

ORDU ÜNİVERSİTESİ Dış Hekimliği Fakültesi 2023 YILI ÖZDEĞERLENDİRME RAPORU

Bölüm	Kod	Standart	Standartın Puanı	Sonuç	Alınan Puan	Açıklama
Kurumsal Yapı	KKU01	Kurum misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	Misyon, vizyon ve değerler çalışanlar ile paylaşılmalı, konu ile ilgili çalışanlara yönelik farkındalık eğitimleri düzenlenmelidir.
Kurumsal Yapı	KKU02	Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.	40	Karşılamıyor	0	Kurumsal amaç ve hedeflerin güncel olmadığı, hedeflerin 2020 yılında belirlendiği tespit edilmiştir. Misyon, vizyon ve değerler paralelinde hedeflerin yıllık belirlenip, yıllık sonunda da herflerin değerlendirilmesi gerekmektedir.
Kurumsal Yapı	KKU03	Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Kurumsal amaç ve hedefler güncel olmadığı için eylem planında güncel değildir.
Kurumsal Yapı	KKU04	Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Klinik yönetimin yapı taşları klinik denetim, klinik risk yönetimi, kalite güvenesi, klinik etkinlik, kurumsal ve bireysel gelişim tanımlanmamıştır.
Kurumsal Yapı	KKU05	Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Görev tanımlarına sağlık meslekleri için etik ilkeler ile ilgili tanımlama yapılmadığı tespit edilmiştir.
Kurumsal Yapı	KKU06	Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Kurumsal Yapı	KKU07	Kurumun elektronik ortamda tanıtımına ve toplumun bilgilendirilmesine yönelik çalışma yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Web sitesinde çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar, anlaşmalı olduğu kurum bilgileri mevcut değil.
Kalite Yönetimi	KKY01	Kurum kalite politikası oluşturulmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Kurum kalite politikası oluşturulmamış.
Kalite Yönetimi	KKY02	Kalite yönetim sisteminin yapısı tanımlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Kalite Yönetimi	KKY03	SKS'nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir.	50	Karşılıyor	50	
Kalite Yönetimi	KKY04	SKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Kalite Yönetimi	KKY05	Kurum yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Kurum yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapılmamaktadır.
Kalite Yönetimi	KKY06	Kalite yönetiminin etkinliğinin sağlanması amacıyla komiteler oluşturulmalıdır.	40	Karşılıyor	40	
Kalite Yönetimi	KKY07	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Komitenin görev alanına dış protez laboratuvarında hasta güvenliğinin sağlanması konusu da eklenmelidir.
Kalite Yönetimi	KKY08	Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Komitenin görev alanına özellikli durumu olan personelin (gebe, emziren, engelli, kronik hastalık gibi) sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenlemelerin yapılmasının sağlanması ve takibi, çalışan geri bildirimlerinin (öneri, şikayet gibi) ve anket sonuçlarının değerlendirilmesi, çalışan geri bildirimleri ve anket sonuçlarına göre gerekli iyileştirme faaliyetlerinin yapılması konuları da eklenmelidir.
Kalite Yönetimi	KKY09	Eğitim Komitesi bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Kalite Yönetimi	KKY10	Tesis Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Kalite Yönetimi	KKY11	Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılıyor	10	
Kalite Yönetimi	KKY12	Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik kalite iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Kalite Yönetimi	KKY13	Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin görev tanımları yapılmalı, sorumluluk ve yetki alanları belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
Kalite Yönetimi	KKY14	Çalışanlar tanıtım kartı kullanılmalıdır.	10	Kısmen Karşılıyor	5	Bazı çalışanların yaka kartlarını çalıştıkları süre boyunca takmadıkları gözlemlenmiştir.
Doküman Yönetimi	KDY01	Kurumda kalite yönetimi kapsamında oluşturulan dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	

Doküman Yönetimi	KDY02	Kalite yönetimi kapsamında oluşturulan doküman güncel olmalıdır	30	Karşılamıyor	0	Çalışanlarca, kalite yönetim kapsamında oluşturulan dokümanlara ulaşılmadığı tespit edilmiştir. Dokümanlar TURKASOFTA tanımlanmış fakat nasıl ulaşılabileceği konusunda çalışanlar bilgi sahibi değildir. Ayrıca bazı birimlerde sisteme tanımlanmayan formların kullanıldığı görülmüştür. Fakültede kullanılan tüm dokümanların kalite sistemine tanımlanması gerekmektedir.
Doküman Yönetimi	KDY03	Diş kaynaklı dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılamıyor	0	Diş kaynaklı doküman listesinin güncel olmadığı tespit edilmiştir.
Doküman Yönetimi	KDY04	Panolara asılan dokümana yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşıyor	10	
Doküman Yönetimi	KDY05	Fiziksel veya elektronik imzalı dokümanın arşivlenmesi, muhafazası ve inhası ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	10	Karşıyor	10	
Risk Yönetimi	KRY01	Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Risk yönetim kurulu ve sorumluluk alanları belirlenmemiş. Risk analizlerinin yapılması için bir ekip oluşturulmuş fakat sadece ISG Uzmanı tarafından bir çalışma yapılmış olup, bölümlerde gerçekleştirilen risk yönetimi çalışmalarına ilgili bölüm kalite sorumluları ve çalışanları dahil edilmemiş.
Risk Yönetimi	KRY02	Kurumda gerçekleştirilecek risklerin yönetilmesine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Risk yönetimi prosedüründe risk yönetimi kurumsal yapısının oluşturulması, kurulların çalışma esasları, kurul üyeleri ve risk değerlendirme ekibinin eğitilmesi ve risk değerlendirme süreci konularında tanımlama yapılmamış olup, SKS-ADSH Sürüm 4'e göre risk yönetimi ile ilgili işleyişin hasta, hasta yakını, ziyaretçi ve çalışanlara yönelik tıbbi hizmetler, yönetsel hizmetler, tesis güvenliği, çevre güvenliği ve iş sağlığı ve güvenliği konularında fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal ve sunulan hizmetlere ilişkin tüm riskleri içermelidir.
Risk Yönetimi	KRY03	Kurum risk değerlendirme ve eylem planı hazırlanmalı, riskler plan doğrultusunda belirlenmeli ve analiz edilmelidir.	50	Karşılamıyor	0	SKS Risk Değerlendirme ve Eylem Planı oluşturulmamış, ISG Risk analizleri Kasım 2021 tarihinde yapılmış olup, kurumun tamamında bölüm risklerinin ne olduğu hakkında farkındalık bulunmamaktadır. İlgili bölüm sorumluları ve çalışanlarının katılımı ile bölüm veya süreç bazında tehlikelerin tanımlanmadığı ve risklerin belirlenmediği tespit edilmiştir.
Risk Yönetimi	KRY04	Kurum risk değerlendirme ve eylem planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilmelidir.	50	Karşılamıyor	0	ISG Risk değerlendirme planı doğrultusunda belirlenen iyileştirme çalışmaları ile ilgili bir takip olmadığı tespit edilmiştir.
Risk Yönetimi	KRY05	Kurum risk değerlendirmesi en geç iki yılda bir kez yapılmalı ve gerektiğinde güncellenmelidir.	40	Karşılamıyor	0	ISG Risk Değerlendirmesi Kasım 2021 tarihli olup, standart gereği kısmen güncellenmesi gereken durumlarda (yeni cihaz alan bölümler, yer değişikliği yapan birimler, iş kazası, meslek hastalığı veya ramak kala olayların meydana gelmesi v.b.) risk değerlendirmelerinin yapılmadığı tespit edilmiştir.
Risk Yönetimi	KRY06	Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlenmelidir.	30	Karşılamıyor	0	Risk yönetimi kapsamında gerçekleştirilen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin etkinliği ve sürekliliği düzenli aralıklarla izlendiğine dair kayıt görülemedi.
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KİO01	İstenmeyen olay bildirim sistemi kurulmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Sistem kullanıcı dostu değildir. Çalışanların sisteme nasıl ulaşabileceği ve hangi formu dolduracağı konusunda kargaşa yaşamakta olduğu tespit edilmiştir. Turcasoft üzerinde istenmeyen olay kapsayan bir çok form bulunmaktadır. Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmamaktadır. Genel olarak çalışanların istenmeyen olay bildirim sistemi hakkında bilgi sahibi olmadığı yada bildirmeden kaçındıkları gözlemlenmiştir.
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KİO02	Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedebilecekleri şekilde tasarlanmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Bildirim sürecinde kullanıcıların gizlilik yönünde talebini karşılayacak düzenleme bulunmamaktadır.
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KİO03	Çalışanlara istenmeyen olay bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilmelidir.	40	Karşılamıyor	0	Eğitim katılım oranlarının yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Hekimler: % 23,77 Hemşireler: % 93,75 Sağlık Personeli: % 30 Teknik Personel: % 50 İdari Personel: % 53,84 Temizlik Personeli: % 72,72
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KİO04	İstenmeyen olay bildirim sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Sisteme yapılan bildirimlerin değerlendirilmediği ve bildirim yapılan her olay için kök neden analizi yapılmadığı tespit edilmiştir.
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KİO05	Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerileri alınmalı ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarda geri bildirimlerde bulunulmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerilerinin alınmamaktadır.
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	KİO06	İstenmeyen olay bildirim sisteminin, ulusal bildirim sistemlerine entegrasyonu sağlanmalı ve çalışanlara ulusal bildirim sistemleri hakkında eğitim verilmelidir.	50	Karşılamıyor	0	İstenmeyen olay bildirim sisteminin, ulusal bildirim sistemlerine entegrasyonu sağlanmamaktadır.
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD01	Afet ve acil durum yönetimi ile ilgili görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	30	Karşıyor	30	
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD02	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Afet ve acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmamıştır.

Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD03	Afet ve acil durum planı oluşturulmalıdır.	30	Karşılıyıyor	0	2021 tarihli afet ve acil durum planı yapılmış olup, güncel plan bulunmamakta ve il düzeyinde onayı mevcut değildir.
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD04	Kuruma ait acil durum plan krokileri bulunmalıdır.	20	Karşılıyor	20	Krokilerde acil müdahale setinin yeri gösterilmemiş.
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD05	Tesisin afet ve acil durumlarda tahliyesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Afet ve acil durumlara yönelik tesis tahliye planı oluşturulmamış.
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD06	Kurumda görevli tüm çalışanlara afet ve acil durum planına yönelik eğitimler verilmiştir.	30	Karşılıyor	30	2023 yılı için eğitim ekim ayına planlanmış, en son eğitim kasım 2022 tarihindedir.
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD07	Depreme yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Yapısal olmayan risklerin önlenmesine yönelik çalışmalar başlatılmış fakat binanın bazı yerlerinde yüksek mobilyaların sabitlenmediği (klinik depoları, ana depo vb.), buzdolabı, fotokopi makinesi gibi ağır veya büyük hacimdeki teçhizatın zemine ve /veya duvara sabitlenmediği, doğalgazın sarsıntı esnasında otomatik olarak kesilmesinin sağlayıcı düzenleme olmadığı, jeneratörler ile ilgili sismik tedbirlerin alınması amacı ile sarsıntıyı algılayan sistemlerin kullanılmadığı tespit edilmiştir.
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD08	Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD09	Sağlık çalışanlarına yönelik şiddet olaylarının yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD10	Kırmızı kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD11	Kurum, yangınla ilgili yasal düzenlemelere uygun şekilde yapılandırılmıştır.	50	Karşılıyor	50	İtfaiye müdürlüğü tarafından yangınla ilgili eksiklikler tespit edilmiş olup, iyileştirme çalışmaları başlatılmış (paratoner temini).
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD12	Yangın söndürme sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Kullanılan merkezi söndürme sistemlerinin, yangın tüplerinin ve yangın dolaplarının etkinliği ve genel kontrollerinin düzenli aralıklarla kontrol edildiğine dair kayıt bulunmamaktadır.
Afet ve Acil Durum Yönetimi	KAD13	Bina çatılarında yangına karşı önlemler alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Bina çatı temizlik formunun kayıtlarının düzenli olmadığı görülmüştür.
Eğitim Yönetimi	KEY01	Kurumda hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçları belirlenmelidir.	30	Karşılıyıyor	0	Kurumda hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik eğitim ihtiyaçlarının nasıl belirlendiği ile ilgili tanımlama yapılmadığı tespit edilmiştir.
Eğitim Yönetimi	KEY02	Çalışanların eğitim ihtiyaçları doğrultusunda eğitim planları oluşturulmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Eğitim planında sağlıklı çalışma ortamı ve SKS kapsamındaki gereklilikleri sağlamaya yönelik aşgari eğitim konularına yer verilmediği tespit edilmiştir (Mobbing, birim ve bölüm bazlı riskler ile risklere yönelik düzeltici ve iyileştirici faaliyetler, iş ekipmanlarının güvenli ve verimli kullanımı vb.).
Eğitim Yönetimi	KEY03	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	40	Kısmen Karşılıyor	20	Bölüm uyum eğitim rehberlerinin meslek bazında hazırlanmamış olduğu tespit edilmiştir.
Eğitim Yönetimi	KEY04	Çalışanlara yönelik hizmet içi eğitimler düzenlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	Eğitimlerin plan dahilinde verildiği fakat eğitim katılımlarının düşük düzeylerde olduğu tespit edilmiştir.
Eğitim Yönetimi	KEY05	Çalışanlara yönelik eğitimlerin etkinlik ve etkililiği değerlendirilmelidir.	30	Karşılıyıyor	0	Hizmet içi eğitimler ve uyum eğitimlerinin etkinlik ve etkililiğinin değerlendirildiğine dair kayıt bulunmamaktadır.
Eğitim Yönetimi	KEY06	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Hasta ve hasta yakını eğitimlerine yönelik süreçler; eğitimlerin, hangi konularda, hangi hasta grubuna, hangi sıklıkla, kimler tarafından verileceği ve nasıl kayıt altına alınacağı tanımlama yapılmadığı tespit edilmiştir.
Sosyal Sorumluluk	KSS01	Kurum, toplumun sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki ve geliştirilmesi ile ilgili programlar düzenlemelidir.	30	Karşılıyıyor	0	Sosyal sorumluluk kapsamında bir çalışma görülemedi.
Sosyal Sorumluluk	KSS02	Sosyal sorumluluk çerçevesinde uygulanan program sonuçları, kurum tarafından değerlendirilerek uygulamanın etkililiği ve planlanan hedeflere ulaşma derecesi belirlenmelidir.	30	Karşılıyıyor	0	Sosyal sorumluluk kapsamında bir çalışma görülemedi.
Hasta Deneyimi	HH01	Hasta ve hasta yakını, sağlık hizmeti sunum süreçleri hakkında bilgilendirilmelidir.	50	Karşılıyor	50	
Hasta Deneyimi	HH02	Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Hasta Deneyimi	HH03	Hasta hakları uygulamalarına yönelik süreçler etkin şekilde yönetilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
Hasta Deneyimi	HH04	Hasta ve yakınlarının kurum bünyesinde sağlık hizmet süreçlerine yönelik görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Hastalar görüş, öneri ve şikayetlerine ilişkin internet üzerinden bildirim yapılamamaktadır.

Hasta Deneyimi	HHD05	Hasta deneyimi anketleri uygulanmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Anket sonuçları değerlendirildiği (soru bazlı) ve gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatıldığına dair kayıt görülemedi.
Hasta Deneyimi	HHD06	Tanı ve tedaviye yönelik işlemler öncesinde hasta rızası alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Hasta Deneyimi	HHD07	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.	50	Karşılmıyor	0	Hastanın bilgi mahremiyetinin sağlamaya yönelik kurallar yazılı düzenleme ile tanımlanmalıdır. Tüm kurum çalışanlarına hasta mahremiyeti konusunda eğitim verilmemiş.
Hasta Deneyimi	HHD08	Hastaların hekim seçme hakkına yönelik uygulama etkin olarak yürütülmelidir.	20	Karşılıyor	20	
Hasta Deneyimi	HHD09	Araştırma ve deneysel çalışmalara katılım veya herhangi bir sebeple hastaya ait veri, bilgi ve materyallerin kullanımı durumunda hasta rızası alınmalı hastanın mahremiyetine özen gösterilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
Hasta Deneyimi	HHD10	Hastanın bakım süreci ile ilgili tıbbi kayıtlara erişebilmesi sağlanmalıdır.	20	Karşılıyor	20	
Hasta Deneyimi	HHD11	Hasta ziyaretlerine ilişkin planlama yapılmalıdır.	30	Değerlendirme Dışı	0	Yatan hasta bulunmamaktadır.
Hasta Deneyimi	HHD12	Hasta refakatçilerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20	Karşılmıyor	0	Özellikli hasta gruplarının bulunduğu bölümlerde, günlük hasta yatan bölümler için refakatçi uygulamasına ilişkin özel düzenlemelerin belirlenmediği tespit edilmiştir.
Hasta Deneyimi	HHD13	Genel anestezi altında müdahale gereken hastaların, sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yol belirlenmelidir.	20	Karşılmıyor	0	Genel anestezi altında müdahale gereken hastaların, sunulan hizmeti reddetmesi durumunda izlenecek yolun belirlenmediği tespit edilmiştir.
Hizmete Erişim	HHE01	Hastaların hizmete erişimini kolaylaştırmak üzere kurumda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti verilmelidir.	30	Karşılmıyor	0	Karşılama, danışma ve yönlendirme hizmeti güvenlik personeli tarafından verilmektedir. Karşılama, danışma ve yönlendirme personeli olan güvenlik personelinin tamamına hasta memnuniyeti, hasta hakları, sorumlulukları ve uyması gereken kurallar ile iletişim becerileri eğitimlerinin verilmediği tespit edilmiştir.
Hizmete Erişim	HHE02	Hasta kayıt işlemlerinin etkin ve doğru şekilde yapılabilmesi için gerekli düzenlemeler bulunmalıdır.	20	Karşılmıyor	0	Birimde çalışanlara hasta memnuniyeti, hasta hakları, sorumlulukları ve uyması gereken kurallar hakkında eğitim verilmemiş olduğu tespit edilmiştir.
Hizmete Erişim	HHE03	Hastaların poliklinik sürecinde bekleme sürelerinin minimuma indirilmesine yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Hastaların muayene olacağı zaman aralığı 1 saat şeklinde yazılmış olup tam bir zaman aralığı belirlenmediği tespit edilmiştir.
Hizmete Erişim	HHE04	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenlemeler bulunmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Teşhis ve tedavi amaçlı randevu verme süreçlerine ilişkin düzenlemeler bulunmamaktadır.
Hizmete Erişim	HHE05	Yaşlı ve engelli kişilerin sağlık hizmetine erişimlerini kolaylaştırmaya yönelik düzenlemeler bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC01	İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	İnsan kaynaklarının yönetimine yönelik düzenleme bulunmamaktadır.
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC02	İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda, personel temin planı oluşturulmalıdır.	20	Kısmen Karşılıyor	10	Personel temin planında meslek grupları göz önünde bulundurularak ihtiyaç duyan personel niteliğine (eğitim, bilgi, beceri gibi) yer verilmediği tespit edilmiştir.
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC03	Personel istihdamına yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	10	Karşılıyor	10	Personel istihdamına yönelik süreçler Rektörlük tarafından yapıldığı için ilgili dokümanların tanımlanması bu şekilde revize edilmesi önerilmiştir.
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC04	Sağlık çalışanlarının performanslarını ölçmeye yönelik kriterler belirlenmelidir.	40	Değerlendirme Dışı	0	Opsiyonel standart
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC05	Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmelidir.	40	Karşılmıyor	0	Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmediği, dolayısıyla hedeflere ilişkin üst yönetim, bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla yılda en az bir kez değerlendirme yapılmadığı tespit edilmiştir.
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC06	Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden risklere yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılmıyor	0	Etkin bir risk yönetimi yapılmadığı için risk değerlendirmelerin yeterli olmadığı, ayrıca çalışan güvenliği açısından bölüm bazında risk doğuran unsurların ortadan kaldırılmasına veya önlenmesine yönelik kalite iyileştirme faaliyetleri planlanmadığı tespit edilmiştir.
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC07	Çalışanların sağlık gözetiminin yapılmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC08	Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu donanım kullanılmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Dış protez laboratuvarının kişisel koruyucu donanım listesi güncellenmesi gerekmektedir (vakumlu toz emici çalışma masası, akril çalışma kabini, endüstriyel toz maskesi vb.).
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HSC09	Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmalı, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçları karşılanmalıdır.	40	Kısmen Karşılıyor	20	Dış protez laboratuvarı çalışanlar için dinlenme alanları bulunmamaktadır.

Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HŞÇ10	Personelin sağlık durumu ve ihtiyaçlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Gebe ve emziren çalışanların çalışma alanları ve koşulları tanımlanmamış.
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HŞÇ11	Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	30	Karşılıyıyor	0	Çalışanların görüş, öneri, şikayetleri alınması ve değerlendirilmene yönelik bildirimler olmadığı için etkin bir şekilde yürütülmediği görülmüştür. Ayrıca intranet ve internet ortamından görüş öneri ve şikayetlerin kime nasıl ulaşacağı hakkında bir tanımlama bulunmamaktadır. Ayrıca internet ortamında çalışan görüş öneri şikayetlerini bildirmeye yönelik alan bulunmamaktadır.
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	HŞÇ12	Çalışan geri bildirim anketleri uygulanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Soru bazında memnuniyet oranları değerlendirilmediğinden, iyileştirmeye yönelik bir çalışma görülemedi. 2022 memnuniyet oranı %78
Hasta Bakımı	SHB01	Hasta bakımına ilişkin süreçler ayakta ve yatan hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyıyor	0	Ayaktan hasta bakım süreçlerinin tanımlanmadığı tespit edilmiştir. Her kliniğin işleyişine göre hasta bakımına ilişkin süreçleri tanımlanması gerekmektedir.
Hasta Bakımı	SHB02	Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve dış hekim tarafından tespit edilen bulgular, ön tanı, tanı, tedavi ve koruyucu hizmetlere yönelik plan, kurum tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalıdır.	30	Karşılıyor	30	SBYS ekranları üzerinden görülmektedir.
Hasta Bakımı	SHB03	Yatan hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.	40	Karşılıyıyor	0	Günübirlik hasta yatışı yapılmakta olup, klinik risk değerlendirmeleri yapılmamaktadır. Hasta bakım prosedürüne klinik risk değerlendirmelerinin nasıl yapılacağı tanımlanmamıştır. (İlaç uygulamaları ve operasyon sonrası hasta vital bulgularının takibi, Düşme riski değerlendirmesi, Ağrı şiddeti değerlendirmesi, Bilinç düzeyi takibi, Beslenme durumunun değerlendirilmesi, Ağız bakımı ve takibi)
Hasta Bakımı	SHB04	Bakım ihtiyaçları doğrultusunda yatan hastalara yönelik bakım planı düzenlenmelidir.	50	Karşılıyıyor	0	Günübirlik yatışı yapılan hastalarda bakım planlarının yapıldığı tespit edilmiştir.
Hasta Bakımı	SHB05	Özellikli hasta grupları tanımlanmalı, bu gruplara özgü hizmet sunumu ve klinik bakım uygulamalarına yönelik süreçler belirlenmelidir.	30	Karşılıyıyor	0	Özellikli hasta gruplarının sağlığa kalite standartlarına göre belirlenmediği tespit edilmiştir. SKS-ADSH Sürüm-4'te yayınlanan özellikli hasta grupları baz alınarak tanımlama yapılması gerekmektedir.
Hasta Bakımı	SHB06	Yatan hastalarda ağrının değerlendirilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40	Karşılıyıyor	0	Günübirlik yatan hastalar için ağrı değerlendirilmesine yönelik düzenleme bulunmamaktadır.
Hasta Bakımı	SHB07	Yatan hastalarda ağrının takibi yapılarak ağrıyı en aza indirecek uygun yaklaşımların planlanması ve uygulanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40	Karşılıyıyor	0	Günübirlik yatan hasta dosyaları incelenmiş olup, ağrı takibi ile ilgili kayıt görülemedi. Ayrıca standardın alt ölçütlerindeki kriterler de uygulanmamaktadır.
Hasta Bakımı	SHB08	Konsültasyon süreçlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Konsültasyon süreçleri genel olarak tanımlanmış olup, her kliniğin işleyişine özel konsültasyon süreçlerinin tanımlanması gerekmektedir.
Hasta Bakımı	SHB09	Acil müdahale gerektiren hastalar için acil müdahale seti bulunmalıdır.	30	Karşılıyıyor	0	Her kata bir klinikte olacak şekilde acil müdahale seti tanımlandığı, acil müdahale setinin içerisinde ilaç bulundurulmadığı tespit edilmiştir. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçlar, bölümün ihtiyacı ve hasta portföyüne göre belirlenmelidir. Ayrıca hasta bakım prosedüründe acil müdahale seti ile ilgili tanımlamalar yapılmalıdır.
Hasta Bakımı	SHB10	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Hasta Bakımı	SHB11	Klinikte cerrahi uygulamaların güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi SKS-ADSH setindeki son sürümü ile güncellenmemiş olduğu tespit edilmiştir. Cerrahi bölge işaretlemesi ile ilgili kuanların Ameliyathane İşleyiş Prosedüründe tanımlanması gerektiği konusunda ilgili çalışanlar bilgilendirilmiştir.
Hasta Bakımı	SHB12	Cerrahi işlem sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40	Karşılıyıyor	0	Hastaların cerrahi işlem sonrası ameliyat odası veya uyandırma ünitesinden çıkarılmasına ilişkin kurallar belirlenmemiş.
Hasta Bakımı	SHB13	Ameliyathane dışında yapılan sedasyon uygulamalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Değerlendirme Dışı	0	Ameliyathane dışında sedasyon uygulanmamaktadır.
Hasta Bakımı	SHB14	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Hasta kimliğinin doğrulanmasına ilişkin süreçler hizmete erişim prosedüründe tanımlanmış olduğu standartta istenen ölçütleri karşılamadığı tespit edilmiştir. Sağlık çalışanlarına kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmemiş.
Hasta Bakımı	SHB15	Tanı ve tedavi süreçlerinde kullanılması gereken kimlik tanımlayıcılar belirlenmelidir.	30	Karşılıyıyor	0	Tanı ve tedavi süreçlerinde farklı aşamalarda kullanılması gereken kimlik tanımlayıcıların ayaktan hastalar için belirlendiği günübirlik yatan hastalar için (kol bandı, bileklik gibi) belirlenmediği tespit edilmiştir.
Hasta Bakımı	SHB16	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyıyor	0	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik süreçler tanımlanmamış.
Hasta Bakımı	SHB17	Yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Günübirlik yatan hastaların düşme risk düzeyinin belirlenmesine yönelik risk değerlendirmesi yapılmamakta olduğu tespit edilmiştir.

Hasta Bakımı	SHB18	Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik tedbirler alınmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Düşme riski değerlendirilmesliği için önlemlere yönelik çalışma görülemedi.
Hasta Bakımı	SHB19	Kendine ve başkalarına zarar verme riski olan hastalara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Hasta Bakımı	SHB20	Hastaların sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Hastaların güvenli bir şekilde devredilmesine ilişkin kurallar tanımlanmamış.
Hasta Bakımı	SHB21	Hastaların güvenli transferi sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Özellikli hastaların (psikiyatri, geriatri hastaları ile ortofasial ağır travmatik yaralan ve maksillomandibular kırıkları olan hastalar vb.) transferi tanımlanmamış.
Hasta Bakımı	SHB22	Kurum çalışanları, hasta ve hasta yakını ile etkili iletişim kummalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Hasta Bakımı	SHB23	Yatan hasta ve yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.	20	Karşılamıyor	0	Yatan hasta ve yakınının bölüme uyumu ile ilgili oluşturulan form standardın alt ölçütlerinde belirtilen tüm konuları kapsamamaktadır.
Hasta Bakımı	SHB24	Zihinsel ve fiziksel özel gereksinimi bulunan bireylere sağlık hizmet sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Zihinsel ve fiziksel özel gereksinimi bulunan bireylere sağlık hizmet sunumuna yönelik süreçler tanımlanmamış.
İlaç Yönetimi	SİY01	İlaç yönetimi ile ilgili sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	İlaç yönetim ekibi belirlenmiş fakat sorumluluklarının tanımlanmadığı tespit edilmiştir.
İlaç Yönetimi	SİY02	İlacın dahil olduğu tüm süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Sulandırıldıktan, açıldıktan veya hazırlandıktan sonra muhafaza şartları uygun olmayan veya saklama süresi dolan ilaçların imha süreçleri, yarı doz ilaçlar ve hazırlandıktan sonra geçimsizlik görülen çözümlerin imha süreçleri, tedavi sonrası yarım kalan ampullerin kullanımı ve imhası ve ilaç atıklarının yönetimi ilaç yönetim prosedüründe tanımlanmamış olduğu tespit edilmiştir.
İlaç Yönetimi	SİY03	İlaçların muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Kurumda aynı bir eczane birimi bulunmamaktadır. İlaçlar diğer malzemelerle ve uygun olmayan (ısı-nem vb.) şartlarda muhafaza edilmektedir. Hem ana depo hem de ara depolar için (ilaçların 24 saatte fazla kaldığı yerler) depoların koşullarına göre oluşabilecek riskler ve koruyucu önlemlerin tanımlanmadığı tespit edilmiştir. İlaç yönetimi prosedüründe tanımlanan ilaçların muhafazası ile ilgili kurallar kurum işleyişine dikkate alınarak tekrar tanımlanması önerilmiştir.
İlaç Yönetimi	SİY04	İlaçların stok ve miat takibine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Klinikte bulunan ara depolarda ilaçlara yönelik stok ve miat takibinin SBYS üzerinden yapılmadığı, ayrıca kliniğe ait ilaçların minimum, kritik ve maksimum stok seviyelerinin tanımlanmadığı tespit edilmiştir.
İlaç Yönetimi	SİY05	İlaç istem süreçlerine ilişkin kurallar belirlenmelidir.	50	Değerlendirme Dışı	0	Yatan hasta olmadığı için değerlendirme dışıdır.
İlaç Yönetimi	SİY06	İlaçların hazırlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Değerlendirme Dışı	0	Yatan hasta olmadığı için değerlendirme dışıdır.
İlaç Yönetimi	SİY07	İlaçların transferine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
İlaç Yönetimi	SİY08	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	İlaç yönetim prosedürüne kurumun güvenli ilaç uygulamalarına yönelik kurallar eklenmelidir.
İlaç Yönetimi	SİY09	Advers reaksiyon bildirim (Farmakovijilans) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	40	Karşılamıyor	0	Kurumun genelinde Advers reaksiyon bildirimine yönelik farkındalık düzeylerinin yetersiz olduğu görülmüştür.
İlaç Yönetimi	SİY10	Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Pedodonti kliniğinde ışık korunması gereken ilaçları uygun muhafaza edilmediği tespit edilmiştir.
İlaç Yönetimi	SİY11	Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Narkotik ve psikotrop defteri sayı numarası verilmesi gerektiği hakkında ilgili personel bilgilendirilmiştir. Ayrıca ilaç yönetim prosedüründe narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik kuralların tanımlanması gerekmektedir.
İlaç Yönetimi	SİY12	Yatan hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30	Değerlendirme Dışı	0	Yatan hasta olmadığı için değerlendirme dışıdır.
İlaç Yönetimi	SİY13	Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	Karşılamıyor	0	Eczaneye iade edilen ilaçlara yönelik süreçlerin belirlenmediği tespit edilmiştir.
İlaç Yönetimi	SİY14	İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	İlaç hataları veya ramak kala olaylar ile ilgili hiç bildirim olmadığı fakat 2022 yılı kasım ayında ilaç imhasının gerçekleştirildiği kayıtlardan anlaşılmaktadır. Dolayısıyla ilaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliğinin etkin olmadığı anlaşılmaktadır.
İlaç Yönetimi	SİY15	İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhasına ve uygun şartlarda bertaraf edilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	

Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN01	Enfeksiyon Kontrol Komitesi kurulmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Son bir yılın Enfeksiyon Kontrol Komitesi toplantı kararları incelenmiş olup, toplantıda komitenin görev yetki ve sorumluluk alanlarına giren konularda bir çalışma veya karar alınmadığı tespit edilmiştir. (Hava ve su kaynaklı enfeksiyonlardan önlemeye yönelik havalandırma ünitesi bakım kayıtları, su deposu bakteriyolojik ve kimyasal ölçüm sonuçlarının değerlendirilmesi, el hijyeni uyum oranlarının değerlendirilmesi vb. konularında kararların alınmadığı)
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN02	Kurumun tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Kurumun tüm bölümlerini kapsayan enfeksiyonların önlenmesine yönelik program standardın alt ölçütlerine göre tekrar revize edilmesi gerekmektedir.
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN03	Kurum el hijyeni politikası tanımlanmalıdır.	30	Karşılamıyor	0	Sadece hijyenik el yıkama talimatı oluşturulmuş olup, el hijyeni politikası mevcut değildir.
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN04	Çalışanlar, el hijyeni konusunda bilgilendirilmeli ve teşvik edilmelidir.	50	Karşılıyor	50	El Hijyeni Eğitimi Katılım Oranları Hekimlerden: %49,50 Hemşireler: %70 Sağlık Personeli:%30 Temizlik Personeli:%95
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN05	Sağlık hizmeti sunulan alanlarda el hijyenini sağlamaya yönelik gerekli malzemeler bulunmalıdır.	40	Karşılıyor	40	
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN07	Çalışanların el hijyeni kurallarına uyumu değerlendirilmelidir.	50	Karşılıyor	50	El hijyeni gözlem sonuçlarının yönetim ve ilgili birimlerle paylaşıldığına dair kayıt görülemedi.
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN08	İzolasyon önlemleriyle ilgili düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN09	Çalışanların çalışma ortamından kaynaklı enfeksiyonlardan korunmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	SEN10	Enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30	Karşılıyor	30	2023 yılında enfeksiyonların önlenmesi hakkında sağlık çalışanlarına el hijyeni, kesici delici alet yaralanması, kan ve vücut sıvıları ile bulaşma durumunda yapılacaklar, izolasyon önlemleri, kişisel koruyucu ekipman kullanımı eğitimi, temizlik dezenfeksiyon sterilizasyon ve antiseptik süreçleri konularında eğitim verildiği tespit edilmiştir.
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS01	Kurum temizliğine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Kurum temizliğine yönelik kurallar yeni sürümüne göre gözden geçirilip tanımlanması gerekmektedir. Temizlik personeline verilecek olan eğitim, standarda ait tüm başlıkları (hasta ve hasta yakınları ile iletişim, temizlik ve dezenfeksiyonun etkinliğini bozan yapısal sorunlar ve bu sorunlar hakkında sorumlulara bilgi verilmesi gerekliliği) kapsamamaktadır.
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS02	Kurumda gerçekleştirilen temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri kontrol edilmelidir.	40	Kısmen Karşılıyor	20	Temizlik kontrol yönetimi ve aralıklar belirlenmemiş olup, bazı bölümlerde temizlik kontrol kayıtlarının düzenli tutulmadığı tespit edilmiştir.
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS03	Kurumda kullanılan cihaz ve malzemeler enfeksiyon riski düzeyine göre gruplandırılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS04	Malzeme ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	40	Karşılamıyor	0	Malzeme ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili süreçler ve bu süreçlere ilişkin kurallar ile ilgili kağıdı ve materyalinin dezenfeksiyonuna yönelik süreçlerin tanımlanmadığı tespit edilmiştir.
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS05	Yüksek düzey dezenfektanlarla gerçekleştirilen uygulamaların kontrolü ve güvenliği sağlanmalıdır.	50	Değerlendirme Dışı	0	Yüksek düzey dezenfektan kullanılmamaktadır.
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS06	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Sterilizasyon hizmetlerine ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kurallar yeni standartlara göre yeniden tanımlanması önerilmiştir.
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS07	Sterilizasyon ünitesine yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	40	Karşılamıyor	0	Merkezi sterilizasyon ünitesinde alanlara uygun ısı ve nem takibi (sadece sterili alanda ısı nem takibi mevcut) yapılmamaktadır. Havalandırma sistemi arzalı olduğu için çalışmadığı görülmüştür. Su, aydınlatma, kesintisiz güç kaynağı gibi sistemlerin rutin kontrolleri (yetkin teknik personel) yapılmamaktadır. Demineralize suyun kalitesini ölçmeye yönelik kontrol kayıtları görülemedi. Merkezi sterilizasyon ünitesinin aydınlatma düzeyleri ile ilgili çalışma görülemedi. Merkezi Sterilizasyon ünitesinde bulunan alanlar arasında el antiseptiklerinin olmadığı görülmüştür. Her klinikte sterilizasyon yapılmakta olup, fiziki ortam olarak standartları sağlamamaktadır. Kliniklerde sterilizasyon yapılan bölüm standartları sağlamamaktadır (kirli, temiz, steril alan aynı alanda, ısı nem takibi yapılmamakta, tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz ve kolay temizlenebilir nitelikte değil, havalandırma şartlarını sağlamamakta, su aydınlatma ve kesintisiz güç kaynağı gibi sistemler sterilizasyon süreçlerinin güvenlik ve etkinliğinin sürdürülmesini sağlayacak şekilde oluşturulmamış vb.).

Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS08	Kirli malzemelerin teslim alınması ve yıkanması ile ilgili süreçler kontrol altına alınmalıdır.	40	Karşılıyor	0	Merkezi sterilizasyon ünitesinde iş yoğunluğundan dolayı kirli malzemelerin sayımı yapılarak teslim alınmadığı ifade edilmiştir. Kliniklerde steril edilen malzemeler için yıkama etkinliğine ilişkin kayıtlar görülmemiştir. Ayrıca sterilizasyona giden malzemelerin taşıdığı kaplar için kirli ve temiz tanımlaması yapılmamış. Temiz kabında kırık olduğu görülmüştür.
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS09	Paketleme ve yükleme süreçleri kontrol altına alınmalıdır.	40	Karşılıyor	40	
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS10	Sterilizasyon işleminin etkinliği sağlanmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Merkezi sterilizasyon ünitesinde validasyon çalışması yapılmamaktadır. Biyolojik indikatör sadece haftada bir defa ve implant setlerinde kullanılmakta olduğu görülmüş olup, her yükte kullanılmadığı tespit edilmiştir. Kliniklerde bulunan sterilizasyon cihazı ile bazı malzemelerin steril edildiği görülmüş olup, sterilizasyon işlemlerinin etkinliğinin kontrol edilmediği tespit edilmiştir (Bowie-Dick testi, vakum kaçak testi, biyolojik indikatör ve kimyasal indikatör kullanılmamaktadır).
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS11	Basıncı buhar otoklavlarının günlük bakım ve kontrolleri yapılmalıdır.	40	Karşılamıyor	0	Merkezi sterilizasyon ünitesinde basıncı buhar otoklavının periyodik bakımının yapıldığı ile ilgili kayıt gösterilemedi. Kliniklerde B sınıfı basıncı buhar otoklavı bulunmakta olup, bazı kliniklerde vakum kaçak testlerinin sonuçlarının kayıt altına alınmadığı tespit edilmiştir.
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS12	Steril malzemeler uygun şekilde muhafaza edilmelidir.	40	Karşılamıyor	0	Merkezi sterilizasyon ünitesinde paketleme cihazının arızalı olduğu ifade edilmiş olup, steril malzemelerin üzerinde sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü gibi kayıtları olmadığı görülmüştür. Kliniklerde steril edilen malzemeler için steril malzemelerin üzerinde sterilizasyonun yapıldığı cihaz ve sterilizasyonu yapan çalışan için tanımlayıcı, sterilizasyon tarihi ve raf ömrü bilgileri bulunmamaktadır.
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon İşlemleri	SDS13	Sterilizasyon süreci izlenebilir olmalıdır.	40	Karşılamıyor	0	Merkezi sterilizasyon ünitesinde sterilizasyon cihazlarına ait bakım, onarım, kalibrasyon raporları ve kayıtları ile steril edilecek malzemenin kim tarafından ne zaman teslim alındığı ve teslim edildiğine ilişkin kayıtlar mevcut değildir. Kliniklerde steril edilen malzemeler için hangi tarihte, hangi yöntem ile, hangi döngüde steril edildiğine ilişkin kayıtlar bulunmamaktadır. Ayrıca steril malzemeye ilişkin tanımlayıcı bilgiler hasta dosyasında bulunmamakta olup, hangi malzemenin hangi hastaya kullanıldığına ilişkin kayıt bulunmamaktadır.
Radyasyon Güvenliği	SRG01	Radyasyondan korunma sorumlusu belirlenmeli ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	40	Karşılıyor	40	
Radyasyon Güvenliği	SRG02	Radyasyon güvenliği kapsamında ele alınması gereken alanlar belirlenmelidir.	30	Karşılamıyor	0	Gözetimli alan ölçümlerinin yapılmadığı tespit edilmiştir.
Radyasyon Güvenliği	SRG03	Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Radyasyon Güvenliği	SRG04	Radyolojik işlemlere ait çekim protokolleri hazırlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Radyasyon Güvenliği	SRG05	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Radyasyon Güvenliği	SRG06	Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Radyasyon Güvenliği	SRG07	Denetimli alanlar dışında yapılan çekimlerde hasta, hasta yakını ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.	50	Değerlendirme Dışı	0	Denetimli alan dışında çekim yapılmamaktadır.
Radyasyon Güvenliği	SRG08	Radyasyon alanlarında çalışan personele, radyasyon güvenliğinin sağlanmasına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
Dış Protez Laboratuvarı Hizmetleri	SDP01	Dış protez laboratuvarının fiziki ortamına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Dış protez laboratuvarı işleyiş prosedüründe alan büyüklüğü ve alanın etkin ve güvenli kullanımına yönelik planlama ile ilgili tanımlama yapılmadığı tespit edilmiştir.
Dış Protez Laboratuvarı Hizmetleri	SDP02	Çalışanların toz ve kimyasal madde maruziyetinden korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Çalışanların sağlığı için risk oluşturabilecek toz ve kimyasal maddelere yönelik iş hijyeni ölçümleri ve analizlerinin düzenli aralıklarla yapılmadığı tespit edilmiştir. Çalışanlara toz ve kimyasalları güvenli kullanımı ile ilgili eğitim verilmemiş.



Diş Protez Laboratuvar Hizmetleri	SDP03	Protez yapım süreci ile ilgili işlem öncesi süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Ölçümler protetik kliniğinde gerçekleştirilmektedir. Ölçüm saati protez laboratuvar tarafından kaydedilmekte olup, ölçümün gerçek zamanını göstermemektedir. Ayrıca barkod sistemi arzalı olduğundan dolayı protetik materyalin kimliklendirilmesinde tek tanımlayıcı hasta ve hekim ismi olduğu görülmüş olup, kimlik tanımlamasının hasta güvenliği (yanlış hasta yanlış işlem gibi hatalar olmaması için) açısından yeterli olmadığı tespit edilmiştir.  Transferin doğru yöntemle ve belirlenen süre içerisinde gerçekleştirilmesi için görevli personele konu ile ilgili eğitim verildiğine dair kayıt görülemedi.  İlgili sağlık çalışanlarına; diş protez laboratuvarında yürütülen işlemlere yönelik genel bilgi ile protetik materyalin güvenli transferi, diş protez laboratuvarına kabulü ve işlem öncesi hazırlanması hakkında eğitim verildiğine dair kayıt bulunmamaktadır.
Diş Protez Laboratuvar Hizmetleri	SDP04	Protezin yapımına ilişkin süreçlerin kontrolü sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Protezin yapımına ilişkin süreçlere yönelik çalışanlara eğitim verilmesi önerilmiştir.
Diş Protez Laboratuvar Hizmetleri	SDP05	Protez yapım sürecinde kullanılan cihazların kontrolü sağlanmalı, güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Cihaz bazında cihaz yönetim dosyasının oluşturulması önerilmiştir. Kullanıcılara, cihaz kullanımı, cihazın bakım ve temizliği, cihaz kullanımı sırasında en sık karşılaşılan sorunlar ve bu sorunların nasıl giderilmesi gerektiği gibi konularda eğitim verilmiştir. Cihazların periyodik bakım ve kalibrasyon planları ile bakım ve kalibrasyon raporlarının bölümde bulundurulması önerilmiştir. Diş firma arıza ve onarım kayıtlarının birimde olması gerektiği konusunda ilgili çalışan bilgilendirilmiştir.
Diş Protez Laboratuvar Hizmetleri	SDP06	Protez teslimine ilişkin kurallar tanımlanmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Protez teslim raporu kullanılmamaktadır. Dolayısıyla protez teslim raporunda bulunması gereken kayıtlar (Ölçünün alındığı tarih ve saat, Ölçünün laboratuvara kabul edildiği tarih ve saat, Model oluşturulması işleminin başladığı tarih ve saat, Protezin teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih ve saat) mevcut değildir.  Ayrıca hazırlanan protezler hekime ve hastaya teslim edilirken kayıt altına alındığına dair kayıt gösterilemedi.
Diş Protez Laboratuvar Hizmetleri	SDP07	Hasta, protez teslim süresi ve protez kullanımı hakkında bilgilendirilmelidir.	30	Karşılıyıyor	0	Protezler hastaya ilgili klinik tarafından teslim edildiği ifade edilmiş olup, hastaların protez teslim süresi, protez kullanımına yönelik kurallar açısından bilgilendirildiğine dair kayıt görülemedi.
Diş Protez Laboratuvar Hizmetleri	SDP08	Diş Protez laboratuvarı ile ilgili süreçlerin izlenebilirliği sağlanmalıdır.	30	Karşılıyıyor	0	Protezin yapım süreci ile ilgili kayıtlar asgari standartları karşılamamaktadır (ölçüm alımında kullanılan materyal, model oluşturma işleminin başladığı tarih saat, protez teslim raporunun kayıt altına alındığı tarih saat, protezin kime ve ne zaman teslim edildiği, ölçü tekrarı gibi bilgiler). Mevcutta kullanılan bilgi yönetim sisteminin (Turcasoft) diş protez laboratuvar süreçlerinin izlenebilirliği ile ilgili kayıtlarda yetersiz olduğu görülmüştür.
Ameliyathane	SAH01	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20	Karşılıyıyor	0	Ameliyathane süreçleri ve bu süreçlere yönelik kuralların yeni standartlara göre tekrar tanımlanması gerekmektedir.
Ameliyathane	SAH02	Ameliyathane alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyıyor	0	Steril alana geçişte terlik değişiminin yapılmadığı, alan tanımlamalarında uyarıcı işaretlemelerin olmadığı, ameliyathaneye hasta ve personel giriş çıkış kurallarının tam ve net bir şekilde yapılmadığı tespit edilmiştir.
Ameliyathane	SAH03	Ameliyathanedeki sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.	30	Karşılıyor	30	
Ameliyathane	SAH04	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40	Karşılıyıyor	0	Havalandırma sisteminin performans testlerinin yapılmadığı tespit edilmiştir.
Ameliyathane	SAH05	Elektrik enerjisinin kesintisiz sağlanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40	Kısmen Karşılıyor	20	Elektrik kesilmesi durumunda kesintisiz güç kaynağının ne kadar süre çalışacağı belirlenmemiş.
Ameliyathane	SAH06	Tıbbi gazların basınç düzeyleri izlenmelidir.	30	Karşılıyıyor	0	Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstere panelinden tıbbi gazların basınç düzeyleri kontrol edilmediği ve kayıt altına alınmadığı tespit edilmiştir.
Ameliyathane	SAH07	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin SKS-ADSH Sürüm-4'te yayınlanan şekliyle kullanılması gerekmektedir. Cerrahi bölge işaretlemesi ile ilgili kuartların Ameliyathane İşleyiş Prosedüründe tanımlanması gerektiği konusunda ilgili çalışanlar bilgilendirilmiştir.
Ameliyathane	SAH08	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	

Ameliyathane	SAH09	Cerrahi uygulamaya ait tüm kayıtlar zamanında, eksiksiz ve doğru bir şekilde tutulmalıdır.	40	Karşılıyor	40	Ameliyat notunda bulunması gereken bilgiler standartlara göre yeniden düzenlenip kayıt altına alınması (operasyon başlangıç, bitiş saatleri, operasyon sonrası öneriler vb.) önerilmiştir.
Ameliyathane	SAH10	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılamıyor	0	Tanı amaçlı alınan doku örnekleri için standartlara uygun etiketleme yapılmamaktadır. Ayrıca patoloji numunelerinin hasta ve hasta yakınları ile transferi sağlanmakta olup, hasta güvenliği açısından uygun değildir. Doku örneklerinin transferi ve ilgili laboratuvarlara teslim edilmesine ilişkin kurallar belirlenmeli ve transferi sağlayacak olan personele eğitim verilmelidir.
Ameliyathane	SAH11	Ameliyat olan hastanın yakınlarının etkin ve zamanında bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20	Karşılıyor	20	
Tesis Yönetimi	DTY01	Bina turları yapılmalıdır.	40	Karşılıyor	40	
Tesis Yönetimi	DTY02	Tesis kaynaklı düşmeleri önlemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40	Kısmen Karşılıyor	20	Tesis kaynaklı düşme olaylarına yönelik risk değerlendirmesi yapılmamış, fakat önlemler alındığı görülmüştür.
Tesis Yönetimi	DTY03	Kurum yerleşim alanındaki farklı hizmet birimlerine ve kurum içindeki bölümlere ulaşımı kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Tesis Yönetimi	DTY04	Acil çıkışların etkin ve işlevsel nitelikte olması sağlanmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Bazı kliniklerde acil çıkışların önlerine koli vb. atık yada malzemeler ile kapatıldığı görülmüştür. Acil çıkışta bulunan transfer sedyesinin cerrahi katına çıkarılması önerilmiştir.
Tesis Yönetimi	DTY05	Hastalara hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenmelidir.	20	Karşılamıyor	0	Hasta kabul birimlerinde camekanlı fiziksel bariyerler mevcut.
Tesis Yönetimi	DTY06	Yaşlı ve engelli kişiler için işlevsel düzenlemeler bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Acil durumlarda yaşlı ve engellilerin kurumdan tahliyesine yönelik planlama yapılmalıdır.
Tesis Yönetimi	DTY07	Çevre düzenlemesi yapılmalıdır.	20	Karşılıyor	20	
Tesis Yönetimi	DTY08	Kurumda su, elektrik enerjisi, ısıtma, soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılabilecek alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmelidir.	50	Karşılamıyor	0	Kurumda su, elektrik enerjisi, ısıtma, soğutma ve medikal gaz hizmetlerinin kesintisiz olarak verilmesi sağlanmalı, kesinti olması durumunda kullanılabilecek alternatif kaynaklar, kaynakların kapasitesi ve kullanma koşulları belirlenmemiştir.
Tesis Yönetimi	DTY09	Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40	Kısmen Karşılıyor	20	Asansörlerin tescil belgesi ibraz edilmedi (Yapı İşleri Daire başkanlığında olduğu ifade edilmiştir). Periyodik bakım kontrol raporunun Yapı İşleri Daire Başkanlığında bulunduğu ifade edilmiştir. Asansörlerde bulunan acil çağrı sisteminin etkin olarak çalışmadığı (ses uyararı düşük seviyede, megafon çalışmamakta) tespit edilmiştir.
Tesis Yönetimi	DTY10	Havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40	Karşılamıyor	0	Hepa filtre kullanılan havalandırma sistemlerinin bakımları ve performans testleri yapılmamaktadır.
Tesis Yönetimi	DTY11	Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Jeneratörlerin geçici veya kesin kabul belgesi ibraz edilmedi (Yapı İşleri Daire Başkanlığında olduğu ifade edildi). Pedodonti kliniğinin bekleme salonunda bazı prizlerde çocuk koruma olmadığı görülmüştür.
Tesis Yönetimi	DTY12	Su depolannın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40	Karşılamıyor	0	2023 yılına ait bakteriyolojik ve kimyasal su analiz raporları görülemedi. Su sebekesinin uç noktalarından klor ölçümü yapılmamaktadır.
Tesis Yönetimi	DTY13	Sihhi tesisatın güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Atık su tesisatının sızdırmazlık açısından kontrolünün nasıl yapılacağı ile ilgili prosedüre tanımlama yapılması önerilmiştir. Yangın su deposunun basınç kontrol kayıtları mevcut değildir.
Tesis Yönetimi	DTY14	Diş ünitlerinde kullanılan su sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40	Karşılıyor	40	Diş ünitlerinde kullanılan su sistemlerinin bakımları yapılmış fakat bakım kayıtları düzenli tutulmadığı görülmüştür.
Tesis Yönetimi	DTY15	Medikal gaz sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Oksijen sistemi basınç (bar) değerleri kayıt altına alınmamaktadır.
Tesis Yönetimi	DTY16	Sıkıştırılmış gaz silindirlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Tesis Yönetimi	DTY17	Otoklav, buhar kazanı, kompresör, buhar türbinleri, kalorifer kazanı gibi basınçlı kapların bakımları düzenli aralıklarla yapılmalı, yıllık muayeneleri gerçekleştirilmelidir.	40	Karşılamıyor	0	Otoklav, kompresör, kalorifer kazanı, boiler tankı gibi basınçlı kapların bakımının ve yıllık muayenelerinin düzenli aralıklarla yapıldığına dair kayıt bulunmamaktadır.
Otelcilik Hizmetleri	DOH01	Hasta odalarına yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	40	Karşılıyor	40	Hasta başı panelinin kontrollerinin düzenli aralıklarla yapıldığına dair kayıt görülemedi. Ayrıca çocuk hastaya uygun yatak bulunmamaktadır.
Otelcilik Hizmetleri	DOH02	Tıbbi bakım sürecinde hastaların gerektiğinde sağlık personeline kolay ulaşabilmesi sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	

Otelcilik Hizmetleri	DOH03	Kişisel temizlik alanlarına (banyo, tuvalet, lavabo) yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Çalışanların kullandığı kişisel temizlik alanlarının kapıları acil durumlarda kolay müdahale edilebilecek nitelikte değildir.
Otelcilik Hizmetleri	DOH04	Kurum bünyesinde yer alan bekleme alanlarının temiz ve konforlu olması sağlanmalıdır.	20	Karşılıyor	20	
Otelcilik Hizmetleri	DOH05	Poliklinik alanlarında tıbbi hizmet süreçlerine uygun fiziksel ortam sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Otelcilik Hizmetleri	DOH06	Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Otelcilik Hizmetleri	DOH07	Hasta, hasta yakını ve çalışanların can ve mal güvenliği sağlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Güvenlik personeli görev tanımları görülemedi.
Otelcilik Hizmetleri	DOH08	Mutfak hizmetlerine yönelik uygun fiziki koşullar sağlanmalıdır.	40	Değerlendirme Dışı	0	Yemek hizmeti bulunmamaktadır.
Otelcilik Hizmetleri	DOH09	Gıdaların güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.	40	Değerlendirme Dışı	0	Yemek hizmeti bulunmamaktadır.
Otelcilik Hizmetleri	DOH10	Gıdaların hazırlanma süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Değerlendirme Dışı	0	Yemek hizmeti bulunmamaktadır.
Otelcilik Hizmetleri	DOH11	Kurum dışında hazırlanan gıdaların taşınmasına yönelik süreçler ve bu süreçlerin işleyişine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	20	Değerlendirme Dışı	0	Yemek hizmeti bulunmamaktadır.
Otelcilik Hizmetleri	DOH12	Gıdalar, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.	30	Değerlendirme Dışı	0	Yemek hizmeti bulunmamaktadır.
Otelcilik Hizmetleri	DOH13	Gıda atıklarının değerlendirilmesi ve izlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Değerlendirme Dışı	0	Yemek hizmeti bulunmamaktadır.
Otelcilik Hizmetleri	DOH14	Çamaşır hizmetlerinin sunumuna yönelik süreçler tanımlanmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Çamaşır kapalı arabalarla taşınmamaktadır. Çamaşırhanede bulunan ekipmanların ilişkin tanımlamalar ve personel eğitim kayıtları mevcut değildir.
Otelcilik Hizmetleri	DOH15	Çamaşırhaneye yönelik fiziki düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Otelcilik Hizmetleri	DOH16	Kurum bünyesinde hasta, hasta yakını ve çalışanların kullanımına yönelik ibadethane bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY01	Bilgi yönetim sistemi süreçlerine ilişkin kurum politikası oluşturulmalıdır.	30	Karşılıyor	30	İlgili dokümanda bilgi teknolojileri imha yönetimi (bilgisayar, disk, sunucu vb) ile ilgili tanımlama bulunmamaktadır.
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY02	Bilgi yönetimine ilişkin süreçlerin güvenli bir şekilde yürütülmesi ve koordinasyonu sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY03	Bilgi yönetim sistemine ilişkin riskler yönetilmelidir.	30	Karşılıyor	30	6 ayda bir yapılacak
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY04	Hata bildirimine ve çözüm sürecine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	40	Karşılmıyor	0	Hata bildiri ile ilgili kayıtlarda eksiklikler mevcut. Bir çok hatanın bildiriminin kayıt altına alınmadığı tespit edilmiştir.
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY05	Bilgi güvenliğinin sağlanması ve kişisel verilerin korunmasına yönelik gerekli tedbirler alınmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	İlgili dokümanda bilgi güvenliği ihlal olayı yönetimi konusunda tanımlama yapılmadığı tespit edilmiştir.
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY06	SBYS'de hastalara ait sağlık kayıtlarına elektronik olarak ulusal ve kurumsal düzeyde erişim sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY07	Bilgi yönetim sisteminin etkin kullanımının sağlanmasına yönelik çalışma yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Eğitim gerçekleştirilmiş olup, katılımlarda eksik personel mevcut.
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY08	Sağlık bilgi yönetim sisteminde (SBYS) yer alan modüller birbirine entegre olmalıdır.	40	Kısmen Karşılıyor	20	Merkezi sterilizasyon ünitesi modülü mevcut değil. Personel modülünde hizmet içi eğitimler kaydedilmemiş.
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY09	SBYS üzerinde yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY10	SBYS üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	50	Karşılıyor	50	Veri kurtarma testi 6 ayda bir olacak şekilde yapılmalıdır.
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY11	Bilgi yönetim sisteminde kullanılan tüm bilgisayarlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY12	Bilgi yönetim sisteminin etkinliği ve sürekliliği için gerekli destek sağlanmalıdır.	40	Karşılıyor	40	

Bilgi Yönetim Sistemi	DBY13	Sistem odasının güvenliği sağlanmalıdır.	50	Değerlendirme Dışı	0	Sistem odası Rektörlük binası dışında olduğu için değerlendirme dışı tutulmuştur.
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY14	Sunuculara ait güncel bilgiler kayıt altına alınmalıdır.	20	Değerlendirme Dışı	0	Sunucular Rektörlük binasında olduğu için değerlendirme dışı tutulmuştur.
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY15	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	50	Değerlendirme Dışı	0	Sunucular Rektörlük binasında olduğu için değerlendirme dışı tutulmuştur.
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY16	Veri tabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Bilgi Yönetim Sistemi	DBY17	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC01	Malzemelerin yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	20	Karşılıyor	20	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC02	Malzeme ihtiyaç tespiti ve teminine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Malzeme ihtiyaç tespiti ve temini ile ilgili süreçler asgari standartları karşılamamaktadır. Dekimantasyon tekrar revize edilmesi gerekmektedir. Kurumda bulundurulması gereken malzemeler birim bazında belirlenmediği tespit edilmiştir.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC03	Malzemelerin muhafazasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	40	Karşılmıyor	0	Ana deponun nem seviyesinin yüksek olduğu gözlemlenmiştir. Steril sarf malzemeler uygun koşullarda saklanmamaktadır. Ana depoya kedi girdiği görülmüş olup, depoda kirlilikler görülmüştür. her malzeme için miat takibi elektronik olarak yapılmamaktadır. Ara depolarda (kliniklerde bulunan depolar) miat takibi elektronik olarak yapılmamaktadır. Bazı ara depolarda ısı nem takibinin yapılmadığı tespit edilmiştir. Depo temizliği ile ilgili kayıt formu görülemedi. Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi ve bildirim yapılmasına yönelik düzenleme bulunmamaktadır. İlgili çalışana depo işleyiş prosedürünün revize edilmesi önerilmiştir.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC04	Malzemelerin stok kontrol sürecine yönelik kurallar tanımlanmalıdır.	40	Karşılmıyor	0	Stok kontrol sürecinde uygulanacak olan stok takip yöntemi (FIFO, FEFO, LIFO vb.) tanımlanmamış (depo işleyiş prosedürüne tanımlanmalı). Ana depoda bulunan her malzeme için minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri belirlenmemiş. Ara depolarda malzemelerin minimum, kritik ve maksimum stok seviyelerinin belirlenmediği tespit edilmiştir. Birden çok hastaya kullanılan sarf malzemelerinin (doğu, kompozit, siman, bond vb.) klinik bazında kullanım miktarlarının kontrol ve takibine yönelik süreçler tanımlanmamış.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC05	Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Malzemelerin birimlere güvenli şekilde taşınmasına yönelik düzenlenmiş depo prosedüründe tanımlanması önerilmiştir.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC06	Uygunsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Uygunsuz malzemelerin geri çekilmesi, muhafazası ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmamış olduğu tespit edilmiştir.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC07	Tehlikeli maddelerin yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılmıyor	0	Tehlikeli madde envanter listesinin standartta istenen alt başlıkların hepsine yer verilmediği (tehlikeli maddenin markası, etken maddesi, türü (toz, kristal vb.), kullanım şekli ve maddi etkileşime girdiği madde, tasma şekli, imha yöntemi vb.) tespit edilmiştir. Bazı ara depolarda tehlikeli madde envanter listesinin bulunmadığı ve tehlikeli maddeleri ayrı bir alanda tanımlanmadığı tespit edilmiştir.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC08	Cihazların yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar tanımlanmalıdır.	20	Karşılıyor	20	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC09	Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Cihazların temini ve hizmete sunulmasına yönelik yazılı düzenleme standartlara uygun olarak yeniden düzenlenmesi gerekmekte olup, cihaz yönetiminden sorumlu çalışanlarca da bilinmelidir.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC10	Cihazların izlenebilirliği sağlanmalıdır.	40	Karşılmıyor	0	Bazı bölümlerde tıbbi cihaz envanter listesinin oluşturulmadığı veya güncel olmadığı tespit edilmiştir. Ayrıca tıbbi cihazların üzerinde cihaz kartı veya etiketi (cihazı tanımlayan kimlik numarası ve bulunduğu bölüm bilgileri olan etiket) bulunmamaktadır.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC11	Cihazların güvenli ve verimli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Cihazların güvenli ve verimli kullanımına ilişkin süreçler ve bu süreçlere yönelik kuralların belirlendiği doküman bulunmamaktadır. Malzeme ve Cihaz Yönetimi prosedürünün içerisinde bahsedilmekte fakat standartların tamamını kapsamamaktadır.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC12	Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmalıdır.	30	Karşılmıyor	0	Uygunsuz cihazların geri çekilmesi, muhafazası, kullanım dışı bırakılması ve iade şartları ile ilgili kurallar tanımlanmamış. İşleyiş mevcut fakat tanımlama yapılmamış.

Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC13	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu yapılmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, onarım, ayar, test, kontrol ve kalibrasyonu planlarının bölümlerde bulunmadığı için ilk kullanıcının bakım ve kalibrasyonlar hakkında bilgi sahibi olmadığı (kalibrasyon raporları bölümlerde bulunmamaktadır) görülmüştür. Ayrıca kalibrasyon etiketlerinin üzerinde cihaz kimlik numaralarının olmadığı tespit edilmiştir. Kalibrasyon raporları teknik birim ziyaretinde incelenmiş olup, kalibrasyonu yapılan tıbbi cihazın kimlik numarası kalibrasyonu yapan personelin eğitim sertifikasyon bilgileri, kalibrasyon yapılırken kurumdaki eşlik eden personelin imzası bilgileri bulunmamaktadır.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC14	Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmalıdır.	40	Karşılıyıyor	0	Test, kontrol ve kalibrasyon sonucuna göre kullanıma uygun olmadığı tespit edilen veya sınırlı kullanım kararı verilen tıbbi cihazlar ile ilgili süreçler tanımlanmamış.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC15	Cihaz arıza bildirim ve onarım süreçleri tanımlanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.	30	Karşılıyor	0	Arıza bildirimleri Turcasoft sistemi üzerinden yapılmakta olduğu görülmüş olup, kayıtlarda onarım süreçleri ile ilgili bilgilerde eksiklikler olduğu görülmüştür.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC16	Tıbbi cihazlar ile ilgili gerçekleşen istenmeyen ve beklenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC17	Cihazların kullanım dışı bırakılması sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	20	Karşılıyıyor	0	Cihazların kullanım dışı bırakılmasına (geçici veya sürekli kullanım dışı bırakma, hurdaya ayırma vb.) yönelik kurallar tanımlanmamış.
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	DMC18	Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanım süreci ve kalite kontrol çalışmalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyıyor	0	Cerrahi bölümünde hasta başı test cihazı bulunmakta olup, cihazın kalite kontrol sonuçlarının kayıt altına alınmadığı tespit edilmiştir.
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA01	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetlerinin ilişkin düzenleme bulunmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Prosedüründe hasta dosyası içeriğinin kontrolü ve eksikliklerin tamamlanması ile ilgili tanımlama bulunmamaktadır.
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA02	Tıbbi kayıt ve arşiv hizmetleri elektronik ortama dayalı olarak kurgulanmalıdır. İlgili mevzuat gereğince fiziki olarak oluşturulması, kullanılması ve saklanması zorunlu olan yazılı doküman haricindeki tüm doküman ve kayıtlar elektronik olarak oluşturulmalı, kullanılmalı ve saklanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA03	Tıbbi kayıtların bir düzen içinde ve eksiksiz tutulması, saklanması ve kullanımına yönelik sorumlular ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.	20	Karşılıyor	20	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA04	Tıbbi kayıtlara erişimde bilgi mahremiyeti ve güvenliği sağlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA05	Hasta dosyaları sabit bir dosya numarası ile standart bir dosya içeriğine sahip olmalıdır.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Günübirlik yatan hastalar için standart bir dosya içeriği belirlenmemiş. Hasta dosyalarında hastaya ait bilgiler standarta uygun şekilde bulunmalıdır.
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA06	Hasta taburculuk özeti hazırlanmalıdır.	30	Karşılıyıyor	0	Günübirlik yatan hasta için taburculuk özeti yapılmamaktadır.
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA07	Arşiv bölümünde hasta dosyalarının saklanması yönelik uygun fiziki ortam oluşturulmalıdır.	40	Karşılıyıyor	0	Hasta onam formlarının bulunduğu arşiv nem isi takibi yapılmadığı, iklimlendirme sağlanmadığı, su basması ile ilgili önlem alınmadığı yani fiziki olarak uygun olmadığı görülmüştür.
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	DTA08	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Karşılıyıyor	0	Arşiv hizmetlerinin işleyişine yönelik düzenleme bulunmamaktadır.
Atık Yönetimi	DAY01	Atık yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Atık yönetim prosedüründe, oluşan atık miktarı ile ilgili bilgilerin düzenli olarak kayıt altına alınması, atıkların teslim alınması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye veya yüklenici ile protokol yapılması, atık taşıma araçlarının kurum içinde izleyeceği güzergah gibi tanımlamalar yer almamaktadır.
Atık Yönetimi	DAY02	Atıklar kaynağında ayrıştırılmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Atık Yönetimi	DAY03	Atıkların toplanması ve taşınmasına yönelik kurallar belirlenmelidir.	40	Karşılıyıyor	0	Tıbbi atık toplama konteynerinde evsel atıkların toplandığı görülmüştür. Ayrıca tıbbi atık toplama arabasının kapaklı olması gerekmektedir. Atıkları her bölüm kendi temizlik personeli ile topladığı için uygun giysi ile toplanmadığı görülmüştür. Özellikle tıbbi atık taşınırken çalışan güvenliği açısından uygun nitelikli kişisel koruyucu donanım ve kıyafetle toplanması gerekmekte olup, ayrıca tıbbi atığın toplaması için kapaklı konteyner kullanılmalıdır. Tıbbi atık toplayan personelin kıyafetinin eski ( yıpranmış) olduğu için tıbbi atığı toplarken giymediğini ifade etmiştir. Atık poşetlerinin birçoğunda hangi birimden toplandığına dair tanımlayıcı bilgi bulunmadığı görülmüştür. Atık deposunda bulunan atık poşetlerinin bazılarının 3/4 oranından daha fazla dolu olduğu (tıka basa dolu olduğu) görülmüştür.

Atık Yönetimi	DAY04	Atıklar ilgili kuruluşa teslim edilinceye kadar geçici depolama alanlarında depolanmalıdır.	40	Karşılıyor	0	Tıbbi atık deposunun içinde tehlikeli etiketlerinde olduğu görülmüştür. Tehlikeli atık deposunun ayrı olması gerekmektedir. Ayrıca tıbbi atık deposuna talas serilmediği tespit edilmiştir. Tıbbi atık toplama konteynerinin kapaklı olmadığı ve eysel atıklarında bu konteynerde toplandığı görülmüştür.
Atık Yönetimi	DAY05	Atık yönetimi konusunda sağlık çalışanlarına eğitim verilmelidir.	30	Karşılıyor	0	Eğitim katılım oranlarının yeterli olmadığı tespit edilmiştir. Hekimler: % 21,87 Hemşireler: % 75 Sağlık Personeli: % 36,36 Temizlik Personeli: % 68
Dış Kaynak Kullanımı	DDK01	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kapsamı ve süreçleri tanımlanmalıdır.	30	Karşılıyor	30	Kantinde dış hizmet sağlayıcısı olarak tanımlanmalıdır.
Dış Kaynak Kullanımı	DDK02	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.	50	Karşılıyor	0	Dış kaynak kullanımı yolu ile sağlanan hizmetlerin kontrolüne yönelik düzenleme bulunmamaktadır.
Göstergelerin İzlenmesi	GGI01	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.	50	Kısmen Karşılıyor	25	Gösterge sorumlularının, göstergelerin izlenmesi, verilerin toplanması, sonuçların analizi ve analiz sonrası iyileştirme çalışmalarını aktif olarak yürütmediği tespit edilmiştir.
Göstergelerin İzlenmesi	GGI02	Kurumda izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.	30	Karşılıyor	0	Gösterge yönetim rehberi dışında gösterge belirlenmemiş.
Göstergelerin İzlenmesi	GGI03	Kurumda izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.	50	Karşılıyor	50	
Göstergelerin İzlenmesi	GGI04	Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Bazı göstergelerin ( protez ile ilgili göstergeler) verileri toplanmıyor.
Göstergelerin İzlenmesi	GGI05	Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda veriler analiz edilmelidir.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Bazı göstergelerin ( protez ile ilgili göstergeler) analizleri yapılmıyor.
Göstergelerin İzlenmesi	GGI06	Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.	30	Kısmen Karşılıyor	15	Bazı göstergelerin ( protez ile ilgili göstergeler) iyileştirme faaliyetleri yapılmıyor.
Göstergelerin İzlenmesi	GGI07	Göstergelere ilişkin sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.	30	Karşılıyor	30	
<b>Alınan Toplam Puan</b>			<b>9720</b>		<b>4380</b>	
<b>KALİTE PUANI =</b>			<b>Değerlendirme Dışı Puan:640</b>		<b>48,24</b>	