



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Sağlıkta Kalite Standartları

112

Acil Sağlık Hizmetleri



Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve
Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

SKS - 112 (Versiyon-3)

1. Baskı: Ankara, Haziran 2018

ISBN: 978-975-590-712-3

©Yazarlar - Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼

Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

Bu kitabın her t¼rl¼ yayın hakkı SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığına aittir. Genel M¼d¼rl¼ę¼m¼z¼n yazılı izni olmadan, tanıtım amaçlı toplam bir sayfayı geçmeyecek alıntılar hariç olmak üzere, hiçbir şekilde kitabın tüm¼ veya bir kısmı herhangi bir ortamda yayımlanamaz ve çoğaltılamaz.

Baskı

Artı 6 Medya

İletişim

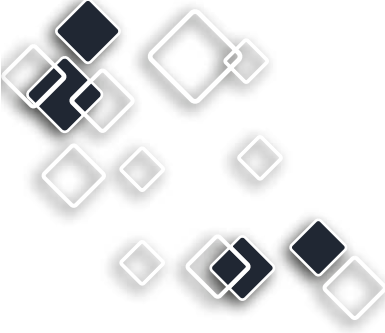
T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlık Hizmetleri Genel M¼d¼rl¼ę¼

Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

E-posta: shgm.kalite@saglik.gov.tr

Web: www.kalite.saglik.gov.tr



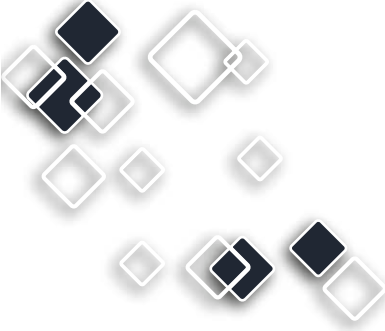
Editörler

- Ahmet TEKİN, Prof. Dr., S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Arslan Kağan ARSLAN, Dr., S.B. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Mehmet Gündüz, Doç. Dr., S.B. Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

Hazırlayanlar

- Abdullah ÖZTÜRK, Dr., S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Dilek TARHAN, Uzm. Dr., S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı
- Hasan GÜLER, Dr., Sosyal Güvenlik Kurumu
- Ayşe AYKANAT, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
- Şerife ENGELOĞLU, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
- Gül HAKBİLEN, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
- Çağlayan SARIOĞLAN, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı

- Çiğdem GÜNAY, SBÜ Dr. Abdurrahman Yurtarlan Onkoloji Eğitim ve Araştırma Hastanesi
- Hacer ÇİL, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
- Hurişah AKSAKAL, Ankara Pursaklar Devlet Hastanesi
- İbrahim DOLUKÜP, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
- Nesrin Demir EREN, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
- Öznur ÖZEN, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
- Sabahat TAŞKIN, Uzm. Dr. Ankara Gazi Mustafa Kemal Devlet Hastanesi
- Seval Çiftçi, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı
- Şuule GÜNDÜZ, S.B. SHGM Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı



Katkıda Bulunanlar*

Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nden:

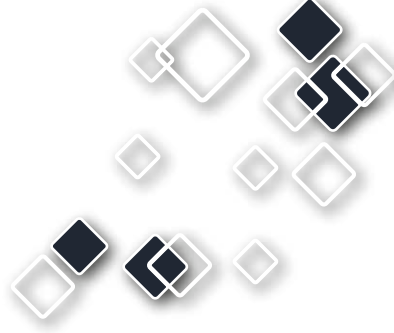
- Murat Çağlayan, Uzm. Dr., S.B. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Şamil KURGUN, S.B. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Asude BALTACI, S.B. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Ahmet KOÇAK, S.B. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Aslı AYIK, S.B. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Ayşenur YETİK ARAS, S.B. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
- Emine EMER, S.B. Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü

İl Sağlık Müdürlükleri'nden*;

- Aynur ŞARKUCU, Kocaeli İl Ambulans Servisi Başhekimliği
- Cenk YILDIZ, Isparta İl Sağlık Müdürlüğü
- Elif ŞEN, İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
- Murat ARSLAN, Samsun İl Ambulans Servisi Başhekimliği
- Özlem GENÇ, Konya İl Ambulans Servisi Başhekimliği
- Özlem YILMAZ, Çanakkale İl Ambulans Servisi Başhekimliği
- Reyhan KARACA, Trabzon İl Sağlık Müdürlüğü
- Selami AYDEMİR, Sivas İl Ambulans Servisi Başhekimliği
- Sevgi ÖZTÜRK, Bolu İl Ambulans Servisi Başhekimliği

- Yusuf ERGENOĞLU, Bursa İl Ambulans Servisi Başhekimliği
- Zafer ÖZDEMİR, Antalya İl Sağlık Müdürlüğü
- Zeynep EVEYİK, Eskişehir İl Ambulans Servisi Başhekimliği

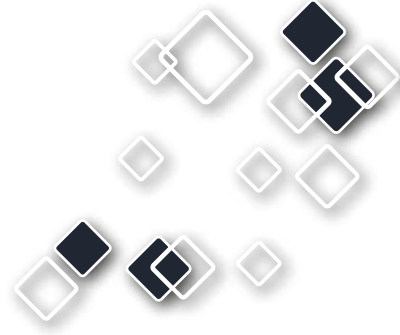
*İsimler alfabetik olarak sıralanmıştır.



Teşekkür

SKS 112 (Versiyon 3) seti çalışmalarını birlikte yürüttüğümüz Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne, setin hazırlanmasına katkıda bulunan sivil toplum kuruluşlarına, diğer kurumsal paydaşlarımıza ve sağlıkta kaliteye gönül veren tüm bireysel paydaşlarımıza teşekkür ederiz.

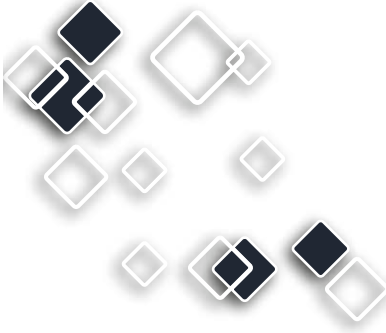
Sağlıkta Verimlilik, Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı



İÇİNDEKİLER

| | |
|--|-----------|
| Teşekkür | vii |
| Sunuş | x |
| Kısaltmalar | xiii |
| Tanımlar | 2 |
| SKS-112 | 10 |
| Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi ve SKS 112 | 12 |
| Amaç ve Kapsam | 14 |
| Hedefler | 15 |
| Yapısal Çerçeve..... | 16 |
| Kodlama Sistematiği..... | 24 |
| SKS-112 Puanlandırma Metodolojisi | 26 |
| Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması | 27 |
| Standart ve Göstergelerin Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi .. | 27 |
| Kurum Kalite Puanının Belirlenmesi | 28 |
| TABLolar | 30 |
| KURUMSAL HİZMETLER | 44 |
| Kurumsal Yapı..... | 47 |
| Kalite Yönetimi | 53 |
| Doküman Yönetimi | 61 |
| Risk Yönetimi | 65 |
| İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi..... | 69 |
| Afet ve Acil Durum Yönetimi | 73 |

| | |
|--|------------|
| Eğitim Yönetimi..... | 79 |
| HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER | 84 |
| Hasta Deneyimi..... | 67 |
| Hizmete Erişim..... | 93 |
| Sağlıklı Çalışma Yaşamı | 97 |
| SAĞLIK HİZMETLERİ..... | 104 |
| Hasta Bakımı..... | 107 |
| İlaç Yönetimi..... | 113 |
| Enfeksiyonların Önlenmesi..... | 119 |
| DESTEK HİZMETLERİ..... | 124 |
| Ambulans Yönetimi..... | 127 |
| Bilgi Yönetim Sistemi..... | 131 |
| Malzeme ve Cihaz Yönetimi | 139 |
| Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri..... | 147 |
| Atık Yönetimi..... | 151 |
| Dış Kaynak Kullanımı | 155 |
| GÖSTERGE YÖNETİMİ | 158 |
| Göstergelerin İzlenmesi..... | 161 |
| Kalite Göstergeleri | 165 |
| KAYNAKLAR..... | 168 |



SUNUŞ

Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi'nin amacı; ülkemizde sağlık hizmeti sunan tüm kuruluşlarda, hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanması, aynı zamanda etkin, etkili, zamanında ve hakkaniyet çerçevesinde hizmet sunulmasıdır.

Sistemin temel yapı taşlarını; merkez ve taşra teşkilatı kurumsal yapısı, sağlık hizmet kalitesini ölçme ve izlemeye yönelik Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), SKS göstergeleri ve sağlıkta kalite değerlendirmeleri ile Türkiye Klinik Kalite Programı oluşturmaktadır.

Söz konusu yapı taşlarından biri olan ve uluslararası düzeyde kabul gören bir yaklaşımla hazırlanan sağlıkta kalite standartları, ülkemiz sağlık kuruluşlarında kalite kültürünün geliştirilmesi adına çok önemli bir role sahiptir.

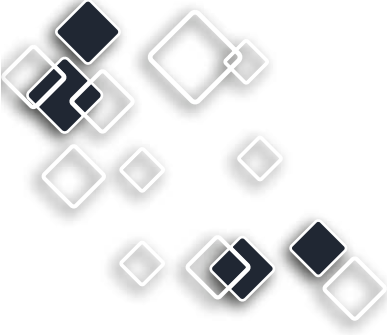
SKS setleri, kalite yönetiminin temel esaslarını içermekte, bunun yanında hizmet alanına ilişkin hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetine esas gereklilikleri de içinde barındırmaktadır. Standart setleri belirli dönemlerde, ulusal ve uluslararası bilimsel gelişmeler ve kabul gören uygulamalar ile güncel ihtiyaçlar dikkate alınarak yeniden gözden geçirilmekte ve düzenlenmektedir. Gözden geçirme ve yeniden düzenleme süreci "SKS Standart Hazırlama Algoritması" kapsamında gerçekleştirilmektedir.

SKS 112 setinin 3. versiyonu da söz konusu algoritma doğrultusunda Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü ve Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün ortak çalışması ile hazırlanmıştır.

SKS 112 seti, ülkemizde hizmet veren il ambulans servisi başhekimlikleri ve istasyonlarına yönelik yapı, süreç ve sonuç odaklı standart ve göstergeleri içermektedir. Hasta ve çalışan güvenliği, hasta ve çalışan memnuniyeti, risk yönetimi, hatalardan öğrenme ve sürekli kalite iyileştirme bakış açısını merkezine alan set, standartlar, değerlendirme ölçütleri ve rehberler ile bir bütün olarak ele alınmalıdır.

Bakanlığımız tarafından gerçekleştirilen bu çalışmaya katkı veren başta Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü yöneticileri ve çalışanları olmak üzere tüm paydaşlara teşekkürlerimi sunar, SKS 112 setinin ülkemiz acil sağlık hizmetlerinin gelişimi için hayırlı olmasını temenni ederim.

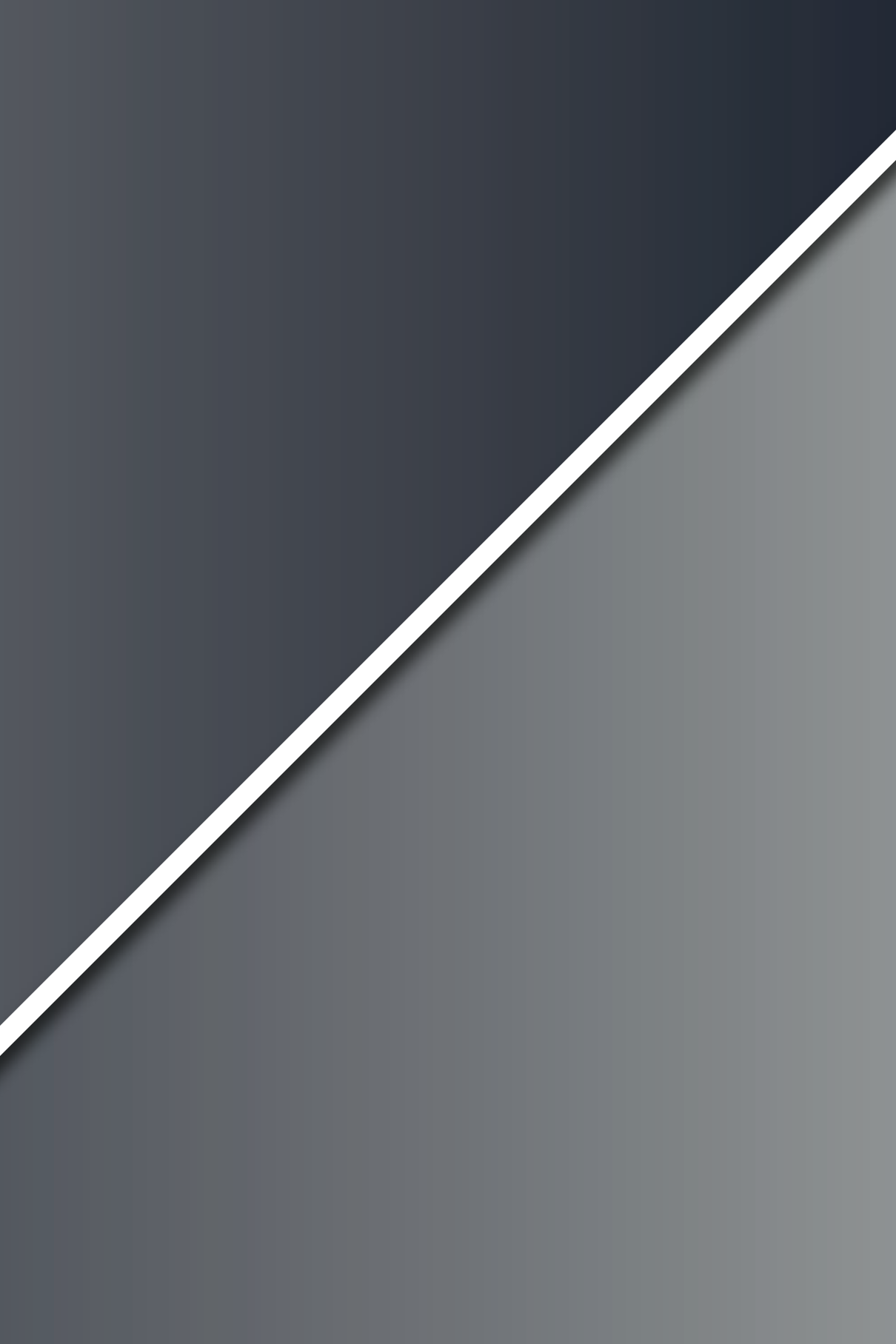
Prof. Dr. Ahmet TEKİN
Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

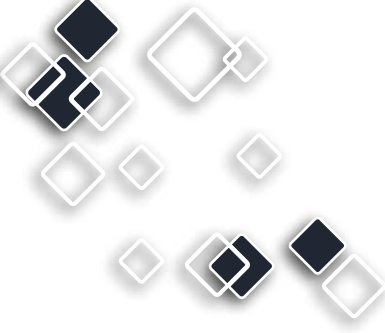


Kısaltmalar

- DÖF** : Düzeltici Önleyici Faaliyet
- BYS** : Bilgi Yönetim Sistemi
- KBRN** : Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif, Nükleer Olaylar
- TÜFAM** : Türkiye Farmakovijilans Merkezi
- UMKE** : Ulusal Medikal Kurtarma Ekibi
- YOTA** : Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması

Tanımlar





Tanımlar

Acil Servis: Ani gelişen hastalık, kaza, yaralanma ve benzeri beklenmeyen durumlara bağlı olarak gelişen sağlık sorunlarında, hastanın sakatlık ya da ölümden korunması amacıyla 2. ve 3. basamak hastanelerde hizmet sunan servislerdir.

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

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

Ambulans: Hasta nakli ve/veya acil yardım amacıyla kullanılan, teknik ve tıbbi malzemelerle özel olarak donatılmış kara, hava ve deniz ulaşım araçlarını ifade eder.

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

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

Atık Yönetimi: Atıkların oluşumlarından bertarafına kadar geçecek süreçte, çevre ve insan sağlığına zarar vermeden yapılması gerekenlerin sağlanması yönelik usul ve esasların belirlenmesi ve uygulanmasıdır.

Avadanlık: Bir işi yapmak, bir aracı onarmak için kullanılan alet takımıdır.

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

Bilgi Yönetim Sistemi: Eğitilmiş kullanıcılar ve bilgisayar ağına bağlı cihazlar aracılığıyla, hizmet kapsamında yapılan her türlü çalışmanın kaydedildiği, muhafaza edildiği ve izlendiği elektronik yazılımlar grubudur.

Çağrı Merkezi: Acil çağrının alınmasından ilgili kurum ya da kuruluşların acil çağrı hizmetini tamamlamasına kadar geçen sürede verilen sevk ve koordinasyon hizmetinin yürütüldüğü yerlerdir.

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

Dış Kaynak Kullanımı: Sağlık hizmeti veren kuruluşun bazı hizmetlerinin sağlık kuruluşu dışındaki bir kurum ya da kuruluştan sağlanması yöntemidir.

Dış Kaynaklı Doküman: Kuruluşun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekteştirilmesinde faydalanılan dokümandır.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

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

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

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

Envanter: Bir durumu gösteren çizelge veya mal ve değerlere ait dökümdür.

Değer: Kuruluşun gerçekteştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kurallardır.

Evsel Atık: Günlük rutin faaliyetler sonucu oluşan, tehlikeli ve zararlı atık sınıfına girmeyen her türlü katı atıktır.

Fiziksel Mahremiyet: Bedensel mahremiyetin de ele alındığı, bireyin çevresindeki fiziksel alana yönelik kontrolünü ifade eder. Diğer bireylerle fiziksel teması, bu temastaki yakınlığı içerir. Ayrıca, bireyin vücudunu çevreleyen, başkaları tarafından görünmeyen gizli alanları ve evi, iş yeri gibi fiziksel alanları üzerindeki kontrolünü, yani kişisel egemenlik alanını kapsar.

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

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

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

Hasta Bakımı: Hastaların çağrı merkezine ulaşmasından, 112 acil sağlık hizmetinin sonuçlandırılmasına kadar geçen süre içinde, tanı ve tedaviye yönelik hastaya sunulan hizmetlerin tamamıdır.

Hasta Başı Test Cihazları (HBTC): Hasta başında değerlendirme/test amaçlı olarak laboratuvar dışında erken tanı için kullanılan tıbbi tanı cihazlarıdır. Kan glikozu, kan gazı ve elektrolitleri, idrar strip testi, streptokok antijeni, kardiyak enzimler, koagülasyon parametreleri, C-reaktif protein gibi parametreleri laboratuvar dışında ölçen cihazlardır.

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

Hedef Kitle: İletişim paydaşlarını (çalışanları, hasta/hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kuruluşları, özel kurum ve kuruluşlar vb.) ifade etmektedir.

İstasyon: Acil çağrılara olay yerinde ve nakil sırasında sağlık hizmeti vermek üzere oluşturulan ve acil sağlık ekipleri ile ambulansın bulunduğu birimlerdir.

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

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

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

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

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

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

Kesintisiz Güç Kaynağı (UPS): Elektrik yükünün (elektrik ile çalışan tüm cihazlar) bağlı bulunduğu şebekede meydana gelen veya gelebilecek olası gerilim dalgalanmaları (çöküntüler, yükselmeler, ani değişimler), harmonikler, kısa veya uzun süreli kesintiler vb. durumlarda yükü bu değişimlerden koruyan ve yükün sağlıklı ve kesintisiz çalışmasını sağlayan elektronik cihazlardır.

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

Kimlik Doğrulama: Sağlık hizmeti sürecinde doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak amacıyla tanımlanan uygulamalar bütünüdür.

Kimlik Tanımlayıcı: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere, kimlik doğrulaması için kullanılan tanımlayıcıdır.

Kişisel Koruyucu Ekipman: Çalışma ortamındaki risklere ve tehlikelere karşı çalışan tarafından kullanılan giysi, araç ve malzemelerdir.

Komuta Kontrol Merkezi: Acil sağlık çağrılarının karşılandığı ve ambulansların sevk ve idare edildiği merkezdir.

Konteyner: Paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenir geçici depolama birimidir.

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

Kurumsal İletişim: Üretim ve yönetim süreci içinde; 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.

Kurumsal Yapı: Kuruluştaki yetki ve sorumluluklar ile iletişim kanallarının oluşturulmasını içermektedir. Sağlık kuruluşunun organizasyonel yapısı, bu çalışmalar sonucunda ortaya çıkar. Bu yapı, kuruluşun organizasyon şemasında gösterilir. Organizasyon şemalarında, kuruluş bünyesi içinde bulunan makamlar, birimler ve bölümler ile bunlar arasındaki yetki, sorumluluk ve iletişim ilişkileri gösterilmektedir.

Log İzleme: Bilgi yönetim sisteminde yapılan güncelleme ve silme işlemlerinin geriye dönük görülebilmesi ve izlenebilmesidir.

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

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

Maksimum Stok Seviyesi: Kuruluşun ihtiyacı esas alınarak belirlenmiş, gereksiz malzeme stokunu önleyecek en üst miktardır.

Minimum Stok Seviyesi: Malzeme ve ilaçlar için mutlaka bulundurulması gereken asgari miktardır.

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

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

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

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

Örümcek Kemer Sistemi: Travma geçirmiş hastayı sedyeye sabitlemek amacıyla kullanılan malzemedir.

Öz Değerlendirme: Kalite direktörünün sorumluluğunda Sağlıkta Kalite Standartları esas alınarak kuruluş içinde gerçekleştirilen değerlendirme faaliyetidir.

Özellikli Hasta: Sunulan sağlık hizmetleri kapsamında; hizmet sunum süreçleri, hizmet verilecek ortam, sağlık profesyonelleri ve kullanılacak ekipmanlar bakımından özellik arz eden, özel bakım uygulamaları ve işlemler içeren, disiplinlerarası işbirliği gerektiren hastadır.

Performans: Bir etkinliğin sonucunda elde edilen çıktıyı nicel ve/veya nitel olarak belirleyen bir kavramdır. Organizasyonda sorumluluk taşıyan bireylerin performanslarının değerlendirilmesi ise, organizasyonun amaçlarına ne ölçüde katkıda bulduklarının tespit edilmesi anlamına gelir.

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

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

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

Ramak Kala Olay: Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olayları ifade eder.

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

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

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

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

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

Tehlikeli Atık: Sağlık hizmeti verilen alanlardan kaynaklanan, genotoksik, farmasötik ve kimyasal atıklar ile ağır metal içeren atıklar ve basınçlı kaplarıdır.

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

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

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

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

Uyum Eğitimi: Yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

Vardiya: Günün belli saatleri arasındaki süreleri kapsayan çalışma nöbetlerini ifade eder.

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

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

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

SKS-112



Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi ve SKS 112

Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin amacı ülkemizdeki tüm sağlık kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasıdır. "Türkiye Sağlıkta Kalite Sistemi"nin üç önemli yapı taşı bulunmaktadır (Şekil 1).

- **Merkez ve Taşra Teşkilatı Kurumsal Yapısı**
- **Sağlık Hizmet Kalitesi**
 - Sağlıkta Kalite Standartları
 - Sağlıkta Kalite Göstergeleri
 - Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri
- **Klinik Kalite**
 - Klinik Kalite Standartları
 - Klinik Kalite Göstergeleri
 - Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi



Şekil 1. Türkiye Sağlıkta Kalite Sisteminin Yapı Taşları

Bu amaç doğrultusunda hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) setleri, ülkemizde sağlıkta kalite kültürünün geliştirilmesine yönelik faaliyetlerde önemli bir role sahiptir.

Bu kapsamda, fiziki koşulların iyileştirilmesi, insan gücü ve teknoloji kapasitesinin artırılması ile kalite alanında standartların belirlenmesi, uygulanması ve uygulanma düzeyinin yerinde değerlendirilmesi bir bütünsellik arz etmektedir.

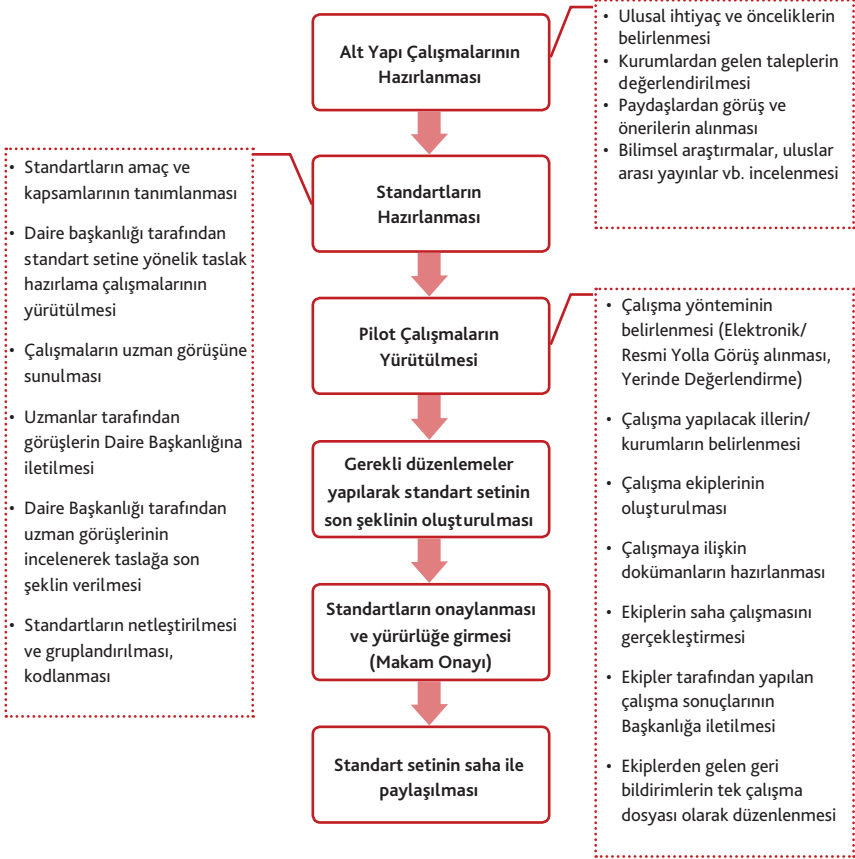
Bilindiği üzere kalite alanında ortaya konulan kurallar ve geliştirilen standartların belli aralıklarla gözden geçirilmesi, yeniden düzenlenmesi ve yeni gelişmelere ayak uydurması, hatta bir adım ötesini hedeflemesi gerekmektedir. Bu gereklilik doğrultusunda, acil sağlık hizmetleri kalitesinin geliştirilmesi ve artırılması amacı ile ilk kez 2009 yılında yayınlanan SKS 112 seti gözden geçirilmiş ve SKS standart geliştirme algoritması doğrultusunda yeniden düzenlenmiştir. SKS 112 (Versiyon 3) seti hazırlanırken, uluslararası gelişmeleri önceleyen, ülkemiz sağlık sistemi ile uyumlu, 112 acil sağlık hizmetleri ile ilgili tüm hizmet alanlarını kapsayan, hizmet süreçlerine ve çıktılara odaklı, gelişimi teşvik edici bir yapıda olmasına dikkat edilmiştir.

Bu süreçte öncelikle hizmet alanı ile ilgili bilimsel çalışmalar, ulusal ve uluslararası yayınlar incelenmiştir. Sonrasında, SKS 112 setinin işlevsel ve amaçsal açıdan uyumunun sağlanması, standart ve değerlendirme ölçütlerinin anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla bir dizi çalışma gerçekleştirilmiştir.

Başkanlığımızca oluşturulan "SKS 112 Görüş ve Öneri Platformu" aracılığı ile, kurumsal ve bireysel düzeyde çeşitli paydaşların mevcut standartlara yönelik görüş ve önerileri ile yeni standart ve değerlendirme ölçütlerine ilişkin önerilerini iletmeleri sağlanmıştır. Ayrıca, yeni geliştirilen standart ve değerlendirme ölçütlerinin, anlaşılabilirlik, ölçülebilirlik, kapsayıcılık, amaca uygunluk, uygulanabilirlik ve başarılabirlik açısından değerlendirilmesi amacıyla değerlendirici ve kullanıcılardan geri bildirimler alınmıştır.

Akabinde tüm bulgular ve geri bildirimler değerlendirilerek son hali verilen set üzerinde gerekli düzeltmeler yapılarak üst yönetimin onayına sunulmuş ve yayına hazırlanmıştır.

STANDART GELİŞTİRME ALGORİTMASI (İlk defa Geliştirilecek Standartlar İçin)



Şekil 2. Standartların Geliştirilme Süreci

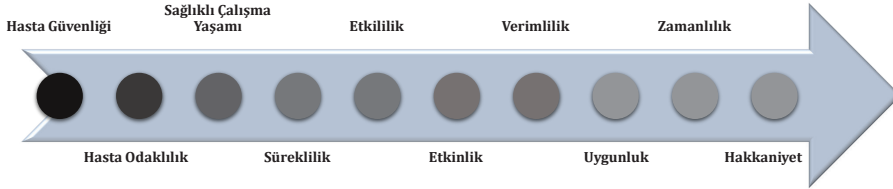
Amaç ve Kapsam

SKS 112, Dünya Sağlık Örgütü hedefleri, uluslararası gelişmeler, ülke ihtiyaç ve öncelikleri dikkate alınarak, Türkiye'de il ambulans servisi başhekimlikleri bünyesinde sunulan acil sağlık hizmetlerinde standartları karşılamaya yönelik başarı hedefleri oluşturmak ve optimum kalite düzeyini sağlamak amacıyla geliştirilmiştir.

SKS 112 yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak, il ambulans servisi başhekimlikleri, KKM, çağrı merkezi ve tüm istasyonları kapsayacak tasarımda hazırlanmıştır.

Hedefler

SKS 112 seti acil sağlık hizmeti sunumu sırasında Şekil 3.'de yer alan kalite hedeflerine ulaşmayı sağlayacak şekilde hazırlanmıştır.



Şekil 3. SKS 112 Hedefleri

Sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlerin kaliteli olduğunu söyleyebilmek için yukarıda sayılan hedeflere ulaşılmış olması gerekmektedir.

Hedeflerin bir bütün olarak ele alınması ve uygulamaya konulması önemlidir. Hedefler arasında bir öncelik ilişkisinin bulunmaması, aksine hedeflerin birbirleriyle uyum içinde gerçekleştirilmesi gerekliliği de Sağlıkta Kalite Standartlarının bakış açısını yansıtmaktadır. Örneğin sağlıklı çalışma ortamının sağlanmadığı bir kuruluştaki hasta odaklılık hedefini gerçekleştirmek de mümkün olmayacaktır.

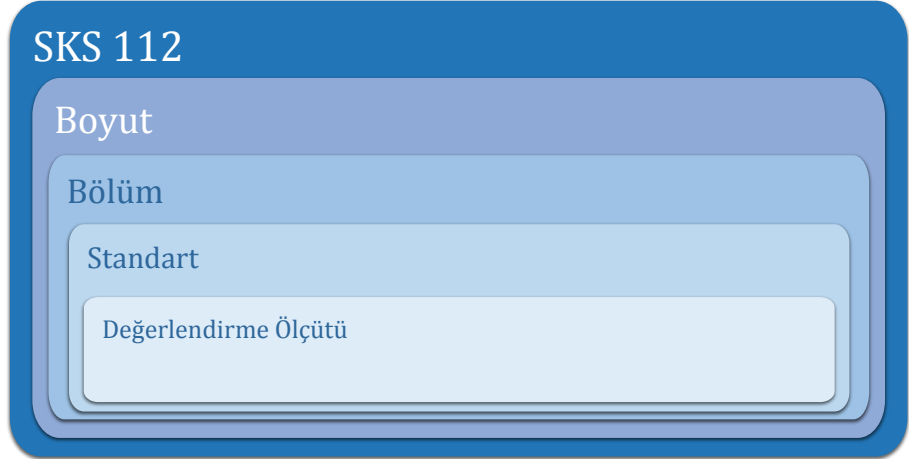
SKS hedeflerine ilişkin tanımlar:

- **Etkililik:** Planlanan hedeflere ulaşmanın ölçüsüdür.
- **Etkinlik:** İşleri doğru yapabilme kabiliyetidir.
- **Verimlilik:** Üretilen hizmet ile bu hizmetlerin üretilmesinde kullanılan girdiler arasındaki ilişkiyi ifade etmektedir. Hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılmasıdır.
- **Sağlıklı Çalışma Yaşamı:** Sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasıdır.
- **Hasta Güvenliği:** Hizmet alan tüm bireylerin zarar görmelerine yol açabilecek ve önceden öngörülebilir tüm tehlikeleri önlemek veya kabul edilebilir bir risk seviyesinde tutmak için gerçekleştirilen iyileştirme faaliyetleridir.

- **Hakkaniyet:** Hizmet alanların, tedavi ve bakım ihtiyaçları çerçevesinde hiçbir fark gözetmeksizin eşit haklardan yararlanmasının güvence altına alınmasıdır.
- **Hasta Odaklılık:** Kanıta dayalı tıp uygulamalarına bağlı kalmak koşulu ile sağlık hizmetinin, hastanın güvenliği, memnuniyeti ve tercihleri dikkate alınarak planlanması ve uygulanmasıdır.
- **Uygunluk:** Sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın sağlığına daha çok fayda sağlayacak tercihlerin yapılması ve uygulanmasıdır.
- **Zamanlılık:** Teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin hastanın ihtiyaçlarına göre en uygun ve kabul edilebilir zaman aralığı içerisinde sunulmasıdır.
- **Süreklilik:** Hastanın ihtiyacı olan teşhis, tedavi ve bakım hizmetlerinin disiplinler arası geçişi veya tedavinin tamamlanması sonrasında da kapsayacak şekilde sağlanmasıdır.

Yapısal Çerçeve

SKS 112, boyut, bölüm, standart ve değerlendirme ölçütleri ile rehberlik ifadelerinden oluşmaktadır (Şekil 4).



Şekil 4. SKS 112 Yapısı

SKS 112 setinde, 5 Boyut, 21 Bölüm, 163 Standart, 359 Değerlendirme Ölçütü bulunmaktadır.

SKS 112 bölümlerinin başlangıcında bölümün amacı ve hedeflerine de yer verilmiştir.

Standart ve değerlendirme ölçütleri, ele alındığı hizmet konusuna özgü amacı belirlemek için ortaya konulmuş temel gereklilikler, rehberlik bilgileri ve tanımlamalar içeren optimal kurallardır.

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

Standartlar, yer aldığı bölüme özgü süreçler esas alınarak hazırlanmış ve sıralanmıştır. Standartlar, ilgili bölüm amaç ve hedefleri doğrultusunda, değerlendirme ölçütleri ve rehberlikler ile birlikte bir bütün olarak ele alınmalı ve uygulanmalıdır.

SKS 112;

- Kurumsal Hizmetler
- Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
- Sağlık Hizmetleri
- Destek Hizmetleri
- Gösterge Yönetimi

olarak 5 boyutta ele alınmaktadır.

Bu boyutlar; il ambulans servisi başhekimliklerinde sunulan hizmetler, yönetsel faaliyetler ve hizmet sürecinde yer alan kişiler dikkate alınarak il ambulans servisi başhekimliklerine bağlı KKM, çağrı merkezi ve tüm istasyonları kapsayacak şekilde belirlenmiştir.

Kurumsal Hizmetler Boyutu; Acil sağlık hizmetleri kapsamında yer alan tüm çalışanların yer aldığı etkin bir kalite yönetim yapılanması meydana getirerek, kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli bir şekilde yürütülmesini sağlamak üzere hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler Boyutu; Hastaların temel haklarını, güvenliğini ve memnuniyetini, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak ve sunulan hizmetlere hasta ve çalışan perspektifinden bakmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

Sağlık Hizmetleri Boyutu; Acil sağlık hizmetleri kapsamında verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin SKS 112 hedefleri kapsamında verilmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır. Bu boyutta yer alan bölümler, alan ya da süreç bazlı olarak ele alınmaktadır. Örneğin, ambulans hizmetleri alan bazlı hazırlanmış bir bölüm iken, enfeksiyonların önlenmesi bölümü süreç bazlı olarak düzenlenmiştir.

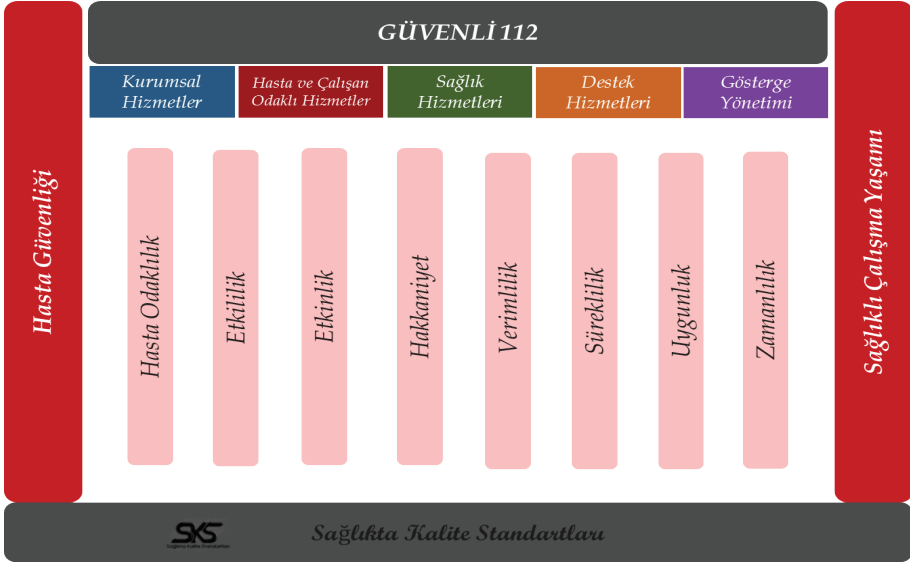
Destek Hizmetleri Boyutu; Tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini ve sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturmak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

Gösterge Yönetimi Boyutu; Hizmet sunum performansını sürekli izleyerek kalite iyileştirme süreçlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşmaktadır.

Tablo1: SKS-112 Boyut ve Bölümler Tablosu

| SKS 112 (Versiyon 3) |
|--|
| KURUMSAL HİZMETLER |
| Kurumsal Yapı |
| Kalite Yönetimi |
| Doküman Yönetimi |
| Risk Yönetimi |
| İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi |
| Afet ve Acil Durum Yönetimi |
| Eğitim Yönetimi |
| HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER |
| Hasta Deneyimi |
| Hizmete Erişim |
| Sağlıklı Çalışma Yaşamı |
| SAĞLIK HİZMETLERİ |
| Hasta Bakımı |
| İlaç Yönetimi |
| Enfeksiyonların Önlenmesi |
| DESTEK HİZMETLERİ |
| Ambulans Yönetimi |
| Bilgi Yönetim Sistemi |
| Malzeme ve Cihaz Yönetimi |
| Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri |
| Atık Yönetimi |
| Dış Kaynak Kullanımı |
| GÖSTERGE YÖNETİMİ |
| Göstergelerin İzlenmesi |
| Kalite Göstergeleri |

"Güvenli 112 Acil Sağlık Hizmeti", 10 hedef üzerine inşa edilen 5 boyuttan oluşmakta, hasta ve çalışan güvenliği temel ilkeleri ile tamamlanmaktadır (Şekil 5).



Şekil 5. Güvenli 112 Acil Sağlık Hizmeti

SKS-112 İlişki Matrisi

SKS-112'de yer alan boyutlar; yönetsel faaliyetler, hizmet sunumunun tüm aşamaları ve tüm hizmet alıcılar dikkate alınarak hazırlanmıştır.

SKS-112 tekrarlı standartlar içermemektedir. Standartlar ilişkili olduğu tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir. Örneğin, kurumsal hizmetler boyutunda yer alan standartlar ilgili tüm hizmet alanları ve süreçlerde aranır.

Herhangi bir hizmet alanında, hangi SKS bölümleri ve standartlarının uygulanması ve değerlendirilmesi gerektiği konusunda bir bakış açısı oluşturmak amacıyla örnek olarak oluşturulan Tablo 2'de, SKS 112 bölüm ve standartlarının kurum alanları ile ilişkisi açıklanmaktadır.

Tablo 3'te ise, istasyonlarda hangi SKS bölümleri ve standartlarının uygulanması ve değerlendirilmesi gerektiği konusu örnek olarak ele alınmıştır.

Standartlar; uygulayıcılar ve değerlendiriciler tarafından bu perspektifle ele alınmalıdır.

Tablo 2. SKS 112 Bölümleri ve Hizmet Alanları İlişki Matrisi (Örnek Bölümler Üzerinden)

| Bölüm | Standart | Hizmet Alanları ile İlişkisi |
|----------------------|--|--|
| Kurumsal Yapı | KKU05 Organizasyon yapısı kapsamında yer alan birim ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. | Bu standart, acil sağlık hizmetleri kapsamındaki tüm hizmet (başhekimlik, KKM, çağrı merkezi, istasyon) alanları ile ilişkilidir. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir. |
| Risk Yönetimi | KRY01 Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. | Bu standart; başhekimlik, kalite yönetim çalışmaları ve ilgili sorumluların yönetiminde ele alınır ve uygulanır. İlgili sorumlular tarafından risk yönetimine ilişkin gerçekleştirilen çalışmaların; kalite direktörlüğü, komiteler ve bölüm kalite sorumluları ile koordineli şekilde yürütülme durumu değerlendirilir. |
| | KRY02 112 acil sağlık hizmet süreçlerinde karşılaşılabilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. | Kuruluş idari süreçleri dâhil olmak üzere tüm hizmet alanları ve süreçlerine yönelik uygulanır ve değerlendirilir. |
| | KRY03 Riskler, risk yönetim planı doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir. | Bu standart, acil sağlık hizmetlerine dâhil olan tüm süreçleri kapsamaktadır. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir. |
| | KRY04 Belirlenen risklere yönelik gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. | Bu standart, acil sağlık hizmetlerine dâhil olan tüm süreçleri kapsamaktadır. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir. |
| | KRY05 Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir. | Bu standart, acil sağlık hizmetlerine dâhil olan tüm süreçleri kapsamaktadır. Bu nedenle tüm hizmet sunum alanlarında uygulanır ve değerlendirilir. |

| | | |
|--|---|---|
| Enfeksiyon- ların Önlen- mesi | SEN03 El hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır. | Bu standart sağlık hizmeti sunulan alanlar ile ilişkilidir. Bu nedenle, ambulanslarda uygulanır ve değerlendirilir. |
| Malzeme ve Cihaz Yönetimi | DMC03 Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | Bu standart, kuruluş kapsamında malzeme ve cihaz muhafaza edilen alanlarda uygulanır ve değerlendirilir. |
| Hasta Bakımı | - | Hasta bakımı, hastaların 112 çağrı merkezine ulaşmasından sağlık kuruluşuna sevkine kadar geçen süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır. SHB01 standardı, doküman, kayıt ve uygulama açısından tüm kuruluşta değerlendirilir. Diğer standartlar, doküman ve kayıt bazında KKM ve kalite direktörlüğünde değerlendirilir. Uygulamaya ilişkin, doküman ve kayıt açısından istasyonlarda değerlendirme yapılır. |
| Ambulans Yönetimi | - | DAS01 standardı, KKM ve Çağrı merkezi bünyesinde uygulanması ve değerlendirilmesi gereken yönetsel süreçleri tanımlamaktadır. Bu standart çerçevesinde ayrıca yedek ambulanslar ile hava ve deniz ambulansları, ilgili ambulansın bulunduğu mevkide yerinde değerlendirilmelidir. Diğer standartlar, yedek ambulanslar ile hava, kara ve deniz ambulanslarının bulunduğu tüm alanlarda uygulanmalı ve yerinde değerlendirilmelidir. |

Tablo 3. İstasyonlarda Uygulanması Gereken SKS 112 Bölüm ve Standartları

| SKS 112 Bölümü | Standart ya da Değerlendirme Ölçütü Kodu |
|----------------------------------|---|
| Kurumsal Yapı | KKU05 |
| Kalite Yönetimi | KKY03, KKY13 |
| Doküman Yönetimi | KDY01.06, KDY02.02, KDY03.01, KDY03.03 |
| Risk Yönetimi | KRY03, KRY04 |
| İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi | KİO01.05, KİO02, KİO03, KİO04.04, KİO05 |
| Acil Durum ve Afet Yönetimi | KAD01.03, KAD02, KAD04, KAD05, KAD06, KAD07, KAD08 |
| Eğitim Yönetimi | KEY02.01, KEY03.02, KEY03.04 |
| Hasta Deneyimi | HHD01, HHD02, HHD03, HHD05, HHD06, HHD07 |
| Hizmete Erişim | HHE03, HHE04, HHE05 |
| Sağlıklı Çalışma Yaşamı | HSÇ01.03, HSÇ04, HSÇ05.04, HSÇ05.05, HSÇ06, HSÇ07, HSÇ08, HSÇ09, HSÇ10.01, HSÇ10.02 |
| Hasta Bakımı | SHB02, SHB03, SHB04, SHB05, SHB06 |
| Enfeksiyonların Önlenmesi | SEN02, SEN03, SEN04, SEN05, SEN06, SEN07 |
| Ambulans Yönetimi | DAS01, DAS02, DAS03, DAS04, DAS05 |
| İlaç Yönetimi | SİY01, SİY03, SİY04, SİY05, SİY06, SİY07, SİY08, SİY09, SİY10, SİY11, SİY12 |
| Bilgi Yönetim Sistemi | DBY02.03, DBY03.03, DBY04.01, DBY04.02, DBY05.01, DBY05.02, DBY06.01, DBY06.02, DBY08, DBY12.05 |

| | |
|--|--|
| Malzeme ve Cihaz Yönetimi | DMC01, DMC02.01, DMC03, DMC04, DMC05, DMC06, DMC07, DMC09, DMC10, DMC11, DMC12 |
| Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri | DTA01, DTA02, DTA03, DTA04, DTA05 |
| Atık Yönetimi | DAY02, DAY03, DAY04 |

Kodlama Sistematığı

Standardın kodu 2 kısımdan oluşmaktadır. İlk kısım harflerden, ikinci kısım rakamlardan oluşmaktadır.

Harf kullanılan kısımlar üç harften oluşmakta olup, ilk harf ilgili boyut adının baş harfini, devam eden ikinci ve üçüncü harfler ilgili bölüm adının kısaltmasını ifade etmektedir (Tablo 4).

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

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

Örnek Standart Kodu: KDY01

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

Örnek Değerlendirme Ölçütü Kodu: KDY01.01

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

SKS-112 Gösterge Yönetimi boyutu Kalite Göstergeleri bölümünde yer alan göstergelerin kodları “GKG” harfleri ile başlamaktadır.

Tablo 4. SKS 112 Kodlama Sistematikinde Harf Düzeni

| SKS-112 Kodlama Sistematiki | |
|--|------------|
| Boyutlar | Kod |
| Kurumsal Hizmetler | K |
| Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler | H |
| Sağlık Hizmetleri | S |
| Destek Hizmetler | D |
| Gösterge Yönetimi | G |
| Bölümler | Kod |
| Kurumsal Yapı | KU |
| Kalite Yönetimi | KY |
| Doküman Yönetimi | DY |
| Risk Yönetimi | RY |
| İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi | İO |
| Afet ve Acil Durum Yönetimi | AD |
| Eğitim Yönetimi | EY |
| Hasta Deneyimi | HD |
| Hizmete Erişim | HE |
| Sağlıklı Çalışma Yaşamı | SÇ |
| Hasta Bakımı | HB |
| İlaç Yönetimi | İY |
| Enfeksiyonların Önlenmesi | EN |
| Ambulans Yönetimi | AS |
| Bilgi Yönetim Sistemi | BY |
| Malzeme ve Cihaz Yönetimi | MC |
| Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri | TA |
| Atık Yönetimi | AY |
| Dış Kaynak Kullanımı | DK |
| Göstergelerin İzlenmesi | Gİ |
| Kalite Göstergeleri | KG |

Tablo 5. Örnek Kodlama Sistematığı

| Kod | Standart | Kod | Değerlendirme Ölçütü | Puan |
|-------|--|----------|--|------|
| SEN02 | Çalışanların el hijyeni uyumunu artırmaya yönelik eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmelidir. | SEN02.01 | Çalışanların el hijyeni uyumunu artırmaya yönelik gerçekleştirilecek eğitimlerin şekli, içeriği ve periyodu belirlenmelidir. | 50 |
| | | SEN02.02 | El hijyeni ile ilgili eğitim içeriğinde as-gari aşağıdaki konular bulunmalıdır: <ul style="list-style-type: none"> ○ 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 | |

SKS-112 Puanlandırma Metodolojisi

Sağlıkta Kalite Standartlarının puanlandırma metodolojisi üç başlıkta ele alınmaktadır:

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

SKS 112 içerisinde yer alan her bir standardın bir puan değeri bulunmaktadır. Kuruluşun standarttan alacağı puanı tespit etmek için, standardın karşılanma düzeyinin belirlenmesi gerekmektedir. Değerlendirilen standartların puanlarından yola çıkarak kuruluşun elde edeceği Kalite Puanına ulaşılmaktadır.

Standart ve Göstergelerin Puanlandırılması

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

Standart ve Göstergelerin Karşılanma Düzeyinin Belirlenmesi

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

"Göstergelerin İzlenmesi" bölümünde yer alan standartlar değerlendirilirken kurumun tüm göstergelere yönelik yaptığı çalışmalar bir bütün olarak değerlendirilmeli ve puanlandırılmalıdır.

"Bölüm Bazlı Göstergeler" için yapılan değerlendirmelerde ise her bir gösterge için ölçme, analiz ve iyileştirme süreçleri ayrı ayrı ele alınarak ilgili gösterge bazında karşılanma düzeyi belirlenmelidir.

Standardın karşılanma düzeyi belirlenirken "**Değerlendirme Sistematigi Rehberi**" esas alınır.

Standart ve göstergelerin karşılanma düzeyleri üç kategoride ele alınır:

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

Standart ve göstergenin karşılanma düzeyine göre aşağıdaki şekilde puanlama yapılır:

- **Karşılıyorsa**; Standart için belirlenen tam puan

- **Kısmen Karşılanıyorsa;** Standart için belirlenen puanın yarısı
- **Karşılanmıyorsa;** 0 (Sıfır) puan

| Örnek | | | | | |
|-------|--|----------|---|-------|------|
| Kod | Standart | Kod | Değerlendirme Ölçütü | Sonuç | Puan |
| DAS02 | Ambulansta tıbbi tanı ve tedavi için gerekli ekipman bulunmalıdır. | DAS02.01 | Türlerine göre ambulanslarda bulunması gereken ekipman tanımlanmalıdır. | K → | 30 |
| | | DAS02.02 | Ekipmanın bakım ve kontrolü ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. | KK → | 15 |
| | | | | KM → | 0 |

Tablo 6. Standardın Karşılanma Düzeyine Göre Puanlama Örneği

Kurum Kalite Puanının Belirlenmesi

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

Kalite Puanının Hesaplanmasında Kullanılan Formül

Kalite Puanı: $[\text{Değerlendirilen standart ve göstergelerden elde edilen toplam puan} / (\text{Değerlendirme kapsamındaki standart ve göstergelerin toplam puanı} - \text{Değerlendirme dışı bırakılan standart ve göstergelerin toplam puanı})] \times 100$

Tablo 7. "Değerlendirme Dışı" Kavramının Kullanılması ile İlgili Kurallar**Değerlendirme Dışı Kavramının Kullanılması ile ilgili Kurallar**

Sağlık Hizmetleri boyutunda yer alan bölümlerden herhangi biri veya birkaçının, kurumda sürekli veya geçici olarak müstakil hizmet vermiyor olması durumunda ilgili bölüm değerlendirme kapsamına alınmaz.

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

Herhangi bir standart, değerlendirme ölçütü ya da göstergenin, mevzuat gereği kurumda uygulanmadığı durumlarda ilgili standart, değerlendirme ölçütü ya da gösterge değerlendirmeye alınmaz.

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

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

Tablolar



| SKS-112 (Versiyon 3) Boyut Bazlı Puansal Dağılım Tablosu | | | | | | | | | | | |
|---|------------------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-------------|
| Böümler | Standart Kategorileri* | | | | | | | | | | Puan |
| | Kategori-1 | | Kategori-2 | | Kategori-3 | | Kategori-4 | | Kategori-5 | | |
| | Standart Sayısı | Puan | Standart Sayısı | Puan | Standart Sayısı | Puan | Standart Sayısı | Puan | Standart Sayısı | Puan | |
| Kurumsal Hizmetler | 12 | 600 | 19 | 760 | 11 | 330 | 5 | 1740 | 5 | 50 | 1740 |
| Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler | 5 | 250 | 8 | 320 | 10 | 300 | 2 | 890 | 2 | 20 | 890 |
| Sağlık Hizmetleri | 7 | 350 | 3 | 120 | 12 | 360 | 3 | 860 | 3 | 30 | 860 |
| Destek Hizmetleri | 10 | 500 | 7 | 280 | 24 | 720 | 1 | 1510 | 1 | 10 | 1510 |
| Gösterge Yönetimi | 2 | 100 | | | 3 | 90 | 19 | 570 | | | 570 |
| TOPLAM | 36 | 1800 | 37 | 1480 | 60 | 1800 | 19 | 380 | 11 | 110 | 5570 |

SKS 112 Bölüm Bazlı Puansal Dağılım Tablosu

| Bölümler | Standart Kategorileri* | | | | | | | | | | Puan |
|--|------------------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|-------------|-----------------|------------|-----------------|------------|-------------|
| | Kategori-1 | | Kategori-2 | | Kategori-3 | | Kategori-4 | | Kategori-5 | | |
| | Standart Sayısı | Puan | Standart Sayısı | Puan | Standart Sayısı | Puan | Standart Sayısı | Puan | Standart Sayısı | Puan | |
| Kurumsal Hizmetler | 12 | 600 | 19 | 760 | 11 | 330 | 0 | 0 | 5 | 50 | 1740 |
| Kurumsal Yapı | | | 5 | 200 | 2 | 60 | | | | | 260 |
| Kalite Yönetimi | 3 | 150 | 6 | 240 | 2 | 60 | | | 2 | 20 | 470 |
| Doküman Yönetimi | | | | | 1 | 30 | | | 3 | 30 | 60 |
| Risk Yönetimi | 2 | 100 | 3 | 120 | | | | | | | 220 |
| İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi | 2 | 100 | 1 | 40 | 2 | 60 | | | | | 200 |
| Afet ve Acil Durum Yönetimi | 4 | 200 | 3 | 120 | 1 | 30 | | | | | 350 |
| Eğitim Yönetimi | 1 | 50 | 1 | 40 | 3 | 90 | | | | | 180 |
| Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler | 5 | 250 | 8 | 320 | 10 | 300 | 0 | 0 | 2 | 20 | 890 |
| Hasta Deneyimi | | | 5 | 200 | 3 | 90 | | | 1 | 10 | 300 |
| Hizmete Erişim | 2 | 100 | 1 | 40 | 2 | 60 | | | | | 200 |
| Sağlıklı Çalışma Yaşamı | 3 | 150 | 2 | 80 | 5 | 150 | | | 1 | 10 | 390 |
| Sağlık Hizmetleri | 7 | 350 | 3 | 120 | 12 | 360 | 0 | 0 | 3 | 30 | 860 |
| Hasta Bakımı | 3 | 150 | 1 | 40 | 2 | 60 | | | | | 250 |
| İlaç Yönetimi | 2 | 100 | 2 | 80 | 6 | 180 | | | 2 | 20 | 380 |
| Enfeksiyonların Önlenmesi | 2 | 100 | | | 4 | 120 | | | 1 | 10 | 230 |
| Destek Hizmetleri | 10 | 500 | 7 | 280 | 24 | 720 | 0 | 0 | 1 | 10 | 1510 |
| Ambulans Yönetimi | | | 4 | 160 | 1 | 30 | | | | | 190 |
| Bilgi Yönetim Sistemi | 5 | 250 | 2 | 80 | 6 | 180 | | | | | 510 |
| Malzeme ve Cihaz Yönetimi | 4 | 200 | | | 8 | 240 | | | | | 440 |
| Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri | | | 1 | 40 | 4 | 120 | | | | | 160 |
| Atık Yönetimi | 1 | 50 | | | 3 | 90 | | | | | 140 |
| Dış Kaynak Kullanımı | | | | | 2 | 60 | | | 1 | 10 | 70 |
| Gösterge Yönetimi | 2 | 100 | 0 | 0 | 3 | 90 | 19 | 380 | 0 | 0 | 570 |
| Göstergelerin İzlenmesi | 2 | 100 | | | 3 | 90 | | | | | 190 |
| Kalite Göstergeleri | | | | | | | 19 | 380 | | | 380 |
| TOPLAM | 36 | 1800 | 37 | 1480 | 60 | 1800 | 19 | 380 | 11 | 110 | 5570 |

* Kategori-1: 50 puan, Kategori-2: 40 puan
 Kategori-3: 30 puan, Kategori-4: 20 Puan
 Kategori-5: 10 Puan

| SKS 112 (Versiyon 3) Sayısal Dağılım Tablosu (Genel) | | |
|---|-----------------|-----------------------------|
| Boyut ve Bölümler | Standart Sayısı | Değerlendirme Ölçütü Sayısı |
| Kurumsal Hizmetler | 47 | 113 |
| Kurumsal Yapı | 7 | 13 |
| Kalite Yönetimi | 13 | 33 |
| Doküman Yönetimi | 4 | 14 |
| Risk Yönetimi | 5 | 8 |
| İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi | 5 | 12 |
| Afet ve Acil Durum Yönetimi | 8 | 23 |
| Eğitim Yönetimi | 5 | 10 |
| Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler | 25 | 70 |
| Hasta Deneyimi | 9 | 18 |
| Hizmete Erişim | 5 | 18 |
| Sağlıklı Çalışma Yaşamı | 11 | 34 |
| Sağlık Hizmetleri | 25 | 49 |
| Hasta Bakımı | 6 | 13 |
| İlaç Yönetimi | 12 | 24 |
| Enfeksiyonların Önlenmesi | 7 | 12 |
| Destek Hizmetleri | 42 | 119 |
| Ambulans Yönetimi | 5 | 16 |
| Bilgi Yönetim Sistemi | 13 | 46 |
| Malzeme ve Cihaz Yönetimi | 12 | 32 |
| Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri | 5 | 12 |
| Atık Yönetimi | 4 | 9 |
| Dış Kaynak Kullanımı | 3 | 4 |
| Gösterge Yönetimi | 24 | 8 |
| Göstergelerin İzlenmesi | 5 | 8 |
| Kalite Göstergeleri | 19 | |
| TOPLAM | 163 | 359 |

**SKS 112 (Versiyon 3)
Sayısal Dağılım Tablosu (Özet)**

| Boyutlar | Standart Sayısı | Değerlendirme Ölçütü Sayısı |
|-----------------------------------|-----------------|-----------------------------|
| Kurumsal Hizmetler | 47 | 113 |
| Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler | 25 | 70 |
| Sağlık Hizmetleri | 25 | 49 |
| Destek Hizmetleri | 42 | 119 |
| Gösterge Yönetimi | 24 | 8 |
| Toplam | 163 | 359 |

| SKS 112 Standart Puan Tablosu | | |
|----------------------------------|--|------|
| Boyut | Kurumsal Hizmetler | |
| Bölüm | Kurumsal Yapı | |
| Kod | Standart | Puan |
| KKU01 | İl ambulans servisi başhekimliğinin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmeli ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır. | 40 |
| KKU02 | Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir. | 40 |
| KKU03 | Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır. | 40 |
| KKU04 | İl ambulans servisi başhekimliğinin faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır. | 40 |
| KKU05 | Organizasyon yapısı kapsamında yer alan birim ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. | 40 |
| KKU06 | Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır. | 30 |
| KKU07 | İl ambulans servisi başhekimliğinin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır. | 30 |
| Bölüm | Kalite Yönetimi | |
| KKY01 | Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır. | 40 |
| KKY02 | İl ambulans servisi başhekimliği bünyesinde kalite direktörlüğü oluşturulmalıdır. | 50 |
| KKY03 | İl ambulans servisi başhekimliği birim kalite sorumluları belirlenmelidir. | 30 |
| KKY04 | SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır. | 50 |
| KKY05 | Yönetim, birim kalite sorumluları ve istasyon yöneticileri ile birlikte değerlendirme toplantıları yapmalıdır. | 30 |
| KKY06 | Kalite yönetiminin etkinliğinin sağlanması amacıyla komiteler oluşturulmalıdır. | 50 |
| KKY07 | Hasta güvenliği komitesi bulunmalıdır. | 40 |
| KKY08 | Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi bulunmalıdır. | 40 |
| KKY09 | Eğitim komitesi bulunmalıdır. | 40 |
| KKY10 | Tesis ve ambulans güvenliği komitesi bulunmalıdır. | 40 |
| KKY11 | Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. | 10 |
| KKY12 | Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. | 40 |
| KKY13 | Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır. | 10 |

| Bölüm | Doküman Yönetimi | |
|-------|--|----|
| KDY01 | SKS 112'de tanımlanan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 30 |
| KDY02 | Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 10 |
| KDY03 | Panoları asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 10 |
| KDY04 | Yönetim tarafından onaylanmış güncel dokümanlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. | 10 |
| Bölüm | Risk Yönetimi | |
| KRY01 | Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. | 40 |
| KRY02 | 112 acil sağlık hizmet süreçlerinde karşılaşılabilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. | 40 |
| KRY03 | Riskler, risk yönetim planı doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir. | 50 |
| KRY04 | Belirlenen risklere yönelik gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. | 50 |
| KRY05 | Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir. | 40 |
| Bölüm | İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi | |
| KİO01 | İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır. | 50 |
| KİO02 | Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır. | 30 |
| KİO03 | Çalışanlara sistem ile ilgili eğitim verilmelidir. | 40 |
| KİO04 | Sisteme yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. | 50 |
| KİO05 | Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri alınmalı ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarla geri bildirimlerde bulunulmalıdır. | 30 |
| Bölüm | Afet ve Acil Durum Yönetimi | |
| KAD01 | Afet ve acil durum yönetimi ekibi oluşturulmalıdır. | 40 |
| KAD02 | Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır. | 40 |
| KAD03 | Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır. | 40 |
| KAD04 | Afet ve acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir. | 30 |
| KAD05 | Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 50 |
| KAD06 | Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. | 50 |
| KAD07 | Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 50 |
| KAD08 | Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır. | 50 |

| Bölüm | Eğitim Yönetimi | |
|--------------|---|----|
| KEY01 | Çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır. | 30 |
| KEY02 | Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir. | 30 |
| KEY03 | Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. | 50 |
| KEY04 | Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkililik ve etkinliği değerlendirilmelidir. | 30 |
| KEY05 | Toplumun 112 acil sağlık hizmetleri ile ilgili eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda düzenlenecek faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır. | 40 |
| Boyut | Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler | |
| Bölüm | Hasta Deneyimi | |
| HHD01 | Hasta ve hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkin bir iletişim sağlanmalıdır. | 30 |
| HHD02 | Hasta veya hasta yakını acil tıbbi yardım, bakım ve nakil süreci hakkında bilgilendirilmelidir. | 40 |
| HHD03 | Hasta veya hasta yakınının sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir. | 40 |
| HHD04 | Hastanın acil tıbbi yardım, bakım ve nakil süreci ile ilgili kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır. | 10 |
| HHD05 | Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır. | 40 |
| HHD06 | Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır. | 30 |
| HHD07 | Hasta ve hasta yakınının acil tıbbi yardım, bakım ve nakil sürecine dahil edilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. | 30 |
| HHD08 | 112 acil sağlık hizmetleri ile ilgili görüş, öneri ve şikayetler alınmalı ve değerlendirilmelidir. | 40 |
| HHD09 | Hasta deneyimi anketi uygulanmalıdır. | 40 |
| Bölüm | Hizmete Erişim | |
| HHE01 | Çağrı merkezi, hastaların hizmete erişiminin en kısa sürede ve etkin şekilde gerçekleşmesini sağlamalıdır. | 30 |
| HHE02 | Çağrı merkezinde telefonla klinik danışmanlık hizmeti verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 30 |
| HHE03 | 112 istasyonu hizmet sunumunu kolaylaştıracak şekilde konumlandırılmalı ve tasarlanmalıdır. | 40 |
| HHE04 | Hastanın nakli ve teslimi ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve süreçler ile ilgili kurallar belirlenmelidir. | 50 |

| | | |
|-------|--|----|
| HHE05 | Hastanın naklini güvenli şekilde sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. | 50 |
| Bölüm | Sağlıklı Çalışma Yaşamı | |
| HSÇ01 | 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında insan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 30 |
| HSÇ02 | İnsan kaynaklarına yönelik ihtiyaçlar doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır. | 10 |
| HSÇ03 | Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik hedefler belirlenmelidir. | 30 |
| HSÇ04 | Çalışanların güvenliğini tehdit eden risklere yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. | 50 |
| HSÇ05 | Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır. | 50 |
| HSÇ06 | Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer bir ajanla temas sonrası uygulanması gereken tanı, tedavi ve müdahale işlemleri tanımlanmalıdır. | 30 |
| HSÇ07 | Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. | 50 |
| HSÇ08 | Çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır. | 40 |
| HSÇ09 | Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. | 30 |
| HSÇ10 | Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir. | 40 |
| HSÇ11 | Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır. | 30 |
| Boyut | Sağlık Hizmetleri | |
| Bölüm | Hasta Bakımı | |
| SHB01 | Hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır. | 30 |
| SHB02 | Hastanın bakım ihtiyaçları değerlendirilmeli ve bakım ihtiyaçları doğrultusunda gerekli uygulamalar yapılmalıdır. | 50 |
| SHB03 | Hastanın kimliğinin tanımlanmasına yönelik süreçler belirlenmelidir. | 40 |
| SHB04 | Hasta düşmelerinin engellenmesine yönelik önlemler alınmalıdır. | 50 |
| SHB05 | Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik süreçler tanımlanmalıdır. | 30 |
| SHB06 | Birden fazla hastanın bulunduğu olaylarda hasta triyajı uygulanmalıdır. | 50 |
| Bölüm | İlaç Yönetimi | |
| ŞİY01 | 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında ilacın dahil olduğu tüm süreçler ile ilgili sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. | 30 |

| | | |
|--------------|--|----|
| SİY02 | İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. | 10 |
| SİY03 | İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 50 |
| SİY04 | İlaçların stok ve miat takibi yapılmalıdır. | 40 |
| SİY05 | İlaç temini ile ilgili kurallar belirlenmelidir. | 30 |
| SİY06 | İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 50 |
| SİY07 | Advers etki gelişmesi durumunda TÜFAM'a bildirim yapılması sağlanmalıdır. | 30 |
| SİY08 | Özellikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 40 |
| SİY09 | Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 30 |
| SİY10 | Eczane/depoya iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 30 |
| SİY11 | İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır. | 10 |
| SİY12 | İlaç atıklarının ve miadı geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 30 |
| Bölüm | Enfeksiyonların Önlenmesi | |
| SEN01 | Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır. | 10 |
| SEN02 | Çalışanların el hijyeni uyumunu artırmaya yönelik eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmelidir. | 50 |
| SEN03 | El hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır. | 30 |
| SEN04 | Temizlik, dezenfeksiyon, antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir. | 30 |
| SEN05 | Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 30 |
| SEN06 | Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 50 |
| SEN07 | Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir. | 30 |
| Boyut | Destek Hizmetleri | |
| Bölüm | Ambulans Yönetimi | |
| DAS01 | Ambulanların il genelinde etkin şekilde kullanılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 40 |
| DAS02 | Ambulansta tıbbi tanı ve tedavi için gerekli ekipman bulunmalıdır. | 30 |
| DAS03 | Ambulans donanımı tam ve uygun nitelikte olmalıdır. | 40 |
| DAS04 | Her vardiya değişiminde ambulans kontrolü yapılmalıdır. | 40 |
| DAS05 | Ambulansta taşınabilir acil müdahale seti bulunmalıdır. | 40 |

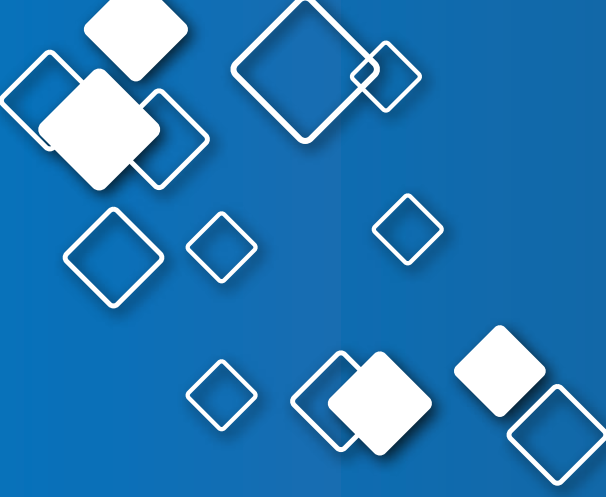
| Bölüm | Bilgi Yönetim Sistemi | |
|-------|---|----|
| DBY01 | Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin politika belirlenmelidir. | 30 |
| DBY02 | Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır. | 30 |
| DBY03 | Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir | 30 |
| DBY04 | Bilgi yönetim sistemine ilişkin hata bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 30 |
| DBY05 | Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır. | 50 |
| DBY06 | Bilgi yönetim sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır. | 30 |
| DBY07 | Bilgi yönetim sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 40 |
| DBY08 | 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında kullanılan bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 30 |
| DBY09 | Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek alt yapıları sağlanmalıdır. | 50 |
| DBY10 | Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır. | 50 |
| DBY11 | Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. | 50 |
| DBY12 | Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır. | 40 |
| DBY13 | Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır. | 50 |
| Bölüm | Malzeme ve Cihaz Yönetimi | |
| DMC01 | Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. | 30 |
| DMC02 | Malzemelerin temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 30 |
| DMC03 | Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 30 |
| DMC04 | Malzemelerin istasyonlara transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 30 |
| DMC05 | Malzemelerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 50 |
| DMC06 | Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 50 |
| DMC07 | Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. | 30 |
| DMC08 | Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 30 |
| DMC09 | Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır. | 30 |
| DMC10 | Cihazların güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 50 |

| | | |
|--------------|--|----|
| DMC11 | Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, kalibrasyon ve ayarları yapılmalıdır. | 50 |
| DMC12 | Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalıdır. | 30 |
| Bölüm | Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri | |
| DTA01 | Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır. | 30 |
| DTA02 | Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır. | 40 |
| DTA03 | Vaka kayıt formlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 30 |
| DTA04 | Arşiv bölümünde vaka kayıt formlarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır. | 30 |
| DTA05 | Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 30 |
| Bölüm | Atık Yönetimi | |
| DAY01 | Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 30 |
| DAY02 | Atıklar kaynağında ayrıştırılmalıdır. | 50 |
| DAY03 | Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır. | 30 |
| DAY04 | Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir. | 30 |
| Bölüm | Dış Kaynak Kullanımı | |
| DDK01 | Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır. | 10 |
| DDK02 | Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır. | 30 |
| DDK03 | Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 30 |
| Boyut | Gösterge Yönetimi | |
| Bölüm | Göstergelerin İzlenmesi | |
| GGİ01 | Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır. | 50 |
| GGİ02 | İl ambulans servisi başhekimliğinde izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır. | 50 |
| GGİ03 | Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | 30 |
| GGİ04 | Belirli aralıklarla göstergelere yönelik veriler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme faaliyetleri yapılmalıdır. | 30 |
| GGİ05 | Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir. | 30 |

| Bölüm | Kalite Göstergeleri | |
|-------|--|----|
| GKG01 | Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı | 20 |
| GKG02 | Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı | 20 |
| GKG03 | Personelin Eğitimlere Katılma Oranı | 20 |
| GKG04 | Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı | 20 |
| GKG05 | Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı | 20 |
| GKG06 | Hasta Deneyimi Anketleri Analizi | 20 |
| GKG07 | Çalışan Geri Bildirimi Anket Analizi | 20 |
| GKG08 | Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı | 20 |
| GKG09 | Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı | 20 |
| GKG10 | Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı | 20 |
| GKG11 | Personel Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı | 20 |
| GKG12 | Düşen Hasta Oranı | 20 |
| GKG13 | İlaç Hatası Bildirim Oranı | 20 |
| GKG14 | Çağrının Başlaması ile Vakanın İstasyona İletilmesi Arasında Geçen Ortalama Süre | 20 |
| GKG15 | Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi | 20 |
| GKG16 | Hedeflenen Sürede Vakaya Ulaşma Oranı | 20 |
| GKG17 | Sağlık Kuruluşuna Kabul Edilmeyen Hastaların Oranı | 20 |
| GKG18 | İstasyon Tarafından Kapatılan Vaka Oranı | 20 |
| GKG19 | SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre | 20 |

KURUMSAL HİZMETLER

Kurumsal Yapı ◆
Kalite Yönetimi ◆
Doküman Yönetimi ◆
Risk Yönetimi ◆
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ◆
Afet ve Acil Durum Yönetimi ◆
Eğitim Yönetimi ◆



Kurumsal Yapı

Amaç

- o 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında belirlenen hedeflere ulaşmak için görev, yetki, sorumluluk ve iletişim mekanizmalarının tanımlanması
- o 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında iş akışının belirlenmiş bir organizasyon yapısı içinde yürütülmesi ve denetlenmesinin sağlanması
- o 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında sunulan sağlık hizmetleri ve diğer destek hizmetlerinin ülke mevzuatı kapsamında yetkilendirilmiş kişi ve kurumlarca sunularak bu hususun etkin şekilde kontrolü ve izlenebilirliğinin sağlanması
- o İl ambulans servisi başhekimliğinin temel politika ve değerlerinin belirlenmesi suretiyle, il ambulans servisi başhekimliği faaliyetleri ve stratejik kararları noktasında yöneticilere ve çalışanlara rehberlik edecek ilkelerin tanımlanması
- o Kurumsal iletişim faaliyetlerinin, il ambulans servisi başhekimliğinin amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin şekilde yürütülmesinin sağlanmasıdır.

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

| | | |
|-------|---|--|
| KKU01 | <p>İl ambulans servisi başhekimliğinin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmeli ve kamuoyu ile paylaşılmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Değerler, il ambulans servisi başhekimliğinin gerçekleştireceği tüm faaliyetlerde temel alacağı ilke ve kuralları ifade etmektedir.</p> | |
|-------|---|--|

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

| | | |
|-------|--|--|
| KKU02 | Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir. | |
|-------|--|--|

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

| | | |
|----------|---|--|
| KKU02.01 | <p>Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, il ambulans servisi başhekimliğinin amaç ve hedefleri belirlenmelidir.</p> <p>o İl ambulans servisi başhekimliğinin amaç ve hedefleri belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geribildirimleri dikkate alınmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> <i>İç Çevre Faktörleri: İnsan kaynakları, finansal durum, büyüklük, yapısal koşullar gibi etkenleri ifade etmektedir.</i> <i>Dış Çevre Faktörleri: Hukuki çevre, kamusal ilişkiler, toplumun sağlık yapısı, tedarikçiler, rakipler gibi etkenleri ifade etmektedir.</i></p> | |
|----------|---|--|

| | | |
|----------|---|--|
| KKU02.02 | İl ambulans servisi başhekimliğinin faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasında başhekimlik bazında belirlenen amaç ve hedefler esas alınmalıdır. | |
|----------|---|--|

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

| | | |
|-------|--|--|
| KKU03 | Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır. | |
|-------|--|--|

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

KKU04 İl ambulans servisi başhekimliğinin faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.

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

KKU04.01 Organizasyon yapısı, verilen hizmetin amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlayacak şekilde tasarlanmalı ve il ambulans servisi başhekimliği ve bağlı birimleri faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.

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

KKU04.02 Organizasyon yapısı ile ilgili **asgari** aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:

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

KKU04.03 İl ambulans servisi başhekimliğinin organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren bir organizasyon şeması oluşturulmalıdır.

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

KKU05 Organizasyon yapısı kapsamında yer alan birim ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

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

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

Görev tanımları **asgari** aşağıdaki hususları içermelidir:

KKU05.01

- o Birim (başhekimlik, KKM, çağrı merkezi, istasyon)
- 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 iş ve sorumluluklar
- o Yetkiler

KKU05.02 Kişilere verilen yetki ile sorumluluk arasında uyum olmalıdır.

KKU05.03 Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.

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

Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.

Rehberlik;

Kurumsal İletişim: Sağlık hizmeti sunum ve yönetim süreci içinde; başhekimlik, komuta kontrol merkezi, çağrı merkezi ve istasyonlar 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 il ambulans servisi başhekimliğinin itibarını gözeterek sürdürülen iletişim sürecidir.

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

Kurumsal iletişim kapsamında hedef kitle tanımlanmalıdır.

- o Hedef kitle tanımlanırken; bölgesel özellikler, etkileşim içinde olunan kişi ve kuruluşlar ile temel politika ve değerler dikkate alınmalıdır.

KKU06.01

Rehberlik;

Hedef kitle, iç ve dış iletişim paydaşlarını (başhekimlik, KKM, çağrı merkezi ve istasyon çalışanları, hasta, hasta yakınları, hastaneler, diğer sağlık kuruluşları gibi) ifade etmektedir.

İç hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir.

Bu kurallar **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- o Başhekimlik, KKM, çağrı merkezi ve istasyonlar 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

KKU06.02

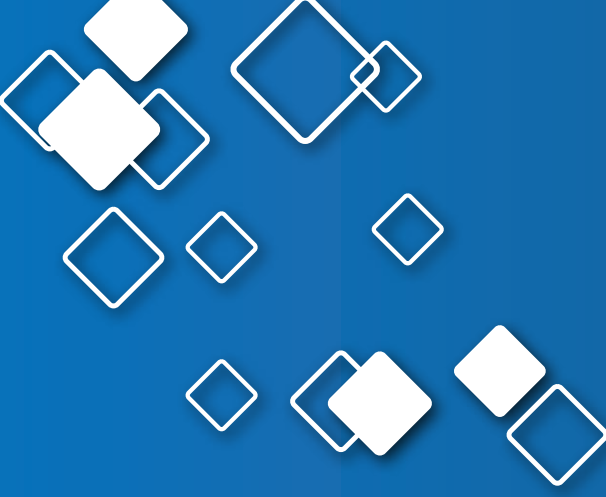
Dış hedef kitleye yönelik iletişim kuralları belirlenmelidir.

Bu kurallar **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- o Hasta, hasta yakını ve diğer sağlık kuruluşları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi
- o İstasyon çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi
- o Hizmet alıcıların acil tıbbi yardım, bakım ve nakil sürecinde bilgilendirilmesi

KKU06.03

| Kod | Standart | 7 |
|----------|---|---|
| KKU07 | İl ambulans servisi başhekimliğinin elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| KKU07.01 | İl ambulans servisi başhekimliğinin web sitesi olmalıdır. | |
| | Web sitesi, etkin bir şekilde yönetilmeli; güncel, kolay kullanılabilir ve yeterli bilgi içerecek şekilde hazırlanmalıdır. | |
| | Web sitesinde asgari aşağıdaki bilgiler olmalıdır: | |
| KKU07.02 | <ul style="list-style-type: none"> o Organizasyon yapısı o İl ambulans servisi başhekimliğinin misyon, vizyon ve değerleri o Kalite direktörlüğü ve çalışmaları o İl ambulans servisi başhekimliğine ulaşım ve iletişim bilgileri o İl ambulans servisi başhekimliğinin hizmet verdiği alanlar o Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar o Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler | |



Kalite Yönetimi

Amaç

- o Kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması
- o Tüm çalışanların kalite iyileştirme faaliyetlerindeki rol ve sorumluluklarının tanımlanması
- o Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu
- o Kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

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

KKY01 Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.

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

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

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

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

KKY02 İl ambulans servisi başhekimliği bünyesinde kalite direktörlüğü oluşturulmalıdır.

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

Kalite direktörü belirlenmelidir.

KKY02.01

- o Kalite direktörlüğünde çalışacak personel sayısı, hizmet sunulan bölgenin büyüklüğüne göre yönetim tarafından belirlenmelidir.
- o Kalite direktörlüğünde çalışan personel, kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almış olmalıdır.

KKY02.02 Kalite direktörlüğünün çalışma ofisi olmalıdır.

Kalite direktörlüğünün görev alanı tanımlanmalıdır.

Kalite direktörlüğü;

KKY02.03

- o SKS 112 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 çalışanların geri bildirimlerinin alınmasına yönelik çalışmalar (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, görüş, öneri ve şikayetlerin alınması gibi) yönetmelidir.
- o SKS 112 çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.
- o Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.

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

KKY03 İl ambulans servisi başhekimliği birim kalite sorumluları belirlenmelidir.

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

KKY03.01 Sorumlular kalite direktörü ile koordineli çalışmalıdır.

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

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

KKY04 SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.

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

KKY04.01 Öz değerlendirme, yılda en az iki kez olacak şekilde ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

Öz değerlendirme öncesi süreçler planlanmalıdır.

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

KKY04.03 Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmalıdır.

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

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

KKY05 Yönetim, birim kalite sorumluları ve istasyon yöneticileri ile birlikte değerlendirme toplantıları yapmalıdır.

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

KKY05.01 Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.

KKY05.02 Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülen faaliyetler, öz değerlendirmeler ve tüm kalite süreçleri değerlendirilmelidir.

KKY05.03 Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli görülen iyileştirme çalışmaları planlanmalıdır.

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

KKY06 Kalite yönetiminin etkinliğinin sağlanması amacıyla komiteler oluşturulmalıdır.

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

Kalite yönetiminin etkinleştirilmesi amacıyla kurulacak komiteler belirlenmelidir.

KKY06.01 Kalite yönetimi kapsamında **asgari** aşağıda belirtilen komiteler oluşturulmalıdır:

- o Hasta güvenliği komitesi
- o Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi
- o Eğitim komitesi
- o Tesis ve ambulans güvenliği komitesi

KKY06.02 Komitelerde görev alacak kişilerin niteliği ve sayısı, hizmet sunulan alanın büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yönetim tarafından belirlenmelidir.

o Her komitede yönetimden en az bir kişi bulunmalıdır.

Komite üyelerinin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.

KKY06.03 ***Rehberlik:***
SKS çerçevesinde oluşturulacak komiteler, gerektiğinde ilgili mevzuatlar kapsamında kurulan diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla entegre çalışabilir.

KKY06.04 Komiteler, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.

KKY06.05 Komiteler, görev alanlarına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını sağlamalıdır.

KKY06.06 Komiteler, görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemelidir.

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

KKY07 Hasta güvenliği komitesi bulunmalıdır.

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

Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır.

Komitenin görev alanı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

- o Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- o İlaç güvenliğinin sağlanması
- o Klinik tanı ve tedavi algoritmalarının oluşturulması ve uygulanması
- o Hasta nakil güvenliğinin sağlanması
- o Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- o Hasta mahremiyetinin sağlanması
- o Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- o Bilgi güvenliğinin sağlanması
- o Enfeksiyonların önlenmesi
- o Ambulans güvenliği

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

Çalışan sağlığı ve güvenliği komitesi bulunmalıdır.
Rehberlik;

KKY08 İş sağlığı ve güvenliği kurulu tarafından, çalışan sağlığı ve güvenliği komitesinin sorumluluk alanına giren faaliyetlerin gerçekleştirilmesi durumunda ayrıca komite oluşturulmasına gerek yoktur.

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

Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır.

Komitenin görev alanı **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

- o Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması
- o Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
- o Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması
- o Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
- o Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
- o Sağlık tarama programının hazırlanması ve takibi

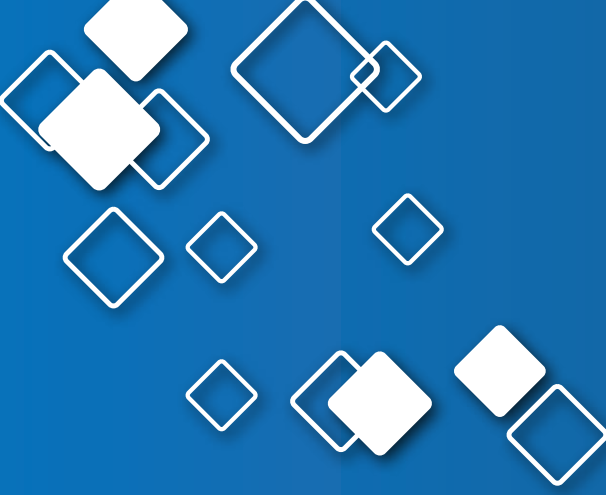
| Kod | Standart | 9 |
|------------|--|---|
| KKY09 | Eğitim komitesi bulunmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır. | |
| | Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları içermelidir: | |
| KKY09.01 | <ul style="list-style-type: none"> o Sağlıkta Kalite Standartları eğitimleri o Hizmet içi eğitimler o Uyum eğitimleri | |
| | Komite, eğitim faaliyetlerini planlamalı ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlamalıdır. | |

| Kod | Standart | 10 |
|------------|---|----|
| KKY10 | Tesis ve ambulans güvenliği komitesi bulunmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | Komitenin görev alanı tanımlanmalıdır. | |
| | Komitenin görev alanı asgari aşağıdaki konuları içermelidir: | |
| KKY10.01 | <ul style="list-style-type: none"> o KKM, çağrı merkezi, istasyon ve ambulanslara yönelik gerçekleştirilen saha turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi o KKM, çağrı merkezi, istasyon ve ambulanslarda can ve mal güvenliğinin sağlanması o Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları o Atık yönetimi çalışmaları o Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarının planlanması ve takibi o Tehlikeli maddelerin yönetimi | |
| | Komite, başhekimin başkanlığında yılda en az iki kez ve düzenli aralıklarla saha turları gerçekleştirmelidir. | |
| KKY10.02 | <ul style="list-style-type: none"> o Saha turlarında, KKM, çağrı merkezi, istasyon ve ambulanslardaki fiziksel durum ile komitenin görev alanına giren diğer hususlar incelenmelidir. | |
| KKY10.03 | Çağrı merkezi İç İşleri Bakanlığı'na bağlı olarak faaliyet gösteren illerde, komitenin çağrı merkezi tesisi ile ilgili tespit ve iyileştirme önerileri, merkezin ildeki sorumlusuna iletilmelidir. | |

| Kod | Standart | 11 |
|----------|--|----|
| KKY11 | Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir. | |
| KKY11.01 | Bilgilendirme asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: <ul style="list-style-type: none"> o Toplantı yöneticisi ve katılımcıları o Toplantı gündemi ve süresi o Toplantı yeri ve zamanı | |
| KKY11.02 | Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır. | |

| Kod | Standart | 12 |
|----------|--|----|
| KKY12 | Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| KKY12.01 | Gerçekleştirilen kalite iyileştirme çalışmalarının kayıtları tutulmalıdır. | |
| | Gerekli durumlarda, düzeltici-önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | |
| KKY12.02 | Rehberlik; <i>Uygunsuzluklara yönelik gerçekleştirilecek olan iyileştirme çalışmaları, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınabilir.</i> | |
| KKY12.03 | Düzeltilici-önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar il ambulans servisi başhekimliği tarafından belirlenen kurallar çerçevesinde kayıt altına alınmalı ve izlenmelidir. | |

| Kod | Standart | 13 |
|----------|---|----|
| KKY13 | Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| KKY13.01 | Tanıtım kartları; standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, çalışanın asgari adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir. | |
| KKY13.02 | Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır. | |



Doküman Yönetimi

Amaç

112 acil sağlık hizmetlerinde;

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

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

KDY01 SKS 112'de tanımlanan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

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

KDY01.01 Dokümanların formatı belirlenmelidir.

Dokümanlar güncel olmalıdır.

KDY01.02

- o Dokümanlar yönetim tarafından belirlenen sıklıkta gözden geçirilmelidir.
- o Gözden geçirme tarihi kayıt altına alınmalıdır.
- o Dokümanda yapılan değişiklikler kayıt altına alınmalıdır.

KDY01.03 Yönetim tarafından, dokümanların hazırlanması, kontrolü ve onaylanmasından sorumlu kişiler tanımlanmalıdır.

Güncel dokümanlara ilgili çalışanlar tarafından kolay ulaşılabilmelidir.

KDY01.04

- o Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayımlanmalıdır.

KDY01.05 Doküman yönetim sistemi kapsamında kullanılan tüm dokümanları içeren bir liste bulunmalıdır.

- o Güncellemeler, doküman listesinde izlenebilmelidir.

KDY01.06 İlgili çalışanlara, dokümanlara yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.

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

KDY02 Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.

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

Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.

Rehberlik;

KDY02.01 *Dış Kaynaklı Doküman: İl ambulans servisi başhekimliği 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.

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

KDY03 Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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

KDY03.01 Bilgilendirici dokümanların asılacağı alanlar belirlenmelidir.

Dokümanların asılma kuralları belirlenmelidir.

- KDY03.02**
- 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 Panolar ve panolarda asılı dokümanlar, görsel olarak düzenli bir şekilde dizayn edilmelidir.

KDY03.04 Belirlenen panolar ve alanlar dışında asılması gereken bilgilendirici ilan, duyuru ve açıklamalara yönelik kurallar belirlenmelidir.

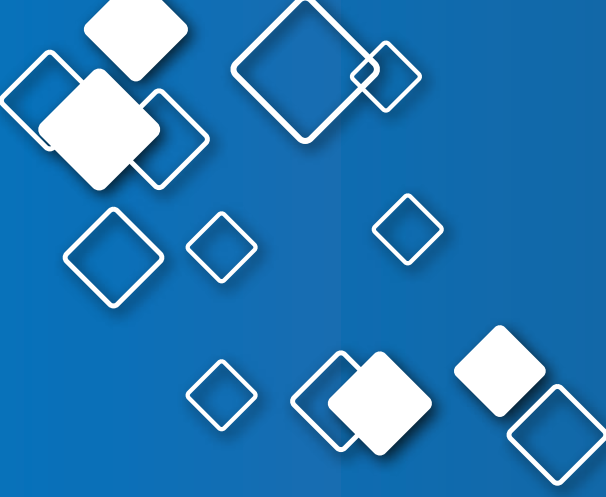
| Kod | Standart | 4 |
|-----|----------|---|
|-----|----------|---|

KDY04 Yönetim tarafından onaylanmış güncel dokümanlar uygun şartlarda muhafaza edilmelidir.

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

KDY04.01 Fiziksel ya da elektronik imzalı dokümanların muhafaza şekilleri tanımlanmalıdır.

KDY04.02 Dokümanların imhasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.



Risk Yönetimi

Amaç

Hasta, hasta yakını, çalışan, tesis, çevre ve araç güvenliği ile 112 acil sağlık hizmetlerine ilişkin tanımlanan diğer risklerin önlenmesi veya en alt düzeye indirilmesidir.

| Kod | Standart | 1 |
|-------|--|---|
| KRY01 | Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. | |

| Kod | Standart | 2 |
|-------|--|---|
| KRY02 | 112 acil sağlık hizmet süreçlerinde karşılaşılabilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. | |

| Kod | Değerlendirme Ölçütü |
|----------|--|
| KRY02.01 | Risk yönetimi, hasta, hasta yakını, çalışan, tesis, çevre ve araç güvenliği ile 112 acil sağlık hizmetlerine ilişkin tanımlanan diğer süreçleri kapsamalıdır. |
| KRY02.02 | Risk yönetimi, 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal unsurlar ile hizmet kaynaklı tüm riskleri içermelidir. |
| | Risk yönetimine yönelik doküman oluşturulmalıdır. |
| | Doküman asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: |
| KRY02.03 | <ul style="list-style-type: none"> 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 |

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

KRY03 Riskler, risk yönetim planı doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.

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

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

Plan **asgari** aşağıdaki başlıkları içermelidir:

- KRY03.01
- 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 çalışanların katılımıyla, KKM, çağrı merkezi, istasyona yönelik alan bazında ve süreç bazında belirlenmelidir.

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

KRY03.04 Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi yapılmalıdır.

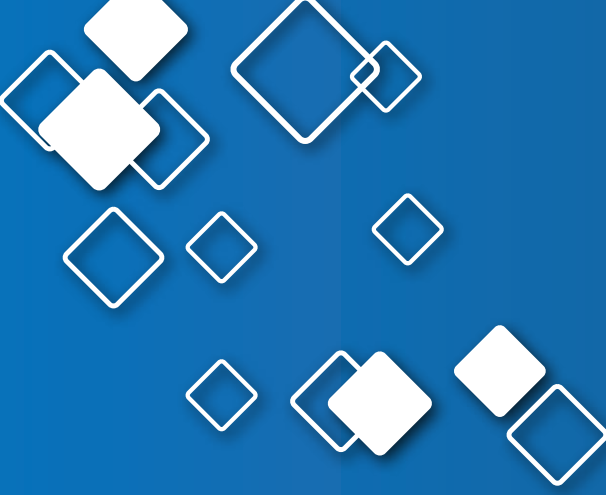
KRY03.05 Risk analizleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.

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

KRY04 Belirlenen risklere yönelik gerekli önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

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

KRY05 Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.



İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Amaç

112 acil sağlık hizmetleri kapsamında;

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

| Kod | Standart | 1 |
|----------|---|---|
| KİO01 | İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| KİO01.01 | Sistem, hasta ve çalışanların güvenliğine yönelik ramak kala ya da gerçekleşen her türlü istenmeyen olayı kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. 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. Rehberlik; o Sistem, web tabanlı ortam veya intranet ortamında kullanılabilir. o Bildirim için kullanılan formlar, metinsel anlatıma dayalı olabileceği gibi, seçimli kutucuklar şeklinde ya da her iki yöntemi de içerecek şekilde kurgulanabilir. o Ana modüllerin altında ilaç güvenliği, kesici delici alet yaralanmaları gibi alt modüller yer alabilir. | |
| KİO01.03 | Bildirim sisteminde analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar tanımlanmalıdır. | |
| KİO01.04 | Analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmelidir. | |
| KİO01.05 | Sistem, bildirimlerin yapılabilmesi açısından kolay ulaşılabilir ve kullanıcı dostu olmalıdır. | |
| KİO01.06 | Bildirim formları, asgari aşağıdaki başlıklarda bilgi alınmasına yönelik olarak düzenlenmelidir: o Olayın konusu o Olayın içeriği o Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler | |

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

KİO02 Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmalıdır.

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

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

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

KİO03 Çalışanlara sistem ile ilgili eğitim verilmelidir.

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

İstenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitimler 112 acil sağlık hizmetleri çalışanlarının tamamını kapsayacak şekilde planlanmalıdır.

Eğitimler **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- o Sistemin amacı ve önemi
- o Sorumluluklar
- o Sistemin yapısı
- o Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği
- o Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü
- o Sistem 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

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

KİO04 Sisteme yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

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

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

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

KİO04.03 Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştirilmeli ve sonuçları izlenmelidir.

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

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

KİO05 Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri alınmalı ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarla geri bildirimlerde bulunulmalıdır.

Afet ve Acil Durum Yönetimi

Amaç

- o 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında karşılaşılabilecek afet ve acil durumlarda insanların ve fiziksel unsurların zarar görmemesi ya da görecekları zararın en alt düzeye düşürülmesi
- o İl ambulans servisi başhekimliği ve bağılı birimlerinde görevli personele yönelik şiddet riski varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması
- o Sorumluluk bölgesinde gerçekleşebilecek doğa kaynaklı afet ve acil durumlara yönelik 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında yerine getirilmesi gereken sorumlulukların tanımlanması, gerekli planlamaların yapılması ve gerektiğinde plan dahilinde söz konusu uygulamaların gerçekleştirilmesidir.

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

KAD01 Afet ve acil durum yönetimi ekibi oluşturulmalıdır.

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

Afet ve acil durum yönetimi ekibinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

- KAD01.01**
- o Ekip üyelerinin sayısı ve niteliği, bölgenin coğrafi koşulları, ulaşım imkanları, nüfus yoğunluğu ve acil sağlık hizmetleri kapsamındaki ihtiyaçları dikkate alınarak belirlenmelidir.
 - o Ekipte en az başhekim veya başhekim yardımcısı düzeyinde bir yönetici bulunmalıdır.

KAD01.02 Ekip düzenli aralıklarla toplantılar yapmalı ve toplantıya ilişkin kayıtlar tutulmalıdır.

KAD01.03 Acil durumda görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmeli ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

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

KAD02 Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

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

KAD02.01 Risk değerlendirmesi başhekimlik, KKM, çağrı merkezi ve istasyonları kapsayacak şekilde gerçekleştirilmelidir.

Risk değerlendirmesi **asgari** aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- KAD02.02**
- 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
 - o Tayfun, kasırga
 - o Hortum
 - o Volkanik patlama

| Kod | Standart | 3 |
|----------|--|---|
| KAD03 | Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | Risk değerlendirme kapsamında tespit edilen olası risklere yönelik afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır. | |
| | Afet ve acil durum planı asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: | |
| KAD03.01 | <ul style="list-style-type: none"> o Olası acil durumların belirlenmesi o Olası acil durumlara ilişkin önleyici ve sınırlandırıcı tedbirler o Olası acil durumlara yönelik müdahale ve tahliye yöntemleri o Olası acil durumlarda görevlendirilecek personelin belirlenmesi o Sağlık hizmetleri ve kaynakların yönetimi (sağlık hizmet sunumunun devamlılığı, insan kaynakları, tıbbi cihazlar, malzeme, ambulans hizmetleri, arşiv gibi) o Afet ve acil durum malzeme envanteri o İşbirliği yapılacak kuruluşlarla rol paylaşımı ve koordinasyon | |
| | Afet ve acil durum planı güncel olmalıdır. | |
| KAD03.02 | <ul style="list-style-type: none"> o Plan yılda en az bir defa ve gerektiğinde gözden geçirilmeli, gerekli revizyonlar yapılmalıdır. | |
| | Afet ve acil durum planı kapsamında yılda en az bir defa tatbikat yapılmalıdır. | |
| KAD03.03 | <ul style="list-style-type: none"> o Tatbikat sürecinde tespit edilen aksaklıklara yönelik afet ve acil durum planında gerekli düzeltmeler yapılmalıdır. | |

| Kod | Standart | 4 |
|----------|--|---|
| KAD04 | Afet ve acil durum yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir. <i>(Bkz. Eğitim Yönetimi Bölümü)</i> | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | 112 acil sağlık hizmetlerinde görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir. | |
| | Eğitim asgari aşağıdaki konu başlıklarından oluşmalıdır: | |
| KAD04.01 | <ul style="list-style-type: none"> o Yangın söndürücü ve hortumlarının kullanımına yönelik uygulamalı eğitim o YOTA o Temel UMKE o KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer Olaylar) o Afet ve acil durum triyajı | |

| Kod | Standart | 5 |
|----------|--|---|
| KAD05 | Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | <p>Birinci ve ikinci derece deprem bölgesinde bulunan il ambulans servisi başhekimlikleri "Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması (YOTA)" uygulaması yapmalıdır.</p> <p>YOTA uygulaması asgari aşağıdaki maddeleri içermelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Tıbbi cihazların sabitlenmesi o Yüksek mobilyaların 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, sarsıntıdan hemen sonra devreye girmesini önleyen sistem yerleştirilmesi o Tıbbi sarf ve ilaç depolarında büyük hacimli malzemelerin alt raflara konulması ve rafların malzemelerin düşmelerini engelleyecek şekilde düzenlenmesi | |
| KAD05.01 | | |

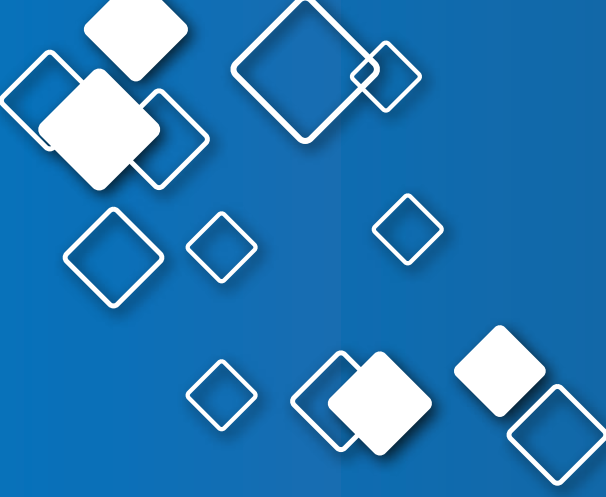
| Kod | Standart | 6 |
|----------|---|---|
| KAD06 | Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. | |
| | Değerlendirme Ölçütü | |
| | Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimini sağlamak üzere beyaz kod uyarı sistemi oluşturulmalıdır. | |
| | <u>Rehberlik:</u> | |
| KAD06.01 | <i>Beyaz kod, 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında görevli personele yönelik şiddet riski varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur.</i> | |
| | Beyaz kod yönetimi ile ilgili sorumlular belirlenmelidir. | |
| KAD06.02 | <ul style="list-style-type: none"> o Sorumlular, hizmet sunulan alanın büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak tanımlanmalı, yönetimden en az bir kişi sorumlular arasında yer almalıdır. o Sorumluluk alanı, beyaz kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılmasını kapsamalıdır. | |
| | Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır. | |
| | Tutulmuş kayıtlarda aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: | |
| KAD06.03 | <ul style="list-style-type: none"> o Olayın olduğu tarih ve saat o Olayın olduğu yer o Olayın başlama nedeni o Olayın oluş şekli o Varsa olayda kullanılan cisim o Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri o Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgileri o Kayıtlar kalite direktörlüğüne gönderilmelidir. | |
| KAD06.04 | Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır. | |
| KAD06.05 | Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. | |
| KAD06.06 | Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir. | |
| KAD06.07 | Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak yılda en az bir kez tatbikat yapılmalıdır. | |

| Kod | Standart | 7 |
|------------|---|---|
| KAD07 | Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| KAD07.01 | Başhekimlik, KKM, çağrı merkezi, bağlı istasyonlar ve ambulanslarda yangın söndürücüler bulunmalıdır. o Yangın söndürücüler sabitlenmiş olmalıdır. | |
| KAD07.02 | Yangın söndürme tüplerinin kontrolleri, genel bakımları ve toz değişimleri gerçekleştirilmelidir. Yangın dolabı bulundurulması zorunlu olan tesislerde dolap içindeki ekipman çalışır durumda olmalıdır. | |
| KAD07.03 | o Yangın hortumu hasarsız olmalıdır. o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmelidir. o Vanalar kolayca açılmalıdır. | |
| Kod | Standart | 8 |
| KAD08 | Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| KAD08.01 | Çatılar, yılda en az bir kez ve gerekli olduğunda temizlenmelidir. | |
| KAD08.02 | Çatılarda yangına sebebiyet verecek hiçbir malzeme ve ekipman bulunmamalıdır. | |
| KAD08.03 | Çatılarda yer alan elektrik aksamının yalıtımları olmalıdır. | |

Eğitim Yönetimi

Amaç

112 acil sağlık hizmetleri kapsamında toplum ve çalışanlara yönelik gerekli eğitimlerin etkili ve etkin bir şekilde verilmesidir.



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

KEY01 Çalışanların eğitim ihtiyaçları belirlenmeli ve eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.

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

KEY01.01 Çalışanların eğitim ihtiyaçları, hizmet sunum alanı, kullanılan araç ve ekipmanlar, hizmet verilen popülasyon, mesleki ve kişisel gelişim gereksinimleri göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır. Eğitim planlarında **asgari** aşağıdaki hususlar bulunmalıdır:

- KEY01.02**
- 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

Eğitim planları güncel ve eğitim uygulamaları ile uyumlu olmalıdır.

- KEY01.03**
- o Eğitim planları, bölge eğitim merkezi ile koordineli bir şekilde oluşturulmalıdır.
 - o Eğitim planları Bakanlık tarafından belirlenen asgari koşulları sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.

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

KEY02 Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.

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

Göreve yeni başlayan her çalışana uyum eğitimi verilmelidir.

- KEY02.01**
- o Uyum eğitimlerine ilişkin konular, mesleki alan, hizmet sunum alanı, kullanılan araç ve ekipmanlar, hizmet verilen popülasyon göz önünde bulundurularak belirlenmelidir.

KEY02.02 Uyum eğitimi sorumluları belirlenmelidir.

KEY02.03 Uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.

KEY02.04 Verilen eğitimler kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır.

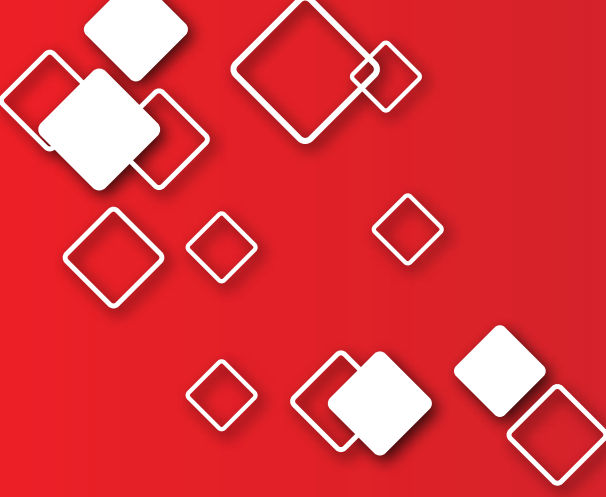
| Kod | Standart | 3 |
|----------|---|---|
| KEY03 | Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| KEY03.01 | Hizmet içi eğitim sorumluları belirlenmelidir. Hizmet sunum alanı, kullanılan araç ve ekipmanlar, mesleki ve kişisel gelişim gereksinimlerine göre eğitim konuları ve içerikleri belirlenmelidir. Komuta Kontrol Merkezi çalışanlarına verilen eğitimler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: <ul style="list-style-type: none"> o Çağrı karşılama eğitimi o Çağrı değerlendirme eğitimi o SKS kapsamında belirlenen diğer eğitim konuları Ambulansta görevli sağlık çalışanlarına verilen eğitimler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: | |
| KEY03.02 | <ul style="list-style-type: none"> o Temel modül eğitimi o Erişkin ileri yaşam desteği eğitimi o Çocuk ileri yaşam desteği eğitimi o Travma ileri yaşam desteği eğitimi o SKS kapsamında belirlenen diğer eğitim konuları Ambulans sürücülerine verilen eğitimler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır: <ul style="list-style-type: none"> o Temel ilk yardım eğitimi o Ambulans Kullanımı ve Bakımı Eğitimi (ASTE) o Hasta mahremiyeti eğitimi o SKS kapsamında belirlenen diğer eğitim konuları | |
| KEY03.03 | Eğitimler hazırlanan plan dâhilinde uygulanmalı, kayıt altına alınmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> o Planda değişiklik yapılması durumunda BYS üzerinden bildirim yapılmalıdır. o Verilen eğitimler BYS'de kayıt altına alınmalı ve personel dosyasında saklanmalıdır. | |
| KEY03.04 | Çalışanların, eğitim komitesince paylaşılması uygun görülen eğitim materyalleri ve kaynak dokümanlara ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |

| Kod | Standart | 4 |
|-------|--|---|
| KEY04 | <p>Hizmet içi eğitimler ile uyum eğitimlerinin etkililik ve etkinliği değerlendirilmelidir.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Eğitimlerin etkililik ve etkinliğini değerlendirmek üzere kullanılabilen yöntemlerden bazıları aşağıda belirtilmiştir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Ön test-son test o Öz değerlendirmeler o Gözlemler o Çalışanlar ile yapılan görüşmeler o Anketler o Eğitime bağlı davranış değişikliğine yönelik ölçme yöntemleri (kabul görmüş ölçekler gibi) | |

| Kod | Standart | 5 |
|-------|---|---|
| KEY05 | <p>Toplumun 112 acil sağlık hizmetleri ile ilgili eğitim ihtiyaçları belirlenmeli, belirlenen ihtiyaçlar doğrultusunda düzenlenecek faaliyetler planlanmalı ve uygulanmalıdır.</p> <p><u>Rehberlik:</u> Toplumun 112 acil sağlık hizmetleri hakkında bilinçlendirilmesine yönelik düzenlenecek faaliyetlere örnekler aşağıda verilmiştir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Halk eğitimleri o Seminerler o Broşür o Reklam panosu o Kamu spotu o Stant çalışmaları o Okul eğitimleri | |

HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER

Hasta Deneyimi ◆
Hizmete Erişim ◆
Sağlıklı alışma Yaşamı ◆



Hasta Deneyimi

Amaç

Hasta ve hasta yakınının 112 acil sağlık hizmeti süreçlerine dahil edilmesi, temel hasta hakları ve hasta memnuniyetinin sağlanmasıdır.

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

HHD01 Hasta ve hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkin bir iletişim sağlanmalıdır.

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

HHD01.01 Hastaya hizmet verecek olan ambulans çalışanları uygun durumlarda hasta ve hasta yakınına kendini tanıtmalıdır.

HHD01.02 Hasta ve hasta yakınının kültürel özellikleri ve entellektüel düzeyi dikkate alınarak iletişimde, uygun ses tonu, uygun beden dili, mesleki terimlerden uzak, anlaşılır bir dil kullanımı sağlanmalı, hasta ve hasta yakınının kendini rahat ifade edebileceği olumlu bir iletişim ortamı oluşturulmalıdır.

HHD01.03 Çalışanlara, hasta memnuniyeti, hasta hakları ve iletişim becerilerine ilişkin eğitim verilmelidir.

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

HHD02 Hasta veya hasta yakını acil tıbbi yardım, bakım ve nakil süreci hakkında bilgilendirilmelidir.

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

HHD02.01 Acil tıbbi yardım, bakım ve nakil süreci hakkında hasta ve hasta yakınına hangi koşullarda, kim tarafından, nasıl bilgi verileceği ve bilginin kapsamı belirlenmelidir.

Hasta veya hasta yakını **asgari** aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- o Hastanın genel durumu
- o Bakım ve sevk süreci
- o Yapılması planlanan her türlü acil tıbbi müdahale

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

HHD03 Hasta veya hasta yakınının sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir.

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

Hizmete yönelik reddin geçerli kabul edilebilmesine ilişkin koşullar tanımlanmalıdır.

Hizmete yönelik reddin geçerli kabul edilebilmesi için **asgari** aşağıdaki koşulların sağlanması gereklidir:

HHD03.01

- o Etki altında kalmadan kendi isteği ile karar verme durumu
- o Kişinin hizmet almama durumunda yaşayacağı olası sonuçlar hakkında bilgilendirilmiş olması
- o Reddin doğrudan sunulacak hizmet ile ilişkili olması
- o Kişinin verdiği kararın sonuçlarını değerlendirebilecek kapasite ve bilinç düzeyine sahip olması
- o Reddedilen müdahalenin yapılmaması durumunda sağlık çalışanına yasal sorumluluk yükleyecek bir durumun söz konusu olmaması

HHD03.02

Hizmetin reddedilmesi durumunda **asgari** aşağıdaki hususlar kayıt altına alınmalıdır:

- o Reddin sebebi
- o Reddin geçerliliğine ilişkin koşulların sağlanma durumu
- o Hastanın ya da yasal vekilinin redde ilişkin yazılı beyanı

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

HHD04 Hastanın acil tıbbi yardım, bakım ve nakil süreci ile ilgili kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.

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

HHD04.01 Hasta, isteği halinde acil tıbbi yardım, bakım ve nakil süreci ile ilgili kayıtlara hizmet süreci sonrasında ulaşabilmelidir.

HHD04.02

Tıbbi kayıtların, hangi durumlarda hasta yakını ile paylaşılacağı belirlenmelidir.

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

HHD05 Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.

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

HHD05.01 Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın fiziksel mahremiyeti ile bilgi mahremiyeti dikkate alınmalıdır.

Acil tıbbi yardım, bakım ve nakil süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılabilceği belirlenmelidir.

HHD05.02

- o Hasta ile sağlık çalışanları arasında veya sağlık çalışanlarının kendi arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.
- o Hava ambulans araçlarını kullanan pilotlar ve deniz ambulans araçlarını kullanan kaptanlara hasta mahremiyeti ve bilgi güvenliği konusunda bilgi verilmeli ve gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.

HHD05.03 Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.

HHD05.04 112 acil sağlık hizmeti çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmelidir.

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

HHD06 Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.

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

HHD07 Hasta ve hasta yakınının acil tıbbi yardım, bakım ve nakil sürecine dahil edilmesine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

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

HHD08 112 acil sağlık hizmetleri ile ilgili görüş, öneri ve şikayetler alınmalı ve değerlendirilmelidir.

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

Hasta ve hasta yakınlarının görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

- HHD08.01**
- o Hastalar, internetten, telefonda, yazılı olarak posta yoluyla ya da direk başvuru yaparak görüş, öneri ve şikayetlerine ilişkin bildirim yapabilmelidirler.
 - o İstasyonlara yapılan geri bildirimler kalite direktörlüğüne iletilmelidir.
 - o Toplum, 112 acil sağlık hizmetleri ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini ne şekilde ve hangi araçları kullanarak yapabilecekleri hakkında bilgilendirilmelidir.

Sunulan hizmetler ile ilgili görüş, öneri ve şikayetler değerlendirilmelidir.

- HHD08.02**
- o Değerlendirmelerde kalite direktörü ve yönetimden en az bir kişi yer almalıdır.
 - o Görüş, öneri ve şikayetler düzenli aralıklarla değerlendirilmelidir.
 - o Geri bildirimler kapsamında öncelikli olarak ele alınması gereken hususlar belirlenmeli ve gerekli çalışmalar en kısa zamanda başlatılmalıdır.
 - o Veri analizleri ile ulaşılan bulgular yönetim ve ilgili birimler ile paylaşılmalıdır.
 - o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır.
 - o Görüş, öneri ve şikayeti bulunan hasta veya yakınına gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.

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

HHD09 Hasta deneyimi anketi uygulanmalıdır.
(*Bkz. Anket Uygulama Rehberi*)

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

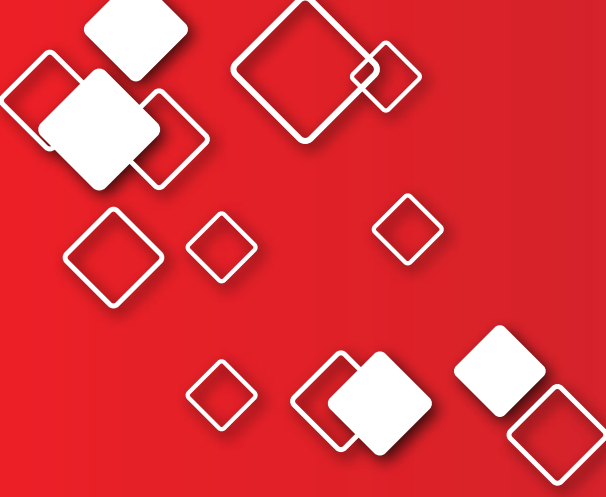
HHD09.01 Hasta deneyimi anketi asgari, Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.

HHD09.02 Anket asgari Bakanlık tarafından belirlenen aralıklarda uygulanmalıdır. Anketi uygulayacak kişiler ve uygulama yöntemi tanımlanmalıdır.

HHD09.03 Rehberlik:
o Anketler internet, telefon veya basılı doküman üzerinden uygulanabilir.

Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

HHD09.04 o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine yönetimin katılımı sağlanmalıdır.



Hizmete Erişim

Amaç

Hastaların, 112 acil sağlık hizmetlerine zamanında ve etkili bir şekilde ulaşabilmelerinin sağlanmasıdır.

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

HHE01 Çağrı merkezi, hastaların hizmete erişiminin en kısa sürede ve etkin şekilde gerçekleşmesini sağlamalıdır.

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

HHE01.01 Çağrı merkezinde ve KKM'de, hizmete erişimi kolaylaştırmaya yönelik gerekli ekipman ve yeterli sayıda sağlık çalışanı bulunmalıdır.

Çağrı merkezi ve KKM çalışanlarına yönelik eğitim programları düzenlenmelidir.

HHE01.02 Eğitim programında **asgari** aşağıdaki konular yer almalıdır:

- o Hasta triyajı (telefon triyajı/hasta önceliklendirme)
- o İletişim becerileri
- o Hasta memnuniyeti
- o Hasta hakları, sorumlulukları ve uymaları gereken kurallar
- o Kriz yönetimi

HHE01.03 Vaka özelliklerine göre hastanın yönlendirilmesi gereken istasyon ve ambulans türü tanımlanmalıdır.

o Tanımlamalar çağrı merkezi ve KKM personeli tarafından bilinmelidir.

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

HHE02 Çağrı merkezinde telefonla klinik danışmanlık hizmeti verilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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

HHE02.01 Hangi vakalara klinik danışmanlık hizmeti verileceği belirlenmelidir.

HHE02.02 Klinik danışmanlık uygulamasına yönelik vaka bazlı klinik algoritmalar oluşturulmalıdır.

HHE02.03 Çağrı merkezi çalışanlarına klinik danışmanlık uygulaması ile ilgili eğitim verilmelidir.

HHE02.04 Klinik danışmanlık uygulanan vakalarla ilgili dönemsel rapor hazırlanmalıdır.

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

HHE03 112 istasyonu hizmet sunumunu kolaylaştıracak şekilde konumlandırılmalı ve tasarlanmalıdır.

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

HHE03.01 Vakaya ulaşım süresi ile ilgili hedefler, ulusal politikalar dikkate alınarak bölge bazında belirlenmelidir.

HHE03.02 112 istasyonları, belirlenen vaka ulaşım hedeflerini sağlayacak şekilde konumlandırılmalıdır.

HHE03.03 İstasyonda görevli 112 acil sağlık ekibinin ambulansa en kısa sürede ulaşımını sağlayacak şekilde düzenleme yapılmalıdır.

- o Ambulans park yerleri istasyona özel olmalı, istasyon çıkışlarına yakın mesafede bulunmalıdır.
- o Ambulansa erişimi zorlaştıran fiziki engel vb. bulunmamalıdır.

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

HHE04 Hastanın nakli ve teslimi ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve süreçler ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

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

Hastanın nakledileceği sağlık kuruluşunun belirlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

HHE04.01 Sağlık kuruluşlarına ait;

- o Boş yatak sayısı
 - o Boş küvöz sayısı
 - o Boş ventilatör sayısı
 - o Mevcut uzmanlık dalları
- gibi bilgilerin acil servis, yoğun bakım, klinik veya servis bazında alınması sağlanmalıdır.

HHE04.02 Vakanın sağlık kuruluşuna teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.

- o Vakaya ilişkin kayıtlar hastanın teslimi sırasında eksiksiz olarak sağlık kuruluşuna iletilmelidir.
- o Şüpheli enfekte vakanın teslim edildiği sağlık kuruluşu hastanın ön tanısı hakkında uyarılmalıdır.

HHE04.03 Hastanın sağlık kuruluşuna kabul edilmemesi durumunda izlenecek yol tanımlanmalıdır

- o Hastanın sağlık kuruluşuna kabul edilmeme nedeni kayıt altına alınmalıdır.
- o Hangi grup hastaların hangi sağlık kuruluşlarına kabul edilmediği ve nedenleri analiz edilmeli, analiz sonuçları il ambulans servisi başhekimine ve il sağlık müdürüne raporlanmalıdır.
- o Analiz sonuçları doğrultusunda gerekli görülen iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

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

HHE05 Hastanın naklini güvenli şekilde sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

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

HHE05.01 Hastaların ambulansa nakli, ambulansla taşınma süreci ve hastaneye teslimi sırasında karşılaşılabilecek riskler tanımlanmalıdır.

HHE05.02 Entübe hasta, obez hasta, diyaliz ve psikiyatri hastaları gibi özellikli hastaların nakli sırasında karşılaşılabilecek riskler tanımlanmalıdır.

HHE05.03 Nakil sırasında hastanın güvenliğini sağlamaya yönelik uygun ekipman bulunmalı ve kullanılmalıdır.
o Kullanılan ekipmanın kontrolleri ve bakımları yapılmalıdır.

HHE05.04 Tanımlanan risklere ilişkin gerekli önlemler alınmalıdır.

HHE05.05 İlgili çalışanlara hastaların güvenli nakline yönelik eğitim verilmelidir.

Sağlıklı Çalışma Yaşamı

Amaç

112 acil sağlık hizmetleri sürecinde, sağlık çalışanları için nitelikli ve güvenli bir çalışma ortamının sağlanmasıdır.

| Kod | Standart | 1 |
|----------|--|---|
| HSÇ01 | 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında insan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| HSÇ01.01 | 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında insan kaynakları yönetimi, asgari aşağıdaki unsurları içerecek şekilde düzenlenmelidir: <ul style="list-style-type: none"> o İş yükü analizleri doğrultusunda nitelikli insan gücü ihtiyacının belirlenmesi o İnsan gücü ihtiyacı doğrultusunda personel planlamasının gerçekleştirilmesi o Planlama doğrultusunda personel istihdamına yönelik girişimlerin yapılması o Personelin çalışma alanının belirlenmesinde personelin eğitim alanı ve niteliğinin dikkate alınması o İşe alınan personelin çalışma ortamına uyumunu sağlamaya yönelik süreçlerin belirlenmesi o Çalışanların performansının artırılmasına yönelik eğitimlerin planlanması ve uygulanması o Çalışanların görüş, öneri ve memnuniyet düzeylerinin belirlenmesine yönelik geri bildirim süreçlerinin tanımlanması | |
| HSÇ01.02 | İnsan kaynakları yönetim yapısının diğer yönetim kademeleri ile ilişkisi tanımlanmalıdır. | |
| HSÇ01.03 | Yöneticiler ve tüm çalışanların sahip olmaları gereken nitelikler ile görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. | |
| Kod | Standart | 2 |
| HSÇ02 | İnsan kaynaklarına yönelik ihtiyaçlar doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| HSÇ02.01 | Başhekimlik, KKM, çağrı merkezi, istasyon ve süreçler bazında iş tanımları yapılarak personel ihtiyacı düzenli aralıklarla takip edilmelidir. | |
| HSÇ02.02 | Personel temin planında, farklı disiplinler ve meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyulan personel sayısına ve niteliğine yer verilmelidir. | |
| HSÇ02.03 | Planlar doğrultusunda personel istihdamına yönelik girişimler yapılmalıdır. | |

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

HSÇ03 Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik hedefler belirlenmelidir.

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

HSÇ03.01 Hedefler yönetim, istasyon yöneticileri ve kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.

HSÇ03.02 Belirlenen hedeflere ulaşılması için gerçekleştirilecek faaliyetler ile bütçe, zaman ve fiziki koşullar gibi gereklilikler belirlenmelidir.

HSÇ03.03 Hedeflere ilişkin yönetim, KKM yöneticileri, istasyon yöneticileri ve kalite sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme toplantısı yapmalı ve hedefleri güncellemelidir.

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

HSÇ04 Çalışanların güvenliğini tehdit eden risklere yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

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

Başhekimlik, KKM, çağrı merkezi ve istasyon bazında risk değerlendirmesi yapılmalıdır.

HSÇ04.01 o Risk değerlendirmesi; çalışanların buldukları birimde ve hizmet sunum alanlarında karşılaşılabileceği fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal riskleri kapsamalıdır. ***(Bkz. Risk Yönetimi Bölümü)***

HSÇ04.02 Başhekimlik, KKM, çağrı merkezi ve istasyon bazında çalışanların güvenliğini tehdit eden risklerin ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.

HSÇ04.03 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.

HSÇ04.04 Çalışanlara, istenmeyen olaylar sonucu yaşanan tıbbi ve psikolojik sorunlara yönelik destek hizmeti sağlanmalıdır.

HSÇ04.05 Çalışanlara yönelik şiddet riski veya girişimi varlığında, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

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

HSÇ05 Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.

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

Çalışanların sağlık taramalarına ilişkin program **asgari** aşağıdaki konuları içerecek şekilde hazırlanmalı ve uygulanmalıdır:

- HSÇ05.01
- o Başhekimlik, KKM, çağrı merkezi ve istasyon bazında yapılacak sağlık taramalarının kapsamı ve tekrarlanma sıklığı
 - o Sonuçların değerlendirilmesi
 - o Olumsuz sonuçlar elde edilmesi durumunda izlenecek yol

HSÇ05.02 Sağlık tarama programı, belirlenen riskler ve ilgili uzmanların (uzman hekim, iş sağlığı ve güvenliği uzmanı gibi) görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.

HSÇ05.03 Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.

HSÇ05.04 Çalışanlar tarama sonuçları hakkında bilgilendirilmelidir.

HSÇ05.05 Sağlık tarama sonuçlarında olumsuzluk tespit edilen çalışanlar için gerekli tedavi ve bakım olanakları sağlanmalıdır.

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

HSÇ06 Kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer bir ajanla temas sonrası uygulanması gereken tanı, tedavi ve müdahale işlemleri tanımlanmalıdır.

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

HSÇ07 Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.

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

HSÇ07.01 Başhekimlik, KKM, çağrı merkezi ve istasyon bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.

HSÇ07.02 Kişisel koruyucu ekipman hizmet sunumu sırasında ulaşılabilir olmalı ve ekipmanın kullanılmasını sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

HSÇ07.03 Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

HSÇ07.04 Kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer ajanlarla kontamine hastalara yönelik alınması gereken önlemler ve kullanılması gereken koruyucu ekipmanlar tanımlanmalıdır.

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

HSÇ08 Çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.

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

Çalışma ortamına yönelik fiziksel ve sosyal düzenlemeler bulunmalıdır.

- HSÇ08.01**
- 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.
 - o Ambulans ekibi tarafından vaka yerine taşınacak acil müdahale seti kolay taşınabilir ve ergonomik olmalıdır.
 - o Çalışanların mesleki güncel bilgiye kolay erişebilmesi sağlanmalıdır.
 - o Çalışanların, yöneticileri ve çalışma arkadaşları ile sağlıklı bir iletişim kurabilmesi ve saygı görme ihtiyacının karşılanması sağlanmalıdır.
 - o Çalışanlara sağlıklı beslenme imkanı sağlanmalıdır.
 - o Çalışanların manevi değerlerine yönelik ihtiyaçlarının karşılanması sağlanmalıdır.

HSÇ08.02 Çalışanların mesleki gelişiminin teşvik edilmesine ve motivasyonunun artırılmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

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

HSÇ09 Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

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

HSÇ09.01 Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlar tespit edilmeli ve söz konusu çalışanların fiziksel ve sosyal ihtiyaçları tanımlanmalıdır.

HSÇ09.02 Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanların ihtiyaçları doğrultusunda gerekli fiziki ve sosyal düzenlemeler yapılmalıdır.

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

HSÇ10 Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.

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

HSÇ10.01 Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

HSÇ10.02 Çalışanlar, kendilerine sunulan hizmetler, hizmet süreçlerinde karşılaştıkları sorunlar çalışma ortamı ile ilgili görüş, öneri ve şikayetlerini iletebilecekleri konusunda bilgilendirilmiş olmalıdırlar.

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri değerlendirilmelidir.

- HSÇ10.03**
- 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 yönetim ve ilgili istasyonlar ile paylaşılmalıdır.
 - o Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilmeli ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanmalıdır.
 - o Görüş, öneri ve şikayeti bulunan çalışana gerektiğinde geri bildirimde bulunulmalıdır.

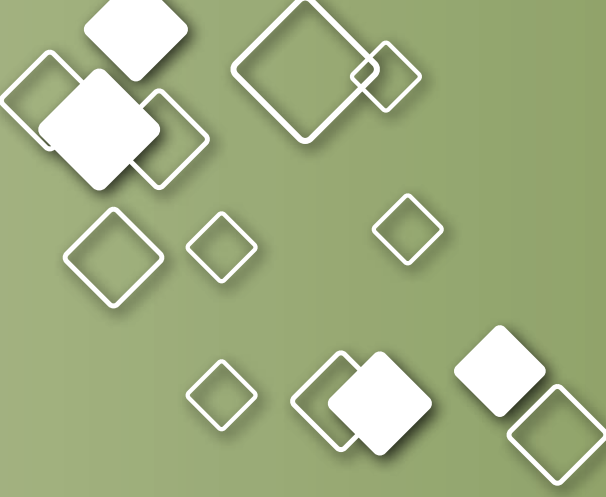
| Kod | Standart | 11 |
|----------|---|----|
| HSÇ11 | Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır. (Bkz. Anket Uygulama Rehberi) | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| HSÇ11.01 | Çalışan geri bildirim anketi asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir. | |
| HSÇ11.02 | Anketler belirlenen aralıklarda yapılmalıdır. | |
| HSÇ11.03 | Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir. | |
| HSÇ11.04 | Anket sonuçları değerlendirilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. o Sonuçların değerlendirilmesi ve iyileştirme sürecine yönetimin katılımı sağlanmalıdır. | |

SAGLIK HIZMETLERI

Hasta Bakımı ◆◆

İlaç Yönetimi ◆◆

Enfeksiyonların Önlenmesi ◆◆



Hasta Bakımı

Amaç

Hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini sağlayacak şekilde kanıta dayalı sağlık hizmeti sunulmasını sağlamaktır.

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

Hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

Rehberlik;

SHB01 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında gerçekleştirilen hasta bakımı, hastaların 112 çağrı merkezine ulaşmasından sağlık kuruluşuna sevkine kadar geçen süre içinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.

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

Hasta bakımına ilişkin süreçler tanımlanmalı, tanımlama **asgari** aşağıdaki konuları içermelidir:

- SHB01.01**
- o Hastanın bakım ihtiyaçlarının 112 çağrı merkezi tarafından değerlendirilmesi ve bakım ihtiyaçlarına uygun yönlendirme yapılması
 - o Hastanın bakım ihtiyaçlarının 112 acil sağlık ekibi tarafından değerlendirilmesi ve hastaya gerekli uygulamaların yapılması
 - o Nakil sürecinde uygulanan bakıma dair bilgilerin hastanın sağlık kuruluşuna teslimi sırasında eksiksiz şekilde aktarılması

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

SHB02 Hastanın bakım ihtiyaçları değerlendirilmeli ve bakım ihtiyaçları doğrultusunda gerekli uygulamalar yapılmalıdır.

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

SHB02.01 Hastanın klinik durumu hakkında tespit edilen bilgi ve bulgular ile uygulanan tedavi kayıt altına alınmalı, kayıtlar gerektiğinde geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

SHB02.02 Hastanın vital bulguları takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

Vakaların erken tanı ve müdahalesine yönelik klinik tanı ve tedavi algoritmaları oluşturulmalıdır.

- o Oluşturulan algoritmalar 112 acil sağlık ekibi tarafından bilinmeli ve uygulanmalıdır.
- o Acil vakalara yönelik tanı ve tedavi algoritmaları erişkin ve çocuk hastalara özgü olacak şekilde hazırlanmalıdır.

Rehberlik:

112 acil sağlık hizmetleri kapsamında öncelikle sık görülen klinik vakalara yönelik algoritmalar oluşturulabilir. Aşağıda algoritma geliştirilebilecek klinik tanılara örnekler verilmiştir:

SHB02.03

- o Kardiyak arrest
- o Semptomatik bradikardi
- o Taşikardi
- o Akut koroner sendrom
- o İnme
- o Travmalar
- o Solunum yetmezliği
- o Yanık
- o Zehirlenme
- o Ağrı
- o Obstetrik aciller

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

| | | |
|-------|---|--|
| SHB03 | Hastanın kimliğinin tanımlanmasına yönelik süreçler belirlenmelidir. Rehberlik: <i>Hasta kimliği doğrulamasına ilişkin hususların hangi hallerde erteleneceği ya da hasta kimliğinin doğrulanamadığı hallerde nasıl bir yol izleneceğine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.</i> | |
|-------|---|--|

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

| | |
|----------|--|
| SHB03.01 | Hasta kimliğinin tanımlanmasına ilişkin süreçlere yönelik doküman hazırlanmalı, doküman asgari aşağıdaki bilgileri içermelidir: <ul style="list-style-type: none"> o Hastalara yönelik kimlik tanımlama uygulamasının nasıl yapılacağı ve hangi hallerde ertelenebileceği o Hasta kimliğinin tanımlanamadığı vakalarda nasıl bir yol izleneceği |
| SHB03.02 | Sağlık çalışanlarına hasta kimliğinin tanımlanması konusunda eğitim verilmelidir. |

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

| | |
|-------|---|
| SHB04 | Hasta düşmelerinin engellenmesine yönelik önlemler alınmalıdır. |
|-------|---|

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

| | |
|----------|---|
| SHB04.01 | Hasta düşmeleri ile ilgili riskler ve bu risklere karşı alınması gereken önlemler tanımlanmalıdır. |
| SHB04.02 | Gerçekleşen düşme olaylarının istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında bildirilmesi sağlanmalı, sonuçlar değerlendirilmeli, gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler yapılmalıdır. |

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

SHB05 Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

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

SHB05.01 İntihar girişimi vakası, adli vaka, eksite veya ajite hastalar gibi kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara özgü uygulamalar tanımlanmalıdır.

SHB05.02 Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik gerekli önlemler alınmalı, fiziksel ya da kimyasal kısıtlama yapılması halinde uygulama kayıt altına alınmalıdır.

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

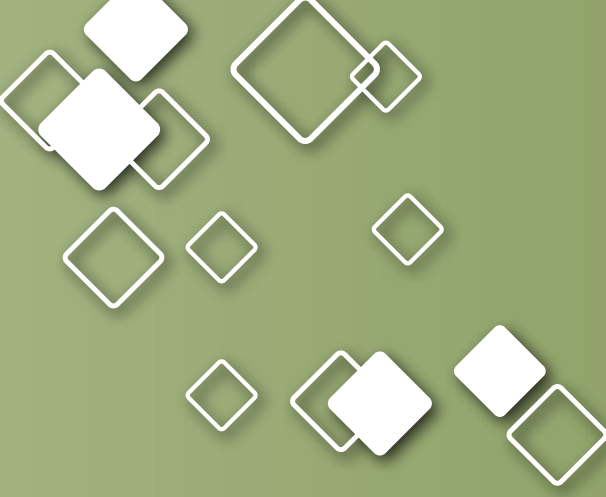
SHB06 Birden fazla hastanın bulunduğu olaylarda hasta triyajı uygulanmalıdır.

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

SHB06.01 Hasta triyajı ile ilgili politika belirlenmeli ve ilgili süreçler tanımlanmalıdır.

SHB06.02 Trijaj yapılan olaylarda Bakanlık tarafından tanımlanan triyaj kartı kullanılmalı ve eksiksiz olarak kayıt altına alınmalıdır.

SHB06.03 Triyaj kayıt altına alınmalıdır.



İlaç Yönetimi

Amaç

112 acil sağlık hizmetleri kapsamında ilacın dahil olduğu tüm süreçlerde etkin yönetimini sağlamak, hasta ve çalışana yönelik riskleri en aza indirmektir.

| Kod | Standart | 1 |
|----------|--|---|
| SİY01 | 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında ilacın dahil olduğu tüm süreçler ile ilgili sorumlular ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. | |
| Kod | Standart | 2 |
| SİY02 | İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| SİY02.01 | <p>İlaç yönetimi ilgili asgari aşağıdaki süreçlere yönelik kurallar belirlenmelidir:</p> <ul style="list-style-type: none"> o İlaçların temini o İlaçların muhafazası o İlaç istemleri o İlaçların hazırlanması o İlaçların transferi o İlaç uygulamaları o İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşimlerinin kontrolü o Parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik kontrolü o Advers etki bildirimleri o İlaç hata bildirimleri ve ilaç yönetimine ilişkin göstergeler o Yüksek riskli ilaçların yönetimi | |

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

| | | |
|-------|--|--|
| SiY03 | İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. Rehberlik; <i>İlaç depolama alanları, eczane depoları ve ilaçların 24 saatten fazla tutulduğu tüm istasyon depolarını kapsamaktadır.</i> | |
|-------|--|--|

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

| | |
|----------|--|
| SiY03.01 | Yetkilendirilmiş personel haricindeki kişilerin ilaç depolarına girişi sınırlandırılmalıdır. |
|----------|--|

| | |
|----------|--|
| SiY03.02 | Depolama alanlarının sıcaklık ve nem değerleri kontrol altında tutulmalıdır. |
|----------|--|

| | |
|----------|---|
| SiY03.03 | İlaçlar, hava sirkülasyonunu engellemeyecek ve ilaçların korunmasını, sel veya su basması gibi durumlardan etkilenmemesini sağlayacak şekilde depolanmalıdır. |
|----------|---|

| | |
|----------|--|
| SiY03.03 | <ul style="list-style-type: none"> o İlaçların yerleşiminde, tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır. o İlaçlar türüne göre uygun yerleştirme yapılmalıdır. o Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmalı, risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır. |
|----------|--|

| | |
|----------|---|
| SiY03.04 | Depo ve buzdolaplarına ait ilaç yerleşim planları kolay ulaşılabilir ve güncel olmalıdır. |
|----------|---|

| | |
|----------|--|
| SiY03.05 | İlaç depolarında ve ilaç için ayrılmış buzdolaplarında ilaç haricinde malzeme bulundurulmamalıdır. |
|----------|--|

| | |
|----------|--|
| SiY03.06 | Buzdolaplarının sıcaklıkları takip edilmeli, içinde bulunan ilaçların muhafaza koşullarına göre sıcaklık ayarı yapılmalıdır. |
|----------|--|

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

| | |
|-------|---|
| SiY04 | İlaçların stok ve miat takibi yapılmalıdır. |
|-------|---|

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

| | |
|----------|--|
| SiY04.01 | İlaçların minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir. |
|----------|--|

Minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri BYS üzerinden takip edilebilmelidir.

| | |
|----------|--|
| SiY04.02 | <ul style="list-style-type: none"> o Belirlenen seviyelerde sapma olması durumunda BYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır. o Miadı yaklaşan ilaçlara yönelik BYS'de uyarıcı düzenleme bulunmalıdır. |
|----------|--|

| | |
|----------|--|
| SiY04.03 | İlaçların miadı düzenli aralıklarla manuel olarak kontrol edilmelidir. |
|----------|--|

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

SiY05 İlaç temini ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

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

SiY05.01 İstasyonlara yönelik ilaç ihtiyacının belirlenmesi, satın alma işlemleri ve ilaçların merkezden dağıtımına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

SiY05.02 İlaçların güvenli transferine yönelik önlemler alınmalıdır.

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

SiY06 İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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

İlaç uygulamaları vaka kayıtlarında izlenebilmelidir.

SiY06.01 o Vaka kayıtlarında; ilaç adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından gerçekleştirildiğine dair bilgiler yer almalıdır.

İlaçlar hastaya yetkili kişiler tarafından uygulanmalıdır.

SiY06.02 o Stajyer çalışanlar tarafından yapılan ilaç uygulamaları yetkili kişiler gözetiminde gerçekleştirilmelidir.

İlaç uygulaması sonrasında hastaların klinik durumu izlenmeli, gelişen reaksiyonlar ve istenmeyen olaylar kayıt altına alınmalıdır

SiY06.03 o Özellikle riskli ilaçların uygulanması sonrasında hastalar, gelişebilecek yan etkiler ve reaksiyonlar açısından daha dikkatli şekilde izlenmelidir.
o Hastada görülen advers etkiler kayıt altına alınarak bildirim sağlanmalıdır.

SiY06.04 İlaç uygulaması öncesinde allerji öyküsü sorgulanmalıdır.

SiY06.05 İlaç uygulamaları sırasında ilaç-ilaç etkileşimleri, parenteral ilaçlarda stabilite ve geçimsizlik açısından değerlendirme yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

| Kod | Standart | 7 |
|-------|---|---|
| SiY07 | Advers etki gelişmesi durumunda TÜFAM'a bildirim yapılması sağlanmalıdır. | |

| Kod | Standart | 8 |
|-------|--|---|
| | Özellikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | |
| | <u>Rehberlik:</u> | |
| | Özellikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir: | |
| SiY08 | <ul style="list-style-type: none"> • Acil Pediatrik İlaçlar • Görünüşü Benzer İlaçlar • Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar • Psikotrop İlaçlar • Narkotik İlaçlar • Işıktan Korunması Gereken İlaçlar • Yüksek Riskli İlaçlar | |

| Kod | Değerlendirme Ölçütü |
|----------|---|
| SiY08.01 | 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında kullanılan özellikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmalı, listeler kullanım alanında erişilebilir olmalı ve etkin kullanılmalıdır. |
| SiY08.02 | Acil pediatrik ilaçlar, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar ve yüksek riskli ilaçların dolaplardaki yerleşimi muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılmalıdır. |
| SiY08.03 | Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için renklendirme, etiketleme gibi uyarıcılar kullanılmalıdır. |

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

SiY09 Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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

SiY09.01 İlaç depoları ve ambulanslarda narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.

Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılmalıdır.

- SiY09.02**
- o Devir teslim kayıtlarında;
 - * İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı
 - * İlacın kullanıldığı tarih
 - * İlacı kimin uyguladığı
 - * Kime kaç adet ilaç teslim edildiği
 - * Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır.
 - o Muhafaza ve taşınma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulmalıdır.

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

SiY10 Eczane/depoya iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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

SiY10.01 Eczane/depoya iade edilen ilaçların teslimine ilişkin süreç belirlenmelidir.

SiY10.02 İade edilen ilaçların kayıtları tutulmalı, kayıtlarda iade sebebi yer almalıdır.

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

SiY11 İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmalıdır.

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

SiY12 İlaç atıklarının ve miadı geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Enfeksiyonların Önlenmesi

Amaç

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

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

SEN01 Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.

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

Sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesine yönelik **asgari** aşağıdaki süreçleri içeren bir doküman hazırlanmalıdır:

- SEN01.01**
- o Sağlık hizmeti süreçlerinin enfeksiyon riski açısından değerlendirilmesi
 - o El hijyeni
 - o Standart izolasyon önlemleri
 - o Yüksek mortalite ve morbidite riskinin yanısıra yüksek bulaş riski taşıyan enfeksiyon hastalıklarına yönelik izolasyon önlemlerinin alınması
 - o Temizlik, dezenfeksiyon, asepsi, antisepsi süreçleri
 - o Çalışanların mesleki enfeksiyonlardan korunması

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

SEN02 Çalışanların el hijyeni uyumunu artırmaya yönelik eğitim faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.

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

SEN02.01 Çalışanların el hijyeni uyumunu artırmaya yönelik gerçekleştirilecek eğitimlerin şekli, içeriği ve periyodu belirlenmelidir.

El hijyeni ile ilgili eğitim içeriğinde **asgari** aşağıdaki konular bulunmalıdır:

- SEN02.02**
- o El hijyeninin önemi
 - o El hijyeni endikasyonları
 - o El hijyeni sağlama yöntemleri
 - o Eldiven kullanımı ile ilgili kurallar
 - o El antiseptikleri ile ilgili genel bilgiler
 - o Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri

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

SEN03 El hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.

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

SEN03.01 Çalışanın, sağlık hizmeti sunumu sırasında eldiven, alkol bazlı el antiseptiği gibi malzemelere kolay erişimi sağlanmalıdır.

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

SEN04 Temizlik, dezenfeksiyon, antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.

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

Temizlik, dezenfeksiyon, antisepsi süreçleri ve bu süreçlere ilişkin kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içecek şekilde tanımlanmalıdır:

- SEN04.01**
- o Uygulama zamanı
 - o Uygulama kapsamı
 - o Uygulama yöntemi ve kullanılacak materyal
 - o Uygulamaların etkinliğinin izlenmesine yönelik süreç

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

SEN05 Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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

SEN05.01 Dezenfeksiyon işlemi yapılması gereken yüzey, malzeme, ekipman ve atıklar belirlenmelidir.

SEN05.02 Dezenfeksiyon işlemi uygulanan materyale göre dezenfeksiyon türü, kullanılacak dezenfektan ve kullanım kuralları belirlenmelidir.

SEN05.03 Dezenfektanların kullanımı hakkında uygulayıcılara eğitim verilmelidir.

SEN05.04 Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmelidir.

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

Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

SEN06

Rehberlik;

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

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

SEN06.01

Bağışıklamanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı personelin bağışıklık durumu izlenmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır.

Çalışma ortamında karşılaşılabilecek enfeksiyon risklerine yönelik gerekli koruyucu tedbirler alınmalıdır.

SEN06.02

o Çalışanların çalışma ortamında karşılaşılabilecekleri enfeksiyon risklerine karşı almaları gereken standart önlemler tanımlanmalıdır.

o Standart izolasyon önlemlerinin yanısıra ilave tedbir alınması gereken durumlar ve söz konusu durumlarda alınması gereken önlemler tanımlanmalıdır.

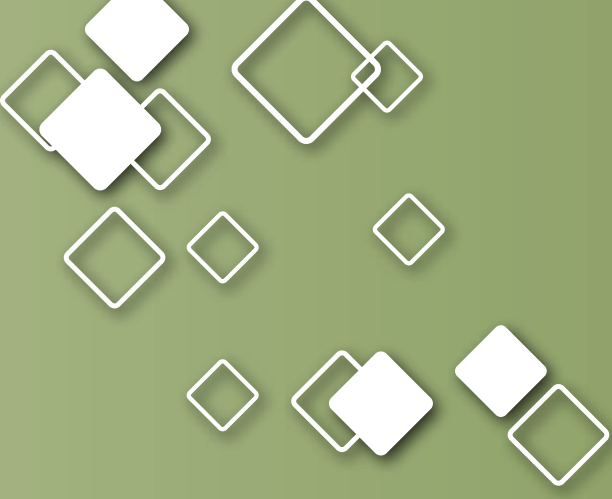
SEN06.03

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

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

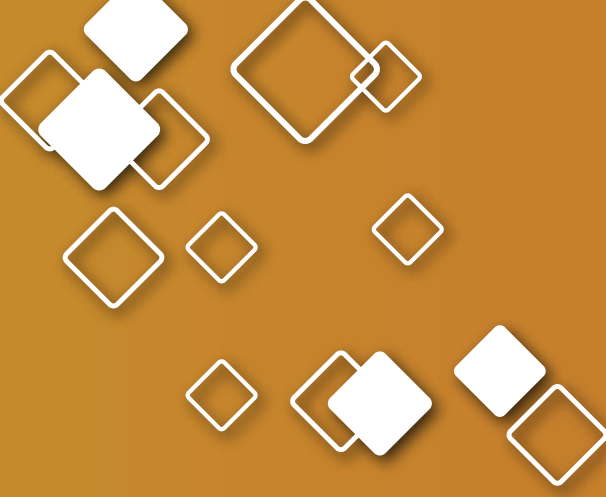
SEN07

Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.



DESTEK HİZMETLERİ

- Ambulans Yönetimi* ◆◆
- Bilgi Yönetim Sistemi* ◆◆
- Malzeme ve Cihaz Yönetimi* ◆◆
- Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri* ◆◆
- Atık Yönetimi* ◆◆
- Dış Kaynak Kullanımı* ◆◆



Ambulans Yönetimi

Amaç

112 acil sağlık hizmetleri kapsamında kullanılan ambulansların gerekli ekipman ve donanıma sahip olması, hasta ve çalışanlar açısından araç güvenliğine yönelik tedbirlerin alınmasıdır.

| Kod | Standart | 1 |
|----------|---|---|
| DAS01 | Ambulanların il genelinde etkin şekilde kullanılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |
| | Kod | Değerlendirme Ölçütü |
| | | Bölgenin coğrafi koşulları, ulaşım kaynakları, nüfus yoğunluğu, başhekimliğin acil sağlık hizmetleri kapsamındaki ihtiyaçları ve Bakanlık hedefleri dikkate alınarak gerekli ambulans türleri ve sayıları belirlenmelidir. |
| | | <i>Rehberlik:</i> <i>Ambulans türleri, kara, hava ve deniz ambulansı olmak üzere üç ana kategoride incelenebilir. Aşağıda özel donanıma sahip kara ambulans türleri için örnekler verilmiştir:</i> |
| DAS01.01 | | <ul style="list-style-type: none"> o Yoğun bakım ambulansı o Obez hasta ambulansı o Yenidoğan ambulansı o Dört sedyeli ambulansı o Kar paletli ambulans o Motosiklet ambulans |
| DAS01.02 | Vaka gereksinimleri doğrultusunda hava ya da deniz ambulans hizmeti sağlanmasına yönelik süreçler tanımlanmalıdır. | |
| | Yedek ambulanslara yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |
| DAS01.03 | <ul style="list-style-type: none"> o Yedek ambulanslara yönelik sorumlular ve sorumlulukları belirlenmelidir. o Yedek ambulans ihtiyacı ve yedek ambulansların konumlandırılacağı yerler tanımlanmalıdır. o Yedek ambulansların bakım ve kontrolleri düzenli aralıklarla yapılmalıdır. | |

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

DAS02 Ambulansta tıbbi tanı ve tedavi için gerekli ekipman bulunmalıdır.

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

DAS02.01 Türlerine göre ambulanslarda bulunması gereken ekipman tanımlanmalıdır.

DAS02.02 Ekipmanın bakım ve kontrolü ile ilgili süreçler tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

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

DAS03 Ambulans donanımı tam ve uygun nitelikte olmalıdır.

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

DAS03.01 Hasta kabiniinde uygun nitelikte havalandırma, ısıtma ve aydınlatma sistemleri bulunmalıdır.

DAS03.02 Kara ambulans araçları, sarsıntısız bir hasta nakli gerçekleştirecek şekilde dizayn edilmiş özel bir süspansiyon sistemine sahip olmalıdır.

DAS03.03 Sağlık çalışanının düşme ve çarpma riskine karşı tercihen dört noktalı emniyet kemeri bulunmalıdır.

DAS03.04 Ambulans araçlarında en az 2 litrelik 2 adet yangın söndürücü ile birer adet emniyet kemeri keseceği, demir manivela ve imdat çekici bulunmalıdır.

Ambulansın türüne göre uygun nitelikte sedye çeşitleri bulunmalıdır.

DAS03.05

- o Ana sedyede korkuluk bulunmalıdır.
- o Ana sedyeye bağlanmış en az 3 adet emniyet kemeri mekanizması bulunmalıdır.
- o Sedye omuz kemer takımı hasta göğsü üzerinden tek merkezden kilitlenebilir özellikte olmalıdır.

DAS03.06 Örümcek kemer sistemi bulunmalıdır.

DAS03.07 Ambulansın takibine ve ambulansın vaka yerine ulaşmasına yönelik oto takip sistemi ve navigasyon cihazı bulunmalıdır.

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

DAS04 Her vardiya değişiminde ambulans kontrolü yapılmalıdır.

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

Ambulans kontrolüne ilişkin sorumlular ve kontrolün içeriği tanımlanmalı, kontrol **asgari** aşağıdaki hususları kapsamalıdır:

DAS04.01

- o Aracın genel durumu
- o Yakıt durumu
- o Aracın altı
- o Aracın motoru
- o Aracın çalışması
- o Arka kabin içi
- o Avadanlık

DAS04.02

Kontrol zamanı, kontrolün içeriği ve kontrolü gerçekleştiren kişi kayıt altına alınmalıdır.

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

DAS05 Ambulansta taşınabilir acil müdahale seti bulunmalıdır.

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

Ambulans türüne göre, ambulans dışında kullanım amacıyla taşınabilir acil müdahale seti bulunmalı ve set içinde yer alması gereken ilaç, malzeme ve cihazlar belirlenmelidir.

Acil müdahale setinde **asgari** aşağıdaki ekipman bulunmalıdır:

DAS05.01

- o Her yaş için uygun;
 - * Laringoskop seti ve yedek pilleri
 - * Balon-valf-maske sistemi
 - * Oksijen hortumu ve maskeleri
 - * Entübasyon tüpleri
 - * Laringeal maske, airway ya da kombi tüp gibi yardımcı hava yolu araçları
- o Kişisel koruyucu ekipman

DAS05.02

- o Acil müdahale seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir.
- o İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.

Bilgi Yönetim Sistemi

Amaç

Hasta ya da çalışanlara ait tıbbi ve kişisel bilgilerin, doğru ve güvenli şekilde kayıt altına alınması ve depolanması ile ihtiyaç duyulan doğru bilginin, bilgi mahremiyeti ve güvenliği gözetilerek, doğru zamanda, doğru kişiye ulaştırılmasını sağlamaktır.

| Kod | Standart | 1 |
|----------|---|---|
| DBY01 | Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin politika belirlenmelidir. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | Bilgi yönetim sistemi (BYS) politikasına ilişkin doküman <u>asgari</u> aşağıdaki konuları içermelidir: | |
| DBY01.01 | <ul style="list-style-type: none"> o Yönetim süreçleri o Bilgi güvenliği o BYS'ye ilişkin geri bildirimlerin değerlendirilmesi o BYS'de muhtemel sorunlar ve çözüm süreçlerine ilişkin düzenleme | |
| Kod | Standart | 2 |
| DBY02 | Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| DBY02.01 | Bilgi yönetimine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. | |
| DBY02.02 | Bilgi yönetim sistemine ilişkin rol ve yetki grupları tanımlanmalıdır. | |
| | Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmelidir. | |
| DBY02.03 | <ul style="list-style-type: none"> o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalıdır. o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki grubuna dahil olmalıdır. o İşe yeni başlayan ve işten ayrılan personele erişim yetkilerinin verilmesi ve iptal edilmesine yönelik yetki verme ve iptal etme prosedürü oluşturulmalıdır. | |
| Kod | Standart | 3 |
| DBY03 | Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| DBY03.01 | Bilgi yönetim sistemine yönelik olarak, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği, bilgi mahremiyeti, kullanıcı hataları gibi konularda risk analizi yapılmalıdır. | |
| DBY03.02 | Tespit edilen riskler doğrultusunda iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. | |
| DBY03.03 | Çalışanlara, bilgi yönetim sisteminin kullanımına yönelik eğitim verilmeli, güncellemeler hakkında çalışanlar bilgilendirilmelidir. | |

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

DBY04 Bilgi yönetim sistemine ilişkin hata bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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

DBY04.01 Bilgi yönetim sisteminde meydana gelebilecek olası hatalar ve çözüm süreçlerine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.

- o Muhtemel hatalarda çalışanların kiminle nasıl irtibat kuracağı belirlenmelidir.
- o Hata giderilinceye kadar işlerin aksamamasına yönelik yapılması gerekenler belirlenmelidir.

DBY04.02 Süreçlerde karşılaşılan hatalar kayıt altına alınmalı, kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- o Hatanın olduğu tarih ve saat
- o Bildirimin yapıldığı tarih ve saat

DBY04.03 Hatalar ile ilgili gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

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

DBY05 Bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.

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

DBY05.01 Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir.

DBY05.02 Şifre kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

DBY05.03 Bilgi yönetim sistemi kullanıcılarına yönelik gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.

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

DBY06 Bilgi yönetim sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.

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

DBY06.01 Düzeltme ve iptal kayıtları tutulmalıdır.

Kaydedilen tüm bilgilerin geçmişe yönelik takibi yapılabilir.

- DBY06.02**
- o Log kayıtları için ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.
 - o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır.
 - o Log kayıtlarını içeren veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.

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

DBY07 Bilgi yönetim sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

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

DBY07.01 Yedekleme, günde 3 defa yapılmalı, yedekleme işlemi için sistemin yoğun olmadığı zamanlar seçilmelidir.

Yedekleme dosyaları BYS'nin çalıştığı sunucu haricindeki bir ortama alınmalıdır.

- DBY07.02**
- o Yedekleme; harici bellek, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek sunucu gibi bir ortamda olmalıdır.

DBY07.03 Alınan yedekleme ortamı, fiziksel olarak BYS'nin bulunduğu alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.

DBY07.04 Her ay için en az bir yedek veri dosyası çevrimdışı ortamda süresiz olarak saklanmalıdır.

Yedeklemeler aracılığı ile yılda bir kez veri kurtarma testi uygulanmalıdır.

- DBY07.05**
- o Yedeklemeden geri dönüşüm sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmelidir.
 - o Test kayıt altına alınmalıdır.
 - o Gerekğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

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

DBY08 112 acil sağlık hizmetleri kapsamında kullanılan bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

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

DBY08.01 Tüm bilgisayarlar etki alanına dahil edilmelidir.

DBY08.02 Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı olmalıdır.

Bilgisayar donanım ve yazılımlarının güncel envanteri oluşturulmalı, envantere **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- DBY08.03**
- o Bulunduğu bölüm
 - o Marka
 - o Model
 - o Seri no
 - o Demirbaş numarası
 - o Donanım ve yazılım adı
 - o İşletim sistemi
 - o Alınma tarihi
 - o Garanti süresi

DBY08.04 Tüm bilgisayarlarda antivirüs yazılımı olmalıdır.

DBY08.05 Kablosuz ağ bağlantıları için farklı vlan (sanal yerel ağ) oluşturulmalıdır.

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

DBY09 Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek alt yapıları sağlanmalıdır.

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

Yazılım-donanım destek birimi/ekibi bulunmalıdır.

- DBY09.01**
- o Yazılım-donanım destek birimi/ekibi 24 saat kesintisiz hizmet sunmalıdır.
 - o Yazılım-donanım destek birimi/ekibi çalışanlarının güncel iletişim bilgileri ilgili birimde bulunmalıdır.

DBY09.02 Bilgi yönetim sisteminin devre dışı kaldığı durumlar ve sistemdeki arızalar kayıt altına alınmalıdır.

DBY09.03 Sistemde tespit edilen aksaklıklara yönelik gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

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

DBY10 Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.

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

DBY10.01 Sadece sunuculara tahsis edilmiş bağımsız bir oda olmalıdır.

DBY10.02 Yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.

DBY10.03 Suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.

DBY10.04 Diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.

İdeal sıcaklık ve nem oranları belirlenmeli ve kontrolü sağlanmalıdır.

DBY10.05

- o İdeal sıcaklık; 18-22 °C,
- o Nem oranı; %30- %60 aralığında olmalıdır.

DBY10.06 Yedekli olarak çalışan klima bulunmalıdır.

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

DBY11 Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

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

Sunucular üzerinde yapılan tüm işlemler kayıt altına alınmalı, kayıtlarda **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

DBY11.01

- o Sunucunun yeri
- o Sorumlu kişisi
- o Donanım
- o İşletim sistemi üzerinde çalışan uygulama bilgileri

DBY11.02 Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.

DBY11.03 Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.

DBY11.04 Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.

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

DBY12 Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.

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

Veritabanı sistem logları tutulmalı ve gerektiğinde izlenebilmelidir.

DBY12.01 o Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar log izleme yazılımı tarafından kayıt altına alınmalıdır.

DBY12.02 Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

DBY12.03 Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları şifreler kriptolu bir şekilde saklanmalıdır.

DBY12.04 Veritabanı üzerinde loglanması gereken işlemler belirlenmelidir.

DBY12.05 Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale öncesinde bilgilendirilmelidir.

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

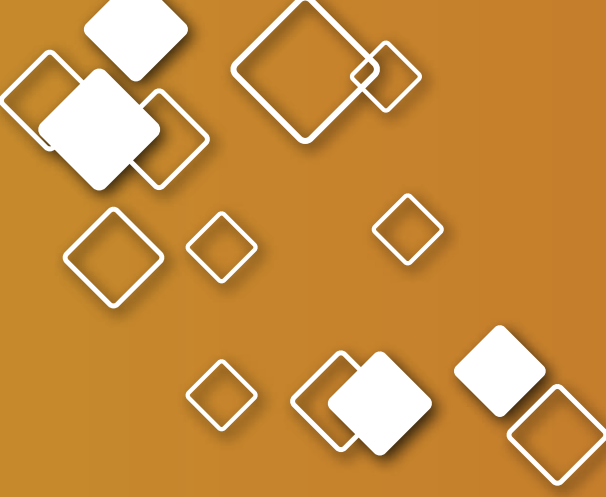
DBY13 Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.

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

DBY13.01 Dış ortamdan iç ortama erişebilme koşulları ve erişim sağlayabilecek kişiler belirlenmelidir.

DBY13.02 Firma adına tam zamanlı çalışan elemanlara gizlilik sözleşmesi imzalatılmalıdır.

DBY13.03 Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.



Malzeme ve Cihaz Yönetimi

Amaç

112 acil sağlık hizmeti sunumu için gerekli olan malzeme ve cihazların temini ile bu malzeme ve cihazların güvenli, verimli, etkin ve etkili kullanımını sağlamaktır.

| Kod | Standart | 1 |
|-------|--|---|
| DMC01 | Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. | |

| Kod | Standart | 2 |
|-------|--|---|
| DMC02 | Malzemelerin temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | |

| Kod | Değerlendirme Ölçütü |
|----------|--|
| DMC02.01 | <p>KKM, çağrı merkezi ve istasyon bazında bulundurulması gereken malzemeler belirlenmelidir.</p> <ul style="list-style-type: none"> o Malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmeli ve takip edilmelidir. |
| DMC02.02 | <p>Malzemelerin temini ve hizmete sunulmasına yönelik asgari aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> o Malzemelere ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci o Malzeme talep yetkisi bulunan kişiler o Talep yöntemi o Taleplerin yönetim tarafından değerlendirilmesi o Teknik şartname hazırlanması o Satın alma yönteminin belirlenmesi o Tekliflerin değerlendirilme süreci o Malzemelerin temini o Temin edilen malzemelerin kontrolü o Malzemelerin tedarikçiden teslim alınması ve hizmete sunulması |

| Kod | Standart | 3 |
|----------|--|---|
| DMC03 | Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| DMC03.01 | Malzemelerin muhafaza süreçlerine yönelik doküman hazırlanmalıdır. | |
| DMC03.02 | Tanımlanmış malzeme depoları ve tıbbi sarf malzemelerinin 24 saatten fazla tutulduğu tüm istasyon depolarına, tanımlanmış yetkili çalışanlar haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmalıdır. | |
| | Malzemeler depolama alanlarında, özelliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanmalı ve kayıt altına alınmalıdır. | |
| | <ul style="list-style-type: none"> o Depoda bulunan malzemelerin yerleşim yerini gösteren güncel yerleşim planları bulunmalıdır. o Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır. o İstiflemede depolanan malzeme ile tavan, taban ve yan duvar arasında boşluklar bulunmalıdır. | |
| DMC03.03 | <ul style="list-style-type: none"> 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 veya bozulma durumuna karşı alternatifi belirlenmelidir. | |

| Kod | Standart | 4 |
|----------|---|---|
| DMC04 | Malzemelerin istasyonlara transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| DMC04.01 | Malzemelerin depolardan istasyonlara güvenli şekilde transferi için gerekli önlemler alınmalıdır. | |
| DMC04.02 | Malzemelerin istasyonlara teslimi kayıt altına alınmalıdır. | |

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

| | |
|-------|--|
| DMC05 | Malzemelerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
|-------|--|

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

| | |
|----------|---|
| DMC05.01 | Malzemelerin güvenli kullanımına ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |
|----------|---|

| | |
|----------|---|
| DMC05.02 | Malzemelerin temizliği ve dezenfeksiyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. |
|----------|---|

| | |
|----------|--|
| DMC05.03 | Malzemelerin kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir. |
|----------|--|

| | |
|----------|--|
| DMC05.04 | Güvensiz, uygunsuz malzemelerin geri çekilmesi, bu malzemelerin muhafaza veya iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. |
|----------|--|

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

| | |
|-------|---|
| DMC06 | Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
|-------|---|

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

| | |
|----------|---|
| DMC06.01 | Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması ve kullanılmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |
|----------|---|

| | |
|----------|--|
| DMC06.02 | Tehlikeli maddelerin dökülmesi ve bu maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenler belirlenmelidir. |
|----------|--|

Kullanılan tehlikeli maddelerin envanteri oluşturulmalıdır.

Envanter asgari aşağıdaki bilgileri kapsamalıdır:

- | | |
|----------|--|
| DMC06.03 | <ul style="list-style-type: none"> o Tehlikeli maddenin ismi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vb.), 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 |
|----------|--|

| | |
|----------|--|
| DMC06.04 | Envanter, depo ve kullanım alanlarında bulunmalıdır. |
|----------|--|

| | |
|----------|---|
| DMC06.05 | Tehlikeli madde ambalajı üzerindeki etikette; maddenin adı ve tehlikeli madde sınıfını gösteren simge bulunmalıdır. |
|----------|---|

| | |
|----------|---|
| DMC06.06 | Kullanıcılara, tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir. |
|----------|---|

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

DMC07 Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.

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

DMC08 Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

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

Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik kurallar tanımlanmalıdır.

Cihazların temini ve hizmete sunulması hakkında **asgari** aşağıdaki hususlar tanımlanmalıdır:

- DMC08.01**
- o Cihazlara ilişkin ihtiyacın tespit edilme süreci
 - o Talep yöntemi
 - o Taleplerin nasıl ve kimler tarafından değerlendirileceği
 - o Teknik şartname hazırlanması
 - o Tekliflerin değerlendirilme süreci
 - o Cihazların temini
 - o Temin edilen cihazların kontrolü
 - o Cihazların tedarikçiden teslim alınması ve hizmete sunulması

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

DMC09 Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.

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

DMC09.01 KKM, çağrı merkezi ve istasyon bazında cihaz envanteri bulunmalıdır.

Cihazların cihaz kimlik kartı bulunmalıdır.

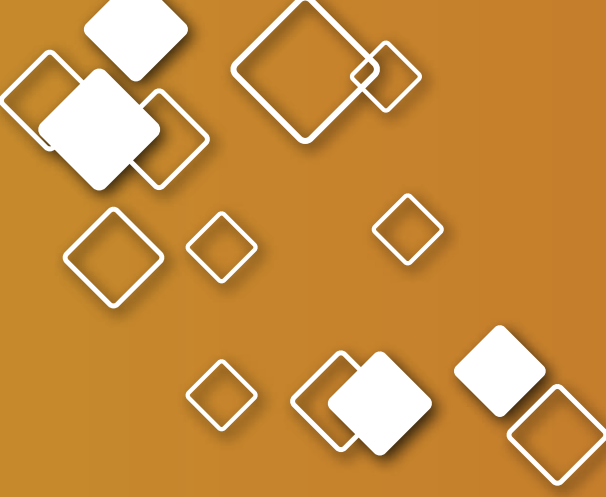
Cihaz kimlik kartı üzerinde **asgari** aşağıdaki bilgiler bulunmalıdır:

- DMC09.02**
- o Cihazın adı
 - o Seri numarası
 - o Markası
 - o Demirbaş numarası
 - o Bulunduğu bölüm

| Kod | Standart | 10 |
|----------|--|----|
| DMC10 | Cihazların güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| DMC10.01 | Cihazların güvenli kullanımına ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. | |
| DMC10.02 | Cihazların temizliği, dezenfeksiyonu ve sterilizasyonu ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. | |
| DMC10.03 | Cihaz kullanımı esnasında oluşabilecek tehlikeli durumlara yönelik müdahale yöntemleri belirlenmelidir. | |
| DMC10.04 | Güvensiz, uygunsuz cihazların kullanım dışı bırakılması ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. | |
| DMC10.05 | İlgili çalışanlar, özel nitelikli ve özel muhafaza koşulları gerektiren cihazların kullanımına ilişkin dokümanlara erişebilmeli ve cihazlar hakkında bilgilendirilmelidir. | |
| DMC10.06 | Hasta başı test cihazları için kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. | |

| Kod | Standart | 11 |
|----------|---|----|
| DMC11 | Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, kalibrasyon ve ayarları yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | Cihazların bakımı, onarımı, kalibrasyonu ve ayarlanması ile ilgili süreçler ve sorumlular tanımlanmalı, süreçler bir plan dahilinde izlenmelidir. | |
| DMC11.01 | Kalibrasyon yapılması gereken cihazlar tanımlanmalıdır. Cihazların bakım, onarım, kalibrasyon ve ayar işlemleri, il ambulans servisi başhekimliğinin ihtiyaçları, kullanım yoğunluğu ve firma önerilerine göre belirlenen şekilde ve sıklıkta yapılmalıdır. | |
| | Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. | |
| DMC11.02 | 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. | |
| DMC11.03 | Kalibrasyonu kısmi geçen veya geçemeyen cihazlarla ilgili izlenecek yol belirlenmelidir. | |

| Kod | Standart | 12 |
|----------|---|----|
| DMC12 | Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| DMC12.01 | Arıza ve onarım süreçleri ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. | |
| DMC12.02 | Cihaz arızaları, arıza bildirim, onarım ve teslim süreçleri kayıt altına alınmalıdır. | |
| DMC12.03 | Arıza durumunda cihaz üzerinde arızalı cihaz etiketi bulunmalıdır. | |



Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri

Amaç

Tıbbi kayıtların etkin, doğru ve zamanında oluşturulması, güvenli muhafazası ve bakım sürecine ilişkin her türlü bilgi ve belgeye zamanında ulaşılabilmesinin sağlanmasıdır.

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

DTA01 Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin süreçler tanımlanmalıdır.

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

DTA01.01 Elektronik ortamda ve kağıt ortamında muhafaza edilecek kayıtlar belirlenmelidir.

DTA01.02 Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

DTA01.03 Vaka kayıt formu içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması ile ilgili süreçler belirlenmelidir.

DTA01.04 Arşiv hizmetlerinin işleyişi tanımlanmalıdır.

DTA01.05 Hastaların tıbbi kayıtları elektronik ya da kağıt ortamda geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

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

DTA02 Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.

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

Tıbbi kayıtlarda yer alan bilgilerin mahremiyeti ve güvenliği ile ilgili kurallar **asgari** aşağıdaki hususları içerecek şekilde tanımlanmalıdır:

- DTA02.01
- o Çalışanların bilgiye erişim konusundaki yetkileri
 - o Bilgiye erişim yetkisi olan kişilerin, bilgileri gizli tutma yükümlülüğü
 - o Gizlilik ve mahremiyetin ihlali durumunda izlenecek yol

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

DTA03 Vaka kayıt formlarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

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

Vaka kayıt formlarında **asgari** aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:

- DTA03.01**
- o Çağrı nedeni
 - o Olay yeri
 - o Hastaya ait demografik bilgiler
 - o Önemli bulguları
 - o Ön tanı
 - o Uygulanan işlemler
 - o Uygulanan ilaçlar ve dozları
 - o Nakil yapılan hastane
 - o Nakil sırasında hastanın genel durumu

DTA03.02 Herhangi bir sağlık kuruluşuna nakledilmeyen vakalar için nakledilmeme gerekçesi kayıt altına alınmalıdır.

DTA03.03 Vaka kayıt formunun bir nüshası vakanın teslim edildiği hastaneye/ambulansa verilmeli, formdaki bilgiler bilgi yönetim sistemine kaydedilmelidir.

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

DTA04 Arşiv bölümünde vaka kayıt formlarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır.

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

Arşivde bulunan vaka kayıtlarının korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.

- DTA04.01**
- o Sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.
 - o İklimlendirme yapılmalıdır.
 - o Haşarat, hırsızlık, yangın ve su baskınlarına karşı önlemler alınmalıdır.

| Kod | Standart | 5 |
|----------|---|---|
| DTA05 | Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| DTA05.01 | Arşivlenecek dokümanlar belirlenmelidir. | |
| | Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalı ve asgari aşağıdaki hususları kapsamalıdır: | |
| DTA05.02 | <ul style="list-style-type: none"> o Arşiv planı o Yetkilendirme o Dokümanların arşive teslimi, içeriğinin kontrolü ve kabulü o Arşivdeki dokümanlara erişim o Arşive yerleştirilen dokümanların korunması, saklanması ve imhası ile ilgili usul ve esaslar o Adli vaka dosyalarının yönetimi | |

Atık Yönetimi

Amaç

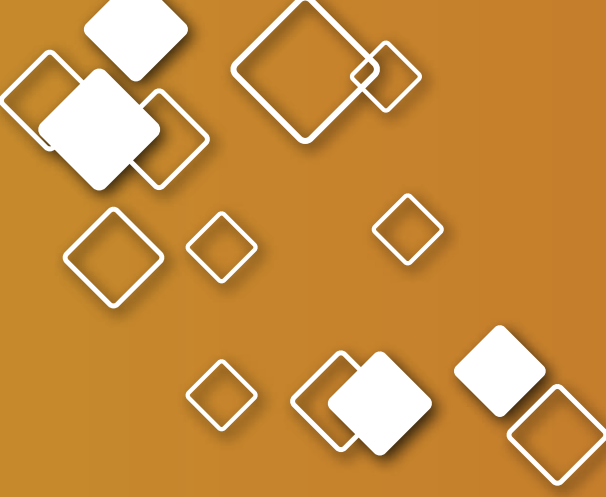
112 acil sağlık hizmetleri kapsamında oluşan atıkların insan ve çevre sağlığına zarar vermesini önlemektir.

| Kod | Standart | 1 |
|----------|---|---|
| DAY01 | Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | Atık yönetimi ile ilgili süreçler asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır: | |
| DAY01.01 | <ul style="list-style-type: none"> o Atıkların kaynağı, miktarı ve türleri o Atıkların kaynağında ayrıştırılması o Üretilen atık miktarının azaltılması o Atıkları taşımada kullanılacak ekipman ve araçlar 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 taşınması ve teslimi sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler o Personelin atıklar konusunda eğitimi o Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumlular | |

| Kod | Standart | 2 |
|----------|---|---|
| DAY02 | Atıklar kaynağında ayrıştırılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| | Atıklar aşağıdaki kategorilerde ayrıştırılmalıdır: | |
| DAY02.01 | <ul style="list-style-type: none"> o Evsel atıklar <ul style="list-style-type: none"> • Genel Atıklar • Ambalaj Atıkları o Tıbbi atıklar <ul style="list-style-type: none"> • Enfeksiyöz • Kesici-Delici o Tehlikeli atıklar | |
| DAY02.02 | Belirlenen kategorilere göre uygun atık kutuları bulunmalıdır. | |
| DAY02.03 | Atık kutuları, içeriğin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol edilmelidir. | |

| Kod | Standart | 3 |
|----------|---|---|
| DAY03 | Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| DAY03.01 | 112 istasyonunun büyüklüğü ve atık kapasitesine göre uygun boyutlarda ve uygun niteliklere sahip konteyner ya da geçici atık deposu bulunmalıdır. | |
| DAY03.02 | Atıklar, atık türlerine göre belirlenmiş maksimum bekleme sürelerini aşmayacak şekilde geçici depolanmalıdır. | |
| DAY03.03 | Geçici depolama alanlarının temizliği yapılmalıdır. | |
| DAY03.04 | Depolanan atıklar, nihai bertaraf işlemi için yetkili kuruluşa teslim edilmelidir. | |

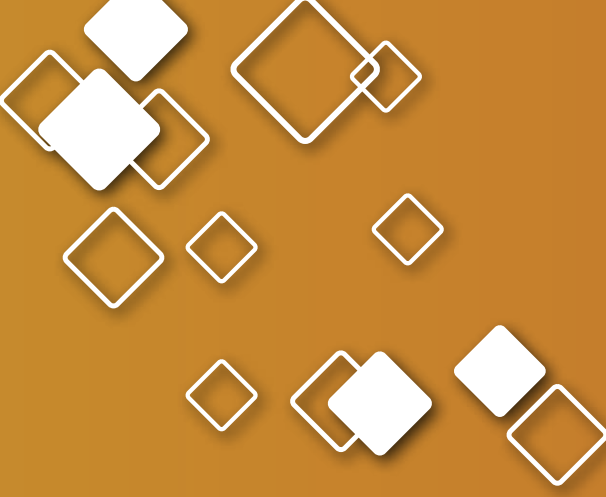
| Kod | Standart | 4 |
|----------|--|---|
| DAY04 | Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| DAY04.01 | <p>Sağlık çalışanlarına atık yönetimi konusunda verilecek eğitimler asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:</p> <ul style="list-style-type: none"> 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 | |



Dış Kaynak Kullanımı

Amaç

112 acil sağlık hizmetlerinin kalite ve etkililiğinin artırılması için dış kaynak kullanımı yolu ile verilen hizmetlerin Bakanlık politikaları, il ambulans servisi başhekimliği temel değerleri ve Sağlıkta Kalite Standartları ile uyum içinde sunulmasını sağlamaktır.



| Kod | Standart | 1 |
|-------|---|---|
| DDK01 | Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır. | |

| Kod | Standart | 2 |
|-------|--|---|
| DDK02 | Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır. | |

| Kod | Değerlendirme Ölçütü |
|----------|--|
| DDK02.01 | Dış hizmet sağlayıcısının il ambulans servisi başhekimliğine sağlayacağı hizmetler açıkça tanımlanmalı, kontrol ve iş tamamlama süreçleri belirlenmelidir. |
| DDK02.02 | Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı belirlenmeli, hizmetle ilgili süreçler açık ve detaylı şekilde tanımlanmalıdır. |
| DDK02.03 | Dış hizmet sağlayıcısının faaliyetleri gerçekleştirmesi için gerekli olan personel sayısı, niteliği ve kullanılacak ekipmanlar, cihazlar belirlenmelidir. |

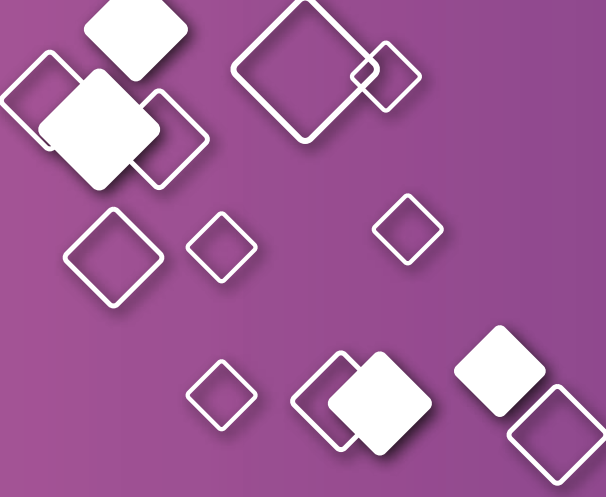
| Kod | Standart | 3 |
|-------|--|---|
| DDK03 | Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |

| Kod | Değerlendirme Ölçütü |
|----------|---|
| DDK03.01 | Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin, hasta ve çalışanların güvenliğini sağlayacak şekilde sunumuna yönelik kontroller düzenli aralıklarla yapılmalıdır. |

GÖSTERGE YÖNETİMİ

Göstergelerin İzlenmesi ◀

Kalite Göstergeleri ◀



Göstergelerin İzlenmesi

Amaç

112 acil sağlık hizmetleri kapsamında sunulan hizmetlerin performansını izlemek suretiyle kalitenin sürekli iyileştirilmesine katkı sağlamaktır.

| Kod | Standart | 1 |
|----------|--|---|
| GGi01 | Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| GGi01.01 | İzlenecek göstergelere ilişkin veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır. | |
| GGi01.02 | Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler kalite direktörlüğü tarafından koordine edilmelidir. | |
| GGi01.03 | Göstergelerin izlenmesine ilişkin sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. | |
| GGi01.04 | Sorumlu çalışanların göstergelerin izlenmesi konusundaki eğitimlere katılımı sağlanmalıdır. | |
| GGi01.05 | Bölgenin ve hizmetin özellikleri göz önünde bulundurularak, Kalite Göstergeleri bölümünde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmelidir. | |

| Kod | Standart | 2 |
|----------|--|---|
| GGi02 | İl ambulans servisi başhekimliğinde izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır. | |
| Kod | Değerlendirme Ölçütü | |
| GGi02.01 | İl ambulans servisi başhekimliğinde izlenecek göstergeler için gösterge kartı oluşturulmalı, kartlarda asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır: <ul style="list-style-type: none"> 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 hususlar | |

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

| | | |
|-------|--|--|
| GGi03 | Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır. | |
|-------|--|--|

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

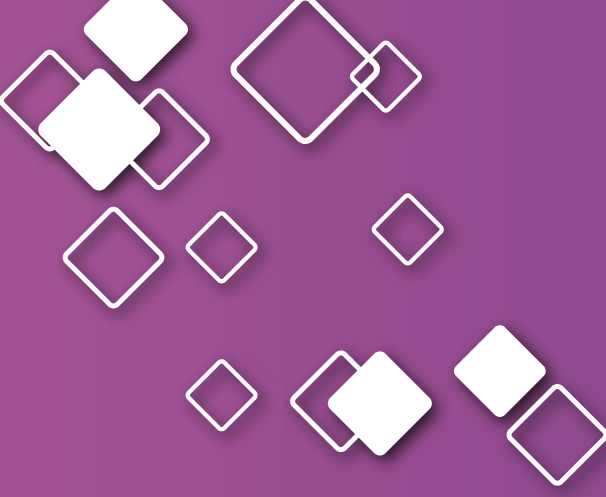
| | |
|----------|---|
| GGi03.01 | Veri toplanmasına ilişkin süreçler tanımlanmalıdır. Göstergeler için kullanılacak veri kaynakları tanımlanmalıdır. |
| GGi03.02 | o Mümkün olan her gösterge için bilgi yönetim sistemi kullanılmalı, verilerin doğru ve kaliteli olarak elde edilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır. |

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

| | |
|-------|--|
| GGi04 | Belirli aralıklarla göstergelere yönelik veriler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre gerekli iyileştirme faaliyetleri yapılmalıdır. |
|-------|--|

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

| | |
|-------|---|
| GGi05 | Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir. |
|-------|---|

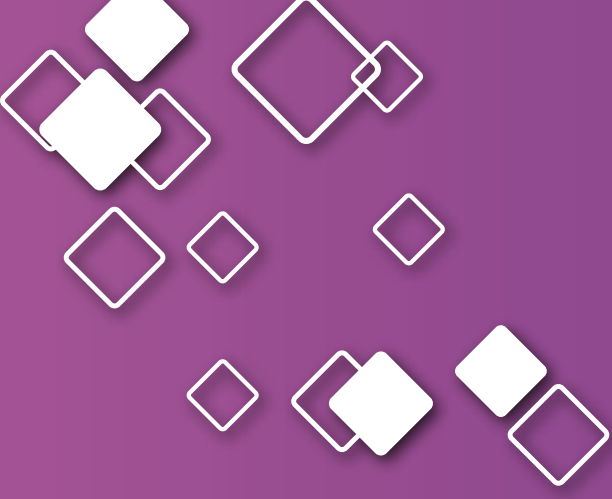


Kalite Göstergeleri

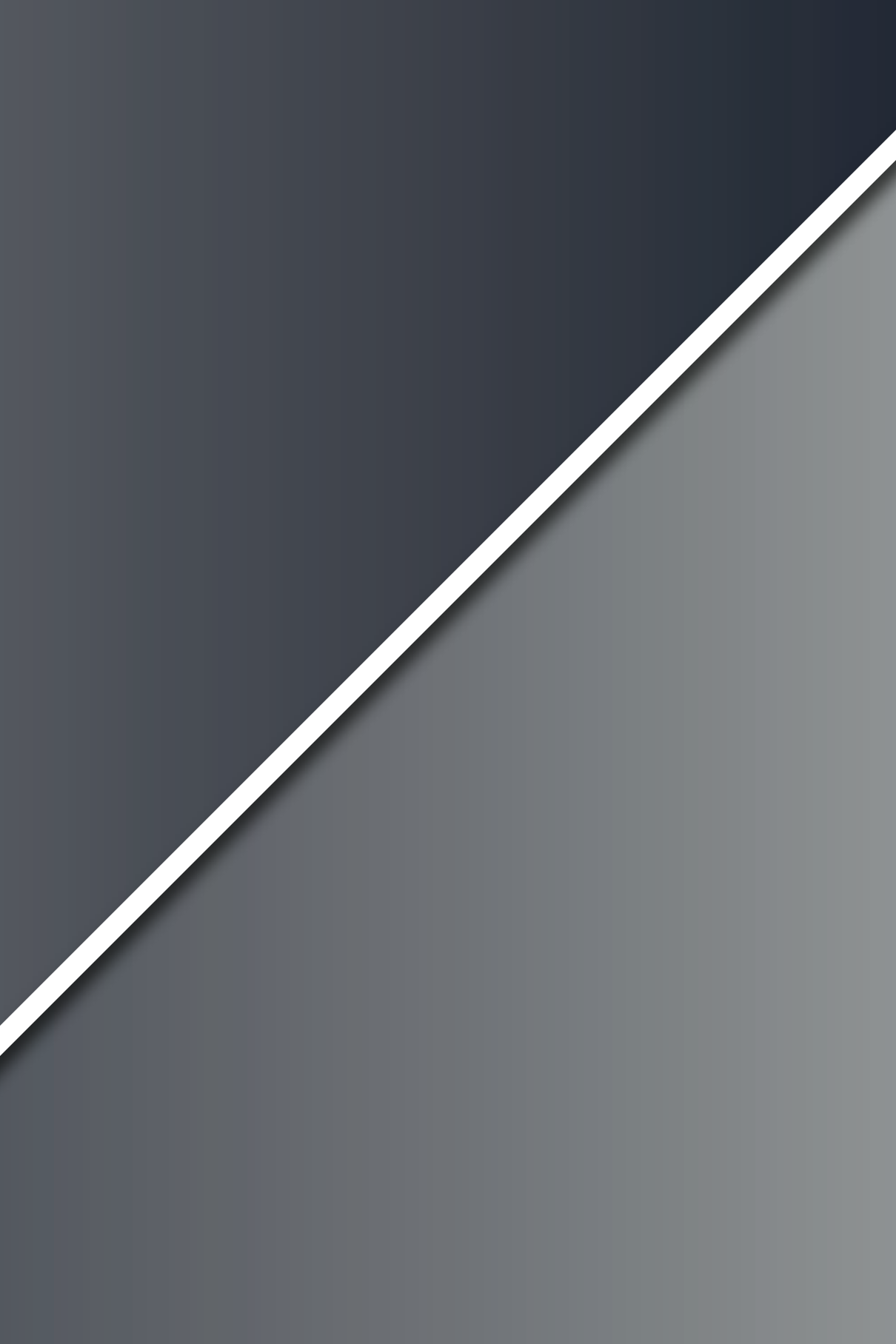
Amaç

SKS 112 bölümlerine yönelik kalite göstergeleri vasıtasıyla, bu bölümlere ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

| Kod | Gösterge | Puan |
|----------------------------|--|------|
| Kalite Göstergeleri | | |
| GKG01 | Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı | 20 |
| GKG02 | Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı | 20 |
| GKG03 | Personelin Eğitimlere Katılma Oranı | 20 |
| GKG04 | Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı | 20 |
| GKG05 | Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı | 20 |
| GKG06 | Hasta Deneyimi Anketleri Analizi | 20 |
| GKG07 | Çalışan Geri Bildirimi Anket Analizi | 20 |
| GKG08 | Çalışanlara Yönelik Şiddet Oranı | 20 |
| GKG09 | Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı | 20 |
| GKG10 | Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı | 20 |
| GKG11 | Personel Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı | 20 |
| GKG12 | Düşen Hasta Oranı | 20 |
| GKG13 | İlaç Hatası Bildirim Oranı | 20 |
| GKG14 | Çağrının Başlaması ile Vakanın İstasyona İletilmesi Arasında Geçen Ortalama Süre | 20 |
| GKG15 | Ortalama Çağrı Cevaplama Süresi | 20 |
| GKG16 | Hedeflenen Sürede Vakaya Ulaşma Oranı | 20 |
| GKG17 | Sağlık Kuruluşuna Kabul Edilmeyen Hastaların Oranı | 20 |
| GKG18 | İstasyon Tarafından Kapatılan Vaka Oranı | 20 |
| GKG19 | SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre | 20 |



Kaynaklar



- 112 Acil Çağrı Merkezleri Kuruluş, Görev ve Çalışma Yönetmeliği. (2014, 16 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 29002). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/05/20140516-5.htm>
- Acil Sağlık Hizmetleri Yönetmeliği. (2006, 11 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 24046). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.4798&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=acil%20sa%C4%9Fl%C4%B1k>
- Ambulanslar ve Acil Sağlık Araçları İle Ambulans Hizmetleri Yönetmeliği. (2006, 07 Aralık). Resmi Gazete (Sayı: 26369). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.Aspx?MevzuatKod=7.5.10834&MevzuatIliski=0&sourceXmlSearch=Ambulanslar%20ve%20Acil%20Sa%C4%9Fl%C4%B1k%20Ara%C3%A7lar%C4%B1>
- Agency for healthcare research and quality. (2008) National Healthcare Disparities
- Report, Chapter 3, Erişim adresi: <http://www.ahrq.gov/qual/nhdr08/Chap3.htm>
- Amerika Birleşik Devletlerinde Sağlık Hizmetlerinin Kalitesi: Uygulama ve Gelecek, (Çev. KAYA, S (2013).
- Atık Yönetimi Yönetmeliği. (2015, 02 Nisan). Resmi Gazete (Sayı: 26927). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/04/20150402-2.htm>
- Atıkların Düzenli Depolanmasına Dair Yönetmelik. (2010, 26 Mart). Resmi Gazete, Sayı: 27533). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100326.htm>
- Australian Commission on Safety and Quality in Health Care, National Safety and Quality Health Service Standards. (2012). Sydney. ACSQHC. Erişim adresi: <https://www.safetyandquality.gov.au/sites/default/files/migrated/NSQHS-Standards-Sept-2012.pdf>
- Beşeri Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmelik. (2005, 22 Mart). Resmi Gazete (Sayı: 25763). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2005/03/20050322-7.htm>

- Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik. (2007, 19 Aralık). Resmi Gazete (Sayı: 26735). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2007/12/20071219-2.htm>
 - Bozkurt, Ö. ve diğerleri (2008). Kamu Yönetimi Sözlük içinde Caldwell C. (1998). Sağlık Kuruluşlarında Stratejik Yönetim, (Çev.Akınhay, O.), Sistem Yayıncılık. İstanbul
 - Care Quality Commission. A fresh start for the regulation of ambulance services-Working together to change how we regulate ambulance services. (2014). Erişim adresi:https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/ambulance_signposting_document_-_final.pdf
 - Care Quality Commission. Defining 'Good' in healthcare summary report of findings: urgent care/111. (2018). Erişim adresi: <https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/CQC%20Defining%20Good%20-%20Report%206%20-%20Urgent%20Care%20services%20-%20FINAL.pdf>
 - Care Quality Commission. How CQC regulates: NHS and independent ambulance services-Provider handbook. (2015). Erişim adresi: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150326_ambulance_provider_handbook.pdf
- Care Quality Commission, How CQC regulates: NHS and independent ambulance services-Appendices to the provider handbook. (2015). Erişim adresi: https://www.cqc.org.uk/sites/default/files/20150327_ambulance_provider_handbook_appendices.pdf
- Department of Health, Taking Healthcare to the Patient Transforming NHS Ambulance Services. (2005). Erişim adresi: https://www.nwas.nhs.uk/media/79142/taking_healthcare_to_the_patient_1.pdf
 - Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik. (1988, 16 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı: 19816). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/arsiv/19816.pdf>
 - Elektrik Enerjisi İmdat Grupları ve Otoprodüktör Tesisleri Ruhsat Yönetmeliği. (1988, 02 Eylül). Resmi Gazete (Sayı:19917). Erişim adresi: http://www.emo.org.tr/mevzuat/mevzuat_detay.php?kod=55

- Eren, E. (2000). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. İstanbul: Beta Basım Yayım Dağıtım A.Ş
- Eren, E. (2013). Stratejik Yönetim ve İşletme Politikası. Eren Beta Yayınları
- Guidelines for environmental infection control in healthcare facilities. (2003). Recommendations of centers for disease control and prevention (CDC) and the Healthcare Infection Control Practices Advisory Committee (HICPAC). Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/infectioncontrol/pdf/guidelines/environmental-guidelines-P.pdf>
- Guidelines for Protecting the Safety and Health of Health Care Workers. (1988) NIOSH Publication, pp: 88-119. Erişim adresi: <https://www.cdc.gov/niosh/docs/88-119/pdfs/88-119.pdf?id=10.26616/NIOSH PUB88119>
- Hartman, M. K., Liang, B. A. (1999). Exceptions to informed consent in emergency medicine, perspectives in legal medicine and health law (s.53-59). Hartman & Liang: Informed Consent.
- Hastane Afet ve Acil Durum Planları (Hap) Uygulama Yönetmeliği. (2015, 20 Mayıs). Resmi Gazete (Sayı:29301). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/03/20150320-13.htm>
- How Good Is Your Ambulance Service?- A Basic Quality Kit for Rural North Dakota Ambulance Services, North Dakota Rural EMS Improvement Project 2011. Erişim adresi: <http://aace.org.uk/wp-content/uploads/2013/11/AMB-QI-guidance-v1.311.doc>
- Hasta Güvenliği, Türkiye ve Dünya. (2011). Ankara Türk Tabipleri Birliği Yayınları.
- Hasta Hakları Yönetmeliği. (1998, 01 Ağustos). Resmi Gazete (Sayı:23420). Erişim adresi: <http://www.mevzuat.gov.tr/Metin.aspx?MevzuatKod=7.5.4.847&MevzuatIlski=0&sourceXmlSearch=hasta%20haklar%C4%B1>
- Hasta Hakları Yönetmeliğinde Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik. (2019, 16 Ocak). Resmi Gazete (Sayı: 28994). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2019/01/20190116-10.htm>

- Inozu, B., Chauncey, D. et.al. (2012). Performance Improvement for Healthcare-
- Leading Change with Lean, Six Sigma and Constraints Management. Novaces:LLC.
- Institute of Medicine.(1999). “To Err is Human: Building a Safer Health System”Washington: DC: National Academy Press.
- ISO 9001. (2008). “Quality management systems-Requirements”. Erişim adresi: <https://www.iso.org/obp/ui/fr/#iso:std:iso:9001:ed-4:v2:en:fn:3>
- İlaçların Güvenliliği Hakkında Yönetmelik. (2014, 15 Nisan). Resmi Gazete (Sayı: 28973). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2014/04/20140415-6.htm>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu. (2012, 30 Haziran). Resmi Gazete (Sayı: 28339). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/06/20120630-1.htm>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulları Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Ocak). Resmî Gazete (Sayı: 28532). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/01/20130118-3.htm>
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği. (2012, 29 Aralık). Resmi Gazete (Sayı: 28512). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2012/12/20121229-13.htm>
- İşyeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik. (2013, 17 Temmuz). Resmî Gazete (Sayı:28710). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/07/20130717-2.htm>
- İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik. (2013, 18 Haziran). Resmî Gazete (Sayı: 28681). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2013/06/20130618-8.htm>
- İzzettin, F. V, Sancar, M., Acar, Sancar, A., Apikoğlu-Rabuş, Ş. (2013). İlaç Yönetimi. (Hastane Yönetimi) 55. Bölüm. Nobel Tıp Kitabevi, ss:845-862. İstanbul

- NHS England, Transforming urgent and emergency care services in England-Clinical models for ambulance services. (2015). Erişim adresi: <https://www.nhs.uk/NHSEngland/keogh-review/Documents/UECR-ambulance-guidance-FV.PDF>
- North West Ambulance Service NHS, Paramedic pathfinder and community care pathways V3. (2014). Erişim adresi: <https://www.nwas.nhs.uk/DownloadFile.ashx?id=286&page=16586>
- Rampton, G.M., Turnbull, L.J., Doran, J. A. (1999). Human Resource Management Systems: A Practical Approach, (2nd edition) Ontario: Carswell Thomson Professional Publishing, s.25.
- Pre-Hospital Emergency Care Council, Clinical Practice Guidelines-Paramedic. (2014). Erişim adresi: <https://www.phccit.ie/Images/PHECC/Clinical%20Practice%20Guidelines/2014%20CPG/20141031%20Paramedic%20CPGs.pdf>
- Queensland Government, Clinical Practice Guidelines: Other/Patient refusal of treatment or transport. (2016). Erişim adresi: https://www.ambulance.qld.gov.au/docs/clinical/cpg/CPG_Patient%20refusal%20of%20treatment%20or%20transport.pdf
- Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik. (2013, 06 Ağustos). Resmi Gazete (Sayı: 28730). Erişim adresi:
- Sağlıkta Performans Yönetimi, (2. bs.). (2007). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Ankara
- SKS ve İlaç Güvenliği. (2012). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Ankara.
- SKS Doküman Yönetim Sistemi. (2013). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Ankara.

- SKS-Hastane (Versiyon-5) Seti. (2015). T.C. Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı. Ankara.
- Siegel, J. D., Rhinehart, E., et all. (2007). Guideline for Isolation Precautions: Preventing Transmission of Infectious Agents in Healthcare Settings, Centers for Disease Control and Prevention (CDC), pp:1-225.
- T.C. Sağlık Bakanlığı Savunma Sekreterliği Yangın Önleme ve Söndürme Yönergesi. (2008, 20 Ağustos). Resmi Gazete (Sayı:2652). Erişim adresi: <https://www.saglik.gov.tr/TR,11257/saglik-bakanligi-yangin-onleme-ve-sondurme-yonergesi.html>
- Tatar, M.(Ed). (2012). Sağlık Kurumları Yönetimi-I. Eskişehir Anadolu Üniversitesi Tengilimoğlu, D. (2011). Sağlık İşletmeleri Yönetimi. Ankara
- The Ambulance New Zealand, Air ambulance / air search and rescue service standard Version 2.0 (2013). Erişim adresi: http://www.ambulancenz.co.nz/downloads/files/Air_Standard_V2.0_2013_final.pdf
- The Association of Ambulance Chief Executives, NHS Ambulance Services Delivering Urgent and Emergency Care. (2015). Erişim adresi: <http://aace.org.uk/wp-content/uploads/2016/10/AACE-Leading-the-way-to-care-FINAL-W.pdf>
- The Committee on Trauma of the American College of Surgeons, Equipment for ambulances. (2009). Erişim adresi: <https://www.facs.org/~media/files/quality%20programs/trauma/publications/ambulance.ashx>
- Thompson, B.L. (1998). Yönetim Fonksiyonları. (Çev. V.G. Diker,), İstanbul: Hayat Yayınları.
- Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliği. (2017, 22 Ocak). Resmi Gazete (Sayı:25883). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2017/01/20170125-2.htm>
- Tıbbi Cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkında Yönetmelik.

(2015, 25 Haziran). Resmi Gazete (Sayı:29397). Erişim adresi: <http://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/06/20150625-4.htm>

- UK Statistics Authority, Statistics on Ambulance Service Quality in England. (2014). London: NHS England- Assessment
- Uztuğ, F. (Ed). Kurumsal İletişim. Eskişehir Anadolu Üniversitesi. Ülgen, H. ve Mirzek, K. (2004). İşletmelerde Stratejik Yönetim. Literatür Yayınları.
- World Health Organization. (1998). Health Promotion Glossary, 1998 version. Erişim adresi: <https://www.who.int/healthpromotion/about/HPG/en/>
- World Health Organization. (2008)†. World Alliance for Patient Safety: forward programme 2008-2009, 1st ed. World Health Organization. Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/handle/10665/70460>
- WHO Guidelines on Hand Hygiene in Health Care, First Global Patient Safety Challenge Clean Care is Safer Care. (2009). World Health Organization: Patient Safety, pp: 1-270. Erişim adresi:https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/44102/9789241597906_eng.pdf?sequence=1
- World alliance for patient safety : WHO draft guidelines for adverse event reporting and learning systems : from information to action. (2005). WHO/EIP/SPO/QPS/05.03 içinde . Erişim adresi: <https://apps.who.int/iris/bitstream/handle/10665/69797/WHO-EIP-SPO-QPS-05.3-eng.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

