönelik görsel ve işitsel fonksiyona sahip olmalıdır. o Acil uyarı sistemi, kesintisiz güç kaynağına bağlı olarak çalışmalı, itfaiye gibi ilgili birimlerle koordinasyon sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	

KAD08		**KAD08.02**	Kırmızı kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir.	**30**
			o Sorumlular, kuruluşun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak, kırmızı kod uygulamalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalı, kuruluş yönetiminden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır.	
		KAD08.03	Yapılan kırmızı kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.	
			o Tutulan kayıtlarda **<u>asgari</u>** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: • Yangının çıktığı tarih ve saat • Yangının çıktığı yer • Yangının başlama nedeni • Çevrede oluşan olumsuzluklar • Yangına müdahale edenlerin kişisel ve iletişim bilgileri o Kayıtlar Kalite Yönetim Birimi'ne iletilmelidir.	
		KAD08.04	Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez kırmızı kod tatbikatı yapılmalıdır.	
			o Tatbikatların görüntü kayıtları bulunmalıdır. o Tatbikat raporu hazırlanmalı-	
		KAD08.05	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
		KAD08.06	Çalışanlara kırmızı kod ile ilgili eğitim verilmelidir.	
KAD09 ***<u>ÇEKİRDEK</u>***	**Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**KAD09.01**	Kuruluş krokilerinde yangın söndürücüleri gösteren işaretlemeler bulunmalıdır.	**50**
		KAD09.02	Yangın söndürücüler duvara sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.	

KAD09 ***ÇEKİRDEK***		**KAD09.03**	Otoparklarda, depolarda, tesisat dairelerinde ve benzeri yerlerde yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.	**50**
		KAD09.04	Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştirilmelidir.	
		KAD09.05	Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır.	
			o Yangın hortumu hasarsız olmalıdır. o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir. o Vanalar kolayca açılmalıdır.	
KAD10 ***ÇEKİRDEK***	**Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.**	**KAD10.01**	Çatılar belirli aralıklarda temizlenmelidir.	**50**
		KAD10.02	Yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır.	
		KAD10.03	Elektrik aksamının yalıtımları olmalıdır.	

EĞİTİM YÖNETİMİ

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KEY01	**Kuruluşta, hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.**			**30**
KEY02	**Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.**	**KEY02.01**	Eğitim planlarında tanımlanması gereken asgari hususlar belirlenmelidir.	**30**
			Eğitim planlarında, **asgari** aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o Eğitimin amaç ve hedefleri o Eğitimin ne zaman, kim tarafından ve kime verileceği o Eğitim yöntemi o Varsa eğitimin aşamaları (temel eğitim, ileri düzey eğitim, teorik ve pratik eğitimler gibi) o Eğitimin yeri o Eğitimin süresi o Eğitimin içeriğine ilişkin genel başlıklar o Eğitim için gerekli materyaller o Eğitim etkinliğini değerlendirme yöntemleri	
		KEY02.02	Plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında plan revize edilmelidir.	
		KEY02.03	Yapılan revizyon, geriye dönük izlenebilir olmalıdır.	

KEY03 ***ÇEKİRDEK***	**Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.**	**KEY03.01**	Göreve yeni başlayan her çalışana; genel uyum eğitimi ve birim uyum eğitimi verilmelidir.	**50**
			o Genel ve birim uyum eğitimlerine ilişkin konular, hizmet sunum alanları, meslek farklılıkları gibi özellikler göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.	
		KEY03.02	Genel uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.	
		KEY03.03	Genel ve birim uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.	
		KEY03.04	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.	
KEY04	**Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.**	**KEY04.01**	Hizmet içi eğitim sorumluları belirlenmelidir.	**30**
		KEY04.02	Eğitim konuları, hiyerarşik düzeye, meslek grubuna, birime özgü ve genel olarak kategorize edilmelidir.	
		KEY04.03	Eğitimler plan dâhilinde uygulanmalıdır.	
			o Eğitim dönemi süresince, plan dışında eğitim düzenlenmesi ya da eğitim içerikleri, eğitim yöntemi gibi konularda değişiklik yapılması durumlarında geriye dönük izlenebilir şekilde plan revize edilmelidir.	
		KEY04.04	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.	
		KEY04.05	İlgili çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	

KEY05	**Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.**	**KEY05.01**	Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	**30**
			Rehberlik: *Eğitimlerin etkinlik ve etkililiğini değerlendirmek üzere kullanılabilecek yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:* *o Ön test-son test* *o Öz değerlendirmeler* *o Gözlemler* *o Kişilerle yapılan görüşmeler* *o Birim sorumluları ile yapılan değerlendirmeler* *o Anketler* *o Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi)*	
KEY06 ***ÇEKİRDEK***	**Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**KEY06.01**	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik doküman bulunmalıdır.	**50**
			Eğitim dokümanları aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Hangi konularda eğitim verileceği o Hangi sıklıkla verileceği o Kimler tarafından verileceği o Nasıl kayıt altına alınacağı	
		KEY06.02	Hasta, hasta yakınlarına diyaliz tedavisi süreçlerine yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.	
			Hasta/hasta yakınlarına diyaliz tedavisi süreçlerine yönelik **asgari** aşağıdaki konularda eğitimler verilmelidir: o (Varsa) Kullanılacak ilaçlar o Bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar o (Varsa) bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı o El hijyeni, beslenme ve varsa diyet, egzersizler o Gerektiğinde doktoruna ne zaman ve nasıl başvurulacağı gibi	
		KEY06.03	Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar hasta dosyasında bulunmalıdır.	

SOSYAL SORUMLULUK

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
KSS01 ***OPSİYONEL***	**Kuruluş, sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.**	**KSS01.01**	Kuruluş hizmet verdiği bölgenin ve popülasyonun sağlık dokusundaki farklılıklar ile ulusal ve küresel sağlık sorunlarını araştırmalıdır.	**Puansız**
			Rehberlik; *Sağlık sorunlarının araştırılması kapsamında aşağıdaki unsurlar değerlendirilerek durum tespiti yapılabilir:* *o Nüfus, yaş, cinsiyet, eğitim durumu gibi demografik veriler* *o Morbidite, mortalite ve epidemiyolojik verileri içeren sağlık istatistikleri* *o Giyim, yemek, kültürel ve fiziksel aktivite alışkanlıkları* *o Sosyal ve kültürel yapı*	
		KSS01.02	Kuruluş, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	

KSS02 ***OPSİYONEL***	**Hedef popülasyona yönelik sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.**	**KSS02.01**	Kuruluş, sağlığı teşvik edici ve geliştirici faaliyetler kapsamında bir program uygulamalıdır.	**Puansız**
			Rehberlik; *Standart kapsamında geliştirilecek program aşağıdaki konu başlıklarında ya da bunlara benzer konularda oluşturulabilir:* *o Toplumun böbrek sağlığı ile ilgili farkındalık ve bilgi düzeyinin artırılması* *o Kronik hastalıklarla mücadele için geliştirilen eğitici ve önleyici faaliyetler* *o Sağlıklı yaşam için sağlıklı beslenme* *o Sağlıklı yaşam için genç nüfusun spor faaliyetleri ile ilgili teşvik edilmesi* *o Doku ve organ nakline yönelik bilgilendirme ve işbirliği* *o Sigara ile mücadele* *o Toplum sağlığını tehdit eden bölgesel etkenlerle mücadele kapsamında yerel yönetimlerle iş birliği* *o Yaşlı ve engelli hastalarının diyaliz uygulamaları* *o Kemoterapi ve radyoterapi alan hastaların diyaliz uygulamaları*	
KSS03 ***OPSİYONEL***	**Kuruluş tarafından, sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan programın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi izlenmelidir.**	**KSS03.01**	Program sonuçları kuruluş tarafından değerlendirilmeli, uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	**Puansız**
		KSS03.02	Değerlendirme sonuçlarına göre, program faaliyetlerinde gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	

HASTA DENEYİMİ

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
HHD01	**Hastanın diyaliz merkezine uyumunu sağlamaya yönelik bilgilendirme yapılmalıdır.**	**HHD01.01**	Hasta ve hasta yakınları, hastanın merkeze kabulünde, sağlık çalışanlarına nasıl ulaşabilecekleri, uygulanan bakım hizmetlerine ilişkin ne şekilde bilgi alabilecekleri, hasta hakları ve sorumlulukları gibi konularda bilgilendirilmelidir.	**10**
HHD02	**Hasta ile sağlık çalışanları arasında etkili bir iletişim ortamı oluşturulmalıdır.**	**HHD02.01**	Hastaya hizmet verecek olan birim çalışanları hasta ve hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.	**30**
		HHD02.02	Hasta ve hasta yakınıyla yapılan görüşmelerde olumlu bir iletişim ortamı (uygun ses tonu, uygun beden dili, sözcüklerin seçimi, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanımı gibi) oluşturulmalıdır.	
		HHD02.03	Çalışanlara, hasta memnuniyeti, hasta hakları ve iletişim becerilerine ilişkin eğitim verilmelidir.	

HHD03 ***ÇEKİRDEK***	**Hasta; teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri hakkında bilgilendirilmelidir.**	**HHD03.01**	Hasta veya hasta yakını, kuruluş tarafından belirlenen kurallar doğrultusunda, teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri hakkında bilgilendirilmeli, bilgilendirme sırasında sade ve anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.	**50**
		HHD03.02	Hasta veya hasta yakını **asgari** aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir: o Hastanın genel durumu o Tedavi süreci o Bakım uygulamalarının seyri o Yapılması planlanan her türlü tıbbi müdahale o Diyaliz tedavisi ile ilgili olarak gelişebilecek akut ve kronik komplikasyonlar ve alınması gereken önlemler	
		HHD03.03	Hasta veya hasta yakınlarının bilgilendirilmesi sırasında hasta mahremiyeti sağlanmalıdır.	
		HHD03.04	Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda, hasta veya hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği tanımlanmalıdır.	
HHD04	**Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.**	**HHD04.01**	Hasta, her türlü tıbbi müdahale öncesinde, işlemi yapacak kişi tarafından işlem hakkında bilgilendirilmelidir.	**30**
		HHD04.02	Bilgilendirme sonrası yazılı olarak hastanın rızası alınmalıdır.	
			Rehberlik; *Hemodiyaliz seansları gibi sürekli tekrarlanan işlemler için hasta rızasının bir kez alınması yeterlidir.*	

HHD04		**HHD04.03**	Engellilerin durumuna uygun bilgilendirme yapılmasına ve rıza alınmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	**30**
HHD05	**Hastaya bakım süreci ile ilgili gerekli eğitimler verilmelidir.**	**HHD05.01**	Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitimler verilmeli, eğitim içeriği hastanın ihtiyacına göre belirlenmelidir. ***<u>Rehberlik;</u>*** *Eğitim konuları için aşağıdaki örnekler verilebilir:* *o El hijyeni* *o Enfeksiyonların önlenmesi* *o Hasta düşmeleri* *o Hastalığının seyri* *o İlaçların kullanımı* *o Fistül bakımı* *o Bakım süreci ile ilgili uyması gereken kurallar* *o Beslenmede dikkat etmesi gereken hususlar* *o Kurallara uymaması durumunda oluşabilecek riskler* *o Acil bir durumda ilgili hekime başvurma süreci*	**30**
		HHD05.02	Verilen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.	
HHD06	**Hasta, organ ve doku nakli merkezlerine başvurması hususunda bilgilendirilmelidir.**	**HHD06.01**	Talep eden hastalar için organ ve doku nakli merkezleri ile koordinasyon sağlanmalıdır.	**30**
		HHD06.02	Hastanın iletişim bilgilerinin güncel olması sağlanmalıdır.	
HHD07	**Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.**			**10**
HHD08	**Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.**	**HHD08.01**	Hasta, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtları inceleyebilmeli, istediğinde ilgili belgelerin kopyasına ulaşabilmelidir.	
			o Hasta, söz konusu bilgi ve belgelere, hizmet alımı sırasında ya da sonrasında ulaşabilmelidir.	**10**
		HHD08.02	Tıbbi kayıtların, hangi durumlarda hasta yakını ile paylaşılabileceği belirlenmelidir.	

HHD09 ***ÇEKİRDEK***	**Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.**	**HHD09.01**	Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik ve sosyal mahremiyet ile bilgi mahremiyeti dikkate alınmalıdır.	**50**
		HHD09.02	Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır.	
			o Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir. o Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır.	
		HHD09.03	Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılabileceği belirlenmelidir.	
			o Hastanın tıbbi değerlendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir. o Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.	
		HHD09.04	Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.	
			Rehberlik; *Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunabilir. Kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihini söz konusu kültürel özellikler doğrultusunda belirleme, adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma ve tedbirli olma bunlardan bazılarıdır. Ayrıca toplumda göz önünde bulunan bir hastanın, kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda, özellikle hassasiyet gösterilmesi yönünde talebi olabilir.*	
		HHD09.05	Tüm kuruluş çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.	
HHD10	**Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.**			**10**

HHD11	**Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.**	**HHD11.01**	Sağlık hizmeti sunulan tüm bölümlerde hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	**30**
		HHD11.02	Hasta ve hasta yakınları; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da kuruluş ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini ne şekilde iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmelidir.	
		HHD11.03	Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.	
			o Değerlendirmelerde kalite yönetim direktörü ve yönetimden bir kişi yer almalıdır. o Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. o Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır. o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır. o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır. o Görüş, öneri ve şikayeti bulunan hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.	
HHD12	**Hasta geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.** **(*Bkz. Geri Bildirim Anketi Uygulama Rehberi)***	**HHD12.01**	Hasta geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.	**30**
		HHD12.02	Anketler asgari belirlenen aralıklarda yapılmalıdır.	
		HHD12.03	Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.	
		HHD12.04	Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır	
			o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.	

SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI

Amaç	Diyaliz Merkezlerine çalışan perspektifinden bakılarak, sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve alt yapısının sağlanmasıdır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
HSÇ01	**İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**HSÇ01.01**	Yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır.	**30**
		HSÇ01.02	Yönetim yapısı içinde yer alanların görev, yetki ve sorumlulukları ile bu görevlerde çalışacakların hangi niteliklere sahip olmaları gerektiği tanımlanmalıdır.	
HSÇ02	**Kuruluşun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.**	**HSÇ02.01**	Bölüm ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir.	**10**
		HSÇ02.02	Personel temin planında, farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer verilmelidir.	
		HSÇ02.03	İşe başvuru ve işe alım süreçlerinde talep edilecek olan bilgi ve belgeler ile değerlendirme ve onay süreçlerine ilişkin basamaklar belirlenmelidir.	

HSÇ03	**Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**	**HSÇ03.01**	İşe alım ile ilgili ilkeler ve süreçler ilan edilmelidir.	**10**
			o İlkelerin Bakanlık genel politikaları ve modern insan kaynakları yönetimi prensiplerine uygun olmasına dikkat edilmelidir.	
		HSÇ03.02	Personel, kuruluş ihtiyaçları ve personelin yetkinlikleri dikkate alınarak ilgili birimlerde istihdam edilmelidir.	
		HSÇ03.03	Kuruluşta gerçekleştirilen her türlü faaliyet, ülke sağlık politikaları ile diğer yasal düzenlemeler çerçevesinde yetkilendirilmiş (diploma, sertifika, özel alan yetki belgesi gibi) kişilerce sunulmalıdır.	
HSÇ04 ***OPSİYONEL***	**Çalışanlara yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.**	**HSÇ04.01**	Çalışanların başarı düzeylerinin ölçülmesine yönelik performans kriterleri belirlenmelidir.	**Puansız**
			o Performans kriterleri belirlenirken, çalışanlara yönelik hazırlanan iş tanımları dikkate alınmalı, hizmet sunum alanları, meslek grupları gibi faktörler göz önünde bulundurulmalıdır.	
		HSÇ04.02	Çalışanlar, performans kriterleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
		HSÇ04.03	Kuruluş tarafından belirlenen performans kriterleri esas alınarak çalışan performansına yönelik ölçümler yapılmalıdır.	
		HSÇ04.04	Çalışan performansını artırmaya yönelik eğitimler planlanmalıdır.	

HSÇ05	**Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.**	**HSÇ05.01**	Hedefler üst yönetim, birim yöneticileri ve kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.	**10**
		HSÇ05.02	Belirlenen hedeflere ulaşılması için gerçekleştirilecek faaliyetler ile bütçe, zaman ve fiziki koşullar gibi gerekliliklerler belirlenmelidir.	
		HSÇ05.03	Hedeflere ilişkin üst yönetim, birim yöneticileri ve kalite sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme yapılmalıdır.	
HSÇ06 ***ÇEKİRDEK***	**Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.**	**HSÇ06.01**	Kuruluş ve birim bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	**50**
			o Risk değerlendirmesi; çalışanların kuruluşta karşılaşabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır. ***(Bkz. Risk Yönetimi Bölümü)***	
		HSC06.02	Kuruluş ve birim bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	
		HSC06.03	Çalışanların güvenliğini tehdit eden istenmeyen olayların bildirimlerinin yapılması sağlanmalıdır. ***(Bkz. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Bölümü)***	
			o Çalışanların maruz kaldığı istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalı ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.	
		HSÇ06.04	Çalışanlara, istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti sağlanmalıdır.	
		HSÇ06.05	Çalışanlara yönelik şiddet riski veya girişimi varlığında, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	

HSÇ07 ***ÇEKİRDEK***	**Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.**	**HSÇ07.01**	Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program hazırlanmalı ve uygulanmalıdır.	**50**
			o Program **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: • Birim bazında yapılacak sağlık taramalarının kapsamı, zamanı ve tekrarlanma sıklığı • Tarmaların nasıl ve nerede uygulanacağı • Sonuçların kim tarafından değerlendirileceği • Olumsuz sonuçlar elde edildiğinde nasıl bir yol izleneceği	
			o Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve ilgili uzmanların (uzman hekim, hemşire, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı gibi) görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.	
		HSÇ07.02	Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.	
		HSÇ07.03	Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.	
			o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.	
		HSÇ07.04	Sağlık tarama sonuçlarında olumsuzluk tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmalıdır.	
HSÇ08 ***ÇEKİRDEK***	**Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.**	**HSÇ08.01**	Birim bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.	**50**
		HSÇ08.02	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalı ve ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	
		HSÇ08.03	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.	

HSÇ09	**Çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.**	**HSÇ09.01**	Çalışma ortamına yönelik fiziksel düzenlemeler bulunmalıdır.	**30**
			o Çalışanların beklentileri de dikkate alınarak, fiziksel koşullar, kullanılan malzeme ve cihazlar ile çalışma süreçleri hakkında iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. o Çalışanlar için dinlenme alanları bulunmalıdır. o Çalışanlar için giyinme alanları ve kişisel eşyalarını muhafaza edebilecekleri kilitli dolapları bulunmalıdır.	
		HSÇ09.02	Çalışanların; dini inançlarına yönelik ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.	
		HSÇ09.03	Çalışanların mesleki gelişiminin teşvik edilmesine ve motivasyonunun artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	
HSÇ10	**Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.**			**30**
HSÇ11	**Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.**	**HSÇ.11.01**	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalı-	**30**
		HSÇ11.02	Çalışanlar; kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar ya da kuruluş ve personel ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.	
		HSÇ11.03	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.	
			o Görüş, öneri ve şikayetler, düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir. o Öncelikli olarak müdahale edilmesi gereken geri bildirimler en kısa zamanda ele alınmalıdır. o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular üst yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır. o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır. o Görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.	

HSÇ12	**Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.** ***(Bkz. Geri Bildirim Anketi Uygulama Rehberi)***	**HSÇ12.01**	Çalışan geri bildirim anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.	**30**
		HSÇ12.02	Anketler belirlenen aralıklarda yapılmalıdır.	
		HSÇ12.03	Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.	
		HSÇ12.04	Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.	
			o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine üst yönetimin katılımı sağlanmalıdır.	

HASTA BAKIMI

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SHB01	**Hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.** ***Rehberlik:*** *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.*	**SHB01.01**	Hasta bakımına ilişkin süreçlere yönelik doküman oluşturulmalıdır.	**10**
			Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Hastanın bakım ihtiyaçlarının ne şekilde, ne zaman ve kimler tarafından değerlendirileceği o Değerlendirme sonrasında bakımın planlanması o Planlanan bakımın hastaya uygulanması o Bakımın sonuçlarının anlaşılabilmesi için hastanın izlenmesi o Gerektiğinde bakımda değişiklikler yapılması o Acil diyaliz uygulanmasına ilişkin süreçler o Hasta güvenliğinin sağlanmasına yönelik faaliyetler	
SHB02	**Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.**	**SHB02.01**	Diyaliz Merkezine kabul edilen hastanın bakım ihtiyaçları; hastaya bakım verecek ilgili sağlık çalışanları tarafından belirlenmelidir.	**30**
		SHB02.02	Hastaların bakım ihtiyaçları, fizik muayene ve öykü dahil, fiziksel, psikolojik ve sosyal faktörleri kapsayacak şekilde değerlendirilmeli ve eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.	

SHB03 ***ÇEKİRDEK***	**Hastaların tıbbi takibinin etkin şekilde yapılması sağlanmalıdır.**	**SHB03.01**	Tüm hastalar ayda en az bir defa ilgili uzman hekim tarafından değerlendirilmelidir.	**50**
		SHB03.02	***Rehberlik:*** *Aylık değerlendirme, ilgili diyaliz değerlendirmesinin yanı sıra hastanın diğer tıbbiproblemlerinin değerlendirmesini de kapsamaktadır.*	
			Değerlendirme kayıtları **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Hastanın genel sağlığına ilişkin fizik muayenesi ve öyküsü o Diyaliz tedavisine bağlı herhangi bir komplikasyon olup olmadığı o Laboratuvar sonuçları o Vasküler erişim durumu (Damar içi kateter kontrolü) o Beslenme durumu dâhil, uzun vadeli diyaliz tedavisine ilişkin komplikasyonlar o Mevcut böbrek nakli durumunun incelenmesi	
SHB04 ***ÇEKİRDEK***	**Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.** ***Rehberlik:*** *Kimlik doğrulama, kuruluşta bakım hizmeti alan bireyin, doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.* *Hastalara yapılan kayıt işlemleri ile tanı ve tedaviye yönelik işlemlerde kimlik doğrulaması yapılmalıdır.*	**SHB04.01**	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin doküman bulunmalıdır.	**50**
			Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Hizmet alan hastalar için kimlik doğrulama uygulamasının nasıl yapılacağı o Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı o Kullanılacak kimlik doğrulama aracına ilişkin kurallar o Hasta ve ailesinin kimlik doğrulama konusunda nasıl bilgilendirileceği gibi	
		SHB04.02	Kimlik doğrulamasının hangi işlemde, nasıl ve hangi araçlarla gerçekleştirileceği belirlenmelidir.	
		SHB04.03	Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.	

SHB05 ***ÇEKİRDEK***	**Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.**	**SHB05.01**	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik doküman bulunmalıdır.	**50**
			Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Düşme risk faktörleri o Risk faktörlerinin ne şekilde belirleneceği o Belirlenen risklere göre ne tür önlemler alınacağı (hasta/hastalık bazlı önlemler, çevresel önlemler gibi) o Gerçekleşen düşme olaylarına yönelik izlem süreçleri (gerçekleşen düşme olaylarının ne zaman, nasıl ve kime bildirileceği, sonuçların nasıl değerlendirileceği gibi)	
		SHB05.02	Hasta düşmelerini önlemek üzere belirlenen risklere göre hasta, bölüm ve hastane bazlı önlemler alınmalıdır.	
		SHB05.03	Hasta, hasta yakını düşme riski açısından bilgilendirilmelidir.	
		SHB05.04	Gerçekleşen düşme olayları İstenmeyen olay bildirim sistemine bildirilmelidir.	
		SHB05.05	Gerçekleşen düşme olayları izlenmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	

SHB06	**Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.**	**SHB06.01**	Hastaların güvenli transferine yönelik doküman bulunmalıdır.	**30**
			Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Hasta transferinin gerekebileceği durumlar o Hastaların transferinde dikkat edilecek hususlar o Transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı o Transferde yer alacak çalışanın tanımlanması	
		SHB06.02	Gerektiğinde kullanılmak üzere transfer için uygun ekipman (sedye, tekerlekli sandalye gibi) bulunmalı ve kullanılmalıdır.	
			o Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.	
		SHB06.03	Transfer konusunda görevli çalışana hastaların güvenli transferine yönelik eğitim verilmelidir.	
SHB07	**Hastaların nütrisyonel durumunun izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**SHB07.01**	Hastaların, nütrisyonel durumunun izlenmesi ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	**30**
		SHB07.02	Hastalara, nütrisyonel risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	
		SHB07.03	Malnütrisyonda olan veya nütrisyonel risk saptanan hastalar, beslenme konusunda detaylı olarak bilgilendirilmeli, gerekli ise beslenme desteğinin sağlanabileceği kurumlara yönlendirilmelidir.	

SHB08	**Konsültasyon gereken durumlara yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**	**SHB08.01**	Konsültasyon gerekliliği durumunda sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	**30**
		SHB08.02	Konsültasyon süreçlerine yönelik kayıtlar düzenli bir şekilde tutulmalıdır.	
		SHB08.03	Konsültasyon işleminin, hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
SHB09	**Acil müdahale gerektiren durumlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**SHB09.01**	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	**30**
		SHB09.02	Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.	
			o Acil müdahale setinde **asgari** aşağıdaki ekipman bulunmalıdır: • Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için) • Balon-valf-maske sistemi • Değişik boylarda maske • Oksijen hortumu ve maskeleri • Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları) • Yardımcı hava yolu araçları (laringeal maske, airway ya da kombi tüp) • Kişisel koruyucu ekipman • Defibrilatör	

İLAÇ YÖNETİMİ

Amaç	Diyaliz Merkezinde ilacın dahil olduğu tüm süreçlerde etkin yönetimini sağlamak, hasta ve çalışana yönelik riskleri en aza indirmektir.

SİY01	**İlacın yönetimi ile ilgili tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	**SİY01.01**	İlaç yönetimi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar, kuruluşa özgü olarak belirlenmelidir.	**10**
			İlaç yönetimi ile ilgili **asgari** aşağıdaki süreçlere yönelik kurallar belirlenmelidir: o İlaçların temini o İlaçların muhafazası o İlaç istemleri o İlaçların hazırlanması o İlaç uygulamaları o Tehlikeli ilaçlar ve hata durumunda müdahale yöntemleri o Advers etki bildirimleri o İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler	
SİY02 ***ÇEKİRDEK***	**İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.**	**SİY02.01**	İlaç istem süreci, istemle ilgili kurallar ile özel ve istisnai durumlar tanımlanmalıdır.	**50**
		SİY02.02	Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını, dozunu, uygulama şeklini ve gerekli durumlarda veriliş süresini içermelidir.	
		SİY02.03	Tedavi planında kullanılmaması gereken kısaltmalar, simgeler ve semboller belirlenmeli, listelenmeli ve istem süreçlerinde etkin uygulanmalıdır.	

SİY03 ***ÇEKİRDEK***	**İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**SİY03.01**	Tedavi planına istinaden gerçekleştirilen uygulamalar hemşirelik kayıtlarında izlenebilmelidir.	**50**
			o Hemşirelik kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer almalıdır.	
		SİY03.02	İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır.	
			o Eğitim amaçlı yapılan ilaç uygulamaları, yetkili kişiler gözetiminde olmalıdır.	
		SİY03.03	İlaç uygulaması sırasında; hastanın kimliği, ilacın adı ve dozu ile uygulama şekli, zamanı ve süresi uygulamayı yapan kişi tarafından doğrulanmalı, doğrulamanın nasıl yapılacağı kuruluş tarafından tanımlanmalıdır.	
		SİY03.04	İlaç uygulanması sonrasında hastaların klinik durumu izlenmeli, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalıdır	
			o Özellikle herhangi bir ilacın ilk kullanımından sonra ve riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar, gelişebilecek yan etkiler ve reaksiyonlar açısından daha dikkatli şekilde izlenmelidir.	
SİY04	**İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**	**SİY04.01**	İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.	**30**
		SİY04.02	İlaç hataları ve ramak kala olaylar istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında bildirilmelidir.	

ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SEN01 ***ÇEKİRDEK***	**Enfeksiyonların önlenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**SEN01.01**	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	**50**
			Rehberlik; *Hastane dışında faaliyet gösteren Diyaliz Merkezleri tarafından, enfeksiyonların önlenmesine yönelik merkez çalışmalarını kontrol etmek ve düzenlemek amacı ile il içinde görevli bir Enfeksiyon Hastalıkları uzmanından danışmanlık hizmeti alınabilir.*	
SEN02	**Diyaliz ünitesinin tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.**	**SEN02.01**	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik program, diyaliz ünitesinin sunduğu hizmetleri ve ünite bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmalıdır.	**10**
			Programın kapsamı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi o El hijyeni o Bildirimi zorunlu hastalıkların ulusal sürveyans ve kontrol sistemine bildirilmesi o İzolasyon önlemleri o Hastalar için gerekli aşıların yapılması ve belirlenen hastalıklara yönelik antikor düzeylerinin düzenli olarak takibi o Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon, asepsi, antisepsi o Çalışanların mesleki enfeksiyonu	

SEN03 ***ÇEKİRDEK***	**Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.**	**SEN03.01**	Sağlık çalışanlarına el hijyenini sağlamaya yönelik eğitimler verilmelidir. o Eğitimlerin şekli, içeriği ve periyodu; meslek grupları ile çalışanların bilgi ve davranış düzeyine göre planlanmalıdır. Eğitim programlarının, etkin ve verimli bir şekilde düzenlenmesi sağlanmalıdır. o El hijyeni ile ilgili eğitim dokümanları **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: • El hijyeninin önemi • El hijyeni endikasyonları • El hijyeni sağlama yöntemleri • Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar • El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler • Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri	**50**
SEN04 ***ÇEKİRDEK***	**El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.**	**SEN04.01**	Sağlık hizmeti sunulan tüm alanlarda, çalışanın kolay ulaşabileceği şekilde, alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır. ***Rehberlik:*** *o El antiseptiği, ilgili hasta bakım alanının özelliğine göre; her yatak başında, iki yatak arasında veya hasta bakımı sırasında çalışanın kolay ulaşmasının mümkün olduğu bir konumda bulunabilir.*	**50**

SEN05 ***ÇEKİRDEK***	**Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.**	**SEN05.01**	"5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu" ile çalışanlara yönelik haberli gözlemler yapılmalıdır.	**50**
			Gözlemler, **asgari** aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir: o Gözlemler tüm personeli kapsayacak şekilde yapılmalıdır. o Gözlemler, en az üç ayda bir analiz edilmelidir. o Epidemi şüphesi ya da riski olduğu durumlarda gözlem sıklığı ve sayısı artırılmalıdır.	
			Rehberlik: *DSÖ önerileri kapsamında, sağlık çalışanı tarafından el hijyeni uygulanması gereken "5 Endikasyon" aşağıda belirtilmiştir:* *o Hasta ile Temas Öncesi* *o Aseptik İşlemler Öncesi* *o Vücut Sıvılarının Bulaşma Riski Sonrası* *o Hasta ile Temas Sonrası* *o Hasta Çevresi ile Temas Sonrası*	

SEN06 ***ÇEKİRDEK***	**İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.**	**SEN06.01**	Enfekte ya da kolonize hastalara yönelik alınması gereken izolasyon önlemlerinin ne zaman ve nasıl uygulanacağı belirlenmelidir.	**50**
			o İzolasyon önlemleri ile ilgili kabul görmüş ulusal ve uluslar arası rehberler esas alınmalıdır. o Enfekte hastalar için kullanılan malzemeler ve diyaliz makineleri ayrılmalı ve tanımlanmalıdır. o HBsAg (+) hastalar için ayrı bir oda tahsis edilmelidir.	
		SEN06.02	Enfekte veya kolonize hastalarda, uygulanan izolasyon yöntemini gösteren tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır.	
			o İzolasyon yöntemi ile ilgili Bakanlıkça belirlenen tanımlayıcı figürler kullanılmalıdır: • Solunum izolasyonunda sarı yaprak • Damlacık izolasyonunda mavi çiçek • Temas izolasyonunda kırmızı yıldız o Enfeksiyon Hastalıkları uzmanının kararı doğrultusunda, izolasyon yönteminin adı ve uygulama şekli, tanımlayıcı figürler için kullanılan görsellerle birlikte kullanılabilir. ***(Ek: Tanımlayıcı Figürler)***	
		SEN06.03	İzolasyon tanımlayıcısı ve kullanımı hakkında ilgili sağlık çalışanları ve hasta yakınları bilgilendirilmelidir.	

SEN07	**Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.**	**SEN07.01**	Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	**30**
			Kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir: o Uygulama zamanı o Uygulama kapsamı o Uygulama yöntemi ve kullanılacak materyal o Uygulamaların etkinliğinin izlenmesine yönelik süreç	
SEN08	**Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**SEN08.01**	Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken yüzey, malzeme, ekipman ve atıklar belirlenmelidir.	**30**
		SEN08.02	Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon türü, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmelidir.	
		SEN08.03	Dezenfektanların bulunduğu konteynırların kapakları kapalı olmalıdır.	
		SEN08.04	Dezenfektanların hazırlandığı konteynırların üzerine hazırlanma tarihi ve son kullanım tarihi yazılmalıdır.	
		SEN08.05	Dezenfektanların kullanımı hakkında uygulayıcılara eğitim verilmelidir.	
		SEN08.06	Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmelidir.	

SEN09 ***ÇEKİRDEK***	**Diyaliz makinelerinin dezenfeksiyonuna yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**SEN09.01**	Her diyaliz seansı sonrasında, diyaliz makinelerinin iç ve dış dezenfeksiyon işlemleri yapılmalıdır.	**50**
		SEN09.02	Dezenfeksiyon işleminin geriye dönük izlenebilirliği sağlanmalıdır.	
			Kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Dezenfeksiyon işlemini yapan görevlinin adı, soyadı, imzası o İşlemin yapıldığı tarih/saat, işlem süresi o İşlemde kullanılan dezenfektanın kimyasal adı	
SEN10 ***ÇEKİRDEK***	**Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.** ***Rehberlik:*** *Sağlık çalışanları, enfeksiyon ajanlarına karşı hem kendilerini hem de hastalarını korumak adına gerekli önlemleri almakla görevlidir.* *Bu önlemler, enfeksiyon ajanı ile; temas öncesi, temas sırası, temas sonrası alınacak önlemleri kapsar.*	**SEN10.01**	Bağışıklanmanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı temas öncesi bağışıklık sağlanması ve rutin taramaların yapılması sağlanmalıdır.	**50**
		SEN10.02	Sağlık hizmeti verilmesi sırasında karşılaşılabilecek risklere göre gerekli koruyucu tedbirler (standart önlemler, izolasyon önlemleri) alınmalıdır.	
		SEN10.03	Herhangi bir enfeksiyon ajanı ile temas söz konusu olduğunda gerekli bağışıklanma, profilaksi, takip ve tedavi işlemlerinin yapılması sağlanmalıdır.	

SEN11	**Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.**	**30**
SEN12	**Enfeksiyonların önlenmesine yönelik uygulamalar izlenmeli ve sürekli iyileştirme için gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.**	**30**

LABORATUVAR HİZMETLERİ

Amaç	Kuruluşta sunulan laboratuvar hizmetlerine ilişkin tüm süreçlerde hasta güvenliğini ve çalışanlar için sağlıklı bir laboratuvar çalışma ortamını sağlamaktır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
SLH01	**Laboratuvar hizmetlerinin laboratuvar dışı süreçlerde etkin ve güvenilir şekilde yönetilmesi amacıyla, ilgili sağlık çalışanları bilgilendirilmelidir.**	**SLH01.01**	Laboratuvarda çalışılan tüm testleri içeren test rehberi bulunmalıdır.	**30**
			Test rehberi **asgari** aşağıdaki konular hakkında güncel bilgiler içermelidir: o Laboratuvarda çalışılan testler o Hangi testin hangi numunelerle çalışılabileceği o Ön hazırlık işlemi gerektiren testler ve bu testlere ilişkin kurallar o Numune alımı ile ilgili kurallar o Numunelerin transferi ve laboratuvara kabulü ile ilgili kurallar o Test çalışma yöntemi o Sonuçların raporlanması ve yorumlanması ile ilgili bilgiler o Gerekli ise testlere özel açıklamalar	
		SLH01.02	Test rehberi sağlık hizmeti sunulan bölümlerde erişilebilir olmalıdır.	
		SLH01.03	İlgili sağlık çalışanları, rehbere nasıl ulaşacakları ve rehberin kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	

SLH02 ***ÇEKİRDEK***	**Laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler tanımlanmalıdır.** ***Rehberlik:*** *Analiz öncesi süreç; test isteminden numunelerin analizine kadar geçen süreci kapsar. Analiz öncesi süreçlerde kalitenin sağlanması, Laboratuvar kadar, istemi yapan klinisyen ile birlikte süreçte yer alan tüm sağlık çalışanlarının da sorumluluğundadır.*	**SLH02.01**	Test istemine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	**50**
			o Hastanın klinik sürecinden sorumlu hekim, istem sırasında hastayla ilgili istenen bilgileri eksiksiz olarak doldurmalıdır. o Gerekli ise klinik yorumu etkileyecek hastaya özel bilgileri de sağlamalıdır.	
		SLH02.02	Numune alımı ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır:	
			o Hastanın kendi numunesini alması gereken durumlarda hastaya doğru numune alımı ile ilgili yeterli bilgilendirme yapılmalıdır. o Numunenin alındığı tarih ve saat doğru şekilde kaydedilmelidir. o İstemin yapılması, numunenin alınması, numunenin laboratuvara kabulü veya reddi BYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınmalı ve yetkili kullanıcılar tarafından görülebilmelidir. o Numune alma işlemi konusunda görev yapan personele eğitim verilmelidir.	
		SLH02.03	Numune transferi ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	
			o Transfer sırasında kullanılması gereken transfer kabı, transfer yöntemi, uygun numune pozisyonu, transfer sıcaklığı gibi hususlar tanımlanmalıdır. o Numuneler için maksimum kabul edilebilir transfer süreleri belirlenmelidir. o Numune transferinin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verilmelidir.	
		SLH02.04	Analiz öncesi süreçte kimlik doğrulama işlemi yapılması gereken aşamalar (numune alımı, numunenin kabulü gibi) ve bu aşamalarda doğrulamanın nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

SLH03 ***ÇEKİRDEK***	**Numunelerin laboratuvara kabulü ve analize hazırlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**	**SLH03.01**	Numunelerin kabul ve ret kriterleri belirlenmelidir.	**50**
			o Numuneler, belirlenen ölçütlere uygunluk açısından değerlendirilmeli ve bu değerlendirmeye göre kabul veya reddedilmelidir.	
		SLH03.02	Numunelerin kabul veya reddi kayıt altına alınmalıdır.	
			o Kayıtlarda **asgari**; tarih ve saat, numuneleri gönderen bölüm, kim tarafından kabul veya reddedildiği, reddedildi ise ret nedeni bilgileri yer almalıdır.	
		SLH03.03	Numunelerin kabulüne yönelik bir birim/alan bulunmalıdır.	
		SLH03.04	Numuneler, numune alımı ile ilgili kayıt ve laboratuvara kabul kaydı olmadan çalışmaya alınmamalıdır.	
		SLH03.05	Numune reddi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır.	
			o Reddedilme nedenleri aylık olarak analiz edilmelidir. o Gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılmalıdır. o Numunenin reddedilmesi durumunda en kısa zamanda klinik sorumluya elektronik ya da sözlü olarak ret işlemi hakkında geribildirim yapılmalıdır.	
		SLH03.06	İlgili personele kabul ve ret işlemlerinin nasıl yapılacağı yönünde eğitim verilmelidir.	
		SLH03.07	Test bazında numunelerin analiz öncesi hazırlık işlemlerine yönelik kurallar belirlenmeli ve ilgili personele bu konuda eğitim verilmelidir.	

SLH04	**Test bazında çalışma süreçleri tanımlanmalıdır.**	**SLH04.01**	Testlerin çalışılma sürecine yönelik doküman bulunmalıdır.	**10**
			Doküman **asgari** aşağıdaki bilgileri içermelidir: o Test sürecinde kullanılacak cihazlara ilişkin temizlik, bakım, onarım ve kalibrasyon süreçlerinin tanımlanması o Kullanılacak kit ve/veya malzemelerin hazırlığı, kontrolü o Test kalibrasyonları, iç ve dış kalite değerlendirme çalışmaları o Testlerin çalışılma sürecine yönelik detaylı algoritmalar	
		SLH04.02	İlgili dokümanlar, en az yılda bir kez gözden geçirilmeli ve test çalışma sürecinde herhangi bir değişiklik olduğunda revize edilmelidir.	
		SLH04.03	Hazırlanan doküman ve revizyonlar hakkında ilgili çalışanlara eğitim verilmelidir.	
SLH05	**Laboratuvarda bulunan malzeme, cihaz ve ekipmanın kontrolü ve güvenli kullanımı sağlanmalıdır.**	**SLH05.01**	Laboratuvarda bulunan her test cihazı için dosya oluşturulmalıdır.	**30**
			Dosyada **asgari** aşağıdaki bilgi ve dokümanlar yer almalıdır: o Kullanım kılavuzu veya CD'si o Varsa test veya cihaza ait kalibrasyon kayıtları veya sertifikaları o Varsa kalite kontrol sonuçları o Cihaz bakım formları (Günlük, haftalık, aylık gibi) o Firma iletişim bilgileri o Kullanıcı eğitim sertifikaları	
		SLH05.02	Etüv, derin dondurucu, su banyosu, buzdolabı gibi cihazlara yönelik sıcaklık takibi yapılmalıdır.	
		SLH05.03	Laboratuvar çalışanlarına malzeme ve cihazların güvenli kullanımı ile ilgii eğitim verilmelidir.	
			Eğitim **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Cihaz ve malzemelerin kullanımı o Miat ve uygunluk kontrolü o Güvenli kullanım kuralları o Cihazların bakım ve temizliği o Cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği	

SLH06 ***ÇEKİRDEK***	**Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır.** ***Rehberlik;*** *İç kalite kontrol testi için testin türüne göre; pozitif, negatif, normal, düşük veya yüksek patolojik kontrol serumları gibi kontrol örnekleri kullanılmaktadır.*	**SLH06.01**	İç kalite kontrol çalışmasında kullanılan numuneler, hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.	**50**
		SLH06.02	İç kalite kontrol testi seviyeleri ve çalışma aralıkları, test prospektüsü ya da uluslar arası kabul görmüş rehberler esas alınarak, testin türüne göre belirlenmelidir.	
		SLH06.03	İç kalite kontrol çalışma sonuçları ve sonuçların kim tarafından kontrol edildiği elektronik veya kağıt ortamında kaydedilmelidir. Bu kayıtlarda çalışmanın izlenebilirliğinin sağlanması için, tarih ve saat ile düzeltilmiş test sonucu yer almalıdır.	
		SLH06.04	İç kalite kontrol süreci hakkında çalışanlara eğitim verilmelidir.	
SLH07 ***ÇEKİRDEK***	**Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır.**	**SLH07.01**	Dış kalite değerlendirme programına üye olunan testler için, ilgili programın gerektirdiği koşullara uygun olarak çalışılmalı, uygunsuz sonuçlar elde edildiğinde gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	**50**
		SLH07.02	Dış kalite değerlendirme test numunesi, test edilen rutin hasta numuneleri ile aynı sürece tabi tutulmalı ve aynı yöntemler ile çalışılmalıdır.	
		SLH07.03	Değerlendirme sonuçları uygun değil ise uygunsuzluğun sebeplerine yönelik kök neden analizi yapılmalı gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	
		SLH07.04	Dış kalite değerlendirme çalışma sonuçları, kim tarafından değerlendirildiği, varsa sorunun kaynağı ve yapılan iyileştirme faaliyetleri kayıt altına alınmalıdır.	

SLH08	**Test sonuç raporlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**SLH08.01**	Test sonuç raporları ve raporlarda bulunması gereken bilgiler, test bazında gereklilikler ile ulusal ve uluslararası standartlar dikkate alınarak düzenlenmelidir.	**30**
			Test sonuç raporlarında **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Kuruluş adı o Testin yapıldığı laboratuvarın adı o Hastanın adı, soyadı o İstemi yapan hekimin adı, soyadı o İstemin yapıldığı tarih ve saat o Numunenin ve testin adı o Numunenin alındığı tarih ve saat o Numunenin laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat o Sonuç değerin birimi o Referans aralığı/değeri o Sonucun onaylandığı tarih ve saat	
		SLH08.02	Rapor formatı, gerektiğinde gelen numuneye ilişkin kısıtlılıkların ve laboratuvar uzmanının yorumlarının eklenebileceği dinamik bir biçimde tasarlanmalıdır.	
			Rehberlik: *Sonuç raporlarının tasarımı yapılırken ilgili klinisyenlerin görüş ve önerilerinin alınması önerilmektedir.*	
SLH09	**Test sonuç verme süreleri belirlenmelidir.**	**SLH09.01**	Test sonuç verme süreleri laboratuvar koşulları, ihtiyaçları ve bilimsel gereklilikler gözetilerek acil ve diğer testler için farklı şekilde belirlenmelidir.	**30**
			Rehberlik; *Sonuç verme süresi belirlenirken; cihaz bakım ve temizliği, kalite kontrol çalışmaları gibi uygulamalar göz önünde bulundurularak, en kısa değil en optimal sürenin tespit edilmesi gereklidir.* *Acil testler için hasta kliniği göz önüne alınarak en kısa ve en etkin sonuç verme süresinin esas alınması uygundur.*	
		SLH09.02	Hasta ve ilgili çalışanlar sonuç verme süreleri hakkında bilgilendirilmelidir.	
			o Bilgilendirmenin nasıl yapılacağı kuruluş tarafından belirlenmelidir. o Herhangi bir nedenle mevcut durumda bir değişiklik olduğunda (cihaz arızaları, otomasyon sorunları gibi) bilgilendirmenin nasıl yapılacağı belirlenmelidir.	

SLH10 ***ÇEKİRDEK***	**Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.**	**SLH10.01**	Panik değerler ve panik değer bildirim süreci ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	**50**
			o Panik değerler ile ilgili kurallarda; • 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.	
		SLH10.02	Panik değer tespiti durumunda çalışanı uyarıcı bir düzenleme bulunmalıdır.	
		SLH10.03	Panik değer fark edildiğinde, belirlenen kurallara göre, hastanın sorumlu hekimi ya da hemşiresine en kısa zamanda bilgi verilmesi sağlanmalıdır.	
		SLH10.04	Panik değer bildirimine ilişkin süreç izlenebilir olmalıdır.	
			Kayıtta **asgar**i aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Hastanın; • Adı soyadı • Protokol numarası • Servisi • Testin adı o Panik değer sonucu o Test sonucunun çıktığı tarih ve saat o Bildirimi yapan kişi o Bildirim yapılan kişi o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat	
		SLH10.05	Laboratuvar çalışanlarına panik değerler ve panik değer bildirimi ile ilgili eğitim verilmelidir.	

SLH11	**Test işlemi tamamlanmış analiz örnekleri, test verileri ve sonuçların arşivlenmesine yönelik kurallar belirlenmelidir.**			**30**
SLH12	**Laboratuvar testleri ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.**	**SLH12.01**	Alınan numunenin ve testin, analiz öncesi, analiz ve analiz sonrası süreçlerde izlenebilir olması sağlanmalıdır.	**30**
			Laboratuvar bilgi yönetim sisteminde test süreci ile ilgili **<u>asgari</u>** aşağıdaki kayıtlar bulunmalıdır: o Hastanın adı-soyadı o Hastanın yaşı o Hastanın cinsiyeti o Protokol numarası o İstem tarih ve saati o İstemi yapan hekimin adı-soyadı, bölümü o Numune türü o Gerekliyse numunenin alındığı vücut bölgesi o Numunenin; • Alındığı tarih ve saat • Laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat ve kim tarafından kabul edildiği o Testin çalışıldığı cihaz veya yöntem o Varsa test tekrarı ve sonuçları o Sonucun onaylandığı tarih ve saat o Sonucu onaylayan çalışanın ve laboratuvar uzmanının adı-soyadı	

TESİS YÖNETİMİ

Amaç	Hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte kuruluş fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmaktır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
DTY01	**Diyaliz merkezine yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.**	**DTY01.01**	Diyaliz ünitesine yönelik fiziksel alanlar, hizmet sunumu ile ilgili gerekliliklerçerçevesinde tanımlanmalıdır.	**30**
			Diyaliz ünitesinde **asgari** aşağıda belirtilen fiziksel alanlar bulunmalıdır: o Hasta kabul, giyinme ve dinlenme alanları o Diyaliz alanı o İlaç hazırlama alanı o Acil bakım ve tedavi alanı o HBsAg (+) hastalar için ayrılmış bir oda o Su sistemi odası o Genel destek alanları (Temiz malzeme deposu, kirli malzemenin konulduğu alanlar gibi)	
		DTY01.02	Hasta giyinme odaları kadın ve erkek hastalar için ayrı olmalıdır.	
			o Hasta giyinme odalarında hastaların elbiselerini ve değerli eşyalarını koyabilecekleri kilitli dolap bulunmalıdır.	
		DTY01.03	Hastalar için tuvalet ve lavabo bulunmalıdır.	
			o Tuvaletler kadın ve erkek hastalar için ayrı olmalıdır. o Engelli kişilerin yararlanabileceği şekilde düzenlenmiş olmalıdır.	
		DTY01.04	Diyaliz ünitesi, sağlık çalışanının hastaları sürekli gözetim ve izlenmesine uygun şekilde planlanmalıdır.	

DTY02	**Bina turları yapılmalıdır.**	**DTY02.01**	Bina turlarını yapmak üzere bir ekip oluşturulmalıdır.	**30**
			o Ekipte kuruluş yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır. o Ekip, kuruluşun büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır.	
		DTY02.02	Bina turları en az üç ayda bir yapılmalıdır.	
		DTY02.03	Bina turlarında kuruluştaki fiziksel durum ile ilgili aksaklıklar tespit edilmeli ve gerekli iyileştirmeler yapılmalıdır.	
DTY03	**Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.**	**DTY03.01**	Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	**30**
		DTY03.02	Tespit edilen risklere yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	
			Rehberlik: *Aşağıda, tesis kaynaklı düşme risklerini önlemeye yönelik çalışmalara örnekler verilmiştir:* *o Hasta kullanım alanlarında tutunma barlarının bulunması* *o Merdivenlerde korkuluk bulunması* *o Alçak tavan uyarılarının kullanılması* *o Islak zemin uyarı levhalarının kullanılması* *o Zeminde bulunan engellere karşı önlemler alınması*	
		DTY03.03	Tesis kaynaklı düşme olayları istenmeyen olay bildirim sistemine bildirilmelidir.	
DTY04	**Kuruluşa ve kuruluş içindeki birimlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.**	**DTY04.01**	Kuruluş dışında, kuruluşa ulaşımı sağlayacak yönlendirme işaretleri bulunmalı-	**10**
		DTY04.02	Kuruluş krokileri bulunmalıdır.	
			o Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır. o Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat krokileri bulunmalıdır.	
		DTY04.03	Okunabilir ve işlevsel nitelikte yönlendirme işaretleri bulunmalıdır.	

DTY05	**Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.**	**DTY05.01**	Acil çıkış levhaları bulunmalıdır.	**30**
			o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalıdır. o Levhalar, kuruluşun her noktasından çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmelidir. o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.	
		DTY05.02	Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	
			o Kuruluş krokilerinde acil çıkışlar gösterilmelidir. o Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalıdır. o Acil çıkış kapıları içeriden panik barlı olmalıdır. o Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır. o Hastaların acil çıkış merdivenlerinden transferini sağlayacak nitelikte sedye gibi araçlar bulunmalıdır.	
DTY06	**Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.**	**DTY06.01**	Otopark alanı, lavabo, tuvalet ve banyolar engelli kişilerin kullanımına yönelik düzenlenmelidir.	**30**
		DTY06.02	Kuruluşa ve kuruluş içindeki birimlere ulaşımları kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	
			Rehberlik: *Yaşlı ve engelli kişilerin kuruluş içindeki ulaşımını kolaylaştırmak için yapılan uygulamalara aşağıdaki örnekler verilebilir:* *o Çıkış rampaları, tutunma barları, asansörler, braille alfabesi, sesli uyarı sistemleri, tekerlekli sandalye, yardımcı personel vb.*	
		DTY06.03	Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin kuruluştan tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.	

DTY07	**Diyaliz hastaları için ulaşım hizmeti verilmelidir.**	**DTY07.01**	Ulaşım hizmeti için araç tahsis edilmelidir.	**30**
			o Araçta yeterli ısıtma ve havalandırma sistemi olmalıdır. o Aracın temizliği, bakımı yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. o Araçta yangın tüpü bulunmalıdır. o Hastaların araca rahat çıkıp inebilmesini kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmış olmalıdır. o Ulaşımı sağlanan pediatrik hastalara yönelik güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	
DTY08	**Çalışanlar ve hastaların kullanımı için otopark bulunmalıdır.**	**DTY08.01**	Otopark alanına araçların giriş-çıkışının düzenli bir şekilde sağlanması için gerekli önlemler alınmalıdır.	**10**
DTY09 ***ÇEKİRDEK***	**Kuruluşta su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.**	**DTY09.01**	Su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesine yönelik alternatif kaynaklar ile kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.	**50**
DTY10	**Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DTY10.01**	Düzenli aralıklarla asansör bakımları yapılmalıdır.	**30**
		DTY10.02	Asansörlerin yıllık kontrolleri yapılmalıdır.	
			o Yıllık kontrole ilişkin kontrol raporları bulunmalıdır. o Asansörde, yıllık kontrol sonucuna ilişkin renkli (kırmızı, sarı, yeşil) bilgi etiketi bulunmalıdır.	
		DTY10.03	Asansörlerde yardım çağrı sistemi bulunmalıdır.	
DTY11	**Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DTY11.01**	Havalandırma ve hava filtreleme sistemleri enfeksiyonların önlenmesi açısından izlenmeli ve gerekli tedbirlerin alınması ve sürekliliği sağlanmalıdır.	**30**
		DTY11.02	Merkezi havalandırma sisteminin ve klimaların bakım ve kontrolü yapılmalıdır.	

DTY12	**Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DTY12.01**	Kuruluş trafolarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	**30**
		DTY12.02	Jeneratörlerin bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	
		DTY12.03	Kesintisiz güç kaynağına (UPS) bağlı prizler tanımlanmalıdır.	
		DTY12.04	Prizler sabitlenmiş olmalıdır.	
		DTY12.05	Çocuk hastaların hizmet aldığı bölümlerdeki tüm prizlerde priz koruması olmalıdır.	
		DTY12.06	Aydınlatma sistemleri, hasta, hasta yakını ve çalışanlar için kaza riski oluşturmayacak nitelikte ve yeterli aydınlatma gücünde olmalıdır.	
DTY13	**Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DTY13.01**	Su depoları, insan sağlığı açısından güvenilir bir malzemeden yapılmış olmalı-	**30**
			Rehberlik: *Su depoları çelik veya betondan yapılabilir. Beton yapıdaki su depolarının yüzeyinin kolay temizlenebilir özellikte ve sızdırmaz olmasına dikkat edilmelidir.*	
		DTY13.02	Düzenli aralıklarla su depolarının bakımı yapılmalıdır.	
			o Su depoları yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir. o Depolardan yılda en az iki defa su numuneleri alınarak bakteriyolojik ve kimyasal analizleri yaptırılmalıdır.	
		DTY13.03	Haftalık klor ölçümleri yapılmalıdır.	
		DTY13.04	Atık su tesisatı sızdırmazlık açısından kuruluş tarafından belirlenen yöntem ve aralıklarla kontrol edilmelidir.	
DTY14	**Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DTY14.01**	Medikal gaz sistemlerinin bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	**30**

DTY15	**Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DTY15.01**	Taşınabilir gaz konteynırları dahil olmak üzere tüm sıkıştırılmış gaz konteynırları zincirlenmiş ya da uygun biçimde sabitlenmiş olmalıdır.	**30**
		DTY15.02	Üretici firma tarafından kuruluşa teslim edilen sıkıştırılmış gaz konteynırlarının sertifikası bulunmalıdır.	
		DTY15.03	Sıkıştırılmış gaz konteynırları doluluk, sızdırmazlık gibi konulara yönelik kontrolleri yapılmalıdır.	
DTY16	**Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.**			**30**
DTY17 ***ÇEKİRDEK***	**Diyaliz ünitesinde üretilen saf suyun kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DTY17.01**	Saf suyun elde edilmesine yönelik su arıtma sistemi kurulmalıdır.	**50**
		DTY17.02	Üretilen saf su için günlük kontroller yapılmalıdır.	
			Rehberlik: *Saf su için aşağıdaki günlük kontroller yapılmaktadır:* *o Saf su iletkenliği* *o Su sertliği* *o Klor miktarı* *o Asitlik-alkalilik (saf su-ham su) özelliği*	
		DTY17.03	Arıtma sonrası su örnekleri, bakteriyolojik yönden en az üç ayda bir kez, toksik ve kimyasal yönden en az altı ayda bir kez değerlendirilmelidir.	
			Rehberlik: *Değerlendirme sonrası elde edilmesi beklenen değerler aşağıda belirtilmiştir:* *o Mikrobiyal kontaminasyon, saf su için 100 CFU/ml altında, ultra saf diyaliz sıvısı için 0,1 CFU/ml altında olmalıdır.* *o Bakteriyel endotoksinler, saf su için 0.25 IU/ml altında, ultra saf diyaliz sıvısı için 0,03 IU/ml altında olmalıdır.*	
DTY18	**Hassas tartı sistemi bulunmalıdır.**	**DTY18.01**	Tartı, tekerlekli sandalyenin çıkabileceği şekilde olmalıdır.	**10**
		DTY18.02	Bebek ve çocuk hastalar için uygun tartı ve boy ölçer bulundurulmalıdır.	

OTELCİLİK HİZMETLERİ

Amaç	o Diyaliz Merkezinin tüm alanlarında temizliğin sürekliliğini ve etkinliğini sağlayarak hasta, hasta yakını ile çalışanların güvenliği ve memnuniyetini arttırmak o Hasta/hasta yakınlarının kuruluşta bulundukları süre boyunca güvenli ve konforlu bir ortamda bulunmalarını sağlayarak moral ve motivasyonlarını yüksek tutmak o Diyaliz Merkezinde hasta/hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini etkin ve etkili şekilde sağlamaktır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
DOH01	**Kuruluşun temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.**	**DOH01.01**	Kuruluşun tüm alanlarında temizlik ve enfeksiyonların önlenmesi açısından risk düzeyleri belirlenmelidir.	**30**
		DOH01.02	Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.	
			Rehberlik: *Temizlik kurallarının belirlenmesine yönelik olarak gerçekleştirilecek risk analizi, sunulan hizmetin ve ortamın özelliğine göre bölüm veya alan bazında yapılabilir.*	
		DOH01.03	Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.	

DOH02 ***ÇEKİRDEK***	**Kuruluşun temizliği sağlanmalıdır.**	**DOH02.01**	Kuruluşun tüm alanlarını kapsayan temizlik planı bulunmalıdır.	**50**
			Plan **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o İlgili alana ilişkin; • Belirlenen risk düzeyi • Kullanılacak temizlik malzemesi ve ekipmanları • Temizlik sıklığı • Temizlik kuralları • Olası kirlilik oluşturan kazalar sonrasında temizliğin nasıl yapılacağına ilişkin kurallar • Temizlik kontrolünün kim tarafından, nasıl yapılacağı	
		DOH02.02	Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmeli, temizlik kontrol aralıkları ve kontrol sorumluları belirlenmelidir	
		DOH02.03	Temizlik hizmetlerinde çalışanlara yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.	
			Eğitimde **asgari** aşağıdaki konular yer almalıdır: o Genel alanların temizlik kuralları o Belirlenen risk düzeyine göre alanların temizlik kuralları o Temizlik maddelerinin kullanım özellikleri o Çalışanlar arası iletişim o Hasta ve hasta yakınları ile iletişim o Temizlik malzemeleri ile maruziyet (göze sıçraması, ciltle teması gibi) durumlarında yapılacaklar	
DOH03	**Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.**	**DOH03.01**	Mutfakta yemek hazırlama ve bulaşık yıkama yerleri ayrı olmalıdır.	**30**
		DOH03.02	Mutfak taban ve duvarları, yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.	
		DOH03.03	Soğuk hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır.	

DOH04 ***ÇEKİRDEK***	**Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.**	**DOH04.01**	Yiyeceklerin güvenli tedarikine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	**50**
			Bu kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir: o Gıdaların türlerine göre aranması gereken nitelikler o Kalite kontrol kriterleri o Tedarikçinin kabulü o Gıdaların taşınması ve teslimine yönelik asgari belgeler ve gereklilikler	
		DOH04.02	Gıda türlerine göre depolama koşulları (sıcaklık, saklama süresi, varsa paketleme şartları, raflara ve dolaplara yerleşim kuralları gibi) tanımlanmalıdır.	
			o Yiyecek depolarında hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır. o Depodaki ürünler, yerle ve duvarla teması engellenecek şekilde, gıda grupları ayrı olarak yerleştirilmelidir. o Gıda stoklamasında, son kullanım tarihlerinin etkin şekilde takibinin yapılabilmesi sağlanmalıdır.	
DOH05 ***ÇEKİRDEK***	**Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DOH05.01**	Gıda hijyeni ile ilgili gerekli tedbirler alınmalıdır.	**50**
			o Yiyeceklerin hazırlandığı alanlar, gıda depolama alanları ve kirli malzemenin yıkandığı alanlardan ayrılmalıdır. o Tüm çalışanlar; maske, eldiven, bone, galoş gibi uygun koruyucu ekipman kullanmalıdır. o Yiyeceklerin hazırlanmasında kullanılan malzeme ve ekipman temiz olmalıdır.	
		DOH05.02	Yemek hizmetinde yer alan tüm çalışanlara, gıda güvenliğine yönelik hijyen eğitimi verilmelidir.	
		DOH05.03	Hazırlanan yiyeceklerden şahit numuneler alınmalı ve uygun koşullarda en az 72 saat saklanmalıdır.	

DOH06	**Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.**	**DOH06.01**	Kuruluşta kullanılan tüm tekstil ürünlerinin temizlenmek üzere; toplanması, ayrıştırılması, taşınması, yıkanması, ütülenmesi, kullanılacak alanlara dağıtılması ve depolanması ile çamaşırhane ortamının düzenlenmesine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	**30**
		DOH06.02	Çamaşırlar kapalı sistemlerle taşınmalıdır.	
			o Konteynırlar ile taşıma yapan kuruluşlarda; • Konteynırların temizliği günlük olarak yapılmalıdır. • Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak tanımlanmalıdır. o Otomatik sistem ile taşıma yapan kuruluşlarda, sisteme ait bacaların temizliği yapılmalıdır.	
		DOH06.03	Ekipmanların kullanımına ilişkin kurallar belirlenmeli, ekipmanların temizlik, bakım, onarım ve kontrolü sağlanmalıdır.	
		DOH06.04	İlgili çalışanlara ekipmanların kullanımına ilişkin düzenli aralıklarla eğitim verilmelidir.	
DOH07	**Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.**	**DOH07.01**	Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip olmalı, kirli ve temiz çamaşır alanları birbirinden ayrı tutulmalıdır.	**30**
		DOH07.02	Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun olmalıdır.	
		DOH07.03	Çamaşırhanede çalışanların güvenlik ve konforunu temin etmeye yönelik sıcaklık ve nem kontrolleri yapılmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	
		DOH07.04	Çamaşırların muhafaza edildiği alanlarda, sıcaklık ve nem değerleri ile ilgili uygun koşullar sağlanmalıdır.	

DOH08	**Kuruluşta hasta ve hasta yakınlarının kullandıkları fiziksel alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DOH08.01**	Kuruluşta, hastanın güvenliği ve konforunu temin edecek şekilde uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	**30**
		DOH08.02	Kuruluşta hastaların kişisel eşyalarını koymalarına yönelik kilitli dolap bulunmalıdır.	
		DOH08.03	Hasta yatakları pozisyon verilebilir özellikte ve hasta güvenliğini sağlamaya yönelik kolçaklı olmalıdır.	
		DOH08.04	Her yatağın başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır.	
		DOH08.05	Hasta ve hasta yakınlarının kişisel temizlik ihtiyaçlarını karşılamak üzere alanlar belirlenmelidir.	
			o Bu alanlarda kişisel temizliğe yönelik malzemeler bulunmalıdır.	
		DOH08.06	Hasta ve hasta yakınlarının dinlenebilmeleri için gerekli ortam sağlanmalıdır.	
DOH09	**Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.**	**DOH09.01**	HBsAg (+) hastalar için ayrılan odalarda yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.	**30**
			Rehberlik; *Tüm hastalar için yatak başı bağlantılı hemşire çağrı sistemi bulunması önerilmektedir.*	
		DOH09.02	Hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır.	
		DOH09.03	Hasta ve hasta yakınlarına çağrı sisteminin kullanımına ilişkin bilgilendirme yapılmalıdır.	

DOH10	**Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DOH10.01**	Kişisel temizlik alanlarının kapıları, acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek şekilde tasarlanmalıdır.	**30**
		DOH10.02	Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.	
		DOH10.03	Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalıdır.	
			o Kişisel temizlik alanlarında, sıvı/köpük sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır. o Kişisel temizlik için kullanılan malzemelerin hijyen koşullarına uygun olması sağlanmalıdır.	
DOH11	**Kuruluş bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.**	**DOH11.01**	Bekleme alanlarında, hasta potansiyeli göz önünde bulundurularak yeterli oturma imkanı sağlanmalıdır.	**30**
		DOH11.02	Bekleme alanları temiz olmalı, uygun havalandırma ve aydınlatma koşulları sağlanmalıdır.	
DOH12 ***ÇEKİRDEK***	**Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.**	**DOH12.01**	Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	**50**
			o Kuruluş genel kullanım alanları güvenlik kamerası ile izlenmelidir. o Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.	

MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ

Amaç	Diyaliz Merkezinde sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların temini ile bu malzeme ve cihazların güvenli, verimli ve etkin kullanımını sağlamaktır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
DMC01	**Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.**	**DMC01.01**	Malzeme ve cihazların yönetimine ilişkin doküman bulunmalıdır.	**10**
			Dokümanda **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Malzeme ve cihaz yönetiminde yer alan personelin görev ve sorumlulukları o Malzeme ve cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilmesi o Malzeme ve cihazların temini o Malzemelerin muhafazası o Malzeme istemleri o Malzemelerin hazırlanması ve transferi o Malzeme ve cihazların teslim alınması ve kullanıma sunulması o Malzemelerin ve cihazların güvenli kullanımı o Malzeme ve cihaz kullanımı esnasında oluşan tehlikeli durumlara müdahale yöntemleri o Özel nitelikli, özel muhafaza koşullarına mahsus veya kullanılması özel teknik/ uzmanlık gerektiren malzemeler ve cihazlar o Cihazların bakımı, onarımı, ayarlanması ve kalibrasyonu o Arıza ve onarım süreçleri o Malzeme ve cihazlarla birlikte güvenli kullanım için verilen belgelerin muhafazası o Malzeme ve cihazların temizliği ve dezenfeksiyonu o Güvensiz, uygunsuz ürünlerin geri çekilmesi, bu ürünlerin muhafaza veya iade şartları o Tıbbi cihazların kullanım dışı bırakılması ile ilgili karar süreçleri	

DMC02	**Malzeme ve cihazların teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**DMC02.01**	Kuruluş bazında bulundurulması gereken malzemeler tespit edilmeli, bu malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.	**30**
		DMC02.02	Malzeme ve cihazların teminine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	
			Malzeme ve cihaz temini ile ilgili **asgari** aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır: o Kimlerin malzeme ve cihaz temin talebinde bulunabileceği o Talep yöntemi o Taleplerin nasıl ve kimler tarafından değerlendirileceği o Teknik Şartname hazırlanması o Tekliflerin değerlendirilme süreci o Temin edilen malzeme ve cihazların kontrolü	
DMC03	**Malzemelerin muhafazası ve transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**DMC03.01**	Malzemeler, depolama alanlarında niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalı ve dokümante edilmelidir.	**30**
			o Depoda bulunan malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır. o Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır. o İstiflemede depolanan malzeme ile tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır. o Malzemenin cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır. o Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalıdır. o Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır. o Depolarda bulunan malzemenin niteliğine göre sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır. o Depoda bulunan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalı ve olası bir arıza/bozulma durumuna karşı alternatifi belirlenmelidir.	

DMC03		**DMC03.02**	Depo yerleşim planları oluşturulmalı, planlar güncel tutulmalıdır.	**30**
		DMC03.03	Depolarda transfer esnasında olabilecek kırılma, yırtılma, dökülme gibi durumlara karşı önlemler alınmalı ve güvenli transfer için gerekli teçhizat sağlanmalıdır.	
		DMC03.04	Transferi gerçekleştirecek personele, malzemelerin güvenli transferi, özel nitelikli veya tehlikeli malzemeler konusunda eğitim verilmelidir.	
DMC04	**Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.**	**DMC04.01**	Tıbbi cihazların envanteri bulunmalıdır.	**30**
		DMC04.02	Tıbbi cihazların cihaz kimlik kartı bulunmalıdır.	
			Cihaz kimlik kartı üzerinde **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Cihazın adı o Seri numarası o Markası o Demirbaş numarası o Bulunduğu birim	
DMC05 ***ÇEKİRDEK***	**Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.**	**DMC05.01**	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları bir plan dahilinde yapılmalıdır.	
			o Cihazların güvenli çalışması ve doğru sonuç vermesi amacıyla; firma önerileri, kuruluş ihtiyaçları ve kullanım yoğunluğuna göre belirlenen şekilde ve sıklıkta, bakım, ayar ve kalibrasyon işlemleri yapılmalıdır.	
		DMC05.02	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır.	**50**
			o Cihazların etiketi üzerinde aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: • Kalibrasyonu yapan firmanın adı • Kalibrasyon tarihi • Geçerlilik süresi • Sertifika numarası o Kalibrasyonu geçen, kısmi geçen veya geçemeyen cihazlar için kalibrasyon etiketlerinde farklı renklendirmeler yapılmalıdır.	

DMC05 ***ÇEKİRDEK***		**DMC05.03**	Kalibrasyonu kısmi geçen veya geçemeyen cihazlarla ilgili nasıl bir yol izleneceği belirlenmelidir.	**50**
			o Kalibrasyonu geçemeyen cihazların yeniden kalibrasyonuna kadar geçen süreçte hizmet sunumunun nasıl sürdürüleceği belirlenmelidir. o Kısmi geçen cihazlar için kalibrasyon açısından sorunlu fonksiyonlar ile ilgili nasıl bir yol izleneceği belirlenmelidir.	
DMC06	**Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalıdır.**	**DMC06.01**	Cihaz arızaları, arıza bildirim ve onarım süreçleri kayıt altına alınmalıdır.	**10**
		DMC06.02	Arıza durumunda cihaz üzerinde arızalı cihaz etiketi bulunmalıdır.	
DMC07	**Diyaliz makinesi otoklav, jeneratör gibi kullanılması özel teknik ve uzmanlık gerektiren cihazları kullanacak kişilere eğitim verilmelidir.**			**30**
DMC08 ***ÇEKİRDEK***	**Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DMC08.01**	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik doküman bulunmalıdır.	
			Dokümanda **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır: o Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılması o Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler	**50**

DMC08 ***ÇEKİRDEK***		**DMC08.02**	Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır.	**50**
			Envanter **asgari** aşağıdaki bilgileri kapsamalıdır: Tehlikeli maddenin; o İsmi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vs.), kullanım şekli ve miadı o Saklama koşulları o Etkileşime girdiği maddeler o Temas halinde yapılacaklar o Kullanıldığı ve depolandığı yerler o Taşıma şekli o İmha yöntemleri o Tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler	
		DMC08.03	Envanter depoda ve kullanım alanında bulunmalıdır.	
		DMC08.04	Kimyasal maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge belirtilerek etiketlenmelidir.	
		DMC08.05	Kullanıcılara tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir.	
DMC09 ***ÇEKİRDEK***	**Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) güvenli kullanımı sağlanmalıdır.**	**DMC09.01**	HBTC'nin kullanımına yönelik sorumlular belirlenmelidir.	**50**
		DMC09.02	HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.	
		DMC09.03	HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.	
		DMC09.04	HBTC için kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	
		DMC09.05	Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.	
		DMC09.06	HBTC'yi kullanacak çalışanlara eğitim verilmelidir.	
			Eğitim **asgari** aşağıdaki konularda kapsamalıdır: o Çalışılacak testlerin analiz öncesi, analitik ve analiz sonrası evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar o Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi o Cihazın temizliği ve bakımı	
		DMC09.07	HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.	

TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
DTA01	**Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.**	**DTA01.01**	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine yönelik sistem kurulmalıdır.	**30**
		DTA01.02	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin doküman bulunmalıdır.	
			Doküman **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir: o Hangi kayıtların elektronik ortamda, hangilerinin kağıt ortamında muhafaza edileceği o Tıbbi kayıtlarla ilgili sorumlular ve sorumlulukları o Standart hasta dosyası planı ve içeriği o Hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması o Arşiv hizmetlerinin işleyişi	
DTA02 ***ÇEKİRDEK***	**Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.**	**DTA02.01**	Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	**50**
			Kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir: o Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri (kimin, hangi bilgiye, ne zaman erişebileceği) o Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü o Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek süreç	

DTA03 ***ÇEKİRDEK***	**Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.**	**DTA03.01**	Hastaların tıbbi kayıtlarında, kuruluşa her başvuruda, belirlenen aynı sabit dosya numarası kullanılmalıdır.	**50**
		DTA03.02	Hastaların klinik durumuna ilişkin tüm tıbbi kayıtları belirlenen sabit dosya numarası üzerinden elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.	
		DTA03.03	Dosyalarda bulunması gereken asgari bilgi ve dokümanlar tanımlanmalıdır.	
		DTA03.04	Hasta dosyalarında, hastaya ait demografik bilgiler yer almalıdır.	
			o Hasta dosyasında hastanın; • Adı-soyadı • Doğum tarihi • Cinsiyeti • İkametgah bilgileri • Medeni durumu • Eğitim durumu •Hastanın yetki verdiği kişiler/takibini yapan yakını (kendisi, eşi, çocuğu, diğer) • Şimdiki veya daha önceki mesleği bulunmalıdır.	
		DTA03.05	Hasta dosyaları içerik, kayıtların tam ve tutarlı olması gibi hususlar açısından kontrolleri yapılarak arşivlenmelidir.	
DTA04	**Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır**	**DTA04.01**	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	**30**
		DTA04.02	Hasta dosyalarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır.	
		DTA04.03	Arşiv, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir şekilde oluşturulmalıdır.	

ATIK YÖNETİMİ

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

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
DAY01	**Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DAY01.01**	Atık yönetimine yönelik doküman oluşturulmalıdır.	**10**
			Doküman **<u>asgari</u>** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri o Atıkların kaynağında ayrıştırılması o Üretilen atık miktarının azaltılması o Atıkların usulüne uygun olarak toplanması ve taşınması o Toplama sıklığı ve kuralları o Atıkları taşımada kullanılacak ekipman ve araçlar o Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu o Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kurallar o Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları o Atıkların bertarafı için teslimi o Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler o Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin eğitimi o Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumlular	

DAY02 ***ÇEKİRDEK***	**Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.**	**DAY02.01**	Oluşan atıklar, birim bazında kategorize edilmeli ve birimde ayrıştırılmalı-	**50**
			Atıklar aşağıdaki kategorilerde ayrıştırılmalıdır: o Evsel atıklar o Tıbbi atıklar (Enfeksiyöz, Patojen, Kesici-Delici) o Tehlikeli atıklar o Radyoaktif atıklar o Cam, kağıt ve ambalaj atıkları o Bitkisel yağ atıkları o Pil/akümülatör o Floresan lamba atıkları	
		DAY02.02	Belirlenen kategorilere göre uygun atık kutuları bulunmalıdır.	
		DAY02.03	Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol edilmelidir.	
DAY03	**Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.**	**DAY03.01**	Atıklar uygun koşullarda toplanmalıdır.	**30**
		DAY03.02	Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personelin giysileri gerekli özelliklere sahip olmalıdır.	
		DAY03.03	Atıkların toplanması ve taşınmasında görevli personele eğitim verilmelidir.	
		DAY03.04	Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı gerekli önlemler alınmalıdır.	
DAY04	**Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar, geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.**	**DAY04.01**	Kuruluşun büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır.	**30**
		DAY04.02	Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır.	
		DAY04.03	Geçici depolama alanlarının temizliği yapılmalıdır.	
		DAY04.04	Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruluşa teslim edilme-	

DAY05	**Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.**	**DAY05.01**	Sağlık çalışanlarına atık yönetimi konusunda verilecek eğitimler planlanmalıdır.	**30**
			Eğitimler **<u>asgari</u>** aşağıdaki konuları kapsamalıdır: o Atık türleri ve atıkların türlerine göre ayrıştırılması o Atıkların toplanması, taşınması, geçici depolanması o Yarattığı sağlık riskleri, neden olabilecekleri yaralanma ve hastalıklar o Bir kaza veya yaralanma anında alınacak tedbirler	

DIŞ KAYNAK KULLANIMI

Amaç	Diyaliz Merkezi tarafından sunulan hizmetlerin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin kuruluşun temel politika ve değerleri ile uyum içinde ve Sağlıkta Kalite Standartlarında belirlenen hedefler doğrultusunda sunulmasını sağlamaktır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
DDK01	**Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.**	**DDK01.01**	Dış hizmet sağlayıcısının kuruluşa sağlayacağı hizmetler açıkça tanımlanmalı, kontrol ve iş tamamlama süreçleri belirlenmelidir.	**30**
		DDK01.02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı belirlenmeli, hizmetle ilgili süreçler açık ve detaylı şekilde tanımlanmalıdır.	
		DDK01.03	Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir.	
DDK02	**Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**DDK02.01**	Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin, hasta ve/veya çalışanların güvenliğini sağlayacak şekilde sunumuna yönelik kontroller düzenli aralıklarla yapılmalıdır.	**30**

GÖSTERGELERİN İZLENMESİ

Amaç	Diyaliz hizmetleri kapsamında sunulan hizmetin performansını izlemek suretiyle kalitenin sürekli iyileştirilmesine katkı sağlamaktır.

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	Puan
GGİ01 ***ÇEKİRDEK***	**Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.**	**GGİ01.01**	Kuruluşta izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır.	**50**
		GGİ01.02	Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	
		GGİ01.03	Sorumlu çalışanın göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır.	
GGİ02	**Kuruluşta izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.**	**GGİ02.01**	Kuruluşun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS'de yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir.	**30**
GGİ03 ***ÇEKİRDEK***	**Kuruluşta izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.**	**GGİ03.01**	Kuruluşta izlenecek her gösterge için gösterge kartı oluşturulmalıdır.	**50**
			Gösterge kartlarında **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: o Göstergenin kısa tanımı o Amaç o Hesaplama yöntemi/formülü o Alt gösterge o Hedef değer o Veri kaynağı o Veri analiz periyodu o Göstergeye ilişkin verilerin toplanması, izlenmesi, değerlendirilmesi ve analizinden sorumlu kişiler o Sonuçların kimlerle paylaşılacağı o Göstergeye ilişkin dikkat edilecek özel durumlar	

GGİ04	**Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.**	**GGİ04.01**	Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır.	**30**
		GGİ04.02	Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.	
			o Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	
GGİ05	**Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.**			**30**
GGİ06	**Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.**			**30**
GGİ07	**Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.**			**30**

KALİTE GÖSTERGELERİ

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

Gösterge Kodu	Gösterge	Puan
Hizmet Kalite Göstergeleri		
GKHK01	Düzeltici/Önleyici Faaliyet DÖF Sonuçlandırma Oranı	**20**
GKHK02	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	**20**
GKHK03	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	**20**
GKHK04	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	**20**
GKHK05	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	**20**
GKHK06	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı	**20**
GKHK07	Düşen Hasta Oranı	**20**
GKHK08	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	**20**
GKHK09	El Hijyeni Uyumu	**20**
Klinik Kalite Göstergeleri		
GKKK01	Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri % 65'den Düşük Olan Hasta Oranı	**20**
GKKK02	Serum Ferritin Düzeyi 100-800 ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı	**20**
GKKK03	Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı	**20**
GKKK04	Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı	**20**
GKKK05	Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,4-9,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı	**20**
GKKK06	Ca×P düzeyi 55'in Altında Olan Hasta Oranı	**20**
GKKK07	Ortalama Hemodiyaliz Süresi	**20**
GKKK08	Eritropoetin Kullanım Oranı	**20**
GKKK09	Ortalama Hb Düzeyi 10-13 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı	**20**
GKKK10	HBsAg (+) Hasta Oranı	**20**
GKKK11	Anti-HCV (+) Hasta Oranı	**20**
GKKK12	Kalıcı Kateterli Hasta Oranı	**20**
GKKK13	Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	**20**
GKKK14	Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	**20**
GKKK15	Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı	**20**
GKKK16	Mortalite Oranı	**20**
GKKK17	Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı	**20**
GKKK18	Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı	**20**