



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER
BAKANLIĞI**

**ENGELLİ VE
YAŞLI BAKIM
KURULUŞLARINDA
KALİTE İYİLEŞTİRME
SÜREÇ YÖNETİMİ
REHBERİ**

ANKARA-2022



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER
BAKANLIĞI

ENGELLİ VE YAŞLI BAKIM
KURULUŞLARINDA
KALİTE İYİLEŞTİRME
SÜREÇ YÖNETİMİ REHBERİ

ANKARA

2022



ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

HAZIRLAYANLAR

Umut Pınar BÜYÜKKAYAER
Kalite İzleme ve Değerlendirme Dairesi Başkanı

Emel PEKÇETİN
Uzman Fizyoterapist

Engin ERDAĞ
Tekniker

KATKI VERENLER

Hülya YAVUZ
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdür Yardımcısı

Hamza KAVAK
Aile ve Sosyal Hizmetler Uzman Yardımcısı

Halil İbrahim DURAN
Aile ve Sosyal Hizmetler Uzman Yardımcısı

ÖNSÖZ.....	vii
GİRİŞ	1
1. KALİTE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARINDA UYGULAMA YÖNTEMLERİ	7
1.1. PLANLA –UYGULA - KONTROL ET - ÖNLEM AL DÖNGÜSÜ	8
1.2. BEŞ NEDEN ANALİZİ: KÖK NEDEN BULMA	10
1.2.1. Beş Neden İçin Beş Temel Adım	10
1.2.2. Beş Neden Analizi: Kök Neden Bulma Metodunun İyileştirme Sürecinde Kullanılması.....	11
1.3. NEDEN-SONUÇ DİYAGRAMI	11
1.3.1. Neden-Sonuç Diyagramı Hazırlanması:	13
1.4. SÜREÇ HARİTALAMA ve AKIŞ DİYAGRAMI.....	14
1.4.1. Akış Diyagramı.....	17
1.5. AYAKTA KISA EKİP TOPLANTILARI (HUDDLES).....	18
1.6. KAİZEN TEKNİĞİ.....	19
1.6.1. Kalite Çemberi ve Aşamaları	20
1.7. BAKIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARINDA KAİZEN TEKNİĞİNİN UYGULANMASI	22
2. BAKIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARINA GÖRE UYGULAMALAR, HİZMETLER, EĞİTİMLER, DOKÜMANLAR VE GÖSTERGELER	27
2.1. KURULUŞ KALİTE TEMSİLCİSİNİN GÖREVLERİ	27
2.2. UYGULAMALAR.....	27
2.2.1. Kuruluş Bölümlerine İlişkin Uygulamalar	27
2.2.1.1. Kuruluş Bahçesi İle İlgili Düzenlemeler	27
2.2.1.2. Ziyaretçi Alanları İle İlgili Düzenlemeler	28
2.2.1.3. Danışma ve Yönlendirme Alanı Düzenlemeleri	28
2.2.1.4. Çok Amaçlı Salon ve Etkinlik Odaları İle İlgili Düzenlemeler.....	28
2.2.1.5. Hizmet Alan Odaları İle İlgili Düzenlemeler.....	29
2.2.1.6. Kuruluş Merdivenleri İle İlgili Düzenlemeler.....	29
2.2.1.7. Yemek Salonu ve Mutfak İle İlgili Düzenlemeler	30
2.2.1.8. İbadethane İle İlgili Düzenlemeler	30
2.2.1.9. Sağlık Birimi İle İlgili Düzenlemeler	31
2.2.1.10. Egzersiz Alanı İle İlgili Düzenlemeler	32
2.2.1.11. Kriz / Öfke Kontrol Odası İle İlgili Düzenlemeler	32
2.2.1.12. Banyolar ve Tuvaletler İle İlgili Düzenlemeler	32
2.2.1.13. Sığınak İle İlgili Düzenlemeler.....	33
2.2.1.14. Soğuk Hava, Gıda ve Malzeme Depoları İle İlgili Düzenlemeler.....	33
2.2.2. Hizmet Alan ve Hizmet Verene Yönelik Yapısal Uygulamalar	34

2.2.2.1. Hizmet Alan/ Hizmet Veren ve Hizmet Alanın Yakınlarının Memnuniyetinin Ölçülmesi İle İlgili Düzenlemeler.....	34
2.2.2.2. Intranet /İnternet ve Şifre Kullanımına Yönelik Düzenlemeler	34
2.2.2.3. Birimlerdeki Dosyalar İle İlgili Düzenlemeler.....	34
2.2.2.4. Kuruluştaki Panolar İle İlgili Düzenlemeler.....	35
2.2.2.5. Kuruluş İçindeki Yönlendiriciler ve Krokiler İle İlgili Düzenlemeler.....	35
2.2.2.6. Acil Durumlar İçin Kod Sistemi İle İlgili Düzenlemeler	35
2.2.2.7. İlaç Uygulamasına Yönelik Yazılı Düzenlemeler	35
2.2.2.8. Hizmet Verenlerin Çalışma Yaşamına Yönelik Düzenlemeler.....	35
2.2.2.9. Atıklar İle İlgili Fiziki Düzenlemeler	36
2.2.3. Kuruluşun Teknik Altyapısına Yönelik Uygulamalar	36
2.2.3.1. Havalandırma Sistemi İle İlgili Düzenlemeler.....	36
2.2.3.2. Kuruluşlarda Asansörlerin Güvenli Kullanıma Yönelik Düzenlemeler	36
2.2.3.3. Elektrik Tesisatı İle İlgili Düzenlemeler.....	37
2.2.3.4. Su Depoları İle İlgili Düzenlemeler	37
2.2.3.5. Doğalgaz ve Yakıt Depolarına İlişkin Düzenlemeler.....	38
2.2.3.6. Yangın Algılama Sistemi ve Yangın Söndürücülerine Yönelik Düzenlemeler	38
2.2.3.7. Kamera Sistemi ve Güvenlik İle İlgili Düzenlemeler.....	38
2.2.3.8. Tıbbi Cihazlara Yönelik Düzenlemeler.....	38
2.3. HİZMETLER.....	39
2.3.1. Karşılama, Danışma ve Yönlendirme Hizmeti	39
2.3.2. Temizlik Hizmetleri	39
2.3.3. Hizmet Alanlara Sunulan Kişisel Bakım Hizmetleri.....	40
2.3.4. Çamaşır Yıkama Hizmeti	40
2.3.5. Beslenme Hizmetleri.....	41
2.3.6. Rehabilitasyon Hizmetleri	41
2.3.7. Biyo-Psiko-Sosyal Hizmetler.....	41
2.3.8. Spor, Sanat, Kültür ve Müzik Etkinliklerine Katılım Hizmetleri.....	42
2.3.9. Yaşam Sonu Hizmetleri	42
2.4. EĞİTİMLER.....	42
2.4.1. Kuruluşlarda Hizmet Alan/ Hizmet Veren ve Hizmet Alan Yakını Eğitimleri	42
2.4.2. Kuruluşlarda Tüm Hizmet Verenlere Yönelik Eğitimler.....	43
2.4.3. Kuruluşlarda Hizmet Verenlerin Görevleri İle İlgili Eğitimler.....	44
2.5. DOKÜMANLAR.....	44
2.5.1. Formlar	45
2.5.2. Acil Durum ve Afet Planı	46
2.5.3. Hizmet Alan Yakınlarına Yönelik İzlem Raporu.....	46
2.5.4. Bireysel Bakım Planı.....	46
2.5.5. Talimatlar	47

2.5.6. Ekipler	47
2.5.7. Toplantılar.....	49
2.5.8. Öz Değerlendirme	49
2.5.9. Erişilebilirlik Belgesi.....	49
2.5.10. Kuruluş Ziyaretçi Kuralları	49
2.6. GÖSTERGELER	50
2.6.1. Gösterge Yönetimi.....	50
2.6.2. Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	50
2.6.3. Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	52
2.7. HİZMET MODELLERİ	55
2.7.1. Hizmet Modelinin Belirlenmesi.....	55
2.7.2. Gündüz Yaşam Merkezi	57
2.7.3. Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/Hizmetleri)	57
3. BÖLÜM: İYİLEŞTİRME ÇALIŞMASI ÖRNEĞİ	61
3.1. Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Süreçleri	61
3.2. Kalite Değerlendirme Sistemine (KALDES) Giriş	62
3.3. BHKS Puanı ve Standart Karşılama Oranının Görülmesi	62
3.4. Değerlendirme Ölçütlerinden Alınan Puanların Görülmesi	63
3.5. İyileştirme Süreci Planlaması Örneği	64
KAYNAKLAR	81



ÖNSÖZ

Engelli ve yaşlı bireylere yönelik kurumsal bakım hizmetlerinde kalitenin geliştirilmesi; hizmetlerin sürdürülebilir, izlenebilir ve ölçülebilir olmasına bağlıdır. Engelli ve yaşlı bakım kuruluşlarında birey merkezli yaklaşımla, hizmet alanların yaşam standartlarının yükseltilmesi ve bakım alan bireylerin güçlü ve bağımsız bir yaşam sürmeleri için desteklenmesi konularında yapılacak çalışmalar, kurumsal bakım hizmeti kalitesinin geliştirilmesinde belirleyici olacaktır.

Kuruluşlarda kaliteli bakım hizmeti sunumunun somut göstergesi, hizmet alan bireylerin yaşam kalitesinin farklı açılardan değerlendirilmesiyle elde edilebilir. Bakım alan bireyin genel iyilik halinin yüksek olduğu ve memnuniyetinin gözlemlenebildiği durumlarda hizmet kalitesinden bahsedilebilir. Bu kapsamda Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak bakım hizmeti sunan kuruluşlarda, uygulama birliği oluşturmak, kişi odaklı, hak temelli, yapıcı, memnuniyeti esas alan, objektif ve hizmet alanın mahremiyeti ile güvenliğini önceleyen kaliteli bakım hizmetinin sunulması amacıyla çalışmalar yürütülmektedir.

Bu bakış açısıyla hazırlanan bakım hizmetleri kalite standartları; 16 Aralık 2019 tarihinde yayımlanan yönerge ile kurumsal engelli ve yaşlı bakım hizmetlerinin yanı sıra evde bakım hizmeti ve gündüz bakım hizmetleri için zorunlu hale gelmiştir. Engelli ve yaşlı bakım kuruluşlarının Bakım

Hizmetleri Kalite Standartları kapsamında, kuruluşlarında yapacakları iyileştirme çalışmalarında yol göstermek amacıyla “Engelli ve Yaşlı Bakım Kuruluşlarında Kalite İyileştirme Süreç Yönetimi Rehberi” hazırlanmıştır. Engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşların hizmet kalitelerinin geliştirilmesine yardımcı olmak amacıyla hazırlanan “Engelli ve Yaşlı Bakım Kuruluşlarında Kalite İyileştirme Süreç Yönetimi Rehberi”nde emeği geçenlere ve destek olanlara teşekkür eder, engelli ve yaşlılık alanında faydalı olmasını temenni ederim.

Uzm. Dr. Orhan KOÇ
Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürü



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER
BAKANLIĞI

ENGELLİ VE YAŞLI BAKIM
KURULUŞLARINDA
KALİTE İYİLEŞTİRME
SÜREÇ YÖNETİMİ REHBERİ

GİRİŞ

GİRİŞ

Bakım hizmetleri, engelli ve yaşlı bireyler başta olmak üzere akut veya kronik hastalığı olan uzun dönemli veya geçici süre için bakım hizmetine ihtiyaç duyan bireylerin sosyal, kültürel, ekonomik, barınma, sağlık ve rehabilitasyon ihtiyaçlarının karşılandığı bir hizmet sunum sürecidir. Yaş alma ve kronik hastalıkların artması ile bakım ve rehabilitasyon hizmetine olan ihtiyacın artması ve bakım hizmeti beklentilerinin çeşitlenmesi, bu alanda uygulanacak kalite iyileştirme çalışmalarının da önemini artırmış ve uygulanacak yöntem, teknik ve araçların çeşitlenmesi sonucunu ortaya çıkarmıştır. Sağlık ve eğitim gibi diğer hizmet alanlarında daha önce başlamış olan kalite iyileştirme çalışmalarının bakım hizmetlerine de uygulamaya başlanması kaçınılmaz bir gerekliliktir.

Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından, engelli ve yaşlılara yönelik bakım hizmeti kalitesinin geliştirilmesi, hizmet sunum süreçlerinin yönetilmesi, sunulan hizmetlerin ve hizmet sunan kuruluşların performansının ölçülmesi, hizmet alan bireyin mahremiyetinin korunması, bakım hizmeti alan ve verenlerin memnuniyetlerinin ölçülmesi amacıyla Bakım Hizmetleri Kalite Standartları oluşturulmuştur. Bu standartlar “Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine İlişkin Yönerge”nin Bakanlık makam oluru ile 16 Aralık 2019 tarihinde yayınlanmıştır.

Bakım Hizmeti Kalite Standartları (BHKS) uygulama sürecinde kuruluşların öz değerlendirmelerini yapıp kendilerini BHKS ile değerlendirmeleri, bu değerlendirme sonucunda BHKS ile uyumsuz olan yönlerini iyileştirme ve düzeltmesine yönelik iyileştirme süreçleri başlatmaları gerekmektedir. Öz değerlendirmelerin ardından EYHGM tarafından oluşturulan BHKS İzleme ve Değerlendirme Ekipleri kuruluşları bakım kalite standartlarına göre değerlendirerek kuruluş kalite puanları belirlenmektedir.

Önceliği mahremiyet ve güvenlik ilkelerinin aldığı bakım hizmetlerinin, kaliteli, sürdürülebilir, izlenebilir ve ölçülebilir olması kuruluşun kaliteli bakım hizmeti sunması açısından önemlidir. Kuruluşların bakım hizmeti performanslarının değerlendirilmesi neticesinde, bakım hizmeti ve süreçlerin iyileştirmesi için uygulamalara rehber olması amacıyla “Engelli ve Yaşlı Bakım Kuruluşlarında Kalite İyileştirme Süreç Yönetimi Rehberi” hazırlanmıştır.

Kalite İyileştirme Süreç Yönetimi Rehberinin amacı, bakım hizmeti sunan kuruluşların bakım hizmetleri kalite standartları kapsamında, kuruluşlarında yapacakları çalışmalar konusunda rehberlik etmektir. Engelli ve Yaşlı Bakım Kuruluşlarında Kalite İyileştirme Süreç Yönetimi Rehberi;

- Kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında kuruluşların kullanabileceği yöntemler,

- Kuruluşların, kalite iyileştirme çalışmalarında, ön hazırlığın yapılması amacıyla Bakım Hizmetleri Kalite Standartları temel alınarak hazırlanmış olan ve uygulama, hizmet, eğitim, dokümantasyon, göstergeler ve bazı hizmet modelleri konularını içeren bölüm,
- Kuruluşlar için iyileştirme çalışmalarında örnek oluşturması amacıyla hazırlanmış olan iyileştirme çalışması örneği bölümlerinden oluşmaktadır.



TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER
BAKANLIĞI

ENGELLİ VE YAŞLI BAKIM
KURULUŞLARINDA
KALİTE İYİLEŞTİRME
SÜREÇ YÖNETİMİ REHBERİ



KALİTE İYİLEŞTİRME
ÇALIŞMALARINDA
UYGULAMA YÖNTEMLERİ

1. KALİTE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARINDA UYGULAMA YÖNTEMLERİ

Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarının uygulanması için kuruluşlarda oluşturulan kalite birimleri; öz değerlendirme, süreç iyileştirme, kalite ekiplerinin kurulması, göstergelerin izlenmesi ve memnuniyet ölçümleri konularından sorumludurlar. Bu birimler öncelikli olarak kuruluşlarının öz değerlendirmelerini yaparak, sundukları hizmetlerin BHKS' ye uygunluğunu ölçmekle görevlidir. Kalite birimi, öz değerlendirmenin sonuçlarına göre yapılması gereken düzeltici, önleyici faaliyetler ile iyileştirilmesi gereken yönere yönelik süreç iyileştirme takvimi belirler, uygulama programı oluşturur ve kalite ekiplerini koordine eder. Bu birimler, aynı zamanda hizmet alan ve hizmet verenin memnuniyetini değerlendirmekle de görevlidir.

Bakım hizmetlerinin kalitesi, güncel bilgi ve teknoloji sayesinde gelişerek hizmet alanların sağlık bakımı, sosyal bakım ve rehabilitasyon ihtiyaç ve beklentilerinin karşılanması ile ölçülmektedir. Hizmet kalitesi; hizmet sunumu sürecinde yarar ve zarar dengelerinin çıktıları sonucunda ortaya çıkan analiz ile olması beklenen iyileşmenin sonucudur. Buradaki amaç kaliteli hizmetin oluşturulması, sürdürülebilmesi ve iyileştirilmesi yolundaki çalışmalarını bir araya getirecek sistemli bir düzeni oluşturmaktır. Kalite yönetim süreçleri, kalitede iyileştirme sağlayarak hizmet alan ve hizmet verenin güvenliği ile memnuniyeti yanında verimlilik ve etkililik bakış açısı ile bakım hizmeti sunan kuruluşların başarılı olmasının yolunu açmaktadır. Bu amaçla bakım hizmeti veren kuruluşların kalite iyileştirme çalışmaları; en küçük(alt) düzeyden en büyük(üst) düzeye kadar aksaklıkların tespiti, tespit edilen bu aksayan yönlerin iyileştirilmesi için doğru yöntemlerin belirlenmesi, karar verme süreçleri ile iyileştirme için yapılması gereken iş ve faaliyetlerin yürütülmesinde gerekli metod, teknik veya araçların sistematik bir şekilde sürece bağlı kalarak uygulamasını gerektirmektedir.

Hizmet modellerine göre bakım hizmeti sunan kuruluşlarda kuruluş yönetimi, hizmet alan ve hizmet veren bireyler için kalite iyileştirme çalışmalarının hareket noktası ihtiyaçların neler olduğunun belirlenmesidir. İhtiyaçlar ise kuruluşun sunduğu hizmet modeline, hizmet alan bireylerin özelliklerine, kuruluşun konumuna, kuruluşun vizyon ve misyonuna bağlı olarak her hizmet kuruluşu için farklı olacaktır. Kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında, kalite iyileştirme veya hizmet alan güvenliği için kullanılacak teknik ve/veya metodların, iyileştirme ya da geliştirme ekibi gibi yeni bir isim altında yürütülmesi verimli sonuçlar elde edilmesi için yararlı olacaktır. Oluşturulacak bu yeni ekip; kuruluş kalite temsilcisi, konuyla yakından ilgili yönetimden bir temsilci, konu ile ilgili öncelikli uygulayıcılardan bir kişi, teknik işlerde hizmet veren bir kişi, iyileştirme yapılması planlanan konu/konular ile ilgili tecrübe sahibi hizmet verenlerden bir kişi ve/veya konu hakkında eğitimli bir kişiden oluşmalıdır.

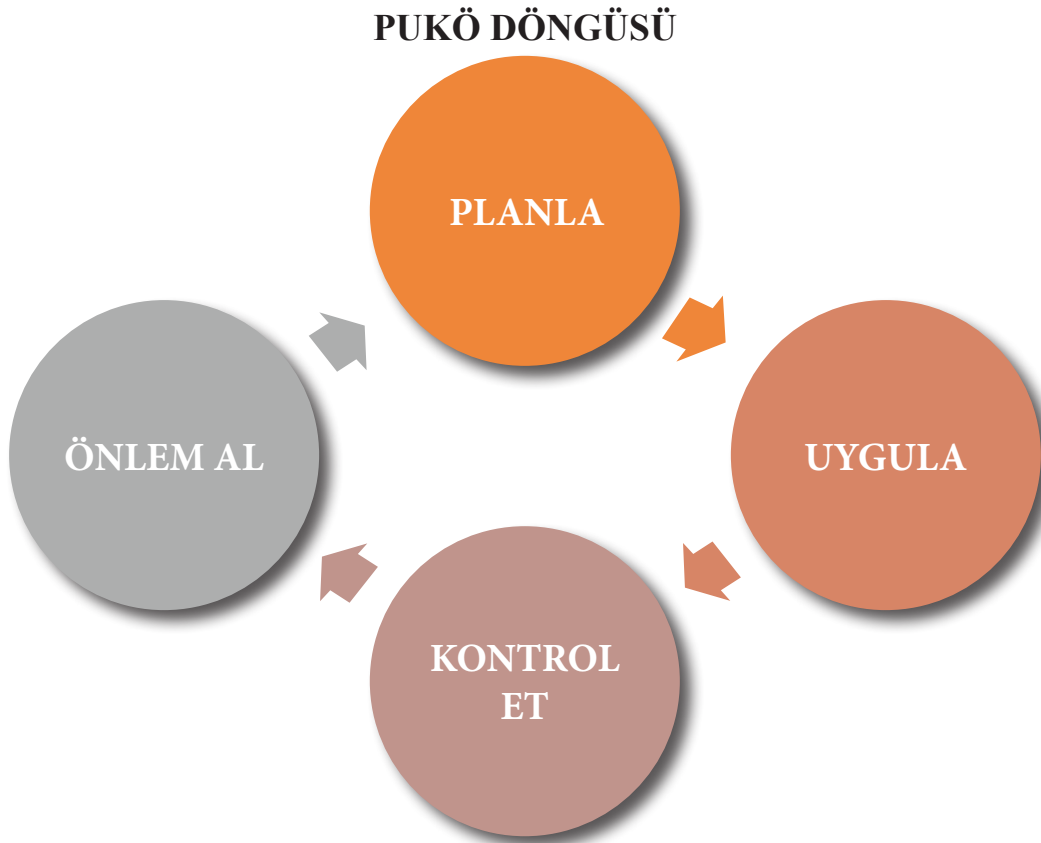
Kalite iyileştirme çalışmaları yaşayan ve hareketli bir süreçtir. Bu sürecin daha etkin ve verimli olması için kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında farklı yöntemler kullanılmaktadır. Aşağıda bu

yöntemlerden bakım hizmeti sunan kuruluşlar için kullanılması kolay, uygun ve etkili olan, kalite iyileştirme çalışmalarında en yaygın kullanım alanlarına sahip yöntemlere değinilmiştir.

1.1. PLANLA –UYGULA - KONTROL ET - ÖNLEM AL DÖNGÜSÜ (PUKÖ)

PUKÖ döngüsü kalite iyileştirme çalışmalarında en çok kabul gören iyileştirme modellerinden biri olarak karşımıza çıkmaktadır. Kalite İyileştirme Modeli olarak da anılan PUKÖ, deneyimlerden öğrenme ve amaca yönelik eylemlere rehberlik eden, kuruluşların aksayan yönlerini iyileştirmesi için plan yapıp süreci takip ettiği bir yöntemdir.

Adım adım plan yaparak değişimi hedefleyen ve sonuca ulaşmak için kullanılan “Planla, Uygula, Kontrol Et ve Önlem Al” (PUKÖ) döngüsü sürekli birbirini izleyen faaliyetlerden oluşan sistematik bir yaklaşımdır. Günümüzde yalın yönetim olarak adlandırılan yönetim sisteminin bir parçasıdır. PUKÖ, çözümlerin test edilmesini, sonuçların analiz edilmesini ve sürecin iyileştirilmesini içerir.



Bu değişim sürecinde en önemli basamak plan yapma kısmıdır. PUKÖ döngüsünün Planlama aşamasında her ayrıntının düşünülmesi gerekmektedir. Bu aşamada, bazı temel soruların sorulması ve bu sorulara doğru ve gerçekçi cevaplar verilmesi önemlidir. Aşağıda bu temel sorulara örnekler verilmiştir:

- Çözülmesi gereken temel sorun nedir?
- Hangi kaynaklara ihtiyacımız olacaktır?
- Mevcut kaynaklarımız nelerdir?
- Mevcut kaynaklarla ilgili sorunu çözmek için uygulanacak yöntemler nelerdir?
- Hangi koşullarda plan başarılı kabul edilecektir? Ulaşmak istediğimiz hedefler nelerdir?

Bu doğrultuda görev dağılımlarının da doğru ve uygun yapılması başarıya ulaşmak için elzemdir. Tabi ki ulaşılmak istenen amaç için hedeflerin doğru, düzgün ve gerçeğe uygun bir şekilde belirlenmesi sürecin son basamağı olan Önlem Al basamağında yapılması gerekenleri en aza indirecektir.

Planlama aşamasında Ne?, Ne zaman?, Nerede?, Nasıl?, ve Kim? sorularına verecek cevaplar ile detaylı bir plan oluşturulur. İyileştirme yapılırken aşağıdaki sorulara cevap vermek sürecin doğru ve kolay ilerlemesini sağlayacaktır.

- *NE?*
 - * Neler yapılıyor?
 - * Ne ya da neler yapılmalı?
- *NE ZAMAN?*
 - * Ne zaman yapılıyor?
 - * Ne zaman yapılmalı?
- *NEREDE?*
 - * Nerde yapılıyor?
 - * Nerede yapılmalı?
- *NASIL?*
 - * Nasıl yapılıyor?
 - * Nasıl yapılmalı?
- *KİM?*
 - * Kim yapıyor?
 - * Kim yapmalı?

PUKÖ döngüsünün ikinci aşamasını oluşturan Uygula Aşaması planlama aşamasında ortaya çıkan eylemlerin uygulandığı ve sonuç çıktılarının doğrulandığı kısımdır. Uygula aşamasından ortaya çıkan bilgiler bir sonraki aşama olan Kontrol Et aşaması için iyi bir veri kaynağı olacaktır. Bu aşamada uygulama ile ilgili ortaya çıkan problemleri, değişiklikleri, ön görülemeyen şeyleri

gözlemlemek ve bu çıktıları belgelemek çok önemlidir. Bu aşamada ortaya çıkan verilerin grafiksel gösterimi sürecin zamana bağlı olarak nerelerde ve hangi zaman aralıklarında değişim geçirdiğinin anlaşılmasını güçlendirecektir.

Kontrol Et aşaması PUKÖ döngüsünün üçüncü kısmını oluşturmaktadır. Bu aşamada planlanan hedeflere ne kadar yaklaşıldığı tespit edilir. Amaçlanan hedeflere ulaşılması durumunda yapılan uygulama faaliyetleri kontrol edilir ve standartlaştırılır. İyileştirme müdahaleleri ile elde edilmek istenilen hedeflere ulaşamadığında uygulama aşaması test edilmeli ve iyileştirme ekibi alternatif fikirleri tartışmak/geliştirmek için planlama aşamasına geri dönmelidir.

PUKÖ döngüsünün son aşaması olan Önlem Al aşamasında planlanan faaliyetler ile yapılan uygulamalar arasında nasıl bir fark olduğu, bu farklılara sebep olan olası sapma nedenleri araştırılır. Daha sonra bu sapma nedenlerinin ortadan kaldırılmasına yönelik düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılır. Karar verilen önleme faaliyetlerinin etkili olduğuna karar verilirse bu önleyici faaliyetler standartlaştırılır, gerekli eğitim ve yönlendirmelerle kalıcı olarak hizmet sunum sürecine alınır.

1.2. BEŞ NEDEN ANALİZİ: KÖK NEDEN BULMA

5 Neden Analizi bir problemin kök nedenini bulma konusunda basit, uygulanabilir, kullanıcı dostu bir teknik olması nedeniyle yaygın olarak kullanılmaktadır. 5 neden analizi, herhangi bir problemin temel (kök) nedeninin bulunmasına, böylece hataların tekrarlanmasını engellemeye yardımcı olmasından dolayı da tercih edilmektedir.

5 neden analizinin kökleri Japon sanayici, mucit ve Toyota Şirketinin kurucusu Sakichi Toyoda tarafından 1930'larda geliştirilmiştir. Toyoda'nın bilimsel yaklaşımının temeli, bir sorun bulduğunuzda beş kez "neden" diye sormaktır. Beş kez "Neden" sorusunu tekrarlamak, sorunun doğasını ve çözümü netleştirir.

Doğru yapıldığında, "5 neden" stratejisinin etkili olmakla kalmayıp aynı zamanda birçok sağlık uygulamasında kullanımının kolay olduğu gösterilmiştir.

1.2.1. Beş Neden İçin Beş Temel Adım

1. Belirlenen problem veya olay hakkında bilgisi olan farklı mesleklerden oluşan paydaşların bir araya getirilmesi,
2. Problemin veya olayın açık, sade ve net bir şekilde tanımlanması,
3. Problemin sadece yalıtılmış bir olay olarak değil bir örüntü olarak tanımlanması,
4. Problemin temel (kök) nedenine ulaşmaya kadar, en az beş kez "neden" sorusunun sorulması,
5. Problemi çözenin en iyi yolunun keşfedilmesi ve problemin tekrar etmesini önlemek için gerekli sistemsel değişikliklerin yapılmasıdır.

1.2.2. Beş Neden Analizi: Kök Neden Bulma Metodunun İyileştirme Sürecinde Kullanılması

Bakım hizmetlerinde, özellikle hizmet sunumuna yönelik süreçlerde, 5 neden analizi ile iyileştirme yapılması gerekli olan konunun tespit edilmesi sağlanabilir. 5 neden analizinin uygulama örneği:

1. Problem tanımlanır.
2. Probleme yol açan ve ilk akla gelen neden yazılır.
3. Daha sonra söz konusu nedenin neden ortaya çıktığı cevaplanır.
4. “Neden?” sorusunu art arda sorma işlemi probleme yol açan asıl neden bulununcaya kadar devam eder. Kök neden bulununca da söz konusu nedeni ortadan kaldıracak öneri geliştirilir.

İyileştirme gereken durum: X yaşlısına diyetine uygun ara öğün verilmemiştir.

Soru 1: X yaşlısına neden diyetine uygun ara öğün verilmemiştir?

Cevap 1: Çünkü X yaşlısı için diyetine uygun ara öğün hazırlanmamıştır.

Soru 2: Neden X yaşlısının diyetine uygun ara öğün hazırlanmamıştır?

Cevap 2: Çünkü mutfak personeline bulunan diyet listelerinde X yaşlısının ismi ve diyeti yer almamaktadır.

Soru 3: X yaşlısının diyeti ve ismi mutfak personeline bulunan listelerde neden yer almamaktadır?

Cevap 3: Çünkü X yaşlısı kuruluşa 20 gün önce gelmiştir ve mutfak personeline iletilen diyet listeleri aylık periyotlarda güncellenmektedir.

Soru 4: Mutfak personeline iletilen diyet listeleri neden aylık periyotlarda güncellenmektedir?

Cevap 4: Çünkü mutfak personeline verilen diyet listeleri, aylık yemek listeleri ile birlikte güncellenmektedir.

Soru 5: Mutfak personeline verilen diyet listeleri neden aylık yemek listeleri ile birlikte güncellenmektedir?

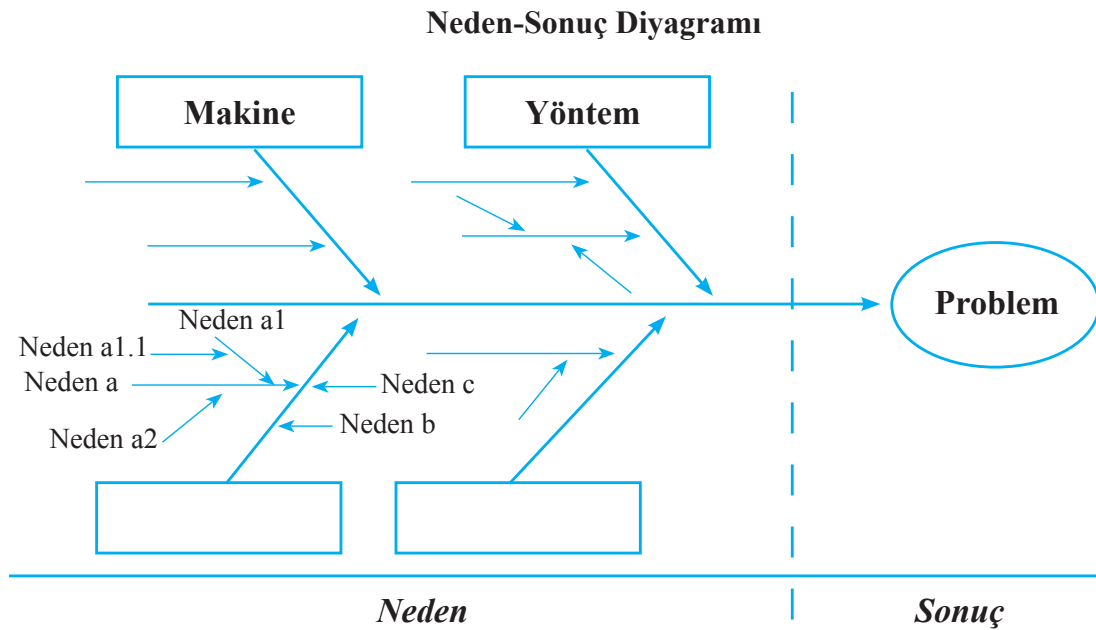
Cevap 5: Çünkü kuruluşa hizmet alan sirkülasyonu fazla olmadığından mutfak personeline diyet listeleri, aylık yemek listeleri ile birlikte teslim edilmektedir.(Kök Neden)

1.3. NEDEN-SONUÇ DİYAGRAMI

5 neden analizinin kullanılması basit bir süreci ifade eden durumlarda yeterli olabilirken, karmaşık ve birçok faktörden etkilenen bir süreçte bu yöntem yeterli olmayacaktır. Bu kapsamda, balık kılıcı diyagramı, sebep-sonuç ilişkisi çerçevesinde bir soruna eş zamanlı olarak etki eden faktörleri ve nedenleri ortaya çıkarmak için faydalı bir çerçeve sunmaktadır.

Neden-sonuç diyagramı, Tokyo Üniversitesi'nde mühendislik fakültesi profesörü Kaoru Ishikawa tarafından geliştirilmiştir. Hizmet sunum süreçlerinin gözden geçirilmesi, iyileştirme çalışmalarının planlanması ve planlanan iyileştirme çalışmalarının uygulanmasına yönelik neden-sonuç diyagramı tek başına iyileştirme çalışmalarında kullanılabilir.

“Ishikawa diyagramları” veya “balık kılıçığı diyagramları” olarak da bilinen neden-sonuç diyagramları, belirlenen bir sonucu ve onu etkileyen tüm etkenlerin birbiri ile ilişkisini grafiksel olarak görüntülemektedir. Neden-sonuç diyagramı; kullanılan yöntemler, yöntemlerin etkileri ve bu etkileri meydana getiren nedenler arasındaki ilişkileri görselleştirmeye dayalı sistematik bir analiz şeklidir. Diyagram, sonunda tek bir etki veya sonuç çıktısına neden olan tüm olası veya gerçek nedenleri araştırmak için kullanılır. Nedenler ve bu nedenlerin oluşmasını sağlayan etkenler önem sırasına göre birincil, ikincil ya da üçüncül nedenler şeklinde düzenlenir. Bu düzenleme ilişkilerin tasvirine ve olayların hiyerarşisine olanak sağlar. Klasik bir neden-sonuç diyagramı örneği aşağıda gösterilmektedir.



Kaynak: Ishikawa,1976.

Neden-sonuç diyagramı, bakım hizmetlerinin sunum ve kuruluş yönetimine katkı sağlayacak idari, mali, tıbbi pek çok süreçte kullanılabilir. Örneğin, bakım hizmetinin nitelikli ve aksaklık olmadan sunulabilmesi için stok ve malzeme yönetiminin kritik önemi bulunmaktadır. Malzemelerin doğru yer, doğru zaman ve doğru miktarda hazır olması bu sürecin doğru planlanmasını gerektirmektedir.

Bakım hizmeti sunum kalitesini değerlendiren Bakım Hizmetleri Kalite Standartları, sunulan hizmetlerin kalitesinin artırılması için iyileşme analizlerinin yapılması ve uygulanmasını gerektirmektedir. Bu nedenle bakım hizmet sunumunun yapıldığı kuruluş yönetim yapılanmaları; mahremiyet ve hizmet alan/hizmet veren güvenliği ile ilgili gerçekleşme potansiyeli olan ya da gerçekleşen olayların arkasında yatan nedenleri bulmak ve gerekli iyileştirmeleri planlayabilmek için basit ve etkili bir kalite aracı olarak neden-sonuç diyagramını tercih edebilir. Neden-sonuç diyagramı, tüm kuruluş kalite ekiplerinin kullanımı için uygundur.

1.3.1. Neden-Sonuç Diyagramı Hazırlanması:

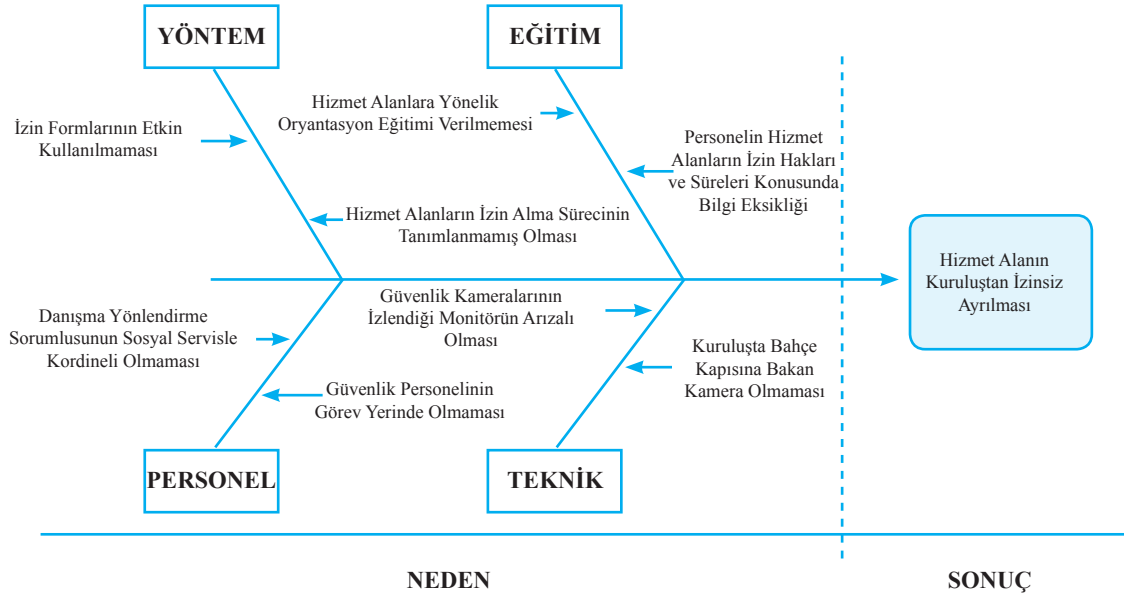
Çözümlemesi gereken problem ve sonucu belirlemek neden-sonuç diyagramı oluşturmanın ilk basamağıdır. Probleme neden olabilecek ana faktörler nedenleri belirleyecek şekilde tanımlanır. Belirlenen bu ana faktörler genellikle insan, yöntem/metod, makine ve ekipman olarak gruplandırılmaktadır. Probleme etki eden ana faktörler aşağıdaki şekilde tanımlanabilir:

1. Yöntem/Metot: Yönetimsel mekanizmalar, olayla bağlantılı süreçlerde işin yapılış şekli, sürecin nasıl çalıştığı, yasalar, politikalar, talimatlar gibi gereklilikler.
2. Makine: Olayla bağlantılı işin yapılmasını sağlayan cihazlar, bunların verim ve performansına etki eden faktörler.
3. İnsan: İlgili süreçte yer alan olayla etkileşimde bulunarak sonucu etkileyen tüm kişiler.
4. Ekipman: Olayla bağlantılı her türlü ekipmanın çeşitliliği, kalitesi, malzemelerin temin edildiği tedarikçiler.
5. Çevre: Olayla ilişkili süreci etkileyen yer, zaman, nem, sıcaklık ya da kültür gibi fiziksel ve sosyal çevre faktörleri.
6. Ölçüm: Değerlendirme sırasında oluşan veri kalitesine etki eden veri toplama ve ölçüm doğruluğu gibi faktörler.

Diyagram oluşturmanın temelinde ana ve alt sebeplerin belirlenebilmesi için sürekli “neden/niçin” sorusunun sorulması yatar. Oluşturulan fikirlerin diyagramda nereye yerleşeceğine ilişkin birçok karar verilmesi gerekir. Bu ne zaman olur? Bu neden oluyor? Soruları sorularak her faktör ayrı ayrı değerlendirilir. Burada suçlu bulmaya değil, sorunun nasıl çözüleceğine odaklanılmaktadır. Bir fikir birden fazla başlığın altında yer alabilir. Artık fikirler bittiğinde, herhangi bir yerde atlama olmaması için diyagram tekrar gözden geçirilir. Tüm olası nedenler tükenene kadar diyagram oluşturmaya devam edilir. Bundan sonra analiz aşaması başlar. Yeni bir fikir üretilmediğinde veya iyileştirme yapılması düşünülen problemin çözümünü mümkün kılacak değerlendirmenin yapılabilmesi için yeterli bilgi ve detaylı analizin oluşturulduğu konusunda ekip üyeleri tarafından fikir birliğine varıldığında diyagram oluşturması sonlanır. Diyagramı oluşturduktan sonra artık problemi çözmeye veya iyileştirmeye yönelik çözüm önerileri geliştirilmeye başlanabilir.

Aşağıda yatılı kuruluştaki kalmakta olan bir hizmet alanın kuruluştan izinsiz ayrılması vakasına ilişkin neden – sonuç diyagramına yer verilmiştir.

Örnek Neden - Sonuç Diyagramı













1.4. SÜREÇ HARİTALAMA ve AKIŞ DİYAGRAMI

Süreç kelimesi Türk Dil Kurumu tarafından “olay ya da olayların, işlemlerin belli bir sonuca doğru gidişi, düzenli olarak birbirini izleyen değişmelerle gelişip oluşması” olarak tanımlanmıştır. Süreç haritalama ise T.C. Sağlık Bakanlığı tarafından “bir süreç içinde yer alan iş ve işlemlere yönelik gerçekleştirilen faaliyetlerin mantıksal sırasıyla uygun semboller, oklar ve açıklamalar kullanılarak ifade edildiği çizelgeler” olarak tanımlanmıştır. Süreç haritası bir kuruluştaki tüm süreçlerin birbiri ile olan ilişkilerini görsel olarak tanımlamada kullanılan bir yöntemdir.

Süreç haritası sunulan hizmetin grafik dili olarak ifade edilmesidir. İşlevselliğin sağlanabilmesi için sürece ait tüm ayrıntıların kademeli ve kontrollü bir şekilde gösterilmesi gerekmektedir. Süreçlerin tanımlanmasında doğruluk ve özgüllüğün korunmasına özen gösterilmesi önemlidir. Süreç ara yüzleri de ortaya koyulmalı, güçlü bir harita oluşturulmalı ve tutarlı standardize terimler kullanılmalıdır. Süreç haritası hazırlanırken kullanılan her sembol farklı anlamları ifade etmektedir. Bu kapsamda kullanılan sembollere aşağıda yer verilmiştir.







Süreç Haritası Sembolleri

Sembol	İsim	Kullanım amacı
	Önceden Tanımlı Süreç	Önceden tanımlanmış bir süreci temsil etmektedir
	Alternatif Süreç	Normal işlem adımına alternatif olan bir işlem adımını temsil etmektedir
	Gecikme	İşlem akışı devam etmeden önce oluşan gecikme veya duraklamayı temsil etmektedir
	Manuel Döngü	Manuel olarak durdurulması gereken otomatik adımları temsil etmektedir.
	Hazırlık	Devam edilmeden önce süreçte değiştirilmesi veya ayarlanması gereken durumu temsil etmektedir
	Akış çizgisi	Sürecin gideceği yöne doğru bir akış gösterge çizgisidir.
	Başlangıç Bitiş	Proses başlangıç ve bitişinde tetikleyici semboldür.
	Karar	Karar sembolü. Bu elemen 2 opsiyon durumunda (Evet/Hayır, Doğru/Yanlış vb.) karar sorgusunu belirtmek için kullanılır.
	Veri	Proses girdi ve çıktı olan verileri belirtmek için kullanılabilir.
	Doküman	Bir aşamada bir kağıt çıktı veya rapor bildirmek amacıyla kullanılır.

Kaynak: Institute for Healthcare Improvement

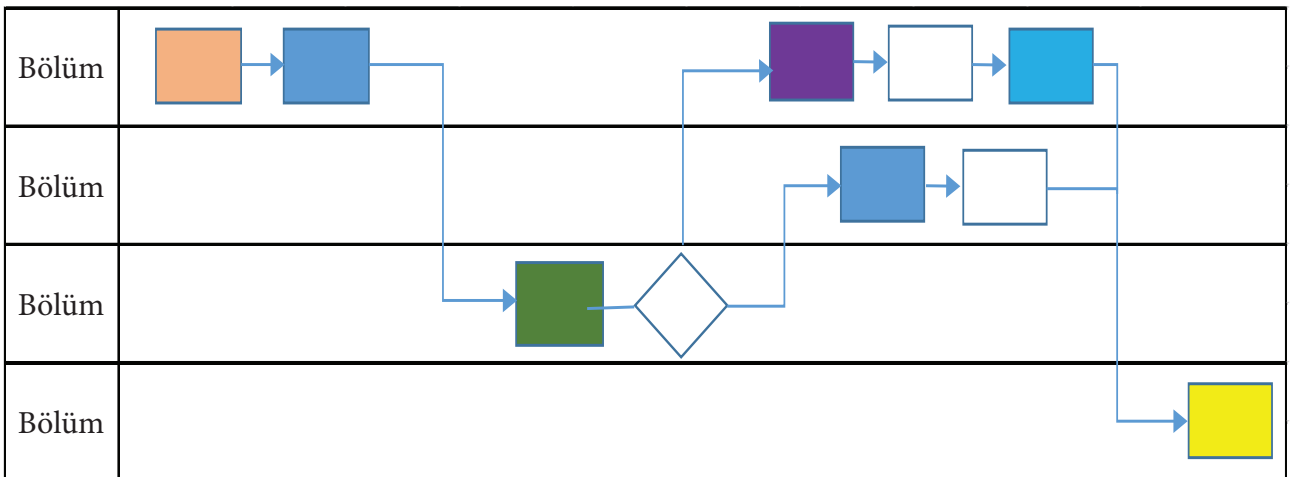
Süreç haritalarında kontrol akış sembolleri kullanılmaktadır. Bu sembollere aşağıda yer verilmiştir.

Kontrol Akış Sembolleri

Sembol	İsim	Kullanım amacı
	Sayfa İçi Bağlayıcı	Süreç akışında bir denetim noktasını temsil etmektedir.
	Sayfa Dışı Bağlayıcı	Başka bir sayfadaki başka bir işlemde elde edilen çapraz referansları ve süreç bağlantılarını temsil etmektedir.
	Birleştirmek	Birkaç adımın tek bir adımda birleştirilebileceği bir adımı temsil etmektedir.
	Ayıkla	Paralel yollara bölünmüş bir süreci temsil etmektedir.
	Veya	“Veya” mantığını temsil etmektedir.
	Ve	“Ve” mantığını temsil etmektedir.

Kaynak: Creately

Süreç Haritası



Süreç haritasının yararları:

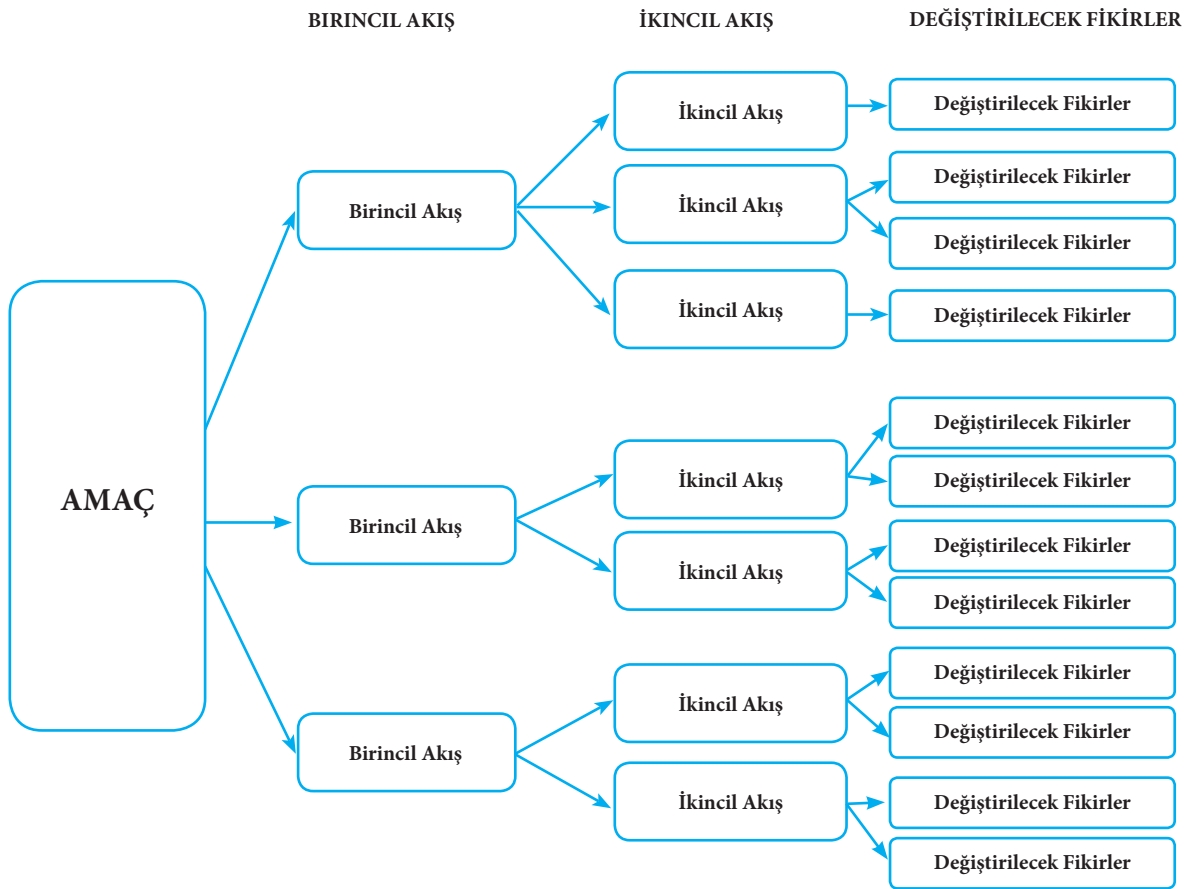
- Sürecin görsel olarak ifade edilmesi,
- Mevcut sürecin doğrulanması,
- Süreç sürelerinin ve darboğazların belirlenmesi,
- Değer yaratmayan adımların belirlenmesi,
- Verilerin toplanacağı yerlerin gösterilmesi

1.4.1. Akış Diyagramı

Akış diyagramı bir problemin çözümüne yönelik izlenecek yöntemlerin şekil ve sembollerle ifade edilmesidir. Akış diyagramları kalite iyileştirme çalışmalarının sistemli olarak planlanması ve yapılandırılmasına yardımcı olan bir araçtır.

Akış diyagramları üç veya daha fazla seviyede yapılandırılmaktadır. Amaç, birincil akış, ikincil akış ve değiştirilecek fikirlerin diyagramda yer bulmasıdır. Her seviyede kullanılan ifadelerin bazı özellikleri bulunmaktadır.

Akış Diyagramı Yapılanması



Akış diyagramına amaç ya da ulaşılmak istenen sonucun yazılması ile başlanır. Amaç; açıkça tanımlanmış, spesifik, ölçülmesi kolay, ulaşılabilir ve zamana bağlı olarak oluşturulmalıdır. Birincil akışın belirlenmesi aşamasında genel amaca doğrudan etkisi olduğuna inanılan faktörler belirlenir. Birincil akış ifade cümlesi olarak yazılır. İfade cümlesi iyileştirme ya da azaltma gibi terimler içerebilir ancak sayısal hedefler yazılmaz. İkincil akış; birincil akışın üzerinde etki oluşturulabilecek değişiklik ve müdahalelerden oluşur. Bu nedenle ikincil akış net bir şekilde tanımlanmalı; gerçekleştirilebilecek eylemleri kapsamalıdır. Akış diyagramının son alanında iyileştirme sağlanabilmesi için değiştirilebilecek fikirler yer alır.

Akış diyagramlarının kullanımının kolay ve basit olması, özel müdahale gerektiren alanları açıkça ortaya koyulmasını sağladığı için avantaj sağlamaktadır. Diyagram sayesinde iyileştirme yapılacak konuya odaklanılmaktadır. Ayrıca diyagram kullanımı motivasyon konusunda kuruluşa yardımcı olmaktadır. Kurum içinde iletişim kurmayı kolaylaştırmaktadır. Akış diyagramı kullanımı; kuruluşa hangi işlemlerin ölçüleceğinin belirlenmesine, faaliyetlerin sürekli gözden geçirilmesine ve güncellenmesine olanak sağlamaktadır.

1.5. AYAKTA KISA EKİP TOPLANTILARI (HUDDLES)

Huddle; ayaküstü yapılan yaklaşık 5-15 dakika arasında yapılan kısa süreli bir toplantı çeşididir. Türkçe literatürde güvenlik brifingleri ya da güvenlik ekip toplantıları olarak kullanılmaktadır. Ayakta kısa ekip toplantıları, hizmet alanların ya da hizmet verenlerin karşılaşabilecekleri güvenlik sorunları hakkında bilgi paylaşımını sağlamak için ayaküstü, yüz yüze, kısa ve genellikle her iş gününün başlangıcında organize edilen multidisipliner toplantılardır.

Ayakta kısa ekip toplantıları gerçek zamanlı güvenlik sorunlarını bildirmenin yanı sıra, tespit edilen sorunlarla ilgili yapılan müdahalelerin ya da alınan önlemlerin geri bildiri için de ideal bir yöntemdir. Elde edilen başarılar ve iyi uygulama örnekleri bu toplantılar sırasında kutlanabilir.

Ayakta kısa ekip toplantıları ile kuruluşların kendi içinde güvenlik endişelerini paylaşmaları, planlar geliştirmeleri ve başarılarını kutlamaları için güvenlik kültürü oluşturmalarına yardımcı olması hedeflenmektedir. Bunun yanı sıra söz konusu toplantının bilgi paylaşımının kalitesini ve hesap verilebilirliği geliştirdiği, açık iletişime ve meydana gelebilecek zararları en aza indirmeye katkı sağladığı, iş birliği ve meslek-görev kültürünün oluşmasına yardımcı olduğu görülmektedir. Ayaküstü kısa ekip toplantılarının odak noktası hizmet alan ve hizmet veren güvenliğini sağlamaktır. Bu nedenle ayaküstü ekip toplantıları süreci iyileştirir ve geliştirir. Ayaküstü kısa ekip toplantılarının kısa ve multidisipliner ekiple yapılıyor olması hizmet verenlerin katılımını, bağlılığını ve iş birliğini artırır. Ayrıca ayaküstü kısa ekip toplantıları güvenlik bilgilerinin açık şekilde paylaşılmasını ve ekip problemlerinin çözülmesini teşvik eder.

Ayrıca ekip toplantıları, vardiyalı sistemle çalışan bakım kuruluşları için çalışma düzenlerinin ihtiyaçlarına dayalı, iş akışında küçük değişikliklere imkan tanıyan ve günlük hareket planına odaklanan kısa toplantılardır. Ekip toplantıları ise, daha az sıklıkla yapılan toplantılar olup konuların daha derinlemesine ele alındığı ve araştırıldığı, problemlerin altında yatan sebeplerin veya daha geniş iş akışı konularının ayrıntılı olarak tartışıldığı toplantılardır. Vardiya devri bilgilendirmesi vardiyada hizmet alan bakımına ilişkin vardiya süresince gelişen tüm bilgilerin vardiyaya yeni başlayacak hizmet verene aktarılmasını içerir. Bu nedenle vardiya devri esnasındaki bilgilendirme toplantısı ile ayakta kısa ekip toplantılarının birbirinden farklı toplantılar olduğu unutulmamalıdır.

1.6. KAİZEN TEKNİĞİ

Yalın uygulamalar; değeri üst düzeye çıkaran ve her türdeki atıkları en aza indiren çevik (hızlı, dinamik ve güçlü) görevler, süreçler ve girişimler tasarlama çabasıyla bilinir. Günümüzde, yalın araç ve yöntemler artan bir hızda sağlık ve hizmet sektöründe uygulamaya geçmektedir. Özellikle Japonya ve Amerika’da etkin faaliyet gösteren büyüklüğü ve sektördeki yeri ile önemli olan bazı firma ve sağlık hizmet kuruluşları endüstriyel kalite iyileştirmenin sonuç odaklı disiplinini önemseydiğinden bu sistemi yönetim ve iyileştirme modeli olarak tercih etmektedir.

Kaizen; Japoncadaki “**kai**” değişim ve “**zen**” daha iyi anlamına gelen kelimelerden oluşup, *sürekli iyileştirme* anlamına gelmektedir. Amacı üretimdeki süreci küçük ama sürekli değişiklikler ile daha iyi hale getirmektir. Sonuçların daha iyi olabilmesi, süreçlerin iyileştirilmesine bağlı olduğu için kaizen, üretim sürecine öncelik tanıyan bir yöntemdir. Sağduyu, öz disiplin, düzen ve ekonomiye dayalı bir etkinlik organizasyonu olan bir yaklaşımdır. Kaizen tekniği, yalın üretimdeki yalın üretim süreci modelinin güçlü bir katkısı ve temel bir parçasıdır.

Tüm iş fonksiyonlarını veya süreçlerini sürekli olarak geliştiren ve en üst yöneticiden en alt kademedeki çalışanlarına kadar her çalışana içeren her türlü aktiviteyi içine alır. Kaizen’deki en önemli görevlerden biri, bir kuruluştaki hizmet sunum kalitesini yerinde kalite uygulayarak geliştirmektir. Kaizen; teknik araçların, hizmet sunumunda harcanan zamanın ve maliyetin yavaş ancak sürekli iyileştirilmesi ile gerçekleştirilir. Burada amaç sonuçlardan çok sürecin iyileştirilmesidir. Bu sayede kısa vadede sonuçlarda iyileşme, uzun vadede ise gelişme elde edilir. Kaizen’de insan unsurunun diğer üretim süreçlerine göre ayrı bir önemi vardır. Bu sebeple öncelik takım çalışmasının işleyişidir.

Kaizen’ de problemlerin çözüm aşamasında; farklı görevleri bulunan ekipleri oluşturarak sorunların kök sebebinin çözüm bulunması hedeflenir. Burada amaç geçici çözümlerden çok kalıcı çözümlerle sürecin devamlılığını sağlamaktır. Büyük buluşları küçük adımlar ile iyileştirerek geliştirmek Kaizen’in temelinde yatan düşüncedir.

Kaizen; izlenen yol, konu ve süre farklılıklarına göre ikiye ayrılır. Bunların ilki birey öncelikli çalışmalardan oluşan Kaizen, diğeri ise ekip çalışmasına dayalı Kobetsu Kaizen’dir. Kobetsu

Kaizen’de şirketlerdeki büyük kayıpların azaltılmasına yönelik maliyeti düşük, getirisi yüksek olan iyileştirmeler hedeflenir. PUKÖ döngüsünün (planla, uygula, kontrol et, önlem al) bu süreçlerdeki önemi büyüktür. Planlama adımında kaynaklar tanımlanır ve hedef belirlenir, sürecin yol haritası çizilir. Kaizen mevcut sistemde var olan sorunları bir engelden çok gelişimin devamlılığı için gerekli görür ve bunların giderilmesi için küçük değişiklikler yapar. Yapılan bu küçük değişiklikler ile üretim maliyetlerinde büyük azalmalar meydana gelir.

Kaizen’ de;

- Kalite ve iş güvenliği her zaman en önde gelmelidir.
- Daima bilimsel verilerle konuşulmalıdır.
- Yerinde gözlem ile problem doğru tespit edilmelidir.
- Sorunun kök nedenlerine inilmelidir.
- Bir sonraki işlem bizim müşterimizdir.
- PUKÖ Çevriminin evreleri eksiksiz uygulanmalıdır.
- Kaizen faaliyetlerinde, çalışanların tümü rol almalıdır.

1.6.1. Kalite Çemberi ve Aşamaları:

Kalite çemberi, işle ilgili sorunları tanımlamak, analiz etmek ve çözmek için düzenli olarak bir araya gelen aynı veya benzer işi yapan bir çalışanlar grubudur.

Kaizen tekniğinin uygulanmasında aşağıdaki adımlar izlenir.

1. Konu Seçimi
 - Kayıp yapısının incelenmesi sonucu,
 - Değer akış haritalarından,
 - Acil bir problemi gidermek üzere,
 - Öncelikle üzerine gidilmesi gereken konular araştırılarak,
 - Etkisi ve kazanımı önemli olanlar belirlenir.
2. Hedef Belirleme
 - Bizi tatmin edecek hedef sayısal olarak tespit edilir,
 - Hedefler SMART olmalıdır.
3. Ekibin Oluşturulması
Oluşturulacak ekibin özellikleri şunlardır:
 - Hiyerarşik değildir.

- Ekip oluşturulurken konuya yönelik kişisel beceriler dikkate alınır.
 - Ekip lideri, ekip üyelerini sevk ve idare edebilecek özelliklerde olmalıdır.
 - Ekip üyelerinin motivasyonları yüksek olmalıdır.
4. Mevcut Durum Tespiti
- Verilere dayanmalı,
 - Spesifik olmalı,
 - Çözümleri içermemelidir.
5. Proje Planı
6. Kök Neden Analizi
- Balık Kılıcı
 - 5 Neden Analizi
7. Çözümlerin Uygulanması
8. Hedef – Sonuç Kontrolü
- Geliştirme faaliyetinin sonuçlarına bakar,
 - Sonuçları “hedef” değerleri ile karşılaştırır,
 - Kazançları tespit eder,
 - Kutsal üçlünün bozulmadığını ispat eder (Kalite, İş güvenliği, Üretkenlik).
9. Standartlaşma
- Bakım talimatına işleme
 - İş tanımına ilave etme
 - Kalite Güvence talimatına ekleme
 - Prosedürü kalıcı olarak değiştirme ve uygulama
10. Yaygınlaştırma
- Başarınızı herkese ilan edin; sunuş yapın,
 - Çalışmalarınızdan çıkardığınız dersleri listeleyin,
 - Bulgularınızı herkesle paylaşın,
 - Ekip dışında kalmış arkadaşlarınızı yeni yöntemler konusunda eğitin,
 - Aynı geliştirmenin iş yerinin diğer noktalarında da yapılabilmesi hususunda yol gösterici olun.

1.7. BAKIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARINDA KAİZEN TEKNİĞİNİN UYGULANMASI

Kaizen tekniği, kuruluşun sunduğu hizmetlerde kendisini yeterli görmeyip sürekli daha iyiye ulaşma amacının kuruluşun tüm çalışanlarının çabasıyla gerçekleştirilmesidir. Kaizen tekniğine göre kuruluşların hizmet süreçlerini daha iyi bir noktaya taşımaları için öncelikle mevcut durumun değerlendirilmesi gerekmektedir. Bakım Hizmetleri Kalite Standartları kapsamında kuruluşlarda KALDES sistemi üzerinden gerçekleştirilen öz değerlendirme süreci ve kalite izleme ve değerlendirme ekipleri tarafından kuruluşlarda gerçekleştirilen değerlendirmeler sonucunda elde edilen veriler kuruluşların mevcut durumlarını görmelerini sağlamaktadır.

Kaizen tekniği, kuruluşlarda sorunlarla birlikte yaşama alışkanlığına ve dolayısıyla sorunların kronikleşmesine karşı çıkar ve sürekli bir iyileştirme süreci içerisinde olunmasını öngörür. Kaizen tekniğinde kuruluşlardaki sorunların programlı olarak ele alınması gerekir. Kaizen tekniği, kuruluşlarda sorunların çözümü ve daha iyi bir hizmet kalitesine ulaşmak için problem çözme araçları gibi basit teknikler ve sürekli bir çaba ile işe adanmışlık gerektirir.

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları kapsamında sosyal hizmet kuruluşlarında yapılacak iyileştirme çalışmalarında Kaizen tekniği aşağıdaki adımları izleyerek uygulanabilir:

1. Konu Seçimi

Konu seçimi aşamasında kuruluş BHKS değerlendirme sonuçlarına göre öncelikli çalışma yapması gereken alanları belirlemelidir. Öncelikli çalışma yapılacak konuların belirlenmesinde kuruluş, Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarında düşük puan aldığı alanları dikkate almalıdır. Çalışma yapılması planlanan standartlar belirlendikten sonra ilgili standartların altında yer alan değerlendirme ölçütleri dikkate alınarak çalışma yapılması planlanan standartlar ve değerlendirme ölçütlerinin bir listesi oluşturulmalıdır.

2. Mevcut Durum Analizi

Konu seçimi aşamasında kuruluşun hizmet kalitesini arttırmak için çalışma yapılması gereken standartlar belirlendikten sonra, çalışmanın yapılacağı her bir standart için durum analizi yapılmalıdır. Durum analizi çözümleri içermemekle birlikte kuruluşun düşük karşılama oranı olan standartlarla ilgili olarak durumunun görülmesini ve ortaya çıkarılan eksikliklerin nedenlerinin tespit edilmesini amaçlar.

Kuruluş çalışma yapacağı standartlara ilişkin eksikliklerini ve aksayan yönlerini belirlemek amacıyla çalışma yapacağı her bir standart için kök neden analizi gerçekleştirmelidir. Kök neden analizinde çalışılan standardın karşılanamamasında birden fazla neden bulunmakta ise Balık Kılçığı tekniği yoksa 5 Neden Analizi ile karşılanamayan standartların neden karşılanamadığı tespit edilmelidir.

3. Hedeflerin Belirlenmesi

Kuruluş, kök neden analiz yöntemleri ile düşük karşılama oranı olan standartların karşılanamama nedenlerini mevcut durum analizi aşamasında belirlendikten sonra hedefler belirlenmelidir.

Standartların karşılanması amacıyla, standartlarla ilgili olarak yapılması gereken çalışmalar, çalışmayı yapması planlanan personel, çalışma sonucu ulaşılması gereken hedef, standardın karşılanması için yapılacak çalışmanın süresi belirlenmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

4. Çözümlerin Uygulanması

Kalite çalışmaları Kalite Ekibinin koordinasyon ve sorumluluğunda olmakla birlikte tüm personelin katkı vermesi gereken bir süreçtir. Bu sebeple çalışmalarda kuruluş personellerine meslek alanlarına göre ilgili standartların iyileştirme süreçlerinde sorumluluk verilmelidir.

5. Hedef – Sonuç Kontrolü

Kuruluş kalite ekibi ve ilgili standardın iyileştirme çalışmalarında görev alacak personel, hedeflerin belirlenmesi aşamasında ortaya konulmuştur. Hedef-sonuç kontrolü ile oluşturulan takvim doğrultusunda yapılan çalışmalar kontrol edilerek aksayan yönler tespit edilmeli ve gerekli iyileştirme çalışması gerçekleştirilmelidir.

6. Standartlaşma ve Yaygınlaştırma

Yapılan çalışmalar sonucu ortaya konan iyileştirmelerin kurum kültüründe yer alabilmesi ve kalıcı hale gelebilmesi amacıyla çalışmaların dışında yer alan personele yönelik eğitim ve bilgilendirme çalışmaları yapılmalıdır.



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER
BAKANLIĞI**

**ENGELLİ VE YAŞLI BAKIM
KURULUŞLARINDA
KALİTE İYİLEŞTİRME
SÜREÇ YÖNETİMİ REHBERİ**



**BAKIM HİZMETLERİ KALİTE
STANDARTLARINA GÖRE
UYGULAMALAR, HİZMETLER,
EĞİTİMLER, DOKÜMANLAR VE
GÖSTERGELER**

2. BAKIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARINA GÖRE UYGULAMALAR, HİZMETLER, EĞİTİMLER, DOKÜMANLAR VE GÖSTERGELER

Bu bölüm, bakım hizmetleri kalite standartlarına göre; uygulama, hizmet, eğitim, dokümantasyon, göstergeler ve bazı hizmet modelleri konularında kuruluşlar tarafından yapılması gerekli olan düzenlemelere yer verilmiştir. Bölümün amacı, kuruluş tarafından iyileştirme programı hazırlanmadan önce, kuruluşta gerçekleştirilmesi gerekli düzenlemeler konusunda ön hazırlığın ve planlamanın yapılmasını sağlamaktır. Kuruluşlardan, bölüm içeriğini kendi kuruluş modelini dikkate alarak incelemeleri ve iyileştirme programı öncesi görülen eksiklikleri belirlemeleri beklenmektedir.

2.1. KURULUŞ KALİTE TEMSİLCİSİNİN GÖREVLERİ

Kuruluş yönetimi tarafından kuruluşta görev yapan personel arasından gönüllülük esasına göre belirlenen kuruluş kalite temsilcisi, BHKS'nin içeriğini ve gerekliliklerini bilmekle yükümlüdür. Kuruluş kalite temsilcisi, BHKS kapsamında; kalite ekiplerinin oluşturulması, ilgili birimlerin standartlar konusunda bilgilendirilmesi, kalite standartları ile ilgili gerekli dokümanların takibi, dosyalanması ve arşivlenmesini sağlar. Kuruluş kalite temsilcisi, kalite göstergelerinin hesaplaması ve gösterge sonuçlarının takip edilmesi, memnuniyet anketlerinin uygulanmasının koordine edilmesi, BHKS öz değerlendirme takviminin hazırlanması ve yılda en az bir kez değerlendirme yapılması gibi sorumlulukları bulunmaktadır. (KKY01)

2.2. UYGULAMALAR

Bu bölümde bakım hizmetleri kalite standartlarına göre; kuruluşun bölümlerine ilişkin uygulamalara, kuruluşlarda hizmet alan ve hizmet verene yönelik yapısal uygulamalara ve kuruluşun teknik altyapısına yönelik uygulamalara yer verilmiştir. Bölümün hazırlanmasında temel alınan bakım hizmetleri kalite standartları kodları, ilgili başlık altında paragraf sonlarında yer almaktadır.

2.2.1. Kuruluş Bölümlerine İlişkin Uygulamalar

2.2.1.1. Kuruluş Bahçesi İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşlarda hizmet alanın güvenliğinin sağlanması ve hizmet alanların kuruluş bahçesini rahat bir şekilde kullanabilmesi için kuruluşa araç giriş-çıkışı kontrollü bir şekilde sağlanmalıdır. Giriş ve çıkışlar kontrollü bir bariyer, otomatik bahçe kapısı veya güvenlikten sorumlu bir personel aracılığı ile sağlanabilir. Araçlar için park yeri planlanmalı ve park alanları zemin çizgileri ile belirlenmelidir. (BGU2/ KTY04)

Bahçe yürüyüş yolları hizmet alana uygun olarak düzenlenmeli, düşmeyi önleyici önlemler alınmalıdır. Bahçe dinlenme alanları yağmur ve güneşe karşı korumalı olacak şekilde düzenlenmelidir. Bahçede hizmet alanların ihtiyaçlarına uygun spor ve eğlence aletleri bulunmalıdır.(BFE12)

2.2.1.2. Ziyaretçi Alanları İle İlgili Düzenlemeler

Ziyaretler, ziyaretlere özel düzenlenen mekânlarda gerçekleştirilmelidir. Hizmet alanları aileleri ile ilişkilerinin güçlendirilmesi ve kuruluşlarda aidiyet duygusunun oluşturulması amacıyla ziyarete gelenlerin süreli kalışları için uygun mekânlar bulunmalıdır. (BFE20/ BFE21)

2.2.1.3. Danışma ve Yönlendirme Alanı Düzenlemeleri

Danışma ve yönlendirme alanı, her kuruluşun giriş katında ve ziyaretçilerin rahatlıkla görebileceği bir konumda olmalıdır. Bu alanlar, hizmet alan ve hizmet veren arasındaki iletişimi fiziksel olarak engellemeyecek şekilde düzenlenmelidir. (KTY02.01)

2.2.1.4. Çok Amaçlı Salon ve Etkinlik Odaları İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşlarda hizmet alanların kutlama ve toplu olarak yapacakları etkinliklere uygun, büyük ekran veya projeksiyon aletinin bulunduğu çok amaçlısalon bulunmalıdır. Kuruluşlarda hizmet alanların sosyalleşebileceği ve tavlâ, satranç, dama vb. oyunları oynayabilecekleri alanlar bulunmalıdır. Hizmet alanların kitap okuyabilecekleri ve internete erişimlerinin sağlanabileceği mekânlar oluşturulmalıdır. Yetenek ve becerilerini geliştirmelerine imkân sağlayacak şekilde düzenlenmiş etkinlik odaları bulunmalıdır. (BFE13/ BFE14/ BFE15/ BFE17)



2.2.1.5. Hizmet Alan Odaları İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşlarda, hizmet alan odalarının genişliği hareket alanını kısıtlamayacak boyutta olmalı, aydınlatma yeterli olmalı, pencereler güvenli olmalı, gece aydınlatması yapılmalı, odanın iklimlendirmesi uygun olmalı, ısıölçer ve nemölçer ile takibi yapılmalı, odanın renkleri hizmet alanın düşünceleri de dikkate alınarak açık ve yumuşak renklerden belirlenmelidir. Oda girişlerinde eşikler olmamalıdır. Balkonlarda korkuluklar düşmeyi önleyecek yükseklikte olmalıdır. (BGU10.03/ BGU10.02)



Bakım hizmeti verilen kuruluşlardaki odalarda, her hizmet alan için bir karyola, bir etajer, bir giysi dolabı, en az bir koltuk ve sandalye bulunmalıdır. Ayrıca her odada bir masa veya sehpa bulunmalıdır. Kullanılan mobilyaların yerleşiminin hizmet alanın istekleri dikkate alınarak meslek elemanlarının kararı ile yapılmalı ve meslek elemanlarından habersiz yerleri değiştirilmemelidir. Odalarda hizmet alanın özelliğine göre acil durumlar için buton ve telefon bulunmalıdır. Mobilya ve aksesuarlardan köşeli olanların hizmet alanlara zarar vermemesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Odaların zeminleri kaymaz materyallerle kaplı olmalı, halıların ve kilimlerin kaymasını önleyici tedbirler alınmalı, ıslak zeminler hijyenik temizlemeye uygun olmalıdır. Odalardaki koltuk ve sandalyeler hizmet alanın rahatlıkla kullanabileceği orta yumuşaklıkta, uygun yükseklikte ve kolay temizlenebilir kumaştan olmalıdır. Yataklar bireylerin kullanımına uygun yükseklikte olmalıdır. Düşme riski olan hizmet alanlar için koruyucu barlar bulunmalıdır. Sürekli olarak yatan hizmet alanlar için basınç ülseri/ yarası oluşumunu önleyici yataklar kullanılmalıdır.(BFE01)

2.2.1.6. Kuruluş Merdivenleri İle İlgili Düzenlemeler

Merdiven boşlukları için merdiven korkuluklarının yükseklikleri ayarlanmalı, gerekiyorsa panelvan bulunmalıdır. İki taraflı trabzan bulunmalıdır. Merdiven basamaklarında düşmeyi engelleyici şerit olmalıdır. (BGU10.04 / BGU10.05 / BGU10.06)

2.2.1.7. Yemek Salonu ve Mutfak İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşların yemek salonları hizmet alanların beraber oturarak yemek yiyebilecekleri yeterli sayıda masa ve sandalyenin bulunduğu, bina içerisinde hizmet alanların rahatlıkla erişebileceği ve havalandırma imkânı bulunan mekânlar olmalıdır. Mutfak planlanırken yemeklerin hazırlandığı tezgâhlar/bölümler ile sebze-meyve yıkama alanları ve bulaşık yıkama alanları farklı birimlere ayrılmış olmalıdır. Mutfakların taban ve duvarları kolayca yıkanmaya ve dezenfeksiyona uygun malzemeler ile döşenmiş olmalıdır.(DMH01)



Hizmet alanlara ve hizmet verenlere sıcak ve hijyenik yemek sunumu sağlanabilmesi için gerekli ekipmanlara sahip olunmalıdır. Yemeklerin sunumunda kullanılan materyaller temiz olmalıdır. Servis personeli eldiven/bone/maske gibi koruyucu malzemeler kullanmalıdır. Hizmet verenlerin işe ilk girişlerinde çalışmalarına engel bir durum olmadığına ilişkin sağlık raporu getirmeleri istenmelidir. (DMH04)

Yemek numuneleri uygun koşullarda ve kaplarda 72 saat muhafaza edilmelidir. Kuruluştaki kalan hizmet alanlar yemek yemeden önce, yemeklerin kontrolü yapılmalı ve uygunsuzluk durumları (tuz, yağ oranı, menüye uygun olması, pişirme durumu) kayıt altına alınmalıdır. (DMH06)

2.2.1.8. İbadethane İle İlgili Düzenlemeler

Hizmet alanların dini inançlarına uygun ibadet edebilecekleri mekânlar düzenlenmelidir. Hizmet alanların rahat bir şekilde abdest alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler olmalıdır.(HGY14.03)

2.2.1.9. Sağlık Birimi İle İlgili Düzenlemeler

Sağlık biriminde; sedye ve tekerlekli sandalye, ambu ve airway, tansiyon ölçer, şeker ölçer, oksijen tüpü, oksimetre, serum askısı, pansuman malzemeleri ve arabası, soğuk kompres, paravan, otoskop, ateş ölçer, battaniye, her boyda (küçük, orta, büyük) en az üç tane boyunluk ve travma tahtası bulundurulmalıdır. Hekimin bulunduğu kuruluşlarda monitör, EKG ve defibrilatör bulunmalıdır. (BSH02/ BSH03)

Kuruluşlarda aniden hastalanan veya kazaya uğrayan kişiye yapılacak ilk müdahalede kullanılmak üzere içerisinde çeşitli ilk yardım malzemelerinin bulunduğu ilk yardım çantası bulunmalıdır. İlk yardım seti içindeki ilaç ve ekipmanların stok durumu ve son kullanma tarihleri kontrol edilmelidir. (BSH04)

Sağlık birimi içerisinde sürekli kalış yapılabilecek gözlem bölümü bulunmalıdır. Bu bölümde çağrı sistemi bulunmalı, gözetim ve izlemeye uygun olarak düzenlenmelidir. Gözlem bölümündeki bireyin kendi odasına geçişi hekim tarafından, hekim olmaması durumunda ise hemşire/sağlık personeli tarafından düzenlenen yazılı kayıtlarla yapılmalıdır. (BSH05)

Hizmet alanın ilaçları kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalıdır. Kaplarda hizmet alanların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.(BSH10.02)



Sağlık biriminde hizmet verenlerin çalışma ortamına yönelik olarak; dinlenme odası, giyinme dolapları ve eldiven, forma-iş kıyafeti, maske, bone, dezenfektan solüsyonu bulunmalıdır.(BSH06)

2.2.1.10. Egzersiz Alanı İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşlarda hizmet alanlara yönelik egzersiz alanlarının uygun havalandırma ve aydınlatması olmalıdır. Egzersiz alanlarında; yer matları, paralel bar, egzersiz yatağı, egzersiz topu, kuvvetlendirme ekipmanları (therabant, dumbel, kum torbası, yay, hamur vb.) bulunmalıdır. Varsa egzersiz bisikleti, yürüyüş bandı yere sabit olmalı, aletlerin bakımı kontrol altında olmalıdır. Varsa fizyoterapi aletleri ayrı bir bölümde tutulmalı ve kalibrasyonları kayıt altında bulunmalıdır.(BFE19)



2.2.1.11. Kriz / Öfke Kontrol Odası İle İlgili Düzenlemeler

Engelli bireylere hizmet sunan kuruluşlarda, kriz odası/öfke kontrol odası (gözlem, dinlenme vb.) özelliği taşıyabilecek bir alan düzenlenmelidir. Bu alan; her türlü yaralanmayı engelleyici tedbirlerin alındığı, duvar ve zeminin yumuşak materyaller ile kaplı olduğu, gözleme düzeneğinin bulunduğu bir alan olmalıdır. (BGU06)

2.2.1.12. Banyolar ve Tuvaletler İle İlgili Düzenlemeler

Tuvaletteki sifonların kullanımı kolay olmalıdır. Tuvaletlerde havlu ve sabun koyacak yerler, uygun yükseklikte evyeler bulunmalıdır. Toplu kullanıma açık tuvaletlerde kadın ve erkeklere ait tuvaletler ayrılmalıdır. Tuvaletlerin kilidi acil durumda dışarıdan açmaya uygun olmalıdır. Banyo genişliği hizmet alanın rahatça oturup yıkanmasına olanak verecek ve gerektiğinde hizmet verenin de girebileceği kadar büyüklükte olmalıdır. Banyo ve tuvaletlere tutunma barları yapılmalı ve kaymayı önleyici tedbirler alınmalıdır. Tuvalet ve banyolarda havalandırma olmalıdır. (BFE10)



2.2.1.13. Sığınak İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluş yatak kapasitesi 50 üzeri ise ilgili yönetmelik doğrultusunda sığınak düzenlenmelidir. Buna göre; sığınak alanı tuvalet, duş ve mutfak nişi hariç net dokuz metrekarenin altında belirlenemez. Kişi başına en az net bir metrekarelik sığınak yeri ayrılır. Sığınaklarda yapılacak tuvalet, duş ve mutfak nişi bu alana dâhil değildir. Sığınaklarda her yüz kişi için erkek ve kadın olmak üzere ayrı ayrı birer tuvalet ve lavabo yeri ayrılmalıdır. Sığınakların iç yüksekliği net 2.40 metreden aşağı olmamalıdır. (KAD07)

2.2.1.14. Soğuk Hava, Gıda ve Malzeme Depoları İle İlgili Düzenlemeler

Mutfaklarda ve yemek hizmeti sunumu yapılan tüm alanlarda bulunan buzdolapları ve soğuk hava depolarının sıcaklık ölçümleri düzenli olarak takip edilmelidir. Besin depolarında ürünler direk zemine konmamalıdır. Ürünler palet gibi malzemelerle yerden yükseltilerek ve yere teması engellenerek istiflenmelidir. Ürünler istif sırasında duvarlara ve tavana da dayanmamalıdır. Ürünlerin yerleştirildiği raflar düzenli olarak yerleştirilmelidir. Soğuk hava depoları içeriden açılabilir özellikte olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır. (DMH02 / DMH03)

Malzeme depolarında, kişisel ve genel temizlik malzemelerinin stok takibi yapılmalı, malzemelerin asgari – azami stok seviyesi ve kritik stok seviyesi belirlenmelidir. Malzemelerin son kullanma tarihleri takip edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.(DSY01)

Depolar kullanım amaçlarına göre tanımlanmalı, malzemenin cinsine göre uygun yerleştirme yapılmalı ve malzemelerin yerleşim yerini gösteren yerleşim planları bulunmalıdır. Depolarda istifleme tavandan en az 40 cm aşağıda, tabandan en az 10 cm yukarıda olmalıdır.(DSY02)

Tehlikeli madde; yapısı itibari ile insan sağlığına ve güvenliğine, çevreye ve doğal hayata zarar verme riski taşıyan, bu nedenle işlenmesi, paketlenmesi, kullanılması, taşınması ve atılması sırasında özel önlem gerektiren maddelerdir. Depoda kullanılan tehlikeli maddenin listesi bulunmalıdır. Listelerde maddenin; ismi, markası, etken maddesi, tipi (toz, kristal vs), kullanım şekli ve son kullanma tarihini, saklama koşullarını, etkileşime girdiği maddeleri, temas halinde yapılacakları, kullanıldığı ve depolandığı yerleri, taşıma şeklini, imha yöntemlerini, tehlikeli madde sınıfını gösteren simgeler yer almalıdır. Tehlikeli madde üzerinde, tehlikeli maddenin adı ve sınıfını gösteren simge ile etiketlenmelidir. (DSY04.03/ DSY04.02 / DSY04.04)

2.2.2. Hizmet Alan ve Hizmet Verene Yönelik Yapısal Uygulamalar

2.2.2.1. Hizmet Alan/ Hizmet Veren ve Hizmet Alanın Yakınlarının Memnuniyetinin Ölçülmesi İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşa hizmet alan ve yakınlarının, sunulan hizmetlerle ilgili her türlü talep ve şikâyetlerinin alınmasına ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır. Şikâyet ve taleplere yönelik yapılan çalışmalarla ilgi talep sahibine geri bildirim yapılmalıdır. (KKY9.01 /KKY9.02)

Hizmet verenlere ve hizmet alanlara (hizmet alanların özellikleri göz önünde bulundurularak) memnuniyet anketleri uygulanır. Memnuniyet anketleri, KALDES sistemindeki çalışan ve hizmet alan anketleri bölümünden uygulanmalıdır. (KKY12)

2.2.2.2. Intranet /İnternet ve Şifre Kullanımına Yönelik Düzenlemeler

Intranet /internet kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Şifre güvenliği, bilgi güvenliği risklerini önlemede hayati öneme sahiptir. Şifre kullanımına yönelik kurallar tanımlanmalıdır. Şifre güvenliğini sağlamaya yönelik olarak; şifre seçimi, şifrenin korunması, şifrenin gizliliği ve düzenli gözden geçirilmesi konularına dikkat edilmelidir. (KBG01.04 / (KBG01.05)

2.2.2.3. Birimlerdeki Dosyalar İle İlgili Düzenlemeler

İlgili birimde, personel özlük dosyaları, hizmet alan dosyaları, stok takip dosyaları ve BHKS dosyası düzenli olarak tutulmalıdır. (KBG03)

Sosyal servis biriminde; hizmet alanın kayıt ve kabul işlemlerine yönelik bireye ait dosya açılmalı ve tüm kayıtlar burada toplanmalıdır. Hizmet alan dosyası; kuruluşa kabul bilgileri, resmi yazışmaları, mesleki çalışma bilgi ve belgelerini, tutanakları, kuruluş dışında aldığı eğitim ve katıldığı faaliyetler ile ilgili varsa bilgi ve belgeleri içermelidir. (DDA01 (BKH04)

Sağlık biriminde; hizmet alanlara ait genel sağlık kayıtları ve raporların tutulduğu dosyalar bulunmalı ve yılda en az bir kez yapılması gereken sağlık kontrollerinin sonuçları da bu dosyalarda tutulmalıdır. Sağlık servisi dosyası; kişinin kimlik bilgilerini, yakınının ya da varsa vasisinin iletişim bilgilerini, sağlık kurulu raporlarını, hizmet alanın sağlık öyküsünü, uygulanan tedavileri, aşıları, sağlık taramalarını, günlük yaşam aktivite değerlendirmelerini, mental değerlendirmeleri, sağlıkla ilgili tutanakları, bilgi notu veya epikrizi, bireysel bakım planlarını içermelidir. (BSH01 / DDA01)

2.2.2.4. Kuruluştaki Panolar İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşta duyuru panoları etkin kullanılmalı, dokümanın panoda ne kadar kalacağı belirlenmeli, panolarda güncel olmayan duyurular zamanında kaldırılmalıdır. Panolara asılan dokümanların içeriği ve asılacağı pano kuruluş idaresi tarafından onaylanmalıdır. Yemek menüleri, toplantı duyuruları, sivil savunma görevlileri ve talimatlar ilgili panolara asılmalıdır. (KKY07)

2.2.2.5. Kuruluş İçindeki Yönlendiriciler ve Krokiler İle İlgili Düzenlemeler

Bina giriş katlarında ana hizmet birimlerini gösterir kroki ve yerleşim planı, katlarda ise kat krokisi ve yerleşim planı yer almalıdır. Kuruluş birimlerine ait odalarda birimin ve personelin adının bulunduğu kapı isimlikleri yer almalıdır. Kuruluş içinde ve dışındaki yönlendirme işaretleri, kapı isimlikleri ve yerleşim planları, hizmet alanın engel durumuna uygun, okunaklı ve işlevsel olmalıdır. (KTY01)

Binalarda acil durum yönlendirmesi bulunmalıdır. Acil durum yönlendirmesi, acil durumlarda kişilerin tahliye için kullanılacak olan çıkışlara ulaşmalarını sağlamak amacıyla yerleştirilmelidir. Acil durumlarda aydınlatmanın kesilmesi durumunda binanın tahliye edilmesinin sağlanması amacıyla bina çıkış yolları ve merdivenlerde 60 dakika süreyle (bina yükü 200'den fazla ise 120 dakika) aydınlatma sağlayan acil durum aydınlatması bulunmalıdır. Binaların çıkış yönündeki kapıları dışa doğru açılmalıdır. (KAD04)

2.2.2.6. Acil Durumlar İçin Kod Sistemi İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşlarda acil durumlara yönelik olarak kod sistemi bulunmalıdır. Kod sistemi; Mavi kod (acil tıbbi durum), Beyaz kod (hizmet veren kişiye yönelik şiddet), Sarı kod (hizmet alan güvenliği), Kırmızı kod (yangın, doğal afet vb.) ile ilgili düzenlemeleri içermelidir. Kod sisteminin uygulanmasına yönelik kuruluş yapısına uygun haberleşme ağı bulunmalıdır. (KGR02)

2.2.2.7. İlaç Uygulamasına Yönelik Yazılı Düzenlemeler

İlaç uygulamasına yönelik yazılı bir düzenleme bulunmalıdır. Bu düzenleme; hizmet alanın ilaçlarının uygulanmasını, yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların uygulanmasını, ilaç güvenliğini sağlamaya yönelik tedbirleri, ilaç güvenliği ile ilgili hataların gerçekleşmesi durumlarında yapılacakları, ilaçla ilgili istenmeyen reaksiyon geliştiğinde yapılacakları kapsamalıdır. (BSH09)

2.2.2.8. Hizmet Verenlerin Çalışma Yaşamına Yönelik Düzenlemeler

Hizmet verenlerin bel sağlığını korumaya yönelik koruyucu tedbirler alınır. (hasta taşıma lifti vb. cihazlar) (BSÇ03)

Hizmet verenlerin fiziksel ortamları, kullandıkları malzeme ve cihazlar, kimyasal, fiziksel maddeler ve çalışma yöntemleri gibi konularda iyileştirme planları, personelin beklentileri de dikkate alınarak tasarlanmalıdır. Hizmet verenlere yönelik; dinlenme alanları, giyinme alanı ve kişisel eşyaları için kilitli dolap bulunmalıdır. Engelli ve kronik hastalığı olan personele yönelik çalışma yaşamını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalıdır.(BSÇ04 /BSÇ05)

2.2.2.9. Atıklar İle İlgili Fiziki Düzenlemeler

Kuruluştaki atıklar kaynağında ayrıştırılarak atığın ortaya çıktığı noktada diğer atık türleriyle karıştırılmadan düzensiz (vahşi) atık haline dönüşmesi engellenmelidir. Bu kapsamda, her bölüm için atıklar belirlenmeli, hatırlatıcılar konulmalı ve uygun atık kutuları kullanılmalıdır. (DAY02.01)



Atıklar çeşitlerine göre; tehlikeli atıklar (Pil/akümülatör/floresan lamba), cam, kâğıt ve ambalaj atıkları, bitkisel yağ atıkları, gıda atıkları, tıbbi atık, alt bezleri ve ped olmak üzere ayrılmalıdır. Atıkların toplanacağı uygun büyüklükte konteynerler bulunmalıdır. Bu konteynerler hizmet alanların ulaşamayacağı yerlerde bulunmalıdır. Konteynerlerin boşaltma süreleri atıkların özelliğine göre belirlenmelidir. Geçici atık alanlarının temizliği düzenli olarak yapılmalıdır.(DAY03)

Tıbbi atıkların diğer atıklarla karışması önlenmelidir. Tıbbi atıklar, delici kesici aletler için ayrı kutular oluşturulmalıdır. Tıbbi atıklar, tıbbi atık toplayan ekiplere imza karşılığında teslim edilmelidir. (DAY04)

2.2.3. Kuruluşun Teknik Altyapısına Yönelik Uygulamalar

2.2.3.1. Havalandırma Sistemi İle İlgili Düzenlemeler

Merkezi havalandırma sistemi veya klima bulunan kuruluşlarda bu sistemlerin bakımları yılda en az bir kez yaptırılmalı ve yapılan çalışmalar kayıt altına alınmalıdır. (KTY07)

2.2.3.2. Kuruluşlarda Asansörlerin Güvenli Kullanıma Yönelik Düzenlemeler

Kuruluşlarda asansörler, ilgili yönetmelik gereği uzman mühendisler tarafından periyodik olarak yılda bir kez kontrolden geçirilerek uygunluk durumuna göre etiketlenmelidir. Kuruluşlarda

kullanılan asansörlerin engelli bireylerin kullanımına uygun olması gerekmektedir. Asansörlerin kapı kapanma süreleri en az 30 saniye olacak şekilde ayarlanmalıdır. Engele uygun yardım çağrı sistemi ve düzenleme bulunmalıdır. Çağrı sistemi yatay düzende ve büyük düğmelerle ve basit olmalıdır. Asansör sistemi bulunduğu katı, kapının açıldığını ve kapandığını sesli uyarı ile bildirmelidir. Asansör içerisinde tutamak olmalıdır. (KTY06)



2.2.3.3. Elektrik Tesisatı İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşlarda elektrik tesisatı, topraklama tesisatı, paratoner tesisatı ve benzeri elektrik ile ilgili tesisatın periyodik kontrolleri ilgili yönetmeliğe göre yılda bir kez yaptırılmalıdır. Kullanılan jeneratörlerin ruhsatı olmalıdır, periyodik bakımları yaptırılmalıdır. Jeneratörün bulunduğu alanda olası tehlikelere karşın kamera olmalı ve kamera görüş açısı jeneratörü görmelidir. Kesintisiz güç kaynağına bağlı olan prizler farklı renkte olmalı ve hangi prizlerin kesintisiz güç kaynağı tarafından beslendiği tanımlanmalıdır. Hizmet alan odalarındaki prizler, hizmet alanın güvenliğini tehlikeye atmayacak şekilde korumalı olmalı veya çocuk korumalı prizi olmalıdır. Elektrik aksamı, kuruluşta kalmakta olan bireylerin güvenliğini tehlikeye atacak şekilde; duvarlardan veya tavandan sarkmış, batılar ve kablolar yalıtımsız, açıkta ve kat elektrik panolarının kapakları açık olacak şekilde bulunmamasına dikkat edilmelidir. (KTY09/ KTY10)

2.2.3.4. Su Depoları İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşlarda su depoları insan sağlığına uygun malzemeden yapılmış olmalıdır. Su depolarının periyodik bakımı yapılmalı ve yılda en az bir kez boşaltılarak temizlenmelidir. Su depolarından yılda en az bir kez su numunesi alınarak tetkikleri yapılmalıdır. Yapılan tüm bakım çalışmaları kayıt altına alınmalıdır. (KTY11)

2.2.3.5. Doğalgaz ve Yakıt Depolarına İlişkin Düzenlemeler

Kuruluşlardaki doğalgaz tesisatı, ilgili mevzuata uygun olarak yapılmış olmalıdır. Kuruluşta yakıt deposu varsa, taşıyıcı firma tarafından teslim edilen yakıtın transfer sertifikası bulunmalı ve yakıt depolarının kontrolleri yılda en az iki kez yapılmalıdır. (KTY13-1/ KTY13-2)

2.2.3.6. Yangın Algılama Sistemi ve Yangın Söndürücülerine Yönelik Düzenlemeler

Kuruluşlarda bulunan yangın algılama ve uyarı sistemi; adreslenebilir sisteme sahip, yangın algılama, alarm verme, kontrol ve haberleşme fonksiyonlarını ihtiva eden bir sistem olmalıdır. Yangın algılama sisteminin bakım ve kontrolleri yılda bir kez yapılmalıdır. (KAD05)

Kuruluş krokilerinde yangın söndürücülerin yerleri belirtilmelidir. Yangın söndürme tüplerinin rutin bakımları yaptırılmalıdır. Yangın söndürme ekipmanları hasarsız ve her an kullanma hazır durumda olmalıdır. (KAD06)



2.2.3.7. Kamera Sistemi ve Güvenlik İle İlgili Düzenlemeler

Kuruluşta 24 saat güvenli giriş çıkış sağlanmalıdır. Kuruluşa giriş çıkışlar belli bir kontrol ile sağlanmalıdır. Kuruluşun genel kullanım alanları (yatak odaları, tuvalet, banyo vb. hariç) güvenlik kamerası ile izlenmelidir. Güvenlik kamerası kayıtları en az 15 gün süreyle saklanmalıdır. (KGR03.01)

2.2.3.8. Tıbbi Cihazlara Yönelik Düzenlemeler

Kuruluştaki tıbbi cihazların bölüm envanteri bulunmalıdır. Kuruluştaki tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan hazırlanmalıdır. Hazırlanan plan dahilinde, kalibrasyonu TSE onaylı firmaya yaptırılmalı ve cihazlarda kalibrasyon etiketi bulunmalıdır. (BSH18.01 / BSH18.02)

2.3. HİZMETLER

Bu bölümde bakım hizmetleri kalite standartlarına göre; kuruluştaki sunulan hizmetlere yönelik uygulamalara yer verilmiştir. Bölümün hazırlanmasında temel alınan bakım hizmetleri kalite standartları kodları, ilgili başlık altında paragraf sonlarında yer almaktadır.

2.3.1. Karşılama, Danışma ve Yönlendirme Hizmeti

Karşılama birimi, kuruluşa gelenlerin ilk görüşeceği birim olması sebebiyle diğer birimlerle iletişim ve koordineli bir şekilde çalışmalıdır. Bu birimde, kuruluş bilgi rehberi, tanıtıcı broşür, telefon ve bilgisayar bulunmalıdır. Bu birimde çalışanlar, diğer çalışanlardan ayırt edilebilecek kıyafet giymelidir. Kuruluş çalışanlarının iletişim bilgileri karşılama biriminde yetkili kişilerin ulaşabileceği bir yerde bulunmalıdır. Acil durum telefon numaraları görülebilecek bir yere asılmalıdır. (BKH01/ BKH02)



2.3.2. Temizlik Hizmetleri

Kuruluşlarda temizlik işlemleri; mekânların kullanım sıklığına, hizmet alanların yaşam akışlarını etkilemeyecek zamanlarda, mekâna uygun temizlik malzemeleri ile yapılmalı ve yapılan temizlik işleri günlük/ haftalık / aylık programa uygun şekilde yürütülmelidir.(DTB01/ DTB02)

Kuruluş düzenli olarak ve ihtiyaç halinde haşerelere karşı ilaçlanmalıdır. İlaçlama ile ilgili olarak; kullanılan madde, kuruluşun ilaçlanan bölümleri ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.(DTB03)

2.3.3. Hizmet Alanlara Sunulan Kişisel Bakım Hizmetleri

Hizmet alan yapabiliyor ise; elini yüzünü yıkamasına, tıraş olmasına, el-ayak-tırnak temizliğine, makyaj yapmasına, giyinmesine ve yemeklerden sonra dişlerini fırçalamasına destek olunmalıdır. Hizmet alanın yapabiliyorsa kendisinin banyo yapması desteklenmelidir. Hizmet alan yapamıyorsa, ilgili talimatlara uygun olarak giysileri değiştirilmeli, el-ayak-tırnak temizliği yapılmalı, banyosu yaptırılmalı, ağız-diş bakımı yapılmalıdır.(BKB01/ BKB02/ BKB03/ BKB04/ BKB05/ BKB06/ BKB07)

2.3.4. Çamaşır Yıkama Hizmeti

Gündüz yaşam merkezleri dışındaki kuruluşlarda, çamaşır yıkanan yerin taban ve duvarları, yıkama hizmetine uygun tercihen ıslak zemin olmalıdır. Çamaşır yıkama makinelerinin bakımları ve filtre temizliği yapılmalıdır. Çamaşırların taşınmasında kullanılan araçlar kirli ve temiz olarak ayrı olmalıdır. Kirli çamaşırlar kapalı alanlarda biriktirilmelidir. Çamaşırlar; renklerine göre ayrılarak, isimlerinin bulunduğu çamaşır yıkama torbalarında yıkanmalıdır. Kişisel çamaşırlar, çarşaf ve havlulardan ayrı yıkanmalıdır. Çamaşırlar kurutma için ayrılmış bölümlerde kurutulmalı ve ütülenmeye uygun çamaşırlar ütülenmelidir. Çamaşır yıkama hizmeti kuruluş dışından temin edilmesi durumunda çamaşırın teslimi düzenlenecek bir form ile kayıt altına alınmalıdır.



Hizmet alanın yaşama katılımını desteklemek amacıyla, kişisel çamaşır yıkama alanları oluşturulmalıdır. Hizmet alan kendisi yapabiliyor ise kişisel kıyafetlerini yıkama, kurutma ve ütüleme işlerini personel desteği ile yapmasına imkân sağlanmalıdır.(DÇH01-1 / DÇH01-2 / DÇH02)

2.3.5. Beslenme Hizmetleri

Kuruluşlarda yemek menüsü hizmet alanların istekleri, tercihleri, varsa diyetleri dikkate alınarak hazırlanmalı ve menü hizmet alanlara uygun bir alanda duyurulmalıdır. Hizmet alanların istediklerinde kendi yemeklerini hazırlayabilmelerine imkân sağlanmalıdır. Hizmet alanların sıvı almalarını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılmalı ve günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı bireylerin sıvı takibi kayıt altına alınmalıdır. Hizmet alanların beslenmeleri takip edilmeli yemek yemeyen veya gereksiniminin altında yiyecekler kayıt altına alınmalıdır. (BBH01 / BBH02 / BBH03 / BBH04)

2.3.6. Rehabilitasyon Hizmetleri

Hizmet alanın rehabilitasyon (eğitim, bakım, tedavi ve rehabilitasyon) hizmetleri için gereksinimleri belirlenmelidir. Hizmetin sunulacağı mekânlara ulaşımı sağlanmalıdır. Hizmet alanına mesleki beceri geliştirme faaliyetleri konusunda rehberlik sağlanmalıdır. Hizmet alanının durumuna uygun mesleki rehabilitasyon çalışmalarına katılımı sağlanmalıdır.(BYK03 / BYK04 / BYK05 / BYK06)

Ailenin bakım ve rehabilitasyon hizmetine dahil olmasının sağlanması amacıyla; aileye hizmet modelinin anlatılması, ailenin beklentilerinin dinlenmesi, ailenin psikolojik olarak sürece hazırlanması, ailenin ziyareti ve araması için periyot belirlenmesi çalışmaları yapılmalıdır.

2.3.7. Biyo-Psiko-Sosyal Hizmetler

Hizmet alanın yaşına ve durumuna göre psiko-sosyal açıdan değerlendirilmesi ve özellikle düşme riskinin tespiti için fiziksel ve fonksiyonel durumunun değerlendirilmesi ilgili meslek elemanları tarafından yapılır. (BKH09/ BKH10)

Sunulacak hizmetin belirlenmesi için hizmet alanın bağımsızlık seviyesi belirlenir. Hizmet alanının durumu; tam bağımsız, destekleyici teknolojik aletlerle bağımsız, gözetim, kısmi destekle, orta destekle, tam bağımlı, tıbbi bağımlı olarak değerlendirilmelidir. Bağımsızlık seviyesi, Günlük Yaşam Aktiviteleri ve Enstrümantal Günlük Yaşam Aktiviteleri ile belirlenir. Günlük yaşam aktiviteleri; beslenme, banyo yapma, giyinme, öz bakım, mobilitasyondur. Enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri ile iletişim araçlarını kullanabilme, yemek hazırlama, alışveriş yapma, çamaşır, ev temizliği, ilaçlarını kullanabilme sorumluluğu ve mali işlerdir. Bağımsızlık seviyesi her birey için ayrı olarak değerlendirilmelidir. (BKH 11/BYK14)

2.3.8. Spor, Sanat, Kültür ve Müzik Etkinliklerine Katılım Hizmetleri

Kuruluşlarda hizmet alanların yetenek ve imkânlarına uygun spor aktiviteleri yapmaları sağlanmalı ve spor alanında yapılan organizasyonlara katılımları desteklenmeli ve başarıları ödüllendirilmelidir. Hizmet alanların kuruluşta gerçekleştirilen egzersiz programına katılımları sağlanmalı ihtiyaç halinde bireysel egzersiz planı hazırlanmalıdır.(HGY09/ BYK05)

Hizmet alan bireylerin, güzel sanatlar ve müzik etkinlikleri ile yetenek ve beceri geliştirici faaliyetlere katılımı desteklenir. Hizmet alanların beceri ve yeteneklerine uygun ön değerlendirme yapılmalı, program planlaması yapılmalı, uygun mekânlar ve materyaller sağlanmalıdır. Yaptıkları çalışmaları sergileyebilecekleri imkânlar sağlanmalıdır.(BYK07)

2.3.9. Yaşam Sonu Hizmetleri

Yaşam sonu hizmetler kapsamında hizmet alanın kültürel ve manevi değerleri dikkate alınarak inançlarına uygun düzenlemeler yapılır. Kuruluştaki yetkili kişi hizmet alanın durumu ile ilgili yakınlarına bilgi vermeli, kuruluşa geldiklerinde karşılamalı ve gerekli görüşmeleri yapmalıdır. Hizmet alan yakınının bekleyebileceği temiz, düzenli, sakin bir alan oluşturulmalıdır. Cenazenin taşınması sırasında mahremiyet ve güvenlik sağlanır.(BYS01 / BYS02 / BYS03)

2.4. EĞİTİMLER

Bu bölümde bakım hizmetleri kalite standartlarına göre; kuruluşta hizmet verenler, hizmet alanlar ve hizmet alan yakınlarına yönelik olarak düzenlenmesi gereken eğitim başlıklarına yer verilmiştir. Bölümün hazırlanmasında temel alınan bakım hizmetleri kalite standartları kodları, ilgili başlık altında paragraf sonlarında yer almaktadır.

2.4.1. Kuruluşlarda Hizmet Alan/ Hizmet Veren ve Hizmet Alan Yakını Eğitimleri

Kuruluşlarda aşağıda sıralanan eğitim konuları ile ilgili olarak hizmet alan, hizmet veren ve hizmet alan yakınlarına eğitimler düzenlenmelidir. Hangi eğitimin hangi gruba (hizmet alan/ hizmet veren/ hizmet alan yakını) verileceği eğitimin konusu ve kuruluşun hizmet verdiği bireylerin özelliklerine göre belirlenebilir. Eğitim içeriğine bağlı olarak alanında bilgi ve tecrübe sahibi kişi ya da tüzel kuruluşlardan destek/danışmanlık alınabilir. Bazı eğitimler birleştirilerek de verilebilir. Eğitimler etkin şekilde duyurulmalı, verilen eğitimler ile ilgili yazılı ve görsel dokümanlar kayıt altına alınmalıdır. Verilmesi gereken eğitim konuları şunlardır (KEY01):

- İletişim becerileri,
- Hizmet alan/veren oryantasyonu,
- Gıda hijyeni,
- Sağlıklı besin hazırlama, pişirme yöntemleri ile hastalıklara özel diyet,

- Zehirlenme,
- El hijyeni,
- Kuruluş hijyeni ve enfeksiyonlardan korunma,
- Ağız-diş sağlığı,
- İlaç güvenliği,
- Yardımcı cihaz kullanımı, temizlik ve bakımı,
- Düşme riski,
- Mahremiyet ve Etik,
- Engelli ve yaşlı hakları,
- Acil durum ve afet yönetimi,
- Kod sistemleri,
- Hizmet veren güvenliği,
- Kişisel koruyucu ekipman kullanımı,
- Hizmet alan güvenliği
- Gürültü kirliliği,
- Öfke kontrolü
- Atıkların ayrıştırılması ve uzaklaştırılması,
- Dosyalama ve arşiv hizmetleri,
- Erişilebilirlik,
- Kuruluş güvenliği

2.4.2. Kuruluşlarda Tüm Hizmet Verenlere Yönelik Eğitimler

Kuruluşlarda hizmet veren personele çalıştıkları hizmet alanı ile ilgili bilgi birikimini arttırmak ve farkındalık oluşturmak amacıyla eğitimler verilmelidir. Hizmet veren tüm personelin katılması gereken eğitimler şunlardır:

- Mahremiyet ve Etik Eğitimi: Tüm çalışanlara yılda en az bir kez mahremiyet ve etik konularında eğitim verilmelidir. (KKY08.02)
- Bilgi Güvenliği Farkındalık Eğitimi: Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara farkındalık eğitimi verilmelidir. (KBG01.01)
- Gürültü Kirliliği Konusunda Eğitim: Hizmet verenlere gürültü kirliliği konusunda eğitim verilmelidir.

- Hizmet Veren Güvenliği Eğitimi: Kendisine veya çevresine zarar verme durumunda olan hizmet alanlara yaklaşımın nasıl olması gerektiği konusunda hizmet verenlere yönelik hizmet veren güvenliği eğitimi verilmelidir.
- Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı Eğitimi
- İhmal ve İstismar Konusunda Farkındalık Eğitimi: İhmal ve istismar konusunda farkındalık yaratmak için her yıl eğitim yapılmalıdır.
- Atık Yönetimi Eğitim: Atık çeşitleri, atıkların kaynağında ayrıştırılması, usulüne uygun taşınması ve toplanması, atık taşımada kullanılacak ekipmanlar vb. konularını kapsamalıdır. (DAY02.02)

2.4.3. Kuruluşlarda Hizmet Verenlerin Görevleri İle İlgili Eğitimler

Kuruluşlarda hizmet verenlerin yerine getirdikleri görevleri en iyi şekilde yapabilmeleri amacıyla aşağıdaki eğitimler verilmelidir.

- Danışma Personeli Eğitim: Hizmet alanın memnuniyeti, yakınının memnuniyeti, engelli ve yaşlı hakları, iletişim becerileri konularını kapsamalıdır.
- Ortez, Protez, Cihaz ve Aletlerin Temizlik ve Bakımı Eğitimi: Bu hizmeti veren, ilgili personellere ekipmanın temizliği, kullanımı ve bakımı konularını kapsayan eğitim verilmelidir.
- İdrar Kataterinin / Prezervatif Sonda Torbasının Temizliği Eğitimi: Hizmetten sorumlu personele ilgili malzemenin takibi, giysi veya çantaya sabitlenmesi, idrar gelmemesi durumunda yapılacak olanlar ile ilgili eğitim verilmelidir. (BKB09.01)
- Tıbbi Atık Prosedürü Eğitimi: Hizmet verenlere “tıbbi atık prosedürü” konusunda yılda en az bir kez eğitim verilmelidir. (DAY04.04)
- Acil Durum Yönetimine Yönelik Eğitim: Acil durumda görev alacak hizmet verenlere acil durum planına yönelik yılda en az bir kez eğitim verilmelidir. Eğitimlerde, acil durum müdahale ve tahliye yöntemleri ile ilgili önemli kurallar vurgulanmalıdır. (KAD02.01)
- Tehlikeli Maddeler Eğitim: Kullanıcı ve sorumlu personele tehlikeli maddelerin sınıflarını gösteren simgeler hakkında eğitim verilmelidir. (DSY04.05)
- BHKS Göstergelerin İzlenmesi Eğitimi: Kuruluşta BHKS göstergelerinin takibinden sorumlu personellere, göstergelerin izlenmesi konusunda eğitim verilmelidir. (GGÖ01.04)

2.5. DOKÜMANLAR

Bu bölümde, bakım hizmetleri kalite standartlarına göre; kuruluşlarda bulunması gereken formlara, uygulanması gereken talimatlara, oluşturulması gereken ekiplere, toplantılara ve öz

değerlendirme sürecine yönelik uygulamalara yer verilmiştir. Bölümün hazırlanmasında temel alınan bakım hizmetleri kalite standartları kodları, ilgili başlık altında paragraf sonlarında yer almaktadır.

2.5.1. Formlar

Formlara Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Uygulama Rehberi ekinden ulaşılabilceği gibi kuruluşlar hali hazırda kullandıkları formları veya kendi geliştirecekleri formları da kullanabilirler.

- Buzdolabı Isı Takipleri Formu: İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının ısı takipleri içinde bulunan malzemelere göre yapılır. (BSH08)
- Hemşire Gözlem Formu: Hekim tarafından yazılan ilacın tam adının, uygulama zamanının, dozunun, uygulama şeklinin ve veriliş süresinin yer aldığı medikal tedavi planı, hemşire/sağlık memuru/ATT tarafından gözlem formuna kaydedilmelidir. Sağlık biriminde yer alan gözlem bölümünde takip edilen hizmet alan bireye ilişkin hemşire gözlem formu düzenlenmelidir. (BSH10.03)
- Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabi İlaçlara Yönelik Kayıtlar: Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimi yapılmalıdır. Devir teslim kayıtlarında; ilaçların hangi hastaya kaç adet kullanıldığı, ilacın kullanıldığı tarih ve saati, ilacı kimin uyguladığı, kime kaç adet ilaç teslim edildiği, teslim alan ve teslim edenlerin imzaları ile kayıt edilmelidir. (BSH13)
- Kısıtlama Takip ve Değerlendirme Formu: Gerekli hallerde hekim raporuyla verilen hizmet alana yönelik hareket kısıtlaması tedavi planında yer almalı ve uygulamada gerekli önlemler alınmalıdır. Uygulamada; uygulamanın başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir. Kısıtlama yapılan birey 2 saat aralıkla gözetim altında 30 dakika dinlendirilmelidir. Sürecin kontrolü hemşire/sağlık memuru/ATT tarafından yönetilmelidir. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir. Konuyla ilgili yukarıdaki bilgileri içerir, kısıtlama takip ve değerlendirme formu doldurulmalıdır. (BSH16.05)
- Basınç Ülseri/ Yarası ve Her Çeşit Yara Takip ve Değerlendirme Formu: Kuruluşta yatağa bağımlı hizmet alanlarda basınç ülseri/ yarası ve her çeşit yaraların oluşumunu engellemek için basınç ülseri/ yarası önleyici ve basınç ülseri/ yarası tedavi edici talimatları uygulanır. Basınç ülseri/ yarası oluşması durumunda Basınç ülseri/ yarası ve her çeşit yara takip ve değerlendirme formu doldurulmalıdır. (BSH19.03)
- Odaların Temizlik ve Düzeni İle İlgili Kayıtlar: Hizmet alanların odalarının temizlenmesi ve düzeni ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
- Hizmet Alan Kilo Kontrol Kayıtları: Hizmet alanların kilo kontrolleri iki ayda bir kayıt altına alınır. Aşırı kilo değişiklikleri halinde ilgili uzmana yönlendirilmesi yapılmalıdır. (BBH07)

- Sıvı Alım Takip Kayıtları: Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hizmet alanların sıvı alımları kayıt altına alınarak takip edilmelidir. (BBH04.03)

2.5.2. Acil Durum ve Afet Planı

Kuruluşlar acil durum ve afet ile ilgili çalışmalarını “İŞYERLERİNDE ACİL DURUMLAR HAKKINDA YÖNETMELİK” hükümlerine göre yapmalıdır. Acil durum ve afet planı, kuruluşlarda ortaya çıkabilecek acil durumların önceden belirlenmesini, bunların olumsuz etkilerini önleyici ve sınırlandırıcı tedbirlerin alınmasını, acil durumlarda görevlendirilecek kişilerin belirlenmesini, acil durum müdahale ve tahliye yöntemlerinin oluşturulmasını, dokümantasyonu içerecek şekilde hazırlanmalıdır. Hazırlanan acil durum planının uygulama adımlarının düzenli olarak takip edilebilmesi ve uygulanabilirliğinden emin olmak için yılda en az bir defa olmak üzere tatbikat yapılmalıdır. Yapılan tatbikatlardan sonra görülen eksiklikleri ve yapılacak düzenlemeleri içerir rapor oluşturulmalıdır. (KAD01)

2.5.3. Hizmet Alan Yakınlarına Yönelik İzlem Raporu

Hizmet alan, kendisi açısından sakıncası olmayacak şekilde arkadaşları/akrabaları ile iletişimi desteklenmeli, gözlemler kayıt altına alınmalıdır. Hizmet alanın yakınları tarafından gerçekleştirilen ziyaretler konusunda yıllık izlem raporları hazırlanmalıdır. (BYK23)

2.5.4. Bireysel Bakım Planı

Bireysel bakım planı, bakım gereksinimi olan kişiye verilecek sağlık ve sosyal bakım hizmetlerinin türünü, içeriğini ve sıklığını detaylı anlatan, bireyin ve/veya yakının isteklerini/beklentilerini de dikkate alarak bakım değerlendirme ekibi tarafından hazırlanan, onaylanan ve denetlenen yazılı plandır. Bireysel bakım planı, hizmet alanın kuruluşa kabulünün ikinci haftasında hazırlanmalıdır. Bireysel bakım planı 6 ayda bir gözden geçirilmeli ve tüm çalışmalar kayıt altına alınmalıdır. (BKH12.02 / BKH12.03 / BKH12.04)



2.5.5. Talimatlar

Talimat örneklerine Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Uygulama Rehberi ekinde ulaşılabilir.

- Basınç Ülseri/ Yarasını Önleme Talimatı (BSH19.01)
- Basınç Ülseri/ Yarası Tedavi Talimatı (BSH19.02)
- Günlük Kişisel Temizlik Talimatı (BKB01.01)
- Banyo Yaptırma Talimatı (BKB03.02)
- Vücut Silme Talimatı (BKB04.01)
- Saç Yıkama Talimatı (BKB04.03)
- Ağız-Diş Bakımı Talimatı (BKB05.01)
- Saç-Sakal Tıraşı Talimatı (BKB06.02)
- El-Ayak-Tırnak Bakımı Talimatı (BKB07.01)
- Tehlikeli maddeler Talimatı (DSY04.01) : Tehlikeli maddelerin güvenli taşınması, depolanması, kullanılması, dökülmesi ve maddelere maruz kalma durumunda yapılması gerekenleri kapsamalıdır.
- Atık Yönetimi Talimatı: Talimat, üretilen atık çeşitlerini, atıkların kaynağında ayrıştırılmasını, üretilen atık miktarının azaltılmasını, atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını, atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı, toplama ekipmanının temizliğini ve dezenfeksiyonunu, geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ile ilgili kuralları, geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kurallarını, lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini, atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri, atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsamalıdır.(DAY01)

2.5.6. Ekipler

Kuruluştaki personel sayısı dikkate alınarak kalite ekipleri oluşturulmalıdır. Ekipler yılda en az iki kez toplanmalıdır. Gerekli durumlarda düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. Oluşturulması gereken ekipler ve görevleri şunlardır (KKY03):

- Kuruluş Güvenliği Ekibi: Kuruluş idarecisi, kuruluş kalite sorumlusu ve en az bir hizmet verenden oluşur. Kuruluşun alt yapı güvenliğinin sağlanması için gerekli çalışmaları yapar (Kanalizasyon, elektrik, su ve ısınma tesisatı vb.), Acil durum ve afet çalışmalarını yürütür (Sel, acil durum sisteminin kurulması), Tehlikeli maddelerin yönetiminden sorumludur (Akaryakıt, benzin, oksijen tüpü, tüm temizlik ve ilaçlama maddeleri, uçucu ve yanıcı maddeler).

- Hizmet Alan Güvenliği Ekibi: Kalite temsilcisi, hizmet veren ve sağlık biriminden en az bir kişiden oluşur. Hizmet verilen bireylerle ilgili; yemek yemeye, uyku problemi, düşme riski gibi konularda yapılan bildirimleri sorunların çözümlerini ve bildirimlere yapılan geri dönütlerin takiplerini oluşturdukları bir sistem dâhilinde yapmak. Hizmet verilen bireyin güvenliğini riske atan durumları belirler, hizmet verilen bireyin durumuna özel çevresel riskleri belirler, belirlenen risklere yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatır.
- Hizmet Veren Güvenliği Ekibi: Kalite temsilcisi, idari ve hizmet birimlerinden birer kişiden oluşur. Ekip; hizmet verenlerin çevresel zarar görme risklerini belirler, hizmet verenleri korumaya yönelik gerekli ekipmanların amacına uygun şekilde kullanımını takip eder, belirlenen riskler dâhilinde düzeltici-önleyici faaliyetler yürütür.
- Eğitim Ekibi: Kalite temsilcisi, idari ve hizmet birimlerinden birer kişiden oluşur. Ekip; Kalite standartları eğitimi, Hizmet içi eğitimler, Hizmet alana ve hizmet verene uyum eğitimi, Hizmet alan ve yakınlarına yönelik eğitimleri düzenler.
- Kuruluş Hijyeni ve Enfeksiyonu Ekibi: Kalite temsilcisi, sağlık biriminden bir kişi ve hizmet veren bir kişiden oluşur. Ekip; kuruluş temizliği ve hijyeninin sağlanmasını denetler, kişisel hijyen kurallarının uygulanmasını sağlar, gerekli durumlarda izolasyon önlemlerini alır, hijyen ve enfeksiyon yönünden riskli ortamları belirler ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlar, yiyeceklerin hijyen kurallarına uygun depolanması, hazırlanması ve sunulmasını takip eder, suların analizini yaptırır. Atıkların hijyen kurallarına göre biriktirilmesini ve uzaklaştırılmasını takip eder, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatır.
- Fiziksel Durum ve İşleyiş Takibi Ekibi: İdare, sosyal servis ve sağlık hizmetlerinden birer temsilci ile kalite temsilcisi ve teknik işler sorumlusu yer alır. Ekip; en az en az 3 ayda binada yaptığı inceleme turları ile kuruluştaki fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili risk ve aksaklıkları tespit edilerek gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. Yapılan tüm işlemler kayıt altına alınmalıdır. (KTY03)
- Acil Durum Ekipleri: Kuruluşlarda aşağıda sıralanan acil durum ekipleri oluşturulmalıdır. Ekiplerin oluşturulması ve görevleri ile ilgili İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmeliğin ilgili maddeleri incelenebilir. (KAD01.02)
 - a) Söndürme ekibi
 - b) Kurtarma ekibi
 - c) Koruma ekibi
 - ç) İlk yardım ekibi
- Bakım Değerlendirme Ekibi: Hizmet alanın, bakım planını oluşturmak için kuruluştaki görev yapan meslek elemanlarından (hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, psikolog,

kuruluş idaresi ve kuruluştaki çalışanlar (örneğin doktordan) oluşan ekiptir. Bakım değerlendirme ekibi, bireysel bakım planını hazırlamak için toplantı yapmalı ve toplantı tutanakları kayıt altına alınmalıdır. (BKH12.01/ BKH12.05)

2.5.7. Toplantılar

Toplantıya katılacak olanlar; toplantı yöneticisi ve katılımcıları, toplantı gündemi ve süresi, toplantı yeri ve zamanı konularında bilgilendirilmelidir. Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır. (Toplantı duyuru formu, toplantı tutanağı) (KKY05)

- Değerlendirme Toplantıları: Kuruluş yönetimi, kalite temsilcisi ve kalite ekipleri ile yılda en az iki kez değerlendirme toplantıları gerçekleştirir. Bu toplantılarda; öz değerlendirme sonuçları, süreçlerin iyileştirilmesi için, düzeltici-önleyici faaliyetler belirlenmeli ve yapılacak çalışmalar ile ilgili süreç yönetimi takvimi oluşturulmalıdır. Yapılan toplantılar raporlanmalıdır.(KKY04)

2.5.8. Öz Değerlendirme

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları ile ilgili olarak Kalite Değerlendirme Sistemi (KALDES) üzerinden öz değerlendirme yılda en az bir kez yapılmalıdır. Özel engelli ve yaşlı kuruluşları <https://kaldes.aile.gov.tr/> adresi üzerinden; resmi engelli ve yaşlı kuruluşları ise <https://abs.aile.gov.tr/> adresi üzerinden öz değerlendirme çalışmalarını yürütmektedir. Yapılan öz değerlendirmede ortaya çıkan eksiklikler ile ilgili kuruluş tarafından iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır. (KKY13)

2.5.9. Erişilebilirlik Belgesi

Erişilebilirlik, binaların, açık alanların, ulaşım ve bilgilendirme hizmetleri ile bilgi ve iletişim teknolojisinin engelliler tarafından güvenli ve bağımsız olarak ulaşılabilir ve kullanılabilir olmasıdır. Erişilebilirlik Belgesi ise Valilikler bünyesinde oluşturulan Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Komisyonları tarafından denetlenen umuma açık hizmet veren her türlü yapılar ve açık alanlar ile toplu taşıma araçlarının erişilebilirlik mevzuatına uygun olduğunu içeren komisyonca düzenlenen belgedir. Bakım hizmeti sunan kuruluşlar, yaşlı ve engelli bireylere bağımsız ve güvenli fiziki mekânlar sunulduğunu gösteren erişilebilirlik belgesine sahip olmalıdır. (KKY02)

2.5.10. Kuruluş Ziyaretçi Kuralları

Kuruluşa gelen ziyaretçilerin uyması gereken kurallar, ziyaret gün ve saatleri belirlenmelidir. Ziyaretçi kuralları yazılı olarak bulundurulmalı, gerekli yerlere asılmalıdır. Kuruluşun özellikli birimlerine (özel bakım ünitesi vb.) veya hizmet alanların bio-psiko-sosyal durumuna göre yapılacak ziyaretler konusunda özel düzenlemeler yapılmalıdır. Ziyaretçilerin girişinin yasak olduğu bölümler veya o bölümlere hangi ekipmanlarla girileceği belirlenmelidir. Hizmet alanların bio-psiko-sosyal durumuna göre, kişiye özel kuralların da yazılı olması gerekebilir. Bu tür durumlarda hizmet alanın görüşmesinin uygun olmadığı kişiler varsa belirlenmeli, durumuna göre yasaklı yiyeceklerin getirilmemesi konusunda ziyaretçiler bilgilendirilmelidir.(KKY11)

2.6. GÖSTERGELER

Bu bölümde bakım hizmetleri kalite standartları içerisinde yer alan göstergelerin amacı, bakım hizmetleri ve yönetim hizmetleri göstergelerinin oluşturulması, göstergelerin oluşturulmasında kullanılacak hesaplanma yöntemleri, gösterge kartlarına nasıl ulaşılacağı konularına yer verilmiştir. Bölümün hazırlanmasında temel alınan bakım hizmetleri kalite standartları kodları, ilgili başlık altında paragraf sonlarında yer almaktadır.

2.6.1. Gösterge Yönetimi

Göstergeler, kuruluşun yönetim ve bakım hizmeti sunumundaki başarı düzeyini sayısal olarak tanımlamaktadır. Gösterge, bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan araçtır. Kalite göstergelerinin temel amacı, kuruluşlarda ölçüm sistematikliğini geliştirmektir. Bu standart grubu ile kuruluşun bakım hizmeti ile ilgili verileri düzenli olarak tutması böylece bakım hizmeti kalitesi ve verimliliğinin ölçülmesi hedeflenmektedir.

Göstergelerin izlenmesi süreçlerini koordine etmekle görevli ana birim BHKS kuruluş kalite birimidir. Kuruluşta, izlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik doküman bulunmalıdır. Bu dokümanın içeriği, bakım hizmetleri ve yönetim hizmetleri gösterge standartları ile birlikte değerlendirilmelidir. İzlenecek göstergeler, veri toplama süreci, verilerin analizi konularına aşağıda yer alan gösterge standartları içinde yer verilmiştir. (GGÖ01)

Göstergelerin nelerden oluştuğu ve hangi aralıklarla bu verilerin hesaplanması gerektiği ile ilgili bilgiler, kuruluşta izlenecek her gösterge için gösterge kartı örnekleri, BHKS Uygulama Rehberinin Yönetim Hizmetleri Kalite Gösterge Kartları ile Bakım Hizmetleri Kalite Gösterge Kartları bölümlerinde bulunmaktadır. (GGÖ02)

Gösterge kartlarında hesaplanan ve toplanan verilere göre kuruluşun kendini değerlendirmesi ve her gösterge kartındaki standartla ilgili yapılacaklar konusunda planlama yapılarak kayıt altına alması beklenmektedir. (GGÖ03 / GGÖ04)

2.6.2. Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri

Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri bölümlerinde, yönetim hizmetlerine özel kalite göstergeleri tanımlanmıştır. Kalite göstergelerin ölçülmesi ve izlenmesi için önemli olan ana unsur gösterge kartlarıdır. Belirlenen kalite göstergelerinin tanımı, hesaplama yöntemi, analiz periyodu ve göstergenin takibinden sorumlu kişilere dair detaylar gösterge kartlarında istenmektedir. Gösterge kartları BHKS Uygulama Rehberinin ilgili bölümünde bulunmaktadır.

- *Personelin eğitimlere katılma oranı izlenir. (GYH01)*

Yıllık eğitim planı içinde personelin hangi eğitimlere katılacağı belirlenmelidir, bu eğitimlere personelin katılım sağlaması için uygun ortam/ saatler oluşturulmalıdır. Personelin eğitimlere katılma oranı kuruluş kalite eğitim ekibi tarafından Toplantı Katılım Formları ve Eğitim Planlarına göre yıllık olarak hesaplanmalıdır.

Hesaplama yöntemi; [Yıl içinde yapılan eğitimlere katılan toplam kişi sayısı/ (yapılan eğitim sayısı* kuruluşta çalışan toplam personel sayısı)] x 100 şeklindedir.

- *Hizmet alanın yakınlarına eğitim verilme oranı izlenir. (GYH02)*

Kuruluşta hizmet alanlardan yakını bulunanlara bireysel veya grup olarak yapılan bilgilendirme/ eğitim toplantılarına katılan kişi sayısını ifade etmektedir. Bu kapsamda hizmet alan yakınları belirlenir ve iletişim kurulur. Hizmet alanın durumuna göre yakınları ile bireysel veya grup olarak bilgilendirme/ eğitim/ rehberlik/ yönlendirme toplantıları yapılacağı mekân ve zaman ayarlanmalıdır.

Hizmet alanın yakınlarına eğitim verilme oranı kalite Eğitim Ekibi tarafından Eğitim Katılım Formu ve görüşme kayıtların göre yılda iki kez düzenlenmelidir. Hesaplama yöntemi; Eğitim katılım formu, görüşme kayıtları (sağlık servisi, sosyal servisi, mesleki çalışma yapılan birimlerin kayıtları) şeklindedir.

- *Hizmet alan memnuniyet oranı izlenir. (GYH03)*

Kalite Değerlendirme Sisteminde (KALDES) yer alan memnuniyet anketleri uygulanmalıdır. Zihinsel ve psikolojik engeli olan kişilerde bu anketin yapılması zorunlu değildir.

- *Çalışan memnuniyet oranı izlenir. (GYH05)*

Kalite Değerlendirme Sisteminde (KALDES) yer alan çalışan memnuniyet anketleri uygulanmalıdır. Anketlerin uygulanmasından Kuruluş BHKS Sorumlusu ve Kuruluş Yönetimi sorumludur. Çalışan memnuniyet anketleri ile ilgili karşılaşılabilecek sorunlarda BHKS Uygulama Rehberinin Memnuniyet Anketleri Uygulama Rehberi bölümüne bakılabilir.

- *Çalışanlara yönelik istenmeyen olay sayısı izlenir. (GYH06)*

Çalışanlara yönelik hizmet alan ve/veya yakını tarafından gerçekleştirilen sözel, fiziksel veya her ikisini de içeren istenmeyen olayı sayısıdır. Çalışanların geri bildirimleri dikkatle incelenmelidir. Varsa kamera kayıtları incelenmelidir. Çalışanlara yönelik istenmeyen olay sayısı, Kuruluş Yönetimi tarafından vukuat raporları, tutanaklar, iş kazası bildirim raporlarına göre yıllık olarak izlenir.

- *Personel devir hızı izlenir. (GYH07)*

Kuruluşta çalışan personelin işten ayrılma oranını ifade etmektedir. İşten ayrılmalara ilk 1 aylık deneme süresi içinde ayrılanlar ve emekli olanlar dâhil edilmez. Personel devir hızı, kuruluş yönetimi veya insan kaynakları birimi tarafından personel dosyalarına göre yıllık olarak izlenir.

Hesaplama yöntemi; [Kuruluştan ayrılan personel sayısı / (Dönem başındaki personel sayısı + Dönem sonundaki personel sayısı) / 2] x 100 şeklindedir.

- *Sağlık servisinde, eksiksiz tutulan hizmet alan dosya oranı izlenir.(GYH08)*

Sağlık servisinde her hizmet alan için sağlık dosyası tutulmalıdır. Sağlık dosyalarında olması gerekenler belirlenmelidir. Sağlık servisinde eksiksiz tutulan hizmet alan dosya oranı, kuruluş yönetimi veya sağlık servisi tarafından sosyal serviste tutulan hizmet alan dosyaları esas alınarak, her kalite değerlendirme dönemi için ayrı olarak izlenir.

Hesaplama yöntemi; (Sağlık servisinde eksiksiz tutulan dosya sayısı/Toplam hizmet alan sayısı) x100 şeklindedir.

- *Sosyal serviste, eksiksiz tutulan hizmet alan dosya oranı izlenir. (GYH09)*

Sosyal serviste her hizmet alan için dosya açılmalıdır. Bu dosyalarda olması gerekenler usule uygun olarak belirlenmelidir. Sosyal serviste, eksiksiz tutulan hizmet alan dosya oranı, kuruluş yönetimi veya sosyal servis tarafından sosyal serviste tutulan hizmet alan dosyaları esas alınarak yılda iki kez izlenir.

Hesaplama yöntemi; (Sosyal serviste eksiksiz tutulan dosya sayısı/Toplam hizmet alan sayısı) x100 şeklindedir.

2.6.3. Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri

- *Düşme oranı izlenir.(GBH01)*

Standardın amacı kuruluşta düşmeleri önleyici tedbirler alınması ve düşmeyi önleme talimatına uygun çalışmalar yapılmasıdır. Düşme oranı, düşme kayıtları ve tutanaklar esas alınarak, (Düşme sayısı/ Hizmet alan sayısı) x100 hesaplama yönetim ile belirlenmelidir. Veriler yılda iki kez analiz edilmelidir. Düşme oranı takibi sosyal servis ve sağlık servis sorumluluğunda takip edilmelidir.

- *Acil durumda olay yerine ortalama ulaşma süresi izlenir.(GBH02)*

Kuruluşlarda acil durumlarda olay yerine zamanında ulaşılması için kod sisteminin etkin olarak kullanılması amaçlanmaktadır. Yılda iki kez veri analizi gerçekleştirmelidir. Veriler acil durum tatbikatları esnasında personelin kodun verildiği yere ulaşma süresinin ölçümüne dayanır. Kod sisteminin etkin kullanımından her personel görev alanı dâhilinde sorumludur.

- *Ağız ve diş sağlığı bakımı amacıyla kontrol ettirilen hizmet alan sayısı izlenir.(GBH03)*

Hizmet alanların ağız ve diş sağlığı ve bakımı için düzenli olarak diş hekimi kontrolünden geçmeleri beklenmektedir. Yıllık olarak hizmet alanlar, diş hekimi tarafından muayene edilmelidir. Bunun için diş hekiminin kuruluşa gelmesi veya hizmet alanların diş hekimine ulaştırılması sağlanmalıdır. Veriler sağlık servisi ve kuruluş yönetimin sorumluluğunda sağlık servisi verilerine dayanarak hazırlanmalıdır.

Hesaplama yöntemi (Ağız ve diş sağlığı bakımı için kontrol ettirilen hizmet alan sayısı/ Toplam hizmet alan sayısı) x100 şeklindedir ve hedef her yıl hizmet alanların %80'inin kontrolünün sağlanmasıdır.

- *Basınç ülseri/ yarası görülme oranı izlenir. (GBH04)*

Yatağa bağımlı hizmet alanlarda bası yarası açılmaması için pozisyonlama talimatı ile basınç ülseri/yarası önleme talimatına uygun şekilde pozisyon verilmeli ve gerekli önlemler alınmalıdır. Basınç ülseri/yarası açılmış bireylerde ise basınç ülseri/yarası tedavi talimatına uygun şekilde hizmet sunulmalıdır.

Sağlık servisi ve varsa Fizyoterapi Servisi tarafından 3 aylık periyotlarda hemşire gözlem formlarına göre basınç ülseri/ yarası görülme oranı izlenmelidir.

Hesaplama yöntemi ilgili dönemde; (Basınç ülseri/yarası gelişen hizmet alan sayısı/ Toplam yatağa bağımlı hizmet alan sayısı) x100 şeklindedir.

- *Kuruluş mortalite oranı izlenir. (GBH05)*

Mortalite, ölüm anlamına gelmektedir. Mortalite oranı, kuruluştaki ölümlerin tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır. Kuruluştaki ölen hizmet alanlara yönelik kayıtlar tutulmalıdır. Kuruluş yönetimi tarafından yıllık olarak mortalite oranı ile ilgili oran hesaplanmalıdır.

Hesaplama yöntemi (Kuruluştaki ölen hizmet alan sayısı/ Toplam hizmet alan sayısı) x100 şeklindedir.

- *Malnutrisyon görülme oranı izlenir. (GBH06)*

Malnutrisyon, sağlık için şart olan, vitamin, mineral, protein ve benzeri maddelerin yetersiz alınmasından doğan hastalıkları tanımlayan terimdir. Malnutrisyon oranı, kuruluştaki yetersiz beslenmeye bağlı hasta olan hizmet alanların tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.

Hizmet alanların yeterli ve dengeli beslenmesine yönelik kayıtlar tutulmalıdır.

Özellikle özel bakım ünitesinde bulunan bireylerin günlük beslenme durumları kaydedilmelidir. Hesaplama sağlık servisi tarafından 3 aylık olarak, hemşire gözlem raporları ve sağlık dosyalarına göre ilgili dönemde, (Kuruluştaki malnutrisyon gelişen hizmet alan sayısı/ Toplam hizmet alan sayısı) x100 hesaplama yöntemi ile hesaplanmalıdır.

- *Obezite görülme oranı izlenir. (GBH07)*

Obezite oranı, hizmet alanların aşırı beslenme durumu ve hareketlilik durumlarının tespiti ve izlenmesine yönelik bir ölçüm aracıdır. Hizmet alanların yeterli ve dengeli beslenmesine yönelik kayıtlar tutulmalıdır. Özellikle hareket kısıtlılığı olan bireylerin günlük beslenme durumlarına dikkat edilmelidir. Obezite tespiti için riskli görülen hizmet alanların kilo takipleri yapılmalı ve beden kitle endeksi hesaplanarak kaydedilmelidir. Sağlık Servisi, Kuruluş Yönetimi, varsa Fizyoterapi Servisi tarafından kilo takip kayıtları esas alınarak yılda iki kez obezite görülme oranı hesaplanmalıdır.

Hesaplama; (Kuruluştaki obez olan hizmet alan sayısı/ Toplam hizmet alan sayısı) x100 şekilde yapılmalıdır.

- *Kesici-delici aletle yaralanma oranı izlenir.(GBH08)*

Hizmet alan ve hizmet verene yönelik kesici/delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptanmalı ve kaydedilmelidir. Konu ile ilgili düzenleyici ve önleyici çalışmalar yapılmalıdır. Tutanaklar ve güvenlik raporları esas alınarak yılda bir kez hesaplanmalıdır.

Hesaplama; Raporlanan kesici veya delici alet yaralanma sayıları toplamı / (Toplam hizmet alan sayısı + Toplam çalışan sayısı) x 100 şeklinde yapılmalıdır.

- *Sosyal faaliyetlere katılma oranı izlenir.(GBH09)*

Hizmet alanların kuruluş içinde veya dışında düzenlenen sosyal faaliyetlere katılma durumları ile düzenlenen sosyal faaliyetlerin sıklığının tespiti ve izlenmesi için geliştirilen ölçüm aracıdır. Sosyal servis tarafından 3 aylık periyodlarla sosyal faaliyet katılım formları esas alınarak hesaplanır.

Hesaplama: İlgili dönemde, [Sosyal faaliyetlere katılan hizmet alan sayısı/ (Toplam hizmet alan sayısı x düzenlenen sosyal faaliyet sayısı)] x100 şeklinde yapılmalıdır.

- *Rekreasyon çalışmalarına katılım oranı izlenir. (GBH10)*

Rekreasyon çalışmalarına katılım oranı, hizmet alanların bireysel ve/veya grup olarak yapılan etkinliklere katılım durumlarının tespiti ve izlenmesine yönelik ölçüm aracıdır. Kuruluştaki hizmet alanların özelliklerine ve ihtiyaçlarına uygun rekreasyon çalışmaları düzenlenmelidir. İstekli veya ihtiyacı olan hizmet alanlar bu çalışmalara katılması için desteklenmelidir. Hizmet alan dosyaları ve bireysel bakım planlarına göre yıllık olarak hesaplanır.

Hesaplama yöntemi; (Rekreasyon çalışmalarına katılan hizmet alan sayısı/ (Toplam hizmet alan sayısı) x100 şeklindedir.

- *Günlük egzersiz yapan kişi sayısı izlenir. (GBH11)*

Hizmet alanların durumlarına uygun olarak bireysel veya grup egzersiz programları düzenlenmelidir. Varsa fizyoterapi servisi veya sağlık servisi tarafından üç aylık olarak, sorumlu birimin kayıtları esas alınarak izlenir.

Hesaplama yöntemi; İlgili dönemde, (Günlük düzenlenen egzersiz faaliyetlerine katılan hizmet alan sayısı/ Toplam hizmet alan sayısı) x100 şeklindedir.

- *İstihdama katılım oranı izlenir.(GBH12)*

Kuruluştaki öncelikli olarak meslek edindirme kurslarına gidebilecek hizmet alanlar tespit edilmeli ve bu kurslara yönlendirilmelidir. Meslek edinen hizmet alanlardan istihdam edilebilecek hizmet alanlar için gerekli çalışmalar yapılmalıdır. Kuruluş Yönetimi veya Eğitim Ekibi tarafından yıllık olarak hizmet alan dosyaları esas alınarak istihdama katılım oranı izlenir.

Hesaplama yöntemi; (İstihdam edilen hizmet alan sayısı/ Meslek edindirme kurslarına giden hizmet alan sayısı) x100

2.7. HİZMET MODELLERİ

Bu bölümde, bakım hizmetleri kalite standartlarına göre hizmet modelleri ve bazı hizmet modelleri ile ilgili düzenlemeleri içeren standartlarla yer verilmiştir. Bölümün hazırlanmasında temel alınan bakım hizmetleri kalite standartları kodları, ilgili başlık altında paragraf sonlarında yer almaktadır.

2.7.1. Hizmet Modelinin Belirlenmesi

Kuruluş, bakım hizmetleri kalite standartları konusunda yapacağı çalışmalarda, hizmet verilen gruptaki engelli ve yaşlıların hangi hizmet modelinde bakım hizmeti aldığı belirlenmeli ve belirlenen hizmet modeli içerisinde yer alan standartların karşılanması için çalışmalar yürütülmelidir. Hizmet modelinin belirlenmesinde, kuruluştaki hizmet alan bireylerin özellikleri dikkate alınmalıdır. Bu kapsamda bakım hizmetleri kalite standartları içerisinde engelli ve yaşlı bireyler için toplam 20 fasikülden oluşan hizmet modelleri oluşturulmuştur. Hizmet modeli, kuruluştaki kalmakta olan yaşlı ve engelli bireylerin; kişisel bakım ihtiyaçlarını karşılayabilme, rehabilitasyon ihtiyacı veya yatağa / tıbbi bakıma bağımlı olma durumları göz önünde bulundurularak belirlenmelidir. BHKS hizmet modelleri ve açıklamaları aşağıdaki tabloda verilmiştir;

HİZMET MODELİ SEÇİLMESİ	
YATILI KURUMSAL BAKIM	
ENGELLİ	
Engelli Bakım Merkezi	Kuruluştaki, yalnızca bakıma ihtiyacı olan engelli bireylere hizmet sunulur.
Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluştaki, yalnızca yatağa bağımlı ve/veya tıbbi bağımlı engellilere hizmet sunulur.
Engelli Bakım Merkezi ve Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluştaki, bakıma ihtiyacı olan engelli bireylere ve yatağa bağımlı ve/veya tıbbi bağımlı engellilere hizmet sunulur.
Umut Evi ve Engelli Bakım Merkezi	Kuruluştaki, yalnızca bakıma ihtiyacı olan engelli bireylere hizmet sunulur ve kuruluştaki umut evi bulunur.
Umut Evi, Engelli Bakım Merkezi ve Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluştaki, bakıma ihtiyacı olan engelli bireylere ve yatağa bağımlı ve/veya tıbbi bağımlı engellilere hizmet sunulur ve kuruluştaki umut evi bulunur.

YAŞLI	
Huzurevi	Kuruluştta, yalnızca aktif yaşlılara hizmet sunulur.
Yaşlı Bakım Merkezi	Kuruluştta, yalnızca rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlılara hizmet sunulur.
Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluştta, yalnızca yatağa bağımlı veya tıbbi bağımlı yaşlılar ile Alzheimer ve Demans son dönemdeki yaşlılar bulunur.
Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	Kuruluştta, aktif yaşlılara ve rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlılara birlikte hizmet sunulur.
Huzurevi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluş, aktif yaşlılara ve yatağa bağımlı yaşlılara birlikte hizmet sunulur.
Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluştta, rehabilitasyon yaşlıları ile yatağa bağımlı / tıbbi bağımlı yaşlılara birlikte hizmet sunulur.
Yaşam Evi ve Huzurevi	Kuruluştta, yalnızca aktif yaşlılara hizmet sunulur ve kuruluşa bağlı yaşam evi bulunur.
Yaşam Evi ve Yaşlı Bakım Merkezi	Kuruluştta, yalnızca rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlılara hizmet sunulur ve kuruluşa bağlı yaşam evi bulunur.
Huzurevi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluştta, aktif yaşlılara, rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlılara ve yatağa bağımlı yaşlılara birlikte hizmet sunulur.
Yaşam Evi, Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi	Kuruluştta, aktif yaşlılara ve rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlılara birlikte hizmet sunulur ve kuruluşa bağlı yaşam evi bulunur.
Yaşam Evi, Huzurevi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluş, aktif yaşlılara ve yatağa bağımlı yaşlılara birlikte hizmet sunulur ve kuruluşa bağlı yaşam evi bulunur.
Yaşam Evi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluştta, rehabilitasyon yaşlıları ile yatağa bağımlı / tıbbi bağımlı yaşlılara birlikte hizmet sunulur ve kuruluşa bağlı yaşam evi bulunur.
Yaşam Evi, Huzurevi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)	Kuruluştta, aktif yaşlılara, rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlılara ve yatağa bağımlı yaşlılara birlikte hizmet sunulur ve kuruluşa bağlı yaşam evi bulunur.
GÜNDÜZLÜ HİZMETLER	
Gündüz Yaşam Merkezi	

2.7.2. Gündüz Yaşam Merkezi

Merkez toplu taşıma araçları ile ulaşılabilir olmalıdır. Merkezde öz bakım, kuaför hizmeti ve gerekli durumlar için duş olmalıdır. Öz bakımında kullanılacak malzemelerin de konulduğu kişiye özel dolaplar olmalıdır. Merkezde dinlenme/uyku amaçlı alanlar olmalıdır. Merkezde yemek hizmetinde iki ara öğün ve öğle yemeği olmalı ve hizmet alanlar için uygulama mutfağı düzenlenmelidir. Merkezin bahçesi hizmet alanlara uygun oyun alanları, kapasiteye uygun toprak alanlar, terapatik rekreasyon alanlarını içermelidir.

Merkezde hizmet alanın engel durumuna uygun transfer aracı bulunmalıdır. Hizmet alanların özelliklerine uygun zihinsel, sportif, sanatsal, eğitsel ve bahçe işleri ile ilgili faaliyetler yapılmalıdır. Hizmet alanların ailelerine yönelik tanışma, kaynaşma, bilgilendirme toplantıları ile öz bakıma yönelik eğitimler verilmelidir. Merkezde koruyucu sağlık hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, manevi destek hizmetleri verilmelidir. (HGY01/ HGY02/ HGY03/ HGY04/ HGY05/ HGY07/ HGY09/ HGY10/ HGY12/ HGY13/ HGY14/ HGY15)

2.7.3. Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/Hizmetleri)

Hizmet alanın odası; gün ışığı almalı, aydınlatma yeterli olmalı, havalandırma sistemi bulunmalı, tıbbi müdahaleye uygun olarak düzenlenmeli, rahatlatıcı müzik çalınmalı, duvarların renkleri pastel formlarda olmalıdır. Odalar hizmet veren tarafından sürekli gözetilmeli ve izlenmelidir. Her hizmet alanın odasında aspiratör ve oksijen tedavisini sağlayan cihazlar uygun şekilde bulundurulmalıdır. Hizmet alanın, yakınları/aileleri ile kalabileceği alanlar oluşturulmalıdır. (HÖB02)

Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezinde; hemşirelik hizmetleri, bakım hizmetleri (medikal bakım ve/veya bireysel bakım), ağrı yönetimi, fizyoterapi hizmetleri, rehabilitasyon hizmetleri, psiko-sosyal destek hizmetleri hizmet alanın ihtiyacına göre süreli veya sürekli verilmelidir. (HÖB03.01)

Tıbbi bakım süreçleri; vital bulguların yakın takibini, ev solunum destek cihazları ile hastanın izlenimi (mekanik ventilatör dışında), postüral drenajı, trakeostomi/gastrostomi bakımını, ostomili hastanın izlenimi, sedasyon ve analjezi uygulamasını, depresyon ve ruhsal hastalıkların izlenimi, basınç ülseri yarası takibini, enfeksiyonların kontrolü ve izlenmesini, hastane sonrası tedavinin devamlılığı ve yaşam kalitesinin korunması hizmetlerini kapsamalıdır.



**TÜRKİYE CUMHURİYETİ
AİLE VE SOSYAL HİZMETLER
BAKANLIĞI**

**ENGELLİ VE YAŞLI BAKIM
KURULUŞLARINDA
KALİTE İYİLEŞTİRME
SÜREÇ YÖNETİMİ REHBERİ**



**İYİLEŞTİRME ÇALIŞMASI
ÖRNEĞİ**

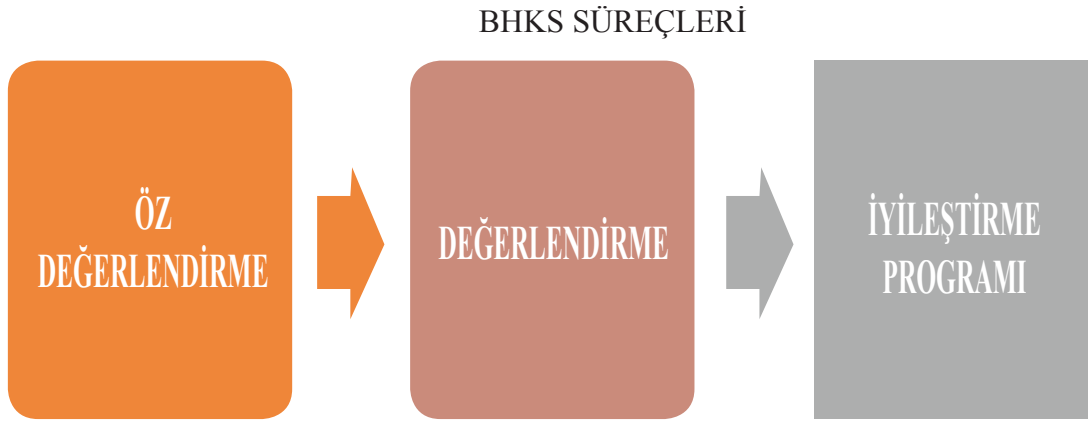
3. BÖLÜM: İYİLEŞTİRME ÇALIŞMASI ÖRNEĞİ

Bu bölümde bakım hizmetleri kalite standartları süreçlerine ve kuruluşlar için iyileştirme programı planlaması örneğine yer verilmiştir.

3.1. Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Süreçleri

Bakanlığımız, engelli ve yaşlı bakım hizmetlerinde “bakım hizmetlerini geliştirme ve güçlendirme” politikası kapsamında; sistemli, nitelikli ve sürdürülebilir bakım hizmetinin sunulabilmesini sağlamak amacıyla 16 Aralık 2019 tarihinde “Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine İlişkin Yönerge” ile Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarını belirlemiştir.

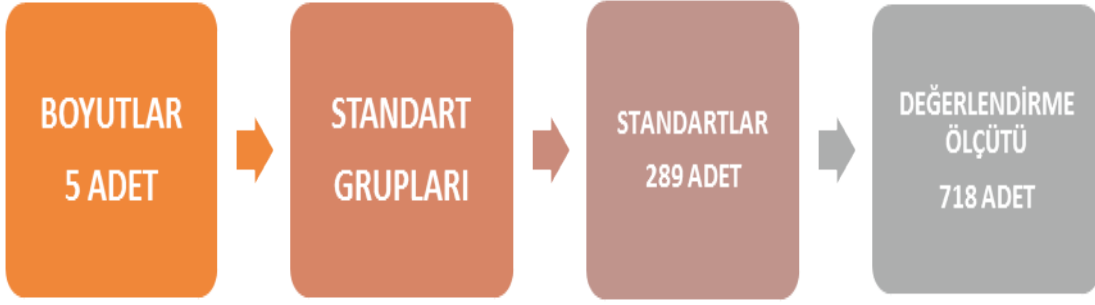
Bakım Hizmetleri Kalite Standartları (BHKS) esas alınarak yürütülen kalite değerlendirmeleri, sağladığı ölçülebilir etkin sonuçlarla bakım hizmeti veren kuruluşlarımızın gelişimine katkı sağlamak amacıyla BHKS süreci aşağıdaki aşamalardan oluşmaktadır;



Bakım hizmetleri kalite standartları, öz değerlendirme, değerlendirme ve iyileştirme programı süreçlerini kapsamaktadır.

- **Öz Değerlendirme:** Kuruluşların kendilerini değerlendirdikleri ve tespit ettikleri eksiklik ve aksaklıklara göre kendi iyileştirme süreçlerini yönettikleri aşamadır.
- **Değerlendirme:** Değerlendirici ekipleri tarafından gerçekleştirilen, kuruluşlar tarafından sunulan hizmetlerin, BHKS’ye uygunluğunu belirlemek amacıyla yapılan incelemedir.
- **İyileştirme Programı:** Kuruluşların yapılan kalite değerlendirmeleri sonrası elde edilen verilere göre hazırladığı ve kuruluşun kalite standartları karşılama oranları düşük olan standartlarla ilgili planlı ve programlı olarak gerçekleştirdiği çalışmalardır.

BHKS, boyutlar, standart grupları, standartlar ve değerlendirme ölçütlerinden oluşmaktadır. Boyutlar standart gruplarına ayrılmıştır. Standart grupları altında ilgili standartlar yer alır. Standartlar ise değerlendirme ölçütlerinden oluşmaktadır.



3.2. Kalite Değerlendirme Sistemine (KALDES) Giriş

- Özel engelli ve yaşlı bakım kuruluşları “<https://kaldes.aile.gov.tr/>” adresinden,
- Resmi engelli ve yaşlı bakım kuruluşları ise Aile Bilgi Sistemi (ABS) “<https://abs.aile.gov.tr/>” üzerinden KALDES’e giriş yapabilirler.

3.3. BHKS Puanı ve Standart Karşılama Oranının Görülmesi


Kaldes içerisinde yer alan “☰” simge ile kuruluş kalite puanı ve toplam standart karşılama oranı görülmektedir.



Aynı ekran üzerinde; standartlar bazında hesaplanan puanlar, ilgili standarttan alınabilecek toplam puan ve kuruluşun standardı karşılama oranını gösteren değerlendirme yüzdesi görülebilir. Aşağıda bir kuruluşun, bakım merkezi standart grubunda yer alan standartlardan aldığı puanlar görülmektedir.

Standart	Hesaplanan Puan	Toplam Puan	Değerlendirme (%)
BOYUT 1 - HİZMET MODELLERİ			
HBM - BAKIM MERKEZİ			
HBM01 - Kuruluşta hizmet alanlar için ev ortamı sağlanır.	10	30	%33
HBM04 - Güvenlik gereksinimleri yeterli düzeyde karşılanır.	20	30	%66
HBM05 - İç mekan ses yalıtımı ve gürültüyü önleyici önlemler olmalıdır.	30	30	%100
HBM06 - Kuruluş düzenlemesi hizmet alanın ihtiyaçlarına göre yapılır.	18	30	%60
HBM07 - Kuruluşun sosyal alanlar ve olanakları vardır.	15	30	%50
HBM08 - Tek kişilik oda seçeneği ve eşleri ile kalabilme imkânı bulunur.	30	30	%100


3.4. Değerlendirme Ölçütlerinden Alınan Puanların Görülmesi

Kaldes içerisinde yer alan “” simge ile kuruluş, standartlar içinde yer alan değerlendirme ölçütlerinden alınan puanları görülebilir. Aşağıdaki tabloda bir kuruluşun, bakım merkezi, kuruluş yönetim hizmetleri ve tesis yönetimi standart gruplarından birer standarda ait değerlendirme ölçütleri puanları görülmektedir.

HBM- BAKIM MERKEZİ
Değerlendirme Ölçütü
HHE01.01 : Tek kişilik oda seçeneği olmalıdır. Evet (Puan : 3)
HHE01.02 : Eşleri ile kalabilmelerine olanak tanınmalıdır. Evet (Puan : 4)
KKY- KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ
Değerlendirme Ölçütü
KKY01.01 : Kuruluş, BHKS kalite temsilcisi belirlenmelidir. Evet (Puan : 10)
KKY01.02 : BHKS kalite temsilcilerinin çalışma ortamı oluşturulmalıdır. Evet (Puan : 10)
KTY- TESİS YÖNETİMİ
Değerlendirme Ölçütü
KTY01.01 : Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır. Evet (Puan : 10)
KTY01.02 : Kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat krokileri bulunmalıdır. Hayır (Puan : 0)

3.5. İyileştirme Süreci Planlaması Örneği

Bu bölümde kuruluşlarımıza örnek teşkil etmesi amacıyla KALDES sistemi üzerinden bir kuruluşun kalite değerlendirme verilerinden bazıları incelenecek ve iyileştirme aşamasında yapılabilecekler konusunda bilgi verilecektir.


1. KALDES'e giriş yapıldıktan sonra sarı renkli simge “  ” ile kalite puanı, standart karşılama oranı ve standart grupları altında yer alan standartların karşılanma oranı görülür.
2. İnceldiğimiz kuruluşun kalite puanı ve standart karşılama oranı aşağıda görülmektedir.



3. KALDES'te aynı bölümde, standart grupları altında, her bir standarda ait karşılanma oranları görülmektedir. Bu aşamada her bir standart grubu içinde yer alan standartlar incelenmeli ve öncelikli olarak çalışma yapılması gerekenler belirlenmelidir.
4. İncelediğimiz kuruluşta; “BAKIM MERKEZİ” standart grubu içerisinde yer alan düşük kalite puanına sahip standartların karşılama oranları kırmızı renkli olarak gösterilmiştir. Öncelikli olarak %50'nin altında karşılama oranı olan bu standartlarla ilgili çalışma yapılması gerekmektedir. Aşağıda görüleceği üzere HBM01, HBM04, HBM06, HBM08, kodlu standartların karşılanma oranı düşüktür.

Standart	Hesaplanan Puan	Toplam Puan	Değerlendirme (%)
HBM - BAKIM MERKEZİ			
HBM01 - Kuruluşta hizmet alanlar için ev ortamı sağlanır.	0	30	
HBM04 - Güvenlik gereksinimleri yeterli düzeyde karşılanır.	10	30	%33
HBM05 - İç mekan ses yalıtımı ve gürültüyü önleyici önlemler olmalıdır.	0	30	%100
HBM06 - Kuruluş düzenlemesi hizmet alanın ihtiyaçlarına göre yapılır.	8	30	%26
HBM07 - Kuruluşun sosyal alanlar ve olanakları vardır.	15	30	%50
HBM08 - Tek kişilik oda seçeneği ve eşleri ile kalabilme imkânı bulunur.	0	30	
HBM09 - Katlarda veya odalarda hizmet alanın gereksinimi karşılayacak mutfak ve çamaşır yıkama bölümü olmalıdır.	0	30	%100

Yukarıdaki çalışma ile incelenen kuruluşun, BAKIM MERKEZİ standart grubunda düşük karşılama oranına sahip olduğu standartlar belirlenmiştir.

Bu aşamada ise “  ” mavi renkli simgeye basılarak ilgili standartların değerlendirme ölçütleri incelenmelidir. Aşağıda kuruluşun, BAKIM MERKEZİ standart grubunda düşük puan aldığı standartlara ait değerlendirme ölçütleri kırmızı renkte gösterilmiştir.

HBM- BAKIM MERKEZİ	
Standart	Değerlendirme Ölçütü
HBM01 - Kuruluşta hizmet alanlar için ev ortamı sağlanır.	HBM01.01 : Odalar en fazla üç kişilik olmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	HBM01.03 : Misafirin kalabileceği yerler olmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	HBM01.04 : Banyo ve tuvaletin içinde olduğu odalar olmalıdır. Hayır (Puan : 0)
HBM04 - Güvenlik gereksinimleri yeterli düzeyde karşılanır.	HBM04.01 : Odalarda genel çağrı sistemi ve/veya ayrıca taşınabilir çağrı sistemi (saat -bileklik gibi) bulunmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	HBM04.02 : Gaz ve yangın uyarı sistemleri olmalıdır. Evet (Puan : 10)
	HBM04.03 : Balkonların ve pencerelerin güvenliği sağlanmış olmalıdır Evet (Puan : 10)

HBM- BAKIM MERKEZİ	
Standart	Değerlendirme Ölçütü
HBM05 - İç mekan ses yalıtımı ve gürültüyü önleyici önlemler olmalıdır.	HBM05.01 : İç mekan ses yalıtımı ve gürültüyü önleyici önlemler olmalıdır. Evet (Puan : 10)
HBM06 - Kuruluş düzenlemesi hizmet alanın ihtiyaçlarına göre yapılır.	HBM06.01.01 : • Kütüphane, Hayır (Puan : 0)
	HBM06.01.02 : • Sinema seyretme düzeneği, Hayır (Puan : 0)
	HBM06.01.03 : • Oyun salonu, Hayır (Puan : 0)
	HBM06.01.04 : • Kuaför/berber, Evet (Puan : 4)
	HBM06.01.05 : • Terzi, Evet (Puan : 4)
	HBM06.01.06 : • Yürüyüş parkuru, Hayır (Puan : 0)
	HBM06.01.07 : • Kafeterya, Hayır (Puan : 0)
	HBM06.01.08 : • Egzersiz salonu olmalıdır, Hayır (Puan : 0)
HBM07 - Kuruluşta sosyal alanlar ve olanaklar vardır.	HBM07.01 : • Kuruluşun; yüzme,hidroterapi havuzu,bisiklet parkuru olmalıdır, Hayır (Puan : 0)
	HBM07.02 : • Bireylere gezi/ tatil imkanı sağlanmalıdır. Evet (Puan : 15)
HBM08 - Tek kişilik oda seçeneği ve eşleri ile kalabilme imkanı bulunur.	HBM08.01 : • Tek kişilik oda seçeneği bulunur, Hayır (Puan : 0)
	HBM08.02 : • Eşleri ile kalabilme imkanı bulunur. Hayır (Puan : 0)
HBM09 - Katlarda veya odalarda hizmet alanın gereksinimi karşılayacak mutfak ve çamaşır yıkama bölümü olmalıdır.	HBM09.01 : • Katlarda veya odalarda hizmet alanın gereksinimini karşılayacak mutfak bölümü olmalıdır, Evet (Puan : 0)
	HBM09.02 : • Katlarda veya odalarda hizmet alanın gereksinimini karşılayacak çamaşır yıkama bölümü olmalıdır, Evet (Puan : 10)

İncelenen kuruluşun yukarıda verilen değerlendirme ölçütleri kapsamında, BAKIM MERKEZİ standart grubunda şu çalışmaları yapması gerekmektedir;

- Hizmet alan odaları en fazla üçer kişilik ve banyo/ tuvaletin oda içerisinde olacağı şekilde düzenlenmelidir.
- Kuruluştaki hizmet alanların misafirlerinin kalabileceği uygun bir yer düzenlenmelidir.
- Odalarda acil durumlarda hizmet alanların görevlilere ulaşmasını sağlayacak genel çağrı sistemi veya hizmet alanlar için saat, bileklik gibi taşınabilir çağrı sistemleri kullanılmalıdır.
- Kuruluştaki hizmet alanlar için kütüphane, oyun salonu, kafeterya bölümleri oluşturulmalı, kuruluşun uygun bir bölümüne sinema seyretme düzeneği kurulmalıdır. Hizmet alanların spor yapabilmeleri için egzersiz salonu oluşturulmalıdır.
- Kuruluş bahçesinde, yürüyüş ve bisiklet parkuru oluşturulmalıdır.
- Hizmet alanlar için tek kişilik odalar ve eşleri ile kalmak isteyenler için uygun oda seçenekleri bulunmalıdır.

5. Kuruluşun “KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ” standart grubunda öncelikli olarak çalışma yapması gereken standartlar; KKY02, KKY05, KKY07, KKY08, KKY10, KKY12’dir.

Standart	Hesaplanan Puan	Toplam Puan	Değerlendirme (%)
KKY - KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ			
KKY01 - Kuruluştaki BHK kalite yönetim sistemi uygulanır.	30	50	%60
KKY02 - Kuruluşlar Erişilebilirlik Belgesi'ne sahiptir.	0	50	
KKY03 - Kuruluştaki kalite ekipleri oluşturulur.	13	30	%43
KKY04 - Kuruluş yönetimi, Kalite Temsilcisi ve ekiplerle değerlendirme toplantıları yapar.	16	20	%80
KKY05 - Ekip toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılır.	0	10	
KKY07 - Panolara asılacak dokümanlara yönelik düzenleme yapılır.	3	10	%30
KKY08 - Hizmet alanın mahremiyetini korumaya yönelik tedbir ve düzenlemeler bulunur.	10	30	%33
KKY09 - Hizmet alanların, sunulan hizmetlerle ilgili her türlü talep ve şikayetlerinin alınmasına ilişkin düzenlemeler vardır.	15	30	%50
KKY10 - Hizmet verenlerin görüşleri ve önerileri alınıp değerlendirilir.	10	30	%33
KKY11 - Ziyaretler, hizmet alanının bio-psiko-sosyal durumu ve tercihleri de dikkate alınarak planlanır.	30	30	%100
KKY12 - Hizmet verenlere ve hizmet alanlara (hizmet alanların özellikleri göz önünde bulundurularak) memnuniyet anketleri uygulanır.	0	20	
KKY13 - BHK öz değerlendirme takvimi hazırlanmalı ve yılda en az bir kez yapılmalı.	20	20	%100

Yukarıdaki çalışma ile incelenen kuruluşun, KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ standart grubunda düşük karşılama oranına sahip olduğu standartlar belirlenmiştir. Aşağıda ise kuruluşun, KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ standart grubunda düşük puan aldığı standartlara ait değerlendirme ölçütleri renkli olarak gösterilmiştir.

KKY- KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ	
Standart	Değerlendirme Ölçütü
KKY02 - Kuruluşlar Erişilebilirlik Belgesi'ne sahiptir.	<p>KKY02.01 : Kuruluşlar Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Formlarındaki standartlara sahip olmalıdır ve belgelendirmelidir.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>
	<p>KKY05.01 : Toplantı öncesi, toplantı yöneticisi ve katılımcıları, toplantı gündemi ve süresi, toplantı yeri ve zamanı konularında bilgilendirilmelidir.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>
	<p>KKY05.02 : Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>
KKY07 - Panolara asılacak dokümanlara yönelik düzenleme yapılır.	<p>KKY07.01 : Panolara asılabilecek uygun dokümanlar tanımlanmalı, asılacak dokümanların içeriği ve asılacak yerler kurum idaresi tarafından onaylanmalıdır.</p> <p>Evet (Puan : 3)</p>
	<p>KKY07.02 : Panolar ve asılı dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenmelidir.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>
	<p>KKY07.03 : Dokümanların ne kadar süre asılı kalacağı belirlenmeli ve güncelliği sağlanmalıdır.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>

KKY- KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ	
Standart	Değerlendirme Ölçütü
KKY08 - Hizmet alanın mahremiyetini korumaya yönelik tedbir ve düzenlemeler bulunur.	KKY08.01 : Kimlik bilgileri, tıbbi kayıtları ve verilecek olan bakım hizmetleri gibi kişisel bilgilere ilişkin kayıtların tutulması, korunması, planlanması ve uygulanması mahremiyet ve etik ilkeleri gözetilerek gerçekleştirilmelidir. Hayır (Puan : 0)
	KKY08.02 : Tüm çalışanlara yılda en az bir kez mahremiyet ve etik konularında eğitim verilmelidir. Evet (Puan : 10)
KKY10 - Hizmet verenlerin görüşleri ve önerileri alınıp değerlendirilir.	KKY10.01 : Kişilerin görüşlerini sözel veya yazılı bildirmelerine yönelik düzenlemeler yapılmalıdır. (Toplantılar, bireysel görüşmeler, dilek ve şikayet kutusu, web sitesi üzerinden vb.) Evet (Puan : 10)
	KKY10.02 : Alınan görüş ve şikayetler her ay kalite temsilcisi, en az bir idarecinin ve süreçle ilgili birimden çalışanların da dahil olduğu grup tarafından değerlendirilmeli ve gerektiğinde iyileştirme faaliyeti başlatılmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	KKY10.03 : Yapılan toplantılar ve çalışmalar gizlilik esasına göre kayıt altına alınmalıdır. Hayır (Puan : 0)
KKY12 - Hizmet verenlere ve hizmet alanlara (hizmet alanların özellikleri göz önünde bulundurularak) memnuniyet anketleri uygulanır.	KKY12.01 : Memnuniyet anketi, ASHB tarafından yayınlanan anket sorularını içermelidir. Hayır (Puan : 0)
	KKY12.02 : Anketler yılda en az bir kez kalite birimi tarafından yapılmalı ve değerlendirme sürecine kuruluş idaresi katılmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	KKY12.03 : Anket sonuçlarına göre gerekli süreç iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. Hayır (Puan : 0)

İncelenen kuruluşun yukarıda verilen değerlendirme ölçütleri kapsamında, KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ standart grubunda şu çalışmaları yapması gerekmektedir;

- Kuruluş, erişilebilirlik belgesinin alınabilmesi için erişilebilirlik izleme ve denetleme formuna göre eksiklikleri tespit ederek gerekli çalışmaları yapmalıdır.
- Kuruluşta ilgili standartlar gereği oluşturulan kalite ekipleri ile yapılan toplantıların içeriği, katılacak personel, yer ve zamanı katılımcılara etkin bir şekilde duyurulmalı, duyuru evrakı ve alınan kararlar ile ilgili kayıtlar tutulmalıdır.
- Kuruluşta duyuru panoları etkin kullanılmalı, panolarda güncel olmayan duyurular zamanında kaldırılmalıdır. Yemek menüleri, toplantı duyuruları, sivil savunma görevlileri ve talimatlar ilgili panolara asılmalıdır.
- Kuruluşta hizmet alanın sağlık, kimlik bilgileri gibi kişisel bilgilerine sadece ilgili personelin ulaşabileceği düzenlemeler yapılmalıdır.
- Kuruluşta hizmet verenlerin görüş, önerileri ve şikâyetleri her ay değerlendirme ölçütünde ifade edilen personelin katılımı ile değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalı ve yapılan çalışmalar kayıt altına alınmalıdır.
- Kuruluşta KALDES içerisinde yer alan hizmet alan ve hizmet veren anketleri uygulanmalı ve anket sonuçları değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

6. Kuruluşun “TESİS YÖNETİMİ” standart grubunda öncelikli olarak çalışma yapması gereken standartlar; KTY01, KTY02, KTY03’dür.

Standart	Hesaplanan Puan	Toplam Puan	Değerlendirme (%)
KTY - TESİS YÖNETİMİ			
KTY01 - Kuruluşa ve içindeki birimlere bireylerin bağımsız ulaşımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılır.	10	30	%33
KTY02 - Hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenir.	0	20	
KTY03 - Fiziksel durum ve işleyişin takibi için bina turları yapılır.	7	20	%35
KTY04 - Çevre düzenlemesi yapılır	10	20	%50
KTY05 - Lojistik ve acil durum hizmetleri için bina girişleri ayırılır.	20	20	%100
KTY06 - Alternatif ulaşım yöntemleri ve/veya asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılır.	30	30	%100
KTY07 - Havalandırma sisteminin kontrolü ve bakımına yönelik düzenleme yapılır.	30	30	%100
KTY08 - Kuruluştaki su, elektrik ve yakıt kesintisiz olarak verilir.	30	30	%100
KTY09 - Elektrik sistemlerinin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılır ve bakım planı oluşturulur.	18	30	%50
KTY10 - Elektrik aksamının yalıtımı yapılır.	30	30	%100
KTY11 - Su depolarının güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılır ve oluşturulur.	30	30	%100
KTY12 - Kuruluştaki Paratoner vardır.	30	30	%100
KTY13-1 - Doğal gaz kullanılıyorsa, buna yönelik düzenlemeler yapılır.	30	30	%100
KTY13-2 - Yakıt depolarına yönelik düzenleme yapılır.	30	30	%100

Yukarıdaki çalışma ile incelenen kuruluşun, TESİS YÖNETİMİ standart grubunda düşük karşılama oranına sahip olduğu standartlar belirlenmiştir. Aşağıda ise kuruluşun, TESİS YÖNETİMİ standart grubunda düşük puan aldığı standartlara ait değerlendirme ölçütleri renkli olarak gösterilmiştir.

KTY- TESİS YÖNETİMİ	
Standart	Değerlendirme Ölçütü
KTY01 - Kuruluşa ve içindeki birimlere bireylerin bağımsız ulaşımını kolaylaştırıcı düzenlemeler yapılır.	<p>KTY01.01 : Bina girişlerinde ana hizmet birimlerini gösteren genel krokiler bulunmalıdır.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>
	<p>KTY01.02 : Kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat krokileri bulunmalıdır.</p> <p>Evet (Puan : 10)</p>
	<p>KTY01.03 : Kuruluş binasının içinde ve dışında bulunan yönlendirme işaretleri hizmet alanın engel durumuna uygun, okunabilir ve işlevsel olmalıdır.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>
KTY02 - Hizmet verilen alanlar iletişime açık bir şekilde düzenlenir.	<p>KTY02.01 : Kabul, kayıt, halkla ilişkiler gibi hizmet noktalarında hizmet alan ve hizmet veren arasında iletişimi engelleyen fiziksel bariyer (camekân, pencere, demir parmaklık vb.) bulunmamalıdır.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>
KTY03 - Fiziksel durum ve işleyişin takibi için bina turları yapılır.	<p>KTY03.01 : Bina turları idare, sosyal servis ve sağlık hizmetlerinden birer temsilci ile kalite yönetim ve teknik işler sorumlusunun yer aldığı bir ekip tarafından en az 3 ayda bir yapılmalıdır.</p> <p>Evet (Puan : 7)</p>
	<p>KTY03.02 : Bina turlarında kuruluştaki fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili risk ve aksaklıklar tespit edilerek gerekli düzeltici- önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>
	<p>KTY03.03 : Yapılan tüm işlemler kayıt altına alınmalıdır.</p> <p>Hayır (Puan : 0)</p>

İncelenen kuruluşun yukarıda verilen değerlendirme ölçütleri kapsamında, TESİS YÖNETİMİ standart grubunda şu çalışmalarını yapması gerekmektedir;

- KTY01.01 / KTY01.02 / KTY01.03 numaralı değerlendirme ölçütlerine bakıldığında, kuruluşta kat girişlerinde kat krokileri bulunmakla birlikte bina girişinde hizmet birimlerini gösterir genel kroki olmadığı, ayrıca bina dışı ve bina içindeki yönlendirmelerin hizmet alanının engel durumuna uygun ve işlevsel olarak düzenlenmediği anlaşılmaktadır. Kuruluş bu aşamada bina girişine hizmet birimlerini gösteren genel kroki ile bina içi ve dışına hizmet alanının özelliklerine uygun yönlendirme işaretleri ile ilgili düzenlemeler yapmalıdır.
- İlgili değerlendirme ölçütü gereği (KTY02.01), kuruluşta danışma/ yönlendirme ile diğer hizmet noktalarında, hizmet alan ile hizmet verenin iletişimini sınırlandıran fiziksel engeller (pencere, parmaklık, camekân) bulunmamalıdır. Bu kapsamda kuruluş gerekli yapısal değişiklikleri yaparak ilgili standardı sağlamış olacaktır.
- KTY03.01 / KTY03.01/ KTY03.01 numaralı değerlendirme ölçütlerine bakıldığında, kuruluşta fiziksel durum ve işleyişin takibi amacıyla ilgili personel ekibi tarafından bina turları yapıldığı fakat yapılan turlar sonucunda görülen eksiklikler konusunda bir çalışma yapılmadığı anlaşılmaktadır. Kuruluş ilgili değerlendirme ölçütünde öngörülen sürelerde bina turlarını gerçekleştirmeli, görülen eksiklikler konusunda çalışma yapmalı ve bina turunun yapıldığı tarih, katılımcılar, görülen eksiklikler ve yapılması planlanan çalışmalar kayıt altına alınmalıdır.

7. Kuruluşun “BESLENME HİZMETLERİ” standart grubunda öncelikli olarak çalışma yapması gereken standartlar; BBH01, BBH03, BBH04, BBH07’dir.

Standart	Hesaplanan Puan	Toplam Puan	Değerlendirme (%)
BBH - BESLENME HİZMETLERİ			
BBH01 - Yemekler, hizmet alanların yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayacak şekilde planlanır ve hazırlanır.	11	30	%36
BBH02 - Yemek menüleri etkin duyurulur.	10	20	%50
BBH03 - Hizmet alanlar istedikleri zaman kendi yiyeceklerini hazırlama ve pişirme imkanına sahiptir	0	20	
BBH04 - Hizmet alanın günlük yeterli sıvı alması sağlanır.	10	30	%33
BBH05 - Hizmet alanın beslenmesi sağlanır.	22	30	%73
BBH06 - Hizmet alanların diyetlerine uygun beslenmesi sağlanır.	15	30	%50
BBH07 - Hizmet alanların iki ayda bir kilo kontrolleri uygun ölçüm aletleri ile yapılır ve kayıt altına alınır.	0	30	

Yukarıdaki çalışma ile incelenen kuruluşun, BESLENME HİZMETLERİ standart grubunda düşük karşılama oranına sahip olduğu standartlar belirlenmiştir. Aşağıda ise kuruluşun, BESLENME HİZMETLERİ standart grubunda düşük puan aldığı standartlara ait değerlendirme ölçütleri renkli olarak gösterilmiştir.

BBH- BESLENME HİZMETLERİ	
Standart	Değerlendirme Ölçütü
BBH01 - Yemekler, hizmet alanların yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayacak şekilde planlanır ve hazırlanır.	BBH01.01.01 : Bireylerin istekleri, tercihleri, dini- kültürel özellikleri, ihtiyaçları ve varsa diyetleri göz önüne alınmalı, Evet (Puan : 4)
	BBH01.01.02 : Günlük kalori miktarları hesaplanmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	BBH01.02 : Sabah-öğle-akşam ve ara öğünler menüye göre yapılmalıdır. Evet (Puan : 7)
	BBH01.03 : Yeme güçlüğü bulunan bireyler için, durumuna uygun özel besinler/menüler hazırlanmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	BBH01.04 : Özel diyeti olanların listesi hazırlama ve sunum alanında duyurulmalıdır. Hayır (Puan : 0)
BBH03 - Hizmet alanlar istedikleri zaman kendi yiyeceklerini hazırlama ve pişirme imkanına sahiptir	BBH03.01 : Hizmet alanın durumuna uygun alan oluşturularak gerekli tefrişat yapılmalıdır. Hayır (Puan : 0)
BBH04 - Hizmet alanın günlük yeterli sıvı alması sağlanır.	BBH04.01 : Hizmet alanlarının su içmelerini teşvik edecek önlemler alınmalıdır. Evet (Puan : 10)
	BBH04.02 : Su kapları ve bardaklar ulaşılabilir alanda bulundurulmalı, düzenli hijyeni sağlanmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	BBH04.03 : Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hizmet alanların sıvı alımları kayıt edilerek takip edilmelidir. Hayır (Puan : 0)
BBH07 - Hizmet alanların iki ayda bir kilo kontrolleri uygun ölçüm aletleri ile yapılır ve kayıt altına alınır.	BBH07.01 : Aşırı kilo değişiklikleri halinde ilgili uzmana yönlendirilmesi yapılmalıdır. Hayır (Puan : 0)

İncelenen kuruluşun yukarıda verilen değerlendirme ölçütleri kapsamında, BESLENME HİZMETLERİ standart grubunda şu çalışmaları yapması gerekmektedir;

- BBH01.01.02 / BBH01.03 / BBH01.04 numaralı değerlendirme ölçütlerine bakıldığında, kuruluştaki hizmet alanların dengeli beslenmesini sağlamak amacıyla günlük kalori miktarları hesaplanmalı, yeme güçlüğü olanlar için özel menüler hazırlanmalı ve özel diyeti olanlara uygun yemek menüleri hazırlanarak sunum alanında duyurulmalıdır.
- Değerlendirme ölçütü gereği (BBH03.01) kuruluştaki hizmet alanın hayata katılımını arttırmak amacıyla istediğinde kendi yiyeceklerini hazırlayabileceği gerekli tefrişat sunulmalıdır. Bu alan hizmet alanının durumuna uygun şekilde personel gözetiminde bulundurulabilir.
- BBH04.02 / BBH04.03 değerlendirme ölçütleri ile kuruluşun, hizmet alanların kullandığı bölümlerde (oturma salonu, etkinlik alanı vb.) su ihtiyaçlarını karşılayabileceği ve su içmelerini teşvik edecek düzenlemeler yapması beklenilmektedir. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hizmet alanların sıvı almaları sağlanmalı ve sıvı takipleri kayıt altına alınmalıdır. Bu kapsamda kuruluş, uygun alanlara sürahi, bardak, su sebili vb. yerleştirmeli, bunların düzenli olarak hijyeni sağlanmalı ve bağımlı hizmet alanlar için ise sıvı takip formları ile sıvı alımları izlenmelidir.
- Kuruluş, hizmet alanların iki ayda bir olacak şekilde kilo takibini yapmalı ve kayıt altına almalıdır. Hizmet alanın aşırı kilo değişiklikleri durumunda ilgili uzmana yönlendirilmelidir.

8. Kuruluşun “ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ” standart grubunda öncelikli olarak çalışma yapması gereken standartlar; DÇH02, DÇH03’ür.

Standart	Hesaplanan Puan	Toplam Puan	Değerlendirme (%)
DÇH - ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ			
DÇH01-1 - Kuruluşta çamaşır yıkanması durumunda çamaşır hizmetine yönelik fiziki düzenleme yapılır.	15	30	%50
DÇH01-2 - Çamaşır yıkama hizmetinin dışarıdan temin edilmesi durumunda çamaşır hizmetine yönelik fiziki düzenleme yapılır.	15	30	%50
DÇH02 - Çamaşırın taşınmasına yönelik düzenleme yapılır.	0	30	
DÇH03 - Hizmet verenler tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılır.	0	30	
DÇH04 - Çamaşırın ütülü olması sağlanır.	10	20	%50

Yukarıdaki çalışma ile incelenen kuruluşun, ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ standart grubunda düşük karşılama oranına sahip olduğu standartlar belirlenmiştir. Aşağıda ise kuruluşun, ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ standart grubunda düşük puan aldığı standartlara ait değerlendirme ölçütleri renkli olarak gösterilmiştir.

DÇH- ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ	
Standart	Değerlendirme Ölçütü
DÇH02 - Çamaşırın taşınmasına yönelik düzenleme yapılır.	DÇH02.01 : Çamaşır kapalı sistemlerle taşınmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	DÇH02.02.01 : Temizliği günlük olarak yapılmalıdır. Hayır (Puan : 0)
	DÇH02.02.02 : Çamaşırın taşınmasında kullanılan araçlar kirli - temiz olarak ayrılmalı ve tanımlanmalıdır. Hayır (Puan : 0)
DÇH03 - Hizmet verenler tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılır.	DÇH03.01 : Birim bazında gerekli olan kişisel koruyucu ekipman (eldiven, maske vb.) kullanılır. Hayır (Puan : 0)
	DÇH03.02 : Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır. Hayır (Puan : 0)

İncelenen kuruluşun yukarıda verilen değerlendirme ölçütleri kapsamında, ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ standart grubunda şu çalışmaları yapması gerekmektedir;

- Kuruluş çamaşırların taşınmasında; kirli ve temiz çamaşırların ayrı taşındığı, kapalı sistem taşıma ekipmanları kullanılmalıdır. Çamaşır taşımada kullanılan ekipmanın günlük olarak temizliği yapılmalıdır.
- Kuruluşta hizmet verenler yaptıkları işe uygun koruyucu ekipman (eldiven, maske) kullanılmalıdır. Bu ekipman hizmet verenlerin çalışma alanında ulaşmaları kolay olacak bir alanda bulunmalıdır.

9. Kuruluşun “BAKIM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ” standart grubunda öncelikli olarak çalışma yapması gereken standartlar; GBH01, GBH03, GBH04,GBH09’ dur.

Standart	Hesaplanan Puan	Toplam Puan	Değerlendirme (%)
GBH - BAKIM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ			
GBH01 - Düşme oranı izlenir.	0	30	
GBH02 - Acil durumda olay yerine ortalama ulaşma süresi izlenir.	30	30	%100
GBH03 - Ağız ve diş sağlığı bakımı amacıyla kontrol ettirilen hizmet alan sayısı izlenir.	0	30	
GBH04 - Basınç ülseri/ yarası görülme oranı izlenir.	0	30	
GBH05 - Kuruluş mortalite oranı izlenir.	30	30	%100
GBH06 - Malnutrisyon görülme oranı izlenir.	30	30	%100
GBH07 - Obezite görülme oranı izlenir.	30	30	%100
GBH08 - Kesici-delici aletle yaralanma oranı izlenir	30	30	%100
GBH09 - Sosyal faaliyetlere katılım oranı izlenir.	0	30	
GBH10 - Rekreasyon çalışmalarına katılım oranı izlenir.	30	30	%100
GBH11 - Günlük egzersiz yapan kişi sayısı izlenir.	30	30	%100
GBH12 - İstihdama katılım oranı izlenir.	30	30	%100

Yukarıdaki çalışma ile incelenen kuruluşun, BAKIM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ standart grubunda düşük karşılama oranına sahip olduğu standartlar belirlenmiştir. Aşağıda ise kuruluşun, BAKIM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ standart grubunda düşük puan aldığı standartlara ait değerlendirme ölçütleri renkli olarak gösterilmiştir.

GBH- BAKIM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ	
Standart	Değerlendirme Ölçütü
GBH01 - Düşme oranı izlenir.	GBH01.01 : Düşme oranı izlenir. Hayır (Puan : 0)
GBH03 - Ağız ve diş sağlığı bakımı amacıyla kontrol ettirilen hizmet alan sayısı izlenir.	GBH03.01 : Ağız ve diş sağlığı bakımı amacıyla kontrol ettirilen hizmet alan sayısı izlenir. Hayır (Puan : 0)
GBH04 - Basınç ülseri/ yarası görülme oranı izlenir.	GBH04.01 : Basınç ülseri/ yarası görülme oranı izlenir. Hayır (Puan : 0)
GBH09 - Sosyal faaliyetlere katılma oranı izlenir.	GBH09.02 : Kuruluşta düzenlenen sosyal faaliyetlere katılım oranı izlenir. Hayır (Puan : 0)

İncelenen kuruluşun yukarıda verilen değerlendirme ölçütleri kapsamında, BAKIM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ standart grubunda şu çalışmalarını yapması gerekmektedir;

- Kuruluş; düşme oranını, ağız ve diş sağlığı bakımı amacıyla kontrol ettirilen hizmet alan sayısını, basınç ülseri/ yarası görülme oranını, kuruluşta düzenlenen sosyal faaliyetlere katılma oranını izlediği bir doküman oluşturmalıdır. Göstergelerin ölçüm yöntemi, hangi sıklıkta ve hangi personelin sorumluluğunda takip edileceği Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Uygulama Rehberi ekinde yer almaktadır.

“Yukarıda, iyileştirme çalışmaları kapsamında rehberin birinci bölümünde yer alan Kaizen Tekniği ve Bakım Hizmetleri Kalite Standartları İyileştirme Çalışmalarında Kaizen Tekniğinin Uygulanması kısımlarında ifade edilen süreçlerden Konu Seçimi aşamasının nasıl yapılacağına yer verilmiştir.

Kuruluşlar gerçekleştirecekleri iyileştirme çalışmalarında, rehberin ilgili bölümünde yer alan diğer aşamalar olan; Mevcut Durum Analizi, Hedeflerin Belirlenmesi, Çözümlerin Uygulanması, Hedef – Sonuç Kontrolü, Standartlaşma ve Yayınlaştırma süreçlerine göre İyileştirme Programlarını planlamaları, uygulamaları, sonuçları kontrol etmeleri ve gerekli önlemleri alarak hizmet kalitesinin artırılmasını sağlamaları mümkündür.”

KAYNAKLAR

1. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2019) Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine İlişkin Yönerge
<https://www.aile.gov.tr/eyhgm/mevzuat/ulusalmevzuat/yonergeler/engelli-ve-yasli-bakim-hizmetlerinde-kalitenin-gelistirilmesi-ve-degerlendirilmesine-iliskin-yonerge/> (Erişim Tarihi: 13.01.2022).
2. Aile ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı (2020). Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalite Standartları Uygulama Rehberi <https://www.aile.gov.tr/eyhgm/yayin-kaynak/> (Erişim Tarihi: 13.01.2022).
3. Çizmeçi Şenel, F. (2021), Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Araçları, Gazi Kitabevi, Ankara.
4. Ishikawa, K. (1976). Industrial Engineering & Technology, Guide to Quality Control. Tokyo: Asian Productivity Organization,
5. Derdiyok, T. (2019). Üniversitelerde Kalite Güvence Sistemi Kapsamında Pukö Yönetim Döngüsü Uygulamasında Bir Model Önerisi. *Ufuk Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Dergisi*,8(15): 173-198.
6. Özer, M. A. (2013). Uluslararası Sosyal Bilimler Dergisi, Kalite Yönetimini Edwards Deming’le Yeniden Okumak 1(2):127-150.
7. Serrat, O. (2017). The Five Whys Technique.In The Book: Knowledge Solutions, Proposition 32;307-310.
https://www.researchgate.net/publication/318013490_The_Five_Whys_Technique (Erişim Tarihi: 13.01.2022).
8. Ohno, T. (1988). Toyota Production System: Beyond Large-Scale Production. Portland, OR: Productivity Press.
9. Institute for Healthcare Improvement, QI Essentials Toolkit. <http://www.ihl.org/resources/Pages/Tools/Quality-Improvement-Essentials-Toolkit.aspx>, (Erişim Tarihi: 13.01.2022).
10. Creately, The Easy Guide to Process Mapping. <https://creately.com/blog/diagrams/process-mapping-guide/#types>
(Erişim Tarihi: 12.01.2022)
11. NHS Improvement (2019). Safety Huddles;
<https://improvement.nhs.uk/resources/safety-huddles/> (Erişim tarihi: 13.01.2022).

12. Funk, K.A. Yu, E. (2020). American Medical Association; Daily team Huddles; <https://edhub.ama-assn.org/steps-forward/module/2702506> (Erişim tarihi: 12.01.2022).
13. Berger, A. (1977). Continuous improvement and kaizen: standardization and organizational designs *Integrated Manufacturing Systems*.ISSN: 0957-6061
<https://www.emerald.com/insight/content/doi/10.1108/09576069710165792/full/html> (Erişim tarihi: 13.01.2022).
14. Hassan, A. (2012). AORN Journal , Kaizen: A Process Improvement Model for the Business of Health Care and Perioperative Nursing Professionals Vol:95,Issue(1)-104-108 <https://www.sciencedirect.com/science/article/abs/pii/S0001209211012282> (Erişim tarihi: 12.01.2022).
15. Uluskan, M. ve Özyaliner, M.T. (2021). *Otomotiv Sektöründe Kaizen Yöntemi İle Tesis Yerleşim Tasarımı Ve Reba Analizi*. ESOGÜ Mühendislik Mimarlık Fakültesi Dergisi. 29(1),1-19.
16. İlkım Şimşek, N. ve Derin, N. (2016). *Dünyadan ve Türkiye 'den Örneklerle Sağlık Hizmetlerinde Yalın Yönetim*. Hacettepe Sağlık İdaresi Dergisi, 2016; 19(4): 481-502
17. Yılmaz, Ş. (2014). *Kaizen Sürekli İyileştirme Stratejisi İle Hastanede İnsan Kaynaklarının Geliştirilmesi*. Atılım Üniversitesi Sosyal Bilimler Enstitüsü Yüksek Lisans Tezi
18. Avcı K. (2019). Sağlık Hizmetlerinde Kalite İyileştirme Ortaklığı Yönetimini Etkili Bir Şekilde Anlama ve Uygulama. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dergisi, 2(2):37-43.



ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

www.aile.gov.tr