

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI



KETEM
KANSER ERKEN TEŞHİS, TARAMA VE EĞİTİM MERKEZİ

HİZMET KALİTE STANDARTLARI REHBERİ



PERFORMANS YÖNETİMİ ve KALİTE GELİŞTİRME
DAİRE BAŞKANLIĞI

Sunuş

Kanser çağımızın en önemli sağlık sorunlarından birini oluşturmaktadır. Görülme sıklığının zaman içinde artmasının gözlenmesi önümüzdeki dönemde öneminin daha da artacağını göstermektedir.

Bu tespitler her ülke için bir Kanser Politikasının oluşturulması ve uygulanması ihtiyacını gündeme getirmektedir. Sağlık hizmetlerinin her açıdan daha iyi bir noktaya taşınması için her ülke uluslararası tecrübeleri de dikkate alarak kendine özgü uygulamalar geliştirmektedir.

Ülkemizde de 2006 yılından bu yana erken tanısı konulabilen kanser vakalarının belirlenmesi, kanser türlerinin kontrol altına alınması, hizmet içi eğitim ve halk eğitimi yoluyla halkın kanser konusunda bilgilendirilmesi, bilinçlendirilmesi ve kanserin morbidite ve mortalitesinin azaltılmasını sağlamak amacıyla Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri hizmet vermektedir.

Başkanlığımızca, koruyucu sağlık hizmetlerinin öneminden hareketle çalışmalarımıza yeni bir açılım getirilerek, Bakanlığımıza bağlı hizmet vermekte olan Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'nde de hizmet kalitesinin artırılması, uygulama birliğinin sağlanması ve çalışmalara yön vermesi açısından tavsiye niteliğinde bir dizi standart belirlenmiştir.

Başkanlığımızca belirlenen bu standartların zaman içinde kurumlarımızca uygulanabilirliğinin gözlenmesini takiben dönemsel olarak kurumlarımızda değerlendirmeye esas oluşturacağını öngörmekteyiz.

Kanser Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri Hizmet Kalite Standartları, bu hizmetlerin değerlendirilmesinde önemli bir role sahiptir. Bundan dolayı bu standartların kurumlarımız ve koordinatörlüklerimiz tarafından nasıl değerlendirilmesi gerektiği konusunda amaca uygun, aydınlatıcı öneme sahip bir rehber hazırlanmıştır.

Bu rehberin hazırlanmasında katkıda bulunan Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı'na ve çalışma arkadaşlarıma teşekkür eder, hep birlikte bundan böyle bu çalışmaları daha da geliştirerek yolumuza devam edeceğimizi ifade etmek isterim.

Dr. Hasan GÜLER

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme
Daire Başkanı

HAZIRLAYANLAR

Performans Yönetimi ve Kalite Geliştirme Daire Başkanlığı

Dr. Mehmet DEMİR

Dr. Hasan GÜLER

Uz. Bayram DEMİR

Dr. Menderes TARCAN

Uz. Dr. Ferzane MERCAN

Uz. Demet GÖKMEN KAVAK

Uz. Dr. Dilek TARHAN

Süleyman Hafız KAPAN

Uz. Sabahattin TEKİNGÜNDÜZ

Uz. Günnur ERTONG

Uz. Sevgi TAŞKIN KARATAŞ

Yener GÜL

Kanserle Savaş Dairesi Başkanlığı

Prof. Dr. Murat TUNCER

Dr. Emire ÖZEN OLCA YTO

Op. Dr. Nejat ÖZGÜL

Op. Dr. Murat GÜLTEKİN

Hanife ÜNLÜ

Fatma AYDEMİR

1. Merkezin ilgili standartlardan puan alabilmesi için değerlendirilecek hususların tümünü yerine getirmesi gerekir. Değerlendirilecek hususlardan herhangi biri yerine getirilmediği hallerde söz konusu standarda ilişkin puan verilemez.
2. Her bir standardın yerine getirilme durumuna dair evet, hayır veya değerlendirme dışı seçeneklerine yer verilecektir. Buna göre;

EVET: Söz konusu standarda ait değerlendirilecek hususların tümünün karşılandığını gösterir.

HAYIR: Söz konusu standarda ait değerlendirilecek hususların veya hususlardan herhangi birinin karşılanmadığını gösterir.

TALİMAT: İlgili standartların değerlendirilecek hususlar kısmında geçen ve mevcut işlemin nasıl yapılacağını veya kimler tarafından yapılacağını gösterir iç yazışma, onay veya görev tanımı ve benzeri hususları içeren belgelerdir. Bu tür yazılı belgeler talimat olarak kabul edilmeli ve değerlendirmede dikkate alınmalıdır. Değerlendirilecek hususlar kısmında geçen talimat sorgulamalarında yazılı belge bulunması hususu ile birlikte bu talimatların uygulanma durumu da değerlendirilecektir.

KETEM: Kanseri Erken Teşhis, Tarama ve Eğitim Merkezleri'ni ifade eder.

İÇİNDEKİLER

TEŞHİS ve TARAMA İÇİN HEDEF NÜFUS TESPİTİ.....	6
BİLGİLENDİRME, TEŞHİS VE TARAMA SÜRECİ	13
MAMOGRAFİ.....	18
SERVİKS KANSERİ TARAMASI.....	23
KOLON KANSERİ TARAMASI.....	25
TETKİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ	27
HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ.....	29
KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ	32
MERKEZ BİLGİ SİSTEMİ.....	36
HASTA KAYITLARI VE DOSYASI	39
ARŞİV.....	40
TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİK.....	42

TEŞHİS ve TARAMA İÇİN HEDEF NÜFUS TESPİTİ

1. KETEM, Teşhis ve Tarama işlemlerinin yürütülmesine yönelik bir düzenlemeye sahip olmalıdır.

1.1. KETEM çalışma prosedürü bulunmalıdır.

Amaç: KETEM'lerin ulusal veya uluslararası standartlara, kanun ve yönetmeliklere uygun olarak hizmet vermesini sağlamak için, tarama yapılması planlanan hedef nüfusun tespiti ile başlayan; teşhis ve tarama ile ilgili tüm evreleri kapsayan sürecin basamaklandırılarak açıklanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) KETEM ile ilgili tüm işleyiş sürecini kapsayan çalışma prosedürü bulunmalıdır.
- b) Prosedürün uygulanması sırasında ortaya çıkabilecek aksaklıklar (Otomasyon vb.) için çözüm yolları belirlenmiş olmalıdır.

1.2. Tarama yapılacak bireyler için davet planı bulunmalıdır.

Amaç: Hedef nüfusun tarama programlarına tam katılımının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tarama yapılacak bireyler için davet planı bulunmalıdır. Planda; hedef grubun tespiti, çağırmanın hangi yöntemle yapılacağı, yaş gruplarına göre ayrılması, günlük randevu sistemi, günde kaç hasta bakılacağı, günde kaç mamografi, kaç smear, kaç gaitada gizli kan bakılacağı yer almalıdır.
- b) En az 1 yıllık plan bulunmalıdır.

1.3. Davet edilip gelmeyen bireyler için eylem planı bulunmalıdır.

Amaç: Tarama yapılacak hedef nüfusun tarama programlarına tam katılımının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) 3 ay önceki çağrı yapılan hastaların listesi bulunmalıdır.
- b) Gelmeyen hastaların tekrar çağrılmasının takip edileceği form-liste bulunmalıdır.
- c) Gelmeyen hastaların tekrar çağırıldığına dair kayıtlar bulunmalıdır.

Öneri: Değerlendirici rastgele bir kişiyi arayıp tekrar çağırma işleminin yerine getirilme durumunu kontrol edebilir.

1.4. Tarama yapılacak bireylere yönelik yıllık eğitim planı bulunmalıdır.

Amaç: Eğitim programlarının etkinliğinin artırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tarama yapılacak bireylere yönelik yıllık eğitim planı bulunmalıdır. Planda, halk eğitimlerinde yılda kaç kişiye eğitim verileceği, eğitimlerin kimler tarafından, nerede yürütüleceği vb. hususlar yer almalıdır.
- b) Eğitimlerde medyadan faydalanma durumu kayıt altına alınmalıdır.
- c) Eğitim için işbirliği yapılan Sivil Toplum Kuruluşları, muhtarlar, imamlar, okullar vb. sayı ve içerik bakımından kayıt altına alınmalıdır.
- d) Resmi kuruluşlara yönelik yapılacak eğitimler ile hizmet içi eğitimler sayı ve içerik bakımından kayıt altına alınmalıdır.
- e) Yıl içinde en az 20 kez grup eğitimi yapılmalı ve yıl içinde yapılan tüm eğitimler kayıt altına alınmalıdır.
- f) Eğitimlerde görsel materyal kullanılmalıdır.

KAYIT BİRİMİ

2. Kayıt birimi hizmet sunumu için gerekli şartları karşılamalıdır.

2.1. Kayıt birimi, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilecek bir yerde bulunmalıdır.

Amaç: Merkeze başvuran bireyin hizmete ulaşım kolaylığını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kayıt birimi merkeze başvuran bireyin kolayca ulaşabileceği, kolaylıkla görülebilecek bir yerde konumlandırılmalıdır.

2.2. Kayıt biriminin, her yönden kolayca fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.

Amaç: Merkeze başvuran bireyin hizmete ulaşım kolaylığını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kayıt biriminin, her yönden kolayca fark edilebilen ve okunabilen bir tabelası olmalıdır.

2.3. Kayıt birimi, merkeze başvuran birey ile doğrudan iletişimi sağlayacak biçimde üstü ve etrafı açık (camekan veya benzeri bir bariyerin olmadığı) masa ve sandalyelerden oluşan ve hasta ile karşılıklı oturulabilir bir tasarımda olmalıdır.

Amaç: Merkeze başvuran bireyin kayıt biriminde görevli personelle kolay ve rahat iletişim kurabilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkeze başvuran kişi ile görevli personel arasında göz temasını engellemeyecek biçimde üstü ve etrafı açık bir kayıt birimi oluşturulmalı ve insanların oturabilmesi için sandalye vb. bulunmalıdır.

2.4. Kayıt biriminde KETEM'de verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili kitapçık ve broşürler bulundurulmalıdır.

Amaç: Merkezde verilen hizmetlerle ilgili bilgilere kolay ulaşılmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kayıt biriminde merkezde verilen hizmetlerin tanıtımı ile ilgili kitapçık ve broşürler bulundurulmalıdır.

2.5. Engelliler için işlemlerinin öncelikli olarak yapılmasına ilişkin bir düzenleme yapılmalıdır.

Amaç: Engelli bireylerin beklemeden işlemlerini yaptırabilmelerinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Engelli bireylerin işlemlerini öncelikli olarak yaptırabilmelerine yönelik bir düzenleme (önceliği belirten uyarı levhaları gibi) yapılmalıdır.

2.6. Kayıt birimi görevlisine, uyum eğitimi, hasta memnuniyeti, iletişim becerileri ve kişilerarası ilişkiler gibi konularda hizmet içi eğitim verilmelidir.

Amaç: Vatandaşların kayıt birimindeki hizmetlerden yeterince yararlanabilmeleri için kayıt birimi görevlilerinin yeterlilik ve niteliklerinin yükseltilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kayıt birimi görevlisine hasta memnuniyeti, iletişim becerileri, kişilerarası ilişkiler gibi konularda uyum eğitimi ve hizmet içi eğitim verilmelidir.
- b) Bu eğitimlerle ilgili kayıtlar tutulmalıdır.

2.7. Kayıt birimi görevlisi KETEM hizmet süreçleri, KETEM çalışma prosedürü ve KETEM çalışanları hakkında detaylı bilgiye sahip olmalıdır.

Amaç: Kayıt birimi görevlisinin merkez ve mevcut uygulamalar hakkında bilgi sahibi olmasını ve merkeze başvuran kişileri doğru yönlendirmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kayıt birimi görevlilerine sosyal güvenlik kurumları, merkez içi hizmet süreçleri, merkez çalışanları ve mevcut uygulamalar hakkında eğitim verilmeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

3. Kayıt biriminde merkeze başvuran kişinin tarama yapılacağı oda, taramayı yapacak sağlık personeli ve yaklaşık muayene saati belirlenmelidir.

Amaç: Merkeze başvuran kişinin muayene olacağı zaman dilimi ve taramayı yapacak sağlık personeli hakkında önceden bilgi sahibi olmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kayıt biriminde merkeze başvuran kişinin tarama yapılacağı oda, taramayı yapacak sağlık personeli ve yaklaşık muayene saati belirlenmeli ve başvurana yazılı olarak bildirilmelidir.

Öneri: Değerlendirici randomize yöntemle sürecin işleyişini kontrol edebilir.

4. Kayıt biriminde güncel kurum bilgi rehberi (sunulan hizmetler, birim ve çalışan erişim bilgileri) bulunmalıdır.

Amaç: Kayıt biriminde gerektiğinde merkezle ilgili bilgilendirilmenin daha sağlıklı bir şekilde yürütülmesini sağlamak için kayıt birimi görevlisinin merkezle ilgili yeterli bilgiye ulaşmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Kayıt biriminde gerektiğinde güncellenen kurum ile ilgili bir rehber (sunulan hizmetler, birim ve çalışan erişim bilgileri) bulundurulmalıdır.

5. KETEM, yönlendirme hizmetlerini yeterli bir şekilde sunmalıdır.

5.1. Merkezin, hastane girişinden ayrı bir giriş kapısı bulunmalıdır.

Amaç: Merkeze başvuran kişilerin ruhsal açıdan korunmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) KETEM'in hastane girişinden ayrı bir giriş kapısı bulunmalıdır.
- b) KETEM biriminde kemoterapi vb. tedavi amaçlı işlemler yapılmamalıdır.

5.2. Hastane ana girişinden itibaren KETEM yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.

Amaç: Hizmete erişimin kolaylaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane ana girişinden itibaren KETEM yönlendirme levhaları (okunabilir, görülebilir büyüklükte ve duvar renginden ayırt edilebilir renklerde) bulunmalıdır.

5.3. Yönlendirmeler işlevsel olmalıdır.

Amaç: Hizmete erişimin kolaylaştırılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastane ana binasından itibaren KETEM yönlendirme levhaları işlevsel olmalıdır.

Not: Levhaların yönlendirdiği bölüme ulaştırma durumu kontrol edilmelidir.

5.4. Merkez, sunduğu hizmetler, çalışma saatleri ve nasıl hizmet alınabileceği konusunda etkili bir bilgilendirme yapmalıdır.(web sitesi, broşür, tanıtım filmleri, panolar, basın yayın yoluyla bilgilendirme gibi)

Amaç: Halkı merkezin sunduğu hizmetlerle ilgili etkili bir şekilde bilgilendirmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez, sunduğu hizmetler, çalışma saatleri ve nasıl hizmet alınabileceği konusunda etkili bir bilgilendirme yapmalıdır (web sitesi, broşür, tanıtım filmleri, panolar, basın yayın yoluyla bilgilendirme gibi).

5.5. Engellilere tanınan öncelikleri belirten tabelalar kolaylıkla görülebilecek yerlerde bulunmalıdır.

Amaç: Engellilerin merkez hizmetlerinden etkili bir şekilde yararlanmalarını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Engellilere tanınan öncelikleri belirten tabelalar kolaylıkla görülebilecek yerlerde bulundurulmalıdır.

BİLGİLENDİRME, TEŞHİS VE TARAMA SÜRECİ

6. Teşhis ve Tarama sürecinde merkeze başvuran kişi ve/veya ailesini bilgilendirmeye yönelik bir düzenleme bulunmalıdır.

6.1. Bilgilendirme sürecine ilişkin talimat bulunmalıdır.

Amaç: Bilgilendirmenin etkili bir şekilde yürütülmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Bilgilendirme sürecine ilişkin talimat bulunmalıdır. (Bilgilendirmenin kim tarafından, nasıl, ne zaman yapılacağı vb. konuları içerir.)

6.2. Merkeze başvuran kişilere yönelik Bilgi ve İzlem Formu bulunmalı ve ilgili başvuran adına doldurulmuş olmalıdır.

Amaç: Kişi ile ilgili bilgilerin kayıt altına alınmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Bilgi ve İzlem Formu bulunmalı ve ilgili kişi adına doldurulmuş olmalıdır.

6.3. Bilgilendirme sonrasında yapılacak tüm işlemler (mamografi ve smear) için onam formu alınmış olmalıdır.

Amaç: Teşhis ve tarama sürecindeki tüm işlemler hakkında ilgilinin bilgilendirilmesi ve onayının alınmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Bilgilendirme sonrasında yapılacak tüm işlemler (mamografi ve smear) için onam formu alınmış olmalıdır.

7. Bilgilendirmeyi yapan sağlık personelinin eğitim sertifikası bulunmalıdır.

Amaç: Başvuruda bulunan kişilerin yeterince bilgilendirilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bilgilendirmeyi yapan sağlık personelinin eğitim sertifikası bulunmalıdır.

8. KETEM hizmet sũreçleri ve Kanser konusunda bilgilendirici gũrsel bilgilendirme materyalleri bulunmalıdır.

Amaç: Bilgilendirmenin etkinliğini artırmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bireyleri KETEM' den faydalanma biçimleri ve Kanser konusunda gũrsel bilgilendirme materyalleri bulunmalıdır. (LCD Televizyon ekranında CD-kaset izletilmesi, konuyla ilgili brořũr vb.)

9. Muayene odalarının her yũnden kolayca gũrũlebilecek ve okunabilecek bir tabelası bulunmalıdır.

Amaç: Hizmete erişimi kolaylaştırmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Muayene odalarının her yũnden kolayca gũrũlebilecek ve okunabilecek bir tabelası (oda numarası) bulunmalıdır.

10. Muayene odasında hasta mahremiyetine yeterince önem verilmelidir.

Amaç: Muayene odasında hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır.

10.1. Muayene odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da muayene sedyesi etrafı ayaklı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Muayene odasında muayene alanı paravanla tam olarak ayrılmış ya da hasta muayene sedyesi etrafı perde ile tam olarak kapanabilen tasarımda olmalıdır.

10.2. Tarama yapılan kişi muayene odasında iken içeride görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tarama yapılan bir birey muayene odasında iken içeride görevli personel dışında kimse (hasta yakını hariç) bulunmamalıdır.
- b) Tarama yapılan kişi muayene odasında iken içeriye aynı anda başka bir kimse alınmamalıdır.

11. Muayene odaları gereken şartları karşılamalıdır.

11.1. Sağlık Personelinin başvuran bireyi kabul ve muayene edebileceği uygun niteliklere sahip olmalıdır.

Amaç: Muayene odalarında, sağlık personeli ve başvuran bireyin etkili iletişim kurabilmesinin ve sağlık personelinin sağlıklı bir ortamda çalışabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Muayene odalarında ilgili tarama programına göre, muayene için gerekli tüm ekipmanlar (muayene masası, paravan, tek kullanımlık ya da sürekli ütülü ve temiz muayene masa örtüsü, muayene koltuğu, vb.) olmalıdır.
- b) Muayene odalarında otomasyon sistemine bağlı bilgisayar bulunmalı, odalar iyi havalandırılmış ve aydınlatılmış olmalıdır.

11.2. Her muayene odasında el hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulundurulmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin temel unsurlarından olan el hijyeninin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Her muayene odasında el hijyeni malzemeleri (alkol bazlı el antiseptikleri, sıvı sabun, kağıt havlu vb.) bulunmalıdır.
- b) Bu ürünlere sağlık personeli tarafından kolaylıkla ulaşılabilir olmalıdır.
(örneğin; cepte taşınabilir, masa üstü, duvara monte el dezenfektanları.)

11.3. Tetkik yapılan kişilerin yazılı olarak mamografi ve smear sonuçlarına ulaşabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

Amaç: Mamografi ve smear sonuçlarının yazılı olarak da alınabilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tetkik yapılan kişilerin muayene odasından veya ayrı bir birimden yazılı çıktı olarak mamografi ve smear sonuçlarını alabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

11.4. Muayene odaları sağlık personeli ile başvuruda bulunan kişinin karşılıklı olarak oturabileceği bir düzenlemeye sahip olmalıdır.

Amaç: Muayene odalarında, hekim ve başvuruda bulunan kişinin etkili iletişim kurabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Muayene odaları doktor ile başvuruda bulunan kişinin karşılıklı olarak oturabileceği şekilde (koltuk, masa, sandalye vb.) bir düzenlemeye sahip olmalıdır.

MAMOGRAFİ

12. Mamografi işlemleri ile ilgili süreç tanımlanmış olmalıdır.

Amaç: Merkezin teknik ve personel kapasitesi göz önüne alınarak mamografi hizmetleri ile ilgili süreçlerin en iyi şekilde planlanmasının sağlanmasıdır.

12.1. Mamografi çekilecek kişinin mamografi istemi, taramayı yapan personel tarafından otomasyon sistemine kaydedilmeli ve ilgiliye çekim saati konusunda bilgi verilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mamografi çekilecek kişinin mamografi istemi, taramayı yapan personel tarafından otomasyon sistemine kaydedilmeli ve ilgiliye çekim saati konusunda bilgi verilmelidir.

12.2. Mamografi çekimi aynı gün yapılmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar

- a) Mamografi çekimi aynı gün yapılmalıdır.

12.3. Mamografi sonuçları için süreç tanımlanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar

- a) Mamografi sonuçlarının verilmesine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
- b) Tetkik sonuçlarının ilgili kişiye verilme süreleri Bakanlık tarafından belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde tanımlanmalı ve bu sürelerden tüm çalışanların bilgi sahibi olması sağlanmalıdır.
- c) Sonuç verme süreleri ilgili kişi ve yakınlarının görebileceği, anlayabileceği şekilde ilan edilmelidir.

12.4. Mamografi sonuçları Bakanlık tarafından belirlenen sürelerde verilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar

- a) Mamografi sonuçları en geç 30 gün içinde verilmelidir.
- b) Radyoloji teknisyeni ilgili kişiye sonuç alacağı günü belirten bir kart vermelidir.

Öneri: Raporların onaylanma tarihi kontrol edilebilir.

12.5. Mamografi odasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalıdır.

Amaç: Hasta mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mamografi odasında ayrı bir soyunma odası veya paravanla ayrılmış ayrı bir bölüm bulunmalıdır.
- b) Tarama için başvuranların mamografi odasına tek tek alınmaları sağlanmalıdır.

12.6. Mamografi işlemi için ilgili kişiden onam alınmalıdır.

Amaç: Riskli girişimsel radyolojik işlemler öncesinde ilgili birey ve/veya yakınlarının bire bir sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmesi ve onayının alınmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mamografi öncesinde işlemi kimin yapacağı, işlemin amacı, süresi, komplikasyonları gibi konularda ilgili birey ve/veya yakınları bire bir sözlü ve yazılı olarak bilgilendirilmeli, bu kişilerin anlatılanları tam olarak anladığından emin olunmalı, onamı alınarak kayıtları tutulmalıdır.
- b) Bu bilgilendirmeyi yapan sağlık personelinin isim ve unvanı da kayıtlarda yer almalıdır.

12.7. Mamografi cihazının bakım ve kalibrasyonu bir plan dahilinde yapılmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mamografi cihazının periyodik bakımları ve kalibrasyonları ile ilgili süreç planlanmalıdır.
- b) Bakım ve kalibrasyon işlemleri planlanan zaman dilimlerinde yaptırılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.
- c) Cihazların üzerinde kalibrasyonla ilgili etiketler bulunmalıdır.

12.8. Tekrar edilen çekim sayıları tespit edilerek, gerektiğinde düzeltici ve önleyici çalışmalar yapılmalıdır.

Amaç: Mamografi hizmetlerinde hem ekonomik açıdan yük getiren hem de ilgili birey ve çalışan için fazladan doz alınmasına sebep olan tekrar çekimlerinin asgari düzeye indirilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Tekrar edilen çekim sayıları takip edilmeli ve gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalıdır
- b) Tekrar edilen çekimler, tekrar çekim sebepleri ve çekimi yapan personel ismi mutlaka kayıt altına alınmalıdır.
- c) Bölüm sorumluları tarafından tekrar eden çekim sayıları değerlendirilmeli, bu sayılar belli aralıklarla yorumlanmalı ve sebepleri araştırılarak gerekli düzenlemeler, düzeltici ve önleyici çalışmalar yapılmalıdır. Bütün bu faaliyetler kayıt altına alınmalıdır.

13. Mamografi ünitesi hizmet sunumu için gerekli şartları taşımalıdır.

13.1. Merkeze başvuran kişiler ile merkez çalışanlarının risk ve tehlikelere karşı korunması için radyasyon güvenlik prosedürüne uygun davranılmalıdır.

Amaç: İlgililerin güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkeze başvuran kişiler ile merkez çalışanlarının risk ve tehlikelere karşı korunması için radyasyon güvenlik prosedürüne uygun davranılmalıdır.

13.2. Mamografi ünitesinde çalışan personelin dozimetre takipleri öngörülen sürelerde yapılmalıdır.

Amaç: Mamografi ünitesinde çalışan personelin sağlığının korunmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mamografi ünitesinde dozimetre takibi ile ilgili süreç tanımlanmalıdır. Türkiye Atom Enerjisi Kurumunca önerilen takip sürelerine uyulmalıdır.

13.3. Mamografi cihazının TAEK lisansı olmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mamografi ünitesinde bulunan tüm cihazların faaliyete başlamadan önce Türkiye Atom Enerjisi Kurumundan (TAEK) alınmış olan lisansları ve periyodik olarak yapılan muayene ve vize evrakları bulunmalıdır.

13.4. Mamografi ünitesinde çalışan personelin hematolojik testleri yılda en az bir kez yapılmalıdır.

Amaç: Çalışan güvenliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mamografi ünitesinde çalışan personelin yılda en az bir kez rutin hematolojik tetkikleri yapılmalı ve bu tetkiklerin ilgili uzman hekimlerce değerlendirilmiş raporları bulunmalıdır.

13.5. Mamografi odası girişinde ve içinde radyasyon uyarı levhaları bulunmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak üzere radyasyon uyarılarının gerektiği şekilde yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mamografi odası girişinde aşağıdaki yönlendirme, uyarı ve güvenlik işaretleri kolaylıkla görülebilecek, anlaşılabilir şekilde uygun yerlere asılmalıdır:
- Radyasyon alanı olduğunu gösteren temel radyasyon sembolleri,
 - Radyasyona maruz kalma tehlikesinin büyüklüğünü ve özelliklerini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretler,
 - Gebe veya gebelik şüphesi taşıyanlara yönelik uyarı levhalarının bulunması,
 - Bölgelerde geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerektiğini gösteren uyarı işaretleri.

SERVİKS TARAMASI

14. Smear alımı ile ilgili süreç tanımlanmış olmalıdır.

Amaç: Merkezin teknik ve personel kapasitesi göz önüne alınarak smear alımı hizmetleri ile ilgili süreçlerin en iyi şekilde planlanmasının sağlanmasıdır.

14.1. Smear alımı diğer tetkiklerden önce yapılmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkeze başvuran birey için smear gerekiyorsa diğer işlemlerden önce smear alımı yapılmalıdır.

14.2. Numunelerin toplanması ve güvenli transferine ilişkin talimat bulunmalıdır.

Amaç: Alınan numunelerin uygun koşullarda ve tanımlanmış sürelerde transferleri temin edilerek doğru sonuçların elde edilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Numunelerin transferi ile ilgili talimat (uygun ısı, süre, taşıma kabı vs. belirtilerek) hazırlanmalıdır.
- b) Transfer ile yükümlü personele numune transfer talimatı ile ilgili eğitim verilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

14.3. Smear sonuçları için süreç tanımlanmalıdır.

- a) Smear sonuçlarının verilmesine ilişkin süreç tanımlanmalıdır.
- b) Tetkik sonuçlarının ilgili kişiye verilme süreleri Bakanlık tarafından belirlenen süreleri geçmeyecek şekilde tanımlanmalı ve bu sürelerden tüm çalışanların bilgi sahibi olmaları sağlanmalıdır.
- c) Sonuç verme süreleri ilgili kişi ve yakınlarının görebileceği, anlayabileceği şekilde ilan edilmelidir.

14.4. Smear sonuçları Bakanlık tarafından belirlenen sürelerde verilmelidir.

- a) Smear sonuçları en geç 30 gün içinde verilmelidir.
- b) İlgili sağlık personeli kendisinden smear örneği alınan bireye sonuç alacağı günü belirten bir kart vermelidir.
- c) Raporların onaylanma tarihi kontrol altına alınmalıdır.

KOLON TARAMASI

15. Gaitada Gizli Kan Tetkiki ile ilgili süreç tanımlanmış olmalıdır.

Amaç: Merkezin teknik ve personel kapasitesi göz önüne alınarak gaitada gizli kan tetkiki hizmetleri ile ilgili süreçlerin en iyi şekilde planlanmasının sağlanmasıdır.

15.1. Gaitada Gizli Kan tetkiki için ilgili kişiye yazılı bilgilendirme notu verilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Gaitada Gizli Kan tetkiki için ilgili bireye yazılı bilgilendirme notu verilmelidir. Bilgilendirme notu ilgili kişinin kendisine verilecek tetkik materyalini nasıl kullanacağı, ne kadar süre sonra incelenmek üzere KETEM'e getireceği vb. konuları içermelidir.

15.2. Gaitada Gizli Kan tetkik sonucunun değerlendirilmesi Bakanlık tarafından belirlenen süre sonunda yapılmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Gaitada Gizli Kan tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi en geç 3 gün sonra yapılmalıdır.
- b) İlgili sağlık personeli tetkik sahibine sonucun değerlendirileceği günü belirten bir kart vermelidir.
- c) Gaitada Gizli Kan tetkik sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

15.3. Gaitada Gizli Kan tetkiki sonuç değerlendirme randevusu tarama odasında ilgili sağlık personeli tarafından otomasyon sistemi üzerinden alınmalı ve tetkik yapılan kişiye bilgi verilmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Gaitada Gizli Kan tetkiki sonuç değerlendirme randevusu tarama odasında ilgili sağlık personeli tarafından otomasyon sistemi üzerinden alınmalı ve tetkik yapılan kişiye bilgi verilmelidir.

TETKİK SONUÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

16. Tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi için düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi ile ilgili hizmetlerin en iyi şekilde organize edilmesini sağlamaktır.

16.1. Sonuç gösterme odası tanımlanmış olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sonuç gösterme odası tanımlanmış olmalıdır.
- b) Kayıt birimi görevlisi tarafından biliniyor olmalıdır.

16.2. Sonuç gösterme zamanı tanımlanmış olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sonuç gösterme işlemleri her gün saat 13:30'dan sonra kurumca belirlenen saatte yapılıyor olmalıdır.

16.3. Sonuçları kimin değerlendireceği tanımlanmış olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sonuç değerlendirme işlemleri ilgili KETEM doktoru tarafından yapılmalıdır.

17. Tetkik sonuçlarının pozitif olduğu durumlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Tetkik sonuçları pozitif bulunan kimselerin ileri tetkik hizmetlerine ulaşımının sağlanmasıdır.

17.1. KETEM’de pozitif (+) sonuçlar kayıt altında alınmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) KETEM’de pozitif (+) sonuçlar kayıt altında alınmalıdır.

17.2. Mamografi sonuçları pozitif (+) çıkan kişiler için genel cerrahi konsültasyonu istenmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Mamografi sonuçları pozitif (+) çıkan kişiler için genel cerrahi konsültasyonu istenmelidir.

17.3. Konsültan hekimin yaptığı ileri tetkik sonuçları KETEM tarafından takip edilerek kayıt altına alınmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Konsültan hekimin yaptığı ileri tetkik sonuçları KETEM tarafından takip edilerek kayıt altına alınmalıdır.

17.4. İleri tetkik sonucu pozitif (+) çıkan bireyler için düzenleme bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) İleri tetkik sonucu pozitif (+) çıkan bireylerin uygun hastaneye sevki yapılmış olmalı ve sevk kayıtları bulunmalıdır.

17.5. İleri tetkik sonucu negatif (-) çıkan bireyler için düzenleme bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** İleri tetkik sonucu negatif (-) çıkan bireyler yeniden tarama programına dahil edilmeli ve ilgili birey bilgilendirilmelidir.
- b)** Bireyin rutin tarama programına dahil edildiği kayıt altına alınmalıdır.

18. Tetkik sonuçlarının negatif (-) olduğu durumlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Tetkik sonuçlarının negatif olduğu durumlarda ilgili bireyin rutin tarama hizmetlerine devamının sağlanmasıdır.

18.1. Tetkik sonuçları negatif (-) olan başvuranların tekrar tarama programına dahil edileceğine yönelik bir düzenleme bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a)** Tetkik sonucu negatif (-) çıkan bireyler yeniden tarama programına dahil edilmeli ve ilgili birey bilgilendirilmelidir.
- b)** Bireyin rutin tarama programına dahil edildiği kayıt altına alınmalıdır.

HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

19. Merkeze başvuran bireyler için Bilgi Güvenliği politikaları belirlenmiş olmalıdır.

Amaç: Bireye ait bilgilerin mahremiyeti hususunda uyulması gereken kuralları tanımlayarak bilgi güvenliğini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkeze başvuruda bulunan bireyler için bilgi güvenliği prosedürü hazırlanmalıdır.
- b) Kurumda kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalıdır.
- c) Başvuruda bulunan bireylerle ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmelidir.
- d) Başvuruda bulunan bireylerin klinik kayıtlarına yalnızca konu ile ilgili olarak yetkilendirilmiş kişinin giriş yaptığını denetleyen süreç izlenebilmelidir.
- e) Başvuruda bulunan birey kayıtlarının yedeklenmesi ile ilgili süreç (kim tarafından, ne zaman yapılacağı, nerede saklanacağı vb.) tanımlanmış olmalıdır.

20. Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik olarak merkezin tüm bölümlerini kapsayan bir düzenleme olmalıdır.

20.1. Merkezin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.

Amaç: Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amacıyla merkezin tüm bölümlerini kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanenin enfeksiyon kontrol komitesince (EKK) hazırlanmış, merkezin tüm bölümleri kapsayan bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı olmalıdır.
- b) Program; EKK'nin tanımı ve çalışma alanlarını, sürveyans kapsamını ve gerekli görülen tüm talimatları içermelidir.
- c) Tespit edilen enfeksiyon sonuçlarına göre merkez veya birim bazında düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmalı ve sonuçlar kayıt altına alınmalıdır.

20.2. İhtiyaç duyulan hallerde ve yerlerde çalışan personel için kişisel koruyucu ekipman ve malzeme bulundurulmalıdır.

Amaç: Sağlık hizmeti çalışanının, standart izolasyon önlemleri için gerekli olan ekipman ve malzemeye kolayca ulaşabilmesini sağlamak ve çalışan ve hasta güvenliği ile ilgili temel gerekliliklerden olan bu önleyici uygulamalara ilişkin uyumu azami düzeyde gerçekleştirmektir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Teşhis ve tarama işlemlerinin yapıldığı tüm alanlarda el antiseptik solüsyonları, sabun, kağıt havlu, eldiven, maske, gözlük ve koruyucu önlük/elbise bulunmalıdır.
- b) Sözü geçen koruyucu ekipman ve malzemeler 24 saat ulaşılabilir olmalıdır.

KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ

21. Merkez, başvuruda bulunan birey ve yakınlarının görüş, öneri ve şikâyetlerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.

21.1. Merkeze başvuruda bulunan birey ve yakınlarının şikâyetlerini ve önerilerini kolaylıkla ulaştırabilmesini sağlayacak şikâyet kutuları veya benzeri uygulamalar bulunmalıdır.

Amaç: Sağlık hizmetlerini alan kişilerin de bu sürece katılmalarıyla alınacak geri bildirimlerin göz önüne alınmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) KETEM hizmet birimlerinde şikâyet ve öneri kutuları bulunmalıdır. Bu kutular tutanakla açılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

21.2. Merkeze başvuruda bulunan kişi ve yakınlarının öneri ve şikâyetleri değerlendirilip iyileştirme faaliyeti yapılmalıdır.

Amaç: Merkeze başvuruda bulunan kişi ve yakınlarının merkezde hizmet sunum süreçlerine ve merkez işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

a) Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar olmalıdır.

b) Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar tutulmalıdır.

21.3. Merkeze başvuruda bulunan kişi ve yakınlarının hakları konusunda planlama ve uygulamayı içeren bir düzenleme bulunmalıdır.

Amaç: Merkeze başvuran birey ve yakınlarının sunulan sağlık hizmetine ilişkin talepleri ve şikâyetlerinin değerlendirilmesinin sistematik bir biçimde yapılması ve bu doğrultuda iyileştirme çalışmalarının yapıyor olmasının sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Hastanenin hasta hakları birimi ile koordineli çalışma yapılmalıdır.

22. Personelin tanıtım (yaka) kartları olmalıdır.

22.1. Merkez yönetimi tarafından düzenlenmiş standart bir dizayna sahip personel tanıtım kartı bulunmalıdır.

Amaç: Kurumun tek tip standart kimlik kartına sahip olmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personel tanıtım (yaka) kartı fotoğraflı olmalıdır.
- b) Personelin kullandıkları yaka kartlarının standart dizayna sahip olmasıdır.
- c) Personel, tanıtım kartlarını üzerlerinde açıkça görülebilecek şekilde takmalıdır.

Not: Değerlendirme sırasında gözlem yoluyla kontrol edilir.

22.2. Personel, tanıtım kartlarını üzerlerinde açıkça görülebilecek şekilde takmalıdır.

Amaç: Merkez personelinin hizmet sunum süresince tanınabilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personelin kullandıkları yaka kartlarının açıkça görülebilecek şekilde takılma durumu gözlem yoluyla kontrol edilir.

23. Merkez, çalışanların görüş ve önerilerini değerlendirme sistemine sahip olmalıdır.

Amaç: Personelin, merkezde hizmet sunum süreçlerine ve merkez işleyişine yönelik görüş ve önerilerinin değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

23.1. Personelin görüş ve önerilerini hastane yönetimine iletilebilmesi için bir sistem (dilek kutuları, mail adresi vb) bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personelin görüş ve önerilerini merkez yönetimine iletilebilmesine yönelik bir sistem bulunmalıdır.
- b) Personel dilek ve şikayet kutusu olmalıdır.

23.2. Görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar olmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yapılan geri bildirimlere göre görüş ve önerilerin periyodik olarak değerlendirildiği raporlar ve yapılan iyileştirme faaliyetleri bulunmalıdır.

23.3. Raporlar doğrultusunda yapılması planlanan çalışmalara dair kayıtlar bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Görüş ve önerilerin değerlendirilmesine yönelik düzeltici faaliyet kayıtları bulunmalıdır.

24. Personelin mesleki ve kişisel gelişimine katkı sağlayacak hizmet içi eğitimler verilmelidir.

24.1. Personel eğitimleri planlanmalı ve düzenlenen eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

Amaç: Merkez personelinin mesleğini daha iyi icra etmesi ve kişisel gelişimi için ihtiyacı olan eğitimlerin düzenlenmesi sağlanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Gerçekleştirilen eğitimlere dair kayıtlar ve gelecekteki eğitim planları kontrol edilmelidir.

24.2. Personelin görebileceği bir yerde ilan ve bilgilendirme panosu/panoları bulundurulmalıdır.

Amaç: Personelin merkezin sunduğu hizmetler ve personeli ilgilendiren aktiviteler hakkında yeterli bir şekilde bilgilendirilmesini sağlayacak düzenlemelerin yapılmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Personeli bilgilendirme panoları bulunmalıdır.

MERKEZ BİLGİ SİSTEMİ

25. Merkez bilgi sistemi kayıt, tarama, teşhis ve laboratuvar vb işlemleri entegre bir biçimde gerçekleştirmelidir.

Amaç: Merkez bilgi sisteminin, merkezde gerçekleştirilmekte olan temel süreçlerin tamamının tek bir noktadan kontrol edilmesini sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez Bilgi Sisteminde, sorumluluk ve yetkilerin belirlenmiş olduğu bir ara yüz aracılığı ile hasta kayıt, teşhis, tarama, laboratuvar vb. gibi merkezde gerçekleştirilen tüm sağlık hizmetlerinin tek bir veri tabanından yönetilmesi gerekmektedir.

26. Merkez Bilgi Sistemi, bilgi yönetimi, istatistik ve raporlama işlemlerini gerçekleştirmelidir.

26.1. Muayene ve girişimsel işlemlere ait istatistiklerin raporlanması sağlanmalıdır.

Amaç: KETEM' de yapılan işlemlere ait istatistiksel verilerin elde edilmesidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Muayene ve girişimsel işlemlere ait istatistiklerin raporlanması sağlanmalıdır.

Öneri:

- Yetkili bir kişinin şifresi ile sisteme girilerek bir önceki ayın verilerinin sistem tarafından hesaplandığı kontrol edilebilir.
- Merkez Bilgi Sisteminden belirlenen iki tarih aralığı içinde belirli bir sağlık personelinin yapmış olduğu kanser tarama işlem ve muayene sayıları kontrol edilebilir.

27. Merkez otomasyon sisteminde sadece yönetici yetkileri ile ulaşılabilen, sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hataları ile ilgili kayıtları tutan, salt okunur özellikte ayrı bir veritabanı ya da tablo mevcut olmalıdır.

Amaç: Veri tabanında gerçekleştirilen işlemlerin hangi kullanıcılar tarafından ne zaman gerçekleştirildiği, Bilgi Sisteminin işleyişi sırasında oluşabilecek istisnai durumlara ait sistem mesajlarının kayıt edildiği ayrı bir veri tabanının bulunması sağlanarak, Merkez Bilgi Sisteminin öngörülen şekilde çalışmasını sağlamaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Bilgi Sisteminde sadece sistem yöneticisi yetkisi ile girilebilecek, sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalarının yer aldığı ayrı bir veri tabanı bulunmalıdır.

Not: O anda sistemde bulunan aktif kullanıcıların gösterilmesi istenilerek, bu kullanıcıların sisteme ne zaman giriş yaptıkları ve hangi tablolara erişmekte olduklarına ait kayıtların gösterilmesi istenebilir.

28. Merkez bilgi yönetim sistemine erişimde, yetkilendirme yapılması sonucu, verilere sadece ulaşması gereken kişilerin ulaşması sağlanarak hastalar ile ilgili mahrem bilgiler yetkisiz erişimlere karşı güvence altına alınmalıdır.

28.1. Merkeze başvuruda bulunan kişiye verilen hizmetlerin ve yapılan işlemlerin kayıtlarına önceden belirlenmiş yetki düzeyleri tarafından ulaşılabilmesine imkan veren yazılıma sahip olmalıdır.

Amaç: Merkeze başvuruda bulunan kişiye ait bilgilerin mahremiyetinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Sistem içerisinde başvuruda bulunmuş kişiye ait bilgilerine ulaşım, sadece gereken kimseler tarafından gerektiği kadar gerçekleşmelidir. Bunun için her kullanıcının veri tabanında hangi bilgilere erişebileceğinin tanımı yapılmış olmalıdır.

- b) Veri işlem elemanları başvuruda bulunan kişinin o günkü verilerine serbestçe ulaşabilmeli ama geçmiş kayıtlarına sınırsız erişimleri engellenmelidir.
- c) Hekimler ise veri tabanında kendi sorumluluklarında olan bireylerin kayıtlarına erişebilmeli, diğer kişilerin kayıtlarına erişebilmeleri ancak idarenin ya da o başvuruda bulunmuş kişinin sorumlu hekiminin onayı ile olmalıdır.

Öneri:

- Sisteme veri işlem elemanı yetkisiyle girerek, daha önceden taraması yapılmış bir kişiye ait kayıtların ekrana getirilmesi istenebilir. Ekrana gelen kayıtlarda, ilgilinin daha önceki işlemlerine ait bilgilerin ulaşılma durumu kontrol edilebilir. Daha önceki işlemlerine ulaşlamamalıdır.

29. Merkez bilgi sistemindeki verilerin yedeklenmesi her gün düzenli olarak server haricinde bir ortama yapılmalıdır.

Amaç: Bilgi Sistemine ait veri tabanının düzenli bir biçimde yedeklenmesini sağlayarak, veri kayıplarına engel olmaktır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yedek alma işlemlerinin çalışmakta olan server dışında ayrı bir ortama alınması gerekmektedir. Bu ortam harici hard disk, taşınabilir kayıt ortamları, ya da ağ üzerinde çalışan yedek server olabilir.
- b) Yedek alınması işlemi, her gün en az bir kere olmak üzere, tercihen mesai saatleri dışında gerçekleştirilmelidir. Aynı server üzerinde yer alan başka bir hard disk ya da başka bir hard disk bölümü üzerine alınan yedekler kabul edilmemelidir.

Not: Bir gün öncesine ait yedek kayıtlarının varlığı sorgulanabilir.

HASTA KAYITLARI VE DOSYASI

30. Merkez, başvuruda bulunan kişilere ait dosyaların usulüne uygun doldurulduğunu kontrol eden bir düzenlemeye sahip olmalıdır.

30.1. Başvuruda bulunan kişiler için hazırlanan dosyaların, içerik (davet sürecinden çıkış aşamasına kadar yapılan tüm işlemler) bakımından eksiksiz olmasını sağlamak üzere kontrol talimatı bulunmalıdır.

Amaç: Tarama süreçlerine ait kayıtların güvenilirliğinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Başvuruda bulunan bireye ait dosyalarda hangi dokümanların bulunacağı kurum tarafından belirlenmelidir.
- b) Kurum belirli periyotlarla oluşturduğu kontrol listeleriyle dosyaların içeriğini kontrol etmelidir.

Not: Randomize olarak seçilen birinin dosyası kontrol edilebilir.

30.2. Başvuruda bulunan kişiler için teşhis ve tarama işlemlerine yönelik bilgilendirme ve onay formu doldurulmalıdır.

Amaç: Başvuruda bulunan kişinin bilgilendirilmesinin sağlanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Başvuruda bulunan bireyin teşhis ve tarama işlemlerine yönelik bilgilendirme ve onay formu bulunmalıdır.
- b) Dosyalar randomize yöntemle kontrol edilir.
- c) Onam formları işleme özel olmalıdır. Onam formlarında ilgili birey ya da yakını ve doktorun adları, imzaları, formun doldurulma tarihi ve saati mutlaka bulunmalıdır.

ARŞİV

31. Arşiv bölümü hizmet sunumu için mevzuata uygun şartları taşımalıdır.

Amaç: Arşiv bölümünün etkili çalışmasını sağlayarak hasta dosyalarına zamanında ve doğru bir şekilde ulaşılmasını sağlamaktır.

31.1. Devlet arşiv hizmetleri hakkında yayınlanmış olan yönetmeliğin koruma yükümlülüğünü taşımalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkez elinde bulundurduğu arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumalı, mevcut aslı düzenleri içerisinde tasnif edip saklamalıdır. (Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toza ve her türlü hayvan ve haşaratın tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınması vb.)

31.2. Dosyaların ne şekilde kabul edileceği ve dosyada olması gereken muhteviyat yazılı olarak belirlenmelidir.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Dosyaların kabul şekli ve dosyada olması gereken muhteviyat yazılı olarak belirlenmelidir.

31.3. Yazılı olarak tanımlanmış dosya saklama, imha usul ve esasları bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yazılı olarak tanımlanmış dosya saklama, imha usul ve esasları bulunmalıdır.

31.4. Dosyalama işlemlerinde standart dosya planı uygulanmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Dosyalama işlemlerinde standart dosya planı uygulanmalıdır.

31.5. Yangın, su baskını vb. olaylarda alınacak önlemlere ilişkin talimat bulunmalıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Yangın, su baskını vb. olaylarda alınacak önlemlere ilişkin talimat bulunmalıdır.

TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİK

32. Merkez yerleşkesinde çevre düzenlemesi yapılmalıdır.

32.1. Merkez yerleşkesinde oturma bankları bulunmalıdır.

Amaç: Merkeze ait alanlarda yapılacak düzenlemelerle hizmet sürecinde yer alanların oturma ihtiyaçlarının karşılanmasıdır.

Değerlendirilecek Hususlar:

- a) Merkezin çevre şartlarına uygun şekilde oturma banklarının bulunup bulunmadığı kontrol edilir.