



2023 YILI SAĞLIKTA KALİTE DEĞERLENDİRMELERİ
Değerlendirilecek Standartlar
(Kadın Hastalıkları ve Doğum Hastanesi)

| KOD | ÇEKİRDEK STANDART (Ç) | STANDART |
|------------------------------------|-----------------------|---|
| KURUMSAL YAPI | | |
| KKU06 | | Klinik yönetim ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır. |
| KKU08 | | Hastanenin elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır. |
| KALİTE YÖNETİMİ | | |
| KKY02 | Ç | Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır. |
| KKY04 | Ç | SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır. |
| KKY07 | Ç | Hasta güvenliği komitesi bulunmalıdır. |
| KKY10 | Ç | Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır. |
| RİSK YÖNETİMİ | | |
| KRY01 | Ç | Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. |
| KRY02 | Ç | Hastanede gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. |
| KRY03 | Ç | Risk yönetim planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir. |
| KRY04 | Ç | Belirlenen risklerin kaynağında yok edilmesi veya en aza indirilmesine yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. |
| KRY05 | | Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen iyileştirme çalışmalarının etkinliği düzenli aralıklarla izlenmelidir. |
| İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ | | |
| Kİ001 | Ç | İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır. |
| Kİ004 | Ç | İstenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. |
| AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ | | |
| KAD01 | | Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır. |
| KAD02 | | Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır. |
| KAD03 | | Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır. |
| KAD04 | | Hastane acil durum plan krokileri bulunmalıdır. |
| KAD05 | | Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| KAD06 | | Hastanede görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitim verilmelidir. |
| KAD07 | Ç | Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| KAD08 | | Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| KAD09 | | Pembe kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| KAD10 | | Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. |
| KAD11 | | Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| KAD12 | Ç | Hastane, yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmalıdır. |
| KAD13 | Ç | Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| KAD14 | Ç | Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır. |
| EĞİTİM YÖNETİMİ | | |
| KEY01 | | Hastanede, hasta, hasta yakını ve çalışan bazında eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir. |
| KEY02 | | Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır. |
| KEY03 | | Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir. |
| KEY04 | | Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir. |
| KEY05 | | Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir. |
| KEY06 | Ç | Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| HASTA DENEYİMİ | | |
| HHD02 | Ç | Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır. |
| HHD05 | Ç | Hasta deneyimi anketleri uygulanmalıdır. |
| HHD06 | Ç | Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır. |
| HHD07 | Ç | Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır. |
| HHD11 | | Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır. |
| HHD12 | | Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| HHD13 | | Tıbbi sosyal hizmet sunumuna yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| HİZMETE ERİŞİM | | |
| HHE01 | | Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere hastanede karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir. |
| HHE02 | | Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır. |
| HHE05 | | Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır. |

| YAŞAM SONU HİZMETLER | | |
|---|---|--|
| HYS01 | | Yaşam sonu hizmetlere yönelik süreçler ve süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır. |
| HYS07 | | Cenaze yakınları için bekleme alanı bulunmalıdır. |
| HYS08 | | Cenaze, hasta yakınlarına, kimlik doğrulaması yapılarak teslim edilmelidir. |
| SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI | | |
| HSÇ06 | Ç | Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| HSÇ07 | Ç | Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır. |
| HSÇ08 | Ç | Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır. |
| HSÇ09 | | Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır. |
| HSÇ10 | | Personelin sağlık durumlarına ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| HSÇ11 | | Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir. |
| HSÇ12 | | Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır. |
| HASTA BAKIMI | | |
| SHB02 | | Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bulgular, ön tanı, tanı ve tedaviye yönelik plan hastane tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalıdır. |
| SHB03 | Ç | Yatan hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir. |
| SHB04 | Ç | Bakım ihtiyaçları doğrultusunda yatan hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir. |
| SHB05 | | Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanımını sağlamaya yönelik kurallar belirlenmelidir. |
| SHB06 | | Ağrı takibinin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SHB07 | Ç | Hastaların tıbbi beslenme sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SHB08 | Ç | Hastaların tıbbi beslenme destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SHB09 | Ç | Basınç yarısının kontrolü ve önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır. |
| SHB10 | | Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır. |
| SHB12 | Ç | Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SHB13 | | Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SHB15 | Ç | Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır. |
| SHB22 | Ç | Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır. |
| İLAÇ YÖNETİMİ | | |
| SIY04 | Ç | İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SIY05 | Ç | İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir. |
| SIY06 | | İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SIY07 | | İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SIY08 | Ç | İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| SIY10 | | Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SIY11 | | Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| SIY14 | | İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır. |
| SIY15 | | İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ | | |
| SEN08 | | Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır. |
| SEN12 | Ç | Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. |
| SEN14 | | Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir. |
| TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON HİZMETLERİ | | |
| SDS05 | Ç | Yüksek düzey dezenfektanlarla gerçekleştirilen uygulamaların kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır. |
| SDS09 | | Paketleme ve yükleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır. |
| SDS10 | Ç | Sterilizasyon işleminin etkinliği sağlanmalıdır. |
| SDS11 | | Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır. |
| SDS12 | | Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir. |
| SDS13 | | Sterilizasyon süreci izlenebilir olmalıdır. |
| SDS15 | Ç | Hastanede kullanılan endoskopik cihazların dezenfeksiyon süreci ve sürece yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |
| TRANSFÜZYON HİZMETLERİ | | |
| STH06 | | Kan ve kan bileşenlerinin güvenli transferi sağlanmalıdır. |
| STH07 | Ç | Transfüzyon sürecinde hasta güvenliği sağlanmalıdır. |
| STH08 | | Transfüzyona bağlı olarak gelişen reaksiyonlar izlenmelidir. |
| STH09 | | Kan ve kan bileşenlerinin imhasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| RADYASYON GÜVENLİĞİ | | |
| SRG09 | Ç | Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. |
| SRG11 | Ç | Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır. |

| ACİL SERVİS | | |
|-------------------------------|---|--|
| SAS05 | | Karşılama, danışma, yönlendirme ve kayıt hizmetlerinin etkin şekilde sunulması sağlanmalıdır. |
| SAS08 | | Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır. |
| SAS09 | Ç | Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır. |
| SAS10 | | Hasta ve hastaya ait numunelerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır. |
| AMELİYATHANE | | |
| SAH04 | | Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| SAH05 | | Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| SAH06 | | Tıbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir. |
| SAH07 | Ç | Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır. |
| SAH08 | Ç | Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır. |
| SAH10 | Ç | Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ | | |
| SYB03 | | Her yatak başında tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. |
| SYB05 | | Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| SYB08 | Ç | Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir. |
| SYB12 | | Yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir. |
| YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ | | |
| SYD01 | | Yenidoğan yoğun bakım ünitesi ile ilgili süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |
| SYD02 | | Yenidoğan için sunulması gereken temel bakım hizmetleri tanımlanmalıdır. |
| SYD03 | | Yoğun bakım ünitesinde gerekli fiziki düzenlemeler yapılmalıdır. |
| SYD04 | | Her kuvöz için tıbbi gaz sistemine bağlı hasta başı paneli bulunmalıdır. |
| SYD05 | | Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| SYD06 | | Yoğun bakım ünitesinde el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme ve ekipman bulunmalıdır. |
| SYD08 | | Anne-bebek uyum odası bulunmalıdır. |
| SYD09 | | Gürültü kontrolü sağlanmalıdır. |
| SYD10 | Ç | Bebekler, mortalite riski açısından değerlendirilmelidir. |
| SYD11 | Ç | Bebekler sepsis ve organ yetmezliği açısından değerlendirilmeli ve izlenmelidir. |
| SYD12 | Ç | Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır. |
| SYD13 | Ç | Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| SYD14 | Ç | Bebeklerin transferi güvenli şekilde sağlanmalıdır. |
| SYD15 | | Yenidoğan yoğun bakım ünitesine kabul, taburculuk ve sevk kriterleri belirlenmelidir. |
| SYD16 | | Yenidoğan yoğun bakım ünitesinde hava yolu izlemine ilişkin kurallar belirlenmelidir. |
| DOĞUM HİZMETLERİ | | |
| SDH01 | | Doğum hizmetleri için uygun fiziksel koşullar sağlanmalıdır. |
| SDH02 | | Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır. |
| SDH03 | Ç | Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| SDH04 | | Doğum eylemini izlemeye yönelik Güvenli Doğum Süreci Kontrol Listesi kullanılmalıdır. |
| SDH05 | Ç | Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| SDH06 | | Doğum sürecinde gebe yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerini sağlayan görsel araçlar (tv, monitör gibi) bulunmalıdır. |
| SDH07 | | Gebe ve yakınlarına gebelik süreci ve doğum eylemine ilişkin eğitim verilmelidir. |
| BİYOKİMYA LABORATUVARI | | |
| SBL02 | Ç | Biyokimya laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. |
| SBL06 | Ç | Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır. |
| SBL07 | Ç | Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. |
| MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI | | |
| SML02 | Ç | Mikrobiyoloji laboratuvar testleri ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. |
| SML06 | Ç | Laboratuvar testlerinin iç kalite kontrol çalışmaları yapılmalıdır. |
| SML07 | Ç | Laboratuvar testlerine yönelik dış kalite değerlendirme çalışmaları yapılmalıdır. |
| PATOLOJİ LABORATUVARI | | |
| SPL02 | Ç | Patoloji laboratuvarı ile ilgili analiz öncesi süreçler kontrol altında tutulmalıdır. |
| SPL15 | Ç | Laboratuvarda uçucu kimyasal maddelere karşı koruyucu önlemler alınmalıdır. |

| TESİS YÖNETİMİ | | |
|---------------------------------|---|--|
| DTY01 | | Bina turları yapılmalıdır. |
| DTY02 | | Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| DTY03 | | Hastane yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve hastane içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır. |
| DTY04 | Ç | Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır. |
| DTY05 | | Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir. |
| DTY06 | | Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır. |
| DTY07 | | Çevre düzenlemesi yapılmalıdır. |
| DTY08 | Ç | Hastanede su, elektrik enerjisi, ısıtma-soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılabilir alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir. |
| DTY09 | | Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| DTY10 | | Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| DTY11 | | Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| DTY12 | | Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| DTY13 | | Sıhhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| DTY14 | | Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| DTY15 | | Sıkıştırılmış gaz silindirlere yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| DTY16 | | Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir. |
| OTELCİLİK HİZMETLERİ | | |
| DOH02 | | Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır. |
| DOH05 | | Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır. |
| DOH07 | Ç | Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır. |
| DOH10 | | Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır. |
| DOH11 | Ç | Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| DOH12 | | Hastane dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır. |
| DOH13 | | Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır. |
| DOH14 | | Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| DOH15 | | Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır. |
| BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ | | |
| DBY10 | Ç | SBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| DBY12 | | Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır. |
| DBY13 | Ç | Sistem odalarının güvenliği sağlanmalıdır. |
| MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ | | |
| DMC03 | | Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| DMC10 | | Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır. |
| DMC12 | | Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır. |
| DMC13 | Ç | Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır. |
| TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ | | |
| DTA01 | | Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır. |
| DTA02 | | Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır. |
| DTA04 | Ç | Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ve standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır. |
| DTA06 | | Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanmasına yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır. |
| DTA07 | | Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır. |
| DIŞ KAYNAK KULLANIMI | | |
| DDK02 | Ç | Diş kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır. |
| GÖSTERGELERİN İZLENMESİ | | |
| GGİ01 | Ç | Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir. |
| GGİ06 | | Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır. |
| GGİ07 | | Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir. |