



2021 YILI ÖZDEĞERLENDİRME RAPORU



Doküman Kodu K.KY.YD.01		Yayın Tarihi 06.01.2020	Revizyon Tarihi 27.07.2021			Revizyon No 01
İLGİLİ BÖLÜM	STANDART KODU	STANDART	SKS PUANI	SONUÇ	ALINAN PUAN	AÇIKLAMA
Kurumsal Yapı	KKU01	Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KKU02	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KKU03	Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	KKU04	Kurumun misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	50	Karşılıyor	50	
	KKU05	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Hedefler ölçülebilir değil.
	KKU06	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren bir eylem planı mevcut değil. (DÖF)
	KKU07	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KKU08	Kurumun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Kurumun web sitesinde Kurum Kalite Birimi ve çalışmaları yer almıyor.
Kalite Yönetimi	KKY01	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KKY02	Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KKY03	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	50	Karşılıyor	50	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlendi. DÖF eğitimi verildi. Takip planlanmıştır.
	KKY04	SKS ADSH Setine ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KKY05	Kurum yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KKY06	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Hasta Güvenliği Komitesi toplantı kayıtlarının eksik olduğu tespit edildi. Komite görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini planlamıyor.
	KKY07	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi toplantı kayıtlarının eksik olduğu tespit edildi. Bir önceki toplantıda alınan kararlar belirlenen zaman içinde gerçekleştirilmedi. Komite görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini planlamıyor.
	KKY08	Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KKY09	Tesis Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Tesis Güvenliği Komitesi toplantı kayıtlarının eksik olduğu tespit edildi. Bir önceki toplantıda alınan kararlar belirlenen zaman içinde gerçekleştirilmedi. Komite görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini planlamıyor.
	KKY10	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	KKY11	SKS ADSH kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	15	

	KKY12	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	KKY13	Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
Doküman Yönetimi	KDY01	SKS ADSH Setinde yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KDY02	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	KDY03	Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	KDY04	Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir.	10	Kısmen Karşılıyor	5	Üst yönetim tarafından onaylanmış dokümanlarda eksiklik olduğu tespit edildi.
	KDY05	Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	10	Karşılıyor	10	
Risk Yönetimi	KRY01	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Risk yönetimi çalışmalarında bölüm kalite sorumluları belirlenmemiş.
	KRY02	Kurumda gerçekleşebilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KRY03	Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Belirlenen risklere yönelik kök neden analizi bulunmuyor.
	KRY04	Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	2021 Yılı risk analiz raporu bekleniyor.
	KRY05	Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KİO01	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KİO02	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedebilecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KİO03	Çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.	50	Kısmen Karşılıyor	25	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitim 2021 yılı eğitim planındayken almakta ve kasım ayı içerisinde gerçekleştirilecektir.
	KİO04	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	
	KİO05	Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	
Durum ve Afet Yönetimi	KAD01	Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Acil Durum ve Afet Yönetimi ile ilgili toplantı kayıtlarının eksik olduğu tespit edilmiştir.
	KAD02	Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KAD03	Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KAD05	Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Tahliye planı yapıldı. Tatbikat yıl sonuna planlandı.
	KAD06	Acil durum ve afet yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir. (Bkz.Eğitim Yönetimi Bölümü)	30	Karşılıyor	15	
	KAD07	Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.		Değerlendirme Dışı	0	3. Derece deprem bölgesi olduğu için değerlendirme dışı tutulmuştur.
	KAD08	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	

Acil	KAD09	Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KAD10	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KAD11	Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KAD12	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Eğitim Yönetimi	KEY01	Kurumda hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	KEY02	Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KEY03	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	50	Karşılıyor	50	
	KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	KEY05	Eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Ön tes-son test yapılmış, ancak etkinlik değerlendirmesi mevcut değil.
	KEY06	Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Hasta/hasta yakını eğitimleri ayaktan verilmektedir.
Hasta Deneyimi	HHD01	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	HHD02	Hasta ve yakınlarının görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	HHD03	Hasta geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Aylık online yapılıyor.
	HHD04	Hasta ve hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.	50	Karşılıyor	50	
	HHD05	Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	HHD06	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	HHD07	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.	10	Kısmen Karşılıyor	5	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmemektedir.
	HHD08	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.	10	Kısmen Karşılıyor	5	
	HHD09	Hastanın, bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	HHD10	Hastaların; kültürel ve manevi değerleriyle çatışmadan hizmet alması sağlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	HHD11	Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	HHD12	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	
Hizmete Erişim	HHE01	Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.	30	Karşılıyor	30	Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti güvenlik personeli tarafından verilmektedir.
	HHE02	Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	HHE03	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	10	Karşılamıyor	0	Hastaların muayene olacağı zaman aralığının belirlenmediği tespit edilmiştir.
	HHHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	10	Karşılamıyor	0	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmamaktadır.

H	HHE05	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30		
	HHE06	Kurumda mesai saatleri dışında hastanın acil durumları ile ilgili hizmete erişimini kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Mesai dışında hizmet verilmiyor.	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HŞÇ02	Kurumun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	10	Karşılıyor	10		
	HŞÇ03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10		
	HŞÇ05	Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.	10	Karşılamıyor	0	Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmemiş.	
	HŞÇ06	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25		
	HŞÇ07	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50		
	HŞÇ08	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	50	Karşılıyor	50		
	HŞÇ09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15		
	HŞÇ10	Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30		
	HŞÇ11	Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15		
	HŞÇ12	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15		
	Enfeksiyonların Önlenmesi	SEN01	Enfeksiyonların önlenmesine yönelik 'Enfeksiyon Kontrol Komitesi' oluşturulmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
		SEN02	Kurumun tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
SEN03		Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50	Karşılıyor	50		
SEN04		El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50		
SEN05		Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	50	Karşılıyor	50		
SEN06		İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15		
SEN07		Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	30		
SEN08		Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30		
SEN09		Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Bağışıklamanın mümkün olduğu enfeksiyonlara karşı temas öncesi bağışıklığın sağlanmadığı ve rutin taramaların yapılmadığı tespit edilmiştir.	
SEN10		Enfeksiyon önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30	Karşılıyor	30	Temizlik Kuralları, Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı, El Hijyeni ile ilgili eğitim verildi.	
SEN11		Enfeksiyonların önlenmesine ilişkin uygulamalar izlenmeli, analiz edilmeli ve analiz sonuçlarına göre iyileştirmeye yönelik gerekli faaliyetler gerçekleştirilmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Sadece el hijyeni ile ilgili kayıtlar tutuluyor.	
	SSH01	Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10		
	SSH02	Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30		

Sterilizasyon Hizmetleri

SSH03	Sterilizasyon ünitesinde; yıkama, dezenfeksiyon ve paketleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	En az haftada bir kimyasal indikatör veya protein varlığını saptayan testler ile yıkama etkinlik kontrolü yapılmadığı tespit edilmiştir.
SSH04	Sterilizasyon işleminin etkinliği kontrol edilmelidir.	50	Karşılıyor	50	
SSH05	Sterilizasyon cihazlarının program döngüleri izlenmeli ve kaydedilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
SSH06	Basınçlı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
SSH07	Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Steril malzemenin üzerinde sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bulunmadığı tespit edilmiştir.
SSH08	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Gerektiğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılmıyor.
SSH09	Lümenli aletlerin; yıkama, paketleme ve sterilizasyon süreçleri ile bu süreçlerin kontrolüne yönelik kurallar belirlenmelidir.	50	Karşılıyor	50	
SiY01	Kurumda ilaç yönetimi ile ilgili sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SiY02	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10	Kısmen Karşılıyor	10	
SiY03	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
SiY04	İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.		Değerlendirme Dışı		Yataklı klinik bulunmamaktadır.
SiY05	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Yataklı klinik bulunmamaktadır.
SiY06	İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SiY07	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor		
SiY08	Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılamıyor	0	Kurum iç işleyişinde Farmakovijilans sorumlusu belirlenmiş fakat sorumlunun TUFAM şifresi mevcut değil, bakanlıkça verilen eğitimleri almamış.
SiY09	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SiY10	Narkotik ve psiko trop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SiY11	Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Yataklı klinik bulunmamaktadır.
SiY12	Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.		Değerlendirme Dışı		
SiY13	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	10	Karşılamıyor	0	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmamaktadır.
SiY14	İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler ayakta, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	Her kliniğin işleyiş prosedüründe bahsedilmiş.
SHB02	Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
SHB03	Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.		Değerlendirme Dışı		Yataklı klinik bulunmamaktadır.
SHB04	Yatan hasta ve hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Yataklı klinik bulunmamaktadır.

İlaç Yönetimi

Hasta Bakımı

SHB05	Hasta ve hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SHB06	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik bilgilendirme sözel yapılmakta, verilen eğitimler kayıt altına alınmıyor.
SHB07	Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	15	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin kurallar belirlenmemiş. Hangi kimlik doğrulama aracının kullanılacağı belli değil.
SHB08	Kimlik doğrulama amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Tam ve tedavi süreçlerinde farklı aşamalarda kullanılması gereken tanımlayıcılar kullanılmıyor. (DÖF)
SHB09	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
SHB10	Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
SHB11	Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.		Değerlendirme Dışı		
SHB12	Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SHB13	Hasta bakım sürecinde uygulanan tıbbi işlemler ile gerçekleştirilen tedaviler kayıt altına alınmış ve hastaların tekrar başvurularında ulaşılabilir olmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SHB14	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılanmıyor	0	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastaların belirlenmediği ve ilgili çalışanların hasta ile ilgili bilgilendirilmediği tespit edildi.
SHB15	Özellikli hasta grupları ve bu gruplara özgü klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
SHB16	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Mavi kod ekibine ait olan acil müdahale seti kullanılmakta olup, bölümlere ait acil müdahale seti bulunmamaktadır.
SHB17	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
SHB18	Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
SRG01	Radyasyon güvenliğini sağlamaya yönelik sorumlular belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SRG02	Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
SRG03	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Radyasyon yayan portable cihaz bulunmamaktadır.
SRG04	Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri belirlenmeli ve ilgili çalışanların eğitim alması sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
SRG05	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
SRG06	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
SRG07	Radyoloji ünitesi dışında yapılan çekimlerde hastaların ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Radyoloji ünitesi dışında çekim yapılmamaktadır.

Radyasyon Güvenliği

	SRG08	Radyasyon uygulaması yapılan alanda çalışan personele, hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
Protez Laboratuvarı Hizmetleri	SPL01	Protez laboratuvarının fiziki ortamı, protez güvenliği ve çalışan güvenliğini sağlayacak şekilde oluşturulmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	
	SPL02	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmıyor.
	SPL03	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmıyor.
	SPL04	Protez laboratuvarında protez yapım sürecinde kullanılan tüm cihaz ve malzemelerin kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Protez laboratuvarında protez yapım sürecinde kullanılan tüm cihaz ve malzemelerin kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmamış.
	SPL05	Protez teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Protezler, laboratuvar tarafından, protez teslim raporu ile teslim edilmediği, protez teslim raporunda bulunması gereken bilgilerin belirlenmediği tespit edildi.
	SPL06	Hasta, protez teslim süresi ve protez kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	SPL07	Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmıyor.
Ameliyathane	SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10	Kısmen Karşılıyor	5	
	SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	SAH03	Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	SAH04	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Düzenli aralıklarla havalandırma sisteminin performans testlerinin yapılmadığı tespit edildi.
	SAH05	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	SAH06	Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden tıbbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç düzeyleri izlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	SAH07	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	SAH08	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	SAH09	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar, bakım ve tedavinin güvenliği ve devamlılığına yardımcı olmak üzere eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	SAH10	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmamaktadır. (DÖF)
	SAH11	Ameliyat olan hastanın yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Ameliyat olan hastanın yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmuyor.(DÖF)
	DYT01	Bina turları yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DYT02	Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	30	
	DYT03	Kuruma ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	

Tesis Yönetimi

DYT04	Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DTY05	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	10	Karşılıyor	10	Pandemiden dolayı iletişime açık olmayan alanlar mevcut.
DYT06	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DTY07	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
DTY08	Kurumda su, elektrik enerjisi ve medikal gaz hizmetleri kesintisiz olarak verilmelidir.	50	Karşılıyor	50	
DTY09	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DTY10	Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Havalandırma ve hava filtreleme sistemlerinin kontrolü ve bakımı pandemi süresince kullanılmaması nedeniyle ertelenmiştir.
DTY11	Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	30	
DTY12	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Klor ölçümü yapılmamaktadır.
DTY13	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DTY14	Sıkıştırılmış gaz konteynırlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DTY15	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Kurumda otoklav, kompresör ve kalorifer kazanı bulunmakta ve kompresörün periyodik bakımlarının firmanın belirlediği zamanlarda yapılmaktadır.
DOH01	Kurumun temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DOH02	Kurumun temizliği sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
DOH03	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Kurum mutfak hizmeti verilmiyor.
DOH04	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Kurum mutfak hizmeti verilmiyor.
DOH05	Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Kurum mutfak hizmeti verilmiyor.
DOH06	Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Kurum mutfak hizmeti verilmiyor.
DOH07	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DOH08	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Çamaşırhaneye yönelik temiz alandan 2. kapı açılması planlanıyor.
DOH09	Yatarak tedavi olan hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DOH10	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DOH11	Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DOH12	Kurum bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DOH13	Muayene odalarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Muayene odaları bireysel olmayıp muayene odası girişinde hekim adı soyadı bulunmuyor.
DOH14	Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DOH15	Hasta/hasta yakını ile çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	

Otelcilik Hizmetleri

Bilgi Yönetim Sistemi	DBY01	Bilgi Yönetim Sistemi süreçlerine ilişkin kurum politikası oluşturulmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DBY02	Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DBY03	Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	DBY04	Bilgi Yönetim Sistemine ilişkin hata bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DBY05	Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde bilgi güvenliğini ve mahremiyetini sağlamaya yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	DBY06	Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılabilirlik açısından gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	DBY07	Bilgi Yönetim Sistemi etkin kullanılabilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	DBY08	Bilgi Yönetim Sistemi (BYS)'de yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DBY09	Bilgi Yönetim Sistemi üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DBY10	Bilgi Yönetim Sistemi üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	DBY11	Bilgi Yönetim Sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Bilgisayarlarda kullanılan tüm programlar lisanslı değil. Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı mevcut değil.
	DBY12	Bilgi yönetim Sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli teknik ve destek alt yapıları oluşturulmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	DBY13	Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	DBY14	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	DBY15	Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DBY16	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC01	Malzeme ve cihazların etkin şekilde yönetilmesi sağlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	DMC02	Malzeme ve cihazların teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DMC03	Malzemelerin muhafazası ve transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DMC04	Tıbbi cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Tıbbi cihazların cihaz kimlik kartı bulunmuyor.
	DMC05	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	DMC06	Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	DMC07	Kullanılması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren cihazları (otoklav, jeneratör gibi) kullanacak kişilere eğitim verilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	DMC08	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmamaktadır.	

Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetle	DTA02	Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DTA03	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	DTA04	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Dijital ortamda mevcut.
	DTA05	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DTA06	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır.		Değerlendirme Dışı		
	DTA07	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	Atık Yönetimi	DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10
DAY02		Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Atık kutuları, içeriğinin uygunluğu açısından belli aralıklarda kontrol edilmediği tespit edildi. (DÖF)
DAY03		Atıklar, hasta ve çalışan güvenliğine zarar vermeyecek şekilde toplanmalı ve taşınmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DAY04		Atıklar, bertarafına yönelik teslimine kadar, geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
DAY05		Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
Dış Kaynak Kullanımı	DDK01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanacak hizmetler tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	DDK02	Dış kaynak kullanılarak sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DDK03	Dış kaynak kullanımı yoluyla alınan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Göstergelerin İzlenmesi	GGİ01	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirmeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	GGİ02	Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Kurumun yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak, SKS' de yer alan göstergelerin dışında göstergeler belirlenmemiş.
	GGİ03	Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	GGİ04	Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	GGİ05	Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Protez laboratuvarında veri gelmemektedir.
	GGİ06	Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Protez laboratuvarında veri gelmemektedir.
	GGİ07	Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.	30	Karşılamıyor	30	
Göstergeleri	GKH01	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	20	Karşılıyor	20	
	0+A239:G248	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	20	Karşılıyor	20	
	GKH15	El Hijyeni Uyum Oranı	20	Karşılıyor	20	
	GKG32	Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı	20	Karşılamıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
	GKH06	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	20	Karşılıyor	20	
	GKH16	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı	20	Karşılıyor	20	

Kalite	GKH22	Ölçü Alımından Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre	20	Karşılıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
	GKH21	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı	20	Karşılıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
	GKK05	Tekrar Alınan Ölçü Oranı	20	Karşılıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
	GKH18	Kaybolan Ölçü Oranı	20	Karşılıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
			7580		6230	
KALİTE PUANI = 67,18						