



2022 YILI ÖZDEĞERLENDİRME RAPORU



Doküman Kodu KKURP01		Yayın Tarihi 06.01.2020	Revizyon Tarihi 24.07.2020			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	Karşılıyor	50	
	KKU06	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KKU07	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KKU08	Kurumun elektronik ortamda temsili ve tanıtımına yönelik çalışma yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
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	
	KKY04	SKS ADŞH 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	Karşılmıyor	0	Kurum yönetiminin, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantılarının yapılmadığı tespit edilmiştir.
	KKY06	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileşme çalışmaları yapılmıyor. Komite görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini planlamıyor.
	KKY07	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileşme çalışmaları yapılmıyor. 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	Komite tarafından görev alanına ilişkin gerekli iyileşme çalışmaları yapılmıyor. Komite görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini planlamıyor.
	KKY10	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	KKY11	SKS ADŞH kapsamında tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KKY12	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Tüm komitelerin belirlemediği izlendi.
	KKY13	Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
Doküman Yönetimi	KDY01	SKS ADŞH Setinde yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KDY02	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	KDY03	Panolarla asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	KDY04	Üst yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanlar muhafaza edilmelidir.	10	Karşılıyor	10	
	KDY05	Dokümanlar uygun şekilde arşivlenmelidir. Dokümanların imhasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	10	Karşılıyor	10	
Yönetimi	KRY01	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Risk yönetimi çalışmaları, bölüm kalite sorumluları ve tüm komitelerle entegre biçimde yürütülmüyor.
	KRY02	Kurumda gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KRY03	Risk yönetimi kapsamında riskler bir plan dahilinde belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50	Karşılıyor	50	

Risk	KRY04	Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler alınmalı ve iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	KRY05	Risk yönetiminin etkinliği izlenmelidir.	30	Karşılamıyor	0	2022 Yılında risk analizi yapılmamış. (DÖF)
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KİO01	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Bildirim, analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular belirlenmemiş.
	KİO02	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedebilecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	KİO03	Çalışanlara İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.	50	Karşılıyor	50	
	KİO04	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri düzenli aralıklarla raporlanıp değerlendirilmiyor.
	KİO05	Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınmalı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerilerinin alınmadığı ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulmadığı tespit edilmiştir.
	Acil Durum ve Afet Yönetimi	KAD01	Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibinin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30
KAD02		Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
KAD03		Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	2023 Yılında revizyon planlandı.
KAD05		Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Taşınabilir jeneratörü ve frenleri de içeren acil ışıklandırmanın ve alternatif elektrik, su, ısınma ve iletişim kaynaklarının organizasyonun olmadığı tespit edilmiştir.
KAD06		Acil durum ve afet yönetimine yönelik eğitimler verilmelidir. (Bkz.Eğitim Yönetimi Bölümü)	30	Karşılıyor	30	
KAD07		Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.		Değerlendirme Dışı		3. Derece deprem bölgesi olduğu için değerlendirme dışı tutulmuştur.
KAD08		Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
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	Karşılıyor	30	
	KEY06	Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
İsta 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	
	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	Karşılamıyor	0	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmektedir.

Has	HHD08	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalıdır.	10	Karşılıyor	10		
	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)		Değerlendirilmeye Dışı		Yataklı servis hizmeti verilmiyor.	
	HHD12	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.(30)		Değerlendirilmeye Dışı		Yataklı servis hizmeti verilmiyor.	
	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	Karşılıyor	10	Barkotta yazıyor.	
HHHE04		Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	10	Karşılanmıyor	0	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenleme bulunmamaktadır.	
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.		Değerlendirilmeye Dışı		Mesai dışında hizmet verilmiyor.	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSÇ02	Kurumun insan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	10	Karşılıyor	10		
	HSÇ03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10		
	HSÇ05	Sağlıklı bir çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.	10	Kısmen Karşılıyor	5	2022 Yılı Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik hedefler ve eylem planı hazırlandı, fakat sahada kısmen uygulanmaktadır.	
	HSÇ06	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Kurum ve bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına ya da önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetlerine yönelik çalışma mevcut değil.	
	HSÇ07	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50		
	HSÇ08	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.	50	Karşılıyor	50		
	HSÇ09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	30	Karşılıyor	30		
	HSÇ10	Engelli ve kronik hastalığı olan çalışanlara yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30		
	HSÇ11	Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30	Karşılanmıyor	0	Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapıldı, fakat hiçbir çalışan tarafından görüş, öneri yada şikayet bildirimi gerçekleşmedi.	
	HSÇ12	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30	Karşılanmıyor	0	Aralık 2021 tarihinde çalışan geri bildirim anketleri gerçekleştirilmiş fakat anket sonuçları değerlendirilip, gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmadığı ve üst yönetime bilgi verilmediği tespit edilmiştir. (DÖF)	
	eksiyonların 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	El hijyeni ile ilgili eğitim verildi, fakat eğitim katılım oranları çok düşük.	
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	Karşılıyor	30		
SEN07		Temizlik, dezenfeksiyon, sterilizasyon ve antisepsi süreçlerine yönelik kurallar belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	30		
SEN08		Dezenfeksiyon işlemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Dezenfeksiyon işlemlerinin belirlenen kurallar çerçevesinde uygulanma durumu, ilgili sorumlular tarafından izlenmiyor.	

Enf	SEN09	Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	SEN10	Enfeksiyon önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30	Karşılıyor	30	Temizlik Kuralları, Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı, El Hiyeni 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.
Sterilizasyon Hizmetleri	SSH01	Sterilizasyon ünitesi süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	SSH02	Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	SSH03	Sterilizasyon ünitesinde; yıkama, dezenfeksiyon ve paketlenme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	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	Karşılıyor	30	
	SSH08	Sterilizasyon işlemlerinin her aşamasında; zaman, cihaz, yöntem, uygulayıcı ve kontrol parametrelerine ilişkin kanıtlar açısından izlenebilirlik sağlanmalıdır.	30	Karşılanmıyor	0	Steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgiler hasta dosyasında bulunmuyor. Hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığı kaydedilmiyor, gerektiğinde geriye dönük olarak hastaya kullanılan malzemenin kayıtlarına ulaşılmıyor. (DÖF)
	SSH09	Lümenli aletlerin; yıkama, paketlenme ve sterilizasyon süreçleri ile bu süreçlerin kontrolüne yönelik kurallar belirlenmelidir.	50	Karşılıyor	50	
İlaç Yönetimi	SİY01	Kurumda ilaç yönetimi ile ilgili sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	SİY02	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	SİY03	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Deponun koşullarına göre oluşabilecek riskler tanımlanmamış ve risklere yönelik koruyucu önlemler alınmamış.
	SİY04	İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.		Değerlendirilmemiş		Yataklı klinik bulunmamaktadır.
	SİY05	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.		Değerlendirilmemiş		Yataklı klinik bulunmamaktadır.
	SİY06	İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	SİY07	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor		
	SİY08	Advers Etki Bildirimi (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	SİY09	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	SİY10	Narkotik ve psikoaktif ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	SİY11	Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.		Değerlendirilmemiş		Yataklı klinik bulunmamaktadır.
	SİY12	Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.		Değerlendirilmemiş		Eczane bulunmamaktadır.
	SİY13	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	10	Kısmen Karşılıyor	5	İlaç yönetimi sürecinde oluşturulan tüm verilerin izlenebilirliği ve sürekliliği sağlanmıyor.
	SİY14	İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
HB	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.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Yataklı klinik bulunmamaktadır.
	SHB04	Yatan hasta ve hasta bakımının bölüme uyumu sağlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	SHB05	Hasta ve hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	

Hasta Bakımı	SHB06	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30		
	SHB07	Hasta bakım sürecinde tıbbi işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak için hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50	Karşılıyor	50		
	SHB08	Kimlik doğrulama amacıyla kimlik tanımlayıcısı kullanılmalıdır.	50	Karşılıyor	50		
	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		Yataklı klinik bulunmamaktadır.	
	SHB12	Konsültasyon süreçlerinin etkin ve güvenli şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30		
	SHB13	Hasta bakım sürecinde uygulanan tanısal 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	Kısmen Karşılıyor	15	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalar belirlenip, ilgili çalışanlar hasta ile ilgili bilgilendirilmeyor.	
	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	Karşılıyor	30		
	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		
	Radyasyon Güvenliği	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 cihazımız yoktur.
		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.	
SRG08		Radyasyon uygulaması yapılan alanda çalışan personele, hasta ve çalışanların radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	30		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 süreçler tanımlanmış fakat ölçünün alınması, ölçünün laboratuvara kabulü ve model oluşturma (alçı dökümü) işleminin başladığı zaman, EBYS üzerinde ayrı birer aşama olarak kayıt altına alınarak takip edilmeyor.	
	SPL03	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25		
	SPL04	Protez laboratuvarında protez yapım sürecinde kullanılan tüm cihaz ve malzemelerin kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Tüm cihaz ve malzemelerin kontrolü ve güvenli kullanımına yönelik düzenleme,Protez Laboratuvarı İşleyiş Prosedürü'nde tanımlanmış, fakat sahada uygulanmamaktadır.	
	SPL05	Protez teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.(CEKİRDEK)	50	Karşılamıyor	0	"Protez Laboratuvarı İşleyiş Prosedürü"nde tanımlanmış, fakat sahada uygulanmamaktadır. Protez, laboratuvar tarafından, protez teslim raporu ile teslim edilmemektedir. (DÖF)	
	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 bilgi yönetim sisteminde protez yapım süreci ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanamamaktadır.
Ameliyathane	SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Duvar, tavan ve zemininde kullanılacak olan malzemeler, dezenfeksiyon ve temizlemeye uygun özellikte değil.
	SAH03	Ameliyathane, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
	SAH04	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	SAH05	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Kesintisiz güç kaynaklarının bakımı ve kontrolü düzenli aralıklarla yapılmıyor.
	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	Tam amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	SAH11	Ameliyat olan hastanın yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Tesis Yönetimi	DYT01	Bina turları yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DYT02	Tesis kaynaklı düşmeleri engellemek için önlemler alınmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DYT03	Kuruma ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	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	
	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	Karşılıyor	30	
	DTY11	Elektrik sistemlerinin güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DTY12	Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DTY13	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DTY14	Sıkıştırılmış gaz konteynurlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.(30)		Değerlendirme Dışı		
	DTY15	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	30	Karşılıyor	30	Kurumda otoklav, kompresör ve kalorifer kazanı bulunmakta ve kompresörün periyodik bakımlarının firmanın belirlediği zamanlarda yapılmaktadır.
Diğerleri	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		
	DOH04	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.		Değerlendirme Dışı		
	DOH05	Yemeklerin hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		Değerlendirme Dışı		
	DOH06	Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.		Değerlendirme Dışı		
	DOH07	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	

Otelcilik Hizmeti	DOH08	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Çamaşırhane; çamaşır yıkama, kurutma, ütüleme ve depolama için yeterli alana sahip değil. Çamaşırhane taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun değil.
	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 odası girişinde hekimin adı, soyadı varsa uzmanlık alanı ve unvanı 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	
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 kullanılabilirliktedir.	30	Karşılıyor	30	
	DBY08	Bilgi Yönetim Sistemi (BYS)'de yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Protez laboratuvarı yapım aşamasında
	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 yok.
	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 ortamdaki 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. (DÖF)
	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	Kısmen Karşılıyor	15	Eğitim Kasım ayında planlı, henüz gerçekleşmedi.

	DMC08	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
	DTA02	Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanılmasına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Sorumlular belirlenmemiş
	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)		Değerlendirme Dışı		Ayaktan hastalarda uygulanmaktadır. Yatan hasta olmadığı için değerlendirme dışı.
	DTA05	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.(30)		Değerlendirme Dışı		Yataklı klinik bulunmamaktadır.
	DTA06	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının uygun koşullarda saklanmasına yönelik fiziki ortam oluşturulmalıdır.		Değerlendirme Dışı		Hasta dosyaları dijital ortamda saklanmaktadır.
	DTA07	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Arşiv planı, hasta dosyalarına kolay erişimi sağlayacak ve izlenebilir bir şekilde mi oluşturulmamış.
Atık Yönetimi	DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
	DAY02	Atıklar, kaynağında ayrıştırılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
	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	Kısmen Karşılıyor	15	Tehlikeli atıklar ocak 2023 tarihinden sonra anlaşmalı kuruma teslim edilecek.
	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	Karşılmıyor	30	
Kalite Göstergeleri	GKH01	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	20	Karşılıyor	20	
	0+A239:G248	Personelin Eğitime Katılma Oranı	20	Karşılıyor	20	
	GKH15	El Hijyeni Uyum Oranı	20	Karşılıyor	20	
	GKG32	Dolgu Kaynaklı Yeniden Başvuru Oranı	20	Karşılmıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
	GKH06	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	20	Karşılıyor	20	
	GKH16	Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı	20	Karşılıyor	20	
	GKH22	Ölçü Alımdan Protezin Teslimine Kadar Geçen Ortalama Süre	20	Karşılmıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
	GKH21	Zamanında Teslim Edilmeyen Protez Oranı	20	Karşılmıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
	GKK05	Tekrar Alınan Ölçü Oranı	20	Karşılmıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
	GKH18	Kaybolan Ölçü Oranı	20	Karşılmıyor	0	Gösterge izlenmiyor.
		Toplam Puan	7470	Alınan Puan	6430	
		Yüzdesi	86,07764391			
KALİTE PUANI: % 81						
NOT: Karşılanmayan her bir Çekirdek Standart için Kurum Kalite Puanı 5 puan düşürülür.						