T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE
SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

ENGELLİ VE YAŞLI HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ

- KALİTE İZLEME VE DEĞERLENDİRME DAİRESİ BAŞKANLIĞI -

ENGELLİ VE YAŞLI BAKIM HİZMETLERİNDE KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

ANKARA 2020

EDİTÖR

Uzm. Dr. Orhan KOÇ

YAYIN EKİBİ

Duygu KIRGIN TOPRAK, Emel PEKÇETİN, Serkan KOLAT, Sevim Şeyma ÇAKIR

HAZIRLAYANLAR

Arife Ülkem KARABULUT (Sos. Çal.- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Ankara İl Müdürlüğü)

Buket ATAY (Uzm. Öğrt. – Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Eğitim, Rehabilitasyon, Sosyal Hayata Katılım Daire Başkanlığı)

Burcu FIRAT (Dr. Fzt.- Seyran bağları Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi)

Deniz DAĞISTAN (Fzt.- Elmadağ Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi)

Duygu KIRGIN TOPRAK (Uzm. Fzt. – Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Kalite İzleme ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığı)

Nur Eda KARADELİ (Uzm. Fzt. - Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Ankara İl Müdürlüğü)

Emel PEKÇETİN (Uzm. Fzt. – Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Kalite İzleme ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığı)

Emine BÖÇKÜN (Uzm. Hemş. Buca Sosyal Hizmet Merkezi)

Filiz ALITHAN (Hemş. – Süleyman Demirel Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi)

Leyla KAHRAMAN (Sos. Çal.- Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Ankara İl Müdürlüğü)

Nil TEKİN (Doç. Dr.- Narlı dere Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi)

Sercan CEYLAN (Uzm. ÇGU. Saray Engelsiz Yaşam ve Rehabilitasyon Merkezi)

Serkan KOLAT (Daire Başkan V. Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Kalite İzleme ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığı)

Sultan KARAKUŞ (Sos. Çal. - Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli Bakım Hizmetleri Daire Başkanlığı)

(İsimler alfabetik sıralama ile yazılmıştır.)

İÇİNDEKİLER

ÖNSÖZ ... 1
KISALTMALAR ... 2
GİRİŞ ... 4
BHKS METODOLOJİSİ ... 6
KODLAMA SİSTEMATİĞİ ... 11
BOYUTLAR ... 12
KOD ... 12
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ ... 12
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ ... 12
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ ... 12
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ ... 12
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ ... 12
BHKS DEĞERLENDİRME SİSTEMATİĞİ ... 13
HİZMET MODELLERİ ve HİZMET PROFİLLERİ ... 43
EVDE BAKIMA DESTEK VE GÜNDÜZ YAŞAM MERKEZİ HİZMET MODELLERİ BAKIM KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 48
EVDE BAKIMA DESTEK HİZMETİ: ... 48
GÜNDÜZ YAŞAM MERKEZİ: ... 51
YATILI KURUMSAL BAKIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 57
KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 71
TESİS YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 79
ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 83
BİLGİ GÜVENLİĞİ VE YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 95
GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 97
EĞİTİM YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 102
KARŞILAMA HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 105
SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 113
KİŞİSEL BAKIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 124
BESLENME HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ ... 127

YAŞAMA KATILIM KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 130
FİZİKİ VE ERGONOMİK DÜZENLEMELER KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 136
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI VE HİZMET VEREN GÜVENLİĞİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 141
GÜVENLİK VE UYGUNLUK KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 145
YAŞAM SONU HİZMETLER KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 157
HİZMET ALAN DOSYASI VE ARŞİV HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 161
MUTFAK HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 164
ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 168
TEMİZLİK VE BAKIM ONARIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 170
STOK YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 174
ATIK YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 176
GÖSTERGELERİN ÖLÇÜLMESİ VE İZLENMESİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ 179
YÖNETİM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ KARTLARI 181
BAKIM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ KARTLARI 190
TALİMATLAR 202
SÖZLÜ İSTEM TALİMATI 203
DÜŞMEYİ ÖNLEME TALİMATI 205
YATAĞA BAĞIMLI BİREYLERDE POZİSYONLAMA TALİMATI 207
BASINÇ ÜLSERİ/YARASI ÖNLEME TALİMATI 209
BASINÇ ÜLSERİ-YARASI TEDAVİ TALİMATI 211
BEL SAĞLIĞI TALİMATI 213
GÜNLÜK KİŞİSEL TEMİZLİK TALİMATI 217
BANYO YAPTIRMA TALİMATI 218
VÜCUT SİLME TALİMATI 220
YATAKTA SAÇ YIKAMA TALİMATI 221
AĞIZ-DİŞ BAKIM TALİMATI 223
SAÇ-SAKAL TIRAŞ TALİMATI 224
EL-TIRNAK BAKIM TALİMATI 226
AYAK-TIRNAK BAKIM TALİMATI 227
SÜRGÜ/ÖRDEK İLE TUVALET KULLANIM TALİMATI 228
ALT BAKIMI TALİMATI 230

BESLENME TALİMATI 232
ÖFKE/KRİZ KONTROL ODASI TALİMATI 234
FORMLAR 236
FİYOTERAPİ DEĞERLENDİRME FORMU 237
BESLENME DURUMU DEĞERLENDİRME FORMU 240
HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRME FORMU 242
İLK KABUL MUAYENESİ 245
PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME FORMU 247
İLK KABUL FORMU 249
HAFTALIK BİREYSEL BAKIM PLANI 253
HAFTALIK BİREYSEL BAKIM PLANI 253

ÖNSÖZ

Dünyada ve ülkemizde zaman içerisinde değişen nüfus yapısına paralel olarak engelli ve yaşlı bireylerin ihtiyaçları ve bu ihtiyaçları karşılamaya yönelik olarak sunulan hizmetler de değişmiştir. Günümüzde engelli ve yaşlı bireylerin bakım ihtiyacı geçmişe göre daha öncelikli ve sürekli gündeme alınması gereken öncelikli bir alan haline gelmiştir.

Ülkemizde engelli ve yaşlı bakım hizmetlerinde homojen ve objektif bir birliktelik sağlamaya yönelik, yapısal bir dönüşüm ihtiyacı özellikle 2000'li yıllarda ortaya çıkmıştır. Bu kapsamda Bakanlığımız, engelli ve yaşlı bakım hizmetlerinin aile yanında verilmesi üzerine kurulu olan "bakım hizmetlerini geliştirme ve güçlendirme" politikası kapsamında, sistemli ve nitelikli bakım hizmetinin sunulabilmesini sağlamak amacıyla "Bakım Hizmetleri Kalite Standartları"nı belirlemiştir. "Bakım Hizmetleri Kalite Standartları" hak ve kişi temelli, bakım hizmetine ihtiyaç duyan engelli ve yaşlı bireyin mahremiyeti, bakım alan ve bakım verenin güvenliği ve yüksek memnuniyetine önem veren bir anlayışla hazırlanmış, kalite ve performans ölçümlerine izin verecek şekilde planlanmıştır

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, evde bakıma destek hizmeti ve gündüz bakım hizmetleri için zorunlu hale gelmiştir. Bu kapsamda "Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Uygulama Rehberi" alan deneyimi olan uzman ekip tarafından hizmet modellerine göre hazırlanmıştır.

Engelli ve yaşlı bireylere sunulacak bakım hizmetlerinde yapısal bir dönüşümü hedefleyen "Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Uygulama 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

KISALTMALAR

AÇSHB: Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı

ATT: Acil Tıp Teknikeri

BBH: Bakım Hizmeti Yönetimi Beslenme Hizmetleri

BFE: Bakım Hizmeti Yönetimi Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler

BGU: Bakım Hizmeti Yönetimi Güvenlik ve Uygunluk

BHKS: Bakım Hizmetleri Kalite Standartları

BKB: Bakım Hizmeti Yönetimi Kişisel Bakım Hizmetleri

BKH: Bakım Hizmeti Yönetimi Karşılama Hizmetleri

BSÇ: Bakım Hizmeti Yönetimi Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği

BSH: Bakım Hizmeti Yönetimi Sağlık Hizmetleri

BYK: Bakım Hizmeti Yönetimi Yaşama Katılım

BYS: Bakım Hizmeti Yönetimi Yaşam Sonu Hizmetler

DAY: Destek Hizmetleri Atık Yönetimi

DÇH: Destek Hizmetleri Çamaşırhane Hizmetleri

DDA: Destek Hizmetleri Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri

DMH: Destek Hizmetleri Mutfak Hizmetleri

DSY: Destek Hizmetleri Stok Yönetimi

DTB: Destek Hizmetleri Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri

EKG: Elektrokardiyogram (Kalp Akım Grafiği)

EYHGM: Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü

G: Güvenlik

GBH: Gösterge Yönetimi Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri

GGÖ: Gösterge Yönetimi Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi

GYA: Günlük Yaşam Aktiviteleri

GYH: Gösterge Yönetimi Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri

G+M: Güvenlik+Mahremiyet

HBC: Hasta Başı Cihazı

HBM: Hizmet Modelleri Bakım Merkezi

HEB: Hizmet Modelleri Evde Bakıma Destek

HGY: Hizmet Modelleri Gündüz Yaşam Merkezi

HHE: Hizmet Modelleri Huzurevi

HÖB: Hizmet Modelleri Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri)

HYU: Hizmet Modelleri Yaşam Evi/Umut Evi

KAD: Kurumsal Hizmet Yönetimi Kuruluş Acil Durum ve Afet Yönetimi

KKE: Kişisel Koruyucu Ekipman

KKG: Kalite Göstergeleri

KKY: Kurumsal Hizmet Yönetimi Kuruluş Yönetim Hizmetleri

KTY: Kurumsal Hizmet Yönetimi Kuruluş Tesis Yönetimi

KBG: Kurumsal Hizmet Yönetimi Bilgi Güvenliği ve Yönetimi

KGR: Kurumsal Hizmet Yönetimi Güvenlik Raporlama Sistemi

KEY: Kurumsal Hizmet Yönetimi Eğitim Yönetimi

M: Mahremiyet

MDL: Muadil

MDL-G: Muadil Güvenlik

STK: Sivil Toplum Örgütü

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

UPS: Kesintisiz Güç Kaynağı

YOTA: Yapısal Olmayan Tehlikelerin Azaltılması

GİRİŞ

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü (EYHGM)'nce, engelli ve yaşlılara yönelik bakım hizmeti kalitesinin geliştirilmesi, aksayan süreçlerin yönetilmesi, sunulan hizmetlerin ve kuruluşların performansının ölçülmesi, hizmet alan bireyin mahremiyeti ile bakım hizmeti alan ve verenlerin güvenliğinin sağlanması ve memnuniyetinin ölçüldüğü bir sistemin kurulmasına destek olunması amacıyla kalite çalışmaları yürütülmektedir.

EYHGM bünyesinde çalışmalar yürüten Kalite İzleme ve Değerlendirme Dairesi Başkanlığı; alandan gelen bilgi, deneyim ve bilimsel çalışmalar eşliğinde hizmet alanın ihtiyacını sürdürülebilir ve erişilebilir şartlarla üretebilme, çalışanların emeklerini ortaya çıkarabilme niyeti ile bakım hizmetlerin kalitesini geliştirme çabalarını devam ettirmektedir. Bu kapsamda "*Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine İlişkin Yönerge"* Bakan oluru ile 16 Aralık 2019 tarihinde yayınlanmıştır. Yönergenin Eki olan Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarımız Bakım Hizmet Modelleri, Kurumsal Hizmet Yönetimi, Bakım Hizmet Yönetimi ve Destek Hizmetlerine ait kalite standartları ile Gösterge Yönetimine ait kalite standartlarını içermektedir.

BKHS çalışmalarının arkasındaki felsefenin detaylı olarak açıklanması için Bakım hizmetleri kalite standartlarına ilişkin bakım hizmetleri kalite standartları uygulama rehberi çalışması yapılmıştır. Bakım Hizmetleri Kalite Standartları (BHKS) Uygulama Rehberi anayasa, kanunlar ve bu kanunlardan hareketle kurulan kurum ve kuruluşlarının mevzuatı, hükümet programları ve kalkınma planlarında yer alan bakım hizmetlerinin mahremiyet ve güvenlik ilkeleri doğrultusunda kaliteli, sürdürülebilir, izlenebilir ve ölçülebilir olması, önce insan ilkesi göz önüne alınarak hazırlanan bakım hizmetleri kalite standartlarının geliştirilmesi hizmet alanın ve hizmet verenin güvenliği ve memnuniyeti ile hizmet alanın mahremiyetinin, saygınlığının ve onurunun korunması için uygulamalara rehber olma amacı taşımaktadır. Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Uygulama Rehberi ile;

- Engelli ve yaşlı bireylerin ihtiyacı olan kaliteli hizmetin sağlanması,
- Sosyal refah hizmetlerinin en üst seviyede verilmesi,
- Engelli ve yaşlı bakım hizmetlerinin tüm yönleri ile değerlendirilmesi,
- Engelli ve yaşlı bakım ve rehabilitasyon hizmetlerinde homojen ve objektif bir birliktelik sağlanması,

- Bakım hizmetlerini geliştirme ve güçlendirme politikası gereği hizmet modellerinin standartlarının geliştirilmesi,
- Kalite ve performansın ölçülebilir olmasını mümkün olacaktır.

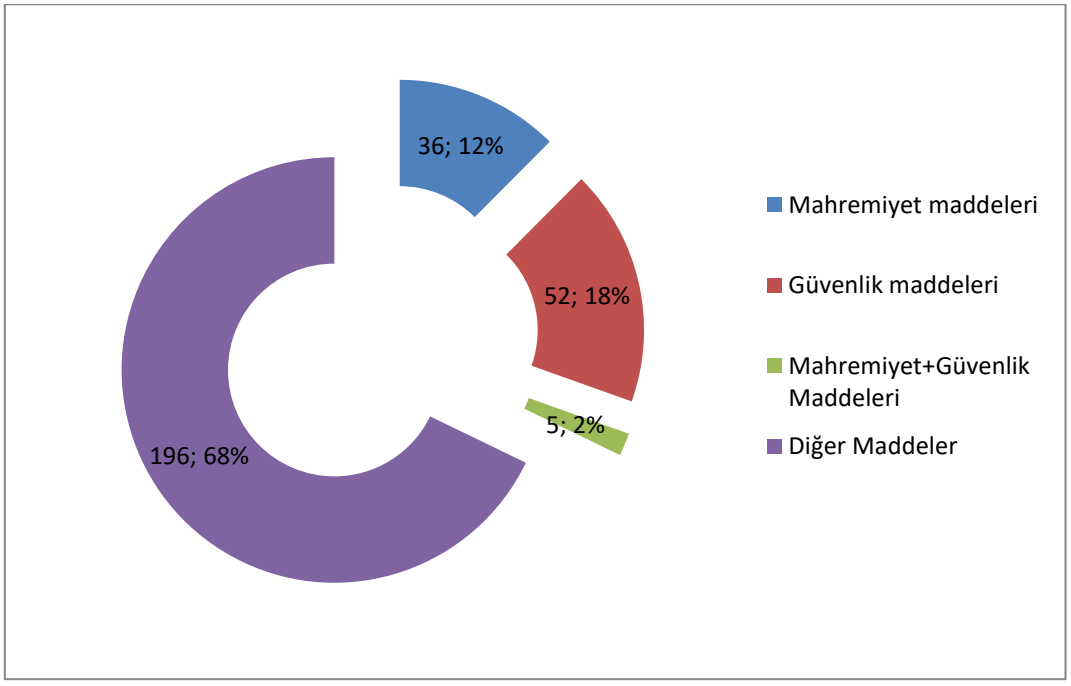
Bu rehber çalışması ile alanda çalışan kişilerin ve ilgililerin BHKS çalışmaları hakkında bilgilendirilmesi planlanmaktadır. Rehberde bakım hizmetleri kalite standartları setinde yer alan her bölüme ait açıklamalar ile alanda kafa karışıklığı yaratabilecek konular olan öz değerlendirme süreci, BHKS içinde geçen talimatlar, programlar, hizmet sunum sürecinde geçen bazı kavramların-uygulamaların açıklamaları, kalite göstergeleri, bu göstergelerin nasıl ölçüleceği ve değerlendirmeye katkısı ile puanlama sisteminin temel argümanlarına ilişkin detaylı bilgiler yer almaktadır.

BHKS METODOLOJİSİ

Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü olarak sunulmakta olan bakım hizmetlerinin mahremiyet ve güvenlik ilkeleri doğrultusunda kaliteli ve sürdürülebilir olmasının yanında izlenebilir ve ölçülebilir olması da esas alınmıştır. Önce insan ilkesi göz önüne alınarak hazırlanan bakım hizmetleri kalite standartlarının geliştirilmesinde hizmet alanın ve hizmet verenin güvenliği ve memnuniyeti ile hizmet alanın mahremiyetinin, saygınlığının ve onurunun korunması öncelikli unsurlardır.

Mahremiyet ilkesi temel olarak otonomi hakkıdır. Mahremiyet kendimiz hakkındaki bilgiyi -bu bilgiye girişi sınırlama hakkı dahil- kontrol hakkını içermektedir. Mahrumiyet hakkı sırları gizli tutma hakkını ve onları ancak özel konuşmalarda paylaşmayı kapsamaktadır. En önemlisi, mahremiyet hakkı yalnızlık, samimiyet ve anonimliği yaşama hakkı demektir. Mahremiyet kavramının üç özelliği vardır. Bunlar mekânsal mahremiyet, kişi mahremiyeti ve bilgi mahremiyetidirler. Birincisi, kişiyi çevreleyen yakın fiziksel alanı korumayı, ikincisi kişiyi haksız müdahalelere karşı korumayı, üçüncüsü kişisel verilerin toplanma, saklanma, işlenme ve dağıtımının nasıl yapılacağını veya yapılmayacağını kontrol etmeyi gerektirmektedir. Bakım hizmetleri kalite standartları mahremiyet ilkesi ile bu ilkeden yola çıkarak ortaya çıkan hizmet alanın ve verenin güvenliğini sağlamayı amaçlayan güvenlik ilkesi temelinde ele alınmıştır. BHKS değerlendirilmesinde de bu iki ilke öncü rol oynamaktadır. Grafik 1 BHKS içinde mahremiyet ve güvenlik maddelerine ait sayısal dağılımı göstermektedir.

Grafik 1: Mahremiyet ve Güvenlik Maddeleri



Bakım Hizmeti Kalite Standartları uygulama süreci öncelikli olarak kuruluşların öz değerlendirmeleri ile başlayacak olup, bu değerlendirmelerden sonra kuruluşların BHKS ile uyumsuz olan yönlerinin iyileştirilmesine yönelik süreçleri başlatmaları beklenmektedir. Öz değerlendirmelerin ardından EYHGM tarafından oluşturulan BHKS İzleme ve Değerlendirme Ekipleri kuruluşları bakım kalite standartlarına göre değerlendirerek kuruluş kalite puanları belirlenecektir. İleriki dönemlerde ise kuruluş BHKS puanı ile hizmet alanın ve hizmet verenin memnuniyet ölçüm sonuçları birlikte ele alınarak kuruluşlara yapılan ödemeler belirlenecektir.

Bu temelde BHKS uygulama esasları;

1. Kuruluşların öz değerlendirmeleri
2. İyileştirme süreç yönetimi
3. İzleme ve değerlendirme,
4. Puanlama ve belgelendirme
5. Hizmet alanın ve verenin memnuniyet ölçümleri
6. Erişilebilirlik Belgesi
7. Ödemeler ile ilişkilendirme üzerine kurgulanmıştır.

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları uygulanması için kuruluşlarda kalite birimleri oluşturulmalıdır. Bu birimlerin öz değerlendirme, süreç iyileştirme, kalite ekiplerinin kurulması, göstergelerin izlenmesi ve memnuniyet ölçümleri konularında sorumlulukları bulunmaktadır. 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 yönlere 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.

Standartların uygulanmasında rehberlik yapmak ve uygunluğu değerlendirmek amacıyla, izleme ve değerlendirme ekipleri oluşturulmuştur. Ekipler; Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nde görevli, alan tecrübesi olan, bakım hizmetleri kalite eğitimi almış, personelden oluşturulur. Ekiplerde belirtilen niteliklere sahip ikisi meslek elemanı, biri idari personelden oluşan 3 değerlendirici bulunur. İzleme ve değerlendirme ekipleri, kuruluşların kalite standartlarına uygunluğunun değerlendirmesini yaparak kuruluşların kalite

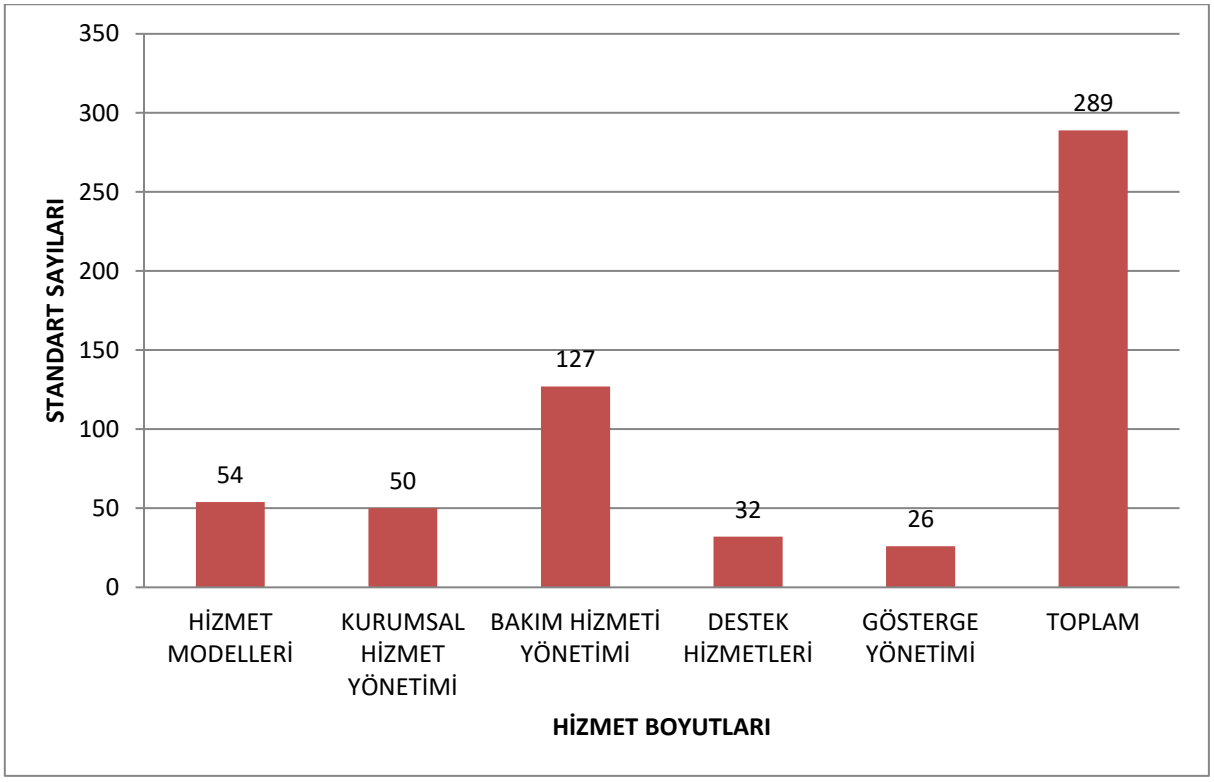
puanlarını ve değerlendirme sürecine dair hazırladıkları raporu genel müdürlüğe bildirmekle yükümlüdür.

Değerlendirmeler, kuruluşlar öz değerlendirmelerini yaptıktan ve süreçlerini iyileştirme çalışmalarını başlattıktan sonra, kuruluşların hizmet sunduğu birimlerin sayısı ve hizmet alan kapasitesine göre EYHGM tarafından belirlenen "değerlendirme iş planı"na uygun olarak yapılacaktır. Değerlendirmelerin ne kadar süreceği bu iş planı çerçevesinde belirlenmiş olacaktır. Kuruluş kalite değerlendirmesinde karşılanmayan standartlara ilişkin izleme ve değerlendirme ekibi tarafından kuruluşlara geri bildirimde bulunulacaktır. Kuruluşların kalite puanları veya belgeleri reklam amaçlı kullanılabilecek ve ödeme ile ilişkilendirilme yapılacaktır.

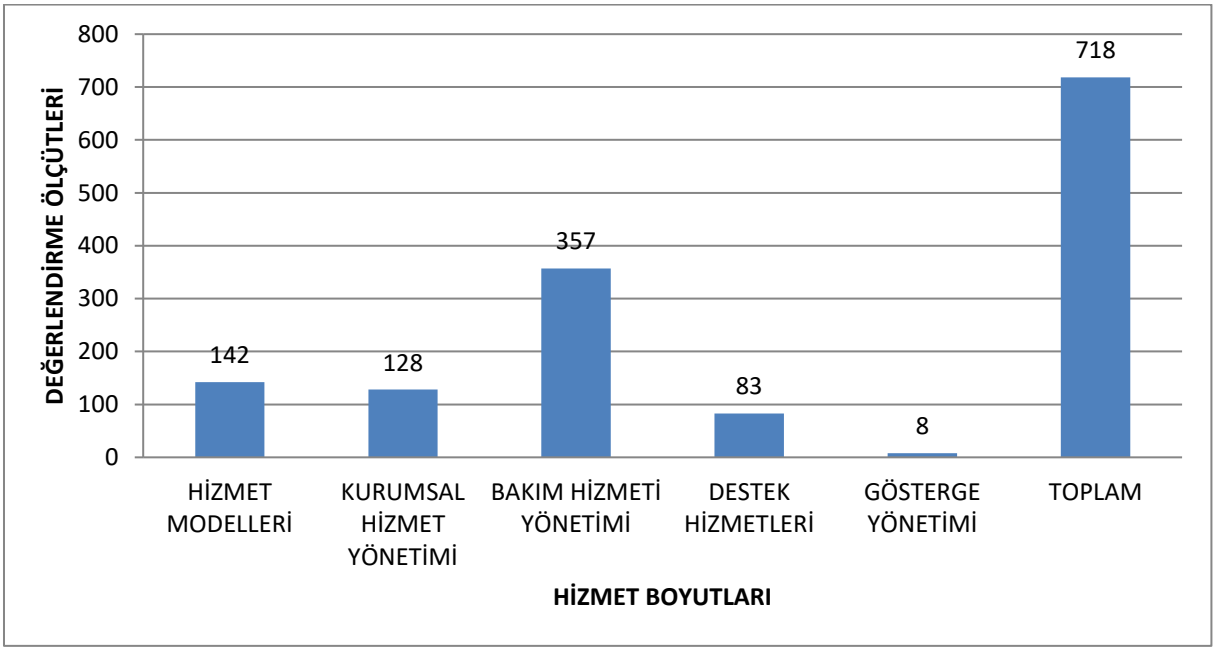
Valilikler bünyesinde oluşturulan Erişilebilirlik İzleme ve Denetleme Komisyonları tarafından, erişilebilirlik izleme ve denetleme çalışmaları yapılmaktadır. Kalite standartlarına uygunluğu değerlendirilen kuruluşların Erişilebilirlik Belgesi'ne sahip olması beklenmekle birlikte bu konuda farkındalık yaratmak ve kuruluşları buna hazırlamak amacıyla Erişilebilirlik Belgesine sahip olunması çekirdek puan olarak belirlenmiş olup BHKS puanına etki edecek bir unsurdur. Konu "*Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine İlişkin Yönerge"*sinde detaylı olarak ele alınmıştır.

Bu bağlamda engelli ve yaşlılara yönelik toplam iki yüz seksen dokuz (289) standart ve bunlara bağlı yedi yüz on sekiz (718) değerlendirme ölçütü belirlenmiştir. Grafik 2 ve Grafik 3 hizmet boyutlarına ait standart sayılarını ve değerlendirme ölçütü sayılarını göstermektedir. Tablo 1'de ise BHKS'nın boyut ve bölümlere göre sayısal dağılımı detaylı olarak verilmiştir.

Grafik 2: Hizmet Boyutlarına Ait Standart Sayıları



Grafik 3: Hizmet Boyutlarına Ait Değerlendirme Ölçütleri



Tablo 1: BHKS Sayısal Dağılım Tablosu

Boyut ve Bölümler	Standart Sayısı	Değerlendirme Ölçütü Sayısı
Boyut 1: HİZMET MODELLERİ		
Evde Bakıma Destek	7	19
Gündüz Yaşam Merkezi	16	49
Yaşam Evi/Umut Evi (Toplum Temelli Yaşam Destekleri)	8	23
Huzurevi	5	13
Bakım Merkezi	7	12
Uzun Dönem Bakım ve Reh. Merkezi	11	26
Boyut 2: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ		
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41
Tesis Yönetimi	13	26
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22
Bilgi Güvenliği ve Bilgi Yönetimi	12	22
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11
Eğitim Yönetimi	2	6
Boyut 3: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ		
Karşılama Hizmetleri	12	32
Sağlık Hizmetleri	19	52
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50
Beslenme Hizmetleri	7	17
Yaşama Katılım	23	73
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22
Güvenlik ve Uygunluk	14	43
Yaşam Sonu Hizmetleri	5	3
Boyut 4: DESTEK HİZMETLERİ		
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5
Mutfak Hizmetleri	7	23
Çamaşırhane Hizmetleri	4	8
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23
Stok Yönetimi	4	13
Atık Yönetimi	4	11
Boyut 5: GÖSTERGE YÖNETİMİ		
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	0
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	12	2
TOPLAM	289	718

KODLAMA SİSTEMATİĞİ

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları kodlama sistematiği, boyutlar, bölümler, standartlar ve değerlendirme ölçütlerini içerecek şekilde tanımlanmıştır. Standardın kodu iki kısımdan oluşmaktadır. Birinci kısım *harflerden* ikinci kısım ise *rakamlardan* oluşmaktadır. Birinci kısmı oluşturan harfler *ilgili boyutun ilk harfini*, ikinci ve üçüncü harfler ise *ilgili bölümün ilk harflerini* almıştır. İkinci kısmı oluşturan iki basamaklı rakamlar ise *ilgili bölümün standart numarasını*, değerlendirme ölçütlerindeki ilk iki rakam *değerlendirme ölçütünün hangi standarda ait olduğunu,* son iki rakam ise *değerlendirme ölçütünün sıra numarasını* ifade etmektedir. Örneğin,

Standart Kodu: BYK01

"Bakım Hizmeti Yönetimi" boyutunun "Yaşama Katılım" bölümünde yer alan 1 numaralı standardı ifade etmektedir.

Değerlendirme Ölçütü Kodu: BYK01.01

"Bakım Hizmeti Yönetimi" boyutunun "Yaşama Katılım" bölümünde yer alan 1 numaralı standardın 1. Değerlendirme ölçütünü ifade etmektedir.

Tablo 2: Örnek Kodlama Sistematiği

HGY07	**Merkez güvenli transfer hizmeti sunar.**	HGY07.01	Transferi yapacak araçta refakatçi personel olmalıdır.	**30**
		HGY07.02	Hizmet alanın durumuna uygun donanım (asansör, her koltukta emniyet kemeri vs.) olmalıdır.	

Tablo 3: Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Kodlama Sistematiği

BOYUTLAR	KOD
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ	
EVDE BAKIMA DESTEK	HEB
GÜNDÜZ YAŞAM MERKEZİ	HGY
YAŞAM EVİ/UMUT EVİ (TOPLUM TEMELLİ YAŞAM DESTEKLERİ)	HYU
HUZUREVİ	HHE
BAKIM MERKEZİ	HBM
UZUN SÜRELİ BAKIM VE REHABİLİTASYON ÜNİTESİ/MERKEZİ (ÖZEL BAKIM ÜNİTESİ)	HÖB
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ	
KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ	KKY
TESİS YÖNETİMİ	KTY
ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ	KAD
BİLGİ GÜVENLİĞİ VE YÖNETİMİ	KBG
GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ	KGR
EĞİTİM YÖNETİMİ	KEY
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ	
KARŞILAMA HİZMETLERİ	BKH
SAĞLIK HİZMETLERİ	BSH
KİŞİSEL BAKIM HİZMETLERİ	BKB
BESLENME HİZMETLERİ	BBH
YAŞAMA KATILIM	BYK
FİZİKİ VE ERGONOMİK DÜZENLEMELER	BFE
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI VE HİZMET VEREN GÜVENLİĞİ	BSÇ
GÜVENLİK VE UYGUNLUK	BGU
YAŞAM SONU HİZMETLER	BYS
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ	
HİZMET ALAN DOSYASI VE ARŞİV HİZMETLERİ	DDA
MUTFAK HİZMETLERİ	DMH
ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ	DÇH
TEMİZLİK VE BAKIM ONARIM HİZMETLERİ	DTB
STOK YÖNETİMİ	DSY
ATIK YÖNETİMİ	DAY
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ	
GÖSTERGELERİN ÖLÇÜLMESİ VE İZLENMESİ	GGÖ
YÖNETİM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ	GYH
BAKIM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ	GBH

BHKS DEĞERLENDİRME SİSTEMATİĞİ

Bakım hizmetlerinde kalite değerlendirmelerinin temel amacı; Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarının hedefleri ve standartlar bazında belirlenen amaçlara göre hareket etmektir. Bu bağlamda değerlendirme sistematiğini oluşturan parametreler şunlardır;

- Kanıtların Toplanması
- Kanıtların Analizi
- Standartların Puanının Belirlenmesi
- Bakım Kalite Puanının Elde Edilmesi

Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarında her bir standardın belirlenmiş puan değeri bulunmaktadır. Standardın nasıl sağlanacağı ile ilgili alt değerlendirme ölçütlerine yer verilmiştir. Bazı standart maddeleri ise sadece ana standart maddesinden oluşmakta olup alt değerlendirme ölçütü bulunmamaktadır. Her bir standardın altında yer alan değerlendirme ölçütüne ayrı ayrı değer verilmiştir. Buna göre bir standardın puanı, altında yer alan değerlendirme ölçütlerinden elde edilen puanların toplamına eşittir. Değerlendirilen standartlardan elde edilen toplam puan ise kuruluşun elde edeceği "Bakım Kalite Puanı"nını vermektedir.

Kuruluşlar alt değerlendirme ölçütlerine ait puanların detaylarını "Engelli ve Yaşlılara Yönelik Kalite Standartlarını Değerlendirilme Sistemi- KALİDES"ne giriş yaptıklarında göreceklerdir. Değerlendirmelerde her bir değerlendirme ölçütüne ayrı ayrı puan verilerek puanlamalarda objektif olunmasını sağlamak amaçlanmıştır. Bu sayede engelli ve yaşlılara yönelik hizmet sunan kuruluşlar sundukları hizmet modelleri ile hizmet sundukları kesimin özelliklerine göre ayrı ayrı değerlendirmeye alınacaklardır. Bu şekilde BHKS içinde yer alan standartların tamamı kuruluşun engelli veya yaşlılara yönelik hizmet sunma durumu ile sunduğu hizmet modeline göre yirmi (20) fasiküle ayrılmıştır. Bunlar;

1. Evde Bakıma Destek
2. Gündüz Yaşam Merkezi
3. Huzurevi
4. Yaşlı Bakım Merkezi
5. Engelli Bakım Merkezi
6. Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)
7. Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi)
8. Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi

9. Huzurevi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)
10. Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)
11. Engelli Bakım Merkezi ve Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi)
12. Yaşam Evi ve Huzurevi
13. Yaşam Evi ve Yaşlı Bakım Merkezi
14. Umut Evi ve Engelli Bakım Merkezi
15. Huzurevi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)
16. Umut Evi, Engelli Bakım Merkezi ve Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi)
17. Yaşam Evi, Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi
18. Yaşam Evi, Huzurevi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)
19. Yaşam Evi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)
20. Yaşam Evi, Huzurevi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi)

Yukarıda bahsedildiği gibi fasiküller oluşturulurken kuruluşların hizmet sundukları alanlar ve modeller göz önünü alınmıştır. Bazı kuruluşlar birden fazla hizmet modeli ile hizmet sunmaktadırlar. Bu durumda aynı bölümden tekrarlı puanlama yapılarak kafa karışıklığı yaratmamak adına fasiküllerin oluşturulması önem arz etmektedir. Ayrıca engelliliğe veya yaşlılığa özel standartların net olması açısından da fasiküller önem taşımaktadır. Aşağıdaki tablolarda her bir fasiküle ait standartların detayları ve puanları verilmiştir.

Yaşam evi ve umut evi hizmet modeli sadece kamuya ait merkezlerde geçerli olduğu için bu modellerin geçtiği fasiküller sadece kamuya ait kuruluşları ilgilendirmektedir. Konu ile ilgili gerekli detaylar tablolar arasında anlatılmıştır.

Fasiküllerden ilki Evde Bakıma Destek hizmet modeli ile ilgilidir. Buna göre Tablo 4'te Evde Bakıma Destek hizmet modeli standartlarına ait detayları ve puanlarını verilmektedir.

Tablo 4: Evde Bakıma Destek Modeli Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Evde Bakıma Destek	7	19		1		1	5	1			**220**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	7	17		3		1	3	3			**200**
Bilgi Güvenliği ve Bilgi Yönetimi	12	21		2	1		3	1	1	7	**190**
Güvenlik Raporlama Sistemi	1	3			1		1				**30**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	5	12		1		1	3			1	**150**
Yaşama Katılım	5	13					5				**150**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	2	5					2				**60**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	19	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	2	3	2				2				**60**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	3	3	1				3				**90**
Atık Yönetimi	2	5					2				**60**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	5				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	6						6				**180**
	66	**131**	**5**	**7**	**3**	**9**	**41**	**6**	**2**	**8**	**1900**

İkinci fasikül, Gündüz Yaşam Merkezi hizmet modeline aittir. Tablo 5, Gündüz Yaşam Merkezi hizmet modeli standartlarına ait detayları ve puanlarını verilmektedir.

Tablo 5: Gündüz Yaşam Merkezi Modeli Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Gündüz Yaşam Merkezi	16	49		3			13		1	1	**470**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**60**
Tesis Yönetimi	14	28	7				10	3		1	**380**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22		2	1		3	1	1	7	**190**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	11	30		1		1	3	3	2	2	**260**
Sağlık Hizmetleri	16	36	10			2	13	1	1		**520**
Kişisel Bakım Hizmetleri	8	18	1	6			8				**240**
Beslenme Hizmetleri	7	16					5	2			**190**
Yaşama Katılım	21	64		2			21				**630**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	18	55	3	1			16	1			**500**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	2	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	33	5				10				**300**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**7**
Çamaşırhane Hizmetleri	4	8					4				**130**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	3				7	3			**270**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	10	2					10				**300**
	220	**544**	**43**	**19**	**4**	**11**	**164**	**24**	**8**	**11**	**5477**

On sekiz (18) fasikül yatılı hizmet sunan kuruluşlarla ilgilidir. Buna göre Bakım Hizmeti Kalite Standartları Hizmet Modelleri Boyutunda yer alan Yaşam Evi/Umut Evi, Huzurevi, Bakım Merkezi, Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Özel Bakım Ünitesi) hizmet modelleri yatılı kurumsal bakıma yönelik modellerdir. Alanda yapılan pilot değerlendirmeler sonucunda bu modellerin kuruluşların engelli ve yaşlılara yönelik hizmet sunma durumuna göre ayrı ayrı değerlendirilmeye alınması gerekliliği ortaya çıkmıştır. Buna göre, Tablo 6 Huzurevi, Tablo 7 Yaşlı Bakım Merkezi, Tablo 8 Engelli Bakım Merkezi, Tablo 9 Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi), Tablo 10 Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi) modellerine ait standart detaylarını ve puanlarını vermektedir.

Tablo 6: Huzurevi Modeli Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Huzurevi	5	13	1				3			2	**150**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**330**
Tesis Yönetimi	14	28	7				10	3		1	**380**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22		2	1		3	1	1	7	**190**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	67	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				10				**300**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	3				7	3			**270**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	229	**583**	**47**	**25**	**5**	**11**	**170**	**28**	**8**	**12**	**6460**

Tablo 7: Yaşlı Bakım Merkezi Modeli Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Bakım Merkezi (Yaşlı)	7	12	1				3			4	**210**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				10	3		1	**380**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22		2	1		3	1	1	7	**190**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				10				**300**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	3				7	3			**270**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	231	**580**	**47**	**25**	**5**	**11**	**170**	**28**	**8**	**14**	**6540**

Tablo 8: Engelli Bakım Merkezi Modeli Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Bakım Merkezi (Engelli)	7	12	1				3			4	**210**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				10	3		1	**380**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22		2	1		3	1	1	7	**190**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	31		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	48	1	12			15	2			**490**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	66		2			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	62	3	1			21		1		**640**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	43	6	1			10				**300**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	3				7	3			**270**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	231	**576**	**48**	**24**	**5**	**10**	**171**	**27**	**8**	**14**	**6500**

Tablo 9: Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modeli Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Yaşlı)	11	26	1	3		1	7	1	1	1	**310**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				10	3		1	**380**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22		2	1		3	1	1	7	**190**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	9	24		1		1	3	2	2	1	**210**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**540**
Kişisel Bakım Hizmetleri	17	48	1	12			15	2			**490**
Beslenme Hizmetleri	6	16					5	1			**170**
Yaşama Katılım	14	46		1			14				**420**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	20	56	3	1		1	17	1	1		**590**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3				**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				10				**300**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	219	**547**	**46**	**24**	**5**	**12**	**160**	**27**	**9**	**10**	**6160**

Tablo 10: Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi) Modeli Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Engelli)	11	26	1	3		1	7	1	1	1	**310**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				10	3		1	**380**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22		2	1		3	1	1	7	**190**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	9	24		1		1	3	2	2	1	**210**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**540**
Kişisel Bakım Hizmetleri	17	48	1	12			15	2			**490**
Beslenme Hizmetleri	6	16					5	1			**170**
Yaşama Katılım	14	46		1			14				**420**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	20	56	3	1		1	17	1	1		**590**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3				**260**
Güvenlik ve Uygunluk	14	43	6	1			14				**420**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	223	**556**	**47**	**25**	**5**	**12**	**164**	**27**	**9**	**10**	**6280**

Huzurevi ve yaşlı bakım merkezi modelinin her ikisinin birlikte ele alındığı sekizinci fasikül hem kamuya ait hem de özele ait merkezlerde geçerlidir. Kuruluşlar aktif yaşlılara ve rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlılara birlikte hizmet sunuyorlarsa bu fasiküldeki standartlar üzerinden değerlendirilmeye alınacaklardır. Tablo 11 huzurevi ve yaşlı bakım merkezi modeli standartlarına ait detayları ve puanlarını vermektedir.

Kuruluşlar aktif yaşlılara ve yatağa bağımlı yaşlılarla birlikte Alzheimer ve Demans son dönemdeki yaşlılara birlikte hizmet sunuyorsa Huzurevi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) modellerinin bir arada yer aldığı dokuzuncu fasiküle göre değerlendirmeye alınacaklardır. Buna göre, Tablo 12 Huzurevi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) modellerine ait standartların detaylarını ve puanlarını vermektedir. Bu fasikül hem kamuya ait hem de özele ait merkezler için geçerlidir.

Bu noktada Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) modeline açıklık getirmek gerekmektedir. Bilindiği üzere yaşlılara yönelik hizmet sunan kuruluşlarda yatağa bağımlı ve tıbbi bağımlı yaşlıların hizmet alacakları odalar veya alanlar bu yaşlıların özelliklerine uygun olarak düzenlenmelidir. Kimi kuruluşlar bu yaşlılar için ayrı bir binada ya da katta hizmet sunmayı tercih edebilir. Kimi kuruluşlarsa bu tür yaşlılar için ayrı odalar düzenleyebilir. Bu kuruluşun insiyatifindedir. Değerlendirmelerde yatağa bağımlı veya tıbbi bağımlı yaşlılar varsa Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) hizmet modeli değerlendirmeye alınacaktır. Ayrıca bu hizmet modelin Alzheimer ve Demans son dönemdeki yaşlılar için de geçerlidir. Bu bağlamda yatağa bağımlı yaşlılar, tıbbi bağımlı yaşlılar ve Alzheimer ve Demans son dönemdeki yaşlılara özel bakım yaşlısı diyebiliriz.

Kuruluşta rehabilitasyon yaşlıları ile özel bakım yaşlılarına birlikte hizmet sunuluyorsa Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) modellerinin birlikte ele alındığı onuncu fasikül geçerli olacaktır. Buna göre, Tablo 13 Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) modellerine ait standart detaylarını ve puanlarını vermektedir.

Tablo 11: Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Huzurevi- Bakım Merkezi (Yaşlı)	5	12	1				3			2	**150**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	11	39		4		2	4	4	2		**320**
Tesis Yönetimi	14	28	7				10	3		1	**380**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22									
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	30		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				10				**300**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	227	**576**	**40**	**25**	**5**	**11**	**162**	**29**	**8**	**12**	**6260**

Tablo 12: Huzurevi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Huzurevi	5	13	1				3			2	**150**
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/ Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Yaşlı)	11	26	1	3		1	7	1	1	1	310
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				10				**300**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	240	**607**	**48**	**28**	**5**	**12**	**176**	**31**	**9**	**13**	**6800**

Tablo 13: Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Bakım Merkezi (Yaşlı)	7	12	1				3			4	**210**
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/ Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Yaşlı)	11	25	1	3		1	7	1	1	1	**310**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				10				**300**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	242	**605**	**48**	**28**	**5**	**12**	**176**	**31**	**9**	**15**	**6860**

Engelli Bakım Merkezi ve Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi) modellerini bir arada sunan kuruluşlar on birinci fasikül kapsamında değerlendirileceklerdir. Bu fasikül hem kamuya ait hem de özel engelli bakım

merkezleri için geçerlidir. Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi) yatağa bağımlı ve/veya tıbbi bağımlı engelliler için geçerlidir. Kuruluş bu engellileri için ayrı bir birim oluşturabilir veya bu tür engellilerin odalarını ayırabilir. Bu kuruluşun insiyatifindedir. BHKS değerlendirmeleri için önemli olan bu tür engelliler için ayrı bir alan düzenlenmiş olması ve bu engellilerin ihtiyaçlarının belirtilen standartlara göre karşılanmasıdır. Tablo 14, Engelli Bakım Merkezi ve Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi) modellerini bir arada sunan kuruluşlardan beklenen standartların detayları ile puanlarını göstermektedir.

Tablo 14: Engelli Bakım Merkezi ve Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Bakım Merkezi (Engelli)	7	12	1				3			4	**210**
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/ Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Engelli)	11	25	1	3		1	7	1	1	1	**310**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	31		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	17	48	1	12			15	2			**490**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	21	65		2			21				**630**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	21	62	3	1			20		1		**610**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	14	43	6	1			14				**420**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	242	**600**	**49**	**27**	**5**	**11**	**178**	**30**	**9**	**15**	**6850**

Yaşam evi ve huzurevi hizmet modellerine ait standartların yer aldığı on ikinci fasikül sadece kamuya ait huzurevleri için geçerlidir. Tablo 15, on ikinci fasiküldeki standartların detaylarını ve puanlarını göstermektedir. Aynı şekilde Yaşam Evi ve Yaşlı Bakım Merkezi modellerinin bir arada ele alındığı on üçüncü fasikül de kamuya ait huzurevleri için geçerlidir. Tablo 16 da bu fasiküle ait detayları göstermektedir.

On dördüncü fasikül engellilere yönelik hizmet sunan kamuya ait engelli bakım merkezleri için geçerlidir. Tablo 17, Umut Evi ve Engelli Bakım Merkezi modellerinin yer aldığı on dördüncü fasikülün standartlarına ait detayları ve puanlarını göstermektedir.

Tablo 15: Yaşam Evi ve Huzurevi Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Yaşam Evi (Toplum Temelli Yaşam Destekleri) (Yaşlı)	8	23	1	2			8				**240**
Huzurevi	5	13	1				3			2	**150**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				7				**210**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	237	**604**	**48**	**27**	**5**	**11**	**174**	**30**	**8**	**12**	**6640**

Tablo 16: Yaşam Evi ve Yaşlı Bakım Merkezi Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Yaşam Evi (Toplum Temelli Yaşam Destekleri) (Yaşlı)	8	23	1	2			8				**240**
Bakım Merkezi (Yaşlı)	7	12	1				3			4	**210**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				7				**210**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	239	**603**	**48**	**27**	**5**	**11**	**174**	**30**	**8**	**14**	**6700**

Tablo 17: Umut Evi ve Engelli Bakım Merkezi Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Umut Evi (Toplum Temelli Yaşam Destekleri) (Engelli)	8	23	1	2			8				**240**
Bakım Merkezi (Engelli)	7	12	1				3			4	**210**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	31		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	48	1	12			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	21	66		2			21				**630**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	21	62	3	1		1	18	1	1		**620**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	14	43	6	1			14				**420**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	240	**599**	**49**	**26**	**5**	**11**	**178**	**30**	**8**	**14**	**6820**

Huzurevi, yaşlı bakım merkezi ve yaşlı uzun süreli bakım ve rehabilitasyon merkezi (yaşlı özel bakım ünitesi) modellerinin üçünün birlikte ele alındığı on beşinci fasikül hem kamuya ait hem de özele ait merkezlerde geçerlidir. Kuruluşlar aktif yaşlılara, rehabilitasyon ihtiyacı olan yaşlılara ve yatağa bağımlı yaşlılar ile ileri seviye Alzheimer ve Demanslı yaşlılara birlikte hizmet sunuyorlarsa bu fasiküldeki standartlar üzerinden değerlendirilmeye alınacaklardır. Tablo 18, huzurevi, yaşlı bakım merkezi ve yaşlı uzun süreli bakım ve rehabilitasyon merkezi (yaşlı özel bakım ünitesi) modeli standartlarına ait detayları ve puanlarını vermektedir.

Tablo 18: Huzurevi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Huzurevi- Bakım Merkezi	5	13	1				3			2	**150**
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/ Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Yaşlı)	11	25	1	3		1	7	1	1	1	**310**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				7				**210**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	240	**606**	**48**	**28**	**5**	**12**	**173**	**31**	**9**	**13**	**6710**

On altıncı fasikül kamuya ait engelli bakım merkezleri için geçerlidir. Tablo 19, Umut Evi, Engelli Bakım Merkezi ve Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları göstermektedir.

On yedinci fasikül kamuya ait huzurevi ve yaşlı bakım merkezleri için geçerlidir. Tablo 20, Yaşam Evi, Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanlarını göstermektedir.

On sekizinci fasikül de kamuya ait huzurevi ve yaşlı bakım merkezleri için geçerlidir. Tablo 21, Yaşam Evi, Huzurevi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları göstermektedir.

On dokuzuncu fasikül ve yirminci fasiküllerde aynı şekilde kamuya ait huzurevi ve yaşlı bakım merkezleri için geçerlidir. Tablo 22, Yaşam Evi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları; Tablo 23 ise Yaşam Evi, Huzurevi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları göstermektedir.

Tablo 19: Umut Evi, Engelli Bakım Merkezi ve Engelli Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Engelli Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Umut Evi (Toplum Temelli Yaşam Destekleri) (Engelli)	8	23	1	2			8				**240**
Bakım Merkezi (Engelli)	7	12	1				3			4	**210**
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/ Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Engelli)	11	25	1	3		1	7	1	1	1	**310**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	31		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	48	1	12			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	21	66		2			21				**630**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	21	62	3	1		1	18	1	1		**620**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	14	43	6	1			14				**420**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	251	**624**	**50**	**29**	**5**	**12**	**185**	**31**	**9**	**15**	**7130**

Tablo 20: Yaşam Evi, Huzurevi ve Yaşlı Bakım Merkezi Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

BOYUT VE BÖLÜMLER	STANDART SAYISI	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI	PUAN								
			GÜVENLİK	MAHREMİYET	GÜV. ve MAHR.	KATEGORİ 1	KATEGORİ 2	KATEGORİ 3	KATEGORİ 4	KATEGORİ 5	TOPLAM
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Yaşam Evi (Toplum Temelli Yaşam Destekleri) (Yaşlı)	8	23	1	2			8				**240**
Huzurevi- Bakım Merkezi	5	13	1				3			2	**150**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				7				**210**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	237	**604**	**48**	**27**	**5**	**11**	**174**	**30**	**8**	**12**	**6640**

Tablo 21: Yaşam Evi, Huzurevi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Yaşam Evi (Toplum Temelli Yaşam Destekleri) (Yaşlı)	8	23	1	2			8				**240**
Huzurevi	5	13	1				3			2	**150**
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/ Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Yaşlı)	11	25	1	3		1	7	1	1	1	**310**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				7				**210**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	248	**629**	**49**	**30**	**5**	**12**	**181**	**31**	**9**	**13**	**6950**

Tablo 22: Yaşam Evi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Yaşam Evi (Toplum Temelli Yaşam Destekleri) (Yaşlı)	8	23	1	2			8				**240**
Bakım Merkezi (Yaşlı)	7	12	1				3			4	**210**
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/ Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Yaşlı)	11	25	1	3		1	7	1	1	1	**310**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				7				**210**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	250	**628**	**49**	**30**	**5**	**12**	**181**	**31**	**9**	**15**	**7010**

Tablo 23: Yaşam Evi, Huzurevi, Yaşlı Bakım Merkezi ve Yaşlı Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Merkezi (Yaşlı Özel Bakım Ünitesi) Modelleri Standartlarına Ait Detaylar ve Puanları

			PUAN								
BOYUT VE BÖLÜMLER	**STANDART SAYISI**	**DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ SAYISI**	**GÜVENLİK**	**MAHREMİYET**	**GÜV. ve MAHR.**	**KATEGORİ 1**	**KATEGORİ 2**	**KATEGORİ 3**	**KATEGORİ 4**	**KATEGORİ 5**	**TOPLAM**
BOYUT I: HİZMET MODELLERİ											
Yaşam Evi (Toplum Temelli Yaşam Destekleri) (Yaşlı)	8	23	1	2			8				**240**
Huzurevi- Bakım Merkezi	5	13	1				3			2	**150**
Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/ Merkezi (Özel Bakım Ünitesi/ Hizmetleri) (Yaşlı)	11	25	1	3		1	7	1	1	1	**310**
BOYUT II: KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ											
Kuruluş Yönetim Hizmetleri	13	41		4		2	5	4	2		**350**
Tesis Yönetimi	14	28	7				9	4		1	**370**
Acil Durum ve Afet Yönetimi	7	22	7				7				**210**
Bilgi Güvenliği ve Yönetimi	12	22	1	2	1		4	1	1	7	**220**
Güvenlik Raporlama Sistemi	3	11	2		1		3				**90**
Eğitim Yönetimi	2	6				1			1		**60**
BOYUT III: BAKIM HİZMETİ YÖNETİMİ											
Karşılama Hizmetleri	12	32		2		1	4	3	2	2	**290**
Sağlık Hizmetleri	19	52	11		1	1	15	2	1		**550**
Kişisel Bakım Hizmetleri	18	50	1	13			16	2			**520**
Beslenme Hizmetleri	7	17					5	2			**190**
Yaşama Katılım	23	73		3			23				**690**
Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler	22	65	3	1		1	19	1	1		**650**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı ve Hizmet Veren Güvenliği	7	22	2		1	3	3	1			**260**
Güvenlik ve Uygunluk	10	34	5				7				**210**
BOYUT IV: DESTEK HİZMETLERİ											
Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetleri	3	5			1		1	2			**70**
Mutfak Hizmetleri	7	23	2				7				**210**
Çamaşırhane Hizmetleri	5	10	2				4	1			**140**
Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri	10	23	2				6	4			**260**
Stok Yönetimi	4	13	1				1	3			**90**
Atık Yönetimi	4	11					4				**120**
BOYUT V: GÖSTERGE YÖNETİMİ											
Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi	5	6				2	3				**190**
Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri	8						8				**240**
Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri	9	2					9				**270**
	248	**629**	**49**	**30**	**5**	**12**	**181**	**31**	**9**	**13**	**6950**

Yukarıdaki tablolarda geçen beş farklı kategoride puanlar görülmektedir. Bakım Hizmetleri Kalite Standartları içerisinde yer alan her bir standarda karşılık gelen bir puan değeri bulunmaktadır. Standartların puanlandırılmasında 10'luk puanlama sisteminde 5 kategori belirlenmiştir. Buna **Puan Kategorileri** aşağıdaki gibidir.

Kategori 1: Bakım hizmet sunum süreçleri ile Bakanlık politikaları açısından öncelikli olan "Çekirdek" standart olarak adlandırılan 50 puan değerindeki standartlardır. Bu standartların karşılanmaması durumunda Bakım Kalite Puanı doğrudan etkilenir.

Kategori 2: Bakım hizmet sunumunda temel ilke kabul edilen bakım hizmetinin bireye özgü sunumu, hizmet alan ve hizmet veren güvenliği ile insan onuru ve mahremiyete saygıya ilişkin 30 puan değerindeki standartlardır.

Kategori 3: Bakım hizmet sunumunda bölüme özgü süreçleri doğrudan etkileyen 20 puan değerindeki standartlardır.

Kategori 4: Bakım hizmet sunumunda bölüme özgü süreçleri dolaylı olarak etkileyen, özellikle kayıt bazlı 10 puan değerindeki standartlardır.

Kategori 5: Hizmet farklılıklarını ortaya koyan italik yazı ile belirtilen standart maddeleridir. Bu standartlar, kuruluşun ürettiği rehabilitasyon ve fiziki iyileştirmelere ek olarak yaptığı düzenlemeleri göstermektedir. Bu sayede kuruluşun Bakım Kalite Puanına ek olarak "Ek Kalite Puanı" alması mümkün olmaktadır. Standardın yanında belirtilen puanlar esastır.

Kalite Puanın Belirlenmesi

Bakım Kalite Puanı; yerinde yapılan BHKS Değerlendirmesi sonucunda BHKS'nin uygulanma düzeyini gösteren, sıfır (0) ile yüz (100) arasında tespit edilen değerdir. Bu sayede kuruluşların sunmuş oldukları hizmetleri ölçülebilir hale getirmek mümkün olmaktadır. Sunulan hizmetin ölçülebilir olması, kuruluşların zaman içindeki gelişimlerinin izlenmesini ve kuruluşlar arası karşılaştırmaların yapılmasını mümkün kılmaktadır.

Kuruluş Bakım Kalite Puanı, sunulan bakım hizmet modeli/modelleri ile kurumsal hizmet yönetimi, bakım hizmeti yönetimi, destek hizmetleri ve gösterge yönetimine ait standartlardan oluşan puandır. Kuruluş bakım kalite puanı hesaplanırken değerlendirilen bölümlerden alınan puanlar ve ek kalite puanı toplanarak elde edilen rakam, BHKS'de değerlendirmeye tabi olan bölümlerden elde edilmesi mümkün olan maksimum puana bölünür. Elde edilen sonuç yüz (100) ile çarpılarak, kuruluşun yüzdelik başarısı ortaya konulmuş olur.

Kuruluş Bakım Kalite Puanı, değerlendirme sonucunda değerlendirici ekip tarafından her kuruluş için belirlenen BHKS puanıdır.

Kuruluş Bakım Kalite Puanı =

[BHKS'de değerlendirilen bölümlerden elde edilen puanlar + Ek Kalite Puanı /BHKS'de değerlendirilen bölümlerdeki standartların toplam puanı] x 100*

** Standartlardan alınan puanlar, KALİDES sistemine girildikten sonra, sistem puanı kuruluşun hizmet sunduğu alana ait fasiküldeki puanlara göre otomatik hesaplayacaktır.*

HİZMET MODELLERİ ve HİZMET PROFİLLERİ

Uzm. Fzt. Emel PEKÇETİN

Uzm. Fzt. Nur Eda KARADELİ

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Uygulama Rehberinin bu bölümü temel mevzuat bilgisini ve mevzuat içerisinde yer verilmiş olan hizmet modellerinin tanıtımını yapmak ve hizmet profilleri açısından ihtiyaç duyulan bakım hizmetini anlatmak amacıyla hazırlanmıştır. Bu bölümün amacı, mevzuat bilgisi edinmek ve hizmet modellerini tanıyarak bakım hizmetleri kalite standartlarının oturduğu zemini açıklamaktır.

Engellilik ve yaşlılık alanıyla ilgili Türkiye'nin dahil olduğu başlıca uluslararası sözleşmeler ve kabul ettiği ilkeler bulunmaktadır. Bunlardan en önemlileri Engelli Haklarına İlişkin Sözleşme ve Birleşmiş Milletler Yaşlılık İlkeleridir. Sözleşmeye katılan her ülke için atılan imzaların uluslararası alanda bağlayıcılığı mevcuttur. Bu katılım ile birlikte ülkemizde bu alanda gerçekleştirilen faaliyetlerin izlenmesi ve raporlaştırılması bu alanlarda gelişim taahhüdü içermektedir.

Uluslararası sözleşmelerden önce Türkiye Cumhuriyeti Anayasasında engelli ve yaşlıların hakları belirli maddelerle düzenlenerek koruma altına alınmıştır. Ayrıca 2828 sayılı Sosyal Hizmetler Kanunu ile sosyal hizmet kuruluşlarına ve faydalanacak olanlara açıklık getirilerek usul ve esaslar düzenlenmektedir. Ayrıntılı düzenlemeler ise ilgili yönetmelikler çerçevesinde yapılmıştır.

Engellilik ve bakım ihtiyacı kavramları süreç içerisinde tekrar tekrar ele alınarak mevzuatta yer alan "sakatlık" kavramı 1997'de yapılan düzenlemeyle "özürlü" kavramına, 2013 yılında yapılan düzenlemeyle "özürlülük" kavramı "engellilik" kavramına dönüştürülmüştür. "Bakım ihtiyacı ise "muhtaçlık" ifadesinin çağrıştırdığı düşkünlük, çaresizlik gibi anlamlardan koparılarak 2014 yılında "bakıma ihtiyacı olan" şekline dönüştürülmüştür. Böylece bir paradigma değişimi yaşanmış ve engelli hakları sözleşmesi gereğince engellinin yardım öznesi haline getirilerek hizmetlere ve bağımsız yaşama erişimde hak temelli yaklaşımın benimsenmesi yönünde adım atılmıştır.

Engelli ve yaşlı bakımı iki türlü olabilmektedir.

1) Engelli/ yaşlı bireyin evinde ikametinde yaşam ortamından koparılmadan bakımı

2) Kurumlarda yatılı olarak hizmet verilen bakım.

Ayrıca bakım hizmeti sunum şekli, hizmet süresine göre gündüz bakım ve 24 saat süreli bakım olarak da ikiye ayrılabilir. Evde bakıma destek hizmeti, gündüz bakım merkezleri, yaşam merkezleri ve uygun bulunduğu takdirde evde bakım hizmeti gün içinde sağlanırken özel bakım merkezleri, huzurevleri, rehabilitasyon merkezleri, umut evleri ile yaşlı yaşam evleri 24 saat yatılı bakım hizmetleridir.

Engelli ve yaşlı bireylere sağlanan hizmet modellerinin kesiştiği ve ayrıştığı hususlar söz konusudur. Evde bakım aylığı, evde bakıma destek hizmeti engelliye sağlandığı gibi yaşlıya da kendi yaşamını sürdürdüğü ortamda sağlanırken, kurumsal hizmetlerde engelli ve yaşlı hizmetleri bu iki grubun profilindeki farklılıktan dolayı ayrı sağlanmak zorundadır. Hatta engelli ve yaşlı profili kendi içerisinde de farklı gruplara ayrılarak kurum bakımı sağlanmaktadır. Örneğin engellilik alanında ruhsal, bedensel ve zihinsel olarak üç ana engel grubu gözetilerek kurum bakımı sağlanırken, yaşlılık alanında özel bakım gerektiren ve kendi öz bakımını yapabilen sağlıklı yaşlı olarak bakım sunulmaktadır. Amaç homojen gruplar oluşturmak ve bu grupların kendi iç dengesini gözeterek bir arada kalan engellilerin/yaşlıların birbirlerini olumsuz etkilemelerine izin vermeyerek hizmetin kalitesinin sürdürülebilirliğini sağlamaktır. Ayrıca huzurevlerine kabul edilip bakım hizmeti verilen sağlıklı yaşlıların zaman içerisinde yaşlarının ve hastalıklarının ilerlemesi ve çeşitlenmesi sebebiyle günlük yaşam aktivitelerinde bağımsızlık seviyesinin azalması, huzurevi hizmet modelini diğer hizmet modeli olan bakımevine geçişine neden olmaktadır. Böylece birden fazla hizmet modelinin bir arada olduğu hizmet profilleri ortaya çıkmaktadır.

Engellilere yönelik bütün hizmet modellerinde engellinin engel durumunu belgeleyen sağlık kurulu raporları baz alınmaktadır. Bu raporlar "Çocuklar için Özel Gereksinim Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik" ve "Erişkinler İçin Engellilik Değerlendirmesi Hakkında Yönetmelik" çerçevesinde düzenlenen, vatandaşların engel durumunu belgeleyen ve hizmetlere esas teşkil eden raporlardır. Engelli sağlık kurulu raporları kişinin engel grubu, engel oranı ve bağımlılık düzeyi ile bu tespitin geçerlilik süresini belirtmektedir.

Engelli evde bakım aylığı hizmeti Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik ile düzenlenmiştir. Ancak kurum bakımı hizmetlerinin de verilebilmesine yönelik düzenleyici hükümler içermektedir. 11. Madde (a) bendinde "Bakım hizmetleri, bakıma muhtaç özürlünün veya ailesinin tercihine göre; Genel Müdürlüğe bağlı bakım ve rehabilitasyon merkezlerinde, Genel Müdürlüğün izni ile açılan diğer resmî kurum veya kuruluşlara ait merkezlerde, gerçek veya özel hukuk tüzel kişilerine ait

özel bakım merkezlerinde veya bakıma muhtaç özürlünün ikametgâhında verilir." denilmektedir.

Evde bakıma destek hizmeti "Özürlülerin Bakımı Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik" ve "Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliğinde" yer alan hükümlerle düzenlenmiştir.

Gündüz bakım hizmeti engelli bireyler için ağır engellilik durumu gözetilmeksizin ihtiyacı olduğu sosyal inceleme raporu ile belgelenen engellilere sunulan bir hizmettir. Bu hizmet modeli "Özürlülerin Bakımı Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik" ve "Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliğinde" yer alan hükümlerle düzenlenmiştir.

Özel bakım merkezi hizmeti "ağır engelli" yeni tabirle "tam bağımlı" olduğu belgelenen ve Bakanlığımızın belirlemiş olduğu gelir kriterini sağlayan engelli bireylere verilebilen yatılı bakım hizmetidir. Bu hizmet modeli "Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliğinde" yer alan hükümlerle düzenlenmiştir. Ancak köken aldığı yönetmelik "Bakıma Muhtaç Engellilerin Tespiti ve Bakım Hizmeti Esaslarının Belirlenmesine Dair Yönetmelik" tir.

Resmi bakım ve rehabilitasyon hizmeti gelir kriteri ve tam bağımlı engellilik durumu gözetilmeksizin engellinin bakım ve gözetim ve koruma altına alındığı merkezlerdir.

Umut evleri, Umut Evleri Projesi dahilinde oluşturulan ve engellinin sosyal hayata katılımı temelinde açılması Engelli Bireylere Yönelik Umut Evleri Yönergesiyle düzenlenmiş olan mesken tarzı ünitelerdir. Resmi bakım ve rehabilitasyon merkezine bağlı olarak açılmaktadır. Ancak yapı itibariyle sakinlerin yaşadığı apartman, sokak gibi yerlerde açılımı planlanmıştır. Amaç yalnızca engellinin sosyal uyumunu sağlamak değil, aynı zamanda bölgede yaşayan insanların engellilikle ilgili kalıp yargılarını ortadan kaldırmak, algılarını iyileştirmektir. Sosyal uyum iki taraflı olarak pozitif yönde etkilenmektedir.

Evde bakım aylığı ve evde bakıma destek hizmeti yaşlılar için de verilmektedir. Ancak engellilik alanında belirlenmiş olan gelir kriteri ve tam bağımlı engellilik durumunun sağlanması şartı aranmaktadır. Yaşlılara yönelik gündüz bakım hizmeti Huzurevleri İle Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliğinde bazı hükümlerde düzenlenmiştir.

Resmi huzurevleri 60 yaş üstü öz bakımını yerine getirebilen yaşlı bireylere hizmet vermektedir. Sosyal güvencesi bulunan yaşlılardan belli bir miktar ücret alınırken güvencesi

olmayan yaşlılar ücretsiz olarak hizmetten faydalanmaktadır. Yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri 60 yaş üstü yaşlılık nedeniyle bakıma muhtaç duruma gelmiş olan yaşlılara hizmet vermektedir. Huzurevleri, yaşlı bakım ve rehabilitasyon merkezleri herhangi bir akıl ve ruh sağlığı bozukluğu bulunan yaşlılara hizmet vermemektedir.

Özel huzurevleri 55 yaş üzeri yaşlı bireylere hizmet veren bakım merkezleridir. Ayrıca özel huzurevleri akıl ve ruh sağlığı yerinde olmayan yaşlılara da hizmet vermektedir. Özel huzurevleri ve yaşlı bakım merkezleri Özel Bakım Merkezi açılış ruhsatı almaları kaydıyla Özel Huzurevleri ve Yaşlı Bakımevleri Yönetmeliği kapsamında açılan ve faaliyet gösteren kuruluşlar bedensel engeli veya yaşlılığa bağlı hastalığı nedenleriyle bakıma muhtaç engelli olanlara da bakım hizmeti verebilir.

Proje kapsamında açılmış olan yaşlı yaşam evleri de umut evleri modeline benzerlik gösterir. Kendi öz bakımını yapabilen sosyal uyuma meyilli sağlıklı yaşlılar arasından seçim yapılır.

Hizmet modelleri mevzuat bilgisi bakım hizmetlerinin kalite standartları açısından kuruluşların hizmet koşullarına göre doğru ve objektif bir şekilde değerlendirilme yapılmasını hedeflemektedir. Hizmet verilen grubun profili de bakım hizmetleri kalite standardı değerlendirmesi üzerinde etkili bir faktördür.

Hizmet modelleri arasındaki geçiş engelli/yaşlının değişen ihtiyaçlarının yeniden belirlenmesi üzerine mümkün olmaktadır. Engellilik durumu veya bağımlılık düzeyindeki değişmeler ile engelli/yaşlının sosyal desteği, ekonomik durumu çevresel şartları gibi faktörler hizmet modelleri arasındaki geçişin nedenleri arasındadır.

Bakım hizmetlerinin kalite standartları açısından yapılacak olan değerlendirmede en önemli husus; hizmet verilen gruptaki engelliler ve yaşlıların hangi hizmet modelinde bakım hizmeti aldığını gözlemlemek, belirlemek ve hangi hizmet profilindeyse, kuruluşun bakım kalite standartlarının o hizmet modeli üzerinden değerlendirilmesini sağlayabilmektir. Bu nedenle "Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine İlişkin Yönerge" ekinde yer alan "Bakım Hizmetlerinde Kalite Standartları" engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunumunda temel standartlar olup; kuruluşun hizmet profiline uygun olarak gerekli standartların olduğu fasiküller hazırlanmıştır. Hazırlanan bu fasiküller kuruluşun hizmet sunduğu bireylere göre temelde engelli ve yaşlı olarak ikiye ayrılmıştır. Ayrıca kuruluşun sunduğu hizmet profillerine göre de toplamda yirmi (20) farklı fasikül hazırlanmıştır. Kuruluşlar hizmet sunumu ve profiline göre kendisi için

uygun olan fasikülden sorumlu olacaklardır. Fasiküllere ait bilgiler internet aracılığı ile erişilebilir olacaktır. BHKS Değerlendirme Sistematiği bölümünde fasiküllere ait standartların detaylarına ve puanlarına ilişkin tablolara yer verilmiştir.

EVDE BAKIMA DESTEK VE GÜNDÜZ YAŞAM MERKEZİ HİZMET MODELLERİ BAKIM KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. Fzt. Emel PEKÇETİN

Sos.Çal. Sultan SAKINCI KARAKUŞ

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Boyut I: Hizmet Modelleri' nde; engelli ve yaşlı bireylere günlük yaşam aktivitelerindeki bağımsızlık seviyesine ve ihtiyacına göre kuruluşlarda sunulan hizmet modellerini ve bu hizmet modellerine göre kuruluşta olması gereken ana/temel standartları ve bu standartların gösterge ölçütlerine yer verilmiştir.

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Boyut I: Hizmet Modelleri' nde 6 ana hizmet modeli tanımlanmıştır. Bunlardan ilki Evde Bakıma Destek Hizmetleri, ikincisi Gündüz Yaşam Merkezi hizmet modelidir. Diğer hizmet modelleri Yatılı Kurumsal Bakım kapsamında ele alınan hizmet modelleridir.

EVDE BAKIMA DESTEK HİZMETİ:

Evde Bakıma Destek Hizmeti 03.09.2010 tarih ve 27691 sayılı "Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik" te ve 04.11.2016 tarih ve 29878 sayılı "Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği" nde yer verilmektedir. Bu hizmet modeli ile evinde bakılan ancak evde bakım ücreti veya kurumsal bakım hizmeti gibi hizmetlerden yararlanmayan bakıma ihtiyacı olan engellinin, talep edilmesi hâlinde kuruluşlardan görevlendirilecek bakıcı personel tarafından evinde bakım hizmeti verilmesi ile engelliye ve ailesine psiko-sosyal destek hizmetleri sunulması kapsar.

"Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik" Yedinci Bölüm Madde 37-38-39-40'ta Evde Bakıma Destek Hizmeti'nin kapsamı, esasları, işleyişi ve Evde Bakıma Destek Hizmetine ilişkin kayıtlar anlatılmaktadır.

"Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği" Madde 23'te Evde Bakıma Destek Birimi oluşturulması, personel görevlendirilmesi, işleyişi ile kayıtların tutulması anlatılmaktadır.

Evde bakıma destek hizmetinin işleyişi;

MADDE 39 – (1) Merkez tarafından sunulacak evde bakıma destek hizmeti merkezin imkânları dâhilinde sunulur.

(2) Evde bakıma destek birimi tarafından, bir bakıcı personelin bir günde en fazla üç engelliye evde bakıma destek hizmeti verebileceği şekilde planlama yapılır.

(3) Evde bakıma destek hizmet birimi kuruluş müdürünün teklifi ve il müdürlüğü onayı ile oluşturulur.

(4) Evde bakıma destek hizmetinden yararlanmak için yapılacak müracaatlarda engelliye ait engelli sağlık kurulu raporu istenir. Engellinin bulaşıcı hastalığı ve madde bağımlılığının olması durumunda bu husus raporda belirtilir.

(5) Başvurusu kabul edilen, istenen belgeleri tamamlanan ve sosyal inceleme raporu hazırlanan engellinin, evde bakıma destek hizmetinden yararlandırılmasının uygun olacağının tespiti hâlinde aşağıdaki işlemler yapılır:

a) Dosya kuruluş müdürlüğü tarafından evde bakıma destek birimine havale edilir.

b) Evde bakıma destek birimi; dosyayı ve engelli bireyi; sosyo-ekonomik ve psikolojik öncelik gerektiren durumları, merkezin kapasitesi ve personel durumunu da dikkate alarak değerlendirir.

c) Değerlendirme neticesinde; engellinin evde bakıma destek hizmetlerinden yararlandırılmasının teklif edilmesi hâlinde dosya kuruluş müdürünün onayına sunulur.

ç) Kuruluş müdürünün onayını müteakiben evde bakıma destek birimi tarafından bireysel bakım planı hazırlanır.

d) Bireysel bakım planı çerçevesinde hizmet yürütülür.

Evde bakıma destek hizmetine ilişkin kayıtlar;

MADDE 40 – (1) Hizmet götürülen her engelli için, engelli ile ilgili tüm bilgileri içeren bir dosya düzenlenir. Kuruluş müdürlüklerinin koordinasyonunda evde bakıma destek hizmeti birimi; evde bakıma destek hizmeti verilen engellilerin isim, adres, hizmete başlama tarihi ve bakım hizmetini veren bakıcı personelin ismi gibi bilgileri içeren kayıtları düzenli olarak tutulur. Hükümleri yer almaktadır.

04.11.2016 tarih ve 29878 sayılı “Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” nde ise;

MADDE 23-(1) Merkez aracılığıyla engelli bireyin ikametgahında bakım hizmeti verilmesi durumunda il müdürlüğünden onay alınarak merkezde evde bakıma destek birimi oluşturulur. Evde bakıma destek hizmeti verilen engelli birey sayısı, merkezde bakılan engelli birey sayısı ile birleştirir ve merkezin bakım hizmeti verdiği toplam engelli birey sayısına göre mesleki personel ve sağlık personeli çalıştırılır.

(2) Evde bakıma destek biriminde bir mesleki personel ve bir sağlık personeli olmak üzere iki kişi görev yapar. Evde bakıma destek birimi, sorumlu müdürün gözetim ve denetiminde çalışır.

(3) Evde bakıma destek birimi engelli birey ve ailesini her ay düzenli olarak ikametgahında ziyaret ederek bakım hizmetlerinin sunumunu takip eder, engelli birey ve ailesine psiko-sosyal destek hizmetlerini verir. Bu hizmet, bakım ihtiyacı olan engellinin koruyucu sağlık ve tıbbi takip hizmetlerinden de koordineli yararlandırılması amacıyla Sağlık Bakanlığı evde sağlık hizmeti ile aile hekimliği birimleriyle iş birliği halinde yürütülür.

(4) Evde bakıma destek hizmeti, değerlendirme kurulunca hazırlanacak bireysel bakım planı doğrultusunda evde bakım hizmet biriminin denetim ve rehberliğinde bakıcı personel tarafından verilir.

(5) Evde bakıma destek hizmeti bakıcı personel tarafından verilir. Bir bakıcı personel bir günde en fazla üç engelli bireye hizmet verebilir. Ancak, bir bakıcı personelin haftalık toplam çalışma süresi, yıllık fazla çalışma süresi dahilinde yaptırılacak fazla çalışmalar hariç 22/5/2003 tarihli ve 4857 sayılı İş Kanunu'nun 63 üncü maddesinde belirtilen çalışma süresini geçemez.

(6) Evde bakıma destek hizmetinde görev yapan bakıcı personel 24 üncü naddenin ikinci fıkrasındaki görevleri yapar.

(7) Merkez tarafından engelliye evinde bakım hizmeti verilmesi durumunda aylık evraklarla birlikte evin adresi, bakılacak engellinin ismi ve bakım elemanlarının bilgileri İl müdürlüğüne bildirilir. Hükümleri yer almaktadır.

Evde Bakıma Destek Hizmetine Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik'te yer verilmesine karşın bu hizmetten engelli bireylerin yanı sıra yaşlı bireyler de yararlanmaktadır. Bu nedenle Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Evde Bakıma Destek Hizmeti bölümü hem engelli hem yaşlı hizmet alanların ihtiyaçlarına cevap verebilmek amacıyla hazırlanmıştır.

Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarında Evde Bakıma Destek Hizmeti bölümü yedi (7) standart maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde yer alan bir (1) standart elli (50) puan, beş (5) standart otuz (30) puan, bir (1) standart yirmi (20) puan değerindedir.

GÜNDÜZ YAŞAM MERKEZİ:

Engelli bireyler için Gündüz Yaşam Merkezleri "Aile danışma ve rehabilitasyon merkezleri" adı altında 03.09.2010 tarih ve 27691 sayılı "Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik" te ve 04.11.2016 tarih ve 29878 sayılı "Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği" nde yer verilmektedir.

"Engellilerin Bakımı, Rehabilitasyonu ve Aile Danışmanlığı Hizmetlerine Dair Yönetmelik" te; "Aile danışma ve rehabilitasyon merkezleri": Engellileri kendi kendine yeterli düzeye getirmek, okul eğitimine hazırlamak ve aile içi uyumu sağlamak amacıyla engellilere ve ailelerine hizmet sunan gündüzlü sosyal hizmet kuruluşlarını ifade etmektedir. Yönetmelikte;

Genel esaslar

MADDE 7

ç) Engellilerin ihtiyaç duydukları bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine ulaşabilmeleri amacıyla, gündüzlü hizmet veren merkezlerde de, fiziki şartların yeterli olması ve gerekli düzenlemelerin yapılması hâlinde, farklı engel, yaş ve cinsiyet grubunda bulunan engellilere hizmet sunulabilir.

j) Gündüzlü hizmet veren aile danışma ve rehabilitasyon merkezlerinde, Yarım veya tam gün hizmet verilmesi esas alınarak, Bireysel ve grup çalışmasını içeren rehabilitasyon hizmetleri ile Bakım hizmeti birleştirilerek verilir.

Ayrıca engelli bireye sahip ailelere yönelik danışmanlık hizmetleri sunulur.

Engelli bireylerin incelenmesi;

MADDE 13 – (2) Gündüzlü bakım ve rehabilitasyon hizmetlerine ilişkin müracaatların incelenmesi ve işlemlerinin tamamlanması aile danışma ve rehabilitasyon merkezi kuruluş müdürlükleri tarafından gerçekleştirilir.

Aile danışma ve rehabilitasyon merkezlerine kabul için müracaat mercileri ve müracaat şekli;

MADDE 22 – (1) Engelli bireyin aile danışma ve rehabilitasyon merkezine kabulü için bir dilekçe ile kuruluş müdürlüklerine müracaat edilir.

(2) On sekiz yaşını tamamlamamış olan veya on sekiz yaşını tamamlamış olsa dahi akıl sağlığının bozukluğundan dolayı kısıtlanmış olan engelli bireyler için dilekçe, engellinin yasal temsilcisi tarafından verilir.

Aile danışma ve rehabilitasyon merkezlerinin hizmetlerinden yararlanmak için yapılacak müracaatlarda istenecek belgeler

MADDE 23 – (1) Aile danışma ve rehabilitasyon merkezlerinin hizmetlerinden yararlanmak için yapılacak müracaatlarda engelliye ait engelli sağlık kurulu raporu istenir. Engellinin bulaşıcı hastalığı ve madde bağımlılığı olması durumunda bu durum raporda belirtilir.

Başvurusu kabul edilen ve dosyası tamamlanan engellilerin aile danışma ve rehabilitasyon merkezlerine yerleştirilmesi için yapılacak işlemler

MADDE 24 – (1) Başvurusu kabul edilen, 23 üncü maddede istenen belgeyi teslim eden ve sosyal inceleme raporu hazırlanan engellinin, aile danışma ve rehabilitasyon merkezine yerleştirilmesinin uygun olacağının tespiti hâlinde aşağıdaki işlemler yapılır.

a) Dosya kuruluş müdürlüğü tarafından koordinasyon ve değerlendirme kuruluna havale edilir.

b) Koordinasyon ve değerlendirme kurulu; dosyayı ve engelli bireyi; 25 inci maddedeki öncelik gerektiren durumları, merkezin kapasitesini ve personel durumunu dikkate alarak değerlendirir.

c) Değerlendirme neticesinde; engellinin aile danışma ve rehabilitasyon merkezine yerleştirilmesinin teklif edilmesi hâlinde dosya kuruluş müdürünün onayına sunulur.

ç) Merkezde boş yer olmaması nedeniyle engellinin kabul edilmesinin mümkün olmaması hâlinde dosya öncelik düzeyi belirlenerek merkezde yer boşalması durumunda değerlendirilmek üzere sıraya alınır.

d) Aile danışma ve rehabilitasyon merkezine kabul edilen engelli için koordinasyon ve değerlendirme kurulu tarafından bireysel bakım planı ve bireysel rehabilitasyon planı hazırlanır. Merkeze uyum sağlayan engelli, bireysel bakım planı ve bireysel rehabilitasyon planı çerçevesinde bakım ve rehabilitasyon programlarından yararlandırılır.

MADDE 26 – (1) Kontrol altına alınamayan bulaşıcı bir hastalığı olan, uyuşturucu madde veya alkol bağımlısı olan, şok ve reaksiyon döneminde olan ve psikiyatrik hastalığından dolayı atak dönemde olan veya kendisine ve çevresine zarar verme durumu olup bu durumu

kontrol altına alınamayan engelli bireyler merkeze kabul edilmezler. Bu tür bireyler ilgili sağlık kuruluşlarına yönlendirilir.

Aile danışmanlığı hizmeti

MADDE 36 – (1) Aile danışmanlığı hizmeti, engelliyi ve ailesini engelli hakları konusunda bilgilendirmek ve aile içi iletişimi güçlendirmek amacıyla engelliye ve ailesine yönelik hizmetlerin tümünü kapsar. Aile danışmanlığı hizmetini, merkezde görevli ilgili mesleki personel, gerektiğinde diğer kamu ve özel kuruluşlardan da destek alarak, meslekler arası koordinasyon ile yürütür. Bu hizmetler aşağıda belirtilmiştir.

a) Aileye yönelik psikolojik destek hizmetleri;

1) Ailelerin engelli bireye sahip oldukları gerçeğini kabul etmelerinde onlara yardımcı olmaya,

2) Başkalarıyla paylaşamadıkları duygusal problemleri paylaşmaya,

3) Engelli bireye sahip oldukları için kendilerini suçlu hissetmeleri karşısında yaşadıkları karmaşanın çözümüne yardımcı olmaya,

4) Başkalarından gelecek, yanlış, eksik ve farklı değer yargılarına dayalı fikirlere karşı onları aydınlatmaya,

5) Ailenin engelliyi olduğu gibi kabul etmesine ve anlamasına rehberlik etmeye,

6) Ailelerin deneyimlerini paylaşmalarına ilişkin grup çalışmaları yapmaya yönelik hizmetleri,

b) Rehabilitasyon programlarına ailenin katılımına yönelik hizmetler;

1) Ailenin rehabilitasyon programlarına aktif katılımını sağlamaya,

2) Merkezde yapılan çalışmaların engellinin yaşamına genellenmesi açısından merkez çalışmalarına paralel ev programları hazırlamaya,

3) Merkeze devam edemeyen engellilerin gelişimlerini desteklemek için ailenin rehabilitasyon programlarını uygulamasına yönelik ev programları hazırlamaya,

4) Hazırlanan bu programların aile tarafından uygulanabilmesine yönelik çalışmalar yapmaya,

5) Ailelerin rehabilitasyon programlarını uygulamalarına ilişkin deneyimlerini paylaşmalarına yönelik grup çalışmaları yapmaya,

6) Ailelerin engellilik ve rehabilitasyon hakkında bilgilendirilmelerine yönelik ilgili kişi, kurum ve kuruluşlarla işbirliği yaparak eğitim seminerleri düzenlemeye yönelik hizmetleri,

Aileye yönelik sosyal danışmanlık hizmetleri;

1) Ailenin, engelli bireyin gerektiğinde iş ve beceri kazanması veya meslek edinmesi için diğer kurum ve kuruluşlar veya merkez bünyesinde yapılan çalışmalara yönlendirmesine,

2) Engelli bireyin psiko-sosyal gelişimine katkı sağlamak, ekonomik bağımsızlığını kazanmasına yardımcı olmak ve bir meslek edinmesine rehberlik etmek için ailesine danışmanlık hizmeti verilmesine,

3)Engelli ve ailesinin sosyal çevreye uyum sağlayabilmesi için uygun ortamın sağlanmasına yardımcı olunmasına,

4) Engelli ve ailesinin hukuksal sorunlarının çözümlenmesinde yardımcı olunmasına yönelik hizmetleri içerir.

Beslenme 52-(1)

f) Gündüzlü hizmet veren aile danışma ve rehabilitasyon merkezlerinde, tam gün gündüzlü bakım ve rehabilitasyon hizmeti alan engellilerin öğle yemeği ihtiyacı karşılanır. Hükümleri yer almaktadır.

“Engelli Bireylere Yönelik Özel Bakım Merkezleri Yönetmeliği” nde;

MADDE 22-(1) Yatılı hizmet veren merkezin gündüzlü hizmet verilecek engelli kapasitesi açılış izin belgesinde ayrıca belirtilmesi koşuluyla gündüzlü hizmet verebilir. Gündüzlü hizmet verilecek bölüm yatılı hizmet verilecek bölümden ayrı olmak zorundadır. Bu bölümde gündüzlü hizmetten yararlanacak engelli bireyler için yatak odası, dinlenme salonu, grup etkinlik odası oluşturulur.

(2) Gündüzlü hizmet veren merkezlerde engellilerin gerektiğinde dinlenebileceği veya uyuyabileceği en fazla üç kişilik yatak odaları bulunur. Yatak odası olarak kullanılacak odanın her kişiye en az 5 metrekare düşecek büyüklükte olması zorunludur.

(3) Gündüzlü bakım hizmeti verilen engellilerin ulaşımlarının merkeze ait servis aracı ile sağlanması tercih edilir. Engellinin merkeze ulaşımı, merkezin servis aracı yok ise engelli veya engelli yakınları tarafından sağlanır. Engellinin ulaşımı için merkeze ve aileye ayrı bir ödeme yapılmaz.

(4) Yatılı merkezlerde gündüzlü hizmet verilmek istenmesi durumunda gündüzlü hizmet için ayrıca sorumlu müdür aranmaz. Ancak gündüzlü hizmet için 34 üncü maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtildiği şekilde personel çalıştırılır. Hükümleri yer almaktadır.

Yaşlı Bireylere Yönelik Gündüz Yaşam Merkezlerine 21.02.2001 tarih 24325 sayılı "Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği"nde ve 07.08.2008 tarih ve 26960 sayılı "Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği"nde yer verilmiştir.

"Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım ve Rehabilitasyon Merkezleri Yönetmeliği"nde;

Geçici ve gündüzlü bakım

MADDE 81-Kuruluşlarda yer durumunun uygun olması durumunda, geçici süre ile yatılı veya **gündüzlü bakım** için yaşlı kabul edilebilir. Bu bakıma ilişkin olarak;

a) Yaşlıların huzurevlerine ve merkezlere kabul koşullarına sahip olmaları ile ilgili belgeleri düzenlemeleri,

b) Kaldıkları süre içerisinde kuruluşun mevcut kurallarına uymaları,

c) Kuruluş yaşlılarına verilen günlük hizmetlerden yararlanmaları,

d) Geçici süre ile yatılı kalanların, kaldıkları odanın ücretini, gündüzlü bakım verilenlerin ise tek kişilik oda ücretinin **%75 ini gün hesabı** ile ödemeleri,

e) Gündüzlü bakım hizmeti verilenlerin ulaşımlarının yaşlı ya da yakınları tarafından sağlanması esastır. Hükümleri yer almaktadır.

"Özel Huzurevleri ile Huzurevi Yaşlı Bakım Merkezleri Yönetmeliği"nde;

Geçici ve gündüzlü bakım

MADDE 29 – (1) Kuruluşlarda açılış onayında belirtilen kapasiteleri dahilinde, boş olan yatak sayısı kadar İl/İlçe Müdürlüğünün onayı ile geçici süre ile yatılı veya gündüzlü bakım için yaşlı kabul edilebilir. Bu bakıma ilişkin olarak;

a) Yaşlıların huzurevlerine ve merkezlere kabul koşullarına ilişkin belgeleri düzenlemeleri,

b)Kaldıkları süre içerisinde kuruluşun mevcut kurallarına uymaları,

c) Kuruluş yaşlılarına verilen günlük hizmetlerden yararlanmaları, gündüzlü bakıma alınan her yaşlıya kapasite dahilinde yatak tahsis edilmesi,

ç) Geçici süre ile yatılı kalanların, kaldıkları odanın ücretini, gündüzlü bakım verilenlerin ise her yıl il bazında tespit edilen aylık bakım taban ücretinin %50 sini gün hesabı ile ödemeleri,

d) Gündüzlü bakım hizmeti verilenlerin ulaşımlarının kuruluşa ait servis aracı yok ise yaşlı ya da yakınları tarafından sağlanması gerekir. Hükümleri yer almaktadır.

Hâlihazırda bu hizmet sunumu ile engelli bireye sahip ailelerin ve özellikle bakım verenlerin rahatlatılması, kendilerine zaman ayırmalarının sağlanması ve hizmet alanın kuruluşta nitelikli zaman geçirerek, mutlu olması sağlanmaktadır.

Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarında Gündüz Yaşam Merkezi bölümü on altı (16) standart maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde yer alan bir (1) standart elli (50) puan, on üç (13) standart otuz (30) puan, bir (1) standart yirmi (20) puan, bir (1) standart on (10) puan değerindedir. HGY06 Kodlu standart Elli (50) puan değerinde olup karşılanması zorunlu olmayan, standart karşılanırsa ek kalite puanı alınabilecek italik standarttır.

Gündüz Yaşam Merkezi hizmet modelinde verilecek hizmetler için tam zamanlı personel çalıştırılabileceği gibi sunulan hizmetin özelliğine göre yarı zamanlı-saatlik hizmet alımı şeklinde de personel çalıştırılarak kalite standartlarında yer alan hizmetler sunulabilir (kuaför, saç-sakal traşı, tırnak bakımı vb. gibi).

HGY 14'te geçen **"Manevi Destek Hizmeti",** dini referanslardan hareketle, insanların üzüntülü, sıkıntılı, korkulu hallerinde, yalnızlık ve ümitsizlik duygularına kapıldıklarında, ani değişmelerle gelen kriz durumlarında, maruz kaldıkları yeni duruma uyum sağlama ve baş edebilme becerilerini geliştirmelerine yardımcı olmayı, varsa sorularını cevaplamayı, hayatlarına yeni bir anlam vermelerine eşlik ederek onlara moral kazandırmaya yönelik hizmetlerdir.

YATILI KURUMSAL BAKIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ
(YAŞAM EVİ/UMUT EVİ, HUZUREVİ, BAKIM MERKEZİ VE UZUN SÜRELİ BAKIM VE REHABİLİTASYON ÜNİTELERİ/MERKEZLERİ- ÖZEL BAKIM ÜNİTELERİ/MERKEZLERİ)

Sos. Çal. Arife Ülkem KARABULUT

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Engelli ve Yaşlı Bakım Hizmetlerinde Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine İlişkin Yönerge'nin ek-2'si olan Bakım Hizmetleri Kalite Standartları metninin Hizmet Modelleri bölümünde, Yaşam Evi/Umut Evi, Huzurevi, Bakım Merkezi ve Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Üniteleri/Merkezleri (özel bakım ünitesi/merkezleri) hizmet modellerine ait standartlar bulunmaktadır. Bu dört hizmet modelleri yatılı kurumsal bakım hizmetleridir. Bakım Hizmetleri Kalite Standartları mevzuatlaştıktan sonraki süreçte bakım merkezi, uzun süreli bakım ve rehabilitasyon üniteleri/merkezleri hizmet modellerinin engelli ve yaşlılara yönelik hizmet sunan merkezler için ayrı ayrı değerlendirilmesi gerekliliğinden yola çıkarak bu modeller hem engelliler için hem de yaşlılar için ayrı fasiküllere ayrılmıştır. Fasiküller web sitesinde yayınlanacaktır. Ayrıca BHKS değerlendirmeleri ile kuruluş öz değerlendirmelerinin girileceği yazılım programında da bu ayrım gözetilmiştir.

Yatılı kurumsal bakım hizmetleri kalite standartlarının amacı, engelli ve yaşlı bireylere verilen kurumsal bakım hizmetlerini tanıtmak ve kalite standartları zeminini açıklayarak kalite standartları açısından kuruluşların hizmet koşullarına göre doğru ve objektif bir şekilde değerlendirilme yapılmasını hedeflemektedir.

Yaşam Evi/Umut Evi: Her ilin sosyal, kültürel açıdan engellilerin/ yaşlıların kalması için uygun bölgelerinde, tercihen il merkezinde apartman dairesi veya müstakil binalarda 2 ile 6 arasında engelliye/yaşlıya hizmet verilen, koordinasyon merkezine ve kuruluşlara bağlı mesken niteliğindeki yatılı ev tipi sosyal hizmet birimleridir.

Ev sakinlerinin bağımlılık durumuna göre seçimi yapılmalıdır. Hizmet alanların bağımlılık durumunun belirlenmesi konusu, Karşılama Hizmetleri bölümünde açıklanmıştır. Yaşamevi ve umut evi kalite standartlarının anlatıldığı fasiküllerdeki tek fark HYU01.01 kodlu değerlendirme ölçütündedir. Buna göre umut evlerinde, hizmet alanlar bağımsızlık durumu, cinsiyet ve yaşa göre gruplandırılmalıdır. Yaşam evlerinde ise hizmet alanların bağımsızlık durumu ve cinsiyete göre gruplandırılması beklenmektedir. Yaşa göre gruplandırma yaşam evleri için geçerli değildir.

Yaşam Evi/Umut Evleri kamusal alanlara yakın, güvenli ve ulaşılabilir semtlerde olmalı ve mekanalar hizmet alanların ihtiyaç ve isteklerine göre belirlenmelidir. Yaşam alanlarında gerekli güvenlik önlemleri kapsamında; kitlenebilir pencereler, engele uygun hareket alanları, güvenli elektrik prizleri, yangın tüpü ve ilk yardım seti bulundurulmalı, ilaçlar kilit altında tutulmalıdır. Yangın tüpünün ve ilaçların son kullanım tarihlerine, ilaçlar bakım personeli tarafından veriliyor ise ilaç takip defterine, dolap anahtarının güvenli bir yerde muhafaza edilip edilmediği kontrol edilmelidir.

Yaşam Evi/Umut Evleri sorumluları sunulacak hizmetler konusunda bağlı bulunulan kuruluş ile koordineli çalışmalıdır. Hizmet alanlara ihtiyaçlarına uygun kişisel bakım, temizlik, teknik ve beslenmeye ilişkin hizmetler sunulmalı, sağlık hizmetleri için sağlık kuruluşlarına yönlendirilmelidir. Çalışanların vardiya değişimi kayıt altına alınmalıdır. Yaşam Evleri ve Umut Evleri; resmi huzur evi ve resmi bakım rehabilitasyon merkezlerine bağlı olarak hizmet veren birimler olması nedeni ile kuruluşlarda kullanılan formların burada da kullanılması gerekmektedir. Bu nedenle de Yaşam Evi ve Umut Evinin işleyişinin takibi için mesleki çalışma defterine bakılmalıdır

Yaşam Evi/Umut Evlerinde istenmeyen olayların bildirimine yönelik düzenleme yapılmalı, bu kapsamda alkol ve madde kullanımı, zehirlenme, şiddet, ihmal ve istismar ile eşyaların kötü kullanımı olayları bildirilmedir. Bu tür vakaların bildirilip bildirilmediğini sorgulamalı ve yapılan işlemin kayıt (tutanak, form, yazı) altına alınıp alınmadığını kontrol etmelidir. Bu tür vakalarda kuruluşlarda kullanılan formların burada da kullanılması gerekmektedir.

Yaşam Evi/Umut Evlerinde hizmet alanın takvim yaşı, cinsiyeti, mental ve fiziksel durumu göz önüne alınarak, toplumsal hayat içerisinde uyulması gereken kurallar hakkında bilgilendirme yapılmalıdır. Yaşam Evi/Umut Evi'nin bulunduğu bina yönetimi, mahalle muhtarı, esnaf. vb. kurum ve kişiler ile iletişime geçerek içinde yaşadıkları sosyal çevre ile kaynaşmaları sağlanmalıdır.

Yaşam Evi/Umut Evlerinde hizmet alanın toplumsal yaşama katılımlarını desteklemek için, yapabilecekleri aktivite ve programlar konusunda bilgilendirme yapılmalı ve katılımı sağlanmalıdır. Komşuluk ilişkilerinin güçlendirilmesi konusunda destek olunmalıdır. İhtiyaç halinde sağlık, eğitim ve rehabilitasyon hizmetine erişimi sağlanmalıdır.

Hizmet alanların mahremiyetinin sağlanması için, kişisel alanına saygı gösterilmeli, mahremiyetin ihlalini engelleyici tedbirler alınmalıdır. Bu maksatla, ev içerisinde günlük

yaşam akışının nasıl yaşandığı hakkında hizmet alan ve hizmet verenlerden bilgi almalı ve ziyaretçi defteri kontrol edilmelidir.

Huzurevi; sağlıklı yaşlıları huzurlu bir ortamda korumak ve bakmak, sosyal, psikolojik, fiziksel ve moral ihtiyaçlarını karşılamak amacıyla Bakanlık, diğer kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılan ve yirmi dört saat yatılı hizmet sunan kuruluşlardır. Huzurevlerinden sadece yaşlılar yararlanmaktadır.

Huzurevlerinde hizmet alan bireylere ev ortamının sağlanması için,

- Tek kişilik oda seçeneği olmalı
- Eşleri ile kalabilmelerine olanak sağlanmalı,
- Misafirinin kalabileceği yerler olmalı,
- Banyo ve tuvaletin içinde olduğu odalar olmalı,
- Kuruluş binası, çok katlı ise sedye asansörü olmalı,
- Katlarda veya odalarda hizmet alanın gereksinimini karşılayacak çamaşır yıkama bölümü ve mutfak olmalıdır.

Kuruluş güvenlik ihtiyaçlarının karşılanması için,

- Odalarda ve banyolarda genel çağrı sistemi ve/veya ayrıca taşınabilir çağrı sistemi (saat-bileklik gibi) olmalı, yatak başı acil çağrı sistemi ve diğer kullanılan acil çağrı sistemlerinin çalışıla bilirliği kontrol edilmeli ve yatak başı acil çağrı sisteminde hizmet alanın butona erişmesine engel yatak, komidin, vb. eşya olmamalıdır.
- Gaz ve yangın uyarı sistemi olmalı,
- Balkonların ve pencerelerin güvenliği sağlanmış olmalıdır.

İç mekân ses yalıtımı ve gürültü önleyici önlemler olmalıdır. Binanın zemin, duvar ve tavanlarında ses izolasyonu yapılmış mı, yapılmış ise bunun belgesine bakacaktır. Kullanılan kapıların akustik özelliği var mı kontrol edilmelidir.

Hizmet alanların sosyal ihtiyaçlarını karşılanması için kuruluşta,

- Kütüphane,
- Sinema seyretme düzeneği,
- Oyun salonu,
- Kuaför/Berber,
- Terzi,
- Yürüyüş Parkuru,

- Kafeterya,
- Egzersiz salonu,
- Masa tenisi/bilardo/bocce/dart,
- Hobi Bahçesi olmalıdır. Bu hizmetler kuruluş içinde olabileceği gibi, bu hizmetleri karşılamak için hizmet alımı yoluna da gidilebilir.

Kuruluşun sosyal alanlar ve olanakları kapsamında; yüzme havuzu, hidroterapi havuzu, bisiklet parkuru olmalı ve bireylere gezi tatil imkânı sağlanmalıdır.

Bakım Merkezi; Bakanlığa bağlı olarak veya diğer kamu kurum ve kuruluşları ile gerçek kişiler veya özel hukuk tüzel kişileri tarafından açılan, engelli ve yaşlı bireylere yönelik yirmi dört saat yatılı hizmet sunan kuruluşlardır.

Kuruluşta hizmet alan bireylere ev ortamının sağlanması için,

- Odalar en fazla üç kişilik olmalı
- Eşleri ile kalabilmelerine olanak sağlanmalı (bu madde engelli bakım merkezleri için geçerli değildir.)
- Misafirinin kalabileceği yerler olmalı,
- Banyo ve tuvaletin içinde olduğu odalar olmalı,
- Kuruluş binası, çok katlı ise sedye asansörü olmalı,
- Katlarda veya odalarda hizmet alanın gereksinimini karşılayacak çamaşır yıkama bölümü ve mutfak olmalıdır.

Tek kişilik oda seçeneği olmalıdır. Bu standart mecburi olmayan, kuruluşta bulunması durumunda ek kalite puanı getirecek standartlardandır.

Kuruluşta güvenlik ihtiyaçlarının karşılanması için,

- Odalarda ve banyolarda genel çağrı sistemi ve/veya ayrıca taşınabilir çağrı sistemi (saat-bileklik gibi) olmalı, yatak başı acil çağrı sistemi ve diğer kullanılan acil çağrı sistemlerinin çalışıla bilirliği kontrol edilmeli ve yatak başı acil çağrı sisteminde hizmet alanın butona erişmesine engel yatak, komidin, vb. eşya olmamalıdır. (Bu madde engelli bakım merkezleri için geçerli değildir.)
- Gaz ve yangın uyarı sistemi olmalı,
- Balkonların ve pencerelerin güvenliği sağlanmış olmalıdır.

İç mekân ses yalıtımı ve gürültü önleyici önlemler olmalıdır. Binanın zemin, duvar ve tavanlarında ses izolasyonu yapılmış mı, yapılmış ise bunun belgesine bakacaktır. Kullanılan kapıların akustik özelliği var mı kontrol edilmelidir.

Kuruluşun düzenlenmesi hizmet alanların sosyal ihtiyaçlarına yapılır. Bu maksatla kuruluşta;

- Kütüphane,
- Sinema seyretme düzeneği,
- Oyun salonu,
- Kuaför/Berber,
- Terzi,
- Yürüyüş Parkuru,
- Kafeterya,
- Egzersiz salonu olmalıdır. Bu hizmetler kuruluş içinde olabileceği gibi, bu hizmetleri karşılamak için hizmet alımı yoluna da gidilebilir.

Kuruluşun sosyal alanlar ve olanakları kapsamında; yüzme havuzu, hidroterapi havuzu, bisiklet parkuru olmalı ve bireylere gezi tatil imkânı sağlanmalıdır.

Uzun Süreli Bakım; Bireyin fiziksel ya da duygusal ihtiyaçlarının karşılanmasında, bir başkası tarafından, geniş bir zaman dilimince desteklenmesine ya da bir başkasının uzun süreli yardımına odaklanan bakım hizmetidir.

Uzun süreli bakım ihtiyacı engellilikten, kronik hastalıklardan ya da yaşlılıktan kaynaklanan sorunlara bağlı olarak yaşam sonu dönemde yaşanan bir hastalıktan ortaya çıkabilir. Uzun süreli bakımın ne kadar süreyle devam edeceği, ihtiyacı ortaya çıkartan nedene göre değişim gösterir. Uzun süreli bakım ihtiyacı, birkaç hafta ya da birkaç ay sürebileceği gibi yıllarca da sürebilir.

Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezi ikinci ve üçüncü basamak sağlık hizmeti sunan hastanelerle koordine edilmelidir. Tercihen palyatif bakım ünitesi olan hastaneler olmak üzere sağlık kuruluşları ile iş birliği yapılmalıdır.

İkinci Basamak Sağlık Hizmeti: Ayaktan veya yataklı teşhis, tedavi ve rehabilitasyon hizmeti verilen sağlık kurumlarıdır.

Üçüncü basamak Sağlık Hizmeti: İleri tetkik ve özel tedavi gerektiren hastalıklar için yüksek teknoloji içeren ve/veya eğitim ve araştırma hizmetlerinin verilebileceği altyapıya sahip sağlık kurumlardır.

Palyatif Bakım: Dünya Sağlık Örgütü'ne göre; kanser veya kanserin tedavi yöntemleri nedeniyle ortaya çıkan problemleri ortadan kaldırmayı, hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmeyi amaçlayan modern bir onkolojik tedavi şekli olarak tanımlanmaktadır. Bu tanıma göre palyatif bakım; yeni tanı almış, tedavi sürecinde ve terminal dönemde olan hastalara uygulanmaktadır. Palyatif bakımın 4 temel hedefi bulunur:

- yakınmalardan kaynaklanan rahatsızlığı en aza indirmek, bunlardan kalan sekelleri azaltmak,

- hasta ve yakınlarının yaşam kalitesini yükseltmek,

-hasta bakımında maliyet-etkinlik başlığını rasyonel yönetmek konusuna özen göstermek,

- ölümün kabullenildiği durumda sürecin normal seyrinde gitmesini sağlamak ve yaşam kalitesini arttırmak.

Hastalığın son dönemi, hasta ve hasta yakınları için de veda dönemi olarak kabul edilir. Bu dönemde hasta ve ailesine huzurlu bir ortamın sağlanmasının yanı sıra günlük yaşantılarına devam edebilmelerinin şartlarını yaratmak gerekmektedir. Eğer aile, hastasına güvenli bir ortamda bakıldığını bilirse; işine gidebilir, ailenin diğer fertleri ile ilgilenebilir. Bu nedenle son aşamadaki bakım, yalnızca hasta için değil, hasta yakını için de çok önemlidir.

Palyatif tedavi kapsamında yaşam sonu bakımın hedefi; hastanın ve ailenin istemleri ve klinik, kültürel, etik standartlarla tutarlı bir mantıkla mümkün olan en az ağrı ve sıkıntı ile ölümü karşılamaktır. Bu nedenle yaklaşımların şu özellikleri kapsamasına önem verilir; Şikâyetleri yönetmek, hekim ve diğer sağlık çalışanları arasında anlamlı etkileşimler geliştirmek, yaşam kalitesini korumak, barışçıl ve saygın bir ortamda ölümü karşılamayı kolaylaştırmak. Bu dönemde hastaya yapılacak tüm tedavi ve girişimlerde, bu ekibin ortaklaşa kararlar alması oldukça önemlidir. Bunu sağlamak için de aileye hastanın ihtiyaçlarının en özel şekilde karşılanması konusunu anlatmak, onları konuya dâhil etmek gerekmektedir. Ancak bu aşamadan sonra hekim, hasta ve hasta yakınlarının birtakım olarak, çatışmaları çözüp yaşanan süreçle başa çıkma çabaları sonuç verecektir.

Hizmet alanların yaşam alanları hizmetin özelliğine uygun olması için odalarda:

- Gün ışığı almalı
- Aydınlatma yeterli olmalı,
- Havalandırma sistemi bulunmalı,
- Isı 21-24 derece, nem oranı %30-%60 arasında olmalı,
- Tıbbi müdahaleye uygun düzenlenmeli,
- Rahatlatıcı Müzik Çalınmalı,

Odalar hizmet veren tarafından sürekli gözetlenmeli ve izlenmelidir.

Her hizmet alanın odasında aspiratör ve oksijen tedavisini sağlayan cihazlar uygun şekilde bulundurulmalıdır.

Hizmet alanın, yakınları/aileleri ile kalabileceği alanlar oluşturulmalıdır.

Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezinde sunulacak hizmetlere yönelik düzenlemeler yapılır. Bu kapsamda 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. Bu hizmetlerin sunumu için kuruluşta ilgili hizmete yönelik meslek profesyoneli istihdam edilebileceği gibi bu hizmetler dışarıdan hizmet alımı yoluyla da sağlanabilir. Önemli olan bu hizmetlere ihtiyacı olan hizmet alanların belirlenip, gerek duydukları hizmetlere ulaşmalarının sağlanmasıdır. Hizmetin hangi yöntemle karşılanacağı konusu kuruluş yönetiminin insiyatifindedir.

Hemşirelik Hizmetleri: Hemşirelik bakım hizmetlerinin temel ve benzersiz görevi, sağlam veya hasta bireylerin sağlıklarını korumaları, tedavileri sırasında veya sonrasında huzur içinde yaşamaları için yardım etmek, yaşam kalitesini yükseltmektir. Hemşirelik bakımı birey yeterli kuvvet, istek ya da bilgiye sahip oluncaya ve bunları yardımsız yapabilecek duruma gelinceye kadar kesintisiz devam eder.

- İlaç Uygulamaları,
- Enjeksiyon,
- Serum Takma/Çıkarma,

- Sonda ve Katater Uygulamaları,
- Kan Alma Pansuman ve Yara Bakımı,
- İnfüzyon uygulamaları yapılır.
- Hastanın tedavisini gözlemleyerek sonuçları ekibin diğer üyelerine aktarıp, geri bildirim ile bunu izler.
- Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlılık düzeylerini belirleyip hastanın olabildiğince katılımı ile aktif olmasını sağlar.
- Medikal ekipman konusunda aile ve hastayı bilgilendirip, yönlendirir.
- Değerlendiriciler hemşirelik hizmetleri ile ilgili mesleki kayıt ve formlara bakmalıdır.

Bakım hizmetleri: Bakıma muhtaç kişiye evde veya kurumda sunulan profesyonel destek hizmetleridir. Öncelikle hedef, bakıma muhtaç bireyin ailesinin yanında sosyal çevresinden uzaklaştırılmadan bakılması ve ailenin bu bakım konusunda maddi ve manevi desteklenmesidir.

Genel olarak kurumsal bakım ve evde bakım olarak ele alınmaktadır. Kurum bakımı, evde verilecek desteğe rağmen bakılamayacak derecede yardıma gereksinim duyan veya aile yanında bakılması mümkün olmayan bireylerin bireysel, sosyal, psikolojik ihtiyaçlarının giderildiği, boş zamanlarını değerlendirici etkinliklerin yapıldığı, sosyal ilişkilerinin ve aktivitelerinin arttırıldığı bakım türüdür.

Tıbbi bakım süreçleri; (bu süreçler Sağlık Hizmetleri bölümünde açıklanmıştır.)

- Vital bulguların yakın takibini,
- Ev solunum cihazları ile hastanın izlenimi (mekanik vantilatör dışında)
- Postüral drenajı,
- Trakeostomi/gastrostomi bakımını (Trakeostomi, nefes borusuna tıbbi amaçlarla gırtlak seviyesinin altından dışarı delik açılarak yeni bir nefes alma deliği elde etme işlemimin adıdır),
- Ostomili hastanın izlenimi,
- Sedasyon ve analjezi uygulamasını,
- Depresyon ve ruhsal hastalıkların izlenimini,
- Basınç ülseri/yarası takibini,
- Enfeksiyonların kontrolü ve izlenmesini,

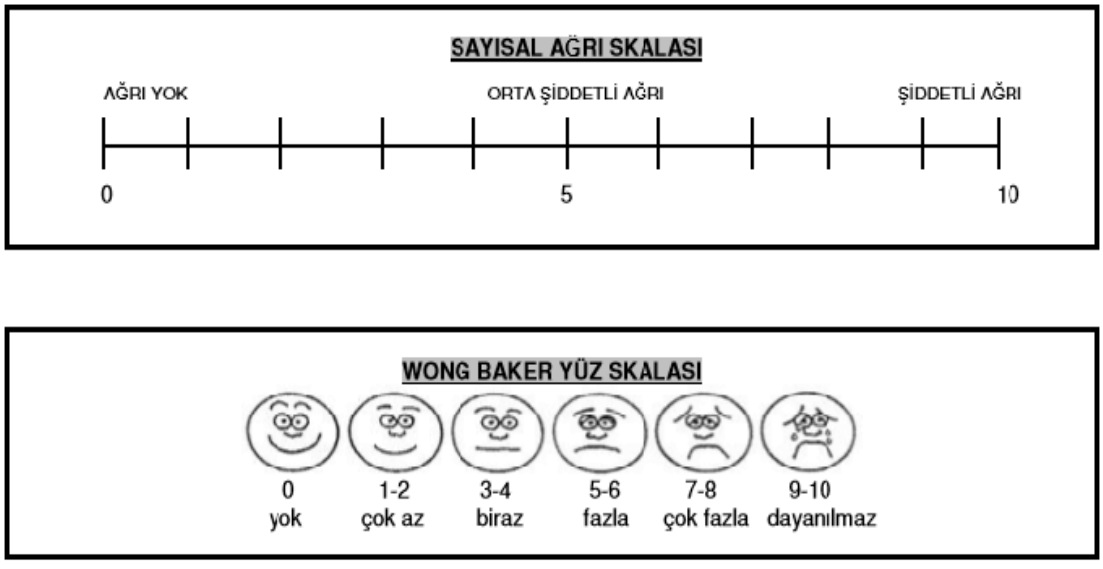
- Hastane sonrası tedavinin devamlılığı ve yaşam kalitesinin korunması hizmetlerini kapsamalıdır.

Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezlerinde hizmet verenlere ulaşılabilirlik tam zamanlı olarak planlanmalıdır.

Ağrı yönetimi: Ağrının pek çok tanımı olup; Uluslararası Ağrı Araştırmaları Derneği (IASP)tarafından yapılan tanımlamaya göre, vücudun herhangi bir yerinden kaynaklanan organik bir nedene bağlı olan ya da olmayan kişinin geçmişteki deneyimleri ile ilgili, sensoriyal, emosyonel hoş olmayan bir duygu olarak tanımlanmıştır. Palyatif bakım şartlarında ise altın standart; MargoMC Caffery'nin tanımıyla "Ağrı, hasta ne tanımlıyorsa odur" şeklinde kabul edilmektedir. Kısaca Ağrı Yönetimi ağrının düzenli aralıklarla değerlendirilmesi ve tedavinin gözden geçirilmesidir.

Ağrının kişiye özgü öznel bir semptom olması hastayı tüm yönleri ile tanıma ve doğru öykü almayı, sürekli gözlem yapmayı, ağrı değerlendirmesinde uygun yöntemleri kullanmayı gerektirir. Ağrı ölçüm yöntemi seçilirken; ağrının gelişme evresi, hastanın yaşı, fonksiyonel durumu, anlama düzeyi, yetenekleri ve duygusal durumu göz önüne alınır. Ağrı değerlendirmesinde multidisipliner ekip yaklaşımı, herkesçe benimsenen ve farklı yorumlara neden olmayan ağrı ölçekleri kullanılmalıdır. Hizmet alana uygun ağrı skalası seçilmelidir.

Şekil 1: Sayısal Ağrı Skalası ve Wong Baker Yüz Skalası



Seçilen ağrı skalası doğrultusunda ağrı skorunu belirler.

Fizyoterapi: Fizyoterapi, çeşitli egzersizler ve/veya elektroterapi uygulamaları ile bazı hastalıkların tedavisine denilmektedir. Fizyoterapide amaç, bazı nedenler sonucunda kişinin fonksiyonel hareketleri bozulmuş ise, bunları geri kazandırarak kişiyi sağlığına kavuşturmaktır. Fizyoterapi, fiziksel ajan ve el ile yapılan tekniklerin, hastada yetersizlik ve belli bir dereceye kadar ilerlemiş sakatlığın ya da kas ile sinir sisteminin fonksiyonel yetersizliklerinin tanısı ve tedavisi için kullanılan bir yöntemdir.

Rehabilitasyon Hizmetleri: Doğuştan veya sonradan herhangi bir nedenle kalıcı veya geçici olarak bedensel, zihinsel, ruhsal ve sosyal yeteneklerini değişik derecelerde yitiren bireylerin mevcut fonksiyon kapasitelerinin belirlenerek tedavi edilmesi, geriye kalan güç ve yeteneklerinin geliştirilerek fiziksel, psikolojik, sosyal ve ekonomik yönden var olan kapasitelerinde ve günlük yaşam aktivitelerinde desteklenmesidir.

Psiko-Sosyal Destek Hizmetleri: Hayatı tehlikeye atacak bir hastalık tanısı almış ve palyatif bakım sürecine başlamış hastada fiziksel ve psikolojik sorunlar hastalığın evrelerine bağlı olarak değişkenlik gösterir. Psikolojik destek sağlarken hastalığın hangi evrede olduğu, hastanın hangi konularda zorluk çektiğinin bilinmesi bu nedenle hastayla ve tıbbi ekiple iletişim halinde olunması ve süreç hakkında detaylı bilgi alınması önemlidir.

Vital Bulgular: Vücudun hayati fonksiyonlarının ve anormal durumlarının ölçülebilir göstergeleridir. Bunlar solunum, nabız, vücut ısısı ve kan basıncıdır.

Solunum Destek Cihazları: Nefes almakta sorun yaşayan hastalarda kullanılan tıbbi cihazlardır.

Postural Drenaj: Yerçekimi yardımı ile özel pozisyonlarda özel teknikler uygulanarak akciğerlerin çeşitli bölgelerinin sekresyonlardan arındırılması/ temizlenmesi uygulamasıdır.

Trakeostomi Bakımı: Trachea gırtlakla bronşlar arasında bulunan, yaklaşık 12 cm uzunluğunda, havanın akciğerlere girip çıkmasını sağlayan nefes borusudur. Havanın akciğerlere girip çıktığı ana kanaldır. Hava yolunun sağlanması amacıyla trakea ön duvarında cerrahi bir açıklık meydana getirmeye trakeotomi adı verilir. Trakeadaki bu ostiumun cilde ağızlaştırılmış olmasına ise trakeostomi denir. Cerrahi olarak oluşturulan trakeal açıklığa yerleştirilen tüpe ise trakeostomi tüpü adı verilir.

Gastrostomi Bakımı: Perkütan Endoskopik Gastronomi; ağız yoluyla beslenemeyen hastaların beslenmesini sağlamak amacıyla, karın duvarından mideye tüp yerleştirilmesidir. Başka bir deyişle PEG enteral beslenme için gastrokutaneal fistül oluşturulması işlemidir. Bu

yöntem özellikle uzun süre yoğun bakım servislerinde yatan, herhangi bir sebepten dolayı yutma refleksi kaybolmuş olan hastaların beslenmesi için gereklidir.

Ostomili Hastanın İzlenimi: Ostomi, içi boş bir organın vücut yüzeyine ağızlaştırılması anlamına gelen Yunanca bir kelimedir. Ağızlaştırılan organa göre değişik Ostomiler mevcuttur. Vücut yüzeyine ağızlaştırılan yere Stoma da denir. Amaç: Stoma bakımının yapılarak fonksiyonel devamlılığının sağlanması; gelişebilecek biyopsikososyal komplikasyonların önlenmesi ve bireyin sosyal yaşama uyumunun sağlanmasında hasta ve ailesine destek olunmasıdır.

Sedasyon ve Analjezi Uygulaması:

Sedasyon: Hastanın çevreye ilgisinin ve dış uyaranlara karşı cevaplılığının azaltılmasıdır

Analjezi: Sedasyon ve uyku hali olmaksızın kişinin ağrı duygusunun ortadan kalkmasıdır. Tek başına analjezi daha çok anksiyete ve ajitasyonun eşlik etmediği, tek başına ağrı oluşturan durumlarda uygulanır (renal kolik, akut apandisit gibi).

Depresyon ve Ruhsal Hastalıkların İzlenmesi:

Depresyon: Bireylerin duygu, düşünce ve davranışlarını olumsuz yönde etkileyen, günümüzde sıkça karşılaşılan ciddi bir medikal rahatsızlıktır.

Ruhsal Hastalık: Ruhsal hastalık kişinin süren hayatını verimli ve olağan seyrinde sürdürmesine engel olan psikolojik rahatsızlıkların tümüdür.

Basınç Ülseri/Yarası Takibi: Tek başına basınç ya da sürtünme ile basıncın birlikte sebep olduğu, genellikle kemik çıkıntılar üzerinde ortaya çıkan deri ve/veya deri altı doku hasarıdır. Bir bölgenin uzun süreli veya aralıksız basınca maruz kalması ile oluştuğu için basınç ülseri/ yarası olarak adlandırılır (Konu ile ilgili detaylı açıklama Kişisel Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Uygulama Rehberi bölümünde yapılmıştır).

Enfeksiyonların Kontrolü ve İzlenmesi:

Enfeksiyon: Bir mikroorganizmanın herhangi bir yolla insan veya hayvan vücuduna girip yerleşerek çoğalmasına enfeksiyon denir.

Bu hastalıklar, bir bireyden diğerine veya bir türden diğerine geçebilmelerinden dolayı, genellikle bulaşıcı hastalık olarak tanımlanırlar ve tıbbın enfeksiyon hastalıkları dalında incelenirler.

Hastane Sonrası Tedavinin Devamlılığı ve Yaşam Kalitesinin Korunması Hizmetleri:

Hastanın taburcu edilmesi sonrası görülebilecek komplikasyonların önlenebilmesi ya da azaltılabilmesi için hastasının iyi bir taburculuk planlanması ve sonrasında bakım hizmetinin verilmesi gerekir. Taburculuk planlaması hastanın ihtiyaçlarının tanımlandığı ve gerekli planlamaların yapıldığı yazılı bir süreçtir. Etkili bir taburculuk planlaması hastaneden sonra bakımın devamlılığını sağlar ve kaliteyi artırır.

Hizmet alanın ihtiyaç duyduğu ilaç, tıbbi araç, Sağlık desteği sağlama, ek hizmetlere (konuşma terapisi, fizyoterapi, hasta bakımı, respite bakım gibi) yönelik düzenlemeler yapılır.

Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezinin işleyişine yönelik yazılı düzenleme bulundurulur ve işleyiş buna göre yapılır. Yazılı düzenlemelerde;

- Hizmet alanın/vasinin başvuru işlemlerini
- Hizmet alanın/yakınının/vasisinin onamının alınmasını,
- Hizmet alanın kabulünü,
- Hizmet alanın manevi, sosyal destek mekanizmalarını,
- Tam teşekküllü hastanelerden hastalık sürecinin raporlandırılmasını,
- Yaşam sonu yapılacak işlemleri içermelidir.

Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezine giriş ve ziyaret kuralları hizmet alanın/vasisinin talebi de dikkate alınarak hizmet alanın sağlık durumuna göre belirlenmeli ve yazılı olarak hizmet alanın odasında bulundurulmalıdır.

Acil durumlar için önlemler alınır.

Mavi kod ve kırmızı kod etkin kullanılmalıdır. Kod sistemleri ile ilgili açıklamalar Güvenlik Raporlama Kalite Standartları Uygulama Rehberi bölümünde yapılmıştır. Acil hizmetler için 112 merkezi ile en hızlı şekilde koordine kurulmalıdır.

Bakım hizmeti için gerekli cihazların güvenli kullanımı sağlanır.

- Uzun süreli bakım hizmeti için gerekli olan cihazların enerji kesintisiz olarak kullanım olanakları garantilenmelidir,
- Cihazların bakımı kullanım talimatının önerileri doğrultusunda haftalık, 15 günlük ve aylık bakımı yapılmalıdır,
- Cihazların kalibrasyonu düzenli yaptırılmalıdır,
- Cihazların onarımları zamanında yaptırılmalıdır.

Hizmet alan ve /veya yakınının bilgilendirilmesi; varsa hekim, olmadığı durumlarda hemşire tarafından yapılır. Bilgilendirme;

- Hizmet alanın genel durumunu,
- Sağlık durumunun genel gidişatını,
- İzlem, tedavi ve bakım sürecini kapsamalıdır.
- Hizmet alan bireyin yakını,
- Hizmet alanın ilk kabulünde, her ziyaretinde ve gerektikçe bilgilendirilmelidir.

Aile üyelerine hizmet alanla kuracakları ilişkide tutum ve davranışlarına yönelik psiko-sosyal danışmanlık hizmeti verilir.

Ziyaretçiler, uymaları gereken kurallar konusunda bilgilendirilir.

- Ziyaretçilerin yeterli el hijyeni, genel hijyen kurallarına ve hizmet alanların mahremiyetine uygun tedbirler alınarak ziyaretleri sağlanmalıdır.
- Hizmet alanın varsa alerji ve bulaşıcı hastalık özelliklerinin bilgileri ziyaretçilere bildirilmelidir.
- Hizmet alanların ziyaret sayısı, sıklığı için sağlık personeli tarafından düzenleme yapılmalıdır.

Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezinden koordineli, "Evde Yaşam Destek" hizmeti verilir.

- Bu program dahilinde organizasyonlar yapılmalıdır.
- İhtiyaç dahilinde hemşirelik hizmetlerine telefon veya online ulaşılabilmelidir.
- Uzun Süreli Bakım ve Rehabilitasyon Ünitesi/Merkezinden günlük, rutin, kısmi zamanlı hemşirelik hizmetleri ve gerektiğinde hekim, fizyoterapist ve psikolog desteği sağlanmalıdır.

KAYNAKLAR

1. Acıbadem Sağlık Grubu (2009), "Kansere Karşı Yalnız Değilsiniz Kataloğu". http://www.kanserekarsiyalnizdegilsiniz.com/)
2. Dölek B. (2012) Klinik Gelişim. (İlk kaynak Thomas D. (2009) *"Guide to long term care planning-About long term care: What is long term care?"* Presented at the Second Annual Meeting of the National Care Planning Council, New York).

3. SAĞLIK BAKANLIĞI, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sayı: 54567092/045/ 31/04/2019, Konu: Sağlık Hizmeti Sunucularının Basamaklandırılması, GENELGE 2019/10)

KURULUŞ YÖNETİM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Dr. Fzt. Burcu FIRAT

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Kuruluş Yönetim Hizmetlerine ait kalite standartları, kuruluş yönetiminin kalitesini yükseltmek, hizmetlerin devamlılığını sağlamak ve hizmet sunum sürecini iyileştirmek amacıyla geliştirilmiştir. Kuruluşun yönetim birimleri, Bakım Hizmetleri Kalite Standartları çerçevesinde hizmet vermeli, hizmetin odağında hizmet alanın güvenliği ve mahremiyeti olmalıdır. Bu bölümde, kuruluşun belli bir sistem içinde yönetilmesi, sunulan hizmetlerin sürdürülebilir olması ve hizmet sunum süreçlerinin takibinin yapılması konularının önemi üzerinde durulmuştur. Konu ile ilgili öncelikle, her kuruluşta Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarının uygulanmasını organize edecek bir Kalite Temsilcisi belirlenmesi gerekmektedir.

Kuruluş Yönetim Hizmetleri bölümü on üç (13) standarttan oluşmaktadır. Bu standartların ikisi (2) çekirdek standart (50 puan), beşi (5) bakım hizmet sunumunda temel ilke kabul edilen bakım hizmetinin bireye özgü sunumu, hizmet alan ve hizmet veren güvenliği ile mahremiyete ilişkin standart (30 puan), dördü (4) bakım hizmet sunumunda bölüme özgü süreçleri doğrudan etkileyen (20 puan) standart ve ikisi (2) bakım hizmet sunumunda bölüme özgü süreçleri dolaylı olarak etkileyen (10 puan) standartlardır.

KKY01.01 kodlu değerlendirme ölçütünde geçen kalite temsilcisi, kuruluş yönetimi tarafından gönüllük esasına bağlı olarak kuruluşta çalışanlar arasından seçilerek belirlenir. Kuruluş kalite temsilcisi, Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'ne iletilmek üzere İl müdürlüklerine bildirilmelidir. Kuruluş kalite temsilcisi BHKS'nın içeriğini ve gerekliliklerini bilmekle yükümlüdür.

Kalite temsilcisi BHKS kapsamında;

- Kalite ekiplerini oluşturmalıdır.
- Kalite ekiplerinin zorunlu üyesi olmalıdır.
- İlgili birimleri veya çalışanları standartlar konusunda bilgilendirmelidir.
- Kalite standartları ile ilgili gerekli dökümanları sağlamalıdır.
- Dökümanların takibini yapmalıdır.
- Yazılı dökümanların uygun yöntemlerle dosyalanması ve arşivlenmesini sağlamalıdır.

- Kalite göstergelerinin hesaplamasını yapmalı ve gösterge sonuçlarını takip etmelidir.
- Memnuniyet anketlerinin uygulanmasını koordine etmelidir.
- BHKS öz değerlendirme takvimini hazırlanmalı ve yılda en az bir kez değerlendirme yapmalıdır.

KKY02 kodlu standartta kuruluşların "Erişilebilirlik Belgesi"ne sahip olması gerektiğinden bahsedilmiştir. **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 denetim tarihi itibari ile erişilebilirlik mevzuatına uygun olduğunu içeren komisyonca düzenlenen belgedir. Bakım hizmeti sunan kuruluşların erişilebilirliğin önemini vurgulamak için bu standart çekirdek standart olarak değerlendirmeye etki edecektir.

KKY03, KKY04 ve KKY05 kodlu standartlarda geçen kalite ekipleri, ekip üyeleri ve görevleri şunlardır;

1) Kuruluş Güvenliği Ekibi:

Kuruluş güvenliği ekibi; kuruluş yönetimi, kuruluş kalite temsilcisi ve en az bir hizmet verenden oluşur. Oluşturulan ekip kuruluşun hizmet verilen tüm alanlarını düzenli aralıklarla gezerek aksaklıkları, yapısal riskli durumları belirler ve gerekli çalışmaları yapar. Kanalizasyon, elektrik, su, ısınma tesisatı, binaya ait sorunları tespit eder ve düzenleyici-önleyici faaliyetleri yapar. Acil durum ve afet (YOTA, sel, acil durum sisteminin kurulması) çalışmalarını yürütür. (YOTA, bir binanın taşıyıcı sistemi haricindeki bütün kısımları ve binanın içindeki unsurlardır. Bu elemanların sarsıntı sırasında kaymalarını ya da düşmelerini önlemek için alınabilecek basit, etkili önlemlerdir). Tehlikeli maddelerin yönetiminden yani taşınmasından, etiketlenmesinden, depolanmasından sorumludur. Kuruluşta kullanılan tehlikeli maddelerden olan akaryakıt, benzin, oksijen tüpü, tüm temizlik ve ilaçlama maddeleri, boya-uhu gibi uçucu yanıcı maddelerin yönetilmesinden sorumludur.

2) Hizmet Alan Güvenliği Ekibi:

Hizmet alan güvenliği ekibi; kuruluş kalite temsilcisi, hizmet veren ve sağlık biriminden en az birer kişiden oluşur. Bu ekip, hizmet verilen bireyle ilgili bilgi akışının sağlanması için sistem oluşturur. Bu sistem, hizmet verilen bireyin gelişimi (yemek yemeye başlaması, uyku

problemi, düşme riski gibi) ile ilgili bildirimleri, sorunların çözümlerini ve bildirimlere yapılan geri dönütlerin takipleri içermelidir. Hizmet alan güvenliği ekibi hizmet verilen bireyin güvenliğini riske atan durumları belirler; kendisine zarar vermesi, yanındaki diğer hizmet alanlarla olan ilişkisi gibi durumları takip eder. Hizmet alan bireyin düşme riskine yönelik eşya düzenlemesi, yatak yüksekliğinin ayarlanması gibi bakım ihtiyaç durumuna özel çevresel riskleri belirler. Belirlenen risklere yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatır.

3) Hizmet Veren Güvenliği Ekibi:

Hizmet veren güvenliği ekibi; kuruluş kalite temsilcisi, kuruluş yönetimi ve kuruluşta hizmet veren birimlerden gelen birer kişiden oluşur. Bu ekip, hizmet verenlerin zeminlerin ıslak kalması, banyo zeminlerinin kayıyor olması, çalışılan alana yönelik fiziksel zorlanmalara neden olabilecek düzenlemeler olması gibi çevresel faktörlerden zarar görme risklerini belirler. Hizmet alan yakınları ile istenmeyen diyalog, hizmet verenler arasında yaşanabilecek şiddet vakaları, hizmet alanın isteyerek veya istemeyerek uygulayabileceği şiddet gibi durumlarda hizmet verenlerin şiddete maruz kalma riskini belirler. Hizmet verenleri korumaya yönelik gerekli ekipmanların işin gereğine uygun kullanımını takip eder. Hizmet verenleri koruyucu ekipmanlar; maske, eldiven, hasta taşıma lifti, yatağa bağımlı bireylerde ara çarşaf kullanımı gibidir. Tüm bu risklere yönelik düzeltici-önleyici faaliyetleri gerçekleştirir.

4) Eğitim Ekibi:

Eğitim ekibi, kuruluş kalite temsilcisi, kurului idaresi ve kuruluşta hizmet veren birimlerden birer kişinin katılımıyla oluşur. Bu ekip bakım hizmetleri kalite standartları eğitimini, hizmet içi eğitimleri, hizmet alana ve hizmet verene uyum eğitimini, hizmet alan ve yakınlarına yönelik eğitimleri düzenlemekten ve ilgili kişilerin bu eğitimlere katılımından sorumludur.

5) Kuruluş Hijyeni Ve Enfeksiyonu Ekibi:

Kuruluş hijyeni ve enfeksiyonu ekibi, kuruluş kalite temsilcisi, sağlık biriminden bir kişi ve hizmet verenler arasından seçilen bir kişiden oluşur. Bu ekip, kuruluş temizliği ve hijyeninin sağlanmasını denetler, kişisel hijyen kurallarının uygulanmasını sağlar. Kuruluşta izolasyon önlemleri alınması, yiyeceklerin hijyeni, suların analizi, atıkların yönetimi konularından öncelikli olarak sorumludur. Bu bağlamda; bulaşıcı hastalık, hizmet alanın enfeksiyonlardan korunması gibi izolasyon önlemi alınması gereken durumları izler ve gereken önlemleri 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.

KKY04.03 kodlu değerlendirme ölçütünde geçen ***Süreç Yönetim Takvimi***; kuruluş yönetimi**,** kuruluş kalite temsilcisi ve ekiplerle toplantılar yaparak kuruluş hedeflerini, ekiplerce istenilen düzeltici önleyici faaliyetleri ve öz değerlendirme sonuçlarını gözden geçirerek oluşturulur. Bakım hizmeti sunan kuruluşlar için süreç yönetim takvimi, düzeltici önleyici faaliyetlerin ne zaman yapılacağını, ne kadar sürede tamamlanacağını, bu faaliyeti gerçekleştirmeden sorumlu kişilerin belirlendiği programdır.

Düzenleyici Önleyici Faaliyetlerin Yönetimi

Kuruluşta işleyişe yönelik aksaklıklar için düzenleyici önleyici faaliyetlerin yapılması gerekmektedir. Bunun için öncelikle fiziki veya işleyişe yönelik aksaklıklar, riskler, uygunsuzluklar tespit edilir. Tespit edilen aksaklıkların, risklerin ve uygunsuzlukların nedenleri belirlenir, nedenleri ortadan kaldırmak için başlatılacak olan düzeltici, önleyici faaliyet planlanır ve yapılacak çalışmanın kimler tarafından yapacağı belirlenir. Yapılması planlanan faaliyet için süreç takvimi oluşturulur. Bu takvimde düzeltilmesi/önlenmesi gereken faaliyetin tahmini başlangıç ve bitiş zamanı belirlenir, sürecin nasıl işleyeceği, ne zaman başlayıp ne zaman tamamlanacağı öngörüldüğü şekilde yazılı olarak kayıt altına alınır. Süreç takvimine uyulmadıysa sürecin son tarihinde hangi nedenden dolayı gerçekleştirilemediği kayıt altına alınarak yeni bir süreç takvimi oluşturulur.

Düzeltici Faaliyet: Saptanan uygunsuzlukların sebeplerini ortadan kaldırmak ve uygunsuzluğun neden olduğu olumsuz sonuçları gidermek için yürütülen planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

Önleyici Faaliyet: Bir uygunsuzluk meydana gelmeden, olası uygunsuzlukların tespit edilmesi, meydana gelmelerini engellemek için yapılan planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

Uygunsuzluk: Kaliteli hizmet sunumu için gereken şartların yerine getirilmemesidir.

Düzeltici önleyici faaliyet formunun içeriğinde; isteği yapan kişi veya birimin adı, uygunsuzluğun tanımı, uygunsuzluğun muhtemel nedenleri, uygunsuzluğun nedenlerini ortadan kaldırmak için yapılacak faaliyet planı, planlanan tarih, gerçekleşen tarih bulunmalıdır. Faaliyet tamamlandıktan sonraki sonuç, uygunsuzluğun ortadan kalkıp kalkmadığı da formda yer almalıdır.

Şekil 2: Düzeltici ve Önleyici Faaliyet İsteği (DÖFİ) Formu*

*Formun içeriği örnek olarak doldurulmuştur.

1. KISIM DÖFİ TALEP EDEN BİRİM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

İstek Tarihi: 15 /03 / 2019 ☐ Öneri ☐ Önleyici Faaliyet ☐X Düzeltici Faaliyet		
İsteği Yapan: Bakım personeli	İMZA:	
Uygunsuzluğun Tanımı: Yaşlı ortak salonunda yaşlılar birbirleri ile yer kavgası yapmakta. Masalara geçerken birbirlerine çarptıklarını söylemekte.		
Uygunsuzluğun Muhtemel Nedenleri: Masa düzenleri geçişi zorlaştırıyor. Yeterli oturma alanı olmadığı için yer ile ilgili tartışma çıkıyor. Kişisel nedenlerden dolayı bazı yaşlılar kasıtlı atışıyor.		

2-DÖFİ TALEP EDİLEN BİRİM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Uygunsuzluğun Nedenlerini Ortadan Kaldırmak İçin Yapılacak Faaliyet Planı: Hemen yapılamayacaksa nedenleri. 1)Masa düzenlemesi yeniden yapılacak. 2)İlave sandalye alınacak. 3) Kişisel sıkıntısı olan yaşlılarla görüşme yapılacak.

Palnlanan Tarih: 1)16/03/2019 2) 16/04/2019 3) 17/03/2019	Gerçekleşen Tarih; 1)16/03/2019 2) 16/04/2019 3) 17/03/2019

3. KISIM DÖFİ FAALİYETLERİNİ İZLEYEN /KONTROL EDEN VE KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR.

Faaliyetin İzlenmesi ve Tamamlanması : DÜZELTİCİ / ÖNLEYİCİ FAALİYET YERİNE GETİRİLDİ Mİ?

Masa düzenlemesi yapıldı. İletişim problemi yaşayan yaşlılarla görüşüldü. Maddi olanaklardan dolayı yeni sandalye alımı ertelendi. Şuan için uygunsuzluk ortadan kalktı.

Düzeltici / Önleyici Faaliyetin İzlenme Tarihi: 01/ 06 /2019

KKY06 kodlu standart "Kuruluş Web Sayfası" ile ilgilidir. Herhangi bir kurumun kurumsal kimliğinin yansıtılması ve tanıtım faaliyetlerinin gerçekleşmesi amacı ile ulusal ve uluslararası ağ ortamında yayınlanan online sistemlere web sitesi denir. Kuruluşlara ait web siteleri; kuruluşun hizmet verdiği alanları (yaşlı, engelli, ruhsal veya zihinsel engel gibi), hizmetin ve hizmet verenlerin niteliğini (bakım, sağlık, fizyoterapi ve rehabilitasyon hizmeti, uzman doktor, sertifikalı hizmet verenler gibi), kuruluşa başvuru koşullarını, hizmet verenin, hizmet alanın ve yakınlarının görüşlerini bildireceği alanları, kuruluş ziyaret saatlerini, ziyaretçilerin uyması gereken kuralları, anlaşmalı oldukları kurumları, adres ve iletişim bilgilerini içermelidir.

KKY9 ve KKY 10 kodlu standartlarda geçen talep ve şikayetler, hizmet alanların/yakınlarının talep ve şikayetleri ile hizmet verenlerin talep ve şikayetleri olarak iki şekilde değerlendirilebilinir.

1) Hizmet Alanların/ Yakınlarının Talep ve Şikayetleri:

Hizmet alanlara daha kaliteli hizmet sunabilmek için hizmet sürecine yönelik talep/şikayetleri almak ve bunlara yönelik düzenlemeler yapmak gerekmektedir. Bu nedenle hizmet alanların/ yakınlarının talep ve şikayetlerini yazılı olarak almak önem arz etmektedir. Bu amaçla kuruluştan hizmet alanların/yakınlarının görüş, öneri ve taleplerini iletebilecekleri dilek/ şikayet kutusu ile kuruluş idaresine ithafen yazılan dilekçeler ve kuruluş web sitesi üzerinden iletişim kurma imkanı olmalıdır. Talep, görüş, öneri ve şikayetlerin iletileceği bu iletişim yolları, hizmet alan ve yakınlarına kuruluşa oryantasyonları sırasında anlatılmalıdır. Bu yöntemlere ek olarak, kuruluş yönetimi, hizmet alan ve yakınlarının talep ve şikayetlerini almak üzere toplantılar düzenleyebilir. Bu toplantı sonuçları, talep/şikâyet kutusundaki bilgiler, dilekçeler ve kuruluş web sitesi üzerinden yapılan gönderiler kayıt altına alınmalı ve bunlar işleyişe yönelik alınacak kararlarda göz önüne alınmalıdır.

2) Hizmet Verenlerin Talep ve Şikayetleri:

Hizmet verenler, hizmet alanlarla devamlı temasta oldukları için hizmetin işleyişi ile ilgili en çok fikir sahibi olan gruptur. Bu nedenle, iş akışını kolaylaştırmak, hizmetin kaliteli ve verimli olmasını sağlamak adına hizmet verenlerin her türlü görüş, talep ve şikayetlerinin alınması gerekmektedir. Talep ve şikayetler dilek/ şikâyet kutusu üzerinden, web sitesi üzerinden, dilekçe yoluyla veya toplantılarla yapılabilir. Hizmet verenlerin görüşlerinin, talep ve şikayetlerinin toplantılar yoluyla alınması yüz yüze iletişim kurma imkânı sağlaması bakımından iş gelişimine katkısı diğer yöntemlere göre daha etkilidir. Yapılan toplantılarda alınan görüş, talep ve şikayetlerin, sonucunda yapılacak olan eylemlerin yazılı olarak kayıt altına alınması gerekmektedir.

KKY11 kodlu standart ziyaretlerle ilgilidir. Bilindiği gibi hizmet alanların yakınları ile gönüllüler kuruluşlara ziyaret ederler. Bu sebeple, kuruluşa kabul edilen ziyaretçiler için belirlenmiş kuralla ve bu kurallar hizmet sunum sürecinde yer alan tüm çalışanlar tarafından bilinmelidir. Ziyaretçi kuralları yazılı olarak bulundurulmalı, gerekli yerlere asılmalıdır. Ziyaret kuralları belirlenirken öncelik hizmet alanların mahremiyeti, güvenliği ve sağlığı olmalıdır. Bu amaçla öncelikle ziyaret saatleri ve günleri belirlenmeli, hizmet alanların yakınlarıyla görüşebilecekleri alanlar oluşturulmalıdır. Ziyaretçilerin girişinin yasak olduğu bölümler veya o bölümlere hangi ekipmanla girecekleri belirlenmelidir. Hizmet alanların bio-psiko-sosyal durumuna göre de kişiye özel kuralların da yazılı olması gerekebilir. Bu tür durumlarda hizmet alanın görüşmesinin uygun olmadığı kişiler varsa belirlenir, durumuna göre yasaklı yiyeceklerin getirilmemesi söylenir, kişinin fiziksel, psikolojik ve sosyal durumuna uygun

görüşme alanı oluşturulur veya ziyaretçilerin kişinin durumuna göre ziyaret sırasında kullanması gereken ekipman belirlenir. Hizmet alana veya bölüme özel kurallar hizmet alanın odasının kapısına veya bölümün kapısına asılabilir. Hizmet verenlerin bu kuralları biliyor ve kurallara uyuyor olması beklenir.

Kuruluşa giriş yapan tüm ziyaretçilerin kayıtları alınmalıdır. Ziyaret kayıtlarında; ziyaretçinin adı-soyadı, T.C. kimlik numarası, iletişim numarası-adresi, ziyarete geldiği kişinin adı soyadı, yakınlık derecesi, geliş –gidiş saati bulunmalıdır.

KKY12 kodlu standart "Memnuniyet Anketleri" ile ilgilidir. Memnuniyet, hizmet alanın/verenin ihtiyacının giderilmesi ve isteğinin karşılanması sonrasındaki tatmin oranıdır. Hizmet alanın/verenin memnuniyetini, alınan hizmetlerden memnun kalma düzeyi olarak da tanımlamak da mümkündür. Engellilere ve yaşlılara hizmet verilen kuruluşlarda uygulanan hizmet alan ve hizmet veren memnuniyet anketleri, verilen hizmetlerin hizmet alan ve hizmet veren perspektifinden memnuniyet düzeyinin ve hizmete ilişkin durum tespitinin yapılmasını sağlamaktadır.

Memnuniyet anketleri AÇSHB tarafından hazırlanacaktır. Anketler hizmet alan grubun özellikleri göz önünde bulundurularak uygulanacaktır. Anket uygulamalarını kuruluş kalite temsilcisi koordine eder, memnuniyet anketlerinin sonuçlarının değerlendirilmesi sürecine kuruluş idaresi de katılır. Memnuniyet anketleri yılda bir kez uygulanır. AÇSHB tarafından kuruluşlara bildirilecek memnuniyet anketlerinin uygulama rehberi farklı bir rehber olarak yayınlanacaktır.

KKY13 kodlu standartta geçen "BHKS Öz Değerlendirme"leri kuruluş kalite birimleri tarafından bakım kalite standartlarına uygun olarak yapılan ve sonucunda eksik/hatalı/uygun olmayan yönlerin belirlenip düzeltici, önleyici faaliyetler ile iyileştirmeye yönelik süreçleri belirlemeye yönelik yapılan değerlendirmelerdir. Her kuruluş yılda bir kez BHKS değerlendirme dönemi öncesi kendi öz değerlendirmesini yapmalıdır. Bu değerlendirmeler, kuruluş kalite temsilcisinin organizasyonuyla kalite geliştirme ve değerlendirme yazılımı üzerinden yapılmalıdır. Özdeğerlendirmeler kuruluş idaresi tarafından gerek görüldüğü hallerde de yapılabilir. Önemli olan kuruluşun BHKS değerlendirmeleri öncesi kendi durumunu tespit etmesidir. Özdeğerlendirmeler ile kuruluş güçlü ve zayıf olduğu yönlerini görebilecek ve alacağı yönetsel kararlar için sağlam bilgi elde edebilecektir. Öz değerlendirme sonuçları, kuruluşların mahremiyetini korumak açısından sadece EYHGM Kalite İzleme ve Değerlendirme Dairesi ve kuruluşun bulunduğu AÇSHB İl Müdürlüğü tarafından görülecektir.

TESİS YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Dr. Fzt. Burcu FIRAT

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Bakım hizmetleri kalite standartları kapsamında geçen tesisler, verilecek hizmetin amacına uygun yapılmış ve kullanılan kuruluş binalarıdır. Hizmet verilen tesis bina ve çevre düzenlemesi olarak büyük, küçük, tek katlı, çok katlı, site şeklinde veya bloklar halinde olabilir. Tesis yönetimi kalite standartlarında amaç hizmet alan, yakınları ve hizmet verenler için sürekli, güvenli, kolay ulaşılabilir fiziki koşulları ve teknik alt yapıyı oluşturmak, tesisi düzenli olarak alt yapı ve teknik açıdan gözden geçirerek olumsuzlukları, aksaklıkları istenmeyen bir olay oluşmadan önce tespit ederek gerekli bakım, onarım ve düzenlemeyi yapmaktır.

Tesis Yönetimi bölümü on üç (13) standarttan oluşmaktadır. Bu standartlardan dokuzu (9) 30 puan değerinde olup, dördü (4) 20 puan değerindedir. On üçüncü standart KTY 13-1 ve KTY 13-2 şeklinde ele alınmıştır. Bu standart muadil standart olarak geçmektedir. Kalite değerlendirmelerinde asıl olan sunulan hizmetin standartlara uygun, bireylerin güvenlik ve mahremiyetini göz alacak şekilde verilip verilmediğidir. Bu anlamda nihai olan hizmetin sunumudur. Hizmet sunumunda farklı yöntemler tercih edilebilinir. Muadil standartlar bir hizmetin sunumu için kuruluş yönetimi tarafında tercih edilen yöntemin hangi kriterlere gore verilmesi gerektiğini açıklayan standartlardır. Bu anlamda KTY13-1 ve KTY13-2 kuruluşun doğalgaz veya yakıt deposu kullanması durumunda nelere dikkat edileceğini açıklamaktadırlar.

KTY01 kodlu standart kuruluş içinde yönlendirici olan krokiler ile ilgilidir. Acil durumlar için gerekli olan krokiler Acil Durum ve Afet Yönetimi bölümünde, yönlendirici krokiler ise Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler bölümünde açıklanmıştır.

KTY03 kodlu standartta fiziksel durum ve işleyişin takibi için yapılması gereken bina turlardan bahsedilmektedir. Buna göre; tesisteki aksaklıkları ve riskleri gözden geçirmek için en az 3 ayda bir oluşturulan ekip tarafından bina turları yapılır. Bina turları için oluşturulacak ekipte idare, sosyal servis ve sağlık servisinden birer kişi ile kalite temsilcisi ve varsa teknik servisten bir kişi bulunmalıdır. Bina turları sırasında;

- Kaygan zemin, ortamda takılmaya neden olabilecek malzemeler, çatlamış cam, açık bırakılan kapılar, kesici aletlerin kilitli olmaması, devrilebilecek şekilde düzenlenmiş malzemeler gibi gözden kaçmış olabilecek durumlar tespit edilir.

- Bakım ve onarım gerektiren (boyası bozulmuş, sıvası dökülmüş alanlar, akıtan musluk, yanmayan ampul, kilidi bozulmuş kapı-pencere gibi) yerler belirlenir.
- İşleyişi zorlaştıran, engelleyen durumlar (yemek taşıma arabasının tek seferde tüm malzemeyi alamaması, doldurulması gereken evrakların kolay kullanılabilir yerde olmaması, yemek masalarının geçişi engellemesi gibi) belirlenir.
- Tuvaletler, mutfak, depolar, odalardaki dolaplar gibi alanların temizliği hijyen kurullarına uygunluk açısından değerlendirilir.

Bina turlarında tespit edilen riskler, aksaklıklar ve ihtiyaçlar kayıt altına alınmalıdır. Gerekli durumlar için düzeltici – önleyici faaliyetler başlatılmalıdır. Herhangi bir aksaklık bulunmamışsa bina turunun yapıldığı fakat herhangi bir aksaklık, risk bulunmadığını belirten bir yazı yazılarak, yapılan bina turu sonucu kayıt altına alınmalıdır.

KTY04 kodlu standartta geçen çevre düzenlemesinin güvenlik ve uygunluğu konuları Güvenlik ve Uygunluk bölümünde detaylı olarak anlatılmıştır.

KTY05 kodlu standartta geçen lojistik girişi, hizmet alanların kullanmadığı mal giriş çıkışının olduğu giriştir. Gıda, temizlik malzemeleri gibi malların girişi ayrı bir kapıdan olmalıdır. Ambulans, cenaze arabası mümkünse ana kapıdan farklı bir yerden giriş yapmalıdır. Farklı bina girişleri, kuruluşta kalan hizmet alanların rahatsız olmaması ve güvenliği açısından önemlidir.

KTY06 kodlu standart, alternatif ulaşım yöntemleri ve/veya asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenlemeleri açıklamaktadır. Bu bağlamda; asansörler Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığı tarafından yayınlanan yönetmelik gereği uzman mühendisler tarafından periyodik olarak yılda bir kez kontrolden geçirilerek uygunluk durumuna göre etiketlenmelidir. Asansörlerde bulunan etiketlerin üzerinde periyodik kontrolün yapıldığı tarih, düzeltme süresi ve bir sonraki kontrol tarihi bulunmalıdır. Periyodik kontrol sonrası asansörlere etiketler yapıştırılır. Bu etiketler renklerine göre asansörün taşıdığı riski göstermektedir.

Kırmızı etiket, asansörün güvensiz olduğunu göstermektedir. Asansörlerin periyodik kontrolü sonrası tespit edilen aksaklıkların 1 ay içerisinde ortadan kaldırılması gerekmektedir. Aksi takdirde asansör mühürlenerek kullanım dışı bırakılacaktır. Sarı etiket asansörün kabul edilebilir risk seviyesinde olduğunu göstermektedir. Bu durumda belirlenen risklerin 2 ay içerisinde giderilmesi gerekmektedir. Mavi etiket, hafif risk olarak değerlendirilir ve bu durumda asansörün kullanımında sakınca bulunmamaktadır. Yeşil etiket ise kullanılan asansörün herhangi bir risk taşımadığını gösteren etikettir.

Kuruluşlarda kullanılan asansörlerin engele 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 düzenekte ve büyük düğmelerle ve basit olmalıdır. Asansör sistemi bulunduğu katı, kapının açıldığını kapandığını sesli uyarı ile bildirmelidir. Asansör içerisinde tutamak olmalıdır.

KTY07, KTY08, KTY09, KTY10, KTY11 KTY12, KTY13-1 ve KTY13-2 kodlu standartlar; havalandırma sisteminin kontrolü ile, su, elektrik ve yakıtın kesintisiz olarak verilmesi ile ilgili yapılması gereken düzenlemelerle ilgilidir. Kuruluşlarda elektrik, su ve yakıt kesintisiz olarak verilmelidir. Elektriğin kesintisiz verilebilmesi için jeneratör bulunmalıdır. Jeneratör yoksa alternatifleri olmalı; hasta başı cihazlar için kesintisiz güç kaynağı, aydınlatma için şarjlı elektrik kesildiğinde devreye giren sistemler bulunmalıdır. Alternatif sistemlerin kapasiteleri ve kullanım süreleri belirli ve uygun olmalıdır. Son olarak bu sistemlerin kontrolü yapılmış şekilde bulunmaları hazır bulunmaları gerekmektedir.

Elektrik tesisatlarının kontrolleri sadece kurulduğu gün değil yılda bir kez periodik olarak yapılmalıdır. Elektrik tesissat kontrollerinde en önemli nokta elektrik panolarıdır. Bütün sigorta, şalter, kaçak akım rölyesi, paratoner, şebeke prizi ve UPS prizi gibi ekipmanlar, topraklama tesisatı kontrol edilmelidir. Elektrik aksamının yalıtımının olması yani bütünlüğünün bozulmamış olması gerekmektedir. Yapılan periyodik kontroller ilgili yönetmeliğe uygun olarak yapılmalıdır.

Kullanılan Jeneratörlerin ruhsatı olmalıdır, periyodik bakımları yapılmalıdır. Jeneratörün bulunduğu alanda olası tehlikelere karşın kamera olmalı ve kamera görüş açısı jeneratörü görmelidir. Kesintisiz güç kaynağına bağlı prizler tanımlanmalıdır. Liste şeklinde hangi katta hangi odada olduğu belirtilmelidir. UPS'e bağlı prizin üzerinde belirteç bulunmalıdır

Suyun kesintisiz olarak verilebilmesi için su depoları bulunmalıdır. İçme suyu deposu veya alternatifi, kullanım suyu deposu veya alternatifi ayrı ayrı bulunmalıdır. Yakıtın kesintiye uğramaması için de gerekli önlemler alınmalıdır. Faturalı doğal gaz kullanan kuruluşlarda yedekleme sorgulanmaz. Kartlı sistemlerde ise azalma miktarına göre yedekleme yapılmalıdır. Farklı yakıt türlerinde yakıt miktarı takibi yapılmalıdır.

Isınma ve soğutma amaçlı kullanılabilecek bir diğer sistem ise Merkezi Havalandırma Sistemi ve klimalardır. Bu sistemi kullanan kuruluşların ekipmanın periyodik bakımını ve kontrolünü yaptırmış olması gerekmektedir. Yapılan bakıma dair yazılı belge bulunmalıdır.

KAYNAKLAR

1) Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığından; Asansör Yönetmeliği (**2014/33/AB)**

2) İnsani Tüketim Amaçlı Sular Hakkında Yönetmelik, Resmî Gazete Tarihi: 17.02.2005 Resmî Gazete Sayısı: 25730

3) Binalarin Yangından Korunmasi Hakkinda Yönetmelik, Resmi Gazete Tarihi: 27.11.2007.

4) Binaların yangından korunması hakkında yönetmelikte değişiklik yapılmasına dair yönetmelik Karar Sayısı: 2009/15316. **(**Ekli "Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelikte Değişiklik Yapılmasına Dair Yönetmelik"in yürürlüğe konulması; Bayındırlık ve İskân Bakanlığının 8/7/2009 tarihli ve 2313 sayılı yazısı üzerine, 7126 sayılı Sivil Savunma Kanununun ek 9 uncu maddesine göre, Bakanlar Kurulu'nca 10/8/2009 tarihinde kararlaştırılmıştır.)

ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Fzt. Deniz DAĞISTAN

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

BHKS; bakım hizmetlerinin kaliteli, sürdürülebilir, aynı zamanda izlenebilir ve ölçülebilir olmasını esas almıştır. Bakım hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesinde hizmet alanın ve hizmet verenin güvenliği ön plana çıkan unsurlardan biridir. Acil Durum ve Afet Yönetimi başlıklı standartlarla engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti veren kuruluşların acil durum ve afet öncesi, sırası ve sonrasında yapmaları gereken çalışmaları belirleyerek hizmet alan ve hizmet verenin güvenliğini ve hizmetin sürdürülebilirliğini sağlamak amaçlanmaktadır.

Acil durum ve afet yönetimi bölümündeki tüm standartlar güvenlik ilkesi ile ilişkilidir. Bölümde yedi (7) standart bulunmakta olup her bir standart 30 puan değerindedir. Bu bölüm tüm hizmet modelleri için geçerlidir.

Acil durum, toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz halini, afet ise toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan doğal, teknolojik veya insan kaynaklı olayları ifade etmektedir.

Acil durum ve afet yönetimi, afetlerin önlenmesi ve zararlarının azaltılabilmesi için afet öncesi, afet sırası ve afet sonrasında yapılması gereken idari, yasal ve teknik çalışmaları belirleyen ve uygulamayan koyan, bir olay zamanında uygulama yapabilmeyi sağlayan ve mevcut sistemi sürekli geliştiren yönetim biçimidir. Doğal, teknolojik veya insan kaynaklı tehlike ve tehditler hangi büyüklükte olursa olsun, bunlara karşı önceden koruyucu ve önleyici önlemler almayan ve hazırlıklı olmayan kurum veya kuruluşların olaylarla karşılaştığında, olaya zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale etme ve olayı en az zarar ve kayıplarla atlatma şansı bulunmamaktadır

KAD01, KAD02 ve KAD04 kodlu standartlarda geçen **"**acil durum ve afet planı", meydana gelebilecek acil durumlarda yapılacak iş ve işlemler dâhil bilgilerin ve uygulamaya yönelik eylemlerin yer aldığı plandır. Acil durum ve afet planı, acil durumların belirlenmesi, bunların olumsuz etkilerini önleyici ve sınırlandırıcı tedbirlerin alınması, görevlendirilecek kişilerin belirlenmesi, acil durum müdahale ve tahliye yöntemlerinin oluşturulması, dokümantasyon, tatbikat ve acil durum planının yenilenmesi aşamaları izlenerek hazırlanır.

Acil durum ve afet planı asgarî aşağıdaki hususları kapsayacak şekilde hazırlanır:

a) İşyerinin unvanı, adresi ve işverenin adı.

b) Hazırlayanların adı, soyadı ve unvanı.

c) Hazırlandığı tarih ve geçerlilik tarihi.

ç) Belirlenen acil durumlar.

d) Alınan önleyici ve sınırlandırıcı tedbirler.

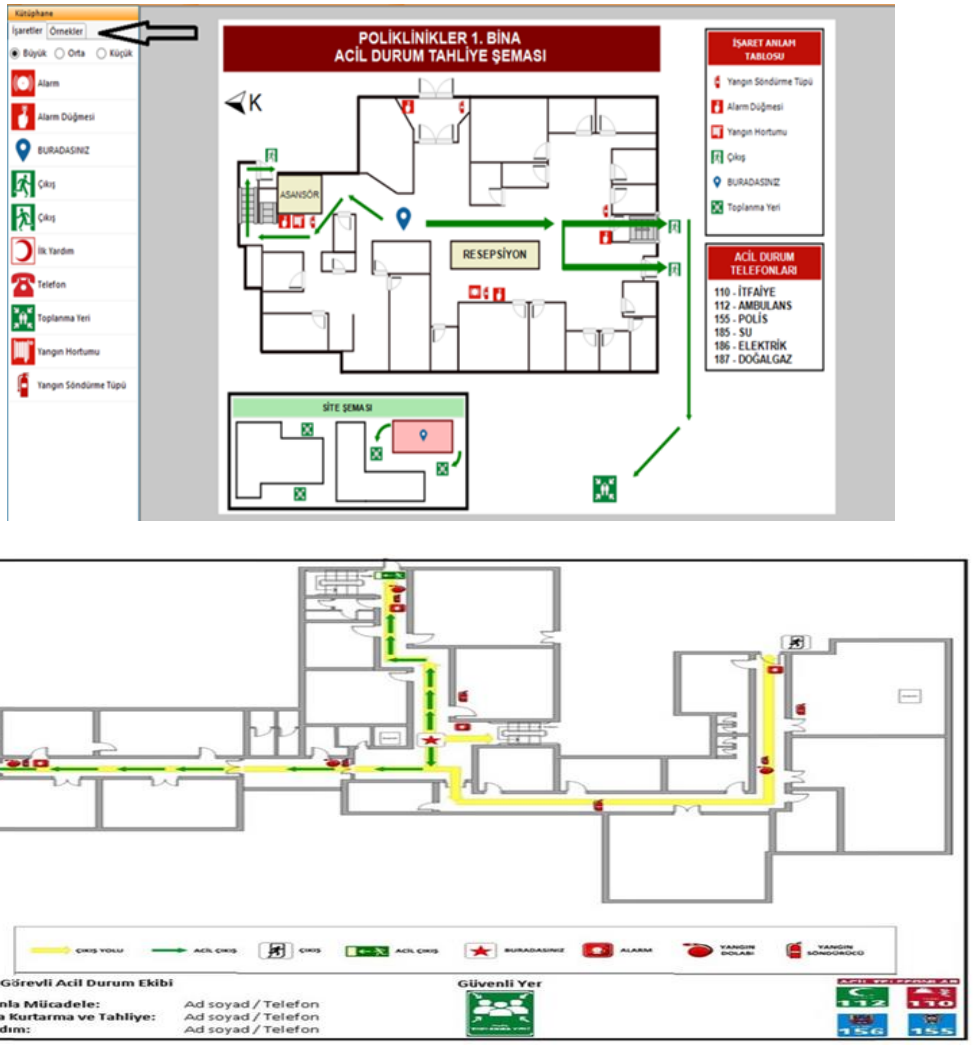
e) Acil durum müdahale ve tahliye yöntemleri.

f) Aşağıdaki unsurları içeren **işyerini veya işyerinin bölümlerini gösteren kroki**:

- Yangın söndürme amaçlı kullanılacaklar da dâhil olmak üzere acil durum ekipmanlarının bulunduğu yerler.
- İlkyardım malzemelerinin bulunduğu yerler.
- Kaçış yolları, toplanma yerleri ve bulunması halinde uyarı sistemlerinin de yer aldığı tahliye planı.
- Görevlendirilen çalışanların ve varsa yedeklerinin adı, soyadı, unvanı, sorumluluk alanı ve iletişim bilgileri. (Görevlendirilen kişilere görevlendirilmeleri ile ilgili tebligat yapılmış ve eğitim verilerek kayıt altına alınmış olmalıdır).
- İlk yardım, acil tıbbi müdahale, kurtarma ve yangınla mücadele konularında işyeri dışındaki kuruluşların irtibat numaraları.

Acil durum ve afet planının sayfaları numaralandırılarak; hazırlayan kişiler tarafından her sayfası paraflanıp, son sayfası imzalanır ve söz konusu plan, acil durumla mücadele edecek ekiplerin kolayca ulaşabileceği şekilde işyerinde saklanır. Acil durum ve afet planı kapsamında hazırlanan kroki bina içinde kolayca görülebilecek yerlerde asılı olarak bulundurulur.

Şekil 3: Acil Çıkışları Gösteren Krokiler



Şekil 4: Acil Durum Toplanma Yeri Uyarı Levhası

Hazırlanan acil durum planının uygulama adımlarının düzenli olarak takip edilebilmesi ve uygulanabilirliğinden emin olmak için işyerlerinde yılda en az bir defa olmak üzere tatbikat yapılır, denetlenir ve gözden geçirilerek gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler yapılır.

Gerçekleştirilen tatbikatın tarihi, görülen eksiklikler ve bu eksiklikler doğrultusunda yapılacak düzenlemeleri içeren *tatbikat raporu* hazırlanır.

İşyerinde, belirlenmiş olan acil durumları etkileyebilecek veya yeni acil durumların ortaya çıkmasına neden olacak değişikliklerin meydana gelmesi halinde etkinin büyüklüğüne göre acil durum planı tamamen veya kısmen yenilenir. Bu belirtilen durumlardan bağımsız olarak, hazırlanmış olan acil durum planları; yatılı kuruluşlarda, dört yılda bir yenilenir.

Acil durum ve afet planında görevlendirilen ekip; yangın, deprem ve benzeri afetlerde binada bulunanların tahliyesini sağlayan, olaya ilk müdahaleyi yapan, arama-kurtarma ve söndürme olaylarına katılan ekiptir. Yangın durumlarına karşı bu ekip içinde şu şekilde ayrım yapılması uygun olmaktadır.

- Söndürme Ekibi: Binada çıkacak yangına derhal müdahale ederek söndürmek ve/veya genişlemesine mâni olmak,
- Kurtarma Ekibi: Yangın vukuunda can ve mal kurtarma işlerini yürütmek,
- Koruma Ekibi: Kurtarma ekibince kurtarılan eşya ve evrakı korumak, yangın nedeniyle ortaya çıkması muhtemel panik ve kargaşayı önlemek,
- İlk Yardım Ekibi: Yangın nedeniyle yaralanan veya hastalanan kişilere ilk yardım yapmak.

Acil durum konularıyla ilgili özel olarak görevlendirilenler, yürütecekleri faaliyetler ile ilgili özel olarak eğitilir. Verilen eğitimler kayıt altına alınır. Eğitimlerde acil durumlarda acil durum müdahale ve tahliye yöntemleri ile ilgili önemli kurallar vurgulanmalıdır. Acil durumlarda dikkat edilmesi gereken kurallar şunlardır;

1. Birden fazla çıkışı olan bütün binalarda, kullanıcıların çıkışlara kolaylıkla ulaşabilmesi için acil durum yönlendirmesi yapılır. Acil durum hâlinde, bina içerisinde tahliye için kullanılacak olan çıkışların konumları ve bina içerisindeki her bir noktadan planlanan çıkış yolu bina içindekilere gösterilmek üzere, acil durum çıkış işaretlerinin yerleştirilmesi şarttır.
2. Acil durum yönlendirmesinin normal aydınlatmanın kesilmesi hâlinde en az 60 dakika süreyle sağlanması gerekir. Kullanıcı yükünün 200'den fazla olması hâlinde, acil durum yönlendirmesinin çalışma süresinin en az 120 dakika olması şarttır.
3. Yönlendirme işaretleri, yerden 200 cm ilâ 240 cm yüksekliğe yerleştirilir.
4. Kaçış yollarında yönlendirme işaretleri dışında, kaçış yönü ile ilgili tereddüt ve karışıklık yaratabilecek hiçbir ışıklı işaret veya nesne bulundurulamaz.

Yönlendirme İşaretleri

Yönlendirme tabelası ortak kullanım alanları bulunan işletmeler için olmazsa olmazdır. İç ve dış mekânlarda kullanılabilen bu tabelalar kurumun bulunduğu alanın içinde ve dışında düzeni sağlamakla birlikte işleyişi de hızlandırmaktadır.

Yönlendirme işaretleri hastanelerde, kamu ve özel kuruluşlarda, okullarda ve ofislerde gerek askılı gerek yere monte gerekse duvara monte kullanılan kapı isimlikleri, kat yerleşim planları, bina içi yönlendirmeler, bölüm isimlikleri, Braille alfabeli (görme engellilerin okuyup yazması için geliştirilen alfabe) yönlendirmelerdir.

Kapalı alanlarda buraya gelecek olan insanların aradıkları birimi çok hızlı ve kolay bir şekilde bulabilmesi adına kullanılan yönlendirme işaretleri; iç mekân tabelaları olarak adlandırılmaktadır. İç mekân yönlendirme tabelalarına bakıldığı zaman gözler hiçbir şekilde yorulmamalı, dikkat dağılmamalı ve aranılan yer ile alakalı bilgilendirme sade olmalıdır.

Bina ana giriş kapısından sonra, binadaki kullanım alanlarına yönelik bilgilendirme levhası bulunmalı ve tüm yönlendirme ve bilgilendirme işaretleri ile yazılar kolay görülebilmesi için yazıldığı zemin ile zıt renklerde olmalıdır. Ayrıca tüm işaretler görme engelliler için Braille yazılı olmalıdır. Bina girişinde genel krokiler, kat girişleri veya asansör çıkışlarında ise kat krokileri bulunmalıdır.

Şekil 5: Kat Krokileri ve Yön Levhaları

Yön levhaları sadece belirli bir alanı tarif etmek ve ziyaretçiyi o alana yönlendirmek için kullanılmaz. Aynı zamanda sağlık ve güvenlik amaçlı kullanılan işaret levhaları da vardır.

Şekil 6: Krokilerde Kullanılan Renklerin Anlamı, Görevi, Şekilleri ve Kullanım Örnekleri

Tablo 24: Krokilerde Kullanılan Renklerin Anlamı ve Amacı

Renk	**Anlamı veya Amacı**	**Talimat ve Bilgi**
Kırmızı	Yasak işareti	Tehlikeli hareket veya davranış
	Tehlike alarmı	Dur, kapat, düzeneği acil durdur, tahliye et
	Yangınla mücadele ekipmanı	Ekipmanların yerinin gösterilmesi ve ne olduğu
Sarı	Uyarı işareti	Dikkatli ol, önlem al, kontrol et
Mavi (1)	Zorunluluk işareti	Özel bir davranış ya da eylem Kişisel koruyucu donanım kullan
Yeşil	Acil kaçış, ilk yardım işareti	Kapılar, çıkış yerleri ve yolları, ekipman, tesisler
	Tehlike yok	Normale dön
(1) Mavi: **(2) Fluoresan turuncu:**	Sadece dairevi bir şekil içinde kullanıldığında emniyet rengi olarak kabul edilir. Emniyet işaretleri dışında sarı yerine kullanılabilir. Özellikle zayıf doğal görüş şartlarında bu renk çok dikkat çekicidir.	

İşaret levhalarında kullanılan işaretler şu şekilde sınıflandırılır.

1. Yasaklayıcı İşaretler: Daire biçiminde, beyaz zemin üzerine siyah piktogram, kırmızı çerçeve ve diyagonal çizgi (kırmızı kısımlar işaret alanının en az %35'ini kapsayacaktır) ile gösterilir.

Şekil 7: Yasaklayıcı İşaretler

2. Uyarı İşaretleri: Üçgen şeklinde, sarı zemin üzerine siyah piktogram, siyah çerçeve (sarı kısımlar işaret alanının en az %50'sini kapsayacaktır) ile gösterilir.

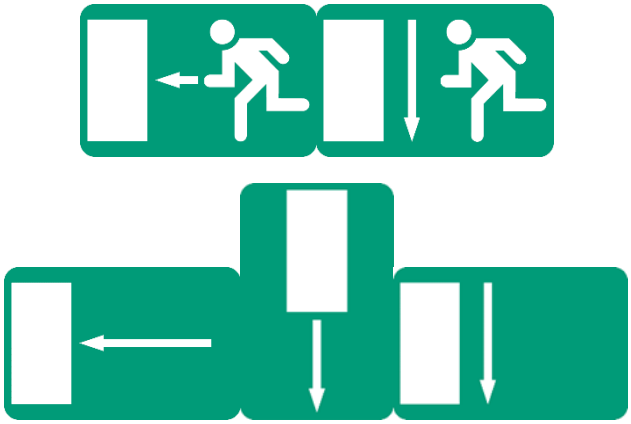
Şekil 8: Uyarı İşaretler

3. <u>Emredici İşaretler:</u> Daire biçiminde, mavi zemin üzerine beyaz piktogram (mavi kısımlar işaret alanının en az %50'sini kapsayacaktır) ile gösterilir.

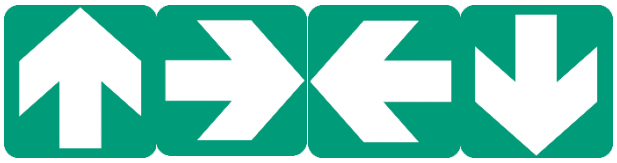
Şekil 9: Emredici İşaretler

4. <u>Acil Çıkış ve İlkyardım İşaretleri:</u> Dikdörtgen veya kare biçiminde yeşil zemin üzerine beyaz piktogram (yeşil kısımlar işaret alanının en az %50'sini kapsayacaktır) ile gösterilir.

Şekil 10: Acil Çıkış ve İlkyardım İşaretleri



Şekil 11: Acil Çıkış ve Kaçış Yolu İşaretleri



Şekil 12: Yardımcı Bilgi İşaretleri

İlk Yardım

Sedye

Güvenlik Duşu

Göz Duşu

Acil Yardım ve İlk Yardım Telefonu

5. Yangınla Mücadele İşaretleri: Dikdörtgen veya kare biçiminde, kırmızı zemin üzerine beyaz piktogram (kırmızı kısımlar işaret alanının en az %50'sini kapsayacaktır) ile gösterilir.

Şekil 13: Yangınla Mücadele İşaretleri

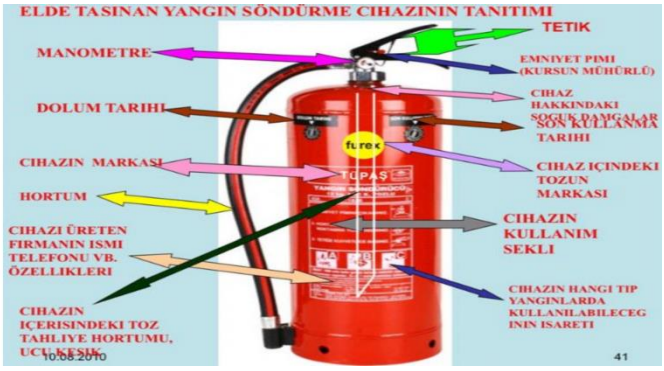
Yangın Hortumu | Yangın Merdiveni | Yangın Söndürme Cihazı | Acil Yangın Telefonu

Yönler (Yardımcı bilgi işareti)

KAD05 kodlu standartta geçen yangın algılama sistemleri; yangın algılama, alarm verme, kontrol ve haberleşme fonksiyonlarını ihtiva eden komple bir sistemdir. Yangın algılama ve uyarı sisteminin, el ile, otomatik olarak veya bir söndürme sisteminden aldığı uyarılardan biri veya birkaçı ile devreye girmesi gerekir. Bir yangın algılama ve uyarı sisteminin devreye girmesi hâlinde, sesli ve ışıklı olarak, data iletişimi ile alarm vermesi beklenir. Sesli ve ışıklı alarm vermede, ana kontrol panelinde ve diğer izleme noktalarındaki tali kontrol panellerinde veya tekrarlayıcı panellerde sesli, ışıklı veya alfanümerik göstergeleri bulunur. Ayrıca binanın kullanılan bütün bölümlerinde yaşayanları yangın veya benzeri bir acil durumdan haberdar etmek için sesli ve ışıklı uyarı cihazları yerleştirilmiştir. Binada bulunan yangın ve acil durum mücadele ekiplerinin uyarılması ve itfaiyeye haber verilmesi için sesli ve ışıklı uyarı cihazları ve direkt hatlar veya diğer iletişim ortamları üzerinden data iletişimi ile yapılır.

KAD06 kodlu standartta yangın söndürücülere yönelik yapılacak düzenlemeler açıklanmıştır. Taşınabilir söndürme cihazlarında söndürücünün duvara bağlantı asma halkası duvardan kolaylıkla alınabilecek şekilde yerleştirilir ve 4 kg'dan daha ağır ve 12 kg'dan hafif olan cihazların zeminden olan yüksekliği yaklaşık 90 cm'yi aşmayacak şekilde montaj yapılmalıdır. Söndürme cihazlarının yılda bir kez yerinde genel kontrolleri yapılmalıdır. Dördüncü yılın sonunda ise içindeki söndürme maddeleri yenilenerek hidrostatik testleri yapılmalıdır.

Şekil 14: Yangın Söndürücüler



KAD07.01 kodlu değerlendirme ölçütünde açıkça ifade edildiği gibi 50 üzeri yatak kapasitesi olan kuruluşlarda 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 olamaz. BHKS değerlendirmelerinde 50 üzeri yatak kapasiteli kuruluşlarda sığınak olup olmadığına ve amacına uygun kullanılıp kullanılmadığına bakılacaktır.

BİLGİ GÜVENLİĞİ VE YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Sos. Çal. Arife Ülkem KARABULUT

Bilgi güvenliği ve yönetimi kalite standartlarının amacı, Aile, Çalışma ve Sosyal Hizmetler Bakanlığı'na bağlı kurum ve kuruluşlarda; engelli, yaşlı, personel bilgileri ile kurum ve kuruluş bilgilerinin, doğru ve güvenli şekilde kayıt altına alınması ve depolanması ile doğru bilginin, bilgi mahremiyeti ve güvenliği gözetilerek, doğru zamanda, doğru kişiye ulaştırılmasını sağlamaktır. Bu bölümde, kurum/kuruluş çalışanlarına Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi (BGYS) standartlarının tanıtılması ve kontrol mekanizması oluşturulurken nelere dikkat edilmesi hakkında bilgi verilmesi hedeflenmiştir. Bilgi Güvenliği ve Yönetimi Bölümü on (10) standarttan oluşmakta olup bu standartların beş (5) tanesi ek kalite puanı getirecek standartlardandır.

Kurum/kuruluşların Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi (BGYS) ihtiyaçları ve amaçları, güvenlik gereksinimleri, iş akışları kuruluşun büyüklüğü ve yapısına göre değişiklikler gösterir. Bilgi, kurum/kuruluşlara değer katan ve bu nedenle de en iyi şekilde korunması gereken varlıktır. Kurum/kuruluşlarda bilginin güvenliğinin sağlanması yürütülen faaliyetlerin devamlığını ve güvenilirliğini sağlamakla beraber, yangın, deprem, sel baskını, vb. olaylarda meydana gelebilecek zararın en aza indirilmesini sağlamaktadır.

BGYS'nin oluşturulması ve güvenli bir şekilde kullanımının sağlanması, hizmet alan bireyler, hizmet alanların aileleri ve toplumsal anlamda kurum/kuruluşlara olan güvenin arttırılmasına katkısı sağlamaktadır. BGYS'nin sağlıklı olarak yürütülebilmesi maksadıyla belirlenen standartlar, sistemin yapılandırılması aşamasından itibaren, uygulanması, işletilmesi, izlenmesi, incelenmesi, sürdürülmesi ve geliştirilmesi süreçlerinin sağlıklı işlemesi için bir kontrol mekanizması görevi görmektedir. Bu sistemde oluşturulacak formlar, belgeler, hizmet alan ve personel bilgilerinin korunması ve saklanması esastır.

Kurum ve kuruluşlarda bilginin de en üst seviyelerde güvenlik anlayışı içerisinde korunması gerektiği bilinci basılı ve elektronik ortamdaki bilgilerin yasal mevzuat ışığında ve risk metotları kullanılarak "gizlilik, bütünlük ve erişilebilirlik" ilkelerine göre yönetilmesi amacıyla;

- Bilgi Güvenliği Standartlarının gerekliliklerini yerine getirmek,
- Bilgi Güvenliği ile ilgili tüm yasal mevzuata uyum sağlamak,

• Bilgi varlıklarına yönelik riskleri tespit etmek ve sistematik bir şekilde riskleri yönetmek,

• Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemini sürekli gözden geçirmek ve iyileştirmek,

• Bilgi Güvenliği farkındalığını artırmak için, teknik ve davranışsal yetkinlikleri geliştirecek şekilde eğitimler gerçekleştirmek ana politikalar olarak öngörülmektedir.*

Bilgi güvenliği sadece bilgi teknolojileri çalışanlarının sorumluluğunda değil eksiksiz tüm çalışanların katılımı ile başarılabilecek bir iştir. Ayrıca bilgi güvenliği sadece bilgi teknolojileri ile ilgili teknik önlemlerden oluşmaz. Fiziksel ve çevresel güvenlikten, insan kaynakları güvenliğine, iletişim ve haberleşme güvenliğinden, bilgi teknolojileri güvenliğine birçok konuyu da kapsamaktadır. Bilgi güvenliği bilinçlendirme süreci kurum içinde en üst seviyeden en alt seviyeye kadar çalışanların katılımını gerektirmektedir. Kurum çalışanları, yüklenici firma personeli, yarı zamanlı personel, stajyerler, diğer kurum çalışanları, ziyaretçiler, destek alınan firmaların personeli, kısaca kurumun bilgi varlıklarına erişim gereksinimi olan herkes kullanıcı kategorisine girmektedir. Kullanıcılar, bilgi güvenliği bilinçlendirme sürecindeki en büyük ve önemli hedef kitledir. Kurum içindeki işler yürütülürken istemeden yapılan hataları ve bilgi sisteminde oluşabilecek açıklıkları en aza indirmek onların elindedir. Yöneticiler, bilgi güvenliği bilinçlendirme ve eğitimi sürecinin gereklerine personelinin uymasını sağlamakla sorumludurlar*.

Başarılı ve etkin işleyen bir bilgi güvenliği bilinçlendirme süreci oluşturulabilmesi için bu alandaki görev ve sorumlulukların açık ve net bir biçimde belirlenmesi gerekmektedir. Olgunlaşmış bir bilinçlendirme süreci, bu görev ve sorumlulukların sahipleri tarafından doğru anlaşılması, bilinmesi ve uygulanması ile mümkündür.

Sonuç olarak BGYS ile bilgi varlıklarını korumak, bilginin ve verinin gizliliğini sağlamak, bütünlüğünü bozmaya çalışacak yetkisiz kişilerin erişimine karşı korumak ve böylece kurum ve kuruluşların güvenini ve itibarını sarsacak durumları bertaraf etmek mümkün olmaktadır.

***KAYNAK:** T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü "Bilgi Güvenliği Politikaları Klavuzu" 2014, (https://dosyahastane.saglik.gov.tr/Eklenti/36053,bilgiguvenligipolitikalarikilavuzupdf.pdf?0)

GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. Fzt. Emel PEKÇETİN

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Dr. Fzt. Burcu FIRAT

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Boyut II: Kurumsal Hizmet Yönetimi'nde yer alan Güvenlik Raporlama Sistemi bölümü standartları; engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşlarda meydana gelen veya meydana gelmek üzere olan olayların bildirimi, olayların sebebine ilişkin süreçlerin değerlendirilmesi ve olayların tekrarlanmasını önlemek için gereken düzeltici-önleyici faaliyetlerin başlatılmasına yönelik bilgilendirmeler yapmak amacıyla hazırlanmıştır.

Güvenlik Raporlama Sisteminin amacı, kuruluşun işleyişi ve güvenliğini tehdit edecek herhangi bir olayda aksayan yönlerin tespit edip sistemde gerekli iyileştirmelerin yapılmasını ve hataların tekrarlanmaması için gerekli önlemlerin geliştirilmesini sağlamaktır.

Güvenlik Raporlama Sistemi bölümü üç (3) standart madde ve bu standart maddelerin gösterge ölçütlerinden oluşmaktadır. Bu bölümdeki standartların hepsi otuz (30) puan değerindedir. Uygulama rehberinin bu bölümü Güvenlik Raporlama Sistemi standartlarını açıklamak üzere hazırlanmıştır.

Kuruluşlarda, raporlama kültürü oluşturmak, meydana gelen bu olaylardan ders çıkarılmasını sağlamak, öğrenme süreci ve çözüm yolları geliştirmek ile çözümlerin uygulanmasını teşvik etmek önemlidir. Hizmet alan ve hizmet veren güvenliğini tehdit eden olaylara karşı koruyucu olan Güvenlik Raporlama Sistemi zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını engellemektedir. Bu anlamda yaşanan olayların güvenlik raporları ile kayıt altına alınması önemlidir. Güvenlik raporları, herhangi bir olay ile ilgili tutanakları içermektedir. Güvenlik raporlarına göre, düzeltici – önleyici faaliyetlerin yapılması aynı durumların tekrar yaşanmasını engelleyecektir.

Kuruluşta; hizmet alan ve hizmet verenlerin güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, bu olayları izlemek ve bildirimlerin sonucunda bu olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak Güvenlik Raporlama Sisteminin esaslarını oluşturur. İstenmeyen olay ve ramak kala olaylar KGR01 kodlu standartta geçmektedir. Buna göre;

Hata: Bilmeyerek ya da istemeksizin yapılan yanlışlık, yanılmadır.

Olay: Kazaya sebep olan veya kazaya sebep olabilecek potansiyele sahip durumdur.

İstenmeyen Olay: Hizmet alan, hizmet alan yakını, hizmet veren ve kuruluşun güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır. Hizmet alan güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; ilaç güvenliği, tesis güvenliği, düşmeler, bilgi güvenliği gibi konularda gelişebilir. Hizmet veren güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; kesici delici alet yaralanması, tesis güvenliği, mesleki hastalıklar, kan ve vücut sıvıları ile temas gibi konularda gelişebilir.

Ramak Kala Olaylar: Hizmet alan ve hizmet verenlerin güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olayları ifade eder.

İstenmeyen- ramak kala olayların **nedenleri** şunlardır;

- Meslekte acemilik-yetersizlik- bilgisizlik
- Gözem ve iletişim konusuna gereken önemi vermeme
- Kayıt tutma konusundaki yetersizlik
- Koruyucu önlemlerin alınmaması veya eksik alınması
- Altyapı yetersizliği
- Fiziki koşulların uygunsuzluğu
- Ekipman/araç-gereç yetersizliği

Bu olaylarla karşılaşıldığında **NE YAPMALI?:** Olayın oluş şekli ve sonuçları mutlaka kayıt altına alınmalıdır (tutanak, nöbet defteri gibi.) Olayın sebebi, neden olan etkenler ayrıntılı olarak gözden geçirilmeli, düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.

KGR02 kodlu standart acil durum kod sistemlerine ait standarttır. Kod sistemi tüm dünyada sağlık ve bakım hizmeti veren kuruluşlarda acil bir durumu ilgili personele haber vermek ve duruma anında müdahale edilmesini sağlamak amacıyla kurulmuş bir acil uyarı sistemidir. Bu sistem ile acil bir durum ile ilgili yapılması gerekenler önceden belirlenerek kuruluş personelinin konu ile ilgili bilinçli olması sağlanmaktadır. Renkli kod sistemleri ilk olarak hastanelerde kullanılmaya başlanmıştır. Türkiye'de Sağlık Bakanlığı'nın Hizmet Kalite Standartları dahilinde 2008 yılında ilk olarak mavi kod ile uygulanmaya başlanmıştır. 2011 yılına gelindiğinde mavi, pembe ve beyaz kod olmak üzere üç kod uygulaması hayata geçirilmiştir. Renkli kodlar, belirlenmiş olan acil duruma göre; kurum ve kuruluş çalışanlarını haberdar etmekte, risk durumunda iletişime olanak tanımakta, kısa ve net mesaj vermekte,

doğru müdahale için zaman kazandırmakta, panik oluşmasına engel olmakta, acil durumlara hazırlıklı olmayı mümkün kılmakta, hizmet alan ve çalışan güvenliğini sağlamaktadır (SB, 2011).

Türkiye de bakım hizmetleri alanında acil durumlar için kod sistemleri mavi, beyaz, sarı ve kırmızı kodlardır. KGR02'de geçen kod sistemleri ile acil durum, şiddet, güvenlik ve afet durumları ile ilgili farkındalık yaratılması ve istenmeyen sonuçların önlenmesi amaçlanmıştır. Bakım veren kuruluşlarda kullanılacak kodlar ilgili standardın değerlendirme ölçütlerinde geçtiği gibi mavi, beyaz, sarı ve kırmızı kodlardır.

- Mavi kod: Acil tıbbi durum,
- Beyaz kod: Hizmet veren kişiye yönelik şiddet,
- Sarı kod: Hizmet alan güvenliği,
- Kırmızı kod: Yangın, doğal afet vb. acil durumlarda kullanılacak kod sistemleridir.

Mavi kod, tıbbi müdahale gerektiren durumlarda acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyan kişiler ve yakınları ile kuruluşta çalışan personele en kısa sürede müdahale edilmesini sağlayan acil durum yönetim aracıdır. Genellikle oluşturulan bir çağrı sistemi aracılığıyla mavi kod sorumlularını haberdar etmek için verilir. Mavi kod uyarısı genellikle odalarda bulunan çağrı butonu kullanılarak verilir. Ya da sağlık ünitesinde yapılacak çağrı düzenlemesi ile de verilebilir. Mavi kod ekibinde bulunması gereken başlıca ekipman acil müdahale setidir. Setin içeri Sağlık Hizmetleri bölümünde açıklanmıştır. Ekipte alanında uzman kişiler yer almalıdır. Hangi durumlara müdahale edileceği, müdahale edilmemesi gereken durumlarda ne yapılacağı konusunda ekip çalışanları bilgilendirilmelidir.

Sarı kod, hizmet alan güvenliği ile ilgili koddur. Kurumlarda yaşamını sürdürmekte olan kişilere yönelik kaçırma girişiminin veya kaçırma durumunun tespit edilmesi halinde uygulanan acil durum yönetim aracıdır. Kaçma veya kaçırılma durumları hizmet alan güvenliği ile ilgili ilk akla gelen durumlardır. Bakım hizmeti alan kişilerin tıbbi veya sosyal durumlarına göre kurum dışına habersiz çıkmaları sıklıkla karşılaşılan bir durumdur. Hizmet alanların çeşitli nedenlerle kurumdan izinsiz çıkarılmaları hatta kaçırılmaları istenmeyen başka bir durumdur. Böyle durumlarda istenmeyen sonuçların olmaması için kaçan veya kaçırılan kişinin mümkün olduğunca hızlı bir şekilde kuruma döndürülmesi gerekmektedir. Sarı kod, bahsi geçen durumlarda ilgili personelin olaydan haberdar edilmesini sağlayan bir uyarı sistemidir. Bu konuda bazı iyi uygulama örnekleri bulunmaktadır. Örneğin, hizmet alana internet ile bağlantılı bir bilekliğin takılması kişinin bulunduğu yeri tespit etmede önemli bir uygulamadır. Ayrıca bu

bileklik ile kişinin kim olduğunun teşhisi de mümkün olmaktadır. Konu ile ilgili her kuruluş kendi özgün koşulları çerçevesinde kaçırılma durumları için bir uyarı sistemi kurmalıdır.

Beyaz kod hizmet verene yönelik şiddet olaylarına anında müdahale edilebilmesini sağlayan bir uyarı sistemidir. Bu kodun amacı, çalışanlara yönelik şiddeti önlemektir. Hizmet verenlere yönelik şiddet hizmet alanlar veya yakınları tarafından uygulanabildiği gibi hizmet veren personelin kendi içindeki tartışmalara bağlı olarak da yaşanabilmektedir. Olaya maruz kalan çalışanlara ise gerekli destek sağlanmalıdır. Gerçekleşen olaylara ilişkin kayıtlar kalite yönetim birimlerine teslim edilmeli ve gerekli düzeltici önleyici faaliyetler yapılmalıdır**.**

Yangın ve doğal afetler öngörülemeyen; ancak her zaman hazırlıklı olunması gereken durumlardır. Kırmızı kod bu durumlarda kullanılan bir uyarı sistemidir. Ekip çalışanları bu durumlarda neler yapılması ve hangi birimlerle iletişime geçilmesi gerektiği konusunda belli aralıklarla ve uygulamalı olarak eğitilmelidir. Bu konu ile Acil Durum ve Afet Yönetimi bölümünde açıklamalar yapılmıştır.

Acil durumlarda kod sistemlerinin uygulanması ile acil durumlara erken müdahale edilmesi mümkün olmaktadır. Bu sayede acil durumların neler olabileceği ve karşılaşıldığında kimin, ne yapması gerektiği ile ilgili kurum yönetiminin ve personelinin bilinçlenmesi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili kod sistemlerini uygulayacak ekiplerin belirlenmesi, ekip çalışanlarına konuları ile ilgili eğitimlerin verilmesi ve belli aralıklarla yapılacak tatbikatlarla tüm çalışanların farkındalığının artırılması sağlanmalıdır. Kod sistemlerinin uygulanmasında en önemli rol kuruluş yönetimine düşmektedir. Kuruluş yönetiminin yönlendirmesi ile bu konu ile ilgili sistem çalışır hale gelecektir.

KGR03 kodlu standardın KGR03.01 kodlu değerlendirme ölçütünde, kuruluş ve kuruluş bahçesinin mahremiyeti ve güvenliğini sağlayacak, dışarı ile direkt bağlantısını engelleyecek kapı-duvar gibi fiziki yapıların varlığından bahsedilmektedir. Kısaca her elini kolunu sallayan kuruluşa girip-çıkamamalıdır. Kuruluşa giriş çıkışlar belli bir kontrol ile sağlanmalıdır. Örneğin; kuruluşun bahçe kapısından başlayarak kuruluşa giriş sağlayan ana kapı kontrollü olmalı, kuruluşa gelen kişiler bir düğmeye basarak veya varsa kapıda görevli bir hizmet verenin kontrolünden geçerek kuruluşa alınmalıdır. Bu değerlendirme ölçütü bu konuya vurgu yapmaktadır.

KAYNAKLAR

1. Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı (2011), "*Sağlıkta Ulusal Renkli Kodlara (URK) İlişkin Yeni Düzenleme*", Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Dairesi Başkanlığı Yayınları.

2. TOPRAK D.K ve ÖZGÖBEK R. (2014), "*Bakım Hizmeti Veren Kuruluşlarda Renkli Kod Sistemleri*", Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Bakım Hizmetleri ve Kalite Standartları Alanda Uygulama ve Değerlendirme Çalışması-III - BİLDİRİ KİTAPÇIĞI, İzmir.

3. JCI (2014), "Overhead Emergency Codes", www.jointcommission.org › tjc › resources, Erişim tarihi: 17.03.2020.

EĞİTİM YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Öğrt. Buket ATAY

Uzm. Fzt. Emel PEKÇETİN

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Boyut II: Kurumsal Hizmet Yönetimi'nde yer alan Eğitim Yönetimi bölümü standartları; engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşlarda sunulan hizmetlerin özellikleri, gereklilikleri ve kaliteli hizmet sunumu için yapılması gereken iş ve işlemleri doğru anlatabilmek amacıyla hizmet alan, hizmet veren ve hizmet alan yakınlarını bilgilendirmek üzere, konu başlıkları Engelli ve Yaşlı Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nce belirlenen eğitim konularını açıklamak üzere hazırlanmıştır.

Bu kapsamda bakım hizmetlerinde kalitenin sürekli geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için hizmet alana, hizmet alan yakınına ve hizmet verene yönelik bakım hizmetleri süreçlerini kapsayan eğitimlerin verilmesi önemli bir basamaktır. Verilecek eğitimlerle, hizmet sunumunun verimliliği ve etkinliği artırılarak hizmet kalitesinin iyileştirmesi ve geliştirmesi hedeflenmektedir.

Eğitim Yönetimi bölümü iki (2) standart ve bu standartların gösterge ölçütlerinden oluşmaktadır:

KEY01 kodlu standartta kuruluş içinde veya dışında hizmet alana, hizmet alan yakınına ve hizmet verene her yıl veya ihtiyaç halinde yapılması gereken eğitim konuları anlatılmaktadır. Eğitimler konu başlıklarına göre tek tek verilebileceği gibi benzer veya eğitim içeriği birbirine yakın konular birlikte de verilebilir. Yani bir eğitim toplantısında tek konu hakkında eğitim verilebileceği gibi aynı eğitim toplantısı içinde birbiri ile alakalı iki (2) veya üç (3) konu da kendi konu başlıkları altında anlatılabilir.

Değerlendiriciler; Kuruluşun hizmet alana, hizmet alan yakınına ve hizmet verenlere kuruluşun sunduğu hizmet profiline göre tanımlanan fasikülde yer alan eğitim konu başlıklarına göre eğitimin verilip verilmediğine, eğitim vermeyi planlayıp planlanmadığına bakacaklardır. Kalite puanı tespit edilirken eğitimlerin her birine karşılık gelen puan neticesinde alınan puan değerlendirmeye alınır.

Aşağıda yer alan tabloda hizmet alana, hizmet alan yakınına ve hizmet verene verilmesi gereken eğitimler ana hatları ile örnek olması amacıyla verilmiştir. Kuruluşların vermesi geren eğitim konuları kuruluşun hizmet verdiği profile göre hazırlanmış olan fasiküllerde ayrıntılı

olarak açıklanmıştır. Örneğin: Gündüz Yaşam Merkezi Modelinde aşağıdaki tabloda yer alan eğitimler verilmelidir.

Tablo 25: Kuruluşta Hizmet Alan, Hizmet Alan Yakını ve Hizmet Verenlere Sunulacak Eğitimler

	HİZMET ALAN	**HİZMET ALAN YAKINI**	**HİZMET VEREN**
İletişim Becerileri	+	+	+
Hizmet alan/veren oryantasyonu	+	+	+
Gıda Hijyeni	+	+	+
Sağlıklı besin hazırlama, pişirme yöntemleri ile hastalıklara özel diyet	+	+	+
Zehirlenme	+	+	+
El Hijyeni	+	+	+
Kuruluş Hijyeni ve enfeksiyon koruma			+
Ağız- diş sağlığı	+	+	+
İlaç Güvenliği	+	+	+
Yardımcı Cihaz kullanımı, temizlik ve bakım	+	+	+
Düşme riski	+	+	+
Mahremiyet ve Etik	+	+	+
Engelli ve Yaşlı Hakları	+	+	+
Acil durum ve afet yönet.	+	+	+
Kod sistemi			+
Hizmet veren güvenliği			+
Kişisel koruyucu ekipman kullanımı			+
Hizmet alan güvenliği	+		+
Gürültü kirliliği	+	+	+
Öfke Kontrolü	+	+	+
Atıkların ayrıştırılması ve uzaklaştırılması	+	+	+

Dosyalama ve arşiv hizm.			+
Erişilebilirlik	+	+	+
Kuruluş Güvenliği			+

Eğitimler konu içeriğine bağlı olarak kuruluşta hizmet veren personel olabileceği gibi alanında bilgi ve tecrübe sahibi kişi ya da tüzel kuruluşlardan destek/danışmanlık alınarak ta verilebilir.

KEY02 kodlu standartta; verilen eğitimlerin içeriği, süresi, yeri ve zamanına ilişkin duyurular ile verilen eğitimin kayıt altına alınmasına yönelik bilgilendirme yapılmaktadır.

KARŞILAMA HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Uzm. Hemş. Tuğba AVCI

Karşılama hizmetleri kalite standartlarının ana amacı, engelli ve yaşlılara yönelik bakım hizmeti sunan kuruluşlarda karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetlerinin standartlarını belirlemek ve bu hizmetlerle ilgili hizmet sunanlara rehberlik etmektir. Bu bölümde karşılama, danışma ve yönlendirme hizmetlerinde, hizmet alana/yakınına, başvurana ve diğer misafirlere yönelik sunulması beklenen hizmetler, hizmet alanın bağımsızlık seviyesinin tespiti ve buna bağlı olarak bireysel bakım ihtiyacının belirlemesi süreci ile bireysel bakım planının önemi üzerinde durulacaktır.

Karşılama hizmetleri bölümü on iki (12) standarttan oluşmaktadır. Bu standartlardan biri çekirdek standart olup (50 puan) bireysel bakım planı sürecini anlatmaktadır. Bakım hizmetlerinde asıl olan ihtiyaç duyulan ve beklenilen bakım hizmetini tanımlamak ve buna uygun uygulamaları planlamaktır. Bu bölümdeki standartlardan beş (5) tanesi bakım hizmetlerinin mahremiyet ve güvenlik temelinde sunumunun önemi ile ilgili olan 30 puanlık standartlardır. Bu beş standarttan biri kabul odası ile ilgili olup bu standart opsiyonel yani mecburi olmayan, olması durumunda ek kalite puanı getirecek standart olarak ele alınmıştır. Geriye kalan standartlardan üçü (3) 20 puanlık, yine üç (3) tanesi 10 puanlık standartlardandır. 10 puanlık standartlardan BKH08 de mecburi olmayan, yapılması durumunda ek kalite puanı getirecek standartlardandır.

BKH01 ve BKH02, kodlu standartlar karşılama birimi ile ilgilidir. Karşılama birimi kuruluşa gelen hizmet alanların, yakınlarının, başvuru sahiplerinin, misafirlerin ve hatta bilgi edinmek isteyen vatandaşların ilk görüşeceği birimdir. Bu sebeplerle bu birimin kuruluştaki diğer tüm birimler ile devamlı iletişim halinde olması gerekmektedir.

BKH03, bekleme alanın özelliklerini kısaca anlatmaktadır. BKH03.02'de bekleme odasının iklimlendirmesinin sağlanmasından bahsedilmektedir. İklimlendirmeden kasıt şudur; binalarda iklimlendirme, havanın ısıtılması, soğutulması, tazelenmesi ve nem şartlarının sağlanması yani kısaca binanın istenen uygun iklimlendirme rejimine sokulması işlemidir.

BKH04 ve BKH05, sosyal servis biriminin karşılama ve yönlendirme ile ilgili sorumluluklarını anlatmaktadır. Bu standartlar ilgili oldukları konuyu değerlendirme ölçütleri ile açık bir şekilde anlatmaktadırlar.

BKH07, mahremiyetle ilişkili standartlardandır. Burada hizmet alanın odasının durumuna uygun eşyalarla düzenlenmesi ve oryantasyonundan bahsedilmektedir. Hizmet alanın odasının durumuna uygun eşyalarla düzenlenmesi güvenliği ve mahremiyeti için önemlidir. Hizmet alan odalarının özellikle düşmelere karşı güvenli hale getirilmesi gerekmektedir. Hizmet alanlar bu konuyla ilgili bilgilendirilmeli ve gerekiyorsa ikna edilmelidir. Bu standart ile beklenilen, eşyaların görselliğinden çok işlevselliği ve fonksiyonelliğidir. Örneğin engelliler için köşeleri topuzlu, desenli demir karyolalar tercih etmek görüntü olarak güzel görünebilir ancak hizmet alanın güvenliği açısından tehlikelidir. Bu sebeple eşyaların mümkün olduğunca hizmet alan güvenliğini koruyacak şekilde düzenlenmesi gerekmektedir. Odalarla ilgili diğer bir konu mahremiyet konusudur. Birden çok kişinin birlikte kaldığı odalarda eşyalar, hizmet alanın mahremiyetine özen gösterecek şekilde yerleştirilmelidir. Oda arkadaşları birbirlerinin mahremiyetlerine saygı göstermelerinin önemi ile ilgili sık sık bilgilendirilmelidir. Hem bu konu ile ilgili hem de kuruluşta sunulan diğer hizmetlerle ilgili hizmet alanlarının talep, görüş ve beklentilerinin göz önüne alınması hizmetin kaliteli bir şekilde sürdürülebilirliği açısından önemli geri bildirimler sağlayacaktır.

BKH09 ve BKH10, hizmet alanın psiko-sosyal, fiziksel ve fonksiyonel durumun değerlendirilmesi ile ilgilidir. Hizmet alanın mesleki olarak değerlendirilmesinde formlar bölümünde verilen örnek mesleki formlar kullanılabileceği gibi ihtiyaca göre uluslararası olarak kabul edilen değerlendirme formları da kullanılabilir. Bu kitapta verilen formlar tamamen kuruluşlara örnek olmak amacıyla sunulmuştur. Burada önemli olan hizmet alanın biyo-psiko-sosyal-spiritüel açıdan değerlendirilmesidir. Bu değerlendirmeler ile hizmet alanın bağımsızlık seviyesi belirlenir ve buna uygun bireysel bakım planı hazırlanır.

BKH11, hizmet alanların bağımsızlık seviyelerinin belirlenmesi ile ilgilidir. Bağımsızlık seviyesini belirlemede günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümantel günlük yaşam aktiviteleri kullanılmalıdır. Bu sayede elde edilen sonuçlara göre, hizmet alan tam bağımsız, hafif derecede bağımlı, orta derecede bağımlı ve tam bağımlı olarak seviyelendirilir. BKH11.01 bağımsızlık seviyesini; tam bağımsız, destekleyici teknolojik aletlerle bağımsız, gözetim, kısmi destekle, orta destekle, tam bağımlı ve tıbbi bağımlı olarak vermiştir. Bu şekilde detay bir ayrımın verilmesinin sebebi, kuruluşta hizmet alanlardan destekleyici teknolojileri kullanabilecek olanları belirlenerek bu alandaki ekipman ve malzemelere yönlendirilmesi

konusunda farkındalık sağlamaktır. Ayrıca değerlendirmeler sonucunda tam bağımlı çıkan kişilerin bazıları tıbbi aletlere bağımlı olarak yaşamaktadırlar. Bu ayrımın da fark edilerek kayıtlara geçmesi istenmektedir. Bu bağlamda bağımsızlık seviyesini tekrar açıklamak gerekirse;

- Tam bağımsız
- Hafif derecede bağımlı (destekleyici teknolojik aletlerle bağımsız, gözetim)
- Orta derecede bağımlı (kısmi destekle veya orta destekle bağımsız)
- Tam bağımlı (tam bağımlı veya tıbbi bağımlı).

BKH12 kodlu standart çekirdek standart olup bireysel bakım planı ve bakım değerlendirme ekibinden bahsetmektedir. Bakım değerlendirme ekibi, hemşire, fizyoterapist, diyetisyen, sosyal çalışmacı, psikolog, kuruluş idaresi ve kuruluşta çalışıyor ise doktordan oluşan ekiptir. Sayılan bu meslek profesyonellerinin hepsinin kuruluşta tam zamanlı çalışması **beklenmemektedir.** Yarı zamanlı, süreli veya hizmet alımı şeklinde bu hizmetler alınabilir. Önemli olan hizmet alanın durumunu tespit etmek için mesleki değerlendirmelerinin yapılmasıdır.

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. Dünya Sağlık Örgütü'ne (WHO 2012) göre, bakım süreçleri, basamak hâlinde yapılandırılmış planlardır. Dört safhalı model uygulamasını benimseyen DSÖ, bakım süreçlerine ait adımları şu şekilde belirlemiştir:

1) Bakım ihtiyacı boyutu ve derecesini belirlemek için, bakıma muhtaç kişinin özgeçmişi ve durumu hakkında bilgi edinmek.

2) Bakım planını yapmak.

3) Bakım hizmetlerini uygulamak.

4) Bakım hizmetlerini değerlendirmek.

Bireysel bakım planının temel amacı, sistematik çalışarak hizmet alanın ihtiyacını ve hizmet alanın gelişimi ile ilgili hedefleri belirlemek, planlanan girişimlerin etkinliğini kontrol etmek ve bu sayede hataları önlemektir. Bireysel bakım planının sağlayacağı faydalar;

- Bakımın doğru ve eksiksiz verilmesini sağlar.
- Hataları ve istenmeyen olayları önler.

- Kişinin bireysel bakım önceliklerini tanımlayarak zaman yaratır.
- Sorunların önem sırasına göre yazılması ile hemşirelik ve bakım girişimlerine rehberlik eder.
- Yaşlı/engellinin durumundaki gelişme, ekip üyeleri ve yaşlı/engelli yakınları tarafından düzenli olarak izlenebilir ve bu sayede kuruluş ile hizmet alan/yakınları arasındaki güven artar.

Bireysel Bakım Planı Süreci Aşamaları şu şekilde sıralanabilir;

- ✓ Verilerin Toplanması: Verileri toplamak değerlendirmenin başladığı yerdir. Bunun için hizmet alanın geçmişini alınır. Tıbbi tanısı sürecin temel belirleyicisidir. Tıbbi tanı yanında hekim raporu veya görüşü sürece dâhil edilir. Psiko-sosyal değerlendirme sonuçları, düşme riski, GYA ve Entrümantel GYA ve mobilite durum değerlendirme sonuçları toplanır.
- ✓ Sorunun Belirlenmesi: Toplanan verilerin bakım değerlendirme ekibi tarafından analiz edilmesi ile sorunlar belirlenir.
- ✓ Girişimlerin Planlanması: Sorunların belirlenmesinin ardından hizmet alanın gelişimi için öncelikler belirlenir ve bakım planı duruma göre haftalık, aylık veya üç aylık olarak oluşturulur.
- ✓ Girişimlerin Uygulanması: Uygulamaların kimler tarafından yapılacağı belirlenir ve plan uygulanır.
- ✓ Sonuçların Değerlendirilmesi: Bireysel bakım planları 6 ayda bir gözden geçirilmelidir. Ancak hizmet alanın durumunda değişme yaşanması halinde ihtiyaca göre zaman kısıtlaması olmadan da güncellenebilir.

Örnek olarak;

Aşağıdaki sorulara cevap olarak neyi ne kadar yapıyoruz ve yaptığımız uygulamaları neler yaparak geliştirebiliriz diye bireysel bakım planı rehberimizin ana başlıklarını oluşturabiliriz.

- Saç Temizliği ve Bakımı İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Ağız ve Diş Sağılığını Korumak İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Yüz Temizliği ve Bakımı İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***

- Göz Temizlik ve Bakımı İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Kulak Temizlik ve Bakımı İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Boyun ve Koltuk Altı Temizlik ve Bakımı İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- El Temizlik ve Bakımı İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- El ve Ayak Tırnaklarının Temizlik ve Bakımı Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Ayak Temizliği ve Bakımı İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Genital Bölge Temizliği ve Bakımı İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Tuvalet Alışkanlıkları ve Tuvalet Temizliği İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Akıl ve Ruh Sağlığını Korumak İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Çevrenin Temizliği İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***
- Kullanılan Eşyaların Temizliği, Bakımlı ve Sağlığı Koruyucu Olması İçin Neler Yapıyoruz? ***Neler Yapmamız Gerekiyor?***

Bireylerin bağımlılık seviyesi artıkça hemşirelik bakım planlarının önemi artmaktadır. Buna göre;

- Hemşire yaşam süresinin her aşamasında bireyin sağlığının korunması, geliştirilmesi ve bakım gereksinimlerinin karşılanmasında önemli rol ve sorumluluklar üstlenmektedir.
- Hemşireliğin en önemli rol ve sorumluluklarından biride, bireyin yaşamına anlam katmak ve esenliğe ulaşmasını sağlamaktır, diğer bir deyişle sağlığı geliştirmek ve korumaktır.
- Bazı durumlarda bireylerin günlük yaşam aktivitelerini bağımsız olarak gerçekleştirmelerine yardım ederler, öte yandan tam bağımlı olduğu durumlarda ise günlük yaşam aktivitelerini bireyin yerine karşılarlar.
- Bireysel Bakım Planında; Hastanın bakım gereksinimleri,
    - Bakım gereksinimlerine yönelik hedefler,
    - Bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar,
    - Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi yapılmalıdır.

- Bireyin her bir günlük yaşam aktivitesindeki bağımlılık/bağımsızlık düzeyini tanımlayarak, elde ettiği veriler doğrultusunda bireyin yardım gereksiniminin "NE" ve "NE KADAR" olduğuna karar verir.
- Gereksinimdeki bağımlılık/bağımsızlık düzeyi belirlenirken "Hasta/(Yaşlı/Engelli) Hemşirelik Değerlendirme Formu" hazırlanır ve kullanılır**.**

✓ Hemşirelik Ön Değerlendirme Formu ile anamnez alırken;

Hasta aktivitelerini:	
	NASIL
	HANGİ SIKLIKLA
	NEREDE
	NE ZAMAN
	NEDEN/NİÇİN gerçekleştiriyor?
Aktiviteleri hakkında:	
	NE BİLİYOR
	HANGİ İNANÇLARA SAHİP
	TUTUM VE DAVRANIŞLARI NASIL? sorularının cevapları da bulunarak gereksinim düzeyi belirlenmiş olur.

Bakım ve rehabilitasyon alanında bakım planı hazırlanırken gereksinim, hedef, uygulama ve değerlendirme başlıklarına yer vermek önemlidir.

Şekil 15: Alana Özgü Bireysel Bakım Planı Örnekleri

Gereksinim	Hastanın NG ile beslenme ihtiyacı
Hedef	Hastanın beslenmesinin sağlanması.
Uygulama	Hastaya uygun oturur/baş hafif yüksek pozisyonu verilir. Mahremiyete özen gösterilir. Tüpün yeri kontrol edilir. Beslenme torbası 30-45 cm yükseğe asılır. Beslenme torbası ve NG birleştirilir. Beslnme akış hızı ayarlanarak başlatılır. Beslenme sonunda 30-60 cc su verilerek sonda temizlenir. Sonda ve torba birbirinden ayrılır, tüpün ağzı kapatılır. Kullanılan malzemeler kırmızı atığa atılır, ağız bakımı yapılır.
Değerlendirme	Hastanın 3X1 NG ile beslenmesi sağlandı.

Gereksinim	Hastanın ördek/sürgü ihtiyacının olması.
Hedef	Hastanın boşaltımını sağlamaya yardımcı olma.
Uygulama	Eller yıkanır, eldiven giyilir. Hastanın mahremiyeti sağlanır. Sürgü/ördeğin soğuk olmamasına özen gösterilir. Yatağın kenarlıkları kaldırılır. Hastaya uygun pozisyon verilir. Hemşire çağırma zili gösterilir ve hastaya yaklaştırılır. Hasta yalnız bırakılır. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır. Hastanın çağrısına cevap verilerek sürgü/ördek alınır. Perianal bölge temizliği tamamlanır. Kullanılan malzemeler kaldırılır. Hasta çıktı miktar ve özellikleri kayıt edilir.
Değerlendirme	

Gereksinim	Hastanın sigara kullanması
Hedef	Hastaya sigara bırakma eğitimi vermek, bırakmaya ikna etmek.
Uygulama	Hastanın sigara kullanım öyküsü öğrenilir. Sigaranın zararları, sebep olduğu hastalıklar anlatılır. Çevresinde olan insanlara sigara içerek verdiği zararlar anlatılır. Sigara broşürü verilir.
Değerlendirme	Hasta sigara bırakmaya ikna edildi / Hasta sigarayı bırakacağını söyledi.

Gereksinim	Bası yarası riski yüksek hasta / Bası yarası olan hasta
Hedef	Dekübit oluşumunu önleme / Dekübit bakımını sağlama.
Uygulama	Hasta/yakınına işlem ve gerekçesi açıklanır. Gerekli malzemeler temin edilir ve hasta yanına getirilir. Eller yıkanır, eldiven giyilir. Hastanın yarasını rahat görecek şekilde yatak takımları açılır, giysileri çıkartılır. "Dekübit Bakım Talimatı"na uygun olarak hareket edilir. İşlemin bittiği hasta/yakınına açıklanır. Hastaya rahat pozisyon verilir. Eldiven çıkarılır ve eller yıkanır.
Değerlendirme	Hastaya dekübit bakımı yapıldı. Hemşire gözlem formuna kaydedildi.

KAYNAKLAR:

1. Hemşirelik Bakımını Planlama, Nursing Care Plannıng, 2. Basımdan Çeviri, Eylül 2016.

2. Rehabilitasyon Hemşireliği Uygulamaya Güncel Yaklaşım, Rehabılıtatıon Nursing A Contemporary Approach To Practıce, 1.Basımdan Çeviri, Ekim 2014.

3. Acıbadem Sağlık Grubu Eğitim ve Gelişim Hemşiresi Erkuş B. Hemşirelik Bakım Planı (2011).

4. Keski Ç., Karada A. Hemşirelik Son Sınıf Öğrencilerinin Hemşirelik Süreci Hakkındaki Bilgi Düzeylerinin İncelenmesi**,** Hemşirelikte Araştırma Geliştirme Dergisi 1 (2010).

5. Karadakovan A., Eti Aslan F. Dahili ve Cerrahi Hastalıklarda Bakım, Nobel Kitabevi (2009).

6. Ay F. Hemşirelik Bakımı Bilgisayar Programı Postoperatif Uygulama için Bir Model, Marmara Üniversitesi Sağlık Bilimleri Enstitüsü, Hemşirelik Esasları Anabilim Dalı Doktora Tezi (2005).

SAĞLIK HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Doç. Dr. Nil TEKİN

Uzm. Fzt. Emel PEKÇETİN

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Boyut III: Bakım Hizmeti Yönetimi'nde yer alan Sağlık Hizmetleri bölümü standartları ve uygulama rehberi; engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşlarda Sağlık Hizmetlerinin sunumu ve işleyişine ilişkin iş ve işlemlerin nasıl yapılması gerektiğini anlatmak amacıyla hazırlanmıştır.

Sağlık Hizmetleri bölümü on dokuz (19) standart madde ve bu standart maddelerin gösterge ölçütlerinden oluşmaktadır. Bu bölümde yer alan bir (1) standart elli (50) puan, on beş (15) standart otuz (30) puan, iki (2) standart yirmi (20) puan, bir (1) standart on (10) puan değerindedir. Uygulama rehberinin bu bölümü Sağlık Hizmetleri bölümü standartlarını açıklamak amacıyla hazırlanmıştır.

Engelli ve yaşlı hizmet alanlara bakım hizmetinin verildiği kuruluşlarda sağlık hizmeti sunumu vazgeçilmez bir hizmettir. Bu nedenle Uygulama Rehberinin bu bölümünde; kuruluşta sunulan sağlık hizmetleri ile bu hizmetlerin sunulduğu birimlerde kullanılan ekipmanların anlatılması, İlaç yönetiminin anlatılması, Sağlık biriminin işleyişinin anlatılması, Sağlık hizmetlerine ilişkin standartları Sağlık Servisinde sunulan sağlık hizmetlerinin kalite standartlarının anlaşılırlığının arttırılması bakımından anlatılması hedeflenmektedir.

BSH02 Kod'lu Standartta:

- Sağlık biriminde acil müdahaleye yönelik birim içinde uygun alan olması gerektiği,

- Acil müdahalede kullanılacak alet ve malzemeler eksiksiz ve kullanılabilir durumda olması gerektiği anlatılmaktadır.

Ambu: Solunum cihazıdır. Solunumu durmuş olan veya yetersiz soluyan hastalara hava vermek için kullanılan, bir maske ve balon şeklindeki solunum aracıdır.

Airway: Yapay hava yolu sağlayan bu araçlar; dilin hava yolunu tıkamasını engelleyerek hava yolu açıklığının sürdürülmesini sağlar. Bu amaçla kullanılan kavisli, içi boş, ağız veya burundan yerleştirilen plastik ya da kauçuktan yapılmış basit hava yolu araçlarına airway (hava yolu tüpü) denir.

Oksimetre: Kandaki oksijen seviyesini ölçen alettir.

Otoskop: Otoskop, içinde ışık kaynağı ve mercek sistemi olan bir kulak muayene aletidir.

Aşağıdaki görseller Sağlık Servisinde olması gereken aletler örnek olması amacıyla verilmiştir.

Şekil 16: Sağlık Servisi ile İlgili Örnek Görseller

Sedye ve tekerlekli sandalye,

Ambu

Airway

Şeker ölçer

Oksijen tüpü

Oksimetre

Serum askısı

Pansuman malzemeleri

Pansuman arabası

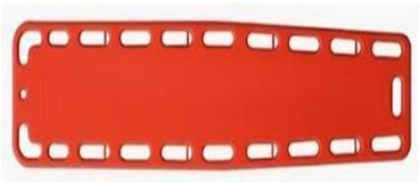
Soğuk Kompres

Paravan

Otoskop

Ateş ölçer

Travma Tahtası



Tansiyon Ölçer

- Hekim tarafından belirlenmiş ilaçlar ve acil müdahaleler için gerekli malzemelerin sağlık birimi içinde uygun alanda, kolay ulaşılabilecek şekilde ve düzenli olarak bulunduğu,

- İlaç ve malzemelerin son kullanım tarihleri,

- Bu ilaç ve malzemelerin saklanma koşullarına uygun olarak bulundurulup-bulundurulmadığı önemlidir.

- İlaç ve malzemelerin kontrolü rastgele örnekleme yöntemiyle sağlanmalıdır.

BSH03 Kod'lu Standart:

Aşağıdaki görsellerde Sağlık Servisinde olması gereken aletler örnek olması amacıyla verilmiştir.

Şekil 17: Örnek Görseller

Monitör EKG Defibrilatör

Defibrilatör: Kalbin normal dışı hızlı atımını durdurarak tekrar normal kalp ritmine dönmesini sağlayan araçtır.

BSH04 Kod'lu Standartta: İlk Yardım Seti/Çantası anlatılmaktadır.

İlk yardım, çeşitli kaza ve yaralanmalarda, hastaların ve yaralıların sağlık kuruluşuna götürülene kadar geçecek zamanda, kişilerin mevcut durumlarının daha kötüye gitmesini önlemeye yönelik uygulamalardır. Bilinçli ve doğru uygulanan ilk yardım, yaralanmaların etkisini önemli ölçülerde azaltmaya yardımcı olabilmektedir. Bu nedenle, her zaman ve her yerde yeterli malzemesi bulunan bir ilk yardım çantası bulundurulması önemlidir.

İlk yardım setleri/çantaları, kaza yerinde ilk yardım uygulamalarında kullanılacak araç-gereçleri ile düzenlenir ve olay yerinde ilk yardım yapabilmeyi sağlar. Evde, okulda, iş yerinde, otomobilde yani insanın her yerde kazaya uğrayacağı düşünülerek düzenlenmiştir.

İlaçlar, ilk yardım aracı ve gereci değildir. Kullanılan malzemelerin sayılarını yeniden tamamlamak ve yerine koymak önemlidir. Son kullanma tarihi olan ve tüketilen malzemeler yenilenmeli ve temiz bir şekilde muhafaza edilmelidir. İçeriğinde kullanılan tüm ürünlerin üretim belgeleri bulunmalıdır.

Şekil 18: İlk Yardım Seti/Çantası

İlk Yardım Seti/Çantası: Aniden hastalanan veya kazaya uğrayan kişiye yapılacak ilk müdahalede kullanılmak için içerisinde çeşitli ilk yardım malzemelerinin bulunduğu set/çantadır. İlk yardım çantası, kullanıldığı yere göre değişik büyüklükleri olan, darbelere dayanıklı malzemeden imal edilmiş kutudur. İlk yardım çantaları daima en kolay ulaşılabilen yerlerde bulunmalıdır. İlk yardım Seti/çantası kilitli dolap içlerinde veya kilitli olmamalıdır.

İlk Yardım Seti/Çantası İçeriği:

- Ürün Adı Adet
- Flaster 2,5cm×500cm 1
- Yara Bandı 1,9cm×7,2cm 10'lu kutu 1
- Sargı Bezi 10cm×350cm 2
- Üçgen Sargı Bezi 96cm×136cm×96cm 1
- Elastik Bandaj 6cm×200cm 1
- Steril Gaz Kompres 10cm×10cm 52 kat 1
- Koruma Örtüsü Gümüş 150cm×200cm 1
- Antiseptik Solüsyon 50ml 1
- Tekstil Turnike Klipsli 1
- El Feneri 1
- Tek Kullanımlık Eldiven 4'lü Paket 1
- Çengelli İğne 12'li 1
- Makas Orta Boy 1

- İlk yardım setinin içindeki malzemelerin rehbere uygunluğu;

- İlk yardım seti içindeki malzemelerin sayıları ve içerik yeterliliği,

- İlk yardım seti içinde bulunan ilaç ve malzemelerin son kullanma tarihleri önemlidir.

BSH05 Kod'lu Standartta: Sağlık birimi içerisinde süreli kalış yapılabilecek gözlem bölümünün olması gerektiği ve bölümün özellikleri anlatılmaktadır.

- Sağlık birimi içerisinde süreli kalış yapılabilecek gözlem bölümünün olup-olmadığını, gözlem bölümünde çağrı sisteminin çalışıp-çalışmadığı,

- Gözlem bölümünden bireyin kendi odasına geçişi hekim, olmaması durumunda hemşire/sağlık personeli tarafından düzenlenen yazılı kayıtlarla yapılıp-yapılmadığı,

- Hemşire Gözlem Formlarının kullanılması önemlidir.

Hemşire Gözlem Formu: Hemşirenin, hastanın gözlem odasında yatışı sırasında gerekli rutin takipleri kayıt altına alacağı form (şeker, tansiyon, ateş, bilinç vs).

BSH10 Kod'lu Standartta: İlaçların medikal tedavi programına uygun olarak doğru kullanılmasına yönelik işlemler anlatılmaktadır.

- Tedaviye uyumun sağlanamaması, hastanın tedaviden fayda sağlama potansiyelini azaltır.

- Ayrıca, gereksiz ve potansiyel olarak tehlikeli olan ilaçların artmasına yol açabilir.

- Hastalara, hangi ilaçların ne zaman ve ne şekilde kullanması gerektiğine dair bilginin bulunduğu yazılı bir listenin verilmesi önerilir.

- Hastanın ilaç kullanımını anlayıp anlamadığı mutlaka kontrol edilmelidir.

BSH12 Kod'lu Standartta: "Akılcı İlaç Kullanımı"na dikkat çekilmiştir.

Akılcı ilaç kullanımı, kısaca ilaçların doğru kullanımıdır.

Polifarmasi ise değişik tanımlamalara sahip olmakla beraber günde 4-5 adet ve üzeri ilaç kullanımı, klinik endikasyondan fazla ilaç kullanımı, en az bir gereksiz ilaç kullanımı şeklinde ifade edilebilir.

Akılcı ilaç pratikte doğru ilacın, doğru hastalıkta, doğru kişide, doğru uygulama yolu ile doğru sürede, doğru bilgilendirme yapılarak kullanılması olarak özetlenebilir. Akılcı ilaç kullanımı genel olarak ilaç kullanırken doğruları uygulamak ve bilinçli olmaktır. İlaçların hekim tarafından önerilen dozu, veriliş yolu vb. konularında titiz olunur; hekimin bilgisi ve

onayı dışında herhangi bir uygulamaya gidilmez. Ülkemizde yapılan çalışmaların verileri özellikle bakımevlerinde polifarmasinin sık karşılaşılan bir problem olduğunu göstermektedir.

Polifarmasi için müdahaleler;

- Çoklu ilaç kullanımının azaltılabilmesi için reçetenin kontrolü ve reçeteler ve reçetesiz ilaçların (vitaminler ve bitkisel ürünler vb.) hekime durumun bildirilmesi gereklidir.
- Hasta eğitimi ve doz kontrolünün yapılması gereklidir.

BSH13 Kod'lu Standartta: Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların kullanımı durumunda yapılması gerekenlere dikkat çekilmek istenmiştir.

- *Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslim kayıtları,*

- *Kayıtlar ile kullanılan ve kilit altına alınan ilaçların sayısı, süresi ve verilme zamanlarının uyumlu olduğu,*

- *Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların ancak sağlık çalışanlarının ulaşabileceği alanlarda kilitli olarak bulundurulduğu,*

- *Yeşil ve kırmızı ilaca tabi ilaçların neler olduğu güncel olarak kontrol edilmesi önemlidir.*

Yeşil ve kırmızı ilaç listesi aşağıda verilen adreslerden takip edilebilir.

- ✓ https://www.titck.gov.tr/Dosyalar/Ilac/UyusturucuvePsikotrop/yeşil%20reçete%20listesi.pdf
- ✓ https://titck.gov.tr/storage/Archive/2019/contentFile/Kırmızı%20Reçeteye%20Tabi%20İlaçlar%2005072019_ebcc7e92-6661-4983-870a-fe8983a9c2b7.pdf

BSH14 Kod'lu Standartta: Hastalara ilaç verilirken "9 doğru ilkesi"nin gözetilmesinden bahsedilmektedir.

9 Doğru İlkesi:

1-Doğru hasta

2-Doğru ilaç

3- Doğru doz

4-Doğru yol

5- Doğru zaman

6- Doğru form

7-Doğru veriliş süresi

8-Yukarıda belirtilenlere ek olarak göze, kulağa ya da özellikli bir tarafa uygulanacak ilaçlar için ayrıca, doğru taraf olduğu order ile tedavi kartı karşılaştırılarak doğrulanır.

9-Yapılan işlem doğru şekilde kayıt altına alınır, demektir.

BSH16 Kod'lu Standartta: Gerekli hallerde hizmet alanın hareketinin kısıtlanması ve bu kısıtlamanın nasıl yapılacağına yönelik işlemler anlatılmaktadır.

Kısıtlama Süreci (karar, form, takip ve değerlendirme)

Alternatif seçenekler başarısız kaldığında kısıtlama süreci başlayabilir. Genel olarak fiziksel aktivitelerin kontrolü için bedenin bir bölümünün hareketlerini kısıtlamaya yarayan fiziksel, kimyasal ya da mekanik ekipman kullanımıdır.

Fiziksel kısıtlama; Hastanın hareket etmesini önlemek amacıyla fiziksel olarak elle tutularak yapılan kısıtlama işlemidir.

Mekanik kısıtlama; Hastanın hareketlerini kısıtlamak için kemer, kelepçe veya deri bağlar kullanılarak yapılan kısıtlama işlemidir.

Kimyasal kısıtlama; Medikal ilaçların lüzum hali veya istem dışı olarak oral ya da parenteral yoldan uygulanmasıyla yapılan kısıtlama işlemidir.

Kuruluşlarda kalan, kendine zarar verme, tedavi amacıyla kendisine takılan serum, dren, tüp, sonda vb. tıbbi bağlantıları çekip çıkarma olasılığı bulunan yaşlı veya engellilere, yataktan düşmenin önlenmesi, kendisine zarar vermesinin engellenmesi, tedavisinin sürdürülebilmesi amacıyla kısıtlamada fiziksel tespit uygulamaları ile mekanik kısıtlama yapılabilir. Ayrıca yatağa bağımlı hastalarda uygun postürü koruyarak kas ve eklem kontraktürü gelişmesini önlemek ya da bakım ve tedavi girişimlerini uygulamak amacıyla da yapılabilir. Fiziksel tespit kararını hekim verir.

Fiziksel tespit ile kısıtlama kararı tedavi planında yer almalı, tedavi planında uygulamanın başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir. Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir. Fiziksel tespit uygulanması, hastaya yararına bir uygulama olarak algılanmakla birlikte, hastaya vereceği zarar ve yarar açısından çok iyi değerlendirilmelidir. Tespit ediciler sadece profesyonel kişiler tarafından uygulanmalıdır.

Boğulma tehlikesi olabileceği için hastanın hiçbir zaman yüz üstü tespit edilmemesi gerekir. Tespit işlemi hasta yatakta veya sedyede, kollar iki yanda olacak şekilde yapılmalıdır. Bütün ekstremiteler dikkatli bir şekilde sabitlenmeli, Distal yerine proksimal bölgelerden (diz, dirsek, pelvis) sabitleme yapılmalıdır. Bağlar yatak kenarında olmalı, bağ yapılan ekstremite ile cilt arasında en az bir parmak boşluk olmalıdır. Hasta sırt üstü durumda kısıtlanmış ise, başın kenarlara serbest bir şekilde dönebilmesini sağlama ve mümkün olduğunda yatağın başı oksijensiz kalma riskini en aza indirgemek için yükseltilmelidir.

Tespit edici uygulandığı zaman hemşire gözlem formuna; türü, saati ve kullanma nedeninin kaydedilmesi gerekir. Fiziksel tespit edici uygulanan hastalar hemşire bankosuna yakın alanlara yatırılmalıdır. Hastaların yanıtları değerlendirilmeli ve hasta sürekli izlenerek sonuçlar hemşire gözlem kâğıdına kaydedilmelidir.

Eğer hastanın üst araması yapılacaksa fiziksel tespit uygulandıktan sonra cilt bütünlüğünün taraması ile birlikte yapılmalıdır. Hastaya tespit edici uygulandığında deri bütünlüğünde bozulma riski artar. Hasta bu açıdan daha sık gözlenir, yatak ve bası yaraları bakım talimatına uygun bakım yapılır.

Fiziksel tespit edici 2 saatte bir kaldırılarak dolaşımı, vital bulguları ve nabzı, cilt bütünlüğü, hareket oranı ve tuvalet gereksinimi kontrol edilmeli, tespit edici uygulamasının sürdürülmesinin gerekli olup olmadığı hekimi tarafından en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.

Fiziksel tespite ihtiyacı bittiği anda, tespit işlemine son verilir, tespitin sonlandırıldığı saat kayıt altına alınır.

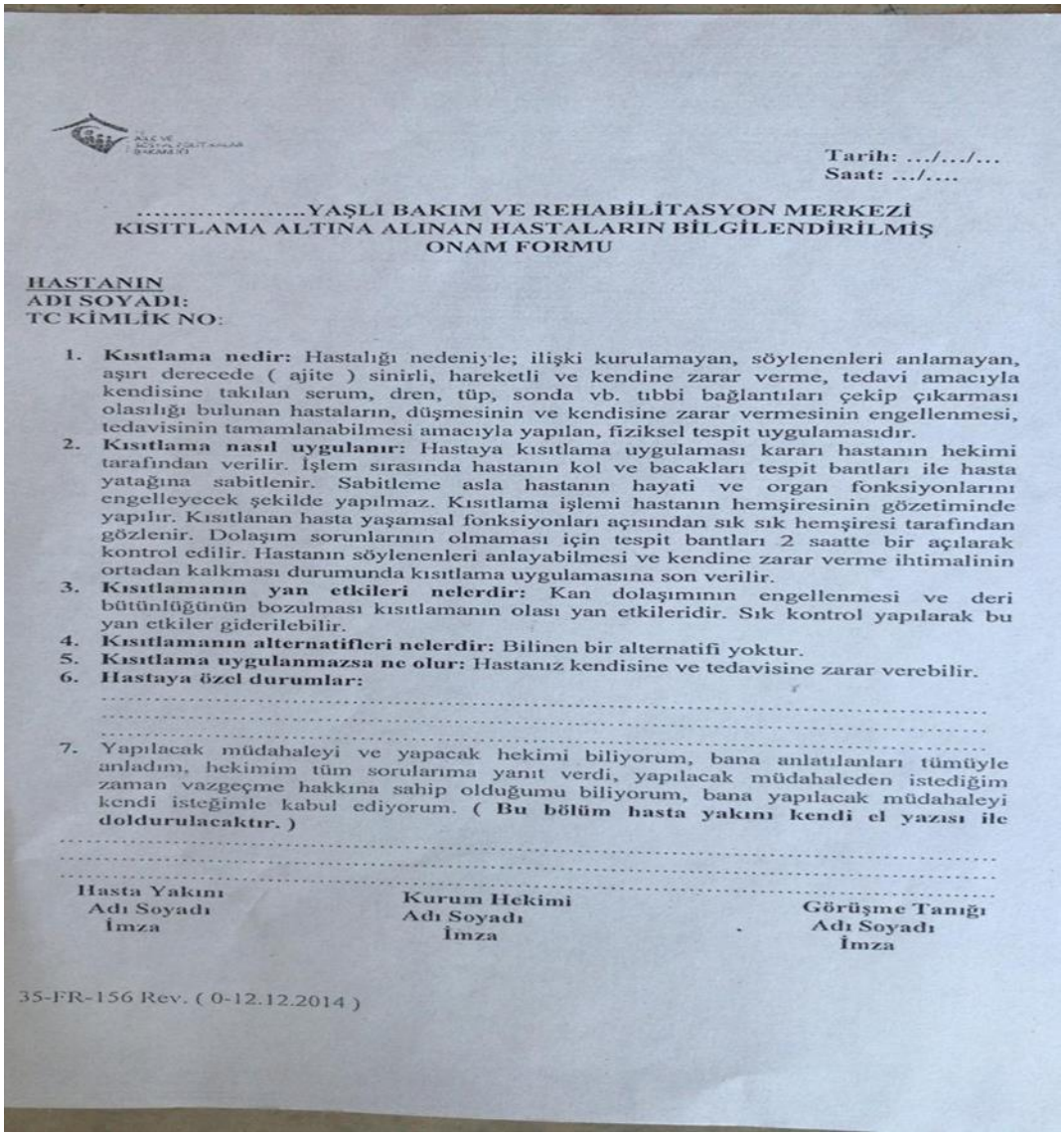
- *Kısıtlama yapılan birey ile ilgili sürecin doğruluğu,*

- *Kısıtlama takip ve değerlendirme formunun rehbere uygun hazırlanmış olması,*

- *Kısıtlama takip ve değerlendirme formunun eksiksiz ve uygun olarak doldurulması önemlidir.*

Aşağıda hareket kısıtlama formunun nasıl olması gerektiğine dair örnek verilmiştir.

Şekil 19: Hareket Kısıtlama Formu Örneği



Tarih: .../.../...
Saat: .../....

.....YAŞLI BAKIM VE REHABİLİTASYON MERKEZİ
KISITLAMA ALTINA ALINAN HASTALARIN BİLGİLENDİRİLMİŞ
ONAM FORMU

HASTANIN
ADI SOYADI:
TC KİMLİK NO:

1. **Kısıtlama nedir:** Hastalığı nedeniyle; ilişki kurulamayan, söylenenleri anlamayan, aşırı derecede (ajite) sinirli, hareketli ve kendine zarar verme, tedavi amacıyla kendisine takılan serum, dren, tüp, sonda vb. tıbbi bağlantıları çekip çıkarması olasılığı bulunan hastaların, düşmesinin ve kendisine zarar vermesinin engellenmesi, tedavisinin tamamlanabilmesi amacıyla yapılan, fiziksel tespit uygulamasıdır.
2. **Kısıtlama nasıl uygulanır:** Hastaya kısıtlama uygulaması kararı hastanın hekimi tarafından verilir. İşlem sırasında hastanın kol ve bacakları tespit bantları ile hasta yatağına sabitlenir. Sabitleme asla hastanın hayati ve organ fonksiyonlarını engelleyecek şekilde yapılmaz. Kısıtlama işlemi hastanın hemşiresinin gözetiminde yapılır. Kısıtlanan hasta yaşamsal fonksiyonları açısından sık sık hemşiresi tarafından gözlenir. Dolaşım sorunlarının olmaması için tespit bantları 2 saatte bir açılarak kontrol edilir. Hastanın söylenenleri anlayabilmesi ve kendine zarar verme ihtimalinin ortadan kalkması durumunda kısıtlama uygulamasına son verilir.
3. **Kısıtlamanın yan etkileri nelerdir:** Kan dolaşımının engellenmesi ve deri bütünlüğünün bozulması kısıtlamanın olası yan etkileridir. Sık kontrol yapılarak bu yan etkiler giderilebilir.
4. **Kısıtlamanın alternatifleri nelerdir:** Bilinen bir alternatifi yoktur.
5. **Kısıtlama uygulanmazsa ne olur:** Hastanız kendisine ve tedavisine zarar verebilir.
6. **Hastaya özel durumlar:**
   .....
   .....
   .....
7. Yapılacak müdahaleyi ve yapacak hekimi biliyorum, bana anlatılanları tümüyle anladım, hekimim tüm sorularıma yanıt verdi, yapılacak müdahaleden istediğim zaman vazgeçme hakkına sahip olduğumu biliyorum, bana yapılacak müdahaleyi kendi isteğimle kabul ediyorum. **(Bu bölüm hasta yakını kendi el yazısı ile doldurulacaktır.)**

.....
.....
.....

Hasta Yakını
Adı Soyadı
İmza

Kurum Hekimi
Adı Soyadı
İmza

Görüşme Tanığı
Adı Soyadı
İmza

35-FR-156 Rev. (0-12.12.2014)

BSH17 Kod'lu Standartta: Hasta Başı Cihazları kullanımı ve bakımı anlatılmaktadır.

Hasta başı cihazlar sabit veya mobil olabilir. Hasta başı cihazlarda kalibrasyonlarının yapıldığına dair etiketler olmalıdır. Aşağıdaki görsellerdeki Hasta Başı Cihazları örnek olması amacıyla verilmiştir.

Şekil 20: Hasta Başı Cihazları

BSH19 Kod'lu Standart Basınç ülseri/yarasına dikkat çekmek amacıyla hazırlanmıştır.

Basınç ülseri/yaraları, tek başına basınç ya da sürtünme, yırtılma ile birlikte basıncın bir arada neden olduğu genellikle kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen deri ve deri altı doku hasarı olarak tanımlanmaktadır.

- *Basınç ülseri/yarasını önleyici, tedavi edici talimatlarının varlığı,*

- *Basınç ülseri/yarası takip ve değerlendirme formunun rehbere uygun olarak eksiksiz ve düzenli tutulması önemlidir.*

KİŞİSEL BAKIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Kişisel bakım hizmetleri kalite standartları uzun süreli bakım hizmetlerinin bel kemiği olan kişisel temizlik hizmetlerini anlatmaktadır. Bu bölümün ana amacı kuruluşlarda hizmet alanlara yönelik sunulan kişisel bakım hizmetlerini somutlaştırmak ve bu hizmetlerin neler olduğunu göstermektir. Kişisel bakım hizmetleri temelinde bireysel bakım planına uygun şekilde sunulan hizmetlerdir. Bu hizmetlerin sunumunda mahremiyet ilkesi en önemli ilke olarak karşımıza çıkmaktadır. Bu anlamda bu bölüm on sekiz (18) standarttan oluşmaktadır. Bu standartların on üç tanesi (13) mahremiyet ile ilişkili standartlardır. Bir tanesi de güvenlik ilkesi ile ilişkili standarttır. Bölüm içindeki standartların puan dağılımına bakıldığında on altı (16) tanesi 30 puan değerinde, iki tanesi (2) tanesi 20 puan değerinde standartlardır.

BKB01 ve BKB02 hizmet alanların günlük kişisel temizliği ile ilgilidir. BKB03 ve BKB04 günlük yaşam aktivitelerinden olan banyonun nasıl yapılacağı ile ilgili standartlardır. BKB05 ağız ve diş bakımı, BKB06 saç-sakal tıraşı ile ilgili standartlardır. Saç-sakal tıraşı sadece erkek hizmet alanları ilgilendiren bir standarttır. BKB07 el-ayak-tırnak bakımı ile ilgilidir. Bu hizmetler bir önceki standartta olduğu gibi kuaförler tarafından sunulabilir veya bakım elemanları tarafından da sunulabilir. Önemli olan hizmetin sunulmuş olmasıdır. Kuaförlük, ağız -diş sağlığı hizmetleri, fizyoterapi, konuşma terapisi gibi hizmetler dışarıdan hizmet alımı şeklinde de olabilir, kuruluşta bu konuyla ilgili mesleki personel de çalıştırılabilir. Bu konu kuruluş yönetiminin insiyatifindedir. Kuruluşların bakım hizmetleri kalite standartlarına uygunluğunun değerlendirilmesinde asıl amaç bu gibi hizmetlere ihtiyacı olan hizmet alanların bir şekilde bu hizmetlere ulaşmasının sağlanmasıdır.

BKB08 ortez-protez, cihaz ve aletlerin temizliği ile ilgilidir. Kuruluşta her zaman ortez-protez kullanan biri olacak demek değildir. Burada anlatılmak istenen böyle bir durumu olan hizmet alanlar olduğunda kuruluş personelinin yapılması gerekenler ile ilgili bilgi sahibi olmasıdır. Değerlendirmelerde ortez-protez kullanımı ile ilgili personelin bilgisi olup olmadığına bakılacaktır.

BKB09, BKB10 ve BKB11 idrar katateri, sonda, sürgü-ördek veya alt bakımı işlemleri ile ilgilidir. Her üç maddede de mahremiyete özen gösterilmesi beklenmektedir. BKB10.03'te geçen defakasyon, dışkının dışarı atılması anlamında kullanılan bir terimdir.

BKB12 basınç ülseri/yarasının önlenmesi ile ilgili maddedir. Amerika'da Ulusal Basınç Ülseri Danışma Paneli (National Pressure Ulcer Advisory Panel-NPUAP) ve Avrupa'da Avrupa Basınç Ülseri Danışma Paneli (European Pressure Ulcer Advisory Panel- EPUAP) tarafından 2009 yılında yapılan tanıma göre basınç ülseri, tek başına basınç ya da sürtünme, yırtılma ile birlikte basıncın bir arada neden olduğu genellikle kemik çıkıntılarının üzerinde gözlenen deri ve deri altı doku hasarıdır. Basınç ülserlerinin oluşumunda basınç, sürtünme ve yırtılma dışında etki eden birkaç faktör daha bulunmaktadır. Türkçe terminolojide yatak yarası, dekübit ülseri, basınç ülseri, bası yarası ve basınç yarası kavramlarının kullanıldığı görülmektedir. Yaraların %53'ü yatağa bağımlı hastalarda, %37'si tekerlekli sandalye kullanan, %10'u ise mobilize olabilen hastalarda geliştiği düşünüldüğünde yatak yarası kavramı yeterli bir tanım olmamaktadır. Dekübit içeren tanımlar ise Latince kökünde sırt üstü yatma anlamı taşıdığından, uygun değildir. Basınç kelime anlamı bir yüzey üzerine etkide bulunan gücün yüz ölçümü birimine düşen miktarı şeklinde tanımlanmış olması nedeniyle doğru bir terim olarak kabul edilmektedir. Bası kelimesi ise yanlış bir çeviri olarak değerlendirilmektedir. EPUAP (2009) da kavram olarak, etyolojik durumu en iyi tarif etmesi nedeniyle "basınç ülseri" teriminin kullanılmasını önermektedir. Buna karşın basınçla oluşan yaraların klinik evreleri göz önüne alındığında, cilt bütünlüğünün korunduğu kapalı yaradan ve ileri derecede doku hasarının olduğu açık yaraya doğru ilerlediği bilinmektedir. Bu nedenle, "ülser" terimi yerine daha geniş bir kavram olan "yara" teriminin kullanımının daha doğru olacağı düşünülmektedir (1). Bu sebeplerle engelli ve yaşlılara yönelik bakım hizmetleri standartlarında basınç ülseri/yarası şeklinde kullanılmıştır. Konu ile ilgili standartlar kapsamında öncelikli olarak basınç ülseri/yarasının önlenmesi beklenmektedir. Bunun için "talimatlar" bölümünde geçen "poziyonlama talimatı" ile "basınç ülseri/yarası önleme talimatı" göz önüne alınmalıdır. Kişide yara açılmış ise "basınç ülseri/yarası tedavi talimatı"na uygun şekilde hizmet sunulmalıdır.

BKB13, BKB14, BKB15, BKB16, BKB17 kodlu standartlar hizmet alanın oda, dolap ve çamaşırları ile ilgili standartlar olup sadece yatılı hizmet sunan kuruluşlar (huzurevi, yaşlı bakım merkezi, engelli bakım merkezi, yaşlı uzun süreli bakım ve rehabilitasyon merkezi-özel bakım ünitesi, engelli uzun süreli bakım ve rehabilitasyon merkezi- özel bakım ünitesi, yaşam evi, huzurevi) için geçerlidir. Bu standartlar, gündüz yaşam merkezlerinin puanlamasına etki etmeyecektir. BKB18 nevresimler, yatak koruyucuları ve havluların özellikleri ve temizliği ile ilgilidir. Gündüz yaşam merkezlerinde dinlenme odası olması durumunda nevresim ve yatak koruyucu olacaktır. Bu anlamda bu standart tüm hizmet modelleri için geçerlidir.

KAYNAKLAR

1) Tekin N. (2016), "Palyatif Bakım Hastalarında Basınç Yaraları- Pressure Wounds in Palliative Care Patients" *Smyrna Tıp Dergisi*, 48.

BESLENME HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Dyt.Eda ŞİRNEVAİ

Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarında Boyut III: Bakım Hizmeti Yönetiminde yer alan Beslenme Hizmetleri bölümü standartları; engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşlarda Beslenme Hizmetlerinin nasıl olması gerektiği ve süreçlerin nasıl değerlendirileceğine yönelik bilgilendirmeler yapmak amacıyla hazırlanmıştır.

Beslenme Hizmetleri bölümü yedi (7) standart madde ve bu standart maddelerin gösterge ölçütlerinden oluşmaktadır. Bu bölümdeki standartların beşi otuz (30) puan, ikisi yirmi (20) puan değerindedir. Uygulama rehberinin bu bölümü Beslenme Hizmetleri standartlarını açıklamak üzere hazırlanmıştır.

BBH01 kodlu standart, hizmet alanların yeterli ve dengeli beslenmesini sağlayacak şekilde yemeklerin planlanması ve hazırlanması ile ilgilidir. Yemek menüsü hazırlanırken; hizmet verilen bireylerin istekleri, tercihleri, dini- kültürel özellikleri dikkate alınmalıdır. Anketler ve kişisel görüşmeler yapılmalıdır. Hizmet alanların özel diyetleri varsa bu durum göz önüne alınmalıdır. Diyeti olanlara ayrı yemek listesi hazırlanmalıdır. Hizmet alanların günlük enerji ihtiyaçlarına uygun listeler hazırlanmalıdır. Hazırlanan menülerdeki yemeklerin kalori miktarları muhakkak hesaplanmalıdır. Sabah kahvaltısı, öğle ve akşam yemekleri hazırlanmış olan menüye sadık kalarak çıkartılmalıdır. Ara öğünler menüye göre sunulmalıdır. Besin değerleri ve kalorileri hesaplanarak, hizmet verilen gruba özel çıkarılan yemeklerin doğru şekilde hazırlanarak, tükettirilmesi sağlığın gelişmesine katkı sağlamaktadır. Yeme güçlüğü bulunan bireyler için, durumuna uygun özel besinler/menüler hazırlanmalıdır. Hastanın kolayca çiğneyip yutabileceği yumuşak sulu gıdalar tercih edilmeli, gerekirse püre halinde verilmelidir. Pürelerin bireylerin damak tatlarına uygun olması sağlanmalıdır. Hastaya yiyecekler küçük lokmalar halinde verilmeli, beslenme esnasında acele edilmemelidir. Hastanın çiğneyip yuttuğundan emin olunmalıdır. Yemekten sonra hemen yatırılmamalı, en az yarım saat oturur şekilde bekletilmelidir. Çiğneme ve yutma güçlüğünün düzeyine göre beslenmenin mümkün olmadığı durumlarda hekime danışılmalıdır. Gerekirse beslenme destek ürünleri kullanılması için hekim/hastaneden destek alınmalıdır. İhtiyaç duydukları günlük besin öğelerini almaları sağlanmalıdır. Özel diyeti olanların listesi hazırlama ve sunum alanında duyurulmalıdır. Hizmet alanların diyetlerine/alerjilerine özel spesifik yemekler menüde bulundurulmalıdır. Hizmet alanlar menüye göre ne yiyeceklerinden haberdar olmalılardır.

BBH02 kodlu standart, yemek menülerinin etkin duyurulmasıyla ilgilidir. Hizmet alanların tüketmek istedikleri yemeklerle ilgili istekleri birebir görüşmelerle öğrenilmelidir. Yemek menüleri hazırlanırken hizmet alanların önerileri dikkate alınmalıdır. Beslenme durumlarına, özel diyetlerine uygun olanlar menülere eklenmelidir. Hazırlanan menüler hakkında hizmet alanların ve verenlerin bilgi alabilmeleri için menüler etkin bir şekilde duyurulmalıdır. Aylık ya da haftalık olarak hazırlanmış menüler hakkında bireylerin bilgi alabilmeleri sağlanmalıdır.

BBH03 kodlu standart, hizmet alanlar istedikleri zaman kendi yiyeceklerini hazırlama ve pişirme imkanına sahip olmaları ile ilgilidir. Kuruluş içerisinde hizmet alanların durumlarına uygun, kendi istedikleri gibi yemek yapabilmelerine imkân sağlayacak mutfak kısmı oluşturulmalıdır. Oluşturulan mutfakta yemek hazırlamada kullanılacak araç-gereçler ve pişirme ile ilgili tüm tefrişatlar hazır bulundurulmalıdır. Böylelikle hizmet alanların kendi alışkanlıklarına uygun beslenmelerine destek olmak mümkün olacaktır.

BBH04 kodlu standart, **hizmet** alanın günlük yeterli sıvı almasının sağlanmasıyla ilgilidir. Vücuttaki suyun dengesinin yaşamsal önemi vardır. İdrar renginin koyulaşması, su ihtiyacının karşılamadığını göstergesidir. Vücutta sıvı dengesini korumak için kaybolan suyun yerine konulması gerekmektedir. Hizmet alanlarının su içmelerini teşvik edecek önlemler alınmalıdır. Su içmeyi teşvik etmek için yaşam alanlarında içme suyunun her an ulaşılabilir ve göz önünde olması sağlanmalıdır. Yemekler sırasında masada muhakkak su bulundurulmalıdır. Kullanılan sürahiler ve bardaklar her zaman temiz ve dolu tutulmalıdır. Aktivitelerinde bağımlı olan ve/veya yutma güçlüğü olan hizmet alanların yeterli sıvı tüketiminin olup olmadığı kayıt altında tutulmalıdır. Özellikle yutma güçlüğü olan hizmet alanlarda sıvı tüketimi için gerekirse medikal destek alınması sağlanmalıdır.

BBH05 kodlu standart, hizmet alanların beslenmelerinin sağlanması ile ilgilidir. Kahvaltı, öğle ve akşam yemekleri her gün aynı saatte düzenli olarak sunulmalıdır. Yemeklerin her gün, günün aynı saatinde verilmesi bireylerin metabolizmasının düzenli çalışmasını sağlamaktadır. Bu durum sağlığın korunmasına destek olur. Hizmet alanların ihtiyaçlarına göre destek verilmelidir. Kişinin ne tür bir desteğe gereksinim duyduğu belirlenerek ihtiyaç duyduğu destek verilmelidir. Örneğin düz kaşık kullanmakta sıkıntısı olanlara eğimli kaşık verilmelidir. Kendi başına yemeğini tüketemeyenlere yemekleri «Beslenme Talimatına» göre yedirilmelidir. Günlük yaşam aktivitelerinde bağımlı olan hizmet alanların beslenmeleri, yataklarında uygun pozisyon verilerek sağlanmalıdır.

Hizmet alanın ana ve ara öğünlerinde beslenmesinin takibi yapılmalı, yemek yemeyenler, gereksiniminden çok az yiyebilenler ya da yemek sonrası rahatsız olanlar kayıt altına alınmalıdır.

BBH06 kodlu standart, hizmet alanların diyetlerine uygun beslenmelerinin sağlanmasıyla ilgilidir. Hizmet alanların sağlık durumuna uygun olarak düzenlenen diyetleri işaretlerle belirlenmelidir. Özel Diyet alanların diyetleri sembollerle belirlenerek uygulamada kolaylık sağlanmalıdır. Karışıklıkların önüne geçmek için hazırlanan yemekler kişilerin isimlerini ya da diyetlerine özel sembolleri içeren kartlarla servis edilmelidir. Hizmet alanların Besin Tüketimleri 24 saatlik kayıt formlarına işlenerek kayıt altında tutulmalıdır. Besin Tüketimlerinde rutin düzenlerine göre farklılık olanları takip etmek gerekmektedir. Tüketimi azalanların durumlarıyla ilgili olarak uzmana/hekime danışılmalıdır.

BBH07 kodlu standart, hizmet alanların kilo kontrollerinin yapılmasıyla ilgilidir. Hizmet alanların kilo değişimlerini takip etmek amacıyla iki ayda bir uygun ölçüm aletleriyle ölçüm yapılmalıdır. Ölçümler düzenli olarak kaydedilmelidir. Vücut ağırlığının kontrolü çok önemlidir. Ağırlıktaki her türlü değişim (alma/verme) birçok hastalığın öncü göstergesi olabilmektedir. Üç ayda %10'dan fazla kilo değişimi varsa ilgili uzmana/hekime yönlendirme yapılmalıdır. Hizmet alanın sağlığına etki eden hastalıkları ve mevcut ağırlığından kaynaklanan komplikasyonları yoksa en uygun hedef mevcut vücut ağırlığını korunmasını sağlamaktır. Hizmet alanın vücut ağırlığını ölçmenin mümkün olmadığı durumlarda baldır çevresi, üst orta kol çevresi ve bel çevresi ölçümleri yapılmalıdır. Ölçümler arasındaki farklılıklar takip edilmelidir.

YAŞAMA KATILIM KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. ÇGU. Sercan BOZDEMİR CEYLAN

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Yaşama katılım bölümündeki temel amacımız birey merkezli hizmet anlayışını yerleştirmek ve hizmet alan, yakını, bakım ve rehabilitasyon hizmeti veren personelin çalışmalara tam katılımını sağlamaktır. Bu bölümde sosyal içerme, hayat boyu öğrenme, savunuculuk kavramları ile ilgili standartlara yer verilmiştir. Bu kavramlar bölüm içinde açıklanacaktır.

Yaşama katılım bölümü, yirmi üç (23) standarttan oluşmaktadır. Bu standartların tamamı puanlamada ikinci kategori olarak geçen 30 puanlık standart kategorisindedir. Hizmet alanın yaşama katılımının önemini vurgulamak için yazılmış olan bölüm içindeki standartlarda, bakım hizmetinin bireye özgü sunumu ile mahremiyete saygı dikkate alınması gereken temel unsurlardır.

Sosyal içerme kavramı, sosyal dışlanmaya maruz kalan fert veya grupların (engelli, yaşlı, kadın vb.) ekonomik ve sosyal hayatta yer almalarına engel olan faktörlerin ortadan kaldırılarak ve hayat seviyelerinin toplumda kabul edilebilir bir düzeye getirilerek, toplumla bütünleşmelerinin sağlanmasıdır**.** Sosyal içermenin konusu, toplumsal hayata katılımda güçlük çeken bireylerdir. Bu katılımın kapsamına eğitim, mesleki eğitim, sağlık ve ulaşım hizmetlerinden yararlanma, istihdama dâhil olma, mal ve hizmetlere erişim, konut edinme, kültürel faaliyetlere katılma gibi konuları girmektedir.

Sosyal içerme, büyük ölçüde istihdam ile bağlantılıdır. Dışlanmanın önlenebilmesi ve sosyal dışlanmaya maruz kalanların tekrar topluma kazandırılabilmesi açısından, yeterli gelir sağlayan, sosyal güvencesi olan bir çalışma şekli, bireylerin hem maddi ihtiyaçlarını hem de sosyalleşme gibi maddi olmayan ihtiyaçlarını karşılamalarını sağlayacak ve kendilerine güvenlerini kazanmalarına yardımcı olacaktır.

BYK01 kodlu standart “Sosyal Etkinliklere Katılım” ile ilgilidir. Hizmet alanın kuruluş içinde ya da dışında düzenlenen sosyal etkinlikler katılımı sağlanırken aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir;

- Bireylerin yaş, cinsiyet, bölgesel ve kültürel farklılıkları gözetilerek etkinlikler planlanmalıdır.

- Ayrımcılığa maruz kalmadan dinlence, eğlence faaliyetlerine toplumun diğer bireyleriyle eşit şekilde tam katılımı sağlanmalıdır.
- Bu etkinliklere katılım öncesinde uygun bilgilendirme ve/veya eğitimler verilmelidir.
- Onların katılım istekleri göz önünde bulundurulmalıdır.
- Etkinlilere katılımda güvenliği sağlayıcı önlemler alınmalıdır.
- Yapılan etkinlikler kayıt altına (Sosyal Etkinlik formu vb.) alınmalıdır.

BYK02 kodlu standart "Hayat Boyu Öğrenme" ile ilgilidir. Hayat boyu öğrenme, okullar ile sınırlı kalmayan; evde, işte, hayatın her alanında gerçekleşebilen; öğrenmenin yaş, sosyal, ekonomik statü ve eğitim seviyesine bakılmaksızın, herhangi bir engel olmadan sürdürülebileceğini gösteren temel kavramlardan biridir. Bu bağlamda birey;

- ✓ 40 yaşında resim yapmaya başlayabilir, fotoğrafçılık üzerine eğitim alabilir.
- ✓ 50'li yaşlarda bir müzik aleti çalmaya başlayabilir.
- ✓ 54 yaşında bisiklete binmeyi öğrenebilir.
- ✓ 60 yaşından sonra okuma yazma öğrenebilir.
- ✓ Tazelenme üniversitesine devam edebilir.

Bu haliyle Hayat boyu Öğrenme kavramına, "öğrenmenin yaşı ve zamanı yoktur" ilkesine dayanan bir eğitim sistemidir diyebiliriz.

BYK04 kodlu standart "Mesleki Rehabilitasyon" ile ilgilidir. Mesleki rehabilitasyon ve atölye çalışmaları; engelli ve yaşlı bireylerde var olan fiziksel fonksiyonları geliştirmek veya onlara yeni beceriler kazandırmak, özgüvenlerini artırmak, onları üretken, bağımsız ve topluma uyum sağlamış bireyler haline getirmek için uğraşı ve meslek edindirmeye yönelik çalışmaları içermektedir. Bakım hizmeti sunan kuruluşlar olarak bizler engelli ve yaşlı bireylerin yalnızca biyolojik engelleriyle ilgilenmeyip, onların güçlü yanlarına ve yeteneklerine de odaklanmalıyız.

BYK06 kodlu standart "Günlük Egzersizler" konusu ile ilgilidir. Günlük egzersizler önemlidir ve her birey için planlanmalıdır. Bu egzersizler;

- Kısa mesafe yürüyüşleri
- Müzik eşliğinde esnetme hareketleri
- Fitness/spor aletleri ile egzersiz
- Halk oyunları
- Modern danslar
- Yoga

- Thai chi vb. olabilir.

Bilimsel araştırmalara göre yeterince fiziksel aktivite yapan bireylerde DEPRESYON görülme riski daha azdır. Günde 10.000 adım atan insanlar fiziksel olarak aktif kabul edilmektedir.

BYK07 kodlu standartta belirtilen "Yetenek ve Beceri Geliştirici Faaliyetler", bireyin yetenek ve beceri geliştirici faaliyetlerdir. Bu faaliyetlere katılmanın engelli ve yaşlı bireyler için faydaları şöyledir;

- Görsel ve sözel becerileri geliştirir.
- Beynin sağlıklı kalmasını sağlar.
- Tansiyonu düzenler.
- Uyku kalitesini artırır.
- Ağrıları azaltır.
- Sinir sistemini güçlendirir.
- Daha mutlu olmayı sağlar.

BYK08 kodlu standart "Ürün ve Hizmetlerin Sergilenmesi" konusu ile ilgilidir. Bireyin ürettiği ürünleri sergilemesi ve satışa sunması bireye şu faydaları sağlamaktadır;

- ✓ Çalışma isteğini artırır,
- ✓ Rehabilitasyonun bir devamıdır,
- ✓ Sosyalleşme ve paylaşım için ortam sağlar,
- ✓ Sosyal içerme için önemli bir süreçtir.

Ürün veya hizmetlerin satış imkânı verilmesi, gelir getirici bir sürecin yanında, özgüven kazanma, toplumda bir değer üretme ve toplumsal faaliyetlere katılmak için önemli bir ögedir.

BYK09 kodlu standart "Dini ve Milli Bayramları Kutlama" ile ilgilidir. Hizmet alanların en temel hakkı aileleriyle görüşmeleridir. Bu hak aileler içinde geçerlidir. Kişinin inancına uygun dini ve milli bayramlarda aileler başta olmak üzere, çalışanlarla ve iletişimde oldukları akraba/arkadaş vb. kişilerle bayram kutlamaları yapmaları desteklenmelidir. Bu durum aile bağlarını güçlendirir, geleneklerin yaşatılmasını pekiştirir, nesiller arasında bağ kurulmasını ve iletişimin artmasını sağlar.

BYK10 kodlu standartta geçen "İnançlara uygun İbadet Yapabilme" konusu, hizmet alanların inançlarına uygun ibadet yapabilmesi için gereken destekler sağlanmasını ifade

etmektedir. İnsanlar bir gruba ait olduklarını dinsel simgeler ve değişik davranışlarla da ifade ederler. Sosyal mahiyetteki bu tür olguların rahatlıkla yapılabilmesi için:

- Hizmet alanın talebi halinde inançlarına uygun ibadet yapması için istediği mekânlara ulaşımını sağlama,
- Kuruluş içinde mekân düzenleme (Kuruluş içinde bir oda hazırlanması vb.)
- Dini inancına uygun Orucunu tutma
- Aşure dağıtma
- Mevlut okutma vb. etkinlikler planlanabilir.

BYK13 kodlu standart "Savunuculuk Yapabilme" konusu ile ilgilidir. Hizmet alanın kendisi/kuruluş hakkında savunuculuk yapmasını desteklemek için öncelikle savunuculuk kavramını açıklamakta fayda vardır. **Savunuculuk**, bir bireyin kendisi, bir diğer birey ya da bir grup birey adına konuşma, temsilde bulunma, eylemde bulunma, belirli hedefi gerçekleştirme ya da koruma amaçlarından birisinin ya da birden çoğunun gerçekleştirilebilmesi için yürütülen çalışmaların tamamını ifade etmektedir.

Savunuculuk çeşitli bağlamlarda tanımlanıp kullanılabilir. İnsan haklarının hayata geçirilmesi için çalışan hak temelli örgütler perspektifinden bakıldığında savunuculuğu, bireylerin ya da grupların haklarının teşvik edilmesine, saygı duyulmasına, korunmasına ve hayata geçirilmesine yönelik olarak yürüttükleri her türlü eylem olarak tanımlamak mümkündür.

BYK14 kodlu standartta geçen "Günlük Yaşam Aktiviteleri", engelli ve yaşlı bireylerde desteklenmesi yaşam kalitelerinin artmasını sağlamaktadır. Günlük yaşam aktiviteleri temel günlük yaşam aktiviteleri ve enstrümantel günlük yaşam aktiviteleri olarak ikiye ayrılmaktdır. Günlük yaşam aktiviteleri; beslenme, banyo yapma, giyinme, özbakım, mobilitasyondur. Enstrümantel günlük yaşam aktiviteleri ile iletişim araçlarını kullanabilme, yemek hazırlama, alışveriş yapma, çamaşır, ev temizliği, ilaçlarını kullanabilme sorumluluğu ve mali işlerdir.

"Günlük Yaşam Aktiviteleri", yetersizliği olan bireylere bağımsız olarak yaşamlarını sürdürebilmeleri, gerekli olan becerileri kazanabilmeleri için planlanan geniş çaplı tüm çalışmaları kapsamaktadır. Hizmet alanların günlük yaşam aktivitelerini desteklerken ve bağımsızlık seviyelerini yükseltirken en üst düzeyde yarar sağlamak için planlanan çalışmalar **birey merkezli** olmalıdır.

BYK18 kodlu standart bireylerin gelişimleri hakkında bilgilendirilmesi konusu ile ilgilidir. Engelli ve yaşlı bireylere de bedensel ve ruhsal anlamda gelişimleri ile ilgili bilgilendirmeler yapılmalıdır. Bedensel ve ruhsal gelişim;

- ✓ Bedeni ve aklı içerir.
- ✓ Değerlerimiz, tutumlarımız, davranışlarımız, fiziksel görünümümüz, inanışlarımız, duygularımız, kişiliğimiz, sevdiğimiz ve sevmediğimiz şeyler, kişiliğimiz ve sosyalleşme alanlarımızla şekillenir.
- ✓ Sosyal normlardan, kültürden ve dinden etkilenir.
- ✓ Tüm yaşamı kapsar.

BYK19 kodlu standart "Teknolojik Aletlerin Kullanımı" ile ilgilidir. Eğitim, rehabilitasyon, boş zamanı değerlendirmek, eğlence amacı ile teknoloji araçlarından yararlanılmalıdır. Bu nedenle teknolojik aletlerin kullanımı desteklenmelidir. Bu sayede;

- ❖ Bilgi edinme yeteneğini geliştirmek,
- ❖ Oyunlar yolu ile öğrenme,
- ❖ El-göz koordinasyonu ve zihinsel süreçleri destekleme,
- ❖ Sesli kitap okuma/dinleme,
- ❖ Alt yazılı film izleme,
- ❖ Müzik dinleme vb. etkinlikler kolay ulaşılabilir olmaktadır.

BYK22 kodlu standart "Ailenin Bakım ve Rehabilitasyon Hizmetine Dahil Olması" konusu ile ilgilidir. Hizmet alanın ailesinin bakım ve rehabilitasyon hizmetine dahil olmasını desteklemek için:

- ✓ Aileye hizmet modelinin anlatılması,
- ✓ Ailenin beklentilerinin dinlenmesi,
- ✓ Ailenin psikolojik olarak sürece hazırlanması,
- ✓ Ailenin ziyareti ve araması için periyot belirlenmesi gereklidir.

Bakım, eğitim, sağlık ve rehabilitasyon alanında Geleneksel Model ve Birey Merkezli Model olmak üzere iki modelden bahsedilmektedir. Bu iki model arasında anlamlı farklar vardır. Aşağıdaki tablo geleneksel ve bireysel model arasındaki farkları göstermektedir.

Tablo 26: Geleneksel ve Birey Merkezli Model Arasındaki Farklar

Geleneksel Model	**Birey Merkezli Model**
Hizmet alan ortama uyar.	Ortam da hizmet alana uyar.
Bürokratik merkezli	Birey merkezli
Sabit	Değişken
Kurallar başattır.	Kurallar revize edilir.
Farmakolojik müdahale	Bilişsel davranışçı terapi ile müdahale ve azaltılmış farmakolojik müdahale
İhtiyaçların analizi modeli	İsteklerin analizi modeli
Dayatmacıdır.	Esnektir ve işbirlikçidir.

Bakım kalitesini artırmada tercihimiz "birey merkezli model" olmalıdır. "Birey Merkezli Model, haklar temelinde, sosyal içerme yolunda toplumla bütünleşmede daha hızlı mesafe alınmasını sağlar."

Son olarak, hizmet alanın yaşama katılımı ile ilgili standartlarda dikkat edilecek temel konular şunlardır.

- Birey Merkezli **(**İhtiyaç ve isteğe bağlı planlama)
- Ulaşabilir-Erişilebilir
- Kendi/Vasi onamı
- Eğitim/Bilgilendirme
- Güvenliği sağlayıcı önlemler
- Ara değerlendirmeler
- Kayıt altına almak (Düzenli Kayıt Tutmak)
- Yıllık izlem raporları

FİZİKİ VE ERGONOMİK DÜZENLEMELER KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Fzt. Deniz DAĞISTAN

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAk

Birey merkezli bakım hizmeti anlayışını benimseyen BHKS Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler başlıklı standartlarla engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti veren kuruluşlarda bulunması gereken fiziki mekânları, bu mekânların taşıması gereken özellikleri ve kişiye özel yapılacak ergonomik düzenlemelerin değerlendirilebilir olmasını amaçlamaktadır.

Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler bölümü yirmi iki (22) standarttan oluşmaktadır. Bu standartlardan yirmi (20) tanesi 30 puanlık standartlardandır. Bir standart (BFE02) 10 puan değerindedir. Bir standart (BFE21) çekirdek standarttır. Bu çekirdek standart hizmet alanları ziyarete gelenlerin süreli kalışları ile ilgili uygun mekân hazırlanması ile ilgilidir. Hizmet alanlara ziyaretçilerin gelmesi aidiyet duygusunun gelişmesi için önemlidir. Hizmet alanlara ziyaretçi gelme sıklığını artırmak için bu standart çekirdek standart olarak değerlendirilmektedir. Ayrıca bu standart hizmet alanlara ziyaret oranını da etkileyecektir. Hizmet alanlara ziyaret oranı bakım hizmetleri kalite göstergelerindendir.

Ergonomi insan ile iş yaparken veya yaşam alanlarında kullanılan her türlü donanım veya ortam arasındaki ilişkileri bilimsel olarak inceleyen bir bilim dalıdır. Ergonomi biliminin amaçları şunlardır:

1. İnsanlar tarafından kullanılan araç, gereç ve düzeneklerin kullanım etkinliğinin arttırılması
2. Günlük hayatta karşılaşılan insan kullanımına ve etkileşimine açık olan her şeyin insana uygun tasarımıyla
    - İnsan performansının arttırılması,
    - İnsan güvenliğinin sağlanması,
    - İnsan sağlığının korunması ve iyileştirilmesi,
    - İnsanın mutluluğunun ve doyumunun sağlanmasıdır.

Hizmet alanın gözlemlenerek, çeşitli değerlendirmeler ile yetenekleri, kısıtlılıkları, beklentileri vb. özellikleri belirlenmelidir. Elde edilen bulgulara göre hizmet alanın yaşadığı çevreye müdahale edilmelidir. Bu müdahaleler genellikle kullanılan mobilyalar, el araçları, ekipmanlar, yaşanılan mekânlara vb. yönelik olup fiziki çevrenin hizmet alanın özelliklerine uyumlu hale getirilmesi süreçlerini kapsamaktadır. Böylece hizmet alanların fonksiyonelliğinin

optimal seviyeye ulaşması, yaşama daha fazla ve daha güvenli katılması sağlanacaktır. Yani ergonomide temel ilke insan ile çevre arasındaki uyumluluktur.

Daha önce Kuruluş Yönetim Hizmetleri bölümünde anlatılan KKY02 kodlu standart kuruluşların Erişilebilirlik Belgesi'ne sahip olmasının gerektiği ile ilgidir. Hizmet verilen kuruluşun Erişilebilirlik Belgesine sahip olması mimari olarak ergonomik olduğunun göstergesidir. Bu anlamda kuruluşun erişilebilirliği hizmet alanın çevresinin fiziki ve ergonomik olarak düzenlenmesinde önemli bir unsur olarak bir kez daha karşımıza çıkmaktadır.

Fiziki ve ergonomik düzenlemeler bölümüne ait standartların ilk üçü hizmet alanın odası ile ilgilidir. Bu sebeple bölümdeki ilk üç standart Gündüz Yaşam Merkezleri için geçerli değildir; sadece yatılı hizmet sunan kuruluşlar için geçerlidir. BFE04'ten BFE12'ye kadarki standartlar kullanım alanlarının özelliklerinin açıklandığı standartlardır. Son on standart ise kuruluşta bulunması gereken alanlara ilişkin standartlardır. Buna göre; hizmet alanın odasının genişliğinin hareket alanını kısıtlamayacak boyutta olması, aydınlatmasının yeterli olması, pencerelerin güvenlikli olması, gece aydınlatmasının yapılması, odanın sıcaklığının 21-24℃ aralığında, odanın neminin ise %30-60 aralığında olması gerekmektedir. Aydınlatmadan amaç kişilerin çevrelerindeki cisimleri kolayca görebilmesini ve tanıyabilmesini sağlamak, ortamın güvenli ve hoşa giden bir durumda olması ve bunun sürdürülmesidir. Parlayabilecek yüzeylere ışığın doğrudan değil dolaylı olarak gelmesini sağlamak gerekmektedir. Özelikle Alzheimer hastaları için fotoselli lambalar kullanılmamalı ve aydınlatma yansıtma şeklinde olmalıdır.

Şekil 21: Yansıtmalı Aydınlatma

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 yapılması ve meslek elemanlarından habersiz yerlerinin değiştirilmemesi gerekir. Yerleştirilme yapılırken hizmet alanın sürekli kullandığı kişisel eşyalarına ulaşabilmesi hedeflenmelidir. Şayet hizmet alanın engel durumu nedeniyle odada bulundurulmayan eşya var ise bulundurulmama nedenine ilişkin mesleki çalışma raporu

istenmelidir. Köşeli mobilyalar düşme sonrası ciddi yaralanmalara neden olmaktadır. Köşeli mobilyalar kullanılmamalı, eğer var ise uygun aparatlarla güvenlik önlemi alınmış olmalıdır. Eşyalar hizmet alanın oda içinde rahat hareket edebileceği şekilde yerleştirilmelidir.

Şekil 22: Köşeli Mobilya İçin Güvenlik Aparatı

Renk ve malzeme seçimi sadece estetik kaygılarla değil aynı zamanda algıyı kolaylaştırıcı ve teşvik edici rolleri göz önünde bulundurularak yapılmalıdır. Bu nedenle mobilyalar ile duvar kontrast (zıt) renklerden oluşmalıdır. Hizmet alanın isteği de göz önünde bulundurularak pastel formlarda renkler tercih edilmelidir.

Şekil 23: Pastel Renkler

Kuruluş içinde hizmet alanın ve çalışanların acil durumlarda ilgili personele hızlı bir biçimde ulaşabilmesini sağlayacak bir sistem oluşturulmalıdır. Bu sistemin çalışır durumda olup olmadığı düzenli olarak kontrol edilmelidir.

Şekil 24: Acil Çağrı Sistemi

Hizmet alanın yaşam kalitesini olumsuz yönde etkileyen unsurlardan biri de gürültüdür. İnsan ve toplum üzerinde olumsuz etki yapan ve istenmeyen seslere gürültü denmektedir. Gürültü, "belirgin bir yapısı olmayan, içerdiği öğelerle kişiyi bedensel veya psikolojik olarak etkileyebilen ses düzeni" olarak da tanımlanır. Yaşadığımız ortamı kirleten en önemli etkenlerden biri gürültüdür. Gürültü insanları huzursuz eden, onların iletişimini güçleştiren, dinlenme olanağını kısıtlayan, sinir sistemini olumsuz etkileyen ve zedeleyen, çalışma verimini düşüren ve işitme sorunları yaratan önemli bir etkendir.

Gürültü kontrolü 3 aşamada yapılabilir; birinci aşama kaynakta kontrol, ikinci aşama alıcıda kontrol ve üçüncü aşama çevrede kontroldür. Kişisel koruyuculardan çok gürültünün kaynağında azaltılmasını sağlayacak önlemler gerekmektedir. Bunun için kuruluş kalite temsilcisi gürültü kaynaklarını tespit ederek gerekli önlemlerin alınmasını sağlamalıdır.

Kişisel korunmada en etkili yöntem kulaklıklardır. Kulaklıklar, düşük frekanslarda 30 dB(A), yüksek frekanslarda ise 50 dB(A) azalma sağlayan aparatlardır. Çevresel kontrolde binaların yola uzaklığı ve yola göre yüksekliği gürültüden etkilemesini değiştirebilmektedir. Binaların duvar özellikleri, çift cam gibi teknik özellikler ile gürültü en az 30 dB azaltıla bilinir.

Gürültü kontrolünde en önemli adım kişilerde gürültü bilincinin yaratılmasıdır. Bakım hizmeti sunan kuruluşlarda gürültü kaynakları sıklıkla, yüksek sesle izlenen televizyon ve radyo, yemek servis arabası, pansuman arabası, bakım servis arabası, çalışanların birbirlerine yüksek sesle hitap etmeleri şeklinde olmaktadır. Bu konuda personele gürültü farkındalık eğitimi verilmelidir. Yapılan eğitimler Eğitim Yönetimi bölümünde bahsedildiği gibi kayıt altına alınmalıdır.

Kuruluşlardaki yapay aydınlatmalar vücudun biyoritmi için yeterli değildir. Kemik direncini arttırıcı işlevi olan D vitamininin sadece gün ışığının etkisi ile alınacağı göz önünde bulundurulursa, bahçe kullanımı ve gün ışığına çıkmanın kuruluş bakımındakiler için önemi

çok daha anlaşılır olacaktır. Doğa ile temasa geçme, gün ışığından faydalanma ve bedensel aktiviteleri arttırmanın psikolojik ve fizyolojik etkileri hizmet alanın kişisel bakım planına bahçenin bilinçli bir şekilde dâhil edilmesiyle mümkün olacaktır. Bu nedenle bahçenin tüm hizmet alanın kullanıma uygun olması önemlidir.

Şekil 25: Hizmet Alanların Kullanımına Uygun Bahçe Alanları

Kuruluş içinde yer alan yürüyüş yolu zemininde düşmeye neden olacak bozukluklar var mı, yürüyüş yolu üzerinde hortum vs. gibi takılmaya neden olacak malzemeler var mı kontrol edilmeli ve tespit edilen durumlar hizmet alanların özelliklerine uygun şekilde düzeltilmelidir. Bahçede üstü kapalı oturma alanının olması ve bahçe kulanım alanının hizmet alanların kullanımı için uygun olması kuruluş bahçesi için beklenen özelliklerdir. Bahçe kullanım alanlarının özellikle tekerlekli sandalye kullanımına uygun olması beklenmektedir.

SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI VE HİZMET VEREN GÜVENLİĞİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

İSG Uzmanı, Fzt. Meral ÇAKIR

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları sağlıklı çalışma yaşamı ve hizmet veren güvenliği bölümüyle, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili kuruluşlarda yapılması gerekenlerin anlatılması hedeflenmiştir. İş sağlığı ve güvenliği işyerlerinde faaliyetlerin yürütülmesi esnasında insan sağlığını ve güvenliğini tehlikeye sokacak durumların önlenmesi için yapılan sistemli çalışmalardır. İş sağlığı ve güvenliği özellikle son yıllarda giderek önem kazanmaya başlamış bir kavramdır. Kuruluşlar mesleki risklerin önlenmesi, eğitim ve bilgi verilmesi dâhil her türlü tedbirin alınması, organizasyonun yapılması, gerekli araç ve gereçlerin sağlanması, sağlık ve güvenlik tedbirlerinin değişen şartlara uygun hale getirilmesi ve mevcut durumun iyileştirilmesi için çalışmalar yapmalıdır.

Sağlıklı çalışma yaşamı ve hizmet veren güvenliği kalite standartları ikisi çekirdek standart (50 puan), üçü güvenlik ile ilişkili standart (30 puan) olmak üzere beş standarttan oluşmaktadır. Çekirdek standartlardan BSÇ01 hizmet verenlerin sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik düzenlemelerin yapılması ile ilgilidir. Bölüme ait diğer bir çekirdek standart ise BSÇ03 bel sağlığını korumaya yönelik koruyucu tedbirlerin alınması konusundadır. Bakım hizmetleri emek yoğun bir iştir. Özellikle hizmet alanlarla direk temas halindeki çalışanlar için en büyük risk faktörü omurga sağlıklarının bozulmasıdır. Konunun önemine dikkat çekmek için bu konu en yüksek puan kategorisi olarak değerlendirmeye alınmıştır.

BSÇ01 kodlu standartta bahsi geçen “risk değerlendirmesi” ile işyerinde var olan ya da dışarıdan gelebilecek tehlikelerin belirlenmesi, bu tehlikelerin riske dönüşmesine yol açan faktörler ile tehlikelerden kaynaklanan risklerin analiz edilerek derecelendirilmesi ve kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması kastedilmektedir. İşveren; çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır. Risk değerlendirmesi; tüm işyerleri için tasarım veya kuruluş aşamasından başlamak üzere risk kontrol tedbirlerinin kararlaştırılması, dokümantasyon, yapılan çalışmaların güncellenmesi ve gerektiğinde yenileme aşamaları izlenerek gerçekleştirilir. Risk değerlendirmesi yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır;

- Belirli risklerden etkilenecek çalışanların durumu,
- Kullanılacak iş ekipmanı ile kimyasal madde ve müstahzarların (birden fazla kimyasal maddenin karışımı) seçimi,
- İşyerinin tertip ve düzeni,
- Genç, yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar gibi özel politika gerektiren gruplar ile kadın çalışanların durumu.

Risk değerlendirmesi, işverenin oluşturduğu bir ekip tarafından gerçekleştirilir. Risk değerlendirmesi ekibi aşağıdakilerden oluşur.

- İşveren veya işveren vekili,
- İşyerinde sağlık ve güvenlik hizmetini yürüten iş güvenliği uzmanları ile işyeri hekimleri,
- İşyerindeki çalışan temsilcileri,
- İşyerindeki destek elemanları,
- İşyerindeki bütün birimleri temsil edecek şekilde belirlenen ve işyerinde yürütülen çalışmalar, mevcut veya muhtemel tehlike kaynakları ile riskler konusunda bilgi sahibi çalışanlardır.

İşveren, ihtiyaç duyulduğunda bu ekibe destek olmak üzere işyeri dışındaki kişi ve kuruluşlardan hizmet alabilir.

Bölümde bahsi geçen iş kazaları, meslek hastalıkları ve ramak kala olaylarda kuruluşlar gerekli incelemeleri yaparak bunlar ile ilgili raporları düzenler. Kurumlar, aşağıdaki hallerde belirtilen sürede Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirimde bulunur:

1. İş kazalarını kazadan sonraki üç iş günü içinde,
2. Sağlık hizmeti sunucuları veya işyeri hekimi tarafından kendisine bildirilen meslek hastalıklarını, öğrendiği tarihten itibaren üç iş günü içinde Sosyal Güvenlik Kurumuna bildirmelidir.

BSÇ02 standartta geçen" hizmet verenler için kişisel koruyucu ekipman (KKE)" seçimi her çalışan için risk değerlendirmesi sonucuna göre belirlenmelidir. Koruyucu ekipman, hizmet verenin yaptığı işi güvenli bir şekilde devam ettirebilmesi için kullanması gereken ekipmandır. Bu ekipmanlar iş kazası ya da meslek hastalığının önlenmesi, çalışanların sağlık ve güvenlik risklerinden korunması, sağlık ve güvenlik koşullarının iyileştirilmesi amacıyla kullanılır. Kişisel koruyucu ekipmanlar, işveren tarafından verilir, imalatçı tarafından

sağlanacak kullanım kılavuzuna uygun olarak bakım, onarım ve periyodik kontrolleri yapılır, ihtiyaç duyulan parçaları değiştirilir, hijyenik şartlarda muhafaza edilir ve kullanıma hazır bulundurulur. Çalışanların kolayca erişebilecekleri yerlerde ve yeterli miktarlarda bulundurulur. Kişisel koruyucu ekipmanlar talimatlara uygun olarak kullanılır, bakımı ve temizliği yapılır. Tek kişi tarafından kullanılması esas olan kişisel koruyucu ekipmanların, zorunlu hallerde birden fazla kişi tarafından kullanılmasını gerektiren durumlarda, bu kullanımdan dolayı sağlık ve hijyen problemi doğmaması için her türlü önlem alınır. Bazı çalışanlar için gerekli olabilecek KKE'leri genel olarak aşağıdaki şekilde sayabiliriz;

Aşçılar ve mutfak çalışanları için kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanlar:

- Lastik bot (Sürekli kaygan zemin olan bulaşık yıkama alanı vb. yerlerde çalışanların kullanması için)
- Çelik örgülü eldiven (Et kesen çalışanların kullanması için)
- Parmak koruyucu (Malzeme doğrayan çalışanların kullanması için)
- Deri eldiven (Sıcakla temas eden çalışanların kullanması için),
- Şeffaf eldiven,
- Temizlik eldiveni,
- Cerrahi eldiven,
- Toz maskesi
- Galoş
- Bone
- Lastik eldiven olabilir.

Bakım elemanları için KKE:

- Eldiven
- Maske
- Bone
- Su geçirmez önlük ve çizme (banyoda kullanım için)

Kuruluştaki teknik personele yaptığı işle uygun olarak verilebilecek KKE:

- Koruyucu eldiven
- Emniyet kemeri
- Yüz ve göz koruyucu
- Güvenlik halatları
- Baş koruyucu

BSÇ04 kodlu standartta, çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânların sağlanarak hizmet verenlerin iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçlarının karşılanması gerektiğinden bahsedilmiştir. Bu standardın değerlendirme ölçütlerinde ise konuyla ilgili açıklamalar yapılmıştır. Buna göre çalışanlar için dinlenme alanları belirlenmeli ve soyunma yeri gösterilerek dolaplar ayrılmalıdır.

Kuruluşta çalışanlar için dinlenme yerleri ayrılmalıdır. Yapılan işin özelliği nedeniyle çalışanların sağlığı ve güvenliği açısından gerekli hallerde veya 10 ve daha fazla çalışanın bulunduğu işyerlerinde, uygun bir dinlenme yeri sağlanır. İş aralarında uygun dinlenme imkânı bulunan büro ve benzeri işlerde ayrıca dinlenme yeri aranmaz. İşyerlerinde daha uygun bir yer yoksa gerekli şartların sağlanması şartıyla, yemek yeme yerleri dinlenme yeri olarak kullanılabilir.

İş elbisesi giyme zorunluluğu olan çalışanlar için, yeterli büyüklükte, uygun aydınlatma, havalandırma, termal konfor ve hijyen şartlarını haiz, kadın ve erkek çalışanlar için ayrı ayrı soyunma yerleri sağlanmalıdır. Çalışanların soyunma yerleri dışındaki yerlerde giysilerini değiştirmelerine izin verilmemelidir. Soyunma yerlerinin kolayca ulaşılabilir ve yeterli kapasitede olması ve buralarda yeterli sayıda oturma yeri bulunması sağlanmalıdır. Soyunma odalarında her çalışan için çalışma saatleri içinde giysilerini koyabilecekleri yeterli büyüklükte kilitli dolaplar bulundurulmalıdır.

KAYNAKLAR:

1. 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu
2. İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirmesi Yönetmeliği
3. Kişisel Koruyucu Donanımların İşyerlerinde Kullanılması Hakkında Yönetmelik
4. İş yeri Bina ve Eklentilerinde Alınacak Sağlık ve Güvenlik Önlemlerine İlişkin Yönetmelik

GÜVENLİK VE UYGUNLUK KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. Hemş. Emine BÖÇKÜN

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Güvenlik ve uygunluk kalite standartları uygulama rehberinin temel amacı; engelli ve yaşlılara yönelik bakım hizmeti sunan kuruluşların ve bu kuruluşlardan hizmet alanların güvenliğinin sağlanmasını ve durumlarına uygun hizmetlerin geliştirilmesine yönelik standartları tanımlamaktır. Bu bölüme ait standartların alt amaçları ise şu şekilde sıranabilir;

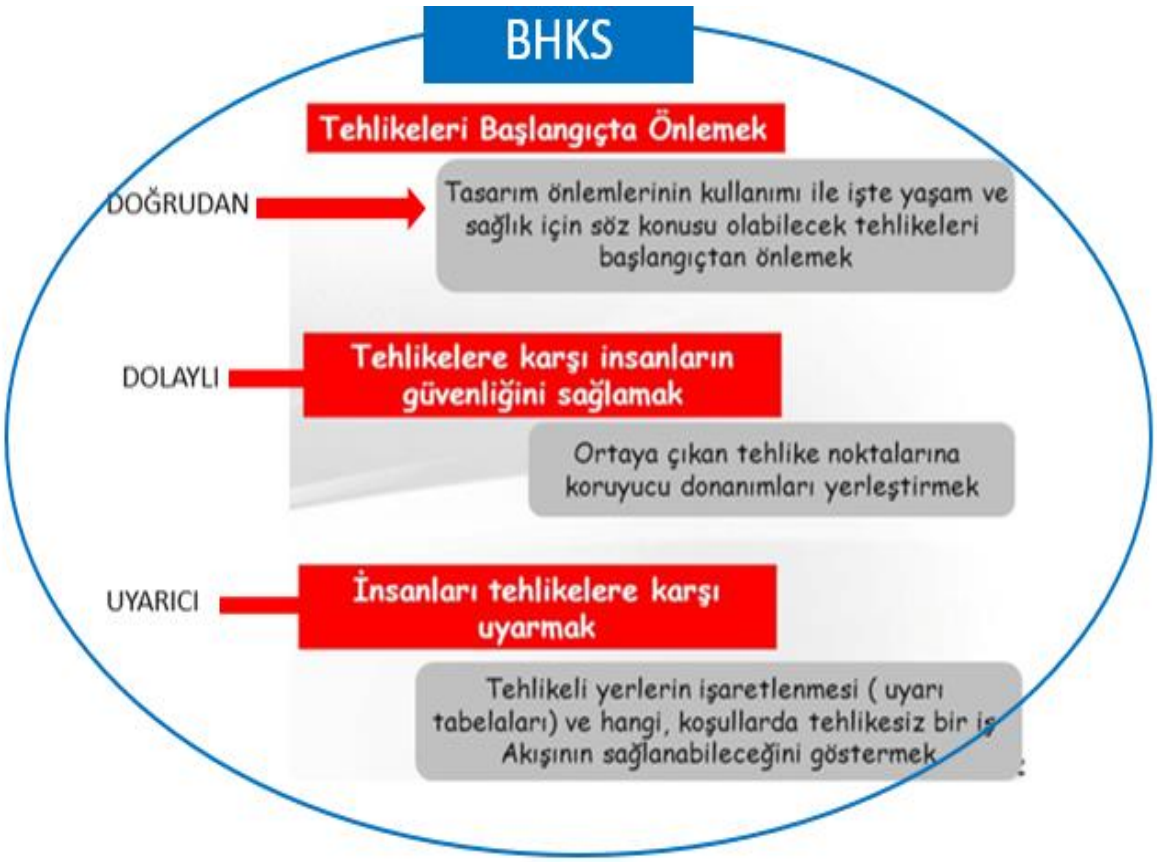
- Güvenlik ve uygunluk ile ilgili kuruluşların güvenliğini sağlamak,
- Kriz, öfke kontrolü, kendine ve çevresine zarar verme risklerini azaltmak,
- Sorunlu davranışlarda kullanılacak yöntem ve programlar geliştirmek,
- İhmal istismar konularında farkındalık geliştirmek ve önlemek,
- Güvenlik ve uygunluk açısından kayıt ve raporların önemini vurgulamak,
- İstenmeyen olaylara karşı önlemler almaktır.

Güvenlik ve uygunluk bölümünde yaşlılara yönelik hizmet sunan kuruluşlarla ilgili on iki (12) standart, engellilere yönelik hizmet sunan kuruluşlarla ilgili on dört (14) standart bulunmaktadır. Bu standartların her biri 30 puan değerindedir.

Güvenlik ve uygunluk standartları ile kuruluşta hizmet alanlar için kontrollü ortam sağlanmış olacaktır. Güvenliği doğru şekilde sağlanmış bir ortamda, uygun bir ortamın oluşması aynı doğrultudadır. Benzer şekilde hizmete uygunluğun sağlandığı ortamlarda güvenli hizmetinin sunumu da sağlanmış olacaktır. Kontrollü ortam oluşturmak istiyorsak gerekli insan kaynaklarını, iyileştirilmesi gereken süreçleri belirlemeli ve bu süreçlerde teknolojiden yararlanmalıyız.

Güvenlik ve uygunluk sürecini doğrudan, dolaylı ve uyarıcı şekilde yönetmek mümkündür. Doğrudan yapılan güvenlik uygunluk sürecinde tehlikeleri başlangıçta önleyebiliriz. Dolaylı olarak yapılan süreçlerde, tehlikelere karşı insanların güvenliğini sağlamış oluruz. Uyarıcı olarak yapılan güvenlik uygunluk süreçlerinde ise insanları tehlikelere karşı uyararak tehlikesiz bir ortam yaratabiliriz. Aşağıdaki şekil güvenlik ve uygunluk süreçlerinin yönetim şeklini özetlemektedir.

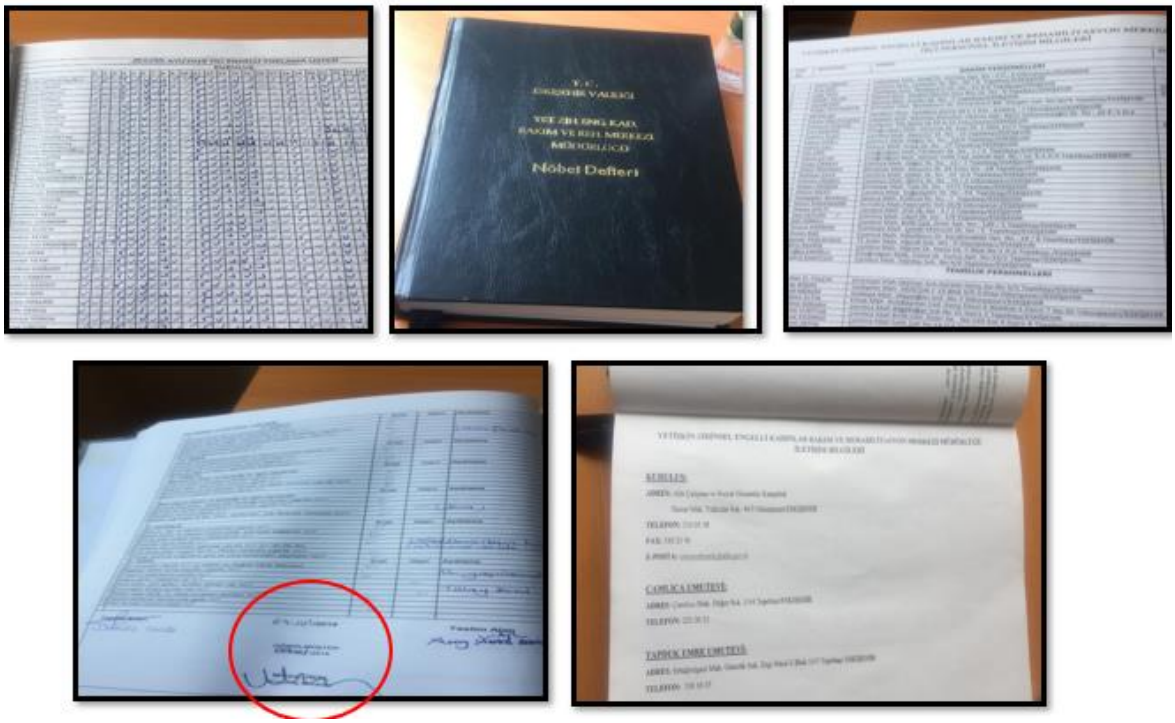
Şekil 26: Güvenlik ve Uygunluk Süreçlerinin Yönetimi



BGU01 kodlu standart binaların giriş-çıkış güvenliği ile ilgilidir. 2495 sayılı "Bazı Kurum ve Kuruluşların Korunması ve Güvenliklerinin Sağlanması Hakkında Kanun"a göre; güvenlik hizmetlerinin kesintisiz olacak şekilde verilmesi zorunludur. Konu ile ilgili kayıtlar, vardiya değişiminde, nöbet defterine imzalı olarak devredilmelidir. Bu kayıtlar; kuruluş idaresi veya nöbetçi amir tarafından günlük kontrol edilmelidir. Güvenlik ile ilgili her hangi bir sıkıntı yaşanması durumunda ilk bakılacak yerin kayıtlar olması nedeniyle, kayıtların imzalı olması önemlidir.

Bu konu ile ilgili nöbet defterinin mevcut olup olmadığı kontrol edilmelidir. Vardiya değişimlerinin kontrolü yapılmalıdır. Giriş ve çıkışlarda danışma yönlendirme görevlisi tarafından yönlendirmeler yapılmalı ve ana kapıda kayıtlar alınmalıdır. Güvenlik görevlisine amir tarafından kısa süreli ya da günlük izinli ayrılacak hizmet alanların listesinin verilmesi ve kontrollerinin günlük yapılması önemlidir. Vardiya değişimlerinde hizmet alanların izinli olma durumlarının mutlaka kontrol edilmesi gerekmektedir.

Şekil 27: Örnek Nöbet Defteri



BGU02 kodlu standart kuruluş giriş-çıkışlarında trafik önlemlerinin alınması ile ilgilidir. Bu konu ile ilgili olarak; hizmet alan-veren araçları, ambulans, transport araçları, ziyaretçi araçları park yerleri belirtilmeli ve ayrılmalıdır. Acil çıkışlar için yer planlamasının yapılması ve araç park etmemesi yönünde bilgilendirme yapılması ve zemine araçlar için renkli işaretlenme yapılması gerekmektedir.

BGU03 kodlu standart kuruluşta hizmet verenlerin acil durumlar için gerekli birimlere ulaşması ile ilgilidir. Burada güvenlik birimleri ile iletişimi sağlayan otomatik sistemler kastedilmektedir. Bu sistemler, acil durumlarda tek bir tuş ile ambulans, itfaiye, ilgili şahıslara (müdür, yetkili kişi gibi) ulaşmayı sağlayacak sistemlerdir. BGU03.01 kodlu değerlendirme ölçütünde geçen otomatik sistemlerle ilgili aşağıdaki hususlara dikkat edilmelidir.

- Güvenlik birimlerinde iletişimi hızlandırmak için telsiz bulunmalıdır.
- Güvenlik erişim noktaları olmalı, erişim için sabit telefon olmalıdır.
- Çağrı buton sistem panosu ofislerde bulunmalı ve kilitli olmalıdır.
- Çağrı buton sistemleri kapatılmamalı ve arıza varsa amire iletilmelidir.
- Çağrı buton sistemi çalışmaya başlayınca hizmet alanın oda kapısının üstünde uyarıcı ışık alarmı bulunmalıdır (odaya ulaşımın erişimi hızlanır).

- Nöbetçi amir veya güvenlik amir ile hızlı erişimi sağlayacak bir kod ile erişim sağlanmalıdır. (Telsiz aracığıyla iletişim sağlanabilmektedir.)
- Acil durumda hedefe hızlı erişim sağlayacak sistem ve organizasyon sağlanmalıdır.

Değerlendirmelerde bu hususlarla ilgili; telsiz, erişim noktası, sabit telefon, çağrı buton sistemi mevcut olup olmadığı kontrol edilecek ve acil durumlarda ilk ulaşılacak kişilere bakılacaktır.

BGU03.02 kodlu standart kuruluş nöbetçi amirinin, kolluk kuvvetleri, ambulans, doktor, eczane, adli tıp yetkilileri ile iletişim kurabilmesi ile ilgili olup bu konuyla ilgili yapılacak olanlar aşağıda açıklanmıştır.

- Güvenlik buton sistemi ile saatlik kontrolleri yapılmalıdır.
- Güvenlik deskinin ana giriş kapısına yakın yerde bulunması gerekmektedir.
- Telsiz kullanımı ve hızlı erişim için kodlar verilmelidir.
- Acil durumda ulaşılabilecek çalışanların listesi olmalıdır. Bu kişiler konu ile ilgili bilgilendirilmelidir.

BGU04 kodlu standart engelliliğe özel hizmet sunan kuruluşlar için geçerlidir. Konu ile ilgili dikkat edilecek hususlar şöyledir;

- Hizmet alanlar yaş ve cinsiyetleri göz önünde bulundurularak bakım ve rehabilitasyon gereksinimlerine göre gruplandırılmalıdır. Gruplandırma yapılması hizmet alanlar arasındaki sorunların çözümünü kolaylaştıracağı ve iş yükünü azaltacağı için önemlidir.
- Bakım gereksinimleri belirlenmeli ve bireysel bakım planları yapılmalıdır.
- Günlük yaşam aktivitelerine yönelik değerlendirmeler yapılmalıdır.
- Yapılan bakım planları kayıt altına alınmalı ve gerektiği durumlarda ve düzenli aralıklarla güncellenmelidir. Bakım gereksinimlerinin belirlenmesi ve bireysel bakım planlarının hazırlanması konuları Karşılama Hizmetleri bölümünde detaylı olarak ele alınmıştır.

BGU05 kodlu standart hizmet alanların kendine ve/veya çevresine zarar verme riski ile ilgilidir. Kendine zarar verme davranışı, yaşamını sonlandırma amacı olmaksızın kişinin bilinçli bir şekilde kendi beden dokularına zarar vermesi olarak tanımlanmaktadır. Kendine zarar verme davranışını tanımlamak için kullanılan dört ölçüt vardır. Bunlar;

1) Davranışın sürekli tekrarlanması (kronik kendine zarar verme davranışı)

2) Kişinin kendine zarar vermeden önce gerilim duygusuna sahip olması,
3) Fiziksel acıyla beraber rahatlama, zevk alma veya hoşuna gitme duygusunun yaşanması
4) Utanma ve sosyal olarak damgalanma korkusu karşısında kendine zarar vermenin izlerini ya da kanı gizlemeye çalışma

Kendine zarar verme davranışı sergileyen hizmet alanlar tespit edildiğinde aşırı tepkiler verilmemeli, hizmet alanın yaşadığı çevre güvenli hale getirmelidir. Hizmet alanın durumu ağırsa ilk müdahale yapılıp bir sağlık kuruluşuna yönlendirilmelidir. Bu konu ile ilgili yaşananlar kayıt altına alınmalı ve bu kayıtlar hizmet alanın dosyasına konulmalıdır. Kendine zarar verme davranışı sergileyen bireylerin bu davranışları ile mücadele etmede mesleki çalışmalar önemlidir. Bu sebeple bu davranışı sergileyen hizmet alanlarla birebir çalışan bakım elemanları, meslek elemanları ve hatta gerektiği durumlarda destek personel bilgilendirilmelidir.

Kendisine ve çevresine zarar verme riski bulunan bireyler için yapılacak mesleki çalışmalarda öncelikle bu davranışın nedenleri sorgulanmalıdır. Yapılacak çalışmalar bakım planına dahil edilmelidir. Kendine zarar verme riski taşıyan hizmet alanların bakım planında bu davranışın nedeni, tanı ölçütleri (belirtileri), yapılacak girişimin amacı ve yapılacak girişimler yer almalıdır. Bireyin kendisine ve çevresine zarar verme nedenleri çeşitli olmakla birlikte genel hatları ile şu şekilde sıranabilir;

- Kronik ağrı
- Mental bozukluk
- Madde bağımlılığı
- Psikiyatrik hastalıklar
- Düşük benlik saygısı
- Nörolojik bozukluklar
- Endokrin bozukluklar
- Bazı ilaçların yan etkisi

Kendine ve çevresine zarar veren bireylere yönelik yapılabilecek girişimler şu şekilde sıralanabilir;

- Yakın aralıklarla gözlem yapılmalı ve yanında birisinin kalması sağlanmalıdır.
- Çevresinde bulunan zararlı olabilecek tüm nesneler uzaklaştırılmalı güvenli bir ortam sağlanmalıdır.

- Yapılması mümkün ise konuşularak pozitif düşünme, gevşeme tekniklerinden faydalanması sağlanmalıdır.
- Birey durumuna uygun uğraşlara yönlendirilmelidir.
- Ağız yolu ile verilen ilaçları yutup-yutmadığı her defasında kontrol edilmelidir.
- Psikiyatriste yönlendirilmelidir.
- Yatağa bağımlı bireylerde hekimin gerekli görmesi durumunda kısıtlama uygulanmalıdır. Kısıtlama ile ilgili BHS16 kodlu standart uygulanacaktır.
- Çevresine zarar verme riski olan hizmet alanlar tek kişilik odaya alınmalı ve çevresindeki uyaranlar azaltılmalıdır.
- Hizmet alanın yakınları/ailesi ile iş birliği halinde çalışılmalıdır.

BGU06 kodlu standart kriz odası/öfke kontrol odası (gözlem, dinlenme vb.) özelliği taşıyabilecek bir alanın düzenlemesi ile ilgilidir. Bu standart engellilere hizmet sunan kuruluşlar için geçerlidir. Odanın özellikleri BGU06.01'de açıkça belirtilmektedir. Buna göre;

- Her türlü yaralanmayı önleyici tedbirler (kesici delici alet, fazlalık eşya bulunmamalıdır) alınmalıdır.
- Duvar ve yerler yumuşak materyallerle kaplanmalıdır.
- Gözlemleme düzeneği bulunmalıdır.

  Ayrıca alanların
  - ✓ Yumuşak ve temizlemesi kolay bir malzeme ile kaplanması
  - ✓ Kapılarının dışa açılması
  - ✓ Kapısında gözlem penceresinin bulunması
  - ✓ Engelliye zarar verebilecek priz, anahtar, kablo, elektrik, cam gibi materyallerin güvenlik altına alınmış olunması
  - ✓ Engelliyi sakinleştirecek ses ve ışık sistemi kurulması
  - ✓ Tuvalet ihtiyacı için oda ile bağlantılı ya da odanın yakınında tuvalet olması
  - ✓ Isıtma ve havalandırma sisteminin bulunması
  - ✓ Isıtma ve havalandırma sisteminin engelliye zarar vermeyecek şekilde monte edilmesi **önerilmektedir.**

BGU06.02'de geçen kriz/öfke kontrol odası ile ilgili talimat oluşturulacak "hizmet veren güvenliği" dikkate alan eğitimlerde aşağıdaki konulara değinilmelidir;

- Hizmet veren önce kendi güvenliğini sağlamalıdır.
- Sakin olunmalı, kendine güvenli ve pratik davranılmalıdır.

- Acil müdahale ekibi oluşturulmalı, ekipteki kişiler organize edilmelidir.
- Hizmet alanı sakinleştirecek şekilde iletişim kurulmalıdır.

BGU07 kodlu standart sorunlu davranışı (bağımlılık, ajitasyon vb.) olan hizmet alanlar için kullanılacak yöntemler ve programlar ile ilgilidir. Sorunlu davranışların belirlenmesi için davranışların işlevi bilinmelidir. Sorunlu davranışlar, elde etme veya kaçma yönünde olabilmektedir. Kriz durumunda hizmet alanın çevreye ve kendine zarar vermesini önleyecek yöntemler ile ilgili aşağıdaki hususlar önemlidir;

- Bireylerin birden fazla risk faktörü ya da stresle karşı karşıya kaldıklarında çoğunlukla negatif tutum sergiledikleri bilinmelidir.
- Davranışın bitmesinde en sık rol oynayan sebeplerden birisinin farklı baş etme mekanizmalarını benimsemektir.
- Kendine zarar verici davranışa yönelik olarak uygulanan ilaç tedavisi altta yatan psikiyatrik rahatsızlığa yönelik olmalıdır.
- Hizmet alanın yakını/ailesi kullanılacak ilaçların yan etkileri konularında uyarılmalıdır.
- Benzodiazepin grubu ilaçların *(insomnia (uykusuzluk) durumunda uyku ilacı olarak veya anksiyete semptomlarını kontrol altına almak için verilen bir grup sedatif ilaçlardır)* davranışsal dizinhibisyon *(Kişi normalde söyleyemeyeceği şeyleri rahatlıkla söyler veya normalde yapmayacağı davranışlarda bulunur)* riski olduğu için bu ilaçların kullanımında dikkatli olunmalıdır.

Sorunlu davranışla mücadele için orta ve uzun vadeli programlar şu şekilde olabilir;

- Bireyin çevresi ile sağlıklı iletişim kurma becerilerini geliştirmek
- Egzersiz yapmasına destek olmak
- Nefes teknikleri uygulamak
- Aile katılımını sağlamak

BGU08 kodlu standart hizmet alanların ihmal ve istismarına karşı koruma önlemleri ile ilgilidir. Bakım hizmeti sunan kuruluşlarda görülen ihmal ve istismar vakaları üç şekilde olma olasılığı vardır. Birincisi hizmet alanın yakınları tarafından, ikincisi hizmet alanların hizmet verenler tarafından ve üçüncüsü hizmet alanların birbirlerine yönelik ihmal ve istismarıdır. Bu konu ile ilgili öncelikle ihmal ve istismarın farkı anlaşılmalıdır. İstismar, Uluslararası Yaşlı İstismarının Önlenmesi Kuruluşu ve Dünya Sağlık Örgütü (DSÖ) Toronto Deklerasyonu'na göre istismar *"Güven beklentisi olan herhangi bir ilişkide bireye zarar veren veya strese sokan*

tek ya da tekrarlayan uygunsuz davranışlarda bulunulmasıdır". "Bireyin sağlık ve iyilik halini tehdit eden veya zarar veren herhangi bir davranış" veya *"belli bir zaman dilimi içerisinde bir dezavantajlı bir bireyin o kültürde kabul edilmeyen bir davranışa maruz kalması"* şeklinde de tanımlanabilmektedir. İhmal ise bakmakla yükümlü olanların (aile üyeleri, sosyal kurum çalışanları, özel bakıcılar), bakmakla yükümlü oldukları bireyin günlük gereksinmelerini karşılayamamasıdır. Ayrıca hizmet alanların fiziksel güçsüzlük, mental hastalık, yetersizlik durumunda gereksinim duyduğu hizmet ve bakımı alamaması veya yetersiz alması olarak ihmal kapsamında değerlendirilmektedir.

Hizmet alana yönelik istismar sıklıkla fiziksel, psikolojik, cinsel, duygusal veya ekonomik istismar şeklinde olmaktadır. Fiziksel istismar, en yaygın rastlanılan ve belirlenmesi en kolay olan istismar tipidir. Burada yaralanması veya örselenme durumu vardır. Cinsel istismar, cinsel doyum sağlamak amacıyla bireye yaklaşılması durumudur. Cinsel İstismarda Mutlaka Vücut Teması Şart Değildir! Duygusal istismar, bireyin duygusal ihtiyaçlarını karşılayan bakım veren kişi veya yakınları tarafından sürekli olarak, tekrarlayıcı ve uygunsuz bir biçimde tepki gösterilmesidir. Duygusal istismar, kişiliğini zedeleyici, duygusal gelişimini engelleyici eylemlerdir. Bağımlılık ve yetersizlik hali veya mental yetersizliği olan bireyler, izole yaşayan, statü ve güç kaybına uğrayan, cazip maddi kaynağı olan veya kalabalık aile içinde yaşayan bireylerin yakınları veya bakım verenler tarafından ihmal ve istismar edilme riski daha yüksektir.

Hizmet alanın ihmal ve istismarını tespit etmede kullanılacak göstergeler şunlardır;

- Aile içinde yaşlılara yönelik fiziksel istismarı belirlemeye yönelik tanımlayıcı belirteçler,
- Fiziksel örselenmesi, finansal örselenmesi, ihmal puanlaması ölçeği (*banyo sıklığı, tırnak kesme sıklığı, tırnak hijyeni, iç çamaşır değiştirme sıklığı, vücut kokusu, dış görünüm*) kullanılması,
- Ev, ekonomik durum ve sağlık ile ilgili özelliklerin mesleki değerlendirme formlarında yer alması,
- İstismar ve ihmal değerlendirme formu,
- Groningen etkinlik kısıtlılığı ölçeği,
- Hizmet alanın beklentileri değerlendirme formu (bu formun geçerli olması için öncesinde Mini mental test (SMMT-E) uygulanmalıdır).
- GYA formları

BGU9 kodlu standart ihmal ve istismar şüphesi durumunda alınması gereken kayıtları açık bir şekilde ifade etmektedir. Buna göre "ihmal ve istismar şüphesinde aylık mensturasyon çizelgesi, kuruluşa geldiğindeki vücut bütünlüğünü de içeren muayene ve tutanaklar, nöbet defteri, mesleki çalışma raporları ve bildirimlerin kayıtları tutulur". Konuyla ilgili farkındalık yaratmak için her yıl eğitim yapılmalıdır. İhmal ve istismar ile karşılaşılan durumlarda gerekli hukuki işlemler başlatılmalıdır. Türk Ceza Kanunu'na göre istismar suçtur. Tespit edildiğinde adli makamlara bildirim zorunludur.

İstismar ve ihmalin fark edilememesi ya da saptanamaması bir problemdir. Bunun iki temel sebebi olabilir.

1) **Hizmet Alan Bireyin Yaşadığı Engeller:** Bakıcısı tarafından suçlanacağından korkması, ailesinin davranışından utanma ya da olayı söylediğinde daha kötü davranılacağından ya da bir başka kuruma gönderileceğinden korkması, kimsenin kendisine inanmayacağı korkusu, güvensizlik, yaşanan durumun kendi suçu olduğunu düşünmesi, kabullenememe, farkında olmama ya da ifade edememe.
2) **Çalışanlar ve/veya Kurumsal Olarak Yaşanan Engeller:** Personelin yaşlı veya engellide görülen ezik, morarma, malnütrisyon ya da içe kapanma gibi bulguların yaşlılığa veya engelliliğe bağlı olduğunu düşünmesi ve sorgulamaması, hemşire, doktor, sosyal çalışmacı gibi çalışanların istismarı ortaya çıkarmada hangi soruları soracağını bilmemesi, konu hakkında bilgi eksikliği olması, personelin problemi bildirme ve kaydetmede yetersiz ya da isteksiz olması, değerlendirme ve eyleme geçme de sorumluluk alma ile ilgili tedirginliğin olması.

Konu ile ilgili yol göstermek açısından istismar belirtilerini ve ihmal belirtilerini açıklamakta fayda vardır. Buna göre fiziksel, psikolojik, cinsel ve ekonomik istismarın belirtileri ile ihmalin belirtileri şöyledir;

- **Fiziksel İstismar belirtileri;**
  - Yaralar, morluk, ütü sigara yanıkları, çıkık, sıyrık, saç dökülmesi, diş kayıpları,
  - Farklı iyileşme aşamasındaki kırıklar,
  - El ve ayak bileklerinde kamçı ya da halat izleri,
  - İşitme kaybı, konfüzyon
- **Psikolojik İstismar Belirtileri:**
  - Herhangi bir neden olmadan geri çekilme,
  - Korkulu, anksiyeteli, depresif olma,

- İntihar düşüncesi,
- Konsantrasyon güçlüğü,

- **Cinsel İstismar Belirtileri:**
  - Açıklanamayan anal veya vajinal kanama, çürükler,
  - Kanlı yırtık giysiler
  - Morluk, ısırık izleri
  - Cinsel ilişki ile bulaşan hastalıklar
- **Ekonomik İstismar Belirtileri:**
  - Yasadışı ya da izinsiz olarak mallarının, parasının, banka/emeklilik hesabının, diğer değerli varlıklarının kullanılması
  - Hile ile vekaletname alınması
  - İmza atmaya zorlama
  - Para ya da mal karşılığında ömür boyu bakım sözü verme ve sözünü yerine getirmeme.
- **İhmali Gösteren Belirtiler:**
  - Yatak yaraları,
  - Herhangi bir rahatsızlığa bağlı olmayan aşırı kilo kaybı,
  - Dehidratasyona bağlı böbrek sorunları,
  - Bireysel hijyenin bozuk olması,
  - Mevcut belirtileri görmezden gelme ya da fazla açıklama yapma,
  - Gerekli ilaçların temin edilmiyor oluşu.

BGU10 kodlu standart kuruluşta istenmeyen olaylara karşı önlemlerin alınması ile ilgilidir. İstenmeyen olaylara karşı alınması gereken fiziki önlemler standardın değerlendirme ölçütlerinde yazdığı gibidir. Konu ile ilgili fiziki ve ergonomik düzenlemeler bölümünde açıklamalar yapılmış olmakla birlikte Erişilebilirlik mevzuatında yer alan erişilebilirlik standartları konuyu detaylı şekilde ele almaktadır.

BGU11 kodlu standart kuruluşta hizmet veren personelin güvenlik kontrolleri ile ilgilidir. Bu konu ile ilgili öncelik hizmet verenlerin ihmal ve istismar eğilimi konusunda takip edilmesidir. Bunun için şunlar yapıla bilinir;

- Personelin mesleki gelişimi yanında psikolojik desteği için hizmet içi eğitim programları yapılmalıdır.
- Hizmet içi yıllık eğitim programları düzenli yapılmalıdır.

- Bakım hizmeti sunan personelin tükenmişlik yaşanmaması için sorunlarını çözmede destek olunmalıdır.
- Yeni başlayan hizmet verenlere oryantasyon eğitimi verilmelidir.
- Hizmet verenlerde ihmal ve istismar çeşitleri konusunda farkındalık yaratılmalıdır.
- İhmal ve istismarın hukuki açıdan yaratacağı sorunlar açıklanmalıdır.
- İhmal ve istismar durumu saptandığında yapılması gerekenler açıklanmalıdır.
- Riskli durumlar ile ilgili yapılacak değerlendirmeler anlatılmalıdır.

BGU12 kodlu standart hizmet alanların bilgiye erişimine ilişkin tehlikelere karşı alınacak önlemler ile ilgilidir. Bu konu ile ilgili 18 yaş altı ve/veya engel durumuna uygun internet/TV erişim filtreleri kullanılması beklenmektedir. Yapılacak uygulamalarda şu hususlara dikkat edilmelidir**.**

- Hizmet alanların yaşı, cinsiyeti, sağlık durumu göz önüne alınmalıdır.
- Hizmet alanın günlük yaşam aktivitelerine katılımı ile enstrümantal günlük yaşam aktiviteleri yeterliliği mutlaka değerlendirilmelidir.
- Değerlendirme sonucu risk belirlenmiş ise bilgiye erişimde önlemler alınmalıdır.
- Hizmet alanın bilişsel durumuna göre doğru bilgi, doğru yolla aktarılmalıdır.
- TV kanalları filtrelenmelidir.
- Bilgiye erişime ilişkin tehlike söz konusu ise izlenecek kanallar ve oyunlar engellenmeli, kontrolleri yapılmalıdır.

BGU13 kodlu standart hizmet alanların güven hesapları ile ilgilidir. Güven hesapları, hizmet alanların her tür mal varlıklarının, paralarının ve değerli eşyalarının güvenliğinin sağlanması için uygulanacak prosedürlerdir. Gereklilik durumunda bireylerin harcamalarında uygunluk kontrolü yönetim/meslek elemanı/ilgili kişi tarafından yapılmalıdır. Uygunluk kontrolünde şu hususlar önemlidir;

- Alış-veriş açısında risk oluşturacak çevre koşulları düzenlenmelidir.
- Para ve altın görünümlü ziynet eşyaları, maddi değeri yüksek eşyaları mevcut ise idare teslim edilmeli, tutanak altına alınmalıdır.
- Eşyalar tutanak altına alınırken ya da teslim alma işlemi esnasında en az iki kişi bulunmalıdır.
- Hizmet alanın oda kontrollerinde bütüncül yaklaşım içinde olunmalı ve kontrollerde saptanan durumlardaki değişiklikler kayıt altına alınmalıdır.

- Hizmet alanın parasal akışında ani değişikliler ya da ifade edilmeye başlandığında idareye bilgi verilmelidir.

Vasi tayin edilmesi gereken ve yakını olmayan hizmet alanların durumunun tespiti ile ilgili ise şu hususlar önem arz etmektedir.

- Hizmet alanların sağlık durumları aylık periyodlarda değerlendirilmelidir.
- Bu değerlendirmeler yapılırken hizmet alanın bilişsel durumunda riskler söz konusu ise, gerekli mesleki incelemeler yapılarak kesin tanı konması yönünde işlemler başlatılır.
- Yapılan mesleki incelemelerde hizmet alanın kendi kendini idame ettiremeyeceği ve kısıtlılıkları söz konusu ise güvenli bir çevre sağlanmalıdır.
- Mesleki çalışmalar sağlık ve sosyal hizmetler açısında artırılmalıdır.
- Yetersizlik mevcut ise vasi tayini için işlemler başlatılmalıdır.

BGU14 kodlu standart bağış ve hediyelerin kabulüne ilişkindir. Bağış yapılma durumunda bağış kayıt formu doldurulmalıdır. İdare konu ile ilgili bilgi sahibi olmalıdır. Bağışın alındığına dair belgelendirme yapılmalıdır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu'nun 29'uncu maddesinde memurların hediye alma ve menfaat sağlama yasağı belirlenmiştir. Buna göre, devlet memurlarının doğrudan doğruya veya aracı eliyle hediye istemeleri ve görevleri sırasında olmasa dahi menfaat sağlama amacı ile hediye kabul etmeleri veya iş sahiplerinden borç para istemeleri ve almaları yasaktır. Bu yasağa aykırı hareket edenler olayın mahiyetine göre memuriyetten çıkarma cezasıyla dahi karşı karşıya kalabilirler.

KAYNAKLAR:

1. 2495 sayılı "Bazı Kurum ve Kuruluşların Korunması ve Güvenliklerinin Sağlanması Hakkında Kanun
2. Aksoy, A.,Ögel, K. (2005). *"Sokakta Yaşayan Çocuklarda Kendine Zarar Verme Davranışı ve Madde Kullanımı*". Anadolu Psikiyatri Dergisi; 6:163-169.

YAŞAM SONU HİZMETLER KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Doç. Dr. Nil TEKİN

Uzm. Fzt. Emel PEKÇETİN

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Boyut III: Bakım Hizmeti Yönetimi'nde yer alan Yaşam Sonu Hizmetler bölümü standartları ve uygulama rehberi; engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşlarda yaşam sonuna ilişkin işlerinin nasıl yapılması gerektiğini anlatmak amacıyla hazırlanmıştır.

Yaşam Sonu Hizmetler bölümü beş (5) standart madde ve bu standart maddelerin gösterge ölçütlerinden oluşmaktadır. Bu bölümde yer alan iki (2) standart otuz (30) puan, diğer üç (3) standart madde yirmi (20) puan değerindedir. Uygulama rehberinin bu bölümü Yaşam Sonu Hizmetler bölümü standartlarını açıklamak ve Yas Süreci Danışmanlığı hakkında bilgiler vermek amacıyla hazırlanmıştır.

Yas Süreci Danışmanlığı

Yas sevilen birinin ölümü nedeniyle oluşan doğal bir tepkidir. Yas tutma sürecinde yakınını kaybeden kişi yaşanan kaybın yol açtığı olumsuz duygular düşünceler yaşayabilir ve olumsuz davranışlarda bulunabilir. Bireyin normal yaşamında yas sürecinin aksamalara neden olabildiği belirtilmektedir. Yemek-içmek gibi öz bakım becerileri yas sürecinde olan bireyde aksayabilir. Ruh sağlığı bozulabilir, depresyona girebilir. Çalışmak, sosyal ilişkileri sürdürmek benzeri günlük hayatın getirdiği normal davranış ve sorumluluklarında sorunlar yaşayabilir. Yas sürecini tamamlaması kişinin hayatını normal ve sağlıklı devam ettirebilmesi için gereklidir. Bu süreç sonunda yakınını kaybeden kişi kayıpla yaşamayı, kayıp duygusunun hayatındaki olumsuz etkileriyle başa çıkmayı ve günlük yaşamına devam etmeyi öğrenmelidir. Kaybı yaşayan kişiye, ölen kişiyle olan ilişkiye ve ölüm biçimine göre değişkenlik gösterebilmekle birlikte yas süreci dört temel evreden oluşmaktadır:

Yasın belirtileri:

1.evre: Birkaç saat-birkaç hafta arasında değişebilen bu evrede kişi ölümün gerçekliğini kavramakta zorlanır. Yaşadıkları karşısında şaşkın, donuk, tepkisiz olabilir, boşluk ve gerçek dışılık duyguları yaşayabilir. Bu dönemde hatırlamada güçlükler, fiziksel belirtiler görülebilir.

2.evre: Kişi kaybın acısını giderek daha fazla hisseder, yoğun üzüntü ve özlem duyguları yaşar, ölen kişiyi arar ve ağlamalar olur. Öfke, huzursuzluk, korku ve

heyecan, konsantrasyon güçlüğü, ilgi duyulan ve keyif alınan şeylere yönelik isteksizlik görülebilir. Zihin ölen kişiyle ve ölümle meşguldür. Bu evre günler-haftalar boyu devam edebilir.

3.evre: Kaybın geri dönmeyeceği gerçeğinin giderek fark edilmesiyle ümitsizlik ve çaresizlik duyguları ortaya çıkar, buna bağlı olarak yorgunluk-bitkinlik, isteksizlik ve ilgi kaybı ön plandadır.

4.evre: Aylar içinde ölümün kesinliğinin ve sonuçlarının kabullenilmesiyle kişinin özlem ve üzüntü duygularının yoğunluğu giderek azalır. Ölen kişinin anıları yitirilmemekle birlikte, kişi kayıptan önceki haline döner, yaşamını yeniden düzenler, geleceğe dair umutlar ve tasarılar yeniden kazanılır.

Yas sürecinde aşağıda verilen belirtiler görülebilir:

- **Fiziksel tepkiler:** Baş ağrısı, göğüs ağrısı ve göğüste sıkışma hissi, boğazda düğümlenme, yutkunma güçlüğü, açlık hissi, bulantı, kusma, kabızlık veya ishal, nefes darlığı, çarpıntı, adet düzensizlikleri, kaslarda seyirme, gerginlik ve kasılmalar, uyku düzensizlikleri, iştah değişiklikleri, halsizlik ve yorgunluk
- **Duygusal tepkiler:** Ölümü inkâr etme, üzüntü, ağlama, özlem, öfke, sıkıntı, güvensizlik, tedirginlik, aklını yitireceği-delireceği korkusu, hayata karşı ilgi ve istek kaybı, hiçbir şeyden zevk alamama, hiçbir duygu hissedememe, geleceğe dair umutsuzluk ve karamsarlık, yalnızlık, çaresizlik.
- **Ruhsal tepkiler:** Ölen kişinin hala yaşadığını, var olduğunu hissetme, sesini duyma, hayalini görme, hayat ve ölüm kavramlarını sorgulama
- **Bilişsel tepkiler:** Ölen kişiyi ve ölümü düşünme-düşünmeye engel olamama, kendini suçlama, kendine kızma, pişmanlık, ölüm anını tekrar tekrar hatırlama, hatta çok canlı bir biçimde yaşama, kararsızlık, dikkatini toparlamakta zorlanma, bellek sorunları
- **Davranışsal tepkiler:** Amaçsız bir aşırı hareketlilik, kendini tamamen başkalarına yardıma adayarak kaybın acısından kaçınma, insanlardan uzaklaşma ve görüşmek istememe, ölen kişinin eşyalarına, bulunduğu yerlere aşırı yönelme veya bunlardan uzak durmaya çalışma, mezara sık gitme veya gidememe, alkol ve/veya ilaç kullanma, cinsellikle ilgili değişiklikler.

Yaslı kişiler için öneriler ve dikkat edilmesi gerekenler;

1) Beslenme, barınma, giyinme gibi temel gereksinimlerin karşılanması ve uyku düzeninin sağlanması.

2) Kendini güvende hissedeceği bir ortamın oluşturulması.
3) Kaybın gerçekliğini fark etmesi ve kabullenebilmesine yardımcı olmak için ölen kişi hakkında konuşmasını cesaretlendirmek.
4) Kayıptan doğan üzüntü, acı, sıkıntı, öfke, çaresizlik gibi duygularını dile getirmesine izin vermek.
5) Acıyı azaltmak için söylenen "Güçlü olmalısın", "Hayat devam ediyor, "Yakında geçecek, bitecek", "Çocukların için ayakta kalmalısın" gibi sözlerden kaçınmak, bunun yerine yaşanan duyguları içtenlikle anlamaya ve paylaşmaya çalışmak.
6) Yaslı kişiyle konuşurken kaybın gerçekliğini vurgulayan bir dil kullanmak (Örneğin; "Oğlunuzu kaybettiniz" yerine "Oğlunuz öldü" demek. "Oğlunuz nasıl bir insandı" gibi -di'li geçmiş zaman kullanmak).
7) Kültürü ve inancı doğrultusunda cenaze ve yasla ilgili törenleri yapabilmesine yardımcı olmak.
8) Ölen kişi olmaksızın yaşayabilmek ve bağımsız kararlar alabilmek için var olan sorunları belirlemek, farklı seçenekleri konuşmak, baş etme yollarını öğrenmesinde yardımcı olmak,
9) Yaşamıyla ilgili önemli değişikliklerin ve ani ve iyi düşünülmemiş kararların (örneğin taşınmak, işini veya şehir değiştirmek gibi) önüne geçmek
10) Aile, arkadaş, komşu gibi sosyal destek verebilecek kişilerle temasını güçlendirmek, gerekirse destek gruplarına ve ruh sağlığı hizmeti veren kişi ve/veya kurumlara yönlendirmek.
11) Yas sürecindeki olumlu etkileri dikkate alınarak çalışma yaşamına yönlendirmek, öğrencileri okula devam etmeleri için desteklemek, yaşlıları yeni ilgi ve uğraşı alanları bulmaları için teşvik etmek.
12) Yas sürecini ve tepkilerini tanımak, yasın zaman ve emek gerektiren bir süreç olduğunu bilmek.
13) Yasın kişiden kişiye değişebilen bir süreç olduğunu bilmek, bireysel farklılıklara (örneğin aynı ailenin üyelerinin farklı şekilde tepki verebileceği) fırsat vermek.
14) Alkol ve/veya uyuşturucu madde kullanımı, kayıpla ilgili yerlerden kaçınma gibi baş etmeye çalışma ile ilgili yöntemlerini ele almak ve kişiyle bunları konuşmak.
15) Yas sürecinin belirtilerin şiddetli olduğu, beklenenden uzun sürdüğü, kişinin günlük yaşamını, ilişkilerini etkilediği durumlarda doktora yönlendirmek.

16) Ölümün ardından ortaya çıkabilecek ruhsal bozukluklar (depresyon, kaygı bozukluğu, intihar düşünceleri ve girişimleri gibi) konusunda dikkatli olmak ve doktora yönlendirmek önemlidir.

BYS04 Cenazenin bekletileceği alanlara yönelik fiziki düzenleme yapılır.

BYS01.01 Cenazenin beklemesi gereken durumda soğutulabilecek bir odaya alınır veya soğuk hava düzenine sahip çelik, paket tipi çalışır durumda cenaze dolabı bulunmalıdır.

Bilindiği üzere vefat olması halinde bağlı olduğumuz belediyeler ve hastanelerde yaşam sonuna ilişkin hizmetler verilmektedir. BYS04 Kodlu standart özellikle hizmet alanın yakının yurt dışında veya şehir dışında olması halinde bakım hizmeti sunduğumuz engelli veya yaşlısını kuruluştan teslim almak istemesi ya da vefat olayının gece olması halinde; cenazenin bekletilebileceği odanın soğutulması veya soğuk hava düzenine sahip çelik, paket tipi çalışır durumda cenaze dolabının kullanılabileceği anlatılmaktadır.

KAYNAKLAR

1) Türk Psikiyatri Derneği Sayfası. www.psikiyatri.org.tr

2) Kara E. Yas süreci ve dini danışmanlık. DEUİFD Din Psikolojisi Özel Sayısı,2016; 251-270.

HİZMET ALAN DOSYASI VE ARŞİV HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Sos. Çal. Leyla KAHRAMAN

Hizmet Alan Dosyası ve Arşiv Hizmetlerine dair üç (3) ana standart bulunmaktadır. Söz konusu standartlarla kuruluşlardan bakım hizmeti alan engelli ve yaşlıların dosyalarının düzenli olması, kuruluş arşiv ve dosyalama sisteminin ilgili mevzuata uygun hale getirilmesi amaçlanmaktadır. Bu bölümdeki standartlar, kuruluşlara, Belge, Dosya, Dosya Planı ve Dosyalamanın tanımları, amacı, önemi, iyi bir dosyalama sisteminin nasıl olması gerektiğiyle ilgili bilgi vermek üzere geliştirilmiştir.

Tüm kamu kurum ve kuruluşlar, kanunların kendisine verdiği yetki ve görevleri yerine getirmek için yaptığı faaliyetler sonucunda belge üretmektedir. Bu belgeler, bu kurum ve kuruluşların varlık sebebini ortaya koyan temel dayanaklarıdır. Kurum ve kuruluşların politikaları, faaliyetleri, faaliyetlerinin aşamaları ve sonuçları bu belgelerin değerlendirilmesi ile ortaya konulabilir.

Kamu kurum ve kuruluşlarının hizmetlerinin süratli ve verimli bir şekilde yürütülebilmesi evrak, dosyalama ve arşiv işlemleri ile doğru orantılıdır. İşlemi tamamlanan belgelerin belli bir süre sonunda arşivleri oluşturacağı gerçeği dikkate alındığında, arşivlerden gereği gibi yararlanılabilmesinin temini, evrak ve dosyalama hizmetlerinin sistemli bir şekilde yerine getirilmesi ile mümkün olabilecektir. Bu doğrultuda Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğü tarafından sonuçlandırılan "Standart Dosya Plânı" uygulaması 2005/7 sayılı Başbakanlık Genelgesi ile yürürlüğe konulmuştur. Bu uygulamanın istenilen ölçülerde yerine getirilmesi tüm kamu kurum ve kuruluşlarında, dosya tasnif işlemlerinde birliktelik sağlanmasını; aynı konuya ait belgelerin tüm kurum ve kuruluşlarda aynı ad ve kod ile anılmasını ve dosyalanmasını sağlayacaktır.

Bakanlığımız merkez, taşra ve yurtdışı teşkilatındaki arşiv hizmetlerinin 3473 Sayılı Muhafazasına Lüzum Kalmayan Evrak ve Malzemenin Yok Edilmesi Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin Değiştirilecek Kabulü Hakkında Kanun ve Başbakanlık Devlet Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik çerçevesinde 2016/02 sayılı genelgede yer alan esaslar doğrultusunda yürütülmesi gerekmektedir. Bu bağlamda açıklanması gereken bazı kavramlar şöyledir;

Belge: Yürütülen faaliyetler sonucunda oluşan, üretim biçimleri ve donanım ortamları ne şekilde olursa olsun bir bilgiyi içeren yazılmış, çizilmiş, resmedilmiş, görüntülü, sesli veya elektronik ortamlarda üretilmiş materyaldir.

Dosya: Aynı konuyu içeren yazılar grubudur.

Dosya planı: Kurum ve kuruluşların iş ve işlemleri sonucunda oluşan belgelerin, sistemli bir şekilde dosyalanmasını sağlamak üzere önceden hazırlanmış konu ve konu numaraları envanteridir.

Dosya yönergesi: Kurum ve kuruluşların yaptıkları haberleşme ve işlemlere ait belgelerin bir arada bulunmasını sağlamak amacıyla hazırlanan talimattır.

Dosyalama: Kurum ve kuruluşlarda oluşan her türlü belgenin kaydedilmesi, işleme alınması ve işi bitince gerektiğinde tekrar başvurmak üzere belli bir düzen içinde saklanması işlemidir.

Doküman: Kuruluşu ve kuruluşta kalmakta olan bireyleri ilgilendiren her türlü yönerge, yönetmelik, mevzuat ve kanunu içerir.

Birim arşivi: Kurum ve kuruluşların görev ve faaliyetleri sonucu kendiliğinden teşekkül eden ve bu kuruluşların çeşitli birimlerinde, aktüalitesini kaybetmemiş olarak aktif bir biçimde ve günlük iş akışı içinde kullanılan arşivlik malzemenin belirli bir süre saklandığı arşiv birimleridir.

Kurum arşivi: Arşiv malzemesi ile arşivlik malzemenin, birim arşivlerine nazaran daha uzun süreli saklandığı merkezi arşivlerdir.

Bu noktada dosyalamanın kurum veya kuruluşlar açısından öneminden bahsetmek yerinde olacaktır. Dosyalama ile;

- İşlem gördüğü tarih ne olursa olsun ihtiyaç duyulan herhangi bir belgenin kolaylıkla bulunması mümkün olacaktır.
- Kurumun geçmişten bugüne faaliyetleri ile ilgili bilgi ve belge birikimi kontrol altına alınmış olacaktır.
- Bilgi Edinme Hakkı doğrultusunda vatandaşın bilgi ve belge talebi anında karşılanarak, demokrasilerin vazgeçilmez ilkesi olan şeffaf yönetim anlayışı sağlanmış olacaktır.

- Bilgi ve belgenin kontrol altında bulunması, İdarenin alacağı kararlarda ayrıntılı bilgilenme imkânını sağlayacak; kararların doğru ve isabetli alınmasını sağlayacaktır.
- İdarenin bilgi ve belge talebi personeli telaş ve paniğe sevk etmeyecektir.
- İşlemi tamamlanan belgelerin kaldırılacağı dosyalar belli olduğu için bürolarda ortadan kaldırılmayı bekleyen kağıtlar uçuşmayacak, işlemi biten belgeler anında ilgili dosyasına kaldırılabilecektir.
- Dosyalama yönetimi, kurum ve kuruluşların verimini yükselterek, zaman ve iş kaybını engelleyecektir.
- Dosyalama; ticari, yönetsel, hukuki açıdan gereklidir. Dosyaların saklanma süreleri yasalarca belirtilmiştir.

MUTFAK HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Dyt.Eda ŞİRNEVAİ

Bakım Hizmetleri Kalite Standartlarında Boyut IV: Destek Hizmetlerinde yer alan Mutfak Hizmetleri bölümü standartları; engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşlarda Mutfak Hizmetlerinin nasıl olması gerektiği ve süreçlerin nasıl değerlendirileceğine yönelik bilgilendirmeler yapmak amacıyla hazırlanmıştır.

Mutfak Hizmetleri bölümü yedi (7) standart madde ve bu standart maddelerin gösterge ölçütlerinden oluşmaktadır. Bu bölümdeki standartların hepsi otuz (30) puan değerindedir. Uygulama rehberinin bu bölümü Mutfak Hizmetleri standartlarını açıklamak üzere hazırlanmıştır.

DMH01 kodlu standart, mutfak hizmetlerine yönelik fiziki düzenlemeler ile ilgilidir. Mutfak içlerinde yapılacak düzenlemeler iş akışının doğru yapılması için gereklidir. Mutfakta her birim birbirinden ayrı olacak şekilde oluşturulmalıdır. Mutfak planlanırken yemeklerin hazırlandığı tezgahlar/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. Yıkanamayan ve dezenfekte edilemeyen malzemelerden yapılmış mutfaklarda yemek hazırlamanın ciddi sağlık risklerine neden olabileceği unutulmamalıdır. 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. Pişmiş yemeklere çıplak elle temas edilmemelidir. Yemekler uygun ısıda ve hijyenik olarak sunulmalıdır. Sıcak servisi yapılacak ürünler pişirildikten sonra lezzet ve kalitesini kaybetmemesi için derhal benmarilere alınarak minimum 65 Cº'de korunması gerekir. Soğuk servis edilecek yemekler soğuk zincirini bozmadan hizmet alana servis edilmelidir. Mutfaklarda ve yemek hizmeti sunumu yapılan tüm alanlarda bulunan buzdolapları ve soğuk hava depolarının sıcaklık ölçümleri düzenli olarak takip edilmelidir. Soğutma cihazlarında en önemli unsur soğuk zincirin kırılmamasıdır. Yapılan ölçümler düzenli olarak kayıt altına alınarak, takip edilmelidir.

DMH02 kodlu standart, besinlerin güvenli depolanmasına yönelik düzenlemelerle ilgilidir. Besinlerin satın alındıktan sonra uygun bir şekilde depolanmaları büyük önem taşımaktadır. Uygun koşullarda depolanmayan besinler bozulur, bu durumda besin öğesi kayıpları oluşur ve besinler sağlığı bozucu hale gelebilir. Depolama uygun olmadığında

besinler; fiziksel değişiklikler, bakteri, küf ve enzimlerin neden olduğu değişiklikler nedeniyle bozulur. Besin depolarında ürünler direk zemine konmamalıdır. Ürünler palet gibi malzemelerle yerden yükseltilerek ve yere temas engellenerek istiflenmelidir. Ürünler istif sırasında duvarlara ve tavana da dayanmamalıdır. Ürünlerin yerleştirildiği raflar düzenli olarak yerleştirilmelidir. Zemine yerleştirme yapılmaması konusunda hassas davranılmalıdır. Çiğ besinler ve pişmiş besinler bir arada tutulmamalıdır. Besin maddelerinin depolandığı depoların sıcaklık ve nem ölçümleri yapılmalıdır. Ürünler düzenli bir biçimde türlerine göre uygun olacak şekilde depolanmalıdır. Bütün depolarda sıcaklık ve nem ölçer cihazlar yerleştirilmelidir. Yapılan ölçümler düzenli olarak kayıt altına alınarak, takip edilmelidir.

DMH03 kodlu standart, soğuk hava depolarının güvenliği ile ilgilidir. Soğu hava depoları içeriden açılabilme özelliğine sahip olmalı veya içeriden dışarı haber verebilecek uyarı sistemi bulunmalıdır. Soğuk hava depolarının kapıları içeriden ve dışarıdan açılabilmelidir. İçeri girildiğinde acil durumda kapının açılmasını sağlayacak uyarı sistemi çalışır durumda olmalıdır. Soğuk hava depolarında hizmet verenlerin kalmasına engel olacak şekilde sistem bulunması büyük önem arz etmektedir.

DMH04 kodlu standart, besin güvenliğinin sağlanmasına yönelik düzenlemeleri içermektedir. Besinlerin hazırlanmasında ve pişirilmesinde kullanılan tüm ekipmanların, araç-gereçlerin temizliği-bakımı doğru ve düzenli bir şekilde yapılmalıdır. Hizmet verenler yemek hazırlama, servis ve hizmet alanlara yedirme sırasında muhakkak maske, eldiven, bone ve kolluk gibi koruyucu ekipmanlar kullanmalıdırlar. Bu ekipmanların doğru şekilde kullanımı düzenli olarak kontrol edilmelidir. Kuruluşlar koruyucu ekipmanların temini konusunda özenli davranmalıdırlar. Yemek hazırlama, servis ve hizmet alanlara yedirme sırasında görev alan tüm hizmet verenler Hijyen Eğitimi Yönetmeliğine göre "Hijyen Eğitim Belgesine" sahip olmalıdır. Hijyen Eğitimi, hem sağlığımız açısından hem de ilgili kanunlar ve yönetmelikler gereği yasal bir zorunluluktur. Standart içerisinde ilgili yasal düzenlemeler çerçevesinde hizmet verenlerden düzenli sağlık kontrolü istenmesi gerektiği, portör muayenelerinin yapılması ve kayıt altına alınması belirtilmiştir. Ancak yeni yönetmelikler gereği portör muayenesi yasal olarak zorunlu olmaktan çıkmıştır. Hizmet verenlerin işe ilk girişlerinde çalışmalarına engel bir durum olmadığına ilişkin sağlık raporu getirmeleri istenmelidir. Hizmet verenlerin çalışmaları sırasında hastalanmaları durumunda gerekli tedbirlerin alınması hususuna özen gösterilmelidir.

DMH05 kodlu standart, yiyeceklerin temiz ve sağlıklı olarak teminine ilişkindir. Gıdalar, sağlığa uygun koşullarda, son kullanım tarihleri kontrol edilerek alınmalıdır. Gıdaların

saklanmasında da aynı hususlara dikkat edilmelidir. Bozulan, son kullanma tarihi geçen ve nefasetini kaybeden ürünler kesinlikle tüketilmemelidir. Yemek pişirilen alan ve kullanılan mutfak aletlerinin hijyen kurallarına uygun olarak temizliği sağlanmalıdır. Mutfak aletlerinin bakımları düzenli olarak yapılmalıdır. Mutfakların temizliği düzenli olarak yapılmalı ve yapılan işlemler kayıt altına alınmalıdır. Besin malzemeleri hazırlık aşamasında doğru şekilde temizlenmeli ve işlenmelidir. Kullanılan tüm girdi, besin malzemelerinin temiz olması sağlanmalıdır. Besinler, pişirilmeden önce özelliğine uygun şekilde temizlenmelidir. Tahribatlardan, eksik ve yanlış uygulamalardan kaçınılmalıdır. Yemek hazırlama, pişirme ve servis aşamalarının tamamında sağlığa uygun hijyenik koşullar sağlanmalıdır. Sağlığa uygun olarak pişirilip, pişirilmediği düzenli olarak denetlenmelidir. Besinin alımından, saklanmasına, hazırlanmasına, pişirilmesine ve sunumuna kadar her aşamasının hijyenik koşullarda yapılması sağlanmalıdır. Kuruluşların mamul yemek alımı durumunda, yemekleri dışarıda gelse dahi yemek ve servis hazırlama bölümlerinin hijyen kurallarına uygun olması sağlanmalıdır.

DMH06 kodlu standart, yemeklerin lezzet kontrolü ve şahit numune alımı ile ilgilidir. Kamu-özel kurum ve kuruluşları ile mahallinde üretilerek toplu tüketime sunan işyerleri ve yemek fabrikaları, ürettiği yemek partisinin her çeşidinden alınan bir örneği 72 saat uygun koşullarda saklamakla yükümlüdür. Numunelerin konulduğu buzdolapları ya da soğuk hava depoları 0 C° ile +4C° derece arasında olmalıdır. Numune konulduğu dolapların sıcaklık kontrollerinin yapılarak, kayıtlarının tutulması gerekmektedir. Numuneler 250 gramdan aşağı olmayacak şekilde steril bir numune kabına alınmalıdır. Numune kaplarına ürünün adı, alındığı tarih, hangi öğüne ait olduğu ve numuneyi kimin aldığı yazılmalıdır. Numuneler dondurulmamalıdır. Kuruluşta kalan hizmet alanlar yemek yemeden önce, yemeklerin kontrolü yapılmalı ve uygunsuzluk durumları (tuz, yağ oranı, menüye uygun olması, pişirme durumu) kayıt altına alınmalıdır. Yemeklerin kontrolü çıkabilecek aksaklıkların yemek servisinden önce engellenmesini sağlamaktadır ve doğru ürünün doğru kişiye sunulması konusunda oldukça önem arz etmektedir.

DMH07 kodlu standart, yiyeceklerin temiz ve sağlıklı sunumu ile ilgilidir. Yemeklerin sunumu; toplu ya da bireysel yemek yeme düzeninde sofra düzenine uygun yapılmalıdır. Hizmet alanların yemek yerken rahat olması sağlanmalıdır. Yemekler günün belirli saatlerinde düzenli olarak sunulmalıdır. Bu yaşlı bireylerin daha düzenli ve yeterli tüketim yapmalarını sağlar. Yemeklerin hizmet alan ve hizmet verenlere yemeğe uygun ısıda ve hijyenik sunumu sağlanmalıdır. Sıcak sunum yapılacak yemekler sıcak, soğuk sunum yapılacak yemekler soğuk olacak şekilde servis edilmelidir. Hizmet verenler yemek servisinde; temiz ekipmanlar, tek

kullanımlık maske, eldiven, önlük, bone ve kolluk kullanmalıdır. Hizmet verenlerin koruyucu ekipman kullanımı kontaminasyonları önlemek ve hijyenik sunum yapmak için büyük önem arz etmektedir. Yemek sonrası, yemek yenilen ortamın temizliği titiz ve düzenli olarak yapılmalıdır. Bir sonraki öğün için yemek yeme alanının temiz ve kullanıma hazır olması gerekmektedir. Tüm atıklar uygun şekilde uzaklaştırmalıdır. Çöp kovalarında çöp poşeti kullanılmalı ve kovaların temizliği düzenli olarak yapılmalıdır. Çöp toplama alanlarının temizliği dikkatle yapılmalıdır.

ÇAMAŞIRHANE HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. Fzt. Emel PEKÇETİN
Hemşire Filiz ALITHAN

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Boyut IV: Destek Hizmetleri'nde yer alan Çamaşırhane Hizmetleri bölümü standartları; engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşlarda sunulan temiz çamaşır sağlama hizmetinin özelliklerini, gerekliliklerini ve kaliteli hizmet sunumu için yapılması gereken iş ve işlemlerini anlatmak amacıyla hazırlanmıştır.

Yatılı veya gündüz hizmet sunan kuruluşlarda çamaşır yıkama hizmeti olmazsa olmazdır. Bu nedenle hizmet sunumu için fiziki mekânların nasıl olması gerektiğinden başlayarak temiz çamaşırların hizmet alana nasıl ulaştırılacağına kadar tüm aşamaların gözden geçirilmesi gerekir. Çamaşırhane Hizmeti bölümü dört (4) standarttan oluşmaktadır. Bu standartların üç (3) tanesi 30 puana karşılık gelirken bir (1) standart yirmi (20) puandır.

DÇH01 kodlu standartta çamaşır yıkama işinin hangi yolla yapılabileceği anlatılmaktadır. Çamaşır yıkama işi; kuruluş içinde yer alan fiziki bir mekânda yapılabileceği gibi, dışarıda bu işi profesyonel olarak yapan bir firmadan satın alma yolu ile de yapılabilir. Bu nedenle; DÇH01 kodlu standart iki (2) Muadil maddeden oluşturulmuştur (DÇH01-1 ve DÇH01-2). **Muadil:** Denk, eş, eşdeğer, eşit, eşdeğer demektir. Değerlendirme veya öz değerlendirme yapılırken; kuruluş çamaşır yıkama işini hangi yol ile yapıyorsa o muadil madde geçerli olacak ve o muadil maddenin gösterge ölçütleri değerlendirmeye alınacaktır. Diğer muadil madde değerlendirmeye alınmayacaktır.

Kuruluşta çamaşır yıkama hizmeti veriliyorsa DÇH01-1 Standart maddesi değerlendirmeye alınacaktır. Çamaşır yıkanan yerlerin taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun; tercihen ıslak zemin olmalıdır. Yıkanan çamaşırların temiz olan bir makinada yıkanıyor olması önemlidir. Bu nedenle çamaşır yıkama işinde kullanılan makinelerin temizliği ve bakımları düzenli olarak yapılmalı, filtre temizliği yapılıyor olmalı ve yapılanlar kayıt altına alınmalıdır.

Kuruluşta çamaşır yıkama hizmeti dışarıdan satın alma yolu ile de yapılıyorsa DÇH01-2 Standart maddesi değerlendirmeye alınacaktır. Temiz ve kirli çamaşırların ayrı ayrı depolandığı fiziksel bir mekân olmalı ve bu mekânın taban ve duvarları yıkamaya ve dezenfeksiyona uygun; tercihen ıslak zemin olmalıdır. Yıkamaya verilen çamaşırların cinsi,

miktarı, teslim eden ve teslim alan bilgilerini içeren bilgiler uygun şekilde kayıt altına alınmalıdır.

Çamaşır depolama ve muhafaza etme alanlarında tercihen yerden yüksek raflar kullanılmalıdır. Çamaşırlarda hizmet alanların ve/veya çamaşırların ait oldukları katın isimlerini ve oda numaralarını gösteren etiketler olmalıdır. Çamaşırların depolandığı alanların ıslak zemin olması gerekli zamanlarda dezenfektan maddelerle temizliğinin yapılması açısından önemlidir. Çamaşır yıkama hizmetinin dışarıda temin edilmesi durumunda; temiz çamaşırlar kuruluşa teslim edilirken kişi etiketleri olmalıdır. Etiketlerde hizmet alanların isim, soy isim, çamaşırın türü vb. yazılmalıdır.

DÇH02 kodlu standartta çamaşırların nasıl taşınması gerektiğine yönelik bilgiler yer almaktadır. Çamaşırlar taşınırken kapalı sistemlerle taşınmalıdır. Çamaşırların kirli/temiz olduğunu gösteren uyarı işaretleri olmalıdır. Özellikle kirli çamaşırların taşındığı taşıma araçları çamaşırların taşındığı gün iş bitiminde günlük olarak temizlenmelidir. Temizlemede uygun dezenfektan maddeleri kullanılmalıdır. Taşıma yapılan araç gereçlerin temiz/kirli olarak ayrılmamış olması, yapılan işin önemsenmediğini ve sunulan hizmetin amacına uygun yapılmadığının göstergesidir.

DÇH03 kodlu standart maddede hizmet verenlerin kendi sağlığını korumaya yönelik bilgiler anlatılmaktadır. Çamaşır yıkama hizmeti sunulurken, hizmet veren personelin kendi sağlığını koruyucu kıyafet, maske, eldiven, bone, çizme vb. gibi koruyucu ekipman kullanması hizmet verenin kirli çamaşırlardan hastalık, mikrop, toz gibi maddelerle temasını önler. Kullanılan koruyucu malzemeler kişiye özel ve ulaşılır olmalıdır. Öncelik hizmet verenin kendi sağlığını koruyor olmasıdır.

DÇH04 kodlu standart maddede çamaşırların ütülenmesine vurgu yapılmaktadır. Yıkanan çamaşırlar kumaş niteliğine uygun olarak mutlaka ütülenmelidir. Çamaşırlar, çamaşır yıkama hizmetinin dışarıdan temin edilmesi durumunda ütülenmiş olarak teslim alınabilir. Eğer kuruluşun; çamaşır yıkama işini satın alma yoluyla temin ettiği firmayla olan anlaşmasında ütüleme işlemi yoksa çamaşırlar mutlaka kuruluşta ütüleme işleminden geçirilmelidir. Çamaşır ütüleme işini gerçekleştiren hizmet verenin bu konuda eğitilmesi hem kendini olabilecek kazalara karşı koruması bakımından hem de kaliteli hizmet sunumu açısından önemlidir.

TEMİZLİK VE BAKIM ONARIM HİZMETLERİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. Fzt. Emel PEKÇETİN

Hemşire Filiz ALITHAN

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Boyut IV: Destek Hizmetleri'nde yer alan Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri bölümü standartları; engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşun hizmet bölümlerinin/mekânlarının hijyeni, temizliği, ilaçlanması ve genel tamirat ile bakım/onarım işlerinin kaliteli hizmet sunumu için nasıl yapılması gerektiğini anlatmak amacıyla hazırlanmıştır.

Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri bölümü on (10) standart maddeden oluşmaktadır. Bu bölümde yedi (7) standart otuz (30) puan değerinde olup geri kalan üç (3) standart yirmi (20) puan değerindedir. Uygulama rehberinin bu bölümü Temizlik ve Bakım Onarım Hizmetleri standartlarını açıklamak üzere hazırlanmıştır.

Engelli ve/veya yaşlı hizmet alanlara bakım hizmeti sunumunda yaşanılan mekânların temizlik ve düzeninin sağlanması sunulan diğer hizmetlere önemli katkı sağlar. Kökeni Fransızcadan gelen **Hijyen**; sağlıklı bir yaşam için yapılan faaliyetlerin ya da alınan önlemlerin tümüne verilen isimdir. Sağlığa zarar verecek ortamlardan korunmak için yapılacak uygulamalar ve alınan temizlik önlemlerinin tümü hijyen olarak tanımlanır. **Temizlik** ise "temiz olma durumu" olarak tanımlanmaktadır. Görüldüğü gibi "temizlik" kavramı "hijyen" kavramının altında yer almaktadır. Hijyen kurallarının uygulanması, kuruluşlarda hastalık yapan enfeksiyonların oluşmasını ve yayılmasını önler.

Mekânların temizliği belirlenen kurallar çerçevesinde, uygun alanlara uygun malzeme kullanılarak yapılır. Kuruluşun bölümlerinde hijyen sağlanması; bulaşıcı hastalıkları önleyeceği gibi sistematik verilen bu hizmetler iş gücü kaybı ve zaman israfını önler.

Hizmet veren personelin kendisinin ve hizmet verdiği kişilerin sağlığını önemseyerek hizmet sunması önemlidir. Bunun için öncelikle hizmet verenin kendi sağlığını koruyucu önlemleri bilmesi ve uygulaması gereklidir (eldiven, maske kullanımı vs.).

Temizlik hizmeti sunulurken olası kazalar ön görülerek gerekli tedbirler alınmalıdır. Örneğin; uyarı levhaları konulmalıdır. Yönlendirme işaretleri ve uyarı levhalarına ilişkin bilgiler Fiziki ve Ergonomik Düzenlemeler bölümünde daha detaylı olarak anlatılmıştır. Gerekli önlemlerin alınması için en önemli tedbir temizlik işini yapan hizmet verene konu ile ilgili eğitimin verilmesidir.

Şekil 28: Temizlik Uyarı Levhaları

Ayrıca hizmet alanların durumuna uygun olarak düzenlenmiş banyo ve tuvaletlerin, temizlik ve malzeme ihtiyaçları kontrol edilerek temin edilmesi sağlanmalıdır. Örneğin: Alzheimer, demans, mental retarde olan hizmet alanların tuvalet ve banyolarındaki malzeme seçimi ve ihtiyaçlarda ona göre olmalıdır.

Kullanılan temizlik malzemelerinin insan sağlığını olumsuz etkilemeyecek şekilde seçilmesi ve farklı temizli maddelerinin karıştırılmaması ölümle bile sonuçlanabilecek zehirlenme vakalarının önüne geçilmesi için çok önemlidir. Temizlik işlemi yapıldıktan sonra kullanılan malzemelerin de temizlenmesi gereklidir. Kullanılan paspas ve bezler ıslak bırakılmamalı ve kuruması sağlanmalıdır. Yapılan temizlik işlemi mutlaka kayıt altına alınmalıdır. Kullanılan temizlik malzemelerinin ve deterjanların mutlak suretle kilit altında tutulması güvenlik açısından çok önemlidir.

İlaçlama: Toplu olarak hizmet verilen yaşam alanlarında ilaçlamanın yapılması çok önemlidir. Herhangi bir haşere olmaması durumunda dahi düzenli olarak ilaçlamanın yapılması gereklidir. Kuruluşun bölümlerinin, özellikle depolama alanlarının, yemek hazırlama ve yemek sunum alanlarının kemirgen ve haşerelerin fırsat bulduklarında çoğalarak yaşayacakları potansiyel mekânlar olması nedeniyle düzenli olarak ilaçlanması son derece önemlidir. Vektör olarak tabir edilen ve hastalık taşıyan bu tür canlıların hizmet verilen alanlarda olması istenilen bir durum değildir. Bu nedenle kuruluşun bir plan dahilinde yılın belli zamanlarında, düzenli olarak ilaçlanması son derece önemlidir.

İlaçlama işlemi yapılırken hizmet alan ve hizmet verenlerin olumsuz etkilenmemesi için gerekli önlemlerin alınması son derece önemlidir. İlaçlama işleminin uygun zaman ve uygun ekipmanlar seçilerek işlemin doğru şekilde yapılması hizmet kalitesi açısından önemlidir.

Kuruluşun Boyanması: Kuruluşun tüm mekânları hizmet alanların özelliğine uygun olarak renk seçimi yapılmalı ve sağlık dostu boya malzemeleri kullanılarak boyanmalıdır. Sık kullanılan mekânların daha sık boyanması tavsiye edilmektedir.

Tamir ve Onarım: Kuruluş tamiratları yapılmadan önce ihtiyaçlar tespit edilmeli, bir plan çerçevesinde uygun zaman ve mevsim dilimlerinde belirlenen hedefler gerçekleştirilmelidir. Örneğin; Isıtma sistemlerinin yenilenmesi yaz mevsimine planlanmalıdır. Yapılan işlemlerin kayıt altına alması tekrarlanması gereken tamiratlar konusunda rehberlik sağlayacaktır.

Depoların Temizliği ve Düzeni: Genellikle gözden uzak ve bodrum katlarında bulunan depolama alanlarının temiz ve düzenli olması gereklidir. Kullanılmayan eşyaların elden çıkartılması ve geri dönüşüme kazandırılması önem arz etmektedir. Kullanım dışı malzemeler özelliklerine uygun olarak ayrı ayrı depolarda tutulmalıdır (temizlik, eşya, hurda deposu gibi). Depoların temiz ve düzenli tutulması önemlidir.

Yangına Karşı Önlemler: Binaların Yangından Korunması Hakkında Yönetmelik hükümlerine göre gerekli olan koyucu-önleyici tedbirler alınmalıdır. Çatıların kaplamaları yanıcı olmayan materyallerle döşenmelidir. Kolayca tutuşan yapıdaki malzemeler özellikle çatı ve bina aralarında muhafaza edilmemelidir. Yangın söndürücü sistemler, yangın tüpleri gibi tedbirler alınmış olmalıdır. Yapılan çalışmaların kayıt altına alınması önemlidir.

STOK YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

İSG Uzmanı, Fzt. Meral ÇAKIR

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları stok yönetimi bölümüyle, depolama hizmetlerinin sağlığa ve güvenliğe uygun belli standartlarda yapılması ve kayıt altına alınması hedeflenmektedir. Stok Yönetimi bölümünde dört (4) standart bulunmaktadır. Bu standartların ilk üçü 20 puan değerinde, sonuncu standart ise 30 puan değerindedir.

Gereksinimlerin karşılanması için elde bulundurulması gereken maddeler arasında denge kurmak amacıyla yapılan planlama ve kontrol işi kuruluşlar için çok önemlidir. Her kuruluş büyüklüğüne, mali olanaklarına ve daha birçok faktöre göre oluşturduğu bir stok kontrol sistemi uygulamalıdır. Bu sistemlerde kullanılan yöntemler basit sayma veya gözle kontrolden, bilgisayar destekli programlara kadar değişen niteliklerde olabilirler. Stoklar doğru planlama, verimli yönetim ve iyi raporlama ile yönetilmelidir. Çünkü stok yönetiminin doğru ve sistemli çalışması malzeme ve ürün kayıplarını en aza indirecek, faaliyetlerin aksamadan yapılmasını sağlayacaktır.

Stokların saklanması ve korunması için yeterli büyüklük ve nitelikte depo alanlarının sağlanması stok kontrolünde önemli bir şarttır. Depoların büyüklüğü kuruluşa göre değişkenlik gösterir. Ancak depo düzenlemede dikkat edilmesi gereken temel kurallar vardır. Gıda ve temizlik malzemeleri sağlık açısından kesinlikle ayrı yerlerde depolanmalı, gıda malzemeleri etiketlenerek ilk giren ilk çıkar (FİFO) kuralına uygun olarak kullanılmalıdır. Depo alanları özel olarak belirlenmiş ve amacına uygun olarak tasarlanmış olmalıdır. Depo düzenini gösterecek yerleşim planları oluşturulmalı, depo içindeki istifleme tavandan 40 cm aşağıda, tabandan 10 cm yüksekte olmalı malzemeler yer ve duvarla temasta olmamalıdır. İstif yüksekliği 3 m geçmemelidir. Sıcaklık ve nem takiplerinin düzenli yapılarak kayıt altına alınması sağlanmalıdır. Ortamın düzenli olmasına, çalışanlar açısından olabilecek risklerin (düşme, tehlikeli maddelerden kaynaklı tehlikeler vb.) bertaraf edilmesine, kullanılan kimyasalların (çamaşır deterjanları, lavabo ve tuvalet açıcılar, kireç çözücüler, böcek zehirleri, boyalar, kuru temizleyiciler, antifriz vb.) orijinal kaplarında ve etiketli olmasına özen gösterilmelidir.

Depolarda bulunan tehlikeli kimyasalların (Patlayıcı, oksitleyici, çok kolay alevlenir, kolay alevlenir, alevlenir, çok toksik, toksik, zararlı, aşındırıcı, tahriş edici, alerjik, kanserojen, mutojen, üreme için toksik ve çevre için tehlikeli özelliklerden bir veya birkaçına sahip madde ve karışımlar) malzeme güvenlik bilgi formları bulundurulmalıdır. Malzeme Güvenlik Bilgi Formu (MSDS- Material Safety Data Sheet), kimyasal bir malzemenin içerdiği potansiyel

tehlikeleri (sağlık, yangın, reaktivite ve çevresel) belirten ve bu kimyasal ürünlerin güvenli bir şekilde nasıl çalışılacağını gösteren bir belgedir. Aynı zamanda kimyasalın tehlikeleri, kullanım, depolama, taşıma ve acil durum prosedürleri hakkında bilgiler içerir. MSDS'ler malzeme hakkında malzemenin etiketinden daha çok bilgi vermektedir. MSDS'ler tedarikçi veya üretici firma tarafından hazırlanır.

Malzeme güvenlik bilgi formu, kuruluşlarda kullanılan kimyasalların kullanımı ile ilgili risklerin tanımlanması, değerlendirilmesi ve kontrolünde önemli bir rol oynar. Malzeme güvenlik bilgi formlarının amacı, bir işletmede kullanılan kimyasal maddelerle ilgili bilgiye çabuk erişim sağlamaktır. Bir işletmede kullanılan tehlikeli kimyasal maddelerin malzeme güvenlik bilgi formlarının bulundurulması, etkin bir yönetim için önemli unsurlardan biri olup, tam bir sağlık ve güvenlik programının geliştirilmesi için önemli bir başlangıç noktasıdır. Öte yandan bu formların işyerlerinde Türkçe olarak bulundurulması yasal bir zorunluluktur.

KAYNAKLAR:

1. Tehlikeli Maddelerin ve Müstahzarların Sınıflandırılması, Ambalajlanması ve Etiketlenmesi Hakkında Yönetmelik
2. Tehlikeli Maddelerin ve Müstahzarlara İlişkin Güvenlik Bilgi Formlarının Hazırlanması ve Dağıtılması Hakkında Yönetmelik

ATIK YÖNETİMİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. Fzt. Emel PEKÇETİN

Uzm. Fzt. Nur Eda KARADELİ

Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Boyut IV: Destek Hizmetleri'nde yer alan Atık Yönetimi bölümü standartları ve uygulama rehberi; engelli ve yaşlı bireylere bakım hizmeti sunan kuruluşlarda çıkan atıkların hijyenik bir şekilde toplanması, uygun şekilde depolanması ve uygun şekilde bertaraf edilip uzaklaştırılmasına ilişkin işlerinin nasıl yapılması gerektiğini anlatmak amacıyla hazırlanmıştır.

Atık Yönetimi bölümü dört (4) standart madde ve bu standart maddelerin gösterge ölçütlerinden oluşmaktadır. Bu bölümde yer alan standartlar otuz (30) puan değerindedir. Uygulama rehberinin bu bölümü Atık Yönetimi standartlarını açıklamak üzere hazırlanmıştır.

Atık yönetimi kuruluşlar için temizliğin önemli bir parçasıdır. Toplu yaşanan yerlerde enfeksiyon gelişimi oluşturulan atık yönetim sistemiyle birebir bağlantılıdır. Çünkü birçok hastalık kontaminasyon aracılığıyla yayılmaktadır. Üretilen atıkların uygun koşullarda kuruluştan uzaklaştırılması, geri dönüştürülebilir olanların geri dönüşüme kazandırılması, bertaraf edilmesi gerekenlerin bertaraf edilmesi için kuruluştan alınması ve bu işlemlerin sürekliliğinin sağlanması kuruluşta atık yönetiminin sağlandığını göstermektedir. Bu nedenle kuruluşlarda hizmet veren ve hizmet alanlara atık yönetimi ile eğitimlerin bir plan dahilinde yıl içinde ihtiyaç duyulduğu zamanlarda verilmesi önemlidir.

Kuruluştaki atıkların kaynağında ayrıştırılması atığın ortaya çıktığı noktada diğer atık türleriyle karıştırılarak düzensiz (vahşi) atık haline dönüşmesini engeller. Örneğin tıbbi atıkla karıştırılan bütün atıklar tıbbi atığa dönüşmektedir. Geri dönüştürülemeyen atıklarla karıştırılan atıklar geri dönüşüme kazandırılamamaktadır. Örneğin hasta alt bezleriyle kontamine olmuş kâğıt, ambalaj vb. atıklar artık geri dönüşüm sisteminden çıkarılmış kabul edilir ve bertaraf edilmek zorunda kalınır. Bu da ciddi bir tasarruf kaybına, enerji ve materyal kaybına neden olmaktadır.

Kaynağında ayrıştırılırken atıklar için ayrı renklerde poşetler ve kutular kullanılmalıdır. Aşağıda yer alan kutular örnek olması amacıyla verilmiştir, kuruluşlar kendi ihtiyaçları çerçevesinde kendi atık kutularını belirleyebilirler.

Tıbbi atıklar için kırmızı poşetler, kesici delici tıbbi atıklar için turuncu atık kutuları ya da turuncu renge boyanmış kutular kullanılır. Tıbbi atık kutularının üzerinde görülebilecek

şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur.

Şekil 29: Tıbbi Atık Kutuları

Hasta alt bezleri geri dönüştürülemeyen atık olarak kabul edildiği için kuruluşlar tarafından ayrı toplanmalı ve toplama noktasında ayrı konteynerde taşınmalıdır. Eğer bulaşıcı hastalığı bulunan veya radyoaktif maddelerle tedavi gören hastalar için alt bezi kullanılıyorsa bu bezler de tıbbi atık olarak değerlendirilir ve tıbbi atık toplayan firmaya kırmızı poşetlerle teslim edilir. Bunun dışında tehlikeli atık olarak nitelendirilen kimyasal madde içeren boya ve ilaçlama kutuları, miadı geçmiş ilaçlar, floresan lamba atıkları, kullanılmış pil akü ve civalı materyaller tehlikeli atık sınıfında yer almaktadır. Bu atıklar da ayrıca uygun kutularda toplanarak tehlikeli atık toplayan lisanslı firmaya teslim edilmelidir. Tıbbi atık ve tehlikeli atık toplayan lisanslı firmalar makbuz karşılığında atığı teslim almaktadır.

Kâğıt atıklar için mavi renkli, cam atıklar için yeşil renkli, plastik atıklar için sarı renkli, organik atıklar için kahverengi renkli, evsel atıklar için siyah renkli atık poşeti ve kutular kullanılmalıdır.

Şekil 30: Geri Dönüşüm Atık Kuruluları

Kuruluşta atıklar teslim edilinceye kadar geçici depolama alanı oluşturulmalıdır. Bu alanlar hizmet alanların ulaşamayacağı bir noktada oluşturulur. Ayrıca atığı teslim alacak olan belediye veya lisanslı firmanın alabileceği şekilde yol kenarında bulunmalıdır. Bu alanlar düzenli olarak temiz tutulmalı ve atığın taşındığı konteynerler de düzenli olarak temizlenmelidir. Örneğin tıbbi atık taşıma konteyneri haftada bir dezenfekte edilmeli, görünür kir olması durumunda ise hemen temizlenmelidir.

Atık Yönetimine ilişkin mevzuat bilgileri T.C. Çevre ve Şehircilik Bakanlığı ve 02.04.2015 tarih ve 2931 sayılı Resmî Gazete ‘de yayınlanan Atık Yönetimi Yönetmeliği’nden alınabilir.

GÖSTERGELERİN ÖLÇÜLMESİ VE İZLENMESİ KALİTE STANDARTLARI UYGULAMA REHBERİ

Uzm. Fzt. Duygu KIRGIN TOPRAK

Gösterge, bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan araçtır. Kalite göstergelerinin temel amacı, kuruluşlarda ölçüm sistematiğini geliştirmektir. Bu sayede kuruluşların öz değerlendirmesi ve kuruluşlar arası kıyaslamada ortak konuların değerlendirilmesi mümkün olacaktır. Kalite göstergeleri kuruluşların belirlenen konulardaki başarı düzeyini sayısal olarak tanımlamaktadır. Bakım hizmetlerinde sunulan hizmeti sayısallaştırmak hizmetin sunulduğu her alan için mümkün olmamakla birlikte kitap içinde belirlenen yirmi bir (21) gösterge ile kuruluşların sundukları hizmetlere dair belirli alanların izlenmesine başlanacaktır. Bu sayede kuruluşlarda kalite izlem kültürünün geliştirilmesine katkı sağlanacağına inanılmaktadır. Kuruluşların zaman içindeki iyileşme seviyesinin somut çıktılarla izlenmesi hem öz değerlendirme sürecinde hem de diğer kuruluşlar ile kıyaslamada etkili bir geri dönüt sağlayacaktır. Bu hedeflerle Bakım Hizmetleri Kalite Standartları içerisinde Gösterge Yönetimi boyutu yazılmıştır. Gösterge Yönetimi boyutu üç kısımdan oluşmaktadır;

1. Göstergelerin Ölçülmesi ve İzlenmesi
2. Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri
3. Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri

Göstergelerin ölçülmesi ve izlenmesi bölümünde beş (5) standart bulunmaktadır. Bu standartlardan ilk ikisi (GGÖ01 ve GGÖ02) 50 puan değerindeki çekirdek standartlardandır. Diğer standartlar (GGÖ03, GGÖ04 ve GGÖ05) ise 30 puan değerindeki standartlardır.

GGÖ01 kodlu standartta göstergeler aracılığıyla ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetlerinin nasıl gerçekleştirileceği anlatılmaktadır. Göstergelerin izlenmesi süreçlerini koordine etmekle görevli ana birim BHKS Kalite Yönetim sorumlusu/birimidir. GGÖ02 kodlu standartta ise göstergelerin izlenmesi için kullanılacak gösterge kartlarının içeriği anlatılmıştır. Yönetim Hizmetleri Kalite Gösterge Kartları ile Bakım Hizmetleri Kalite Gösterge Kartları bölümlerinde kalite göstergelerinin nasıl değerlendirileceğini ve izleneceğini gösteren gösterge kartları verilmiştir.

GGÖ03, GGÖ04 ve GGÖ05 tek standart maddesinden oluşmaktadır. Bunlara göre göstergeleri oluşturan veriler gösterge kartlarında belirlenen aralıklarla analiz edilir. Analiz

sonuçlarına göre iyileştire faaliyetleri planlanır ve uygulanır. Son olarak sonuçlar Bakanlıkça oluşturulan veri tabanına işlenir.

Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri ve Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri bölümlerinde, yönetim hizmetlerine ve bakım 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. Bakım Hizmetleri Kalite Standartları Uygulama Rehberi'nde Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergelerine ait gösterge kartları Yönetim Hizmetleri Kalite Göstergeleri Kartları bölümünde, Bakım Hizmetleri Kalite Göstergelerine ait gösterge kartları da Bakım Hizmetleri Kalite Göstergeleri Kartları bölümünde yer almaktadır.

YÖNETİM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ KARTLARI

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Personelin eğitimlere katılma oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GYH01
Kısa Tanım	Kuruluşta çalışan personelin, personele yönelik eğitimlere katılım oranını ifade etmektedir.
Standart	Yıllık eğitim planı içinde personelin hangi eğitimlere katılacağı belirlenmelidir, bu eğitimlere personelin katılım sağlaması için uygun ortam/ saatler oluşturulmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	[Yıl içinde yapılan eğitimlere katılan toplam kişi sayısı/ (yapılan eğitim sayısı* kuruluşta çalışan toplam personel sayısı)] x 100
Veri Kaynağı	Toplantı katılım formu, yıllık eğitim planı
Hedef Değer	%80
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kalite Eğitim Ekibi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Hizmet alanın yakınlarına eğitim verilme oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GYH02
Kısa Tanım	Kuruluşta hizmet alanlardan yakını bulunanlara bireysel veya grup olarak yapılan bilgilendirme/eğitim toplantılarına katılan kişi sayısını ifade etmektedir.
Standart	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.
Hesaplama Yöntemi	(Eğitim alan hizmet alan yakını sayısı/ yakını olan hizmet alan sayısı) x 100
Veri Kaynağı	Eğitim katılım formu, görüşme kayıtları (sağlık servis, sosyal servis, mesleki çalışma yapılan birimlerin kayıtları)
Hedef Değer	%30
Veri Analiz Periyodu	Yılda iki kez
Sorumlular	Kalite Eğitim Ekibi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Hizmet alana ziyaret oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GYH03
Kısa Tanım	Kuruluşta yakını belli hizmet alanlara gelen ziyaretçi sayısını ifade etmektedir.
Standart	Hizmet alanların yakınları ile iletişim kurularak görüşmeleri için uygun ortam hazırlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	(Ziyaretçisi gelen kişi sayısı/Yakını olan kişi sayısı) x 100
Veri Kaynağı	Ziyaretçi kayıtları, hizmet alanın sosyal servisteki kayıtları
Hedef Değer	%70
Veri Analiz Periyodu	Yılda iki kez
Sorumlular	Sosyal Servis, Kuruluş Yönetimi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Hizmet alan memnuniyet oranı izlenir.***
Gösterge Kodu	GYH04
Kısa Tanım	Hizmet alan memnuniyet anketi sonuçlarından elde edilen memnuniyet oranıdır.
Standart	Hizmet alan memnuniyet anketlerinin yapılması için uygun personel ve zaman programlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	BKZ. Memnuniyet anketleri uygulama rehberi
Veri Kaynağı	AÇSHB tarafından yayınlanan engelliler için memnuniyet anketi ve yaşlılar için memnuniyet anketi
Hedef Değer	%90
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kuruluş BHKS Sorumlusu ve Kuruluş Yönetimi

*Zihinsel ve psikolojik engeli olan kişilerde bu anketin yapılması zorunlu değildir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Çalışan memnuniyet oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GYH05
Kısa Tanım	Çalışan memnuniyet anketi sonuçlarından elde edilen memnuniyet oranıdır.
Standart	Çalışan memnuniyet anketlerinin yapılması için uygun personel ve zaman programlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	BKZ. Memnuniyet anketleri uygulama rehberi
Veri Kaynağı	AÇSHB tarafından yayınlanan çalışanlar için memnuniyet anketi
Hedef Değer	%80
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kuruluş BHKS Sorumlusu ve Kuruluş Yönetimi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Çalışanlara yönelik istenmeyen olay sayısı izlenir.**
Gösterge Kodu	GYH06
Kısa Tanım	Çalışanlara yönelik hizmet alan ve/veya yakını tarafından gerçekleştirilen sözel, fiziksel veya her ikisini de içeren istemeyen olayı sayısıdır.
Standart	Çalışanların geri bildirimleri dikkatle incelenmelidir. Varsa kamera kayıtları incelenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	Çalışanlara yönelik hizmet alan ve/veya yakını tarafından gerçekleştirilen sözel ve/veya fiziksel istenmeyen olayı sayısı
Veri Kaynağı	Vukuat raporları, tutanaklar, iş kazası bildirim raporları
Hedef Değer	0
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kuruluş Yönetimi, varsa birim sorumluları

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Personel devir hızı izlenir.**
Gösterge Kodu	GYH07
Kısa Tanım	Kuruluşta çalışan personelin işten ayrılma oranını ifade etmektedir. İşten ayrılmalara ilk 1 aylık deneme süresi içinde ayrılanlar ve emekli olanlar dahil edilmez.
Standart	Kuruluşta çalışan personele uyum eğitimleri verilmesi ve işe bağlılığı ve motivasyonun geliştirilmesi için uygun koşulların sağlanması gerekmektedir.
Hesaplama Yöntemi	[Kuruluştan ayrılan personel sayısı / (Dönem başındaki personel sayısı + Dönem sonundaki personel sayısı) / 2] x 100
Veri Kaynağı	Personel dosyaları
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kuruluş Yönetimi, İnsan Kaynakları Birimi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Sağlık servisinde, eksiksiz tutulan hizmet alan dosya oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GYH08
Kısa Tanım	Sağlık servisinde tutulması gereken sağlık dosyalarının eksiksiz olarak doldurulmasını sağlamak amaçlanmaktadır.
Standart	Sağlık servisinde her hizmet alan için sağlık dosyası tutulmalıdır. Sağlık dosyalarında olması gerekenler belirlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	(Sağlık servisinde eksiksiz tutulan dosya sayısı/Toplam hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Sosyal serviste tutulan hizmet alan dosyaları
Hedef Değer	%95
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kuruluş Yönetimi, Sağlık Servisi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Sosyal serviste, eksiksiz tutulan hizmet alan dosya oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GYH09
Kısa Tanım	Sosyal serviste tutulması gereken dosyaların eksiksiz olarak doldurulmasını sağlamak amaçlanmaktadır.
Standart	Sosyal serviste her hizmet alan için dosya açılmalıdır. Bu dosyalarda olması gerekenler usule uygun olarak belirlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	(Sosyal serviste eksiksiz tutulan dosya sayısı/Toplam hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Sosyal serviste tutulan hizmet alan dosyaları
Hedef Değer	%95
Veri Analiz Periyodu	Yılda iki kez
Sorumlular	Kuruluş Yönetimi, Sosyal Servis

BAKIM HİZMETLERİ KALİTE GÖSTERGELERİ KARTLARI

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Düşme oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH01
Kısa Tanım	Hizmet alanların kuruluşta düşme oranını ifade etmektedir.
Standart	Kuruluşta düşmeleri önleyici tedbirler alınmalı ve düşmeyi önleme talimatına uygun çalışmalar yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	(Düşme sayısı/ Hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Düşme kayıtları, tutanaklar
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Yılda iki kez
Sorumlular	Sağlık Servisi, Sosyal Servis, varsa Fizyoterapi Servisi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Acil durumda olay yerine ortalama ulaşma süresi izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH02
Kısa Tanım	Kuruluşta acil durumun olduğu mekâna, sorumlu personelin ortalama ulaşma süresidir.
Standart	Kuruluşta acil durum iletişim /kod sistemi etkin olarak kullanılmalıdır. Sorumlu personel belirlenmeli ve eğitilmelidir. Kuruluşlarda acil durumda olay yerine ulaşma süresini belirlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	Kod verildiğinde olay yerine ulaşma süresi ölçülür.
Veri Kaynağı	Kod sisteminin işleyişi ile ilgili yapılan tatbikatlarda elde edilen bilgiler
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Yılda iki kez
Sorumlular	Kuruluştaki tüm çalışanlar

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Ağız ve diş sağlığı bakımı amacıyla kontrol ettirilen hizmet alan sayısı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH03
Kısa Tanım	Hizmet alanların ağız ve diş sağlığı ve bakımı için düzenli olarak diş hekimi kontrolünden geçmeleri beklenmektedir.
Standart	Hizmet alanlar, diş hekimi tarafından muayene edilmelidir. Bunun için diş hekiminin kuruluşa gelmesi veya hizmet alanların diş hekimine ulaştırılması sağlanmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	(Ağız ve diş sağlığı, bakımı için kontrol ettirilen hizmet alan sayısı/Toplam hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Sağlık servisinde tutulan sağlık dosyaları
Hedef Değer	%80
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Sağlık Servisi, Kuruluş Yönetimi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Basınç ülseri/yarası görülme oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH04
Kısa Tanım	Yatağa bağımlı hizmet alanlarda basınç ülseri/yarası gelişme durumunun yüzde olarak oranını ifade etmektedir.
Standart	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.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, (Basınç ülseri/yarası gelişen hizmet alan sayısı/ Toplam yatağa bağımlı hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Hemşire gözlem formları
Hedef Değer	0
Veri Analiz Periyodu	Üç Aylık
Sorumlular	Sağlık Servisi, varsa Fizyoterapi Servisi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Kuruluş mortalite oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH05
Kısa Tanım	Mortalite, ölüm anlamına gelmektedir. Mortalite oranı, kuruluştaki ölümlerin tespiti ve izlenmesine yönelik oluşturulan ölçüm aracıdır.
Standart	Kuruluşta ölen hizmet alanlara yönelik kayıtlar tutulmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	(Kuruluşta ölen hizmet alan sayısı/ Toplam hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	-
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kuruluş Yönetimi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Malnutrisyon görülme oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH06
Kısa Tanım	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.
Standart	Hizmet alanların yeterli ve dengeli beslenmesine yönelik kayıtlar tutulmalıdır. Özellikle özel bakım ünitesinde bulunan bireylerin günlük beslenme durumları kaydedilmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, (Kuruluşta malnutrisyon gelişen hizmet alan sayısı/ Toplam hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Hemşire gözlem formları, sağlık dosyaları
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Üç Aylık
Sorumlular	Sağlık Servisi, Bakım Elemanları

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Obezite görülme oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH07
Kısa Tanım	Obezite, sağlığı bozacak ölçüde vücutta aşırı yağ birikmesidir (Kaynak: DSÖ). Obezite oranı bakım hizmeti sunan kuruluşlarda fazla yeme alışkanlığı ve/veya kısıtlı hareketlilik durumlarında sıklıkla görülmektedir. Obezite oranı, hizmet alanların aşırı beslenme durumu ve hareketlilik durumlarının tespiti ve izlenmesine yönelik bir ölçüm aracıdır.
Standart	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.
Hesaplama Yöntemi	(Kuruluşta obez olan hizmet alan sayısı/ Toplam hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Kilo takip kayıtları
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Yılda iki kez
Sorumlular	Sağlık Servisi, Kuruluş Yönetimi, varsa Fizyoterapi Servisi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Kesici-delici aletle yaralanma oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH08
Kısa Tanım	Kesici/delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptamak için geliştirilmiş ölçüm aracıdır. Bakım hizmeti sunan kuruluşlarda kesici/delici alet yaralanmaları çalışanların başına geleceği gibi hizmet alanların başına da gelebilmektedir.
Standart	Kesici/delici alet yaralanmalarının sıklığı, şekli ve nedenlerini saptanmalı ve kaydedilmelidir. Konu ile ilgili düzenleyici ve önleyici çalışmalar yapılmalıdır.
Hesaplama Yöntemi	Raporlanan kesici veya delici alet yaralanma sayıları toplamı / (Toplam hizmet alan sayısı + Toplam çalışan sayısı) x 100
Veri Kaynağı	Tutanaklar, güvenlik raporları
Hedef Değer	0
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kuruluş Güvenliği Ekibi, Hizmet Alan Güvenliği Ekibi, Hizmet Veren Güvenliği Ekibi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Sosyal faaliyetlere katılma oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH09
Kısa Tanım	Hizmet alanların kuruluş içinde veya dışında düzenlenen sosyal faaliyetlere katılma durumları ile düzenlenen sosyal faaliyetlerin sıklığının tespiti ve izlenmesi için geliştirilen ölçüm aracıdır.
Standart	Hizmet alanlar durumlarına göre kuruluş içinde veya kuruluş dışında düzenlenen sosyal faaliyetlere katılmaları konusunda desteklenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, [Sosyal faaliyetlere katılan hizmet alan sayısı/ (Toplam hizmet alan sayısı x düzenlenen sosyal faaliyet sayısı)] x100
Veri Kaynağı	Sosyal faaliyet katılım formları
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Üç Aylık
Sorumlular	Sosyal Servis

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Rekreasyon çalışmalarına katılım oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH10
Kısa Tanım	Rekreasyon, insanın çalışma ve zorunlu ihtiyaçları dışında kalan bağımsız ve boş zamanlarında, sağlığını geliştirecek, kişisel doyumunu artıracak ve zevk almasını sağlayacak bireysel ve/veya grup olarak yapılan etkinliklerdir. Rekreasyon çalışmalarına katılım oranı, hizmet alanların bireysel ve/veya grup olarak yapılan etkinliklere katılım durumlarının tespiti ve izlenmesine yönelik ölçüm aracıdır.
Standart	Kuruluşta hizmet alanların özelliklerine ve ihtiyaçlarına uygun rekreasyon çalışmaları düzenlenmelidir. İstekli veya ihtiyacı olan hizmet alanlar bu çalışmalara katılması için desteklenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	(Rekreasyon çalışmalarına katılan hizmet alan sayısı/ (Toplam hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Hizmet alan dosyaları, bireysel bakım planları
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kuruluştaki tüm çalışanlar

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**Günlük egzersiz yapan kişi sayısı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH11
Kısa Tanım	Günlük olarak düzenlenen bireysel veya grup egzersiz programlarına katılan kişilerin tespiti ve izlenmesi için geliştirilen ölçüm aracıdır.
Standart	Hizmet alanların durumlarına uygun olarak bireysel veya grup egzersiz programları düzenlenmelidir.
Hesaplama Yöntemi	İlgili dönemde, (Günlük düzenlenen egzersiz faaliyetlerine katılan hizmet alan sayısı/ Toplam hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Sorumlu tutulan birimde tutulan kayıtlar
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Üç Aylık
Sorumlular	Varsa Fizyoterapi Servisi, Sağlık Servisi

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI	**İstihdama katılım oranı izlenir.**
Gösterge Kodu	GBH12
Kısa Tanım	İstihdama katılan hizmet alanların tespiti ve izlenmesi için geliştirilen ölçüm aracıdır.
Standart	Kuruluşta 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.
Hesaplama Yöntemi	(İstihdam edilen hizmet alan sayısı/ Meslek edindirme kurslarına giden hizmet alan sayısı) x100
Veri Kaynağı	Hizmet alan dosyaları
Hedef Değer	-
Veri Analiz Periyodu	Yıllık
Sorumlular	Kuruluş Yönetimi, Eğitim Ekibi

TALİMATLAR

Talimat, hizmet verirken, yapılacak olan uygulamaların içeriğinin belirlenmiş ve herkes tarafından aynı uygulama yapılabilmesi için yazılı hale getirilmiş olan metinlere verilen genel addır. Engelli ve yaşlılara yönelik bakım hizmetleri sunulurken önemli olan on yedi (18) talimat bulunmaktadır. Bu talimatlar şunlardır;

1. Sözlü İstem Talimatı
2. Düşmeyi Önleme Talimatı
3. Yatağa Bağımlı Bireylerde Pozisyonlanma Talimatı
4. Basınç Ülseri/ Yarası Önleme Talimatı
5. Basınç Ülseri/Yarası Tedavi Talimatı
6. Bel Sağlığı Talimatı
7. Günlük Kişisel Temizlik Talimatı
8. Banyo Yaptırma Talimatı,
9. Vücut Silme Talimatı
10. Yatakta Saç Yıkama Talimatı
11. Ağız-Diş Bakım Talimatı
12. Saç-Sakal Tıraş Talimatı
13. El-Tırnak Bakım Talimatı
14. Ayak-Tırnak Bakım Talimatı
15. Sürgü-Ördek ile Tuvalet Kullanım Talimatı
16. Alt Bakımı Talimatı
17. Beslenme Talimatı
18. Öfke/Kriz Kontrol Odası Talimatı

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

SÖZLÜ İSTEM TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, acil müdahale gerektiren/mecbur kalınan durumlarda hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memurunun doktordan aldığı sözlü istemlerin uygulanmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.TANIMLAR

Sözlü İstem: Doktor tarafından acil durumlarda/mecbur kalındığında sözlü olarak verilen talimatlardır.

4.YETKİ-SORUMLULUK

4.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen sağlık hizmetlerinin uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

4.2 Kuruluşta Hizmet Veren Doktor

Kuruluşta kalan yaşlıların veya engellilerin sağlık durumlarının değerlendirilmesi, hastalıkların teşhis ve tedavisinden sorumludur.

4.3 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta görevli hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, doktordan aldığı talimatı uygulamaktan sorumludur.

5.UYGULAMA

- Sözel istemde bulunan hemşire doktora kendini tanıtır. Karşısındaki doktor da kendisini tanıtır. Sonra sözel istem verilecek hastanın kimlik bilgileri ayrıntılı olarak karşılıklı teyit edilerek istem kabul edilir.
- Herhangi bir sözel istem alındığında mutlaka kaydedilir.
- İstemde bulurken kısaltma kullanılmaz.
- Anlaşılmayan veya telaffuzu zor olan kelimeler ve yazılışı-okunuşu benzer isimli ilaç listesinde yer alan ilaçlara kodlama yapılır.

- Hekimden alınan ilaç istemi ve hasta kimlik bilgileri, hekime aynen “Geri Okunur” ve hekimin onayından sonra diğer adıma geçilir.
- Talimatı veren hekim tarafından 24 saat içerisinde istem kaydı imzalanarak yazılı onaylanır.

DÜŞMEYİ ÖNLEME TALİMATI

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

1. AMAÇ: Düşmeler en sık tıbbi bakım gerektiren durumlardır ve hastaneye yatış gerektiren yaralanma türüdür. Düşmenin önlenmesi bu nedenle büyük önem taşır. Kuruluşlarda düşmeye neden olabilecek faktörlerin belirlenip önlem alınması temel hedeftir.
2. KAPSAM: Kuruluştaki tüm birimleri kapsar.
3. YETKİ VE SORUMLULUKLAR:
   - Kuruluş güvenliği ekibi,
   - Hizmet alan güvenliği ekibi
4. UYGULAMA
   - Düşmeye neden olabilecek bireysel faktörler bilinmeli, (ileri yaş, önceki düşme hikayesi, bozulmuş denge, Polifarmasi, düşmeye neden olabilecek ilaç kullanımı, baş dönmesi, postüral hipotansiyon varlığı...)
   - Düşme riski olan bireyler değerlendirme yapılarak belirlenmeli (İtaki Düşme Riski Ölçeği, Berg Denge Testi...)
   - Birey düşme riskleri konusunda bilgilendirilmeli,
   - Bireye hizmet veren tüm personel durum hakkında bilgilendirilmeli,
   - Bireyler kuruluş içerisinde ayak tabanı kaydırmaz, ayağa tam oturan ve önü kapalı ayakkabı veya terlik giymeli,
   - Bireyin kognitif durumu uygun değilse ve düşme riski varsa mutlaka gözlem altında olmalı, devamlı gözlem mümkün olmadığı zaman aralıklarında emniyet kemeri sistemi ile yatakta veya koltukta güvenliği sağlanmalı,
   - Düşme riski tespit edilmiş olan bireyin odasının kapısına veya yatak başına dört yapraklı yeşil yonca figürü asılmalı,
   - Bireyin dengesini geliştirmeye yönelik uygulamalar yapılmalı (denge çalışması, alt ekstremite kuvvetlendirme gibi...),
   - Bireylerin ihtiyaçlarına uygun yardımcı ekipman sağlanmalı, doğru kullanım için eğitim verilmeli (walker, tripot, baston),

- Kuruluş binası ve bahçesi düşme riskini azaltmaya yönelik olarak düzenlenmeli,

- Kuruluş kullanım alanlarındaki aydınlatmalar düşme riski yaratmayacak şekilde net olmalı,
- Gece bina içi aydınlatmalar yerden yapılmalı ya da gece lambaları olmalı, ani parlak ışıktan kaçınılmalı,
- Yaşam alanlarında takılmalara neden olabilecek fazla eşyadan kaçınılmalı, kablolar duvar kenarlarında sabitlenmiş olmalı,
- Zeminler ıslak kalmamalı,
- Zeminler kaydırmaz materyalle döşenmiş olmalı,
- Eşyalar (sandalye, masa gibi) sağlam ve dengeli olmalı,
- Halı ve kilimler varsa sabitlenmiş olmalı,
- Tuvalet ve banyolarda fonksiyonel olarak yerleştirilmiş tutamaklar olmalı,
- Koridor ve merdivenlerde çift taraflı tutamaklar olmalıdır
- Kapı girişlerinde eşik olmamalıdır.

KAYNAKLAR:

1) Düşmelerin Nedenleri ve Önlenmesi Prof. Dr. Mehmet BEYAZOVA Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı, http://www.geriatri.org.tr/SempozyumKitap2011/11.pdf
2) YAŞLILARDA EV KAZALARININ ÖNLENMESİ VE EV KAZALARININ ÖNLENMESİNE YÖNELİK İÇ MEKAN ÇÖZÜMLEMELERİ, Arş. Grv. Arzu Ö. İlçe Arş. Grv. A. Cemil İlçe ve Prof. Dr. Alev Dıramalı, http://www.sdergi.hacettepe.edu.tr/makaleler/aiciad.pdf
3) A Nursing Guide to the Prevention and Management of Falls in Geriatric Patients in Long-term Care Settings, https://www.medscape.org/viewarticle/504373_4

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

YATAĞA BAĞIMLI BİREYLERDE POZİSYONLAMA TALİMATI

1. AMAÇ: Yatağa bağımlı, yatak içerisinde kendi pozisyonunu değiştirme bilincinde veya yetisinde olmayan bireylerin belirli aralıklarla pozisyonun değiştirilmesi ve yatak yarası gelişiminin önlenmesi.
2. KAPSAM: Kuruluşta kalmakta olan yatağa bağımlı, yatak içinde hareket yeteneği olmayan tüm bireyler.
3. YETKİ VE SORUMLULUKLAR:
   - Sağlık Personeli,
   - Bakım personeli
4. UYGULAMA:
   - Cildin günlük temizliğine özen gösterilmeli,
   - Terlemeler kontrol edilmeli ve cildin kuru kalması sağlanmalı,
   - Sabah-akşam tüm vücuda, özellikle basınç ülseri/yarasına hassas bölgelere (kemik çıkıntıların olduğu vücut alanları) nemlendirici kremle masaj yapılmalı,
   - Bireyin üzerindeki kıyafetlerin toplanmamasına, kırışıklık yaratmamasına dikkat edilmeli,
   - Bireyin tüm ekstremiteleri eklemlerin izin verdiği ölçüde yatak içerisinde hareket ettirilmeli,
   - İki saatte bir sağ, sol ve sırtüstü olmak üzere belirli bir düzen içerisinde pozisyonlama kurallarına riayet edilerek pozisyonlama yapılmalı,
   - Pozisyonlamaların akışının takibi için mutlaka çizelge kullanılmalı (ek 1)
   - Çarşaflar pamuklu kumaştan ve gergin şekilde serilmiş olmalı,
   - Bireyi ve pozisyon veren kişileri fiziksel zorlanmalardan korumak için ara çarşaf kullanılmalı,
   - Ara çarşaflar bireyin altında toplanmayacak şekilde katlanmış çarşaftan gergin bir şekilde oluşturulmalı,
   - Yatağa bağlı bireylerde mutlaka havalı yatak kullanılmalı,
   - Bireyin bol sıvı alması sağlanmalı,
   - Yeterli ve dengeli beslenmesi sağlanmalı (proteinden zengin diyet),
   - Doktorun belirlediği aralıklarda kilo ve genel sağlık kontrollerinin yapılması takip edilmelidir.

POZİSYONLAMA HAFTALIK TAKİP ÇİZELGESİ

YAŞLININ ADI :

SOYADI :

TARİH	06:00 SIRTÜSTÜ veya YARI OTURUR	08:00 SAĞ YAN (30° lik)	10:00 SOL YAN (30° lik)	12:00 YARI OTURUR veya YATAK KENARINDA OTURUR	14:00 SAĞ YAN	16:00 SOL YAN	18:00 YARI OTURUR veya YATAK KENARINDA OTURUR	20:00 SAĞ YAN (30°lik)	22:00 SOL YAN (30°lik)	24:00 SIRT ÜSTÜ	02:00 SAĞ YAN	04:00 SIRTÜSTÜ	NOTLAR
…/…/2019													
…/…/2019													
…/…/2019													
…/…/2019													
…/…/2019													
…/…/2019													
…/…/2019													

ÖZEL NOTLAR:

1-Sağ veya sol yana pozisyonlama yaparken; sırt 1-2 yastıkla desteklenmeli, bacak arasına üstteki bacağın ağırlığını alacak şekilde konulan yastık diz ve ayak bileği arasında olmalıdır,
2- Sırtüstü pozisyonlamada ayak bileği dik olacak şekilde ayak tabanı küçük bir yastıkla veya rulo çarşafla desteklenmelidir,
3- Yarı oturur pozisyonlarda yatak başı 30°'den fazla kaldırılmamalıdır,
4- Yaşlı yatarken yatak başına doğru hareket ettirileceğinde en az 2 personelle çarşaf yöntemiyle çekmeden ve sürtünmeye neden olmayacak şekilde hareket ettirilmelidir,
5- Yaşlının getirilen pozisyonda rahat olup-olmadığı sorulmalı veya gözlenmelidir,
6- Diğer sağlık personelinin yaşlı için verdiği bilgilere de dikkat edilmelidir,
7- Uygulamayı yapan personel adının baş harfi ve soyadını uygulamayı yaptığı saatin karşısına yazmalıdır(Ör: B.NACIR gibi),
8- Bu takip çizelgesi verilen her yaşlı için her gün doldurulur,
9- Not bölümüne yaşlıda görülen değişiklikler yazılmalıdır(Ör: Kızarıklık, şişlik, renk değişimi vb. gibi),
10- Pozisyonlama saatlerini atlayan, düzgün yapmayan, ve/veya pozisyonlamaları eksik yapan personel önce sözel olarak uyarılır, daha sonra da idareye durum ile ilgili olarak bildirilir.

KAYNAKLAR

1) Yatağa bağımlı hastalarda pozisyonlama takibi. Burcu Fırat. Bakım Hizmetleri ve Kalite Standartları Alanda Uygulama ve Değerlendirme Çalışması-III - BİLDİRİ KİTAPÇIĞI
2) Erhan, Belgin (2006), "Bası Yaraları", FTR Bil Der- J PMR Sci, Suppl (9), Sayfa 64-68.
3) Bozbaş, Gülnur Taşcı ve Gürer, Gülcan, (2011), "Bası Yaralarında Güncel Tedavi Yaklaşımları", Sakarya Medical Journal, No. 4, sayfa 118-125.
4) Şahin, Sevnaz ve Akçiçek Fehmi (2009), "Yaşlı Hastalarda Bası Yaralarını Önleme, Tanı ve Tedavisi", Akademik Geriatri Dergisi, Cilt 1, No.3, Sayfa 147-151.

BASINÇ ÜLSERİ/YARASI ÖNLEME TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, hizmet alanların vücutlarında basınç ülseri/yarası oluşmasını önlemek için gereken tedbirleri almak ve alınan tedbirlerin uygulanmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli hizmet alanlara yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen basınç ülseri/yarası oluşmaması için gereken önlemlerin alınması ve alınan önlemlerin uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

3.2 Kuruluşta Hizmet Veren Doktor

Kuruluşta kalan yaşlılarda veya engellilerde basınç ülseri/yarası oluşmaması için gereken önlemleri almak ve alınan önlemlerin uygulanmasından sorumludur.

3.3 Kuruluşta Hizmet Veren Fizyoterapist

Kuruluşta hizmet veren fizyoterapist, kuruluşta kalan yaşlılarda veya engellilerde basınç ülseri/yarası oluşmaması için gereken takipleri yapmak, gereken önlemleri almak ve alınan önlemlerin uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

3.4 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, kuruluşta kalan hizmet alanların vücudunda basınç ülseri/yarası oluşmaması için gerekli tedbirleri almak, bakım verenlerin Basınç Ülseri/Yarası Önleme Talimatının uygulamasının kontrolünden sorumludur.

3.5 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanların vücudunda basınç ülseri/yarası oluşmaması için gerekli tedbirleri almak ve talimatı uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Hizmet alan yatağa bağımlı ise;

- Cildin günlük temizliğine özen gösterilmeli,
- Terlemeler kontrol edilmeli ve kuru kalması sağlanmalı,
- Sabah-akşam tüm vücuda, özellikle yatak yarasına hassas bölgeler (kemik çıkıntılarının olduğu vücut alanları) nemlendirici kremlerle masaj yapılmalı,
- Hizmet alan, yatak içinde eklemlerin izin verdiği ölçüde hareket ettirilmeli,
- Gece 3 saati geçmeyecek, gündüz iki saatte bir sağ, sol, sırtüstü, yarı yüzüstü yatar pozisyonuna getirilmeli,
- Çarşaflar pamuklu kumaştan ve gergin serilmiş olmalı,
- Havalı yatak kullanılmalıdır.
- Hizmet alanın bol sıvı alması sağlanmalıdır.
- Yeterli ve dengeli beslenmesine özen gösterilmelidir.
- Doktorun belirlediği aralıklarda kilo ve genel sağlık kontrollerinin yapılması takip edilmelidir.

BASINÇ ÜLSERİ-YARASI TEDAVİ TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, hizmet alanların vücutlarında oluşan basınç ülseri/yarası tedavisi için gereken uygulamaları yapmak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen basınç ülseri/yarası tedavisi için gereken uygulamaların yapılmasının kontrolünden sorumludur.

3.2 Kuruluşta Hizmet Veren Doktor

Kuruluşta kalan yaşlılarda veya engellilerde oluşan basınç ülseri/yarası tedavisi için gereken önlemlerin alınmasından, tedavinin ve pansumanların yapılmasından sorumludur.

3.3 Kuruluşta Hizmet Veren Fizyoterapist

Kuruluşta hizmet veren fizyoterapist, kuruluşta kalan yaşlılarda veya engellilerde oluşan basınç ülseri/yarası tedavisi için gereken takipleri yapmak, gereken önlemleri almak ve alınan önlemlerin uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

3.4 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, bakım verenlerin Basınç Ülseri/Yarası Tedavi Talimatını yerine getirmekten sorumludur.

3.5 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanların vücudunda oluşan basınç ülseri/yarası tedavisi için verilen görevleri yerine getirmekten sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Bireyin yatak yarası varsa;
- Mutlaka havalı yatak kullanılmalı,
- Yatak yarası açılmış bölgenin pansumanı yapılmalı,

- Bölgenin hijyeni sağlanmalı,
- Hizmet alana diyetisyen kontrolünde protein ağırlıklı beslenme uygulanmalı,
- Bireyin pozisyonlamasında yara bölgesinin açıkta kalması sağlanmalı,
- Pozisyonlama 2 saatte bir olarak yara bölgesinin bulunduğu yer hariç diğer yönlere dönüşümlü olarak yapılmalıdır.

✓ Bir bölgeden fazla yerde yarası bulunan bulunanlarda 3 yönlü saat başı pozisyon verilebilir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

BEL SAĞLIĞI TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, hizmet verenlerin bel sağlığını korumak için yapması-yapmaması gerekenleri öğretmek, doğru transfer tekniklerini öğretmek doğru postür üzerinde vücut mekaniğini kullanarak hizmet vermelerini sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda görev yapan tüm hizmet verenleri kapsar.

3.TANIMLAR

Postür: Düzgün duruş demektir. Bir kişinin ayakta dururken, otururken veya uzanırken vücudunu tuttuğu pozisyondur. Vücut, en uygun pozisyondayken en iyi şekilde çalışır.

Portür: Taşıyan kişi demektir.

Rollboard: Hasta transfer etme amaçlı; üzerinde bulunan kendine has kumaşı sayesinde hastayı hareket ettirmeden kolay bir şekilde sedyeye, hasta yatağına veya ameliyat masasına rahat bir şekilde transfer etmeye imkan sağlayan araçtır.

4.YETKİ-SORUMLULUK

4.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen bel sağlığını korumak için uygulanması gereken tedbirlerin kontrolünden sorumludur.

4.2 Kuruluşta Hizmet Veren Fizyoterapist

Kuruluşta kalan yaşlı veya engellilere hizmet sunan hizmet verenlerin bel sağlığını koruyucu tedbirleri ve doğru transfer tekniklerini öğretmekten ve bu tedbirlerin uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

4.3 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta görevli hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, hizmet verenlerin bel sağlığını koruyucu tedbirleri uygulamasının kontrolünden sorumludur.

4.4 Hizmet verenler

Başta hizmet alanlara bakım hizmeti sağlayan hizmet verenler olmak üzere kuruluşta çalışan tüm hizmet verenler bel sağlığını koruma tedbirlerini almak ve uygulamaktan, doğru transfer yöntemlerini uygulamaktan sorumludurlar.

5.UYGULAMA

Gereksiz zorlama ve yaralanmalara engel olmak için sağlık personeli/hizmet veren aşağıdaki kurallara uygun davranmalıdır;

- Hastaya yakın mesafede çalışılmalıdır.
- Daha uzun ve kuvvetli kas grupları kullanılmalıdır.
- Sırtın gerginliğini korumak için dizler ve kalçalar bükülmelidir.
- Yerden destek alacak şekilde her iki ayağı kullanarak biri diğerinden biraz öne yerleştirilmelidir.
- Kalkarken, ağırlığı kalça kaslarına vererek dizler en uygun biçimde doğrultulmalıdır.
- Baş her zaman düz tutulmalı, orta hatta ve düzgün bir şekilde hareket ettirilmelidir.
- Yavaş ve düzgün adımlarla yürümek gerekir, adımlar omuzdan daha geniş olmamalıdır.
- Ağırlık kaldırırken karın muntazam tutulup, kalça kasılmalıdır
- Omuzlar, leğen kemiğinin ve omuriliğin hizasında olmalıdır.
- Yön değiştirirken ani dönme ve bükülmelerden kaçınılmalıdır.
- Hasta mümkün olduğunca az hareket ettirilmelidir.
- Hasta baş-boyun-gövde ekseni esas alınarak en az 6 destek noktasından kavranmalıdır.

5.1. Hasta taşımak iyi bir ekip çalışması gerektirir. Tüm hareketleri yönlendirecek sorumlu bir kişi olmalı, bu kişi hareketler için gereken komutları vermelidir. Bu kişi genellikle ağırlığın en fazla olduğu ve en fazla dikkat edilmesi gereken bölge olan baş ve boyun kısmını tutan kişi olmalıdır.

5.2. Hastanın kaldırılması için işleme başlamadan ne tür yardıma ve ekipmana ihtiyaç olduğunun saptanması için, hasta ve çevresi hastanın hemşiresi tarafından değerlendirilir.

5.3. Hastanın kaldırılmasında ne tür tekniğe ve kaç kişiye ihtiyaç olduğu belirlenir.

5.4. Eğer hasta anlayabilecek durumda ise, kendisine bilgi verilir ve işbirliği sağlanır.

5.5. Hastayı kaldırmaya başlamadan önce gereksiz ekipmanlar yatak çevresinden uzaklaştırılır, yatak/ sedye/tekerlekli sandalye frenleri kontrol edilip, uygun şekilde yerleştirilir ve kilitlenir.

6. Hasta aşağıdaki işlem basamaklarına uygun bir şekilde kaldırılır ve taşınır;

6.1. Hastanın Sedye ile Taşınması

6.1.1. Rollboard Kullanılarak Hastayı Yataktan Sedyeye/Sedyeden Yatağa Taşımak

- Sedye yatağa paralel, yatak ile aynı seviyeye getirilir,
- Hasta yatağında yan döndürülür, çarşafın altına rollboard ilerletilir,
- Hasta rollboard üzerine alındıktan sonra, bir kişi hastanın baş tarafına, diğer kişi ayak ucuna geçer,
- Hasta çarşafla birlikte rollboard üzerinden kaydırılarak sedyeye alınır.

6.1.2. Çarşaf Kullanılarak Hastanın Yataktan Sedyeye/Sedyeden Yatağa Alınması

- Hasta yatağında yan döndürülür,
- Çarşaf, hastanın sırtı tarafına yatağın üzerine serilir,
- Hasta, çarşaf üzerine döndürülür ve çarşaf içine alınır,
- Sedye yatağa paralel olarak yerleştirilir,
- Hasta sedyeye, yavaş hareketlerle çarşaf ile aktarılır.

6.1.3. Üç Kişiyle Hastanın Sedyeden Yatağa / Yataktan Sedyeye Alınması

- Sedye karyolanın arka ucuna paralel ve uzunlamasına konur,
- Üç kişi sedyenin aynı tarafında yan yana durur, hastanın kolları göğsünde çaprazlaştırılır,
- Bir kişi hastanın baş tarafına geçerek boynu ve omuzları alttan kavrar,
- İkinci kişi ortada bulunur, hastanın bel ve kalçasını alttan kavrar,
- Üçüncü kişi hastanın diz altı ve ayak bileklerinden kavrar,
- Aynı anda hareketle, hep birlikte hasta kaldırılır,
- Birer adım geri atılır ve hasta yatağa yatırılır.

6.1.4. Hastanın sedye ile transferinde aşağıdaki maddelere dikkat edilmelidir;

- Transferler mutlaka hemşire-porter refakatinde yapılmalı,
- Hastaya rahat bir pozisyon verilerek sedyenin kenarlıkları kaldırılmalı,
- Sedyenin baş tarafı gidiş yönünde olmalı,

- Hastanın üstü örtülü olmalı, hasta dosyası sedyeye konmamalıdır.

6.1.5. Hasta taşıma lifti kullanılarak hizmet alanın taşınması;

- Hizmet alanın yatağından sandalyeye/sedyeye taşınmasına izin veren motorlu aletlerdir.
- Hastanın altına uçları taşıma liftine bağlanacak olan kalın branda kumaşından yapılmış taşıma aparatı yerleştirilir
- Bu aparat hizmet alanın sırtını, boynunu da destekleyecek şekilde bacaklarının arasından da geçer ve 4 ucu taşıma liftine kanca ile bağlanır.
- Uygulama sırasında en az iki personelin bulunması gerekir.
- Hizmet alan yerleştirilip kancalar takıldıktan sonra bir kişi taşıma liftinin kumandasından hastayı kaldırır , yatak ile temas kesilince taşıma liftini hareket ettirerek hizmet alanı yerleştireceği yerin üzerine getirerek kumanda ile yavaş yavaş indirir. Diğer kişi bu arada hizmet alana temas ederek yumuşak ve doğru pozisyonlamak için yardım eder.
- İstenilen yere transfer yapıldıktan sonra kancalar çıkarılır, eğer gerekli ise taşıma aparatı hizmet alanın altından alınır.

6.2. Hastanın Tekerlekli Sandalye ile Taşınması

6.2.1. Hastanın Yataktan Tekerlekli Sandalye/Tekerlekli Sandalyeden Yatağa Alınması

- Hastanın kollarını birbirine çapraz yapması söylenir,
- Birinci kişi, kollarını hastanın her iki koltuğu altından geçirerek hastanın çapraz yapmış olduğu kollarını kavrar,
- İkinci kişi dizlerinden hastanın bacaklarını kavrar,
- Her iki kişi, hastayı birlikte kaldırarak tekerlekli sandalyeye/yatağa yerleştirir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

GÜNLÜK KİŞİSEL TEMİZLİK TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, hizmet alanların yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle günlük kişisel temizliklerini yapamaması halinde vücutlarının belli bölgelerinin günlük temizliğinin yapılmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen günlük kişisel temizlik hizmetlerinin uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

3.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, kuruluşta kalan hizmet alanların günlük kişisel temizliklerinin yapıldığının kontrolünden sorumludur.

3.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanların Günlük Kişisel Temizlik Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Hizmet alan günlük kişisel temizliğini yapamıyorsa veya yatağa bağımlı ise, temiz pamuklu bir bezle:

- Gözleri, kulakları, burnu,
- Yüzü, boynu,
- Elleri, ayakları temizlenmelidir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

BANYO YAPTIRMA TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan yatılı kuruluşlarda, hizmet alanların yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle banyolarını kendilerinin yapamaması halinde ihtiyaç duydukları desteğin sağlanması veya banyolarının yaptırılmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen banyo yaptırma hizmetlerinin kontrolünden sorumludur.

3.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, kuruluşta kalan hizmet alanların banyo yaptırılmasının kontrolünden sorumludur.

3.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanlar için Banyo Yaptırma Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Hizmet alan banyosunu kendi yapamıyorsa;
- Hizmet alan sağlam bir oturağa oturması sağlanmalı,
- Banyo yaptırılan alanda destek almak için uygun tutma barları olmalı,
- Su sıcaklığı uygun hale getirilmeli,
- Cilt ve saç özelliğine göre sabun ya da şampuanla saçlar yıkanmalı,
- Vücudu kendine ait lifle sabunlanmalı ve durulanmalıdır.
- Bu işlem en az iki kez tekrarlanmalıdır.
- Tek kullanımlık banyo tıraş aletleri ile koltuk altları ve mahrem yerlerindeki istenmeyen tüyler alınmalıdır.
- Banyo sonrası hizmet alanın kendisine özel havlusu kullanılmalı ve banyoya alınırken ve banyodan çıkarken mahremiyetine dikkat edilmelidir.
- ✓ Yatağa bağımlı hizmet alanlar için yıkama sedyesi kullanılarak aynı işlemler uygulanmalıdır.

- Hizmet alanın yıkanamadığı durumlarda tüm vücut temiz pamuklu bir bezle önce sabunlu suyla silinmeli, sonra duru suyla silinmelidir. Bu işlem için durulanma gerektirmeyen vücut silme lifleri (tek kullanımlık) kullanılabilir.
- Banyo sonrası vücuda nemlendirici krem sürülmelidir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

VÜCUT SİLME TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan yatılı kuruluşlarda, hizmet alanların yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle banyolarının yaptırılamaması halinde vücutlarının silinmesini sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen vücut silme hizmetlerinin kontrolünden sorumludur.

3.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, gerekli hallerde kuruluşta kalan hizmet alanların vücutlarının silinmesinin kontrolünden sorumludur.

3.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanlar için Vücut Silme Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Hizmet alanın banyo yapamadığı ya da yaptırılamadığı durumlarda;

  Temiz pamuklu bir bez ve ılık sabunlu su ile;

- Gözler, burun, kulaklar, boyun, yüz, ağız silinmeli,
- Kollar, koltuk altları, mahrem bölgesi ve tüm vücut yumuşak hareketlerle temizlenmeli,
- Bu işlem en az iki kere tekrarlanmalı,
- Temiz duru su ile durulanmalı ve kurulanmalı,
- Temizlenme sonrası cilde nemlendirici krem kullanılmalı,
- Temizlik sonrası vücuttaki kızarık ve değişiklikler kontrol edilmelidir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

YATAKTA SAÇ YIKAMA TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan yatılı kuruluşlarda, hizmet alanların yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle banyolarının yaptırılamaması halinde yatakta saçlarının yıkanmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen yatakta saç yıkama hizmetlerinin kontrolünden sorumludur.

3.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, gerekli hallerde kuruluşta kalan hizmet alanların yatakta saç yıkanmasının kontrolünden ve takibinden sorumludur.

3.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanlar için Yatakta Saç Yıkama Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

Saç temizliğinin yatakta yapılması gereken durumlarda;

- Saç yıkama küveti varsa, enseye uygun şekilde yerleştirilmeli, yoksa kişinin başı yatak kenarına getirilmeli ve boyundan kovanın içine bir muşamba yerleştirilmeli,
- Enseye yumuşak bir havlu konulmalı,
- Suyun sıcaklığı kontrol edilmeli,
- Saçlar sabun ya da şampuanla yıkanmalı, durulanmalı,
- En az iki kez tekrarlanmalı,
- Havlu ile saçın nemi alınmalı, gerekirse uzaktan fön makinası tutulmalı, saçlar taranmalı,

- Yıkandıktan sonra yastığın üzerine havlu serilmelidir.
- Eğer mümkünse yatakta saç yıkamaya özel geliştirilmiş durulanma gerektirmeyen saç yıkama bonesi kullanılmalıdır.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

AĞIZ-DİŞ BAKIM TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan yatılı kuruluşlarda, hizmet alanların yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle ağız ve diş bakımını yapamaması halinde ağız ve diş bakımının yapılmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen ağız-diş bakımı hizmetlerinin kontrolünden sorumludur.

3.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, gerekli hallerde kuruluşta kalan hizmet alanların ağız-diş bakımı hizmetlerinin yapılmasının kontrolünden sorumludur.

3.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanlar için Ağız-Diş Bakımı Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Birey ağız-diş bakımı yapamıyorsa;
- Dişler günde 3 kez yemeklerden sonra, diş fırçası ve macun ile fırçalanmalıdır.
- ✓ Hizmet alan spastik çeneye sahipse;
- Karbonatlı gazlı bez ya da ağız bakım setleri ile,
- Yumuşak hareketlerle temizlenmelidir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

SAÇ-SAKAL TIRAŞ TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, hizmet alanın yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle saç-sakal tıraşını yapamaması halinde saç-sakal tıraşının yapılmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen saç-sakal tıraşının yapıldığının kontrolünden sorumludur.

3.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, kuruluşta kalan hizmet alanların saç-sakal tıraşının yapıldığının kontrolünden sorumludur.

3.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanların Saç-Sakal Tıraşı Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Tıraş yaparken;
- Önce cilt sıcak su, sıcak havlu veya tıraş jeli ile yumuşatılmalı,
- Yüze ve boyna jel ya da köpük dairesel hareketler ile dağıtılmalı,
- Tıraş elmacık kemiklerden başlanarak çene bitimine kadar devam etmeli,
- En sonunda boyun için, aşağıdan yukarı hareketler ile tıraş tamamlanmalıdır.
- Bıyık için dudak üstü tıraş edilirken ağız bölgesi gerilmeli ve yukarıdan aşağıya doğru tıraş edilmelidir.
- Tıraş sonrası cilt durulanmalı ve kurulanmalıdır.
- Cilt kuruma yaratacağından dolayı yumuşatıcı krem kullanılmalıdır.

- Tıraş bıçağının temiz olması ve kişiye özel olmasına dikkat edilmelidir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

EL-TIRNAK BAKIM TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, hizmet alanların yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle el-tırnak bakımını yapamaması halinde el ve tırnak temizliğinin-bakımının yapılmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen el-tırnak bakımının yapılmasının kontrolünden sorumludur.

3.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, kuruluşta kalan hizmet alanların el-tırnak bakımı yapılmasının kontrolünden sorumludur.

3.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanların El-Tırnak Bakımı Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Yatan hastalarda eller her öğünden önce ve sonra sabunlu su ile ıslatılmış temiz bez veya bu amaçla kullanılan temizlik malzemeleri ile temizlenmelidir.
- ✓ Günlük yaşam aktivitelerinde desteğe ihtiyacı olan hizmet alanların her öğün öncesi ve sonrası ellerini su ve sabun ile yıkamaları desteklenmelidir.
- ✓ Ellerin bakımı için haftada en az bir kez;
- Eller bol su ve sabunla yıkanmalı,
- Tırnaklar oval olarak kesilmeli ve törpülenmeli,
- Temiz el havlusu ile kurulanmalıdır.
- Yumuşatıcı krem sürülmelidir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

AYAK-TIRNAK BAKIM TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, hizmet alanların yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle ayak-tırnak bakımını yapamaması halinde ayak ve tırnak temizliğinin-bakımının yapılmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen ayak-tırnak bakımının yapılmasının kontrolünden sorumludur.

3.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, kuruluşta kalan hizmet alanların ayak-tırnak bakımı yapılmasının kontrolünden sorumludur.

3.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanların Ayak-Tırnak Bakımı Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Ayak-tırnak bakımı için haftada en az bir kez;
- Ayaklar ılık su ve sabun (ya da şampuan) ile yumuşatılmalı,
- Topuklardaki fazla deri uzaklaştırılmalı,
- Tırnakların batmasını önlemek için tırnak etine yakın olmayacak ve düz bir şekilde kesilmelidir.
- Tırnak kesiminden sonra yıkanmalı, parmak araları kurulanmalı,
- Vazelin ile yumuşatılmalıdır.
- Hizmet alan yatağa bağımlı ise banyo veya yatak banyosu sonrası tırnak kesme ve vazelin ile yumuşatma yapılmalıdır.

SÜRGÜ/ÖRDEK İLE TUVALET KULLANIM TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, hizmet alanın çeşitli nedenlerle tuvalet kullanamaması durumunda sürgü-ördek kullanımı ile boşaltımın yapılmasını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.TANIMLAR

Gaita: İnsan dışkısıdır.

Kolostomi: Kalınbağırsağın hastalıklı kısmının alınıp geriye kalan kısmının ameliyatla karın ön duvarına dikilerek dışarıya açılmasıdır. Bu işlem sırasında kolonun bir ucu karın duvarındaki bir kesiden yönlendirilerek stoma (ağıza benzeyen küçük delik) oluşturulur. Kolostominin başlıca fonksiyonu, barsak içeriğinin stoma aracılığı ile dışarı atılmasını sağlamaktır. Kolostomilerde stoma genellikle karnın sol alt tarafında açılır.

Stoma: Ağıza benzeyen küçük deliktir.

4.YETKİ-SORUMLULUK

4.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen Sürgü-Ördek ile Tuvalet Kullanım Talimatı uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

4.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta görevli hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, Sürgü-Ördek ile Tuvalet Kullanım Talimatını uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

4.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanlar için Sürgü-Ördek ile Tuvalet Kullanım Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

5.UYGULAMA

- ✓ Boşaltım ihtiyacının tuvalet kullanarak yapılamaması durumda mahremiyetine özen gösterilerek;
- Yatağın kirlenmesini önlemek için yatağa sıvı geçirmez örtü serilmeli,

- Kullanırken yardıma ihtiyacı varsa destek olunmalı,
- İdrar ve büyük abdestin rengi ve görünümü kontrol edilmeli,
- Kullanım sonrası kişinin temizlenmesi sağlanmalı**,**
- Kullanım sonrası sürgü-ördek mikrop öldürücüler ile temizlenmelidir.

İdrar ve gaitanın normal yollarla yapılamadığı özel durumlarda kolostomi ve adaptör temizliği hemşirenin talimatlarına uygun yapılmalıdır.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

ALT BAKIMI TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan yatılı kuruluşlarda, hizmet alanların yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle boşaltım ihtiyacını tuvalete yapamaması halinde alt bakımını sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.TANIMLAR

Mensturasyon: Adet kanamasını tarif etmek için dilimizde halk arasında farklı ifadeler kullanılmaktadır. Bunlar arasında en sık rastlanılanları "aybaşı olmak", "adet olmak", "adet görmek", "regl olmak", "menstruasyon kanaması görmek" ifadeleridir. Menstruasyon İngilizce'de adet kanamasının tam karşılığı olan menstruation kelimesinden dilimize aktarılmıştır.

4.YETKİ-SORUMLULUK

4.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen Alt Bakımı Talimatı uygulamasının kontrolünden sorumludur.

4.2 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, alt bezi kullanan hizmet alanlara Alt Bakımı Talimatı uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

4.3 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan, alt bezi kullanan hizmet alanlar için Alt Bakımı Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

5.UYGULAMA

- ✓ Bez değişiminde;
- Hizmet alan sırtüstü pozisyona getirilmeli,
- Bacakların, mümkün olduğunca dizlerden bükülü durması istenmeli,

- Kirli bez çözülmeden önce hastanın altına hasta alt bezi veya yeni bez yatağa bulaşmayı engellemek amacıyla serilmeli,
- Kirli alt bezi çözülmeli,
- Hastanın altı ılık suda ıslatılmış pamuk ile temiz bölgeden kirli bölgeye doğru (önden-arkaya) silinmeli, hastanın altı temizlenene kadar işlem tekrar edilmeli, temizlik sonrası ıslak bölge kalmamalı ve gözlemlenen kızarıklık varsa sağlık birimine haber verilerek gerekli uygulama yapılmalı,
- Mahremiyetine saygı gösterilerek temizleme işlemi önden arkaya temiz bir bezle tamamlanmalı,
- Alt bezi hazırlanmalı,
- Beli yukarı kaldırması desteklenerek temiz alt bezi bağlanmalıdır.
- Menstruasyon hali bulunan hizmet alanların menstruasyon takibi yapılmalıdır. Mahremiyetine özen gösterilerek, temizliği önden arkaya yapılmalı ve pedi, ihtiyaca uygun belirlenen sıklıklarla değiştirilmelidir.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

BESLENME TALİMATI

1.AMAÇ

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, hizmet alanların yatağa bağımlı olması veya çeşitli nedenlerle beslenmesini kendisinin yapamaması halinde beslenme hizmetini sağlamak.

2.KAPSAM

Yaşlı veya engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

3.1 Kuruluş Müdürü

Bu talimatta geçen beslenme hizmetlerinin uygulanmasının kontrolünden sorumludur.

3.2 Kuruluşta Hizmet Veren Beslenme ve Diyet Uzmanı/Diyetisyen

Kuruluşta hizmet veren Beslenme ve Diyet Uzmanı/Diyetisyen kuruluşta kalan hizmet alanların günlük beslenme hizmetinin yapıldığının kontrolünden sorumludur.

3.3 Hemşire/Acil Tıp Teknikeri/Sağlık Memuru

Kuruluşta hizmet veren hemşire/acil tıp teknikeri/sağlık memuru unvanlarına sahip sağlık personeli, kuruluşta kalan hizmet alanların günlük beslenme hizmetinin yapıldığının kontrolünden sorumludur.

3.4 Bakım Hizmetinden Sorumlu Hizmet Verenler

Kuruluşta kalan hizmet alanların Beslenme Talimatını uygulamaktan sorumludurlar.

4.UYGULAMA

- ✓ Hizmet alan yemeğini tek başına yiyemiyorsa;
- Yemek öncesi eller temizlenmeli,
- Bireyin dik oturması sağlanmalı,
- Yemek öncesi varsa takma diş, gözlük, işitme cihazı takılmalı,
- Geniş ve kenarlıklı tabak, kulplu ve hafif bardak ve kalın saplı uygun çatal-kaşık kullanılmalıdır.
- ✓ Hizmet alana yemek yedirirken;

- Kaşık ve çatal ağız seviyesinde tutulmalı,
- Yiyecekler küçük lokmalar ve kaşığı tam doldurmadan verilmeli,
- Yutmakta zorlanıyorsa, yumuşak kıvamda ya da püre şeklinde ezilerek verilmeli,
- Yemeği kolay yutabilmek için arada sıvı gıdalar verilmelidir.

✓ Hizmet alanın öğünlerinde;

- Bir öğünde çok yemek yerine az ve sık yedirilmeli,
- Protein değeri yüksek püreler hazırlanmalı,
- Günlük en az 8-10 bardak sıvı alması sağlanmalıdır.

T.C. AİLE, ÇALIŞMA VE SOSYAL HİZMETLER BAKANLIĞI

ÖFKE/KRİZ KONTROL ODASI TALİMATI

1.AMAÇ

Engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşlarda, kendine ya da başka birine zarar verme girişimi sırasında güvenliği ve önleme müdahalesinin nitelikli şekilde gerçekleştirilmesini sağlamak.

2.KAPSAM

Engelli bireylere yönelik hizmet sunan kuruluşları kapsar.

3.YETKİ-SORUMLULUK

Mesai saatleri içinde:

Kuruluş Müdürü, Psikolog, Sosyal Çalışmacı, Hemşire, Güvenlik personeli

Mesai saatleri dışında:

Nöbetçi amir, Hizmet verenler, Güvenlik personeli

4.UYGULAMA

4.1 Hizmet verenler krize müdahale/öfke kontrolü eğitimi almış olmalıdır.

4.2 Kendine ya da başka bir hizmet alana zarar verme girişimi sırasında müdahale eden hizmet verenler:

- Diğer hizmet alanları ortamdan uzaklaştırmalı ve ortama dışarıdan müdahaleleri önlemeli,
- Risk yaratacak araçlar ve eşyalar kontrol edilmeli ve ortamdan uzaklaştırmalı,
- Müdahale sırasında hizmet alanlar; iş birliği içinde çalışması ve soğukkanlı davranmaları gerektiğini bilmelidir.

4.3 Müdahalenin tüm aşamalarında hizmet verenler, aşağıdaki ilkeler doğrultusunda yaklaşım sergilemelidir;

Yapılması gerekenler;

- Sakin olun ve sabırlı davranın,
- Durumunu ciddiye aldığınızı ve onu umursadığınızı hem sözel hem sözel olmayan davranışlarınızla gösterin,
- Saygı gösterin, özenli davranın,

- İçten ve dürüst davranın,
- Tüm konuşma süresince açık, net, kısa ifadeler kullanın,
- Çok dikkatli ve empati kurarak dinleyin,
- Yalnız olmadığını ifade edin, (*Yalnız değilsin. Senin için buradayız…)*
- Duygularını ifade etmesini sağlayın, bu duyguları anladığınızı empati ile gösterin,
- Sorunlarına alternatif çözümler bulunabileceğine dair umut verin.

<u>Yapılmaması gerekenler;</u>

- Panik ve şok halinde davranmayın,
- Öğüt, nasihat, tavsiye vermeyin,
- Tartışmayın, yargılamayın, önemsizleştirmeyin,
- Konuşmasını kesmeyin, araya girmeyin,
- Otoriter ve hükmedici davranmayın,

4.4 Olay nöbet sürecinde gerçekleşmiş ise kuruluş idarecisine bilgi verilir.

4.5 Müdahalede görevli hizmet verenler tarafından "Tutanak" tutulur. Daha sonra ilgili meslek personeli tarafından görüşme yapılarak durum değerlendirilmeli ve mesleki çalışma başlatılmalıdır.

FORMLAR

Hizmet alanların her yönüyle değerlendirilmesi için geliştirilmiş olan formların yer aldığı "Formlar" bölümü tamamıyla örnek amaçlı konulmuş formlardan oluşmaktadır. Hizmeti sunanlar bu formları kullanabileceği gibi uluslararası geçerliliği olan veya kendi kuruluşlarının ihtiyaçlarına göre geliştirdikleri formları da kullanabilirler. Bu bölümde yer alan formlar şunlardır;

- Fizyoterapi Değerlendirme Formu
- Beslenme Durumu Değerlendirme Formu
- Hemşirelik Değerlendirme Formu
- İlk Kabul Muayenesi Formu
- Hizmet Alan Psikolojik Değerlendirme Formu
- Hizmet Alan İlk Kabul Formu
- Haftalık Bireysel Bakım Planı Örneği

FİYOTERAPİ DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI:	TARİH:
DOĞUM TARİHİ-YERİ:	KABUL TARİHİ:
MESLEĞİ:	EĞİTİM DÜZEYİ:
TEŞHİSİ:	KULLANDIĞI İLAÇ SAYISI:
ENGELLİLİK DURUMU:	KULLANDIĞI PROTEZ:

YÜRÜME YARDIMCISI KULLANIYOR MU?

Yatağa bağımlı		Tripot	
Tekerlekli sandalye		Ortez	
Walker		Kanadyan	
Kuatripot		Baston	

GÜNLÜK YAŞAM AKTİVİTELERİNDEKİ BAĞIMSIZLIK DURUMU*

Yemek yeme		Banyo	
Giyinme		Tuvaleti kullanabilme	
Transfer		Kişisel Hijyen	
Yatakta hareket		Çevresel Hijyen	

***Bağımsız-0 puan, Kontrollü-1 puan, Yardımlı-2 puan, Bağımlı-3 puan**

GYA ÖNERİ EK DEĞERLENDİRME FORMU

Lawton-Brody Enst. Günlük Aktivite Sk	
Barthel Günlük Yaşam Aktiviteleri Sk.	

YATAK YARASI

YOK		Yeri	
VAR		Derecesi	

İNKONTİNAS DURUMU

YOK		Sonda	
VAR		Bez	

KOGNİTİF DEĞERLENDİRME

Hangi yıldayız?	
Hangi şehirdeyiz?	
Haftanın günlerini sayınız:	

POSTÜR ANALİZİ

ÖN	
ARKA	
LATERAL	

NORMAL EKLEM HAREKETİ

ALT Ekstremite	
ÜST Ekstremite	

GROSS KAS TESTİ

ALT Ekstermite	
ÜST Ekstremite	

TONUS DEĞERLENDİRMESİ

	Tonik	Hipotonik	Spastik
ALT Ekstermite			
ÜST Ekstremite			

DENGE VE YÜRÜYÜŞİ ÇİN ÖNERİ EK DEĞERLENDİRME FORMLARI

Berg Fonksiyon Denge Skalası	
Mobilite Değerlendirmesi	
Reflex test	
Ayress duyu algı motor testi	

SOLUNUM DEĞERLENDİRME ÖLÇEKLERİ

Solunum tipi	
Çevre ölçümü	
Solunum Sayısı	

ESKİ ALIŞKANLIKLAR VE HOBİLERİ

FİZİKSEL ŞİKAYETLERİ

ÖNERİLEN PROGRAM

FİZYOTERAPİST

BESLENME DURUMU DEĞERLENDİRME FORMU

Adı-Soyadı:
GENEL BİLGİLER
1.Doğum Tarihi:…/…/….
2.Yaşı:……..(yıl)
3.Cinsiyetiniz: 1-Erkek 2-Kadın
4.Medeni Durumunuz: 1- Evli 2- Bekar 3- Boşanmış 4- Dul
5.Eğitim Durumunuz: 5- Okur-yazar değil 6- Okur-yazar 7- İlkokul 8- Ortaokul 9- Lise 10- Yüksekokul
6.Mesleğiniz: 1- Ev kadını 2- Emekli 3- Çalışıyor(……..) 4- İşçi 5- Serbest meslek 6- Diğer(belirtiniz……..)
AĞIZ SAĞLIĞI
7.Protez(takma) dişiniz var mı? 1- Evet 2- Hayır a. Bir kısmı kendi dişim bir kısmı protez b. Alt c. Üst d. Hepsi 8.Eksik dişiniz var mı? 1- Yok 2- Var ……. Adet

9.Diş problemleriniz yemek yemenize engel oluyor mu?

1- Hayır
2- Evet ama sadece katı yiyeceklerde
3- Evet hemen hemen tüm yiyeceklerde

BESLENME DURUMU

10.Yemeklerinizi kim hazırlıyor?

1-Kendim 2-Eşim 3-Çocuğum
4-Bakıcı 5- Huzurevi aşçısı 6-Diğer(belirtiniz)

11.Yemeklerinizi genellikle kimlerle tüketiyorsunuz?

1-Tek başına 2-Eşimle 3-Ailemle
4-Bakıcı 5-Huzurevi sakinleriyle 6-Diğer(belirtiniz)

12.Genellikle günde kaç öğün yemek yersiniz?

Ana öğün…….defa Ara öğün……defa

13.Günde kaç bardak su tüketirsiniz?.....su bardağı……L

ANTROPOMETRİK ÖLÇÜMLER

Boy(cm)……. Vücut Ağırlığı(kg)……

Diz yüksekliği(cm)…….. Baldır çevresi (cm)……

Genel beslenme durumu ve malnütrisyonun değerlendirilmesi için Mini Beslenme Değerlendirmesi (Mini Nutritional Assessment-MNA)Kullanınız.

HEMŞİRELİK DEĞERLENDİRME FORMU

Sistem Değerlendirmesi

Solunum Sistemi

Solunum Tipi	Derin		Yüzeyel			
Solunum Derinliği Ve Ritmi	Ritmik		Aritmik			
Solunum Sayısı	/dk					
Solunum Sesleri	Normal		Raller/Ronkus		Wheezing	
Sekresyon	Var		Yok		Bazen	
Sigara Alışkanlığı	Yok		Var		Bırakmış	
			Adet/Gün		Ne Zaman	
			Kaç Yıldır		Yıl Kullanmış	

Kardiyovasküler Sistem

Kan Basıncı				
Nabız Hızı Ve Ritmi				
Venöz Dolgunluk	Var		Yok	
Kalp Pili	Var		Yok	

Kardiyovasküler Sisteme İlişkin Hastalıklar

Hipertansiyon		Miyokart Enfarktüsü	
Diabetes Mellitus		Hiperlipidemi	
Konjestif Kalp Yetmezliği		Obesite	
Koroner Arter Hastalığı		Hipotroidi	
Demir Eksikliği Anemisi		Hipertroidi	
Diğer			

Sindirim Sistemi

Dişlerin Değerlendirilmesi	Kendi		Takma			
Ağız Mukozasının Değerlendirilmesi	Bütün		Yara		Enfekte	
İştah Durumu	Kötü		Orta		İyi	
Yutma Güçlüğü	Var		Yok		Bazen	
Hazımsızlık yakınmaları	Var		Yok		Bazen	
Bağırsak Sesleri						

Defekasyon/Bağırsak Alışkanlığı	24 Saatte		48 Saatten Fazla			
	48Saatte		Konstipasyon			
Fekal İnkontinans	Var		Yok		Bazen	

Sindirim Sistemine İlişkin Hastalıklar

Gastrit-Ülser		Kolesistektomi	
Hemoroid		Ca Varlığı	
Kolesistektomi		Obesite	
Reflü		Herni	
Diğer			

Genitoüriner Sistem

İdrara Çıkma Şekli, Miktarı, Rengi					
Üriner İnkontinans	Var		Yok		Bazen	
Cinsel Yaşamı	Aktif		Aktif Değil			

Genitoüriner Sisteme İlişkin Hastalıklar

İdrar Yolu Enfeksiyonu		Bening Prostat Hiperplazisi	
Pelvik Prolapsus		Ca Varlığı	
Kronik Böbrek Yetmezliği			
Diğer			

Duyular

GÖRME

Yardımcı Cihaz Kullanımı	Var		Yok		
Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi	Etkisiz		Az Etkili		Çok Etkili	

İŞİTME

Yardımcı Cihaz Kullanımı	Var		Yok		
Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi	Etkisiz		Az Etkili		Çok Etkili	

TAT

Değişiklik	Var		Yok		
Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi	Etkisiz		Az Etkili		Çok Etkili	

KOKU

Değişiklik	Var		Yok		
Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi	Etkisiz		Az Etkili		Çok Etkili	

DOKUNMA

Değişiklik	Var		Yok				
Mevcut Sorunun Yaşantıyı Etkileme Düzeyi	Etkisiz		Az Etkili		Çok Etkili		

HEMŞİRELİK BAKIM PLANI

YAŞLI/ENGELLİ ADI SOYADI:

TARİH	HEMŞİRELİK TANISI	PLANLAMA	UYGULAMA	DEĞERLENDİRME

İLK KABUL MUAYENESİ

Kimlik Bilgileri

Tarih :	Kalacağı Kat/Oda No:
Adı Soyadı:	Anne-Baba Adı:
TC Kimlik No:	Kan Grubu:
Doğum Tarihi/Yeri:	Eğitim Durumu:
Kuruluşa Kabul Tarihi:	Mesleği:
Kuruluşa Geldiği Yer:	Sosyal Güvencesi:
Boyu/Kilosu:	Alerjisi:

Birime Geliş Şekli

Yürüyerek		Tekerlekli Sandalye	
Destekle:		Diğer:	

Konuşma Durumu

Konuşabiliyor		
Konuşamıyor		Diğer:

İşitme Durumu

Duyabiliyor		Duyamıyor	
İşitme Cihazı Kullanıyor		Diğer:	

Görme Durumu

Görebiliyor		Göremiyor	
Diğer:			

Hastalıklar

Epilepsi		Kalp Yetmezliği	
DM		KOAH	
HT		Beslenme Güçlüğü	
Psikoz		Ruhsal Hastalık	
Kaza ve Ameliyatlar:			
Diğer:			

Ailesel Hastalıklar

Var:		Yok	

Sürekli Kullandığı

Diş Protezi		Kalp Pili	
Diğer:			

Zararlı Alışkanlıklar

Var:	Yok	

Bağımlılık Durumu

Var:	Yok	

İlaç Kullanımı

Antiepileptik İlaç Kulanımı: (Depakin, Epdantoin, Luminal vs:) …….
Psikiyatrik İlaç Kulanımı: (Xanax, Diazem, Diazepam,Akineton vs: …….

Mental Durumu

Mental Reterdasyon: Varsa Derecesi( ) Yok ( )
Konfüzyon: Var( ) Yok( )
Oryantasyon Düzeyi Var( ) Yok( )

PSİKOLOJİK DEĞERLENDİRME FORMU

ADI SOYADI:	TARİH:
DOĞUM TARİHİ:	KRONOLOJİK YAŞI:
EĞİTİM DURUMU:	MESLEĞİ:
GELİŞ/DEĞERLENDİRME NEDENİ:	

GEÇMİŞ ÖYKÜSÜ

1.AİLE ÖYKÜSÜ	
2.AİLE İLE İLİŞKİLER	
3.AİLENİN SAĞLIK ÖYKÜSÜ	
4.BİREYİN SAĞLIK ÖYKÜSÜ	
5.GELİŞİM ÖYKÜSÜ	

DAHA ÖNCE YAPILMIŞ OLAN PSİKOLOJİK/NÖROLOJİK TESTLER VE SONUÇLAR

GÖZLEM VE DEĞERLENDİRME

1.GÖRÜNÜM	

2.KONUŞMA-ANLAMA	

3.BİLİŞSEL İŞLEVLER	

4.SOSYALDUYGUSALKİŞİLİK	

UYGULANAN TESTLER VE SONUÇLARI

DEĞERLENDİRME

ÖNERİLEN TESTLER

MİNİ MENTAL TESTİ, YESEGA YAŞAM DOYUM ÖLÇEĞİ, BECK DEPRESYON ÖLÇEĞİ, GERİATRİK DEPRESYON SKALASI

İLK KABUL FORMU

HAVALE EDEN MAKAM:

KURULUŞA GELİŞ TARİHİ/SAATİ:

BİREYİN KURULUŞA KABUL EDİLME NEDENİ

Nakil		Sosyo-ekonomik yoksunluk	
Bireyin kendi talebi		İhmal	
Yakınlarının talebi		İstismar	
Terk		Suça bulaşma	
Tertip		Diğer:	

BİREYE AİT BİLGİLER -1-

TC kimlik no:	
Adı soyadı:	
Doğum yeri/tarihi:	
Cinsiyet:	
Kuruluşa kabul tarihi:	
Daha önce yararlandığı hizmet modelleri:	( )Koruma kararı kaldırılarak öz aileye teslim ( )Koruyucu aile ( )Ayni nakdi yardım ( )Evlat edinme hizmetinden yararlandırılması ( )Evde bakım ( )Diğer
Birey hakkında özellikle söylemek istediğiniz bir şey var mı?	

BİREYE AİT BİLGİLER -2-

Korunmaya alınma nedeni	
Kuruluşa gelmeden önce nerede yaşadığı	
Geçirdiği hastalıklar	
Kuruluşa kimin tarafından getirildiği	
Kuruluşa getiren kişinin adı ve adresi	
Öğrenim durumu	
Polis veya Adli Makama İntikal etmiş olaylar	
Maruz Kaldığı Olaylar	
Neden Olduğu Olaylar	

EĞİTİM DURUMU (YAŞLI BİREYLER HARİÇ)

Devam Ettiği Okulu –Sınıfı	

Varsa Devam Ettiği Özel Eğitim ve Rehabilitasyon Merkezi, Kurslar vb.	
Katıldığı Kurs ve Eğitimler	

SAĞLIK DURUMU

Özür durumu	( )Bedensel ( )Zihinsel ( )Ruhsal
Varsa süreğen hastalığı/tanısı	
Takip edildiği sağlık kuruluşu	
Geçirdiği hastalıklar	
Yapılan aşılar	( )Hepatit1 ( )Hepatit2 ( )Hepatit3 ( )Polio1 ( )Polio2 ( )Polio3 ( ) Pentaxim1 ( )Pentaxim2 ( )Pentaxim3 ( )KKK ( )BCG ( )TD1 ( )TD2 ( )TD3
Kullandığı ilaçlar ve dozları	
Kullandığı cihazlar(gözlük, kulaklık..)	
Alerjik durumu	
Sağlık güvencesi	

BESLENME ALIŞKANLIKLARI

Varsa diyetli olduğu besinler	
Kullandığı ek gıdalar ve öğünleri	

KİŞİNİN ÜSTLENEBİLDİĞİ SORUMLULUKLAR

Para yönetimi	
Alışveriş yapma	
Tek başına seyahat etme	
Telefon kullanma	

BİREYİN GENEL ÖZELLİKLERİ

Boyu(cm):	Kilosu(kg):
Psiko sosyal özellikleri	
Alışkanlıkları(olumlu olumsuz)	
Hobileri	

BİREYİN AİLESİNE İLİŞKİN BİLGİLER

Annenin	Babanın

Adı soyadı		
Yaşı(ölü ise nedeni/tarihi)		
Tahsil durumu		
İşi		
Anne babanın durumu	( )Sağ ( )Ölü	( )Sağ ( )Ölü
Anne babanın birlikteliği	( )Birlikte ( )Ayrı	
İş adresi		
Aylık geliri		
Geçirdiği hastalıklar		
Sakatlık durumu		
Kötü alışkanlıklar(içki vb.)		

Kardeşlerinin

Adı-soyadı	Yaş	Öğrenim durumu	Öz-Üvey	Medeni durumu	Mesleği

BİREYİN YAKINLARINA İLİŞKİN BİLGİLER

Ziyaret edebilecek kişilerin

Adı soyadı	Yakınlık derecesi	Telefon	Adres

İzinli alabilecek kişilerin

Adı soyadı	Yakınlık derecesi	Telefon	Adres

TESLİM ALINAN

Eşyalar	
İlaçlar	
Cihazlar	

KABUL İŞLEMİ BİLGİSİ

Bireyi Kuruluşa Kabul Eden		Bireyi Kuruluşa Teslim Eden	
Adı Soyadı		Adı Soyadı	
Ünvanı		Yakınlığı	
İmza		İmza	

HAFTALIK BİREYSEL BAKIM PLANI

HAFTALIK BİREYSEL BAKIM PLANI														
Ad-Soyad:						Planlamacı:								
	Pazartesi	Uygulayıcı	Salı	Uygulayıcı	Çarşamba	Uygulayıcı	Perşembe	Uygulayıcı	Cuma	Uygulayıcı	Cumartesi	Uygulayıcı	Pazar	Uygulayıcı
Kahvaltı														
Sıvı Alımı														
Öğle Yemeği														
Sıvı Alımı														
Ara Öğün														
Sıvı Alımı														
Akşam Yemeği														
Sıvı Alımı														
Uyarı														