



T.C. Sağlık Bakanlığı

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri 2016 Rehberi (Sağlık Tesisleri)

Ankara, 2016

İÇİNDEKİLER

Yönetmelik	3
Değerlendirme Komisyonu.....	5
Başkanlık Yetkilileri ve Sorumlu Oldukları İller	6
Sağlık Tesislerinin Dikkat Etmesi Gereken Hususlar	7
Değerlendirilecek Bölüm ve Standartlar	9

YÖNETMELİK

27 Haziran 2015 CUMARTESİ

Resmi Gazete

Sayı:29399

Sağlık Bakanlığından:

SAĞLIKTA KALİTENİN GELİŞTİRİLMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİNE DAİR

YÖNETMELİK

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

MADDE 1 - (1) Bu Yönetmeliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 - (1) Bu Yönetmelik; teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti ile koruyucu sağlık hizmeti sunan kamu ve özel tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3 - (1) 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 9 uncu maddesinin (c) bendi, 11/10/2011 tarihli ve 663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 8 inci maddesinin birinci fıkrasının (1) bendi ile 40 ıncı maddesine dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar ve kısaltmalar

MADDE 4 - (1) Bu Yönetmelikte geçen;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- b) Değerlendirme: Sağlık kurum ve kuruluşlarında sağlıkta kalite standartlarının uygulanıp uygulanmadığını ve uygulanma düzeylerini belirlemek için yerinde yapılan incelemeyi,
- c) Değerlendirici: Bakanlıkça yetkilendirilen ve değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştiren kişiyi, ç) Genel Müdürlük: Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğünü,
- d) Kalite puanı: Sağlık kurum ve kuruluşlarında yerinde yapılan değerlendirme neticesinde sağlıkta kalite standartlarının uygulanma düzeyini gösteren, sıfır ile yüz arasında tespit edilen değeri,
- e) İl kalite koordinatörlüğü: İl sağlık müdürlüğünde sağlıkta kalite standartları çerçevesinde Bakanlık adına iş ve işlemleri yürütmek ve koordine etmek üzere oluşturulan birimi,
- f) Sağlıkta Kalite Standartları (SKS): Bakanlıkça, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği başta olmak üzere verimlilik, etkililik, etkinlik, süreklilik ve zamanlılık gibi hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik geliştirilen standartların tamamını,
- g) Sağlık kurum ve kuruluşu: Kamu ve özel sektöre ait hastaneleri, tıp/dal merkezlerini, ağız ve diş sağlığı merkezleri/hastanelerini, birinci basamak sağlık hizmeti veren kuruluşlarını, poliklinikleri, tıbbi laboratuvarları, görüntüleme, kan ve diyaliz gibi merkezleri ile il ambulans servislerini, ifade eder.

İKİNCİ BÖLÜM

Standartların Uygulanması ve Değerlendirme

Sağlıkta kalite standartlarının uygulanması

MADDE 5 - (1) Sağlık kurum ve kuruluşları; uygulamalarında sağlıkta kalite standartlarına uygun çerçevede düzenlemeler yapar. SKS esas alınarak yapılan öz değerlendirmeler ve sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamında gerekli görülen iyileştirme faaliyetlerini gerçekleştirirler.

(2) Sağlık kurum ve kuruluşlarının uygulaması gereken sağlıkta kalite standartları ve bunlara ilişkin rehberler Genel Müdürlükçe hazırlanarak Bakanlığın internet sitesinde yayımlanır.

(3) Sağlık kurum ve kuruluşları, sağlıkta kalite standartları ve rehberlerinin yayımlandığı tarihten itibaren altı ay sonra sorumlu tutulurlar.

(4) Genel Müdürlük, sağlıkta kalite standartlarının etkinliğini artırmak amacıyla uygulamaya yönelik uzaktan ya da yerinde eğitim faaliyetleri düzenler ya da düzenlenmesini sağlar.

Değerlendirme

MADDE 6 - (1) Bakanlık, sağlıkta kalite standartları doğrultusunda sağlık kurum ve kuruluşlarını değerlendirir.

(2) Sağlıkta kalite standartlarının hazırlanması, değerlendirme süreci ve değerlendiricilerin belirlenmesine ilişkin tüm iş ve işlemler Genel Müdürlükçe yürütülür.

(3) Değerlendirmeler her yıl, Bakanlığın belirlediği tarihlerde Bakanlıkça yapılır. İlgili yıldaki kalite puanı 95 ve üstü olan kurum ve kuruluşlar, öz değerlendirme sonuçlarını takip eden yılın Ocak-Haziran ayları arasında Bakanlığa göndermeleri durumunda o yıl değerlendirme yapılmaz ve mevcut kalite puanının geçerliliği devam eder. Ancak kurum ve kuruluşun talebi üzerine yeniden değerlendirme de yapılabilir.

(4) Değerlendirmeler önceden ilan edilen takvime ve Genel Müdürlükçe yayımlanan sağlıkta kalite standartları değerlendirme rehberine uygun olarak gerçekleştirilir.

(5) Sağlıkta kalite standartlarının tümü veya Genel Müdürlükçe belirlenecek bir kısmı ve/veya bölümler üzerinden değerlendirme yapılabilir.

(6) Sağlık kurum ve kuruluşları değerlendirme sonucunun tebliğinden itibaren somut delillerle birlikte en geç yedi gün içinde yazılı olarak Bakanlığa itiraz edebilir. İtiraz başvuruları, Bakanlıkça en geç otuz gün içerisinde sonuçlandırılır.

(7) Sağlık kurum ve kuruluşlarında kalite puanı, Genel Müdürlükçe yayımlanan sağlıkta kalite standartları puan hesaplama rehberine uygun şekilde hesaplanır.

(8) Sağlık kurum ve kuruluşlarının ilgili yılda aldıkları kalite puanları takip eden yılın sonuna kadar geçerlidir.

(9) Bakanlık, sağlık kurum ve kuruluşlarının kalite puanlarını ilan edebilir. Bu ilanın takip eden yılın ilk üç ayında yapılması esastır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Çeşitli ve Son Hükümler

Yürürlükte Kaldırılan Yönetmelik

MADDE 7 - (1) 6/8/2013 tarihli ve 28730 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik yürürlükten kaldırılmıştır.

Yürürlük

MADDE 8 - (1) Bu Yönetmelik yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 9 - (1) Bu Yönetmelik hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Değerlendirme Komisyonu

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı bünyesinde Değerlendirme Komisyonu kurulmuş olup Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri ile ilgili sürecin yönetimini sağlamaktadır.

Değerlendirme Komisyonu Üyeleri

- Dr. Hasan GÜLER
- Dr. Abdullah ÖZTÜRK
- Uz. Dr. Dilek TARHAN
- Çağlayan SARIOĞLAN
- Öznur ÖZEN
- Şerife ENGELÖĞLU (Başkanlık Yetkilisi 27 İl Sorumlusu)
- Ayşe AYKANAT (Başkanlık Yetkilisi 27 İl Sorumlusu)
- Gül HAKBİLEN ÜZEL (Başkanlık Yetkilisi 27 İl Sorumlusu)

Komisyonun Görevleri

- Değerlendirme sürecinin Organizasyonu
- Değerlendirme sürecinin Koordinasyonu
- Değerlendiricilerin belirlenmesi
- Değerlendirilecek Sağlık Tesisleri ve değerlendirme tarihlerinin belirlenmesi
- Görüş ve önerilerin değerlendirilmesi

Değerlendirme Komisyonu bünyesinde 3 yetkili tanımlanmış olup, bu yetkililerin her biri, 27 ilden ve bu illerde yapılan değerlendirmelerde; değerlendirici, il kalite koordinatörlüğü ile kurum ve kuruluşlardan sorumlu olarak belirlenmiştir.

27 il yetkilisi, sorumlu olduğu illerde gerçekleştirilen değerlendirmelerin koordinasyonunu sağlamakla görevlidir. Ayrıca değerlendirme sürecinin her aşamasının sağlıklı bir şekilde yönetilmesinden de sorumludur.

İllere göre belirlenen Başkanlık yetkilileri ile aşağıda yer verilen kurumsal telefon hatları ve e-posta adresi aracılığı ile iletişim kurulacaktır.

Başkanlık Yetkilileri ve Sorumlu Oldukları İller

Başkanlık Yetkilisinin Adı	Şerife ENGELOĞLU	Ayşe AYKANAT	Gül HAKBİLEN
Telefon No	(0 312 458 50 23)	(0 312 458 50 24)	(0 312 458 50 16)
e-posta adresi	skskalite@gmail.com	skskalite@gmail.com	skskalite@gmail.com
İl Adı	Adana	Afyonkarahisar	Adıyaman
	Ağrı	Amasya	Aksaray
	Artvin	Ankara	Antalya
	Bartın	Ardahan	Aydın
	Bilecik	Balıkesir	Batman
	Bolu	Bayburt	Bingöl
	Çanakkale	Bitlis	Burdur
	Denizli	Bursa	Çankırı
	Edirne	Çorum	Diyarbakır
	Erzurum	Düzce	Elazığ
	Giresun	Gaziantep	Erzincan
	Hatay	Hakkâri	Eskişehir
	İstanbul	Isparta	Gümüşhane
	Karabük	Kahramanmaraş	Iğdır
	Kastamonu	Karaman	İzmir
	Kırklareli	Kars	Kayseri
	Kocaeli	Kırıkkale	Kırşehir
	Malatya	Kilis	Manisa
	Mersin	Konya	Muğla
	Nevşehir	Kütahya	Niğde
	Osmaniye	Mardin	Rize
	Samsun	Muş	Siirt
	Sivas	Ordu	Şanlıurfa
	Tekirdağ	Sakarya	Tokat
	Trabzon	Sinop	Uşak
	Tunceli	Şırnak	Yozgat
Yalova	Van	Zonguldak	

Sağlık Tesislerinin Dikkat Etmesi Gereken Hususlar

Ülkemiz sağlık sisteminin sürekli iyileştirilmesi ve geliştirilmesi amacı ile gerçekleştirilmekte olan Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri kapsamında sağlık tesislerinin, değerlendirme sürecine ilişkin belirlenen kurallara azami özen göstermesi ve ortaya konan kuralları detaylı bir şekilde incelemesi, sürecin sağlıklı ve başarılı bir şekilde yürütülmesine ve sonuçlanmasına büyük katkılar sağlayacaktır.

Değerlendirme Öncesi

- Sağlık tesislerinin değerlendirme günleri, Başkanlığın www.kalite.saglik.gov.tr internet adresinden ilan edilir.
- Değerlendirme süreci ile ilgili talep, soru, görüş ve öneriler Başkanlığın skskalite@gmail.com e-posta adresinden ya da Başkanlığın kurumsal telefon hatlarından o ilin sorumlusu olan Değerlendirme Komisyonunda görevli Başkanlık Yetkilisine iletilmelidir.
- Sağlık tesisleri, Başkanlık faaliyetlerini ve uygulamalardaki gelişmeleri takip ederek bilgilerini güncellemelidir.
- Değerlendirme süresince değerlendirme ekibinin kullanımı amacı ile bir oda tahsis edilmeli, odada internet erişimi olan bir bilgisayar bulunmalıdır.

Değerlendirme Günü

- Değerlendirme 08.00 - 19.00 saatleri arasında yapılır.
- Değerlendirme açılış toplantısı ile başlar, kapanış toplantısı ile sonlandırılır.
- Açılış toplantısı öncesinde, Değerlendirme ekibi ve kalite yönetim direktörünün toplantı yapmasına yönelik gerekli düzenleme yapılmalıdır.
- Açılış toplantısı için, bilgisayar ve projeksiyon cihazının bulunduğu bir toplantı salonu hazırlanmalıdır.
- Açılış toplantısına asgari, **sağlık tesisinin en üst yöneticisi, tıbbi hizmetler, hemşirelik hizmetleri ile idari hizmet yöneticileri, kalite yönetim direktörü, komite başkanları ve değerlendirilecek bölümlerin bölüm kalite sorumluları** katılmalıdır.
- Değerlendirme sırasında değerlendirme ekibine sadece **sağlık tesisinin üst yöneticisi ve/veya üst yönetimden bir temsilci, kalite yönetim direktörü ve değerlendirilen bölümün bölüm kalite sorumlusu** eşlik etmelidir.

- Değerlendirme ekibinin istediği doküman, belge ve kayıtları sağlık tesisi tarafından ibraz edilmelidir.
- **Değerlendirme sürecinde Başkanlıkça belirlenen ve ilan edilen opsiyonel standartlar içinden en fazla iki tanesi varsa kurumun talebi üzerine değerlendirilir.**
- Değerlendirme sürecinde, değerlendirme ekibinin Başkanlıkça belirlenen ziyaret alanlarına girişleri sağlanmalıdır.
- Değerlendirme ekibi Başkanlıkça belirlenen ziyaret alanları dışında ekip kararı en fazla iki alanı daha ziyaret edebilir.
- Değerlendirme sürecinde görüşülecek meslek grupları bilgilendirilerek, görüşmenin sağlanması ve gerekli hassasiyetin gösterilmesi gerekmektedir.
- **Özel kıyafet giyilen, koruyucu ekipman kullanılan uygulama alanlarına girişte değerlendirme ekibi için özel kıyafet ve koruyucu ekipman temin edilmelidir.**
- Sağlık tesisi çalışanları, değerlendirme ekibinin standartlar ve değerlendirme süreci ile ilgili sorularına cevap vermelidir.
- Değerlendirme sırasında verilen molalar ekip sorumlusunun kararı doğrultusunda verilmelidir.
- Değerlendirme ekibine öğle yemeği hastane yemekhanesinde ikram edilmelidir.
- Değerlendirme ekibine hiçbir şekilde hediye teklif edilmemelidir.

Değerlendirme Sonrası

- Sağlık tesisleri, değerlendirme sonrası **3 gün içerisinde Kurumsal Kalite Sistemi üzerinden değerlendirme sürecine ilişkin geri bildirim formunu doldurmalıdırlar.**
- Geri bildirim formunun doldurulmasının akabinde Sağlık tesisleri, **değerlendirmeyi takip eden yedinci günde Kurumsal Kalite Sistemi üzerinden daha önce kendilerine verilen şifre ve kullanıcı adı ile giriş yapmak suretiyle Değerlendirme Puanlarını görebilirler.**
- Değerlendirme sürecinde sağlık tesisi hakkında elde edilen bilgi ve belgeler gizli kalacak ve üçüncü taraflarla paylaşılmayacaktır.
- Geribildirim formu kalite yönetim direktörü ve değerlendirme sürecine iştirak eden (tercihen biri hekim olmak üzere) iki bölüm kalite sorumlusu tarafından ayrı ayrı doldurulmalıdır.

Değerlendirilecek Bölüm ve Standartlar

KALİTE YÖNETİMİ		
KKY06	Ç	Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.
RİSK YÖNETİMİ		
KRY03	Ç	Risk yönetimi kapsamında riskler belirlenmeli ve analiz edilmelidir.
GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ		
KGR01	Ç	Güvenlik Raporlama Sistemi kurulmalıdır.
KGR04	Ç	Güvenlik Raporlama Sistemine yapılan bildirimler analiz edilmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.
EĞİTİM YÖNETİMİ		
KEY05	Ç	Hasta/hasta yakını eğitimlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
HASTA DENEYİMİ		
HHD03		Hasta memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.
HHD04	Ç	Hasta ve/veya hasta yakını, hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi, bakım hizmetleri, hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirilmelidir.
HHD05		Her türlü tıbbi müdahale öncesinde hasta rızası alınmalıdır.
HHD06	Ç	Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır.
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI		
HSÇ11		Çalışanların görüş, öneri ve şikayetleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.
HSÇ12		Çalışan memnuniyet anketleri uygulanmalıdır.

HASTA BAKIMI

SHB01		Hasta bakımına ilişkin süreçler ayakta, yatan ve acil hastalar için ayrı olacak şekilde tanımlanmalıdır.
SHB02		Hastaların bakım ihtiyaçları bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmelidir.
SHB03	Ç	Yatan hastalara yönelik hazırlanan bakım planı, belirlenen bakım ihtiyaçları doğrultusunda düzenlenmelidir.
SHB04		Yatan hastanın/hasta yakınının bölüme uyumu sağlanmalıdır.
SHB06		Hastanın bakım sürecine katılımı sağlanmalıdır.
SHB07	Ç	Tanı ve tedavi amacıyla yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.
SHB11		Hastaların nütrisyonel destek ihtiyacına yönelik düzenleme bulunmalıdır.
SHB12		Ağrı kontrolünün sağlanmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.
SHB21	Ç	Cerrahi uygulama yapılacak hastaların hazırlık sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
SHB22	Ç	Cerrahi uygulama sonrası hasta bakımına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

İLAÇ YÖNETİMİ

SİY05	Ç	İlaç istemleri ile ilgili kurallar belirlenmelidir.
SİY08	Ç	İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
SİY14		İlaç yönetimi süreçlerinin izlenebilirliği sağlanmalıdır.

TRANSFÜZYON HİZMETLERİ		
STH09	Ç	Transfüzyon uygulaması sırasında hasta güvenliği sağlanmalıdır.
RADYASYON GÜVENLİĞİ		
SRG08	Ç	Hasta ve yakınlarının radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
ACİL SERVİS		
SAS08		Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.
SAS09	Ç	Gözlem altına alınan hastaların güvenli ve etkili sağlık hizmeti almaları sağlanmalıdır.
SAS11		Yatış, sevk ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
AMELİYATHANE		
SAH03		Ameliyathanede, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.
SAH04		Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
SAH07	Ç	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.
SAH08	Ç	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.
SAH10	Ç	Tanı amaçlı alınan dokuların güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
SAH11		Cerrahi süreçte gerçekleşen tıbbi hatalar ve ramak kala olaylar cerrahi hata sınıflandırma sistemine (CHSSTR) göre kodlanmalıdır.
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ		
SYB06	Ç	Hastalar mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.
SYB07	Ç	Bası ülserinin önlenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.

BİYOKİMYA LABORATUVARI		
SBL12	Ç	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimini sağlanmalıdır.
SBL15		Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen tıbbi hatalar ve ramak kala olaylar laboratuvar hata sınıflandırma sistemine (LHSSTR) göre kodlanmalıdır.
OTELCİLİK HİZMETLERİ		
DOH02	Ç	Hastanenin temizliği sağlanmalıdır.
DOH04	Ç	Yiyeceklerin güvenli tedariki ve depolanması sağlanmalıdır.
DOH06		Yemekler, ısısına, sunumuna ve hijyen kurallarına dikkat edilerek dağıtılmalıdır.
MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ		
DMC05	Ç	Tıbbi cihazların güvenli kullanımına yönelik bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
TIBBİ KAYIT ve ARŞİV HİZMETLERİ		
DTA04	Ç	Hasta dosyalarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
GÖSTERGELERİN İZLENMESİ		
GGİ01	Ç	Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilmelidir.
GGİ02		Hastanede izlenecek kalite göstergeleri belirlenmelidir.
GGİ03	Ç	Hastanede izlenecek her gösterge için süreçler tanımlanmalıdır.
GGİ04		Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
GGİ05		Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, veriler analiz edilmelidir.
GGİ06		Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmalı ve uygulanmalıdır.
GGİ07		Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmelidir.

Bölüm Bazlı Göstergeler

GBSÇ05	Personel Devir Hızı
GBAS03	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi
GBRG01	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı
GBYB01	Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı
GBAH02	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı
GBDH01	Sezeryan Oranı

Klinik Göstergeler

GKKA05	Korener Anjiyografi Yapılan Hasta Oranı
GKDM04	Son Ölçülen HbA _{1c} (7 ve altı olan) Hasta Oranı
GKİN05	İntravenöztrombolitik Tedavi Uygulama Oranı
GKKO01	Operasyon Sırasında Ön Vitrektomi Yapılan Hasta Oranı

YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

Bu bölüm Kadın Doğum Hastanelerinde değerlendirilecektir.

SYD07	Ç	Bebekler, mortalite riski açısından değerlendirilmelidir.
SYD08	Ç	Yenidoğanın, tıbbi bakım kaynaklı risklerden korunmasına yönelik önlemler alınmalıdır.
SYD09	Ç	Bebeklerin beslenme durumunun izlenmesi ile doğru ve güvenilir şekilde beslenmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

DOĞUM HİZMETLERİ

Bu bölüm Kadın Doğum Hastanelerinde değerlendirilecektir.

SDH01		Doğum salonuna yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.
SDH02		Doğum süreci için gerekli ekipman bulunmalıdır.
SDH03	Ç	Anne bakım ve izlemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
SDH04	O	Doğum eylemini izlemeye yönelik Güvenli Doğum Kontrol Listesi kullanılmalıdır.
SDH05	Ç	Yenidoğan bebeğin izlemine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
SDH06		Doğum yapan hasta yakınlarının bilgi alabilmelerini sağlayan görsel ve güncellenebilen bilgi sistemleri (tv, monitör gibi) bulunmalıdır.
SDH07	O	Kurumda hasta/hasta yakınlarına yönelik gebelik ve doğum eylemi süreçlerine ilişkin sistemli bir eğitim programı (gebe eğitim okulu) bulunmalıdır.

PSİKİYATRİ HİZMETLERİ

Bu bölüm, Ruh Sağlığı Hastanelerinde değerlendirilecektir.

SPS01		Psikiyatri hizmet süreçleri ve bu süreçlere yönelik kurallar tanımlanmalıdır.
SPS02		Psikiyatri kliniklerine yönelik fiziki düzenleme bulunmalıdır.
SPS03		Hastaların kullandığı bahçede fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.
SPS04	Ç	Hastaların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziki düzenlemeler yapılmalıdır.
SPS05		Hasta yatışı ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme bulunmalıdır.
SPS06		Hastanın öz bakımının yapılması sağlanmalıdır.
SPS07	Ç	Hastalara yönelik rehabilitasyon faaliyetleri düzenlenmelidir.
SPS08		Yakın gözlem gerektiren hastalara yönelik düzenleme yapılmalıdır.
SPS09		Klinikte hastaların uyması gereken kurallar belirlenmelidir.
SPS10		Hasta ve yakınlarına, tedavi ve takip sürecine yönelik gerekli eğitimler verilmelidir.
SPS11	Ç	Elektrokonvulsif Tedavi (EKT) ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.
SPS12		Adli vakalar ve mahkum klinikleri için düzenlemeler yapılmalıdır.
SPS13	Ç	Öngörülemez durumlar için hazırlanmış bir eylem planı olmalıdır.
SPS14	Ç	Hastaların taburculuk sonrası sosyal hayata uyumlarının sağlanmasına yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
SPS15		Psikiyatri hizmet sunum sürecinde görev alan çalışanlar, iş güvenliğini sağlamaya yönelik eğitilmelidir.

Değerlendirilecek Opsiyonel Standartlar

SDH07	OPSİYONEL	Kurumda hasta/hasta yakınlarına yönelik gebelik ve doğum eylemi süreçlerine ilişkin sistemli bir eğitim programı (gebe eğitim okulu) bulunmalıdır.
SIY02	OPSİYONEL	Hastane formülleri oluşturulmalıdır. Rehberlik: <i>o Hastane formülleri, doktor ve eczacılar için referans niteliğinde olan, sağlık problemlerinin tedavisinde en etkin, güvenilir ve ekonomik ilaçların listesiyle birlikte reçete yazımı için gerekli temel ilaç bilgilerini içeren kaynaktır.</i> <i>o Formüllerde asgari aşağıdaki bilgiler yer almalıdır:</i> <ul style="list-style-type: none">• Her ilacın akılcı kullanımına ait özet farmakolojik ve terapötik bilgiler• Eczane çalışma saatleri, çalışma saati dışındaki zamanlarda yapılan hizmet sunum şekli (ilaç isteğinin nasıl yapılacağı, kayıtların nasıl tutulacağı gibi)• İlaç tedavisiyle ilgili konular (çocuk dozlarının nasıl hesaplanacağı, acil durumlarda kullanılan ilaçların doz tabloları, sık kullanılan kısaltmalar, klinik açıdan önem taşıyan ilaç etkileşimleri, ilaç zehirlenmelerinde acil tedavi ilkeleri gibi)• İlaç atıklarının ve son kullanım tarihi geçmiş ilaçların imhası ve uygun şartlarda bertaraf edilmesi

Değerlendirilecek Opsiyonel Göstergeler

GBAH01	Opsiyonel	Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı
GBAH03	Opsiyonel	Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı
GBDH06	Opsiyonel	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı
GKKA01	Opsiyonel	İlk Başvuruda LDL Ölçümü Yapılan KAH Tanısı Almış Hasta Oranı
GKKA02	Opsiyonel	Kan Basıncı Ölçümü Yapılan Koroner Arter Hastası Oranı

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri kapsamında Bakanlıkça belirlenen "SKS Opsiyonel Standartlar ve Göstergeleri"nin değerlendirilmesi ile ilgili kurallar aşağıdaki şekildedir:

*Opsiyonel standart ya da göstergenin değerlendirilmesi kurumun talebi üzerine gerçekleştirilecektir.

*Kurum, bu değerlendirme dönemi içinde, belirlenen liste üzerinden toplamda en fazla iki opsiyonel standart ya da göstergenin değerlendirilmesini talep edebilecektir.

*Hastane Kalite Puanı 80 ve üzerinde olmak koşulu ile; Hastane Kalite Puanına, karşılanan her bir opsiyonel standart için 0,5 puan, her bir opsiyonel gösterge için ise 0,25 puan eklenir.

*Opsiyonel standartlardan alınacak toplam puanın 5'i geçmesi durumunda 5 puan, opsiyonel göstergelerden alınacak toplam puanın 2'yi geçmesi durumunda ise 2 puan Hastane Kalite Puanına eklenir. Hastane Kalite Puanına toplamda en fazla 7 puan eklenebilir.