

SHKS-İL AMBULANS SERVİSİ SETİ

Kodlama Sistemi

Sağlık Hizmet Kalite Standartları İl Ambulans Servisi (İAS); süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup bu yapı bir kodlama sistemi ile tanımlanmaktadır. Kodlama sistemi, standartlara kimlik kazandırmaktadır. Kodlama sistemi standartların kuruluşlarda karşılanma derecesinin belirlenmesine, verinin analizine ve kuruluşlar arası kıyaslama yapılmasına olanak sağlayacaktır.

SHKS- İAS Kodlama Sistemi

1. SHKS- İAS; Yönetim Hizmetleri, İstasyon Hizmetleri ve Kalite İndikatörleri olmak üzere 3 bölümden oluşmaktadır.
2. Kodlama 3 kısımdan oluşur. Kodlamadaki kısımlar iki basamaklı sayılardan oluşur.
Örnek: 02.02.00.
3. Birinci kısımdaki iki basamaklı bölümü tanımlar.
01: Yönetim Hizmetleri
02: İstasyon Hizmetleri
03: Kalite İndikatörleri
4. İkinci kısımda yer alan iki basamaklı sayı bölüm içindeki **standardın** sıralamadaki yerini tanımlar.
5. Üçüncü kısımdaki iki basamaklı sayı **standardı ve değerlendirme ölçütünü** tanımlar.
 - Standart **00** ile tanımlanır.
 - Değerlendirme ölçütü **01**'den başlayıp ardışık artan sayılar ile tanımlanır.
 - Değerlendirme ölçütüne ait alt kırılımlar "o" işareti ile tanımlanır.
6. Yürürlükten kaldırılan standartların kodları başka bir standartta kullanılmaz. Revizyonu yapılan standart için aynı kod kullanılmaya devam eder ve kodun başına kaçınıcı revizyon olduğu yazılır.

Puanlama Sistemi

Sağlık Hizmet Kalite Standartları; süreçleri farklı açılardan sistematik bir şekilde ele alan, uygulayıcılara yol gösterici özellik taşıyan ve uygulamaların değerlendirilmesinde kullanılan standartlar bütünüdür. Bu bağlamda, standartlar kendi içinde de bir sistematik yapıya sahiptir. Bu yapıda boyutlar, standartlar ve değerlendirme ölçütleri yer almakta olup bu yapı bir kodlama sistemi ile tanımlanmaktadır. SHKS'nin puanlandırılmasına yönelik bir puanlama sistemi kullanılmaktadır.

SHKS- İAS Puanlama Sistemi

1. Puanlamada 5 ve 5'in katları kullanılır.

Standart Özelliği	Puan
Yazılı düzenleme ile ilgili standartlar	5
Eğitim ile ilgili standartlar	10
Kalite yönetimi ile ilgili standartlar	10
Fiziksel özellikler ile ilgili standartlar	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar-1	10
Sürece yönelik uygulamaları içeren standartlar-2	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar-1	15
İndikatör takibi ile ilgili standartlar-1	15
Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili standartlar-2	20
Öz değerlendirme, komiteler, engelli kişilere yönelik standartlar	20
İndikatör takibi ile ilgili standartlar-2	20

2. Puanlamada, standart puanlandırılır.

- Değerlendirme ölçütleri puanlandırılmaz.

3. Değerlendirmede standart ve standardın değerlendirme ölçütleri **Evet**, **Hayır** ve **Değerlendirme Dışı** olarak tanımlanır.
4. Değerlendirme sonucu puanlama yapılırken;

- **Evet:** Standardın tüm değerlendirme ölçütleri ile birlikte karşılanması durumunu ifade eder ve **tam puan** verilir.
- **Hayır:** Standardın kendisinin veya en az bir değerlendirme ölçütünün karşılanmadığı durumu ifade eder ve **0 (sıfır)** puan verilir.
- **Değerlendirme Dışı:** il ambulans servislerinde değerlendirilmeyecek standartları ifade eder ve puanlandırma yapılmaz.

Tanımlar

Bölüm: Komuta Kontrol Merkezi'ne bağlı olarak faaliyet gösteren istasyonu ifade eder.

Komuta Kontrol Merkezi: 24 saat kesintisiz acil çağrı karşılama ve yönlendirmenin yapıldığı bölümü ifade eder.

Kalite Yönetim Direktörü: Kalite yönetimi birim sorumlusunu ifade eder.

Öz Değerlendirme: Kalite Yönetim Direktörünün sorumluluğunda Sağlık Hizmet Kalite Standartları- İAS esas alınarak kuruluş içinde gerçekleştirilen faaliyettir.

Değerlendirme Turu: Üç ayda bir, bölümlere yapılan değerlendirmeyi ifade eder.

Kişisel Koruyucu Ekipman: Çalışma ortamındaki risklere ve tehlikelere karşı çalışan tarafından kullanılan giysi, araç ve malzemelerdir.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır. (SHKS'de yer alan "Yazılı Düzenleme" ifadesinden "Doküman" anlaşılmalıdır.)

YÖNETİM HİZMETLERİ

Revizyon	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	STANDARTLAR	Puan	Sonuç
01	01			YÖNETİM HİZMETLERİ	485	
00	01	01	00	Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.	15	
00	01	01	01	Kalite yönetim direktörü belirlenmelidir.		
00	01	01	02	Kalite yönetim biriminin çalışma ofisi olmalıdır.		
01	01	01	03	Kalite yönetim birimi;		
01	01	01	03	o SHKS-İl Ambulans Servisi (İAS) çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalı,		
01	01	01	03	o Hizmet sunumuna yönelik izlenen göstergelere ilişkin analiz sonuçlarını değerlendirmeli,		
01	01	01	03	o Öz değerlendirmeleri yönetmeli,		
01	01	01	03	o SHKS-İAS çerçevesinde hazırlanan;		
01	01	01	03	▪ Dokümanları kontrol etmeli,		
01	01	01	03	▪ Dokümanların revizyonunu takip etmeli,		
01	01	01	03	o Hizmet sunumuna yönelik istatistikî bilgileri değerlendirmelidir.		
00	01	02	00	SHKS'ye ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.	20	
00	01	02	01	Her dönem en az bir öz değerlendirme yapılmalıdır.		
00	01	02	02	Öz değerlendirme kalite yönetim biriminin yönetiminde yapılmalı,		

00	01	02	02	o Öz değerlendirme tüm SHKS-İAS bölümlerini kapsamalı,		
00	01	02	02	o Öz değerlendirme planı hazırlanmalı,		
00	01	02	02	▪ Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalı,		
00	01	02	02	▪ Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmeli,		
00	01	02	02	▪ Öz değerlendirme takvimi bölümlere önceden bildirilmelidir.		
01	01	02	03	Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar kalite yönetim birimi tarafından üst yönetime rapor edilmeli ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.		
00	01	03	00	İl Ambulans Servisi üst yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm sorumluları ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.	15	
01	01	03	01	Göstergelere ilişkin sonuçlar ve öz değerlendirme raporları değerlendirilmelidir.		
00	01	03	02	Değerlendirme toplantıları her dönem için en az bir kez yapılmalıdır.		
01	01	04	00	SHKS kapsamında yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10	
01	01	04	01	Dokümanların formatı belirlenmeli,		
01	01	04	01	o Dokümanlar belirlenmiş bir kodlama sistemine göre tanımlanmalı,		
01	01	04	01	o Dokümanın adı,		
01	01	04	01	o Yürürlük tarihi,		
01	01	04	01	o Revizyon numarası ve revizyon tarihi bulunmalıdır.		
01	01	04	02	Dokümanlar hazırlanmalıdır.		
01	01	04	03	Dokümanlar güncel olmalı,		
01	01	04	03	o Bir önceki versiyon uygulamadan kaldırılmalıdır.		
01	01	04	04	Dokümanlar kalite yönetim direktörü tarafından kontrol edilmelidir.		
01	01	04	05	Dokümanlar üst yönetim tarafından onaylanmalıdır.		
01	01	04	06	Dokümanlar intranet ortamında ve/veya basılı kontrollü kopya olarak yayınlanmalı,		

01	01	04	06	o Dokümanlara ilgili bölüm tarafından ulaşılabilmesi,		
01	01	04	06	▪Basılı kontrollü kopyalar asılmamalıdır.		
00	01	05	00	Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	05	01	Dış kaynaklı dokümanlar belirlenmelidir.		
00	01	05	02	Dış kaynaklı dokümanlar güncel olmalı,		
00	01	05	02	o Güncelliğin nasıl sağlanacağı belirlenmelidir.		
00	01	06	00	Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	06	01	Panolar için alanlar belirlenmelidir.		
00	01	06	02	Panolara asılabilecek dokümanlar tanımlanmalı,		
00	01	06	02	o Tanımlanan dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalı,		
00	01	06	02	o Panolar ve asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.		
00	01	06	03	Dokümanların asılma kuralları belirlenmeli,		
00	01	06	03	o Yayınlanacak dokümanlara nasıl onay verileceği,		
00	01	06	03	o Dokümanların ne kadar süre asılı kalacağı belirlenmelidir.		
01	01	07	00	Çalışan güvenliği komitesi bulunmalıdır.	20	
01	01	07	01	Çalışan Güvenliği Komitesinde;		
01	01	07	01	o Asgari bir hekim, bir sağlık personeli (ATT, sağlık memuru, hemşire), psikolog ve kalite yönetim direktörü yer almalıdır.		
01	01	07	02	Komitenin görev tanımı asgari;		
01	01	07	02	o Çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması,		
01	01	07	02	o Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması,		
01	01	07	02	o Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması,		
01	01	07	02	o Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,		

01	01	07	02	o Çalışanların görüş ve önerilerinin ve memnuniyet anket sonuçlarının değerlendirilmesi,		
01	01	07	02	o Sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamalıdır.		
01	01	07	03	Komite düzenli aralıklarla toplanmalıdır.		
00	01	07	04	Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatılmalıdır.		
00	01	08	00	İl Ambulans Servisi çalışanlarına eğitim verilmelidir.	15	
00	01	08	01	Bu eğitimler asgari;		
00	01	08	01	o İl Ambulans Servisi Sağlık Hizmet Kalite Standartları eğitimini,		
00	01	08	01	o Hizmet içi eğitimleri,		
00	01	08	01	o Uyum eğitimlerini kapsamalıdır.		
00	01	09	00	Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	20	
00	01	09	01	Güvenlik raporlama sistemi kurulmalı,		
00	01	09	01	o Olaylar bildirimleri kalite yönetim birimine yapılmalı,		
00	01	09	01	o Olay bildirimi ile ilgili kök neden analizi yapılmalı,		
00	01	09	01	o Düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalı,		
00	01	09	01	o Olay bildirimi sonucunda yapılan analiz ve başlatılan faaliyetlere ilişkin veriler üst yönetime sunulmalıdır.		
00	01	09	02	Bildirimi yapılacak olaylar asgari;		
00	01	09	02	o İlaç güvenliği,		
00	01	09	02	o Hastaların düşmesi,		
00	01	09	02	o Ambulans içi yaralanmaları,		
00	01	09	02	o Kesici-delici alet yaralanmaları,		
00	01	09	02	o Kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamalıdır.		
00	01	09	03	Güvenlik raporlama sistemine yönelik eğitimler verilmelidir.		

00	01	10	00	İlaç yönetimine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5	
00	01	10	01	Yazılı düzenleme;		
00	01	10	01	o İlaç ve malzemelerin teminini,		
00	01	10	01	o Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların yönetimini,		
00	01	10	01	o İlaç hataları ve istenmeyen reaksiyon geliştiğinde yapılacakları,		
00	01	10	01	o İlaç ve malzemenin saklama koşullarını kapsamalıdır.		
00	01	11	00	Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.	20	
00	01	11	01	Sağlık tarama programı hazırlanmalıdır.		
00	01	11	02	Sağlık tarama sonuçları, ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.		
00	01	11	03	Çalışanlar sonuçları hakkında bilgilendirilmeli,		
00	01	11	03	o Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.		
01	01	12	00	Çalışanlara yönelik uyum eğitimleri düzenlenmelidir.	10	
00	01	12	01	Göreve yeni başlayan her çalışana;		
00	01	12	01	o Genel uyum eğitimi,		
00	01	12	01	o Bölüm uyum eğitimi verilmelidir.		
00	01	12	02	Uyum eğitim sorumlu/sorumluları belirlenmelidir.		
00	01	12	03	Uyum eğitimleri için rehber hazırlanmalıdır.		
00	01	13	00	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	13	01	Tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu bir ekip bulunmalıdır.		
00	01	13	02	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.		
01	01	13	03	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,		
01	01	13	03	o Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.		

00	01	13	04	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;		
00	01	13	04	o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,		
00	01	13	04	o Kalibrasyon tarihi,		
00	01	13	04	o Geçerlilik süresi,		
00	01	13	04	o Sertifika numarası bulunmalıdır.		
00	01	14	00	Çalışanların görüşleri alınmalı ve değerlendirilmelidir.	15	
00	01	14	01	Çalışanların görüşlerini bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.		
00	01	14	02	Çalışanların görüşleri değerlendirilmeli,		
00	01	14	02	o Değerlendirmelerde, kalite yönetim direktörü, çalışan güvenliği komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer almalı,		
00	01	14	02	o Görüşler her ay değerlendirilmeli,		
00	01	14	02	o Gerektiğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır.		
00	01	15	00	El hijyenini sağlamaya yönelik eğitim programı hazırlanmalıdır.	20	
00	01	15	01	Yılda en az bir kez çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	15	02	El hijyeni eğitimi;		
00	01	15	02	o El hijyeninin önemi,		
00	01	15	02	o El hijyeni endikasyonları,		
00	01	15	02	o El hijyeni sağlama yöntemleri,		
00	01	15	02	o Eldiven kullanımı ile ilgili kuralları,		
00	01	15	02	o El antiseptikleri ile ilgili genel bilgileri,		
00	01	15	02	o Alkol bazlı el antiseptikleri ile ilgili alınması gereken güvenlik önlemleri konularını kapsamalıdır.		
00	01	16	00	Hasta eşyalarının korunmasına yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5	

00	01	16	01	Yazılı düzenleme hastaya ait eşyaların;		
00	01	16	01	o Toplanmasını,		
00	01	16	01	o Muhafaza edilmesini,		
00	01	16	01	o Teslim edilmesini kapsamalıdır.		
00	01	17	00	Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesine yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5	
00	01	17	01	Yazılı düzenleme;		
00	01	17	01	o Yerde yapılan müdahaleleri,		
00	01	17	01	o Transferi,		
00	01	17	01	o Ex durumunda yapılması gereken bilgilendirmeyi kapsamalıdır.		
00	01	18	00	Acil durum ve afet planı oluşturulmalıdır.	10	
00	01	18	01	Plan;		
00	01	18	01	o İşbirliği yapılacak kurumların imkânı, kapasitesi ve yapılacak işbirliğinin esaslarını belirlemeli,		
00	01	18	01	o İlin özgün koşullarına, coğrafi konumuna ve kapasitesine göre hazırlanmalıdır.		
00	01	19	00	Acil çıkışlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10	
00	01	19	01	Acil çıkış levhaları bulunmalı,		
00	01	19	01	o Acil çıkış levhaları, karanlıkta görülebilecek özellikte olmalı,		
00	01	19	01	o Levhalar, çıkışlara ulaştıracak şekilde yerleştirilmeli,		
00	01	19	01	o Diğer işaret ve levhalar çıkış levhalarının görülmesini engellememelidir.		
00	01	19	02	Acil çıkışlara yönelik düzenleme yapılmalı,		
00	01	19	02	o Acil çıkışlarda herhangi bir engel bulunmamalı,		
00	01	19	02	o Acil çıkış merdivenlerinde elektrik kesildiğinde devreye giren acil aydınlatma lambaları bulunmalıdır.		
00	01	20	00	Yedek ambulanslara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	

00	01	20	01	Yedek ambulansların planlaması yapılmalıdır.		
00	01	20	02	Yedek ambulansların bakımı ve kontrolleri yapılmalıdır.		
00	01	21	00	Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	21	01	Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.		
00	01	21	02	Yangın söndürme tüplerinin;		
00	01	21	02	o Kontrolü yapılmalı,		
00	01	21	02	o Genel bakımları yapılmalı,		
00	01	21	02	o Toz değişimi yapılmalıdır.		
00	01	21	03	Yangın dolabı içindeki ekipman çalışır durumda olmalı,		
00	01	21	03	o Yangın hortumu hasarsız olmalı,		
00	01	21	03	o Yangın hortumu çekildiğinde kolayca gelmeli,		
00	01	21	03	o Vanalar kolayca açılmalı,		
00	01	21	03	o Yangın söndürücüler ve hortumlarının kullanımına yönelik uygulamalı eğitim verilmelidir.		
00	01	22	00	Personel bilgi dosyası bulunmalıdır.	10	
00	01	22	01	Bilgi dosyasında çalışanların;		
00	01	22	01	o İletişim bilgileri,		
00	01	22	01	o Çalıştığı bölümler,		
00	01	22	01	o Aldığı eğitimler bulunmalı ve güncel olmalıdır.		
01	01	23	00	Başhekimlik, KKM ve İstasyonlar arası iletişim sistemi kurulmalıdır.	15	
00	01	23	01	24 saat ulaşılabilen direkt telefon, telsiz ve cep telefonu araçlarından en az ikisi olmalıdır.		
00	01	23	02	Telsiz ve telefonların yedekleri bulunmalıdır.		
00	01	23	03	KKM' de tüm İl Ambulans Servisi personelinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.		

00	01	24	00	Bölgelere yönelik değerlendirme turu yapılmalıdır.	15	
00	01	24	01	En az 3 ayda bir yapılmalıdır.		
00	01	24	02	Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıklar tespit edilmeli,		
00	01	24	02	o Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	01	25	00	Vaka nakli için yazılı bir düzenleme bulunmalıdır.	5	
00	01	25	01	Yazılı düzenleme;		
00	01	25	01	o Vakanın nakil kurallarını,		
00	01	25	01	o Naklin tıbben gerekli olmadığı durumlarda yapılacak işlemleri,		
00	01	25	01	o Vakanın sağlık kurum ve kuruluşuna teslim kurallarını kapsamalıdır.		
00	01	26	00	Hastanelerden gönderilen bilgilerin alınmasına yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10	
00	01	26	01	Hastanelerden gönderilen,		
00	01	26	01	o Acil servis, yoğun bakım, klinik/servis bazında;		
00	01	26	01	▪ Boş yatak,		
00	01	26	01	▪ Boş küvöz,		
00	01	26	01	▪ Boş ventilatör sayısı		
00	01	26	01	▪ Mevcut uzmanlık dallarına ait bilgilerin alınmasına yönelik bir sistem kurulmalıdır.		
00	01	26	02	Bilgiler gün içerisinde kesintisiz alınmalıdır.		
00	01	26	02	o Kesinti olması halinde hastane verilerinin hangi şekilde alınacağı konusunda bir düzenleme olmalıdır.		
00	01	27	00	Toplumun bilgilendirilmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10	
00	01	27	01	Toplum sunulan hizmetler hakkında,		
00	01	27	01	o Broşür, afiş, tanıtım filmleri, web sitesi, eğitim ve pano ilanları gibi yollarla bilgilendirilmelidir.		

00	01	28	00	Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	28	01	Bilgi güvenliğini sağlamaya yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır. Yazılı düzenleme;		
00	01	28	01	o Sunucuların güvenliği,		
00	01	28	01	o Yedekleme,		
00	01	28	01	o İnternet erişim ve kullanımı,		
00	01	28	01	o Şifre kullanımını kapsamalıdır.		
00	01	28	02	Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalı,		
00	01	28	02	o Üst yönetiminden bir kişi ekibe başkanlık etmeli,		
00	01	28	02	o Ekip;		
00	01	28	02	▪ Bilgi güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli,		
00	01	28	02	▪ Bilgi güvenliği için olası riskleri belirlemeli,		
00	01	28	02	▪ Tanımlı kullanıcılar için yapılan yetki değişikliklerini izlemeli,		
00	01	28	02	▪ Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır.		
00	01	28	03	Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı olmalıdır.		
00	01	28	04	Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	01	29	00	Sunucu odalarının güvenliği sağlanmalıdır.	10	
00	01	29	01	Sadece sunuculara tahsis edilmiş bağımsız bir oda olmalıdır.		
00	01	29	02	Kilitli olmalı, yetkisiz personelin girişi engellenmelidir.		
00	01	29	03	Suya karşı iyi bir yalıtıma sahip olmalıdır.		
00	01	29	04	Binadaki -diğer kesintisiz güç kaynaklarından bağımsız bir kesintisiz güç kaynağı bulunmalıdır.		

00	01	29	05	Sıcaklık 18-22 °C; nem % 30 - % 50 arasında olmalıdır.		
00	01	29	06	Yedekli olarak çalışan klima bulundurulmalıdır.		
00	01	30	00	Sunucunun güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	10	
00	01	30	01	Kurumda bulunan bütün sunucuların kayıtları tutulmalıdır. Bu kayıtlarda		
00	01	30	01	o Sunucunun yeri,		
00	01	30	01	o Sorumlu kişisi,		
00	01	30	01	o Donanım,		
00	01	30	01	o İşletim sistemi üzerinde çalışan uygulama bilgileri yer almalıdır.		
00	01	30	02	Sunucu üzerinde çalışan işletim sistemleri, hizmet sunucu yazılımları ve antivirüs gibi koruma amaçlı yazılımlar güncel olmalıdır.		
00	01	30	03	Sunucuların yazılım ve donanım bakımları üretici firmanın uygun gördüğü süreler dâhilinde yetkili kişiler tarafından yapılmalıdır.		
00	01	31	00	Veritabanı güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirler alınmalıdır.	10	
00	01	31	01	Veritabanı sistem logları tutulmalı ve gerektiğinde idare tarafından izlenebilmelidir.		
00	01	31	02	Veritabanı ile ilgili sorumlu kişilerin iletişim bilgileri bulunmalıdır.		
00	01	31	03	Kullanıcıların arayüze bağlanmak için kullandıkları şifreler şifreli bir şekilde saklanmalıdır.		
00	01	31	04	Veritabanı üzerinde loglanması gereken işlemler belirlenmelidir.		
00	01	31	05	Kullanıcılar veritabanına yapılacak müdahale (yama ve güncelleme vb.) öncesinde bilgilendirilmelidir.		
00	01	32	00	Dış ortamdan iç ortama erişimlerde güvenlik tedbirleri alınmalıdır.	10	
00	01	32	01	İl Ambulans Servisi sağlık hizmetlerine destek hizmeti veren firmanın dış ortamdan iç ortama hangi durumlarda erişim yapacağı hakkında onaylanmış gizlilik sözleşmesi bulunmalıdır.		
00	01	32	02	Dış ortamdan iç ortama yapılan erişimler kayıt altına alınmalıdır.		
00	01	33	00	İAS Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) üzerindeki verilerin yedeklenmesine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	15	
00	01	33	01	Yedekleme her gün BYS'nin çalıştığı server haricinde bir ortamda düzenli olarak yapılmalı,		

00	01	33	01	o Yedekleme; harici hard disk, taşınabilir kayıt ortamları veya ağ üzerinde çalışan yedek server gibi bir ortamda olmalıdır.		
00	01	33	02	Yedekleme ortamı, fiziksel olarak BYS'nin üzerinde çalıştığı alanlardan farklı bir alanda, mümkünse farklı binada saklanmalıdır.		
00	01	33	03	İstasyonlardan alınan veriler yedeklenmelidir. Veriler offline ortamlarda süresiz olarak saklanmalıdır.		
00	01	33	04	Yedeklemeler aracılığı ile yılda bir kez veri kurtarma testi uygulanmalı,		
00	01	33	04	o Yedeklemeden geri dönüşün sağlanıp sağlanmadığı ve veri kaybının olup olmadığı kontrol edilmeli,		
00	01	33	04	o Test kayıt altına alınmalı,		
00	01	33	04	o Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	01	34	00	BYS'de yetkilendirme yapılmalıdır.	10	
00	01	34	01	Her kullanıcının veri tabanında hangi bilgilere erişebileceği tanımlanmalıdır.		
00	01	34	02	Çalışanlar yetki düzeyleri ile ilgili olarak bilgilendirilmeli,		
00	01	34	02	o Bilgilendirme ve yetki düzeyi kayıt altına alınmalı,		
00	01	34	02	o Aynı görevi icra eden çalışanlar aynı yetki gruplarına sahip olmalıdır.		
00	01	35	00	BYS üzerinden yapılan işlemler izlenebilir olmalıdır.	10	
00	01	35	01	Salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.		
00	01	35	02	Veritabanı ya da tablolarda sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalar ile ilgili kayıtlar yer almalıdır.		
00	01	35	03	Bu veritabanı ya da tablolara sadece bilgi sisteminde yönetici olarak yetkilendirilmiş kişiler ulaşabilmelidir.		
00	01	36	00	Depoda bulunan malzemelerin yerleştirilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	36	01	Malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır.		
00	01	36	02	Depolarda hemzemin yerleştirme yapılmamalıdır.		
00	01	36	03	İstifleme tavandan en az 40 cm aşağıda olmalıdır.		

00	01	36	04	Malzemenin cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalıdır.		
00	01	37	00	Deponun koşullarına göre oluşabilecek risklere yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	01	37	01	Deponun koşullarına göre riskler tanımlanmalıdır.		
00	01	37	02	Risklere yönelik koruyucu önlemler alınmalıdır.		
00	01	38	00	Depoda sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.	10	
00	01	38	01	Depolarda bulunan malzemenin niteliğine göre sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.		
00	01	38	02	Depoda bulunan buzdolaplarının sıcaklık ölçümleri yapılmalıdır.		
00	01	39	00	Ambulans çalışanlarına eğitim verilmelidir.	15	
00	01	39	01	Ambulansta görevli sağlık çalışanlarına;		
00	01	39	01	o Temel modül eğitimi,		
00	01	39	01	o İleri kardiyak yaşam desteği eğitimi,		
00	01	39	01	o Travma ve resüsitasyon eğitimi,		
00	01	39	01	o Çocuk İleri Yaşam Desteği eğitimi verilmelidir.		
00	01	39	02	Ambulans sürücülerine;		
00	01	39	02	o Temel ilk yardım eğitimi,		
00	01	39	02	o Güvenli sürüş teknikleri eğitimi verilmelidir.		
00	01	39	03	Çalışanlara iletişim becerileri eğitimi verilmelidir.		
01	01	40	00	Çalışan memnuniyeti anketleri uygulanmalıdır.	15	
01	01	40	01	Çalışan memnuniyeti anketi,asgari Bakanlık tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir.		
01	01	40	02	Anketler belirlenen periyotlarda yapılmalıdır.		

01	01	40	03	Anketleri uygulayacak kişiler belirlenmelidir.		
01	01	40	04	Anket sonuçları değerlendirilmeli,		
01	01	40	04	o Sonuçların değerlendirilmesi sürecine üst yönetim katılmalı,		
01	01	40	04	o Anket sonuçlarına göre gerekli çalışmalar başlatılmalıdır.		

İSTASYON HİZMETLERİ

Revizyon	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	STANDARTLAR	Puan	Sonuç
01	02			İSTASYON HİZMETLERİ	165	
00	02	01	00	Her vardiya değişiminde ambulansın kontrolü yapılmalıdır.	10	
00	02	01	01	Ambulans günlük kontrol formu her vardiya değişiminde doldurulmalı,		
00	02	01	01	o Aracın genel durumu,		
00	02	01	01	o Yakıt durumu,		
00	02	01	01	o Aracın altı,		
00	02	01	01	o Aracın motoru,		
00	02	01	01	o Aracın çalışması,		
00	02	01	01	o Arka kabin içi,		
00	02	01	01	o Avadanlık kontrolleri yapılmalıdır.		
00	02	02	00	Ekipman hasta güvenliğini sağlayacak özellikte olmalıdır.	15	
00	02	02	01	Sedyeler bulunmalı,		

00	02	02	01	o Ana, kombinasyon, faraş ve vakum sedye bulunmalı,		
00	02	02	01	o Ana sedyede çalışır durumda korkuluk olmalı,		
00	02	02	01	▪ Ambulanstaki ana sedyeye bağlanmış en az 3 adet emniyet kemeri mekanizması bulunmalı ve sedye omuz kemer takımı hasta göğşü üzerinde tek merkezden kilitlenebilir özellikte olmalı,		
00	02	02	01	o Sedye kızıakları ve emniyet kemeri her vardiyada kontrol edilmelidir.		
00	02	02	02	Sırt tahtası (Spineboard) bulunmalı,		
00	02	02	02	o Sırt tahtasının en az 3 kemeri olmalı,		
00	02	02	02	o Kafa yastıkları, alın ve çene bantları çalışır durumda olmalıdır.		
00	02	02	03	Travma yeleği bulunmalı,		
00	02	02	03	o Ambulansta bulunan travma yeleğinin 3 gövde, 2 bacak kemerinin, kafa yastığı, alın ve çene bantlarının çalışır durumda olmalıdır.		
00	02	02	04	Boyunluk bulunmalı,		
00	02	02	04	o Çocuk ve yetişkin boyunlukları bulunmalı,		
00	02	02	04	o Her boydan en az iki boyunluk olmalıdır.		
00	02	02	05	Traksiyon ateli bulunmalıdır.		
00	02	02	06	Canlandırma teğhizatı bulunmalıdır.		
00	02	02	07	Tek kullanımlık örtüler bulunmalıdır.		
00	02	02	08	Triaj kartı bulunmalı,		
00	02	02	08	o Her vardiyada en az 10 adet triaj kartı bulunmalıdır.		
00	02	02	09	Örümcek kemer sistemi bulunmalıdır.		
00	02	03	00	Atık yönetimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.	10	
01	02	03	01	Atıklar kaynağında ayrıştırılmalı,		
01	02	03	01	o Evsel atık kutusu,		

01	02	03	01	o Kesici delici alet kutusu,		
01	02	03	01	o Olay yerinde kullanılmak üzere çanta tipi kesici delici alet kutusu,		
01	02	03	01	o Tıbbi atık kutusu veya poşeti bulunmalıdır.		
00	02	03	02	Çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	02	04	00	Ambulansların temizliği ve dezenfeksiyonuna yönelik yazılı düzenleme bulunmalıdır.	5	
00	02	04	01	Yazılı düzenleme		
00	02	04	01	o Genel temizliğin ve dezenfeksiyonunun;		
00	02	04	01	▪ Kim tarafından,		
00	02	04	01	▪ Ne zaman,		
00	02	04	01	▪ Nasıl yapılması gerektiğini,		
00	02	04	01	o Özellikle vakalardan sonra dikkat edilmesi gereken hususları kapsamalıdır.		
00	02	05	00	İlaç ve malzemelerin yönetimine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10	
00	02	05	01	İlaç ve malzemelerin listesi hazırlanmalı,		
00	02	05	01	o Vardiya değişimlerinde liste kontrol edilmelidir.		
01	02	05	02	İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.		
01	02	05	02	o Vardiya değişimlerinde stok seviyeleri kontrol edilmelidir.		
00	02	05	03	İlaç ve malzemelerin miat kontrolleri yapılmalıdır.		
00	02	06	00	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	06	01	Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların kontrollü alanlarda bulundurulması sağlanmalı,		
00	02	06	01	o Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalı,		
00	02	06	01	o Devir teslim kayıtlarında;		
00	02	06	01	▪ İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı,		

00	02	06	01	▪ ilacın kullanıldığı tarih,		
00	02	06	01	▪ ilacı kimin uyguladığı,		
00	02	06	01	▪ Kime kaç adet ilaç teslim edildiği yer almalıdır.		
00	02	06	02	Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları kayıt edilmelidir.		
00	02	07	00	Ambulanslardaki oksijen sistemi ile ilgili düzenleme bulunmalıdır.	10	
00	02	07	01	En az iki adet tüp olmalıdır.		
00	02	07	02	Tüplerin bakımı yapılmalıdır.		
00	02	07	03	Tüplerin doluluk kontrolü yapılmalı,		
00	02	07	03	o Tüplerin doluluk oranı en az % 50 olmalıdır.		
00	02	07	04	Kurulu oksijen sistemleri çalışıyor olmalıdır.		
00	02	07	05	Ambulansta taşınabilir ve kullanılabilir durumda en az iki adet portatif oksijen tüpü bulunmalıdır.		
00	02	08	00	Ambulansın takibine ve ambulansın vaka yerine ulaşmasına yönelik teknik donanım bulunmalıdır.	10	
00	02	08	01	GPS cihazı bulunmalıdır.		
00	02	08	02	Navigasyon cihazı bulunmalıdır.		
00	02	08	03	GPS ve navigasyon faal olmalıdır.		
00	02	09	00	Çalışanlar kişisel koruyucu ekipman kullanmalıdır.	15	
00	02	09	01	Kişisel koruyucu ekipmanlar belirlenmelidir.		
00	02	09	02	Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.		
00	02	09	03	Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.		
00	02	10	00	Hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenleme bulunmalıdır.	10	
00	02	10	01	Hasta transferinde hasta mahremiyeti sağlanmalı,		
00	02	10	01	o Tek kullanımlık örtüler bulunmalıdır.		

01	02	11	00	El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.	15	
00	02	12	00	Yangın söndürücülerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	12	01	Yangın söndürücüler sabitlenmiş bir şekilde bulunmalıdır.		
00	02	12	02	Söndürme tüplerinin;		
00	02	12	02	o Kontrolü yapılmalı,		
00	02	12	02	o Genel bakımları yapılmalı,		
00	02	12	02	o Toz değişimi yapılmalıdır.		
00	02	13	00	İstasyonlarda internet erişimli bilgisayar bulunmalıdır.	10	
00	02	14	00	Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.	10	
00	02	14	01	Panolar için alanlar belirlenmelidir.		
00	02	14	02	Panolara asılabilecek dokümanlar tanımlanmalı,		
00	02	14	02	o Tanımlanan dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmamalı,		
00	02	14	02	o Panolar ve asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.		
00	02	14	03	Dokümanların asılma kuralları belirlenmeli,		
00	02	14	03	o Yayınlanacak dokümanlara nasıl onay verileceği,		
00	02	14	03	o Dokümanların ne kadar süre asılı kalacağı belirlenmelidir.		
00	01	13	00	Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.	15	
00	01	13	01	Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.		
01	01	13	02	Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,		
01	01	13	02	o Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.		
00	01	13	03	Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. Etiketle;		
00	01	13	03	o Kalibrasyonu yapan firmanın adı,		

00	01	13	03	o Kalibrasyon tarihi,		
00	01	13	03	o Geçerlilik süresi,		
00	01	13	03	o Sertifika numarası bulunmalıdır.		

KALİTE İNDİKATÖRLERİ

Revizyon	Bölüm No	Standart No	Değerlendirme Ölçütü	STANDARTLAR	Puan	Sonuç
01	03			KALİTE İNDİKATÖRLERİ	60	
01	03	01	00	Merkezde, acil vakalar için hedeflenen sürede vakaya ulaşma oranı takip edilmelidir.	20	
00	03	01	01	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.		
00	03	01	02	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.		
00	03	01	03	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.		
00	03	01	04	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	03	02	00	Kırsalda, hedeflenen sürede vakaya ulaşma oranı takip edilmelidir.	20	
00	03	02	01	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.		
00	03	02	02	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.		
00	03	02	03	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.		
00	03	02	04	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		
00	03	04	00	Sağlık kurumuna kabul edilmeyen hastaların oranı takip edilmelidir.	20	

00	03	04	01	İndikatör kartı hazırlanmalıdır.		
00	03	04	02	İndikatör kartına göre takip yapılmalıdır.		
00	03	04	03	İndikatörle ilgili dönemsel analizler yapılmalıdır.		
00	03	04	04	Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.		