

Türkiye Üreme Sağlığı Programı

**HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI
DIŞ KOLAYLAŞTIRICI EĞİTİMİ**

EĞİTİM MODÜLÜ

KATILIMCI KİTABI

T.C.Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
Ankara, 2007

Türkiye Üreme Sağlığı Programı

HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI DIŞ KOLAYLAŞTIRICI EĞİTİMİ, EĞİTİM MODÜLÜ KATILIMCI KİTABI

T.C.Sağlık Bakanlığı
Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü
Ankara, 2007

Bu yayın, Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında Avrupa Birliği'nin desteği ile hazırlanmıştır. Yayının içeriği ile ilgili tek sorumluluk T.C. Sağlık Bakanlığı'na aittir ve Avrupa Birliği'nin görüşlerini yansıtmamaktadır.

Bu yayın, EPOS Health Consultants, Options ve Willows Foundation Konsorsiyumunun teknik desteğiyle hazırlanmıştır.

EPOS
Health Consultants

Options



Willows Foundation

Her hakkı saklıdır. Kaynak göstererek alıntı yapılabilir.
Bu yayının bir kısmının veya tamamının çoğaltılması için T.C. Sağlık Bakanlığı Ana Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü'nden izin alınmalıdır.

ÇALIŞMA EKİBİ

Modül Hazırlama Ekibi

Dr. Gönül KAYA

AÇSAP Genel Müdürlüğü,

TÜSP “Yönetim Kapasitesinin Güçlendirilmesi” Sonuç Sorumlusu

Fatma UZ

TÜSP Teknik Destek Ekibi, Saha Koordinatörü

Orijinal (7 Günlük) Modül Hazırlama Ekibi

Nisreen BİTAR

TÜSP Teknik Destek Ekibi, Kısa Dönem Uluslararası Uzman

Dr. Gönül KAYA

AÇSAP Genel Müdürlüğü,

TÜSP “Yönetim Kapasitesinin Güçlendirilmesi” Sonuç Sorumlusu

Fatma UZ

TÜSP Teknik Destek Ekibi, Saha Koordinatörü

Teknik Destek Ekibi

Fatma Uz

TÜSP Teknik Destek Ekibi, Saha Koordinatörü

Dr. Mohammed MOSTAFA

TÜSP Teknik Destek Ekibi, Eğitim Uzmanı

Dr. Yusuf SAHİP

TÜSP Teknik Destek Ekibi, Saha Direktörü

Dr. Güldal AYBAŞ

TÜSP Teknik Destek Ekibi, Saha Koordinatörü

Gözden Geçirme Ekibi

Dr. Gönül KAYA

AÇSAP Genel Müdürlüğü,

TÜSP “Yönetim Kapasitesinin Güçlendirilmesi” Sonuç Sorumlusu

Fatma UZ

TÜSP Teknik Destek Ekibi, Saha Koordinatörü

Dr. Sibel BİLGİN

AÇSAP Genel Müdürlüğü

İÇİNDEKİLER

1	KATILIMCI KİTABININ TANITIMI	1
2	ETKİLİ KOLAYLAŞTIRICILIK	5
3	HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI İÇİN HAZIRLIK	17
4	KURULUŞTA HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI	31
5	İZLEM SÜRECİ VE SONRAKİ HSU ÇALIŞMALARI	59
6	İZLEME VE DEĞERLENDİRME	67
7	KATILIMCI SUNUMLARI	73
8	KATILIMCI EYLEM PLANLARI	75

EKLER

EK 1 - HSU ÖZ-DEĞERLENDİRME REHBERİ	77
EK 2 - HİZMET ALAN KAYIT İNCELEME FORMU	129
EK 3 - HİZMET ALAN GÖRÜŞME FORMU	131
EK 4 - EYLEM PLANI FORMU	137
EK 5 - YÖNETİCİ BİLGİ NOTU	139
EK 6 - EYLEM PLANI İZLEM FORMU	145
EK 7 - EYLEM PLANI ÖZET İZLEM FORMU	147
EK 8 - HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ FORMU	149
EK 9 - KALİTE ÖLÇÜM ARACI	151
EK 10 - SUNUM ÖZ-DEĞERLENDİRME FORMU	181
EK 11 - SUNUM GERİBİLDİRİM FORMU	183
EK 12 - KATILIMCI EYLEM PLANI FORMU	185
EK 13 - HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI ETKİNLİK RAPORU FORMU	187

1 KATILIMCI KİTABININ TANITIMI

1. GİRİŞ

Bu katılımcı kitabı, sağlık kuruluşlarında Hizmet Standartları Uygulaması (HSU) sürecini yürütecek Dış Kolaylaştırıcıların eğitilmesi amacıyla Türkiye Üreme Sağlığı Programı kapsamında geliştirilmiştir.

Hizmet Standartları Uygulaması Katılımcı Kitabı aşağıdaki bölümlerden oluşmaktadır;

- Eğitim programı
- Oturum planları
- Ekler.

Bütün oturumlar belirtilen bu üç bölümden oluşmakla beraber; “Oturum 4: Kuruluşta Hizmet Standartları Uygulaması” dış kolaylaştırıcıların kuruluşta yapacakları çalışmalarda rehber olarak kullanacaklarında dolayı daha detaylı hazırlanmıştır.

Katılımcı kitabı, Hizmet Standartları Uygulaması sürecini yürütecek adayların interaktif (katılımlı) teknik ve yöntemler kullanılarak eğitilmesi amacıyla düzenlenmiştir. Katılımcı kitabı, HSU Dış Kolaylaştırıcı eğitim programı 5 günlük olup önceden eğitici eğitimi almış veya halen eğitici olarak çalışan katılımcılar içindir.

2. GENEL HEDEF ve AMAÇLAR

GENEL HEDEF: Sağlık Bakanlığı kuruluşlarını üreme sağlığı konularında hizmet standartlarıyla tanıştıracak, hizmet standartları uygulama sürecini izleyecek ve bu süreci sürdürülebilir hale getirmeyi sağlayacak “Hizmet Standartları Dış Kolaylaştırıcı” kadrosu yetiştirmektir.

AMAÇLAR

1. Katılımcıların beklentilerini saptamak, eğitici ve katılımcıların eğitim amaçlarına
2. ulaşmalarına imkan veren güvenli bir eğitim ortamı oluşturmak.
3. Etkili kolaylaştırıcılık ve dış kolaylaştırıcının önemini ve özelliklerini tartışmak.
4. HSU çalışması için gereken hazırlıkları ve dış kolaylaştırıcıların rollerini tartışmak.
5. HSU sürecinde;
 - a. Sağlık hizmetlerinin kalitesi ve HSU süreç ve araçlarını tartışmak.
 - b. Sağlık kuruluşunda birinci HSU çalışmasını yürütmek.
6. İzlem süreci ve sonraki HSU çalışmalarının yürütülmesini tartışmak.
7. HSU sürecinin izleme ve değerlendirme sistemlerini açıklamak.
8. HSU konularını katılımcı eğitim yöntemleri kullanarak sunmak.
9. Kazanılan HSU bilgi ve becerilerini kullanarak, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarındaki CSÜS hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunacak şekilde eylem planları geliştirmektir.

3. EĞİTİM KONULARI

1. Eğitime Giriş
2. Etkili Kolaylaştırıcılık
3. HSU için Hazırlık
4. Kuruluşta HSU
5. İzlem Süreci ve Sonraki HSU Çalışmaları
6. İzleme ve Değerlendirme
7. Katılımcı Sunumları
8. Katılımcı Eylem Planları

4. EĞİTİM METODOLOJİSİ

Eğitim, yetişkin eğitim prensipleri ve katılımcı eğitim yöntemleri kullanılarak yürütülür. Her oturum HSU dış kolaylaştırıcıları için gerekli olan bilgi ve becerileri içerir. Her oturuma, amaç ve öğrenim hedeflerini de içeren interaktif bir yöntemle giriş yapılır. Ana bölüm amaç ve öğrenim hedeflerine ulaşacak şekilde konu içeriklerini ile aktiviteleri kapsar ve oturum sonunda önemli noktalar vurgulanarak özetleme yapılır. Konular işlenirken; görsel-işitsel araçlarla desteklenen soru-cevap, alıştırma, grup çalışmaları, tartışma vb. yöntemler kullanılır.

Katılımlı eğitimin bir diğer özelliği ısınma alıştırma çalışmalarının yapılmasıdır. Konuyla bağlantılı olması koşuluyla yapılan oturum başındaki ısınma alıştırma çalışmaları katılımcıların yeni konuya odaklanmalarını sağlar.

Katılımcılar, eğitim süresince aldıkları eğitim becerilerini kullanmak üzere sunumlar yaparlar. Ekip olarak yapılan sunumlar dış kolaylaştırıcı olarak katılımcıların eğitimlerini takiben kuruluşlarda yapacakları HSU çalışmalarının provası niteliğindedir.

5. DEĞERLENDİRME

Eğitimin her aşamasında değerlendirme yapılır. Eğitim süresince kullanılan değerlendirme araçlarına aşağıda yer verilmekte ve bu araçların hangi amaçlarla kullanıldığı açıklanmaktadır;

Eğitim Öncesi Değerlendirme Formu: Eğitimin başında katılımcıların bilgi düzeylerini belirlemek için kullanılır.

Eğitim Sonu Değerlendirme Formu: Eğitimin sonunda katılımcıların eğitim öncesi ile sonrası arasındaki farkı görmek için uygulanır.

Beceri Değerlendirme Formları: Katılımcılar sunumlarını yaptıktan sonra uygulanır. Önce sunum yapan katılımcı Sunum Öz-Değerlendirme Formunu kullanarak kendini değerlendirir, sonra da diğer katılımcılar Sunum Geribildirim Formunu kullanarak sunum yapan katılımcıyı değerlendirirler.

Oturum Değerlendirme Soruları: Her oturumun sonuna “Oturum Değerlendirme Soruları” bölümü konmuştur. Bu değerlendirmenin amacı; katılımcıların o oturumda “ne” öğrendiklerini ve oturumun öğrenim hedeflerine “ne kadar” ulaştığını değerlendirmektir.

Günün Değerlendirilmesi: Her günün sonunda yaklaşık 10 dakika sürecek “Günün Değerlendirilmesi” bölümü vardır. Bu bölümlerin amacı değerlendirmenin sürekliliğini sağlamak, her aşamada katılımcılardan geribildirim almak ve eğitimin geri kalan bölümlerinde bu görüşlere göre gerekli düzenlemeleri yaparak daha etkili bir öğrenme ortamı yaratmaktır.

Eğitimin Genel Değerlendirilmesi: Eğitimin son günü katılımcılar tarafından yapılır. Bu değerlendirmenin amacı, katılımcıların eğitimle ilgili görüşlerini öğrenmektir. Bu şekilde eğitim geliştirilerek katılımcıların gereksinimlerinin karşılanması, belirlenen aksaklıkların bir sonraki eğitime dek düzeltilmesi hedeflenir.

6. HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI DIŞ KOLAYLAŞTIRICI EĞİTİM PROGRAMI

Zaman	Süre	1. GÜN	2. GÜN	3. GÜN	4. GÜN	5. GÜN
09.00-09.05	5 dk	Açılış (5)	Günün programı	Günün programı	Günün programı	Günün programı
09.05-10.45	100 dk	0-01: Eğitime Giriş A-Tanışma (30 dk) B-Eğitim programının genel hedefi, amaçları ve katılımcıların beklentileri eğitim programının tanıtımı ve günün programı (25dk) C-Temel kurallar (5 dk) D-Lojistik (10 dk) E-Eğitim öncesi değerlendirme (30 dk)	0-03: HSU için hazırlık A-Yöneticilerin HSU konusunda bilgilendirilmesi (30 dk) B-Dış ve iç kolaylaştırıcıların görevleri, farklı düzeylerdeki personelin ekip olarak çalışma konusunda teşvik edilmesi (35 dk) C-HSU hazırlık sürecinde karşılaşılan güç durumlarla baş etme (30 dk)	0-04: Kuruluştaki HSU H-Küçük grup çalışmaları (100 dk)	0-04: Kuruluştaki HSU Küçük grup çalışmalarının değerlendirilmesi (30 dk) 0-04: Kuruluştaki HSU I-Eylem Planı Toplantısı (70 dk)	0-07: Katılımcı Sunumları C-Katılımcı sunumları (100 dk)
10.45-11.00	15 dk	Ara	Ara	Ara	Ara	Ara
11.00-12.30	90 dk	0-02: Etkili Kolaylaştırıcılık A- HSU sürecine genel bakış (45 dk) B- Neden kolaylaştırıcılık yapılmalı (25 dk) C-Etkili kolaylaştırıcının özellikleri (20 dk)	0-03: HSU için hazırlık D-Kuruluştaki HSU ile ilgili bilgilendirme yapılması (15 dk) E-HSU yürütülen karşılaşılan güç durumlarla baş etme (40 dk) 0-07: Katılımcı Sunumları A-Katılımcı sunumları hakkında bilgilendirme (35 dk)	0-04: Kuruluştaki HSU H-Küçük grup çalışmaları (90 dk)	0-04: Kuruluştaki HSU 0-04: Kuruluştaki HSU I-Eylem Planı Toplantısına devam (110 dk)	0-08: Katılımcı Eylem Planlarının Hazırlanması ve Sunumu (90 dk)

12.30-13.30	60 dk	Öğle yemeği	Öğle yemeği	Öğle yemeği	Öğle yemeği (40 dakika)	Öğle yemeği
13.30-15.00	90 dk	D-Kolaylaştırıcılık sürecinde eğitim ortamında yapılması ve yapılmaması gerekenler (30 dk) E-Kolaylaştırıcının çeşitli rolleri (60 dk)	O-04: Kuruluşta HSU (Tanıtım Toplantısı) (90 dk) A-Açılış (15 dk) B-Temel kurallar (5 dk) C- Amaç, hedef, gündem, program ve lojistik (5 dk) D-Sağlık hizmetlerinin kalitesi, hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri (40 dk) E-HSU süreci (40 dk) F-HSU araçları (60 dk) G-SWOT analizi (15 dk) -Gruplama (5 dk)	O-04: Kuruluşta HSU H-Küçük grup çalışmalarına devam (90 dk)	O-05: İzlem Süreci ve Sonraki HSU Çalışmaları A-Gözlenen HSU çalışmasıyla ilgili geribildirim (45 dk) B-HSU çalışmasından sonraki izlem süreci (15 dk) C-Sonraki HSU çalışmaları (20 dk) D-HSU izlem süreci ve sonraki HSU çalışmalarında zor durumlarla başetme (20 dk)	O-09: Kapanış A-Eğitim sonu değerlendirme (30 dk) B-Eğitim programının genel değerlendirilmesi (20 dk) Yönetici Bilgilendirme Toplantısı (120 dk)
15.00-15.15	15 dk	Ara	Ara	Ara	Ara	O-09: Kapanış
15.15-16.50	95 dk	F-Kolaylaştırıcılar için öneriler (55 dk) G-Zor kişiliklerle başetme (40 dk)	O-04: Kuruluşta HSU (Tanıtım Toplantısı'na devam) (95 dk))	O-04: Kuruluşta HSU H-Küçük grup çalışmalarına devam (95 dk)	O-06: İzleme ve Değerlendirme A-HSU izlem ve değerlendirmesi (40 dk) O-07: Katılımcı Sunumları B-Katılımcı sunumlarının hazırlanması (60 dk)	C-Belge Töreni (40 dk) D-Kapanış
16.50-17.00	10 dk	Günün değerlendirilmesi	Günün değerlendirilmesi	Günün değerlendirilmesi	Günün değerlendirilmesi	

2 ETKİLİ KOLAYLAŞTIRICILIK

AMAÇ:

Etkili kolaylaştırıcılık ve dış kolaylaştırıcının önemini ve özelliklerini tartışmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar;

1. HSU çalışmasının aşamalarını açıklayabilmeli,
2. Kolaylaştırıcılığın faydalarını sıralayabilmeli,
3. Etkili kolaylaştırıcının özelliklerini tanımlayabilmeli,
4. Kolaylaştırıcıların kolaylaştırıcılık sürecinde eğitim ortamında yapması ve yapmaması gerekenleri sayabilmeli,
5. Kolaylaştırıcıların rollerini ve her bir rolün kullanılması için en doğru zamanı tartışabilmeli,
6. Kolaylaştırıcılara etkili HSU kolaylaştırıcılığı için yardımcı olacak önerileri sıralayabilmeli,
7. Farklı tipte bireyler ve zor kişiliklerle baş etmeyi tartışabilmelidir.

ANA BÖLÜM

A. HSU SÜRECİNE GENEL BAKIŞ:

HSU ÇALIŞMASININ AŞAMA VE SÜRELERİ				
GÜN		AŞAMA	ETKİNLİKLER	SÜRE (dakika)
		Kuruluş Hazırlığı	Yöneticilerin bilgilendirilmesi	60-120
			Malzeme (flipchart, bilgisayar sunumu ve personele dağıtılacak HSU araçlarının kopyaları) ve toplantı yerinin hazırlığı	180-240
			HSU çalışmasına katılacak personelin belirlenmesi	60-120
			Ön değerlendirme için Kalite Ölçüm Aracı'nın uygulanması	180
1	Öğleden Sonra	Tanıtım Toplantısı	Açılış, tanışma, toplantı amaçlarının açıklanması ve toplantı kurallarının belirlenmesi	180
			Temel kavramların (Kalite, HSU, Hizmet Alan Hakları, Personel Gereksinimleri) tanıtılması	
			HSU sürecinin tanıtılması	
			HSU araçlarının tanıtılması	
			SWOT analizinin tanıtılması	
			Küçük grupların görevlendirilmesi ve HSU araçlarının dağıtılması	
2	Gün içinde	Küçük Grup Çalışmaları	SWOT analizi (Güçlü Yönler, Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler, Kaynaklar ve Engeller) ile kuruluşun genel değerlendirilmesi yapılarak sorun ve kaynaklar konusunda fikir edinilmesi	Uygun zaman ve sürelerle
			HSU araçları (Öz-Değerlendirme Rehberi, Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu ve Hizmet Alan Görüşme Formu) kullanılarak sorunların saptanması	
			Saptanan sorunların "Neden-Neden" tekniği ile analiz edilmesi	

3	Sabah	Küçük Grup Çalışmaları	Küçük grupların eylem planlarının hazırlanması	Uygun zaman ve sürelerle
	Öğleden Sonra	Eylem Planı Toplantısı	Toplantı amaçlarının açıklanması ve toplantı kurallarının hatırlatılması Küçük grup Eylem Planlarının sunumu - SWOT analizinin sunumu - Eylem Planı'nın sunumu Kuruluş Eylem Planı'na alınacak sorunların belirlenmesi ve önceliklendirilmesi Temel kavramların, (Kalite, HSU, iç kolaylaştırıcı, HSU Komitesi, HSU izleme ve değerlendirmesi) HSU süreç ve araçlarının gözden geçirilmesi İç kolaylaştırıcının seçilmesi HSU Komitesinin seçilmesi Komite toplantılarının tarihlerine karar verilmesi (tercihen ayda 1 kez) Bir sonraki HSU tarihine karar verilmesi (tercihen 3 ay sonra)	180-210

B. NEDEN KOLAYLAŞTIRICILIK YAPILMALI:

- Herkesin katılımını sağlamak için,
- Grubun aynı amaçlar doğrultusunda hareket etmesini sağlamak için,
- Daha verimli çalışabilmek amacıyla grubun içinde bulunduğu süreçlerin farkında olmasını sağlamak için,
- Katılımcıların sahip oldukları becerileri değerlendirip yeni beceriler kazanmalarına destek olabilmek için,
- Kaydettikleri ilerlemeyi değerlendirebilmeleri ve gerekli değişiklikleri yapabilmeleri amacıyla grup üyelerine bilgi vermek için,
- İşbirliğine açık bir yaklaşım izleyerek çatışmaların çözülmesini sağlayabilmek için,
- Anlaşma sağlayabilmek için,
- Sorun çıkarabilecek kimselerle baş edebilmek için,
- Grubun etkili iletişim kurabilmesine yardımcı olabilmek için,
- Grubun, iç ve dış kaynaklara ulaşmasına yardımcı olabilmek için,
- Grubun amaçlarına ulaşmaya çalışırken üyelerinin olumlu ve yararlı bir deneyim elde edebilecekleri bir ortam yaratabilmek için,
- Grup liderliği sorumluluğunun paylaşılarak liderliğin teşvik edilmesini sağlamak için,
- Başkalarına kolaylaştırıcılığı öğretmek için.

C. ETKİLİ DİŞ KOLAYLAŞTIRICININ ÖZELLİKLERİ

- Konusunu bilir. Araştırmacıdır ve konuya hakimiyeti nedeniyle katılımcılara güven verir.
- Katılımcıları tanımaya zaman ayırır. Katılımcılara saygı gösterir ve onları dinler. Mümkünse katılımcılara isimleriyle hitap eder.
- Yargılayıcı değildir. Herkesin deneyimine ve görüşüne değer verir. Farklı düşüncelere ve yaşam seçimlerine saygı gösterir.
- Kültürel olarak duyarlıdır. Kendininki gibi katılımcıların fikir ve inançlarının da kültürel birikimlerine göre şekillendiğinin farkındadır.

- Kendini tanır. Taraflı davranmaya müsait yanlarını bilir ve her koşulda profesyonelce hareket eder.
- Tüm katılımcıların deneyimlerini paylaşımlarını ve grup öğrenme sürecine katkıda bulunmalarını teşvik eder.
- Yaşam dolu, istekli ve özgündür. Espriler, zıtlıklar, benzetimler ve gerilim unsurlarını kullanır. Dinleyicilerin ilgisini kaybetmez ve düşünmeye teşvik eder.
- Çeşitli ses renkleri kullanır. Farklı perdelerden, konuşma hızlarından yararlanır.
- Beden dilini etkili biçimde kullanır. Beden dili, jest ve mimikleri doğal ve anlamlıdır; bu da sözel ifadesini güçlendirir.
- Sözlerini açık, seçik ve kolaylıkla hatırlanacak biçimde söyler.
- Görsel desteklerden yararlanır. Üzerinde durdukları konuyu örneklerle, tablolarla, görsel ve işitsel araçlarla destekler.
- Grup dinamiklerini anlar, sıkıntıya girmeksizin grup yönetimi yapar. Anlaşmazlıkları kolaylıkla çözer.
- Esnektir. Katılımcıların sözel olan ve olmayan tepkilerini, cevaplarını anlar ve yorumlar; eğitimi katılımcıların gereksinimlerini karşılayacak biçimde yeniden planlayarak yönlendirir. Kontrolü fazla ele almadan kontrolün kendisinde olduğunu hissettirir.
- Yeni fikirlere ve farklı bakış açılara açıktır. Tüm cevapların kendisinde olmadığını farkındadır. Katılımcılarından yeni bilgi ve bakış açıları alabilir.
- Şefkatlidir. Empati kurar ve katılımcıların duygusal tepkilerini anlayışla karşılar.
- Geribildirim memnuniyetle karşılar. Diğer eğitimcileri ve katılımcıları geribildirimde bulunmaya teşvik eder. Performanslarıyla ilgili olumsuz geribildirim aldıklarında bu geribildirimleri eleştirel gözle analiz eder ve savunmacı tepkiler geliştirmez.
- Performansını geliştirmek için sürekli çalışır. En deneyimli kolaylaştırıcılar bile eğitim becerilerini geliştirebilir. Etkili bir kolaylaştırıcı yeni beceriler edinme fırsatları arar ve olumsuz geribildirimleri kendisini geliştirme imkanı olarak görür.

D. KOLAYLAŞTIRICILIK SÜRECİNDE EĞİTİM ORTAMINDA YAPILMASI ve YAPILMAMASI GEREKENLER:

Yapılması Gerekenler:

- Önceden **hazırlık yapılır**,
- Katılımcıların katılımları **sağlanır**,
- Görsel-işitsel eğitim araçları **kullanılır**,
- Göz teması **korunur**,
- Açık **konuşulur**,
- Ses yeterince **yüksek tutulur**,
- Soru sorulması **teşvik edilir**,
- Her oturumun sonunda önemli noktalar **vurgulanır**,
- Bir konuyla sonraki arasında ilişki **kurulur** ve konuları eğitim programının tümüyle ilişkilendirilir,
- Katılım **teşvik edilir**,
- Açık ve belirgin biçimde **yazılır**,
- Özetleme **yapılır**,
- Konular mantıklı bir şekilde **sıralanır**,
- Zaman yönetimi **yapılır**,
- Geribildirimde **bulunulur**,
- Görsel materyaller herkesin görebileceği biçimde **yerleştirilir**,

- Odada dikkat dağıtıcı tavırlardan ve etkenlerden **kaçınılır**,
- Katılımcıların beden dillerine **dikkat edilir**,
- Grubun dikkati sürekli yapılmakta olan şey üzerinde **tutulur**,
- Açık talimatlar **verilir**,
- Talimatların anlaşılıp anlaşılmadığı **kontrol edilir**,
- Süreç içerisinde değerlendirme **yapılır**,
- Sabırlı **davranılır**.

Yapılmaması Gerekenler:

- Flipchartı kullanırken kolaylaştırıcının sırtı katılımcılara **dönük olmaz**,
- Görsel materyallerin görünmesi **engellenmez**,
- Tek bir noktada **durulmaz**, sürekli ileri geri **yürünmez**,
- Katılımcıların yorumları ve geribildirimleri **göz ardı edilmez**,
- Kolaylaştırıcı elindeki eğitim modülünden **okumaz**,

E. KOLAYLAŞTIRICININ ÇEŞİTLİ ROLLERİ:

Dış kolaylaştırıcının, farklı zaman ve durumlarda hatta aynı zaman ve durumda farklı roller üstlenmesi, diğer bir deyişle işini yaparken çok sayıda şapka giymesi gereklidir. Önemli olan her bir şapkanın ne amaçla takılacağına iyi anlaşılması ve hangisinin ne zaman takılması gerektiğinin bilinmesidir.

1. **Sosyal mimar:** Katılımcıların verimli çalışmaları için kendilerini güvende ve rahat hissettikleri, önemsendikleri ve değer verildikleri bir ortam yaratılması gereklidir. Kolaylaştırıcının bu rolü ilk katılımcı eğitim salonuna girdiği andan itibaren başlar.
2. **Düzenleyici:** Program kapsamında kolaylaştırıcının ve katılımcıların ihtiyaç duyduğu her şeyin doğru zamanda ve doğru yerde bulunmasını: eğitim salonunun eğitimin amaçlarına uygun şekilde düzenlenmesini, eğitimin verilmesi için eğitim araç-gereçleri dahil gerekli her şeyin hazır olmasını sağlar.
3. **Moral verici:** Kolaylaştırıcının grubu yüreklendirmesi ve işlerini en iyi şekilde yapabilmeleri için teşvik etmesi gereklidir. En azından ilk başta katılımcıların motivasyonunu yükseltmek büyük ölçüde kolaylaştırıcının sorumluluğundadır.
4. **Açıklayıcı:** Katılımcıların eğitim sırasında yapmaları istenilen aktiviteleri neden yapmaları gerektiğini ve bu aktivitelerin çalışmanın genel amacına nasıl hizmet edeceğini anlamaları gereklidir. Çalışmanın amaçlarını anlamış olan katılımcılar yeni kavramlara daha açık olurlar. Kolaylaştırıcının aynı zamanda katılımcılar için yeni olan bazı kavram ve fikirlere açıklık getirmesi de gereklidir.
5. **Besteci ve orkestra şefi:** Bir eğitim programını yürütmek bir çok açıdan beste yapmak gibidir. Beste, her biri önemli olan ve bütünü oluşturan çeşitli notalardan oluşur. Aynı şey bir programın fikir ve aktiviteleriyle katılımcılar için de geçerlidir; her biri deneyime farklı bir boyut kazandırır. Kolaylaştırıcı da, hizmet standartları uygulama sürecinde notaların en güzel şekilde bir araya gelmesini planlayıp herkesin aynı parçayı kendisine özgü çalmalarını teşvik ederek grubun uyum içinde çalışmasını sağlamaktan sorumlu bir orkestra şefi rolündedir.
6. **İlgi gösteren:** Kolaylaştırıcı katılımcılar için başlıca destek, danışmanlık, rehberlik ve ilgi kaynağı olmalıdır. Onlardan beklenen davranışlar için kolaylaştırıcıyı örnek alacaklardır. Kolaylaştırıcının hem bütün olarak grupla hem de gruptaki bireylerle bağ kurması önemlidir.
7. **Koç:** Kolaylaştırıcının üstleneceği rollerin önemli bir kısmı katılımcılara yeni beceriler

edinmeleri ya da sahip oldukları becerileri geliştirmeleri için fırsatlar sunmaktır. Kolaylaştırıcı bu yeni becerilerin uygulanabilmesi için en etkili yolların bulunmasına yardımcı olmalıdır. Koçluk, etkinlikleri katılımcıların yerine yapmak değil, yol göstererek ve teşvik ederek; yanı sıra resmi ve resmi olmayan talimatlar vererek yeni davranışları denemeleri için gerekli desteği vermektir.

8. **Öğretmen:** Klasik anlamda, kolaylaştırıcının eğitici rolü hizmet sunumunda gerekli temel kavram ve davranışları sağlık personeli ile paylaşarak; anlayıp benimsemeleri ve uygulamalarına yardımcı olmaktır.
9. **Zorlayıcı:** Kolaylaştırıcının, katılımcıları zaman zaman rahatsızlık duyacakları kadar zorlamaları gerekebilir. Örneğin, grubun içinde oyunlara katılmak gibi bazı riskleri almak ya da hizmet verdikleri kişilerin değer ve inançları konusunda hoşgörülü olmaları için zorlanmaları gerekebilir. Yaptığı her şeyin doğru olduğuna inanan kişilerin değişmesi güçtür. Kolaylaştırıcı bazen bu inançlara meydan okumak zorunda kalabilir ancak bunu özenle, saygılı bir şekilde ve yargılamadan yapmalıdır.
10. **Doğruyu söyleyen:** Bu rolü üstlenmek zaman zaman zor olabilir; çünkü birisine yaptığı işi beklenildiği kadar iyi yapamadığını söylemek onu kırmak endişesini de beraberinde getirmektedir. Ancak dürüstlük en önemli meziyettir. Yetişkinler gerekli özen gösterildiği takdirde doğrudan ve dürüst şekilde geribildirim verilmesini tercih ederler, çünkü aldıkları bilgilerin yeni beceriler kazanmalarına yardımcı olacağını bilirler. Kolaylaştırıcının bu rolü amacına uygun bir şekilde yapabilmesi için katılımcının güvenini kazanmış olması gereklidir. Diğer yandan, yetişkinlerin yaptıkları işin iyi olup olmadığı konusunda belli fikirleri vardır; güçlü ve zayıf yönlerinin farkındadırlar. İyi olmadıklarını bildikleri bir konuda moral vermek adına kolaylaştırıcıdan olumlu geribildirim almaları onların ihtiyaç duydukları bilgi ve becerilere ulaşmalarını engellediği gibi güven duygularını da zedeler. Bu durumda önemli olan geribildirim nasıl verildiğine dikkat etmektir.
11. **Oyuncu:** Kolaylaştırıcılık oyunculuk gibidir ve sahneye çıkıp iyi performansı göstermek gereklidir. Hatta bazen istenmeyen rollerin bile sürdürülmesi zorunlu olabilir. Bir oyuncunun seyircisinden aldığı gibi kolaylaştırıcı da katılımcılardan tepki alır.
12. **Hizmetçi:** Gruba hizmet etmek kolaylaştırıcının sorumluluğundadır. Kolaylaştırıcının, katılımcıların ihtiyaçlarına cevap vermesi ve yeni beceriler kazanmalarına yardımcı olacak öğrenme ortamı hazırlaması gereklidir.
13. **Arkadaş:** Kolaylaştırıcı bazen grubun başında lider ve bazen da grubu izleyen bir rolde olabileceği gibi bazı durumlarda da bir grup üyesi gibi grubun arasına karışarak grupla birlikte olması gerekebilir.

F. KOLAYLAŞTIRICI İÇİN ÖNERİLER:

Bu bölümde, özellikle dış kolaylaştırıcılık görevini yürütürken, kolaylaştırıcılık kimliğini en iyi şekilde ortaya çıkarmaya yardımcı olacak bazı fikirler yer almaktadır.

1. Katılım teşvik edilir

HSU süreci **katılım** üzerine odaklanmış bir yaklaşımdır. Sürecin başlamasını sağlayacak kişi, kolaylaştırıcıdır; daha fazla katılımı sağladığı takdirde bu süreç daha hızlı ve kolay olacaktır. Kolaylaştırıcının, katılımcılar arasındaki kopmaları önleyerek ve anlaşmazlıkları yöneterek, katılımcılarla yakın ilişki kurması, soru sorması ve canlı bir tartışma ortamını teşvik etmesi gereklidir. Kolaylaştırıcının temel rollerinden biri de, *katılımcılar arasındaki cinsiyet, kültürel ve sosyo-ekonomik farklılıklara duyarlı olmasıdır*. Bu nedenle tüm katılımcıların, tartışmalarda eşit biçimde yer alması teşvik edilir ve uyulması gereken ortak kurallar belirlenir.

- Bütün konuşmacılara ve görüşlere saygılı davranılır. Tartışmalarda, bazı katılımcılar çok ön plana çıkarılmayacağı gibi, çekingen ya da düşüncelerini ifade etmeye alışkın olmayan katılımcılar tartışmalara dahil edilir.
- Tartışmanın amacından sapılmamalı ve tartışmalarda aynı konuların tekrarına fırsat verilmemelidir. Herkesin katılımını sağlayacak şekilde rehberlik edilir, ancak kontrol kaybedilmemelidir.

2. Empati gösterilir

Kolaylaştırıcı, katılımcıların neler hissettiklerini (kolaylaştırıcının kendini onun yerine koymasıyla) anladığını katılımcılara gösterir. Böylece katılımcılar kolaylaştırıcının grubun bir parçası olduğunu anlar, duygu ve düşüncelerini paylaşmalarını sağlar.

Empati ifadeleri; “..... yapmanın sizin için zor olabileceğini anlıyorum,” ya da “Bu durumun sizin için zor olduğunu anlıyorum.” cümleleri ile başlayabilir. Ya da; “Bu konu hakkında çok duyarlı olduğunuz ve bu konuyla ilgili geçmişte sorunlarla karşılaştığınız belli oluyor.” veya bir katılımcı çok gergin olduğunu gösterdiğinde, “Üzgün olduğunuzu görebiliyorum.” şeklinde ifadeler kullanılır.

3. Esnek davranılır

Bir dış kolaylaştırıcı, HSU çalışmalarında her kuruluşun farklı gereksinimleri, güçlü ve zayıf yanları olduğunu unutmamalı ve HSU sürecinin her kuruluşta farklı olacağına önceden hazırlıklı olmalıdır.

Her grubun kendine özgü yapısı nedeniyle öğrenme ihtiyaçları ve yollarının birbirinden farklı olacağı unutulmamalıdır. Bu nedenle hazırlanan eğitim programında genel amaçtan uzaklaşmaksızın uygulamada farklılıklara açık ve hazır olmalıdır.

Grubun beklenenden erken yorulduğu zamanlarda interaktif bir eğitim yöntemiyle konuya devam edilir ya da amaçları işlenmekte olan konuya uygun bir “ısınma” yapılır.

4. Sorunların yanı sıra güçlü yanlardan da bahsedilir

Kişi ve kuruluşların olumlu yönleri pekiştirilir. HSU sorun saptama ve çözme temeline dayansa bile kuruluşun güçlü yönleri ve fırsatları saptanarak açıklanır. Örneğin; “HSU, personelin, hizmet alanların memnuniyetinin önemseydiği bu gibi kuruluşlarda gerçekleştirilmektedir.” şeklinde bir ifade, personelin kuruluşunun hem iyi olduğu hem de geliştirilmesi gerektiği ile ilgili görüşlere sahip olacaktır. Sorunlar belirlendikten sonra, personelin güçlü yanlarından da bahsedilir. Kuruluşta yürütülen HSU çalışmasıyla ilgili toplantı ve görüşmelerin sonu “olumlu” bir yorumla bitirilir ve geleceğe yönelik “daha iyi olma” kararlılıkları pekiştirilir. Personel, hizmet kalitesini geliştirmenin sadece sorunları çözmekle sınırlı kalmaması gerektiği ve “daha iyi” neler yapabilecekleri üzerine düşünmeye yönlendirilir.

5. Başarı öyküleriyle ilgili örnekler verilir

Teorik ve ideal önerilerden çok yaşanmış başarı örnekleri verilir. HSU’nun etkili olduğu yerlerdeki (yerel, ulusal veya uluslararası) deneyim ve kazanımların paylaşılması sağlanır.

6. Açık uçlu sorular sorulur ve sorunların asıl nedenleri araştırılır

HSU Öz-Değerlendirme rehberinde cevap seçenekleri “Evet” ve “Hayır” olan kapalı uçlu sorular bulunmaktadır. Ancak tartışmayı teşvik etmek ve sorunların asıl nedenlerini araştırmak amacıyla, genellikle “niçin”, “ne”, “nerede” ya da “nasıl” içeren açık uçlu sorular sorulur. Örneğin;

- Bir tartışma başlatmak ya da bir ekip üyesini tartışmaya daha fazla dahil etmek için; *“Bu hastanedeki enfeksiyondan korunma uygulamaları hakkında ne düşünüyorsunuz?”*
- Bir sohbeti, asıl amacına tekrar döndürmek için; *“Bu sorunu çözmek için başka hangi bilgilere ihtiyacımız var?”* vb.

7. Farklı biçimde ifade etme tekniği kullanılır

Söylenenlerin daha açık hale gelmesi ve bir konunun herkes tarafından aynı şekilde anlaşılması için farklı biçimde ifade etme tekniği kullanılır. Örneğin;

- Söylenen daha anlaşılır hale getirilir; *“Yine mi enfeksiyondan korunma ile ilgili bir toplantı var?”* şeklindeki bir ifadeyi daha net hale getirmek için *“Enfeksiyonların önlenmesi konusunu tartışmak için çok fazla zaman ayırdığımızı düşünüyorsunuz galiba.”* şeklinde bir ifade kullanılabilir.
- Farklı görüşler tartışılarak uzlaşmaya varılır; *“Dr. Mehmet, enfeksiyonların önlenmesi işlemlerinin yeterli olduğunu düşünüyor, Ayşe Hemşire ise hala iyileştirilmesi gereken noktalar olduğunu düşünüyor, sizler bu konuda ne düşünüyorsunuz?”*
- Konular daha derin ele alınır; *“Başka bir deyişle bu problem için görünenlerin dışında yapılabilecek başka şeyler var. Bu problemin başka bir sebebi olacağını düşünüyor musunuz?”* şeklinde yeniden bir ifade ile problemin asıl nedenleri hakkında katılımcıların konuşmalarına yardım edilir.

8. Kendinden yararlanır

Kolaylaştırıcı bedenini, espri anlayışını, kişiliğini, yüzünü, çalışmaya olan ilgisini, ses tonunu kullanır. Sesinin güçlü (yüksek olması gerekmez) ve güvenli çıktığından emin olur. Yararlanabileceği en önemli kaynağın kendisi olduğunu unutmamalıdır. Katılımcılarla etkileşimde olur, kendinden bir şeyler ortaya koyar ve onlardan biri olduğunu gösterir.

9. Kendine güvenir

Katılımcıları tanır ve iyi iletişim kurar. Bunu yaparken bilgi, beceri ve değerlerinin farkında olarak kendine güvenir. Kendine duyduğu bu güvenin aynı zamanda katılımcıların da ona duyacakları güvenin zeminini oluşturduğunu unutmamalıdır.

Bir kolaylaştırıcı olarak kendine güvenin oluşması için;

- Sahip olduklarının farkında olur.
- Grubu dikkatle izler, dinler ve uygun olduğunda onların arasına karışır.
- Grubu kontrol edeceği ve kendi haline bırakacağı zamanı bilir.
- Yaptığı ve gruptan yapmasını istediği şeyin önemli olduğuna inanır ve grubun da bunu anlamasını sağlar.
- Grubun ihtiyaçları olduğu kadar kendi ihtiyaçlarının da farkındadır; örneğin yorulduysa grup da yorgun olabilir.
- Her aktivitede grup olarak nereye ulaşılması gerektiğini bilir; hedefe ulaşmak için farklı ve uygun yollar bulmaya çalışır.
- Hizmet standartlarının uygulaması ve hizmet niteliğinin artırılması sürecini kolaylaştıracağına inanır ve grubun da inanmasını sağlar.
- Zaman zaman heyecanlı ve endişeli olmanın doğal olduğunu kabul eder.

10. Grup dinamiklerini anlar

Her grubun kendi kişiliği olduğunu bilir ve buna göre davranır. Deneyimle grup dinamikleri daha kolay algılanır ve kullanılır.

Grup içinde her bir katılımcının farklı roller üstlendiklerini bilir. Konuşkan, sessiz ve lider kişileri, gizli çatışmaları ve gruptan dışlanmış kişileri belirleyerek grup dinamiklerini oluşturma ve izlemede kontrolü elinde tutar. Grup dinamiklerini olumsuz yönde etkileyecek bir davranışta bulunmaz.

Grupta sessiz kalan katılımcıları belirleyerek eğitime katılmalarını teşvik eder. Grup üyeleri küçük grup çalışmaları ile ilgili sonuçları sunarken, bir kenarda kalarak izlemeyi bilir. Sunum yapan kişinin yorumunu, açıklamasını eğitimciye değil gruba yapmasını sağlar. Benzer şekilde bir kişi grubun liderliğini üstlendiğinde “sahne”yi sözcüye bırakır.

Kolaylaştırıcı, aktiviteye başladığında orada bulunmayan katılımcıyı döner dönmez aktiviteye dahil eder. Eğer uygunsa çalışmayı ona özel olarak açıklar ve varsa aktivite ile ilgili bilgi notunu paylaşır.

Her bir grubun kimyası ve dinamiği farklı olacağından, bazı grupların daha açık ve eğlenceli, bazılarının ise daha kapalı ve çekingen olabileceğini bilir. Eğitime devam ederken grupların “kişilikleri”ne dikkat eder. Örneğin bir grup oyunlaştırmaları çabuk ve kolaylıkla kabul ederken, bir diğer grup küçük gruplar halinde çalışmayı tercih edebilir.

11. Yeni bilgilerin benimsenmesinin zaman aldığını bilir

Katılımcılardan bazıları ya da grubun tamamı bir yaklaşımı ya da davranışı hemen kavrayamayabilir. Yetişkinlerin kendi doğrularından farklı olanı kabul etmeleri ve yapmalarının zor olduğunu aklından çıkarmamalıdır. Örneğin, hizmet standartları uygulamaları personelin deneyimlerinden farklı yaklaşımlar getirdiğinden bunun tüm personel tarafından hemen benimsenecek bir yaklaşım olmadığını bilir.

12. Mümkün olduğunda bir ekip olarak çalışır

Kolaylaştırıcıların bir ekip anlayışı içinde çalışması; program hazırlamaları ve yürütmeleri sinerjiyi ve buna bağlı olarak başarıyı artırır. Ancak bunun için öncelikle uygun bir iş bölümü yapılması gerekir. Kolaylaştırıcılar iş bölümü yaparken birbirlerinin ilgi, bilgi ve tepkilerini, kişisel ve profesyonel özelliklerini göz önüne alarak birbirlerini tamamlarlar.

Ekip olarak çalışmanın en riskli tarafının her ekip üyesinin katılımcılara farklı mesajlar riskidir. Böyle bir durum ortaya çıktığında mutlaka uzlaşmaya varılır ve uzlaşma sonucu katılımcılara birlikte duyurulur. Zor olan bir başka konu ise, kolaylaştırıcılar arasında dayanışma yerine bir rekabet oluşması durumudur. Kolaylaştırıcılar bu durumun, ekip çalışmasına odaklanan hizmet standartları eğitim ve uygulamaları sürecinde yalnızca olumsuz bir örnek oluşturacağını bilir.

13. Grupla ve grup üyeleriyle bütünleşir

Eğitimde yer alan kişilerin isimlerini en kısa sürede öğrenmeye gayret eder. Katılımcılara isimleriyle hitap ettiğinde kendilerinin özel ve değerli olduklarını hissedeceklerini ve grupta daha aktif ve istedik davranışlar ortaya koyacaklarını unutmamalıdır.

Katılımcılarla ayrı ayrı konuşur. Özellikle günün başında eğitim salonuna girerken herkesi selamlar. Eğitimin son gününde katılımcılarla tek tek vedalaşır. Katılımcılardan birinde fark edilir bir değişiklik (üzüntü, ilgisizlik vb.) varsa bu kişiyle özel olarak konuşulur.

Grupla ortak bir kimya tutturmak, gruba enerji vermek ve verdiği enerjinin de dış kolaylaştırıcıya dönmesi önemlidir. Kolaylaştırıcı katılımcılarla birlikteyken kendisi için onlardan daha önemli başka bir şey olmadığını bilmelerini sağlar.

14. Bir etkinliği uygulamaya başlamadan önce, neyi amaçladığını iyi belirler

Attığı her adım için amacını belirler ve taraflarla paylaşır. Bu amaca ulaşmak için katılımcı yaklaşım ve ekip anlayışıyla çalışır.

Yapmayı hedeflediği çalışmayla ilgili olan etkinlikleri seçer ve bu etkinliklerin eğitim programının genel amacına ve öğrenim hedeflerine uygun olmasına özen gösterir. Etkinliklerin gerçeklere uygun ve daha sonra katılımcıların kendi koşullarında hayata geçirebilecekleri türden olmasına dikkat eder. Dikkati toplamak veya buzları kırmak amaçlı yürütülen etkinliklerin bile oturumun amaç ve içeriğine uygun olması gerektiğini unutmaz. Kullandığı her etkinliğin amacını açıklar.

15. Öğrenmeyi kolaylaştırmak için fikir ve kavramları ilişkilendirir

Eğitim sırasında gündeme gelen fikir ve kavramları birbiriyle ilişkilendirir. Katılımcılara daha önce işlenmiş konuları ve daha sonra işlenecek konuları sık sık hatırlatır. Parçaların nasıl bir araya geldiğini görmelerine yardım eder.

16. Grupla olan ilişki ve iletişimine özen gösterir

Hem model olma adına hem de sürecin başarısı için gruplar ve bireylerle olan ilişki ve iletişime özen gösterir Grup içindeki bazı kişilerin yakın temastan hoşlanırken diğerlerinin fazla yakınlaşmaktan rahatsız olduklarını hatırlar ve grup ya da bireylerle çalışırken buna dikkat eder.

17. Bir amaca hizmet edecek alternatif aktiviteleri hazır bulundurur

Yetişkin eğitiminin sürprizleri de beraberinde getiren bir serüven olduğunu unutmaz. Hazırladığı planların her zaman aynen uygulanamayacağını varsayarak, her aşamada ve hem yöntem hem de içerik açısından alternatifler düşünür ve oluşturduğu değişik uygulamaları hazır bulundurur. Esnek olması gerektiğinden aynı amaca hizmet edecek birden fazla yolu hayata geçirmeye hazır olur.

G. ZOR KİŞİLİKLERLE BAŞ ETME:

Farklı tipte bireyler ve zor kişiliklerle baş etme için öneriler:

SORU 1. Katılımcılardan biri utangaçsa ve tartışmalar sırasında genellikle sessiz kalıyorsa (mumya örneği) ne yapılır?

- Sabır ve özel ilgi gösterilir (göz teması, başla onaylama vb. olumlu beden dili),
- Önceden bir aktivite hazırlanır,
- Katılımcıların kendilerini rahat hissetmelerine gayret edilir,
- Söz konusu kişinin bilgi/ deneyim sahibi olduğu konularda doğrudan sorular sorulur,
- Bu kişiler alt grupların kolaylaştırıcıları olarak görevlendirilir,
- Herkesin **sırayla konuşması sağlanır.**

SORU 2. Devamlı şikayet eden ve eleştiren negatif biriyle nasıl baş edilir?

- Dile getirilen sorun için herkesin aynı fikirde olup olmadığı sorulur,
- Eleştiride bulunan kişiden bir çözüm önermesi istenir,
- Grubun çözümlere yoğunlaşması sağlanır.

SORU 3. Çalışanlardan biri dış kolaylaştırıcıya karşı çıkarsa ne yapılır?

- Bumerang yöntemi denenir, yani katılımcıya kendi fikri ya da ne tür bir çözüm önereceği sorulur,
- Diğer katılımcılara çözüm önerileri sorulur,
- Cevap bilinmiyorsa dürüst olunur ve cevabın bulunmaya çalışılacağı ve herkesin bilgilendirileceği belirtilir. En kısa sürede bulunan cevap tüm katılımcılarla paylaşılır.

SORU 4. Karışıklık yaratan kişiliklerle nasıl baş edilir?

- Bu kimseyle birebir ya da ayrı olarak ilgilenilir,
- Diğer katılımcıların aynı fikirde olup olmadıkları paylaşılır,
- Karışıklık çıkmasına neden olan olayların listesi yapılır (listeyi hazırlarken her şey açık bir şekilde belirtilir; gün, saat, ayrıntılar, grup üzerindeki etkisi)
- Olumlu önerilerde bulunulur.
- Dikkatli/aktif bir şekilde dinlenir ve empati kurma, anlamaya çalışma ve bir çözüm yolu bulma isteği gösterme vb iletişim teknikleri kullanılır.
- Karşılıklı görüşmeden bir sonuç alınamazsa, söz konusu davranışın grup üzerinde nasıl olumsuz bir etki yarattığı canlandırılarak gösterilir. (Karışıklık yaratan davranışı canlandırmak üzere katılımcılardan biri seçilir ya da kolaylaştırıcı yapar).
- Grup içinde dışlanmamasına özen gösterilir.

SORU 5. Buyurgan davranan, çok konuşan ve her konuda ilk sözü söyleme eğiliminde olan biri nasıl kontrol edilir?

- Herkesin katılımını sağlayacak teknikler kullanarak duruma müdahale edilir,
- Grup kurallarından yararlanılır. Örneğin herkesin katılımı için bir süre (yaklaşık 5 dakika) belirlenir,
- Tartışma kesilir ve yeniden yönlendirilir,
- Diğer grup üyelerine isimleriyle hitap edilerek sorular yönlendirilir,
- Sözsüz iletişim teknikleri kullanılır, örneğin; **doğrudan göz teması kurulmaz**, toplantı salonunun başka bir köşesine yoğunlaşılır,
- Bu kişiye alt grup liderliği rolü verilmez,
- Rahatsız edecek kadar çok konuşulmasını sınırlandıracak kurallar uygulanır.

SORU 6. Konudan sapan, düşüncelerini ifade ederken istisnalar ya da hayali örnekler kullanan (tutarsız) biri nasıl kontrol edilir?

- Gruba amaçlar hatırlatılır ve konuya dönmeleri sağlanır,
- Tutarsız konuşmacının düşüncelerini kısaca ifade etmesi istenir; "*Mehmet, vaktimiz sınırlı olduğu için düşüncelerini en fazla yirmi kelimeyle kısaca alalım lütfen*" vb,
- Sustuğunda, "*Teşekkürler Mehmet ama artık konuya dönelim isterseniz*" denilebilir,
- Bu kişiye alt grup liderliği rolü **verilmez**,
- Bu kişiye not tutma görevi verilerek etkisiz hale getirilir.

SORU 7. Sürekli diğerlerinin sözüne kesen birisine karşı ne yapılır?

- Sözü kesilen konuşmacıya söz hakkı verilir,
- Gruba güvenilir,
- Konuşmacılar iyi organize edilir.

SORU 8. Kavgacı kişilerle nasıl baş edilir?

Kavgacı kişiler diğer katılımcılara karşı saldırgan ve aşağılayıcı tavırlar içinde olur ve benzeri karşı davranışlarda bulunurlar. Bu davranışlar başkalarının grup aktivitelerine katılmalarına ve grubun amaçlarına ulaşmasına engel olur. Grubun iyiliği için kolaylaştırıcının bu tür davranışların önüne geçmesi gerekir.

Diğer Öneriler:**Katılımcılardan biri diğerine kaba davranıp hakaret ederse ne yapılır?**

- Kaba davranan, hakaret eden kişiye müdahale edilir; ancak aynı şekilde karşılık verilmez, durum hakarete uğrayan kişiye de sorulur ya da uzlaşmacı fikre yönlendirilir,
- Sorular gruba sorulur, ayrıca gruba kişisel saldırıların kabul edilemez olduğu hatırlatılır,
- Saldırıda bulunan kişiden yargılayıcı ifadelerinden uzaklaştırmak üzere asıl konuyla ilgili açıklama yapması istenir, yargılayıcı hükümler yerine gerçekler vurgulanarak konuya devam edilir,

- Katılımcılardan ikisi arasında karşılıklı hakaretli konuşmalar devam ederse bu kişilerin sakinleşmesi için kısa bir ara verilir; bu süre içinde davranışlarının grup üzerinde ne tür etkiler bıraktığını düşünmeleri istenir ya da davranışlarını değiştirmelerine yardım edilir,
- Öfke ve kişisel saldırılar çok sık tekrarlandığı takdirde ekip oluşturma stratejileri denenir.

Katılımcılardan biri öfkeliyse ne yapılır?

- Öfkelenildiğinin fark edildiği belli edilir ve anlamaya çalışılır,
- Söz konusu kişiyi neyin öfkelenirdiği öğrenilir, cevabın konuya özgü olmasına dikkat edilir.

Katılımcılar kendi fikirlerini kabul ettirmeye çalışırsa ne yapılır?

- Grup üyelerinden biri diğerlerini etkilemeye çalıştığında bu kişiye bütün fikirlerin hep birlikte tartışılması gerektiği ve farklı fikirlerin olmasının gayet sağlıklı bir durum olduğu hatırlatılır,
- Etkilemek amacıyla söylenen sözlerin, bir kişinin isteğini gruba kabul ettirmeye çalışmasıyla eşdeğer olduğuna işaret edilir,
- Bir kişinin kabul ettirmeye çalıştığı fikirlerin olumlu ve olumsuz yanlarının neler olduğu grup üyelerinin her birine sorulur.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. HSU çalışmasının aşamalarını sıralayınız.
2. Neden kolaylaştırıcılık yapılmalı konusunda beş neden belirtiniz
3. Etkili bir kolaylaştırıcının beş özelliğini söyleyiniz?
4. Etkili bir kolaylaştırıcının yapması gerekenler konusunda üç öneride bulununuz?
5. Kolaylaştırıcının rollerinden beşini sıralayınız?
6. Kolaylaştırıcı için önerilerden beşini söyleyiniz?
7. Zor kişiliklere dört örnek veriniz? Her biriyle nasıl başa çıkılacağını açıklayınız?

KAYNAKLAR:

- Facilitative Supervision for Medical Quality Improvement (draft curriculum). EngenderHealth, 2005.
- Training of Trainers in FP Counseling, AVSC International, 1998.
- Effective Training in Reproductive Health: Course Design and Delivery - Reference Manual. Chapel Hill, NC, IPAS, 2003.
- Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum. Cathy Solter. Medical Services, Pathfinder International, November 1997.
- Instructional Design Skills for Reproductive Health Professionals. JHPIEGO, Corporation, 1997

3 HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI İÇİN HAZIRLIK

AMAÇ:

HSU çalışması için gereken hazırlıkları ve dış kolaylaştırıcıların rollerini tartışmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

1. Kuruluş yöneticisi(leri)ni HSU süreci ile ilgili bilgilendirmek amacıyla değinilmesi gereken temel konuları tartışabilmeli,
2. Kuruluş yöneticisinin desteğini alarak kendisiyle uzlaşmaya varılacak temel konuları sıralayabilmeli,
3. HSU sürecinde yöneticinin görev ve sorumluluklarını açıklayabilmeli,
4. Dış ve iç kolaylaştırıcıların görevlerini sıralayabilmeli,
5. Farklı düzeylerdeki personelin ekip olarak etkili çalışmasına yönelik rollerini açıklayabilmeli,
6. Yönetici bilgilendirme ziyareti sırasında karşılaşılabilecek güç durumları söyleyebilmeli,
7. HSU hazırlık sürecinde karşılaşılabilecek güç durumları ve bunlarla nasıl baş edilmesi gerektiğini tartışabilmeli,
8. HSU hazırlık aşamasında karşılaşılabilecek güç durumları ve bunlarla nasıl baş edilmesi gerektiğini tartışabilmeli,
9. HSU sürecinin sağlık kuruluşunda nasıl uygulandığını açıklayabilmelidir.

ANA BÖLÜM**A. YÖNETİCİLERİN HS U KONUSUNDA BİLGİLENDİRİLMESİ:**

HSU çalışması öncesinde yapılacak yönetici bilgilendirilmesi, sürecin en önemli aşamalarından birisidir. Özellikle ilk çalışmaya başlamadan önceki bilgilendirme, tüm süreci etkileyeceğinden bu aşamaya özel önem verilmelidir.

HSU çalışması yapılacak sağlık kuruluşunun seçimi ve dış kolaylaştırıcının bu çalışma için görevlendirilmesi İl Sağlık Müdürlüğü tarafından yapılır. Bu aşamayı takiben dış kolaylaştırıcı teknik düzeyde kuruluştaki çalışmalarına başlar.

Bilindiği gibi, bir kuruluştaki herhangi bir uygulama gerçekleştirmek için kuruluş yöneticisi ve kilit personelin desteği şarttır. Bu nedenle, dış kolaylaştırıcı yöneticiyi ziyaret ederek, HSU çalışmasının amacı, süreci, yararları ve bu süreçte kendi rol ve görevlerini açıklayarak yönetici desteğinin önemini vurgular.

Yönetici bilgilendirme ziyareti resmi bir toplantı şeklinde yapılabileceği gibi, kuruluştaki duruma ve yöneticinin zamanına göre ikili bir görüşme olarak da gerçekleştirilebilir. Kuruluştaki yönetici veya sorumlu personel ile görüşürken, aşağıdaki konulara mutlaka değinilmesi gereklidir.

1. SAĞLIK KURULUŞUNUN DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Kuruluştaki HSU çalışmalarına başlamadan önce kuruluş yöneticisinin kuruluşun genel durumunu değerlendirdiğini öğrenmek gereklidir. Bu konuşmada yöneticiyi yanıltıcı ve kişisel tanımlardan uzaklaştırmak ve savunmaya girmesini önlemek çok önemlidir. Bu nedenle basit ve kullanımı kolay bir yöntem olan ve aynı zamanda Sağlık Müdürlüğü tarafından stratejik planlama kapsamındaki durum analizinde kullanılan SWOT analizinden yararlanılır. Konuşmaya kalite iyileştirme çalışmalarının hepsinde olduğu gibi, kuruluşun olumlu ve güçlü yönlerinin altı çizilerek başlanır. Bununla birlikte; aşağıdaki örnek sorulardan yararlanarak geliştirilmesi gereken zayıf yönler, fırsatlar ve engellerin de yönetici tarafından dile getirilmesi sağlanır.

Güçlü Yönler:

- Kuruluşta şu andaki olumlu durum ve gelişmeler nelerdir?
- Personel açısından güçlü olduğunuz yönler nelerdir?
- Diğer kuruluşlara göre güçlü yönleriniz nelerdir?
- Kuruluşun geçmişte kaydettiği olumlu gelişmeler nelerdir? Anlatılabileceğiniz başarı öyküleri veya örnekleri var mı?
- Yüksek performans veya başarıyı mümkün kılan etkenler nelerdir?

Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler:

- Neler geliştirilebilir?
- Siz neleri geliştirebilirsiniz?
- Hali hazırda yeterince iyi yapılmadığını düşündüğünüz işler nelerdir?
- Görev kapsamınızda olup da yapmadığınız hizmetler nelerdir?vb.

Fırsatlar:

- Kuruluşunuzun avantajları nelerdir?
- Kuruluş dışında meydana gelen ve sizi etkileyen olumlu değişiklikler nelerdir?
- Yakın gelecekte, hangi mali/idari/yasal değişikliklerden yararlanabilirsiniz?vb.

Engeller:

- Gelişiminizi olumsuz etkileyen dış engeller nelerdir?
- Ne çeşit dış kaynaklı sorunlarla karşılaşıyorsunuz?
- Kurumunuzdaki hizmetleri sunarken yakın gelecekte olabilecek hangi mali/ idari /yasal değişiklikler zorluk yaratabilir?vb.

Durum analizinin sonunda yine olumlu ve güçlü yönlerin özetlenmesinde yarar olduğu gibi yöneticiyi geleceğe yönelik düşünmeye sevk etmek ve vizyonu hakkında bilgi edinmek de önem taşır. Konuşmayı bu bağlamda devam ettirmek için aşağıdaki sorulardan da yararlanılabilir;

- Belirlediğiniz güçlü yönlerin hangilerini gelecekte geliştirmek istersiniz?
- Gelecekte kuruluşunuzda görmek istedikleriniz ile ilgili neler hayal ediyorsunuz?
- Kuruluşunuz için tasarladığınız hedefler nelerdir?

Yönetici ve kilit personele, HSU süreciyle kuruluşta geliştirilmesi gereken yönlerin tespit edileceği ve bu gelişmelerin sürdürülmesi konusunda bir sistem kurulacağı açıklanır. Ayrıca, HSU'nun yönetici ve personele gelecekteki çalışma ilkelerini tasarlama ve özellikle eğitim, yönetim ve lojistik gibi konularda yeni teknik ve yaklaşımları uygulama fırsatı sunacağından bahsedilir.

2. KALİTE

Yönetici ve kilit personele, HSU'nun bir kalite iyileştirme süreci olduğu ifade edilir ve kaliteyi tartışmak için; (i) hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri (ii) hizmetle ilgili uzmanlar olarak hizmet alanlar ve sağlık personeli (iii) kalite iyileştirmenin nedenleri (iv) kalite iyileştirme ilkeleri vb. kavramların incelenmesi gerektiği açıklanır.

Hizmet Alan Hakları ve Personel Gereksinimleri: HSU yaklaşımında kaliteli hizmetten “*hizmet alanın haklarının gözetilmesi ve personelin gereksinimlerinin karşılanması*” anlaşılmaktadır. (**Hizmet Alanların Hakları:** Bilme, Hizmete Ulaşma, Bilgilendirilmiş Seçim, Güvenli Hizmet Alma, Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulması, Saygı Görme, Rahatlık ve Görüş Bildirme ve Hizmet Sürekliliği. **Personel Gereksinimleri:** Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim, Bilgilenme Eğitim ve Gelişim ile Malzeme, Araç/ Gereç ve Altyapı.)

Hizmet Uzmanları - Hizmet Alanlar ve Sağlık Personeli: HSU sürecini önemli kılan özelliklerin başında “*insan odaklı yaklaşım*” olduğu ve bu nedenle hizmet sunumuna katılan kişilerin (hizmet alan ve hizmet veren/ sağlık personeli) fikir ve deneyimlerinin onlara *uzmanlık* payesi verdiği söylenerek aşağıdaki açıklama yapılır:

- Kuruluştaki hizmete ilişkin her şeyi en iyi bilen *sağlık personeli*dir. Bu nedenle hizmete ilişkin durum ve sorun saptanıp, çözüm aranırken personelin fikir ve deneyimleri yol gösterir.
- HSU ilkelerine göre bir diğer uzman grubu *hizmet alanları*dır. Çünkü hizmet alanları kendi fiziksel ve ruhsal yapılarını, ihtiyaçlarını, beklentilerini herkesten daha iyi bilirler. Bu nedenle hizmetlerin neler olması gerektiği ve nasıl verilmesi gerektiği konusundaki soruların en doğru cevabı onlardan gelir.

Bu açıklamaların ardından yöneticinin ve diğer kilit personelin bunu onaylamasına gayret gösterilir.

Kalite İyileştirme Nedenleri: Kalite iyileştirme nedenlerini gündeme getirmeden önce, düşük kaliteli hizmetin getirdiği sonuçlar ele alınır. Eğer koşullar uygunsa konuşmalar yine katılımcı bir şekilde sürdürülür bu amaçla da aşağıdaki sorulardan yararlanılır;

- Kendi deneyimlerinize dayanarak düşük kaliteli hizmetin sonuçlarıyla ilgili örnek verebilir misiniz?
- Bu örneklerin meydana gelmemesi için neler yapılabileceğini düşünüyorsunuz?

Tartışmayı kolaylaştırmak için “yanlış teşhis” ve “yanlış laboratuvar testi” örnekleri verdikten sonra kalite iyileştirme nedenleri aşağıdaki şekilde özetlenir:

- Hizmet alanının ve personelin sağlıklarının korunması,
- Yeni hizmet özellik ve yaklaşımlarının eklenmesiyle daha fazla hizmet alanının kuruluşu çekilmesi,
- Halen mevcut bulunan güçlü yanların korunması ve geliştirilmesi,
- Hizmetler ne kadar iyi olursa olsun her zaman iyileştirilebilecek yönlerin olduğunun bilinmesi,
- Daha az tekrar ve daha az israfı yapılan çalışmalarla tasarrufun sağlanması

Kalite İyileştirme İlkeleri: Kalite iyileştirme ilkelerinin sanayiden sağlığa kadar her alanda geçerli olduğu söylenerek aşağıdaki şekilde özetlenir;

- Hizmet alanına odaklanma,
- Personelin katılımı ve sahiplenmesi,
- Süreç ve sistemler üzerine odaklanma,
- Maliyetlerin bilincinde olma ve verimlilik,
- Sürekli kalite geliştirme,
- Sürekli öğrenme kapasitesi geliştirmedir.

3. HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI (HSU)

HSU Tanımı: HSU, hizmet alanının haklarını gözetme ve personel gereksinimlerini karşılama çerçevesi üzerine oturtulan katılımcı bir **hizmet kalitesi iyileştirme** (Kİ) sürecidir.

HSU, personele sorunlarını saptayabilecekleri ve kuruluşlarındaki kaynakları kullanarak çözüm önerileri geliştirebilecekleri, kullanımı kolay ve pratik araçlar sağlar. Süreç, hizmetleri değerlendirmede her düzeydeki personelin, yöneticilerin ve hizmet alanlarının bir **ekip** olarak çalışmasını ve katılımını teşvik eder.

HSU, sayesinde personel kendisini hizmet alanlarının yerine koyarak kaliteyi daha iyi tarif etmeyi öğrenir ve hizmet alan odaklı bir perspektife sahip olur. HSU süreci aynı zamanda personele kuruluşlarının güçlü yanlarını keşfetmelerine yardımcı olur.

HSU süreci, kuruluş dışındakiler tarafından değil, kuruluşun kendi personeli tarafından yapılan **öz-değerlendirmeye** vurgu yapar. Kuruluş personeli ve yöneticileri kendilerini ve verdikleri hizmetleri SWOT analizi (güçlü yönlerini, geliştirilmesi gereken/ zayıf yönlerini, fırsatları ve engelleri) ile değerlendirerek sorunlarını ve kaynaklarını saptar, sorunlarını analiz eder ve son

olarak da sorunları çözmek ve güçlü yanlarını korumak için neler yapmaları gerektiğine karar verirler.

Hizmet Standartları Uygulaması Araçları: HSU süreci birlikte kullanılmak üzere düzenlenmiş dört araçtan oluşur:

1. **HSU Öz-Değerlendirme Rehberi**, Türkiye Üreme Sağlığı Program (TUSP) kapsamında geliştirilen *Cinsel Sağlık Üreme Sağlığı (CSÜS) Hizmet Çerçevesi*'ne dayalı olarak, dünya standartlarındaki hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri çerçevesinde düzenlenmiş sorulardan oluşan **standartlar listesi**dir. On bölümden oluşan Hizmet Standartları Öz-Değerlendirme Rehberi'nin ilk yedi bölümünde hizmet alan hakları, son üç bölümünde ise personel gereksinimleri ile ilgili sorular vardır.
2. **Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu**, hizmet alan kayıtlarına önemli bilgilerin tam ve doğru olarak kayıt edilip edilmediğini ve hizmet alanların standartlara uygun olarak hizmet alıp almadıklarını belirlemek için personel tarafından kullanılır.
3. **Hizmet Alan Görüşme Formu**, personelin kuruluşlarda verdikleri hizmetlerle ilgili olarak hizmet alanların görüşleri ve düşüncelerini öğrenmek için sordukları sorulardan oluşur.
4. **Eylem Planı**, HSU süreci sırasında saptanan problemlerin çözülmesine yardımcı olmak için personelin geliştirdiği yazılı bir plandır.

HSU ve Kİ Süreci: HSU da Kİ süreci gibi dört adımlık bir süreçtir. Kİ sürecinde devamlı olarak tekrarlanan bu adımlar:

Adım 1: Bilgi toplama ve analiz. Öz-Değerlendirme Rehberi, Hizmet Alan Görüşme Formları ve Kayıt İnceleme Formları ile sorunların belirlenmesidir.

Adım 2: Eylem planı oluşturma ve öncelikleri belirleme. Problemlerin saptanması, önceliklerin belirlenmesi, çözüm önerilerinde bulunulması ve problemin kim tarafından ve ne zaman çözüme kavuşturulacağına karar verilmesidir.

Adım 3: Eylem planının uygulaması.

Adım 4: İzleme ve değerlendirme. Saptanan problemlerin çözülüp çözülmediğinin değerlendirilmesi ve belirlenmiş yeni problemler ve onların çözümlerinin de olduğu yeni bir eylem planının geliştirilmesini de içeren sürecin düzenlenmesi.

HSU Sürecinin Aşamaları ve Basamakları:

1. Ön hazırlıklar
2. Yönetici ve personelin bilgilendirilmesi
3. Tanıtım Toplantısı
4. HSU araçlarının kullanımı
5. Eylem Planı Toplantısı
6. İzleme ve değerlendirme
7. HSU sürecinin sürdürülebilirliği

HSU Yürütülme Nedenleri:

- Personelde hizmet alan odaklı olma ve işini sahiplenme duygusu oluşturur,
- Hizmet ve süreçler, uzman olarak kabul edilen personel ve hizmet alanların istek ve beklentilerine göre şekillenir,
- Her düzeydeki personelin katılımına fırsat ve yetki verir,
- Fikirlerin paylaşılması için tüm personel ve yöneticilere bir ortam sağlayarak ekip çalışmasını ve işbirliğini yaratır,
- Anlaşılması ve kullanımı oldukça basit ve pratik olan araçlarla yerel problemleri tanımlayıcı ve çözücü yaklaşımlar sağlar,
- Standartları belirtir ve iyi çalışma davranışları önerir,
- Eylem için somut ve doğrudan fırsatlar sunar,

- Kuruluş yöneticilerinin daha etkili çalışmalarına yardım ederek, yerel düzeyde yapılanmayla ihtiyaçlara müdahaleyi mümkün kılar,
- Masrafsızdır (düşük kaliteli hizmetler daha masraflıdır),
- Kazanılan deneyimler diğer kuruluşlara aktarılabilir ve adapte edilebilir.

4. HSU SÜRECİNDE YÖNETİCİLERİN GÖREV VE SORUMLULUKLARI

Yöneticiye kendisinin ve diğer kilit personelin kalite geliştirme konusunda itici güç oldukları açıklanır ve yükümlü oldukları görevler aşağıdaki şekilde sıralanır;

- Personel için hedefler belirlemek
- Kalite iyileştirme konusunda personeli yönlendirmek ve motive etmek
- Güven oluşturmak ve kalite iyileştirilmesi (Kİ) için uygun ortam yaratmak
- Aşağıda sıralanan Personel Gereksinimlerini karşılamak
 - o Kolaylaştırıcı gözetim ve yönetim
 - o Bilgilenme, eğitim ve gelişim
 - o Malzeme, araç/ gereç ve altyapı

Kuruluş yöneticisi(leri)nin personel gereksinimlerini karşılamaya yönelik mevcut net bir yaklaşımı olmalıdır. Personelin HSU sürecinde saptanan sorunları çözmek için talep ve beklentilerinin olması kaçınılmazdır; bu süreci desteklemek ve kolaylaştırmak kuruluş yöneticisinin görevidir.

HSU kuruluşta, hizmet kalitesinin ekip olarak değerlendirildiği bir ortam sağladığından, bazı kararlar önceki uygulamalara göre daha alt düzeydeki personel tarafından alınır. Örneğin, doktor, ebe, hemşire, danışma görevlisi, temizlik görevlisi vb. tüm personel işle ilgili sorunların saptanması, çözümlerin bulunması ve uygulanması sürecine katılırlar. Bu durum, yöneticinin karmaşık problemlere daha fazla zaman ayırmasına ve çözümlerine yoğunlaşmasına fırsat sağlar.

İlk HSU çalışması sırasında, yöneticinin/ yöneticilerin Tanıtım Toplantısı'na aktif bir şekilde katılarak HSU süreci ve kalite iyileştirmeye önem verdiklerini göstermeleri beklenir. Bu nedenle, kuruluş yöneticisinden Tanıtım Toplantısı'nın başlangıcında dış kolaylaştırıcıyı tanıtması ve HSU'nun ve kalite iyileştirmenin önemi hakkında kısa bir konuşma yapması talep edilir. Böylece, personel kendi katılımlarına olumlu şekilde yansiyacak yönetici desteğini görmüş olur.

Yönetici ve personele, HSU'nun üç ayda bir tekrarlanacak çalışmalar ile devam etmesi gereken uzun bir süreç olduğu açıklanır. İlk çalışmanın sonunda bir iç kolaylaştırıcının seçileceği söylenir. Kuruluş içinden seçilecek iç kolaylaştırıcının, devam edecek HSU çalışmalarının sorumluluğunu üstlenmek üzere dış kolaylaştırıcı tarafından eğitilerek sürecin devamlılığını sağlayacağı açıklanır. Ayrıca bir "HSU Komitesi" kurulacağı ve bu komitenin kuruluşdaki HSU uygulamalarını izleyip değerlendireceği ve süreçle ilgili öneriler üreteceği söylenir.

5. YÖNETİCİ DESTEĞİNİ ALDIKTAN SONRA

Yöneticinin desteği alındıktan sonra aşağıdaki konular yönetici ile birlikte belirlenir;

1. Çalışmanın yürütüleceği kesin tarih ve saat (Tanıtım Toplantısı ve Eylem Planı Toplantısı) belirlenir. Tanıtım Toplantısı'nın en az 2,5-3 saat süreceği, daha sonra personelin 1-2 (duruma göre bu süre 2-3 gün de olabilir) gün süreyle bireysel ve ekip olarak çalışacağı, sonrasında da 3-3,5 saatlik Eylem Planı Toplantısı için tekrar bir araya gelecekleri açıklanır. Toplantılar için tarih ve saatler belirlenirken, toplantılar günün ve haftanın en az yoğun zamanında planlanır, kuruluşun hizmetlerini aksatmamasına dikkat edilir.
2. HSU çalışması için, kuruluş küçük ise kuruluş içerisindeki tüm personel, kuruluştaki personel sayısı çoksa en azından kuruluştaki her bir meslek grubunu ve kuruluşun tüm hizmet birimlerini temsil edecek şekilde personelin görevlendirilmesi ve bilgilendirilmesi gerekir ve personel listesi buna göre hazırlanır.

3. Toplantı yerine karar verilir ve oturma düzeninin “U” şeklinde olabilmesi için toplantı yeri önceden görülür.
4. Flipchartlar, büyük kalemler, yemek, kahve arası, vb. ihtiyaçların karşılanması ile ilgili lojistik konularda iş bölümü yapılarak, bunları düzenleyecek sorumlu personele bildirilir.
5. Hastane gibi büyük bir kuruluş söz konusu ise; yöneticiye, ulaşılabilecek en yüksek sayıda personele HSU süreci ile ilgili bilgi vermeyi hedefleyen bir “Bilgilendirme Toplantısı” düzenlenmesi teklif edilir ve personelin büyük çoğunluğunun süreci desteklemesi sağlanır. Daha fazla sayıda personele ulaşabilmek için, mümkünse iki veya üç kez “Bilgilendirme Toplantısı” düzenlenebilir. Bu toplantılarda, yönetici bilgilendirme ziyaretinde değindiğiniz konulardan en temel olanlarına yer verilir ya da, Tanıtım Toplantısı’nda kullandığınız sunumun sadeleştirilmiş versiyonu kullanılır.
6. Mümkünse iç kolaylaştırıcı seçilir veya bu seçim ilk HSU çalışmasının Eylem Planı Toplantısı’na ertelenir. Eğer iç kolaylaştırıcı seçimi yapıldıysa rolü açıklanır.
7. Eylem Planı Toplantısı’nın sonunda HSU Komitesi kurulacağı hatırlatılarak, bu Komite’nin sorumlulukları ve üyeleri ile ilgili kısa bilgi verilir

B. DIŞ ve İÇ KOLAYLAŞTIRICILARIN GÖREVLERİ ve FARKLI DÜZEYLERDEKİ PERSONELİN EKİP OLARAK ÇALIŞMA KONUSUNDA TEŞVİK EDİLMESİ:

Dış ve İç Kolaylaştırıcılar:

Dış kolaylaştırıcı, HSU sürecini kuruluşa tanıtan, ilk çalışmada personele rehberlik eden, kuruluşa iç kolaylaştırıcı olacak bir veya birkaç personeli eğiterek görevini kademeli olarak onlara devreden kişidir. Dış Kolaylaştırıcı kuruluş dışında ve tercihen İl Sağlık Müdürlüğü’nde yönetici, izleme-değerlendirme ve eğitim hizmetlerini yürüten yetkili ve/ veya yetkilendirilmiş, “HSU Dış Kolaylaştırıcı” belgesi olan sağlık personelidir.

İç kolaylaştırıcı, HSU çalışmasının yürütüldüğü kuruluşa görev yapan, meslektaşlarından saygı gören, etkin kolaylaştırıcılık becerilerine sahip olan, tercihen deneyimli, bilgili ve kuruluşundaki hizmetleri iyileştirmeye hevesli sağlık personelidir. İç kolaylaştırıcı kuruluşa devamlı kalite iyileştirme sürecini gerçekleştirmek için HSU çalışmalarını organize eder ve kolaylaştırır. İç kolaylaştırıcıların kendi kendilerine hizmet standartları çalışmalarını kuruluşlarında yapmaları için dış kolaylaştırıcılar tarafından eğitilmiş olmaları gereklidir.

Dış ve İç Kolaylaştırıcının Görevleri:

Hizmet niteliğinin artırılması amacıyla birinci ve ikinci basamak sağlık kuruluşlarında hizmet standartları uygulama sürecinin başlatılması ve kazanılacak deneyimlerin diğer sağlık kuruluşlarına aktararak HSU yaklaşımın yaygınlaştırılmasında en temel görevi kolaylaştırıcılar üstlenmektedir. Bu görevin yürütülmesinde kolaylaştırıcıların üstlenmesi gereken farklı rollerine, bir anlamda giyilmesi gereken farklı şapkalara önceki bölümlerde yer verildi. Bu bölümde ise dış ve iç kolaylaştırıcıların HSU sürecinin farklı aşamalarında üstlenecekleri görevleri ayrıntılı olarak ele alınmaktadır.

A. Dış Kolaylaştırıcılar:

Dış kolaylaştırıcıların iki temel görevi bulunmaktadır:

1. Kuruluşa HSU’yu tanıtmak ve çalışmaları başlatmak,
2. HSU sürecindeki kolaylaştırıcılık becerilerinin iç kolaylaştırıcıya aktarmaktır.

HSU’nun kuruluşa tanıtılması ve çalışmaların başlatılması açısından dış kolaylaştırıcının önemli görevleri bulunmaktadır. Bu görevleri yerine getirmek üzere dış kolaylaştırıcı ilk üç HSU çalışması süresince sağlık kuruluşunda bulunmak zorundadır. Dış kolaylaştırıcının rolü bu üç çalışma sırasında giderek azalır. Üçüncü veya dördüncü çalışmanın sonuna doğru sürecin sürdürülebilirliği için, dış kolaylaştırıcıların becerilerini aşamalı olarak iç kolaylaştırıcılara aktarması beklenir.

1. Kuruluş HSU'nun Tanıtılması ve Çalışmaların Başlatılması:

1.1 İlk Hizmet Standartları Çalışmasının Yürütülmesi: Bu görevin yerine getirilmesinde temel görev dış kolaylaştırıcıdır. Ancak sürecin başarısı için hazırlık dönemi sırasında iç kolaylaştırıcının belirlenmesi ve birlikte çalışılmaya başlanması önemlidir.

1.1.1 Ön hazırlıklar:

- İl Sağlık Müdürlüklerine sağlık kuruluşlarının seçiminde yardım eder,
- Kuruluş yöneticisi ve kilit personeli (yöneticiler ve/ veya gözetmenler) HSU süreci konusunda bilgilendirir.
- Kuruluşun HSU ve kalite iyileştirme sürecine ilgi düzeyini saptar.
- Yönetici ve kilit personele HSU süreci içerisindeki rollerini açıklar ve sürecin devamlılığı konusunda desteklerini alır.

Kilit yöneticilerin desteği alındıktan sonra, Dış Kolaylaştırıcı bu kişilere;

- İlk HSU çalışmasının planlanması ve lojistik desteğin sağlanması konusunda yardım eder. Çalışma rutin hizmet saatleri içinde yapılacağı için klinik hizmetlerin en az etkilenmesine özen gösterir. Tanıtım ve Eylem Planı Toplantı'larının yapılması için uygun tarihler (çay/ kahve aralarının sağlanması, toplantı mekanları vb konuları göz önünde bulundurularak) saptanmasına rehberlik eder.
- İlk HSU çalışmada hangi hizmetlerin veya alanların gözden geçirileceğine karar vermede yardımcı olur. İlk uygulama çalışmada tüm alanlar üzerinde çalışılması önerilir. Ancak, kuruluş yöneticisi, bazı özel hizmet alanları üzerinde odaklanmayı önerirse, bu da kabul edilebilir.
- İç kolaylaştırıcıların seçimine yardım eder. Seçimin ilk HSU uygulamasının Eylem Planı Toplantısı sırasında tamamlanmış olmasını sağlar.
- Eğer iç kolaylaştırıcı(lar) bu aşamada seçilirse bilgilendirme ve eğitimi başlar.
- Eğer tüm personelin katılımı mümkün olmuyorsa yönetici ve kilit personele çalışma süresince her kademedeki personelin temsil edilmesinin önemini açıklar ve seçimine rehberlik eder. Çalışmaya katılacak olan personelin isim ve ünvanlarının belirtildiği listenin çalışma öncesi hazırlanmasını sağlar.
- Personelin bilgilendirildiği, çalışmaya davet edildiği ve çalışma günlerinde görev başında olduğundan emin olmak için kurum yöneticisi ile birlikte bu konuları izler.
- Katılımcıları 3-4 gruba ayıracak şekilde çalışma gruplarının listesini hazırlamaya yardım eder.
- Kuruluşun da desteğini alarak; çalışmanın yapılacağı yerin tespit edilip düzenlenmesi, katılımcıların kullanacağı Hizmet Standartları Öz-Değerlendirme Rehberi, Hizmet Alanla Görüşme Formu, Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu ve Eylem Planı Formu'nun yeterli sayıda çoğaltılması, flipchart kağıdı ve kalemlerinin sağlanması, kahve aralarının ayarlanması vb. lojistik gereksinimlerin hazır olmasını sağlar.

1.1.2 İlk hizmet standartları uygulaması:

- Eğer iç kolaylaştırıcılar belirlenmişse, ilk HSU çalışmasını iç kolaylaştırıcıların da desteği ile yürütür.
- Tüm personelin çalışmaya etkili olarak katılımını sağlar.
- Personele görevlerini tamamlamada yardım eder.
- Kuruluşta HSU Komitesi'nin oluşturulmasına yardım eder.
- HSU komitesinin aylık toplantılarını ve ikinci çalışmanın tarihini planlamaya yardım eder.
- Eğer iç kolaylaştırıcı seçilmişse, tüm etkinliklere katılmasını ve HSU Komitesi üyeliği için gönüllü olmasını sağlar.

1.1.3 İlk hizmet standartları uygulaması sonrasında:

- İç kolaylaştırıcılar ile devam eden HSU sürecini izler; telefonla veya birimi ziyaret ederek gerekli desteği sağlar.
- İlk çalışmanın bitiminden sonraki hafta içerisinde, iç kolaylaştırıcı ile bir araya gelir ve gerekli materyalleri de sağlayarak yeni göreviyle ilgili ona koçluk yapar.
- HSU Komitesi'nin ayda en az bir kez toplanmasını sağlar. Komite'nin, İlerleme Raporu hazırlaması ve bu raporları gerektiğinde destek ve geribildirim sağlayabilmeleri için kendisine ve ilgili makamlara göndermelerini sağlar.

1.2 İkinci HSU Çalışmasının Yürütülmesinde:

- Dış ve iç kolaylaştırıcılar, ikinci HSU çalışmasının hazırlıkları konusunda birlikte çalışır.
- İç kolaylaştırıcı ile ikinci çalışmayı yapmak için bir plan geliştirir. İkinci çalışmada iç kolaylaştırıcının daha aktif rol alabilmesi için, bilgi ve becerilerini iç kolaylaştırıcıya aşamalı olarak aktararak rolleri paylaşır.
- Katılımcıları yukarıda belirtildiği şekilde gruplara ayırır. Bu kez gruplara ilk çalışmada verilen görevlerden farklı hizmet standartları konularının verilmesini sağlar. Bu, belli sayıda çalışma yapıldıktan sonra tüm personelin her bir standardı öğrenmiş olmasını sağlar.
- Hazırlık sürecinde, telefon veya ziyaretler aracılığıyla ihtiyacı olabilecek herhangi bir yardım için iç kolaylaştırıcı ile sürekli iletişim içinde olur.

1.3 Üçüncü Hizmet Standartları Çalışması Sırasında İç Kolaylaştırıcının Gözlenmesi:

İlk iki çalışmada ön hazırlıklar ve klinikteki uygulama süreci dış kolaylaştırıcı sorumluluğunda yürütülürken, üçüncü çalışmada bu görevi iç kolaylaştırıcı üstlenir. Kuruluş personelinin iç kolaylaştırıcıyı süreçte artık lider olarak görmeye başlamasını sağlamak için dış kolaylaştırıcı bu aşamada sadece gözlem yapar ve yapıcı geribildirimlerde bulunur. Yalnızca çok önemli bir şey olduğunda veya iç kolaylaştırıcı istediği zaman araya girer. Bununla birlikte, bu bir zorunluluk değildir, eğer iki taraf da dış kolaylaştırıcının iç kolaylaştırıcıya biraz daha destek olması gerektiği konusunda hemfikir ise, dış kolaylaştırıcı üçüncü çalışmaya da yardımcı olur. Ancak, sürdürülebilirliği sağlamak için dördüncü çalışmanın, dış kolaylaştırıcı müdahalesi olmadan, tamamıyla iç kolaylaştırıcı tarafından yürütülmesi gerektiği unutulmamalıdır.

2. Kolaylaştırıcılık Becerilerinin İç Kolaylaştırıcıya Aktarılması

Dış kolaylaştırıcının bu görevi iç kolaylaştırıcı(lar) seçilir seçilmez başlar ve iç kolaylaştırıcının sonraki HSU çalışmalarında tüm sorumluluğu alabilecek düzeyde bilgi ve beceri kazanmasına kadar devam eder. Dış kolaylaştırıcının iç kolaylaştırıcının yetiştirilmesi ile ilgili görevleri aşağıda belirtilmiştir:

- İç kolaylaştırıcıyı HSU süreci ve araçları konusunda bilgilendirir.
- Aşağıdaki konuları iç kolaylaştırıcı ile birlikte gözden geçirir;
 - İlk izlem ve sonraki HSU çalışmalarında iç kolaylaştırıcının sorumluluğu,
 - İç kolaylaştırıcının ihtiyacı olan kolaylaştırıcılık becerileri (Dış kolaylaştırıcı "Dış Kolaylaştırıcı Eğitimi" sırasında kendisine verilen el kitabını kullanır),
 - HSU sürecinin aşamaları ile ilk ve sonraki HSU çalışmalarının programları.
- HSU süreci boyunca, özellikle ikinci çalışma sırasında, iç kolaylaştırıcıya koçluk yapar.
- İç kolaylaştırıcı çalışmayı kendi kendine yürütebilir duruma gelinceye kadar, teknik yardım ve destek sağlamak üzere iletişimi devam ettirir.

B. iç kolaylaştırıcılar:

İç kolaylaştırıcının ilk çalışmadan önce seçilmesi durumunda, ilk HSU çalışmasının erken dönemlerinden itibaren dış kolaylaştırıcı ile birlikte çalışır. Bu mümkün olmamış ise, iç

kolaylaştırıcı seçildikten hemen sonra dış kolaylaştırıcı ile çalışmaya başlar. İç kolaylaştırıcının görevleri:

1. İlk Hizmet Standartları Uygulaması Çalışmasında:

- İlk çalışmanın hazırlıkları için dış kolaylaştırıcıya yardım eder.
- İlk çalışma yapılırken dış kolaylaştırıcıya destek sağlar.
- Kuruluştaki HSU Komitesi'nde aktif sorumluluk alır.

2. İzlem ve Sonraki HSU Çalışmalarında:

- İkinci HSU çalışmasının yürütülmesindeki sorumluluğu dış kolaylaştırıcıyla paylaşır.
- Üçüncü çalışmayı dış kolaylaştırıcıdan destek alarak yürütür.
- Dördüncü ve daha sonraki çalışmalarda, çalışmayı iç kolaylaştırıcı yürütür. Ancak, iç kolaylaştırıcı ihtiyaç duyduğu her an dış kolaylaştırıcının yardımını isteyebilir.
- İç kolaylaştırıcı, HSU çalışmalarını her zaman kuruluş yöneticilerinin destek ve işbirliğiyle yürütür. Özellikle kuruluşun gereksinimlerinin üst düzey yöneticilere iletilmesini mutlaka kuruluş yöneticilerinin önderliğiyle yapar.

Sağlık kuruluşunda birlikte çalışmak:

Farklı Düzeylerdeki Personel İçerisinde Farklı Roller ve İpuçları

1. Üst Kademedeki Personelin Bilmesi Gerekenler:

- Özellikle karar alma ve sorun çözümü konularında başkalarını/ personelini yetkilendirir,
- Emir vermek yerine tartışmaya teşvik eder,
- Biliyormuş gibi yapmak yerine soru sorar,
- Personelin görüşlerini dinler,
- Herkesin ilginç görüş ve fikirlere sahip olabileceğine inanır.

2. Orta ve Alt Kademedeki Personelin Bilmesi Gerekenler:

- Grup ortamlarında görüşlerini paylaşır,
- Görüşleri için sorumluluk alır,
- Görüşlerini açıklar ve başkalarının görüşlerine açık olur,
- Neye ihtiyaçları olduğunu sorar,
- Görüşleri için destek arayışı içerisinde olur.

3. Gözetmen:

Gözetmenler, yetkili ya da yetkilendirilmiş kişilerdir. Gözetmen işlevi konusunda eğitilmiştir ve saptamaları yönetim tarafından uygulanmak üzere dikkate alınmak durumundadır.

- Grup toplantılarında çeşitli yollarla "Bu işte birlikteyiz, herkesin üstleneceği rol değerli" düşüncesini dile getirmeye çalışır,
- Geleneksel rollerden kurtulmak için yönlendirici olur. Örneği, flipchart üzerinde toplantı notlarını tutma veya beyin fırtınası çıktılarını yazma işini sekretere bırakmak yerine kendisi üstlenir,
- Alt kademe personeli tam olarak katılım göstermeleri konusunda teşvik eder. Örneğin, personeli, yöneticilerin yanında sorunlarını dile getirdikleri için cezalandırılmayacakları konusunda rahatlatır. Uygun olan durumlarda göz teması sağlar. Onlar konuşurken gülümser ve başıyla onaylar.
- Bütün personele saygılı bir tavır sergiler,
- Olumlu geribildirimler verir.

C. HSU HAZIRLIK SÜRECİNDE KARŞILAŞILAN GÜÇ DURUMLARLA BAŞ ETME:**Dış Kolaylaştırıcılar için Öneriler:****1. Yönetici HSU fikrine hiç sıcak bakmazsa ne yapılır?**

HSU tanıtım çalışmasına yöneticinin desteği olmadan başlanmaz. Yöneticiye çekincelerinin neler olduğu sorulur. Bazı yöneticiler, personel karar alma aşamasına katılmaya teşvik edildiği takdirde kendi yetkilerini kaybedeceklerini düşünür. HSU sürecinin kuruluştaki yöneticilerin yetkilerini ellerinden almadığı, bu sürecin personelin getirilen çözüm önerilerini sahiplenmesi ve uygulamaya koyması konusunda sorumluluk almasını sağladığı açıklanır.

2. Yöneticilerin/ kilit personelin, HSU sürecinin kaynak talebi doğuracağını; ancak ildeki üst yönetimin kuruluşlarına kaynak aktarımını sağlamayacağını düşünceleri durumunda ne yapılır?

HSU çalışmasında en önemli kaynağın (etkinliklerin çoğu personel kendi günlük işlerini yaparken de yürütülebilse de) *personelin zamanı* olduğu açıklanır. Süreç ve plan esnektir ve kuruluşun gereksinimine göre adapte edilir. Gözetmenlerin de haftalık toplantılar sırasında ya da eylem planında sağlanan ilerlemeye ilişkin mevcut komitelerin rapor hazırlamasıyla HSU'yu mevcut sistemlere entegre ederek sürecin devamlılığını sağlamaya istekli olması gerekir. Bununla birlikte dış kolaylaştırıcı her HSU çalışmasının ardından, personelin eğitim, malzeme ve gözetimle ilgili ihtiyaçları belirleyebileceğini düşünerek üst kademedeki yöneticilerin kaynak talebine hazırlıklı olması gerektiğini açıklar. Yöneticilerin, HSU'nun kuruluş ihtiyaçlarının ortaya konulması ve belgelenmesinin bir yolu olduğunu ve kaynakların kuruluşa yönlendirilmesini savunmak üzere kullanılabileceğini görmelerini sağlar.

3. Yöneticiler/ kilit personel HSU sürecinin ne olduğunu ya da neye katkıda bulunduğunu anlamıyorlarsa ne yapılır?

HSU süreci ile ilgili herhangi bir kaygıları ya da soruları olup olmadığı sorulur. HSU'nun kuruluş düzeyinde daha fazla sorun çözmeyi, ekip çalışması yapmayı ve hizmetlerin kalitesini iyileştirmeyi amaçladığı açıklanır. Personele kendi başlarına sorunları belirlemek ve çözmek için gerekli araçlar verildiğinde hizmetleri iyileştirmek için daha fazla sorumluluk alma eğiliminde oldukları ve hatta zaman içerisinde sorunları meydana gelmeden önce önlemler alabilecekleri söylenir. HSU'nun değişik düzeylerdeki personel arasındaki iletişimi geliştiren bir ortam oluşturduğu, bu sürecin üst kademedeki yöneticilerin yetkisini azaltmadığı; aksine çözülmesi istenen küçük sorunların azaltılmasına yardımcı olduğu açıklanır. Bunun da üst düzeydeki yöneticilerin de daha büyük sorunlara odaklanmalarına izin vererek zamanlarını daha etkin bir şekilde kullanmalarını sağlayacağı açıklanır.

4. Yönetici HSU tanıtıldıktan sonra süreci takip etmek konusunda istekli değilse veya bu görevi üstlenmezse ne yapılır?

Daha önce de belirtildiği gibi, *yöneticisi destek vermeye istekli olmayan kuruluştaki HSU çalışması yapılmaz.* Başlangıçta istekli olup da sonradan düşüncesi değişen yönetici olursa kendisi ile görüşülerek bunun nedenleri değerlendirilir ve yaklaşım değişikliğinin nedenine göre önlemler alma yoluna gidilir. Aynı zamanda kuruluş yöneticisiyle HSU İlerleme Raporları, Komite Raporları, çözümlenen sorunlar objektif bir şekilde paylaşılır ve sürecin yararları anlatılarak, HSU'nun sürdürülebilirliği için yönetimin katkısı kazanılmaya çalışılır.

D. KURULUŞTA HSU İLE İLGİLİ BİLGİLENDİRME YAPILMASI**Dış Kolaylaştırıcılar için ilk HSU çalışmasıyla ilgili genel ipuçları**

Aşağıdaki açıklamalar, Tanıtım Toplantısı'nın içeriği (ÜS hizmetleri kalite çalışması, HSU Süreç ve Araçları) ve yöntemi konusunda sizlere rehberlik sağlayacaktır.

- *Etkili bir dış kolaylaştırıcının her zaman bilgi veren değil, doğru cevapları almak için*

doğru soru(lar) soran kişi olduğunu unutmayınız.

- Konuları işlerken katılımcı eğitim yöntemlerini kullanınız ve bunun için de olabildiğince çok soru sorunuz.
- Eğer mümkünse katılımcıların cevapları üzerine konuşmalarınızı şekillendiriniz.
- Konuları işlerken “Yetişkin Eğitim İlkeleri”ni kullanınız ve personelin dikkatinin dağılmaması için gerekirse konuyla bağlantılı “ısınma” alıştırmaları yapınız.
- Eğer Tanıtım Toplantısı iki veya üç kolaylaştırıcının olduğu bir ekip tarafından yapılacaksa, toplantı öncesinde eğitim ekibi olarak bir araya gelerek iş bölümü yapınız.
- Ekip ya da bir dış kolaylaştırıcı olarak her oturumda;
 - o Konuşmanıza, oturum amaçları ve konu hakkında bilgi vererek **başlayınız**,
 - o Konuşmanızı, açıklanan ana fikirleri vurgulayarak, verilen bilgilerin anlaşılır olup olmadığını ve cevaplanmasını istedikleri bir soru olup olmadığını sorarak, konuyu özetleyerek ve işbirliklerinden dolayı katılımcılara teşekkür ederek **bitiriniz**.
- Eğitim programı ekip olarak yürütüldüğünde, diğer dış kolaylaştırıcının da aynı şekilde oturumu yürütmesini sağlayınız. Aynı zamanda personele örnek olacak şekilde “Ekip Çalışması” örneği gösteriniz.
- Eğitim ekibi olarak her günün sonunda değerlendirme yapmak üzere bir araya gelerek, birbirinize geribildirim veriniz ve bir sonraki günün planlamasını yapınız.
- HSU çalışmasına katılan personeli küçük gruplara ayırıp, her bir bölüm üzerinde çalışacak grupları saptamak için HSU Öz-Değerlendirme Rehberi’nin başındaki açıklamalardan yararlanınız. Örneğin;” Hizmet Alanın Bilme Hakkı” bölümü üzerinde çalışacak grupta bir üreme sağlığı danışmanının olması, “Hizmet Alanın Güvenli Hizmet Hakkı” bölümünü çalışacak grupta bir temizlik görevlisinin bulundurulması, “Personelin Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi” bölümü üzerinde çalışacak gruba, herhangi bir yönetici dahil etmemeye çalışınız.
- İlk uygulama çalışması için her bir gruba “Hizmet Alan Hakları ve Personel Gereksinimleri”nin karışık olarak verilmesine dikkat ediniz. HSU Öz-Değerlendirme Rehberi’nin tüm bölümlerini ayırınız ve mümkünse her bir grubun 2-3 hizmet alan görüşmesi yapması ve birisinin de Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu’nu doldurmasını sağlayınız.

E. HSU YÜRÜTÜRKEN KARŞILAŞILAN GÜÇ DURUMLARLA BAŞ ETME

1. Personelin belirlediği takvim gerçekçi mi?

Personelin takvimi nasıl oluşturduğu ve çözümleri gerçekleştirmek için personele yeterince zaman verilip verilmediği **sorulur**.

2. Üst düzey personel çok sayıda sorumluluk almış mı, dışarıdan kuruluşlara sorumluluk verilmiş mi (kim tarafından sütunu)?

Yöneticilere fazla sorumluluk verildiği durumlarda bu çözümlerin izlemine yapabilecek başka personel olup olmadığı **araştırılır**. Önerilerden bir kısmı çeşitli alt başlıklara bölünebilir ve her alt başlık için farklı bir sorumlu seçilebilir.

Kuruluş dışındaki kişilere izlem sorumluluğu verilmez. Başka kuruluşları (İl Sağlık Müdürlüğü dahil) ilgilendiren çözümlerin uygulanması da kuruluş personeli tarafından izlenir.

3. HSU tanıtımı sırasında personel ilgisiz, olumsuz veya savunmacı bir tavır içindeyse ne yapılır?

Unutulmamalı ki, personel mevcut çalışma şartlarından huzursuz olabilir ve HSU’nun durumu değiştireceğinden kuşku duyabilir ya da daha önceden bu tür çalışmalara katılmış ve başarısızlıkları görüp bunun da farklı olmayacağını düşünebilir. Ayrıca, her grupta duyduğu her fikri hafife alanlar olabilir. Gerekirse toplantının başında bu uygulamanın; yönetimin bir kararı ve onların görevlerinin bir parçası olduğunu yeniden hatırlatınız. **Ancak gönüllülüğün önemli olduğunu vurgulayınız.**

4. Tartışma konu dışına çıkarsa, sürekli aynı konu etrafında kilitlenirse veya sonuçlandırılmazsa ne yapılır?

Toplantının zamanında bitmesi için tartışmanın hızı **kesilmez**, ancak “*Oturumu biraz saptırmış veya konuyu aceleye getirmiş olabiliriz*” diyerek kısa bir ara verilebilir ya da gerekirse **özet** yapılır ancak tartışma birdenbire kesilmez.

5. Kuruluşun hizmet standartları ile önerilen HSU çelişiyorsa ne yapılır?

Konu **yönetimle görüşülerek**, HSU’nun Sağlık Bakanlığı tarafından uluslararası standartlara uygun ve CSÜS hizmet çerçevesine dayalı olarak geliştirilen yazılı kurallar olduğu yöneticiyle birlikte tekrar personele duyurulur.

6. HSU Öz-Değerlendirme Rehberi üzerinde çalışan ekip zorlanıyor ve ilerleme kaydedemiyorsa ne yapılır?

Öncelikle nedenler saptanır. Nedenleri saptamak için de şu sorulara cevap aranır; “*Sorular yeterince açık ve anlaşılır değil mi? İlerlemeyi engelleyen faktörler nelerdir?*” Bazı soruların kuruluştaki verilemeyen hizmetlerle (kuruluşun görev tanımında olduğu halde verilemeyen ya da görev tanımında olmayan) ilgili olabileceği hatırlatılır. Ayrıca, kuruluştaki yürütülen bazı hizmetlerle ilgili soruların bulunmamasının mümkün olduğu ve bunların da eklenmesi gerektiği belirtilir. **Her durumda, kimseyi suçlamadan süreç ve sistem üzerine yoğunlaşmak gereğinin altı bir kez daha çizilir.**

7. Görüşme sırasında hizmet alanlar hep olumlu şeyler söylerse ne yapılır?

Hizmet alanı daha ayrıntılı bilgi gerektiren açık uçlu sorular **sorulur** ya da kuruluşun hizmet kalitesini artırabilmek için kendilerinin görüşlerine ihtiyaç olduğu vurgulanır. Bazıları kendi görüşlerini söylemektense çevrelerinden duyduklarını yineleyebilir. Bu durumda farklı sorular sorulur ya da daha fazla hizmet alanla görüşme yapılır.

8. Grup verilen sürede görevini bitiremez veya bunalırsa ne yapılır?

Katılımcılara çok önemli ve çözmesi en kolay olan sorunlardan başlamaları **söylenir**. Daha sonradan yürütülecek HSU çalışmalarında daha fazla soruna eğilme imkanı olacağı hatırlatılır.

9. Eylem Planı Toplantısı’nda sorunlar ve kök nedenler ayrıntılı ve açık ifade edilmemişse ne yapılır?

Sorun analizinin pratik gerektiren bir beceri olduğu **hatırlatılır**. Eylem planlarının ilk denemede kusursuz olması beklenmemelidir. Katılımcılara sorunların kök nedenlerini nasıl belirledikleri sorulur ve gerekirse “Neden-Neden” tekniği gözden geçirilerek “*Bu gerçekten bir sorun mu? Nasıl bir sorun? Altta yatan başka bir sorun var mı? Personele göre bu sorunun kaynağı nedir? Bu sorun hizmet alanların kaliteli hizmet almalarına engel teşkil ediyor mu? Önerilen çözümler hizmetleri geliştirecek mi?*” şeklinde sorular yöneltir.

10. Personel sorun için alternatif çözümler üretmemişse ne yapmalı?

“*Sizce en iyi çözüm bu mudur yoksa sorunla uğraşmanın daha etkili ve kolay başka yolları var mıdır? Başka çözüm önerileri geliştirilebilir mi?*” şeklindeki sorularla personel yeni çözümler düşünmeye yönlendirilir.

11. Çözümünden sorumlu olarak belirlenen personel en uygun kişi değilse ne yapmalı?

Kararın gruptan gelmesini sağlamak için yönlendirici sorular sorularak yeni kişilerin düşünülmesi sağlanır.

12. Personelden biri veya birkaçı verilen görevlerden hoşnut değilse ne yapmalı?

“Aramızda yerine getiremeyeceği bir sorumluluk aldığını düşünenimiz var mı?” şeklinde bir soru yönelterek hoşnutsuzluğu olan personelin kendini ifade etmesine fırsat verilir.

13. Aynı kişiye çok fazla sorumluluk verilmişse ne yapmalı?

Katılımcılara çeşitli çözümlerle ilgili sorumlulukların paylaşılması gerektiğini hatırlatarak, “Sizce bu kadar sorun belirlenen sürede tek bir kişi tarafından izlenebilir mi? İş hızlandırmak adına sorumluluğu diğer arkadaşlar arasında paylaştırsak iyi olmaz mı?” diye sorulur.

14. Görüşme sırasında hizmet alan cevap vermezse, kaçamak cevaplar verirse veya sürekli Evet veya Hayır diye cevaplarsa ne yapılır?

Görüşme yapana; “... ile ne düşündüğünüz konusunda biraz daha konuşabilir miyiz?”, “.... konusunda ne düşünüyorsunuz?”, “Sizce durumunu nasıl geliştirebiliriz?” gibi **sorular sorulur.**

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Yönetici bilgilendirme ziyareti sırasında, kolaylaştırıcının değinmesi gereken başlıca konular nelerdir?
2. HSU süreci ile ilgili yöneticinin onayını aldıktan sonra onunla görüşeceğiniz başlıca konular nelerdir?
3. Dış kolaylaştırıcının başlıca iki görevini söyleyiniz?
4. İç kolaylaştırıcının başlıca görevini söyleyiniz?
5. Etkili bir şekilde çalışmak için orta ve alt düzeydeki personel nasıl davranmalıdır?
6. Yönetici bilgilendirme ziyareti sırasında karşılaşılabileceğiniz güç durumlarla ilgili iki örnek veriniz? Bunlarla nasıl baş edeceğinizi açıklayınız.
7. HSU sırasında karşılaşılabileceğiniz güç durumlarla ilgili iki örnek veriniz? Bunlarla nasıl baş edeceğinizi açıklayınız.
8. İlerleyen günlerde kuruluştaki neler olacağını kısaca açıklayınız.

KAYNAKLAR:

- COPE® Handbook: A process for improving quality in Health Services, EngenderHealth's Quality Improvement Series, 2003.

4 KURULUŞTA HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI

AMAÇ (LAR):

- Sağlık hizmetlerinin kalitesi, HSU süreç ve araçlarını tartışmak.
- Sağlık kuruluşunda birinci HSU çalışmasını yürütmek.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda kuruluştaki katılımcılar (**sağlık kuruluşu personeli**);

- İlk HSU çalışması için temel kuralları oluşturabilmeli,
- Kaliteli sağlık hizmetlerini tanımlayabilmeli,
- Yedi hizmet alan hakkı ve üç personel gereksinimini açıklayabilmeli,
- Kalite iyileştirme sürecini tanımlayabilmeli,
- HSU tanımını ve sürecini açıklayabilmeli,
- HSU araçlarını sayabilmeli,
- Kuruluşun güçlü yönlerini, geliştirilmesi gereken/ zayıf yönlerini, fırsatları ve engelleri (SWOT analizi ile) belirleyebilmeli,
- HSU Öz-Değerlendirme Rehberi'ni kullanabilmeli,
- Hizmet alan görüşmeleri yapabilmeli,
- Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu'nu doldurabilmeli,
- Kuruluş Eylem Planı'nı geliştirebilmeli,
- HSU Komitesi'ni oluşturabilmeli,
- Bir iç kolaylaştırıcı belirleyebilmeli,
- Rutin HSU komite toplantıları için tarih belirleyebilmeli,
- Bir sonraki HSU çalışması için tarih belirleyebilmelidir.

SÜRE: 745 dakika

YÖNTEMLER:

- Beyin fırtınası
- Sunum
- Tartışma
- Grup çalışması

ARAÇ-GEREÇ/ MALZEME:

- Flipchart, flipchart kağıdı ve kalem
- Bilgisayar sunumları: "Hizmet Standartları Uygulaması: Süreç ve Araçlar", (**Ekler: 8.1, 8.2 ve 8.3**)
- Bilgisayar ve barkovizyon
- Selobant
- Kartlar (15x20 cm ve 10x15 cm)

ÖN-HAZIRLIKLAR:

- Beyaz **kartların** ön yüzüne hizmet alan haklarını ve personel gereksinimlerini büyük kalemle, arka yüzüne de sadece kendinizin görebileceği şekilde, kurşun kalemle yazınız.
- Oturuma başlamadan önce, kartları **boş yüzleri** gözükecek şekilde ve "Hizmet Alan Hakları ve Personel Gereksinimleri" listesindeki sıraya göre duvara asınız.
- Sunumlarınızı kontrol ediniz: "Hizmet Standartları Uygulaması: Süreç ve Araçlar" (**Ekler: 8.1, 8.2, 8.3**)
- Çalışmaya katılacak tüm kuruluş personeline dağıtılmak üzere yeterli sayıda aşağıdaki dağıtımlardan hazırlayınız ve kuruluş kütüphanesi veya yöneticisi için ayrıca iki adet dosya düzenleyiniz:
 - Hizmet Alan Hakları ve Personel Gereksinimleri

- o Bilgisayar sunumları (**Ek: 8.1, 8.2 ve 8.3**)
- o Hizmet Standartları Öz-Değerlendirme Rehberi (**Ek: 8.4**)
- o Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu (**Ek: 8.5**)
- o Hizmet Alan Görüşme Formu, (**Ek: 8.6**)
- o Eylem Planı Formu (**Ek: 8.7**)
- o Örnek Eylem Planı Formu (**Ek: 8.8**)
- o Eylem Planı İzlem Formu (**Ek: 8.9**)
- o Eylem Planı Özet İzlem Formu (**Ek: 8.10**)
- o Toplantı salonunu, tercihen “U” düzeninde hazırlayınız.
- Eğitim araçlarını (flipchart tahtası ve barkovizyon) tüm katılımcıların görebileceği şekilde yerleştiriniz.
- Gerekirse toplantı araları ve dinlenme süreleri için plan yapınız.
- Aşağıdaki flipchart’ları hazırlayınız:

Flipchart A:

OTURUM 4: AMAÇ ve ÖĞRENİM HEDEFLERİ

Flipchart B:

HİZMET ALAN HAKLARI:

1. Bilme Hakkı
2. Hizmetlere Ulaşma Hakkı
3. Bilgilendirilmiş Seçim Hakkı
4. Güvenli Hizmet Alma Hakkı
5. Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulma Hakkı
6. Saygı Görme, Rahatlık ve Görüş Bildirme Hakkı
7. Hizmetin Sürekliliği Hakkı

PERSONEL GEREKSİNİMLERİ:

1. Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi
2. Bilgi, Eğitim ve Gelişim Gereksinimi
3. Malzeme, Araç/Gereç ve Altyapı Gereksinimi

Flipchart C:

KALİTE İYİLEŞTİRME NEDEN GEREKLİ?

- Kaliteli hizmetler personeli ve hizmet alanın sağlığını korur
- Kalite, tasarruf sağlar (daha az iş tekrarı ve daha az israf)
- Kuruluş, hizmet alanların ilgisini çekecek yeni özellikleri hizmetlerine ekleyebilir.
- Her kuruluşun muhafaza etmesi gereken güçlü tarafları vardır
- Her zaman gelişme için fırsat vardır

Flipchart D:

SWOT ANALİZİ

Güçlü Yönler	Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler
Fırsatlar	Engeller

Flipchart E:

Eylem Planı Örneği:

SORUNLAR	NEDENLER	ÖNERİLER	KİM TARAFINDAN İZLENECEK	NE ZAMAN TAMAM-LANACAK
1.CYBE'li hastalar izlem için gelmiyor	1.1.Personelin kuruluştaki sunulan bütün CYBE ile ilgili hizmetler hakkında bilgisi olmaması, 1.2.Hizmet alanların iyi karşılanmaması ve personel tarafından damgalanması 1.3.Personelin bir kısmının CYBE danışmanlığı konusunda eğitimi olmaması	1.1.Kuruluştaki verilen hizmetler, bunların nerede sunulduğu ve kimin sorumlu olduğu konusunda personel bilgilendirilecek 1.2.Tüm personele CYBE ile ilgili farkındalık ve duyarlılık geliştirme eğitimi yapılacaktır 1.3.Ebe ve Hemşirelere CYBE danışmanlık eğitimi verilecek	Ebe Elif Dr. Ahmet Başhemşire Ayşe	30.07.05 01.09.05 01.10.05
2.Sabah saatlerinde DÖB için gelenler uzun süre bekliyor	2.1.Bütün hizmet alanların genelde sabah saatlerinde gelmesi 2.2.Öğleden sonra gelen sayısının az olması	2.1.Randevu sistemi oluşturulacaktır 2.2.Hizmet alanlar öğleden sonra gelmeye teşvik edilecek: 2.2.1.Hizmet alanlara öğleden sonra da gelebilecekleri, hem doktorun kendilerine öğleden sonra daha çok zaman ayırabileceği söylenecek 2.2.2.Konuyla ilgili tabela yaptırılıp duvarlara asılacaktır 2.2.3.Hizmet alanlara yazılı randevu kartları verilecek	Memur Gül Hemşire Aliye Mutemet İbrahim Hemşire Oya Fatma	01.06.05 01.06.05 15.07.05 15.07.05 15.06.05
3.Hizmet alan kayıt formlarında tıbbi öykü bilgisi yer almıyor	3.1.Personelin bu bilgileri hizmet alanlara sormaması 3.2.Personelin hizmet alanlara ne soracağını bilmemesi 3.3.Personelin kayıt formlarını doldurma konusunda eğitim almaması	3.Bütün ÜS ve klinik personeline tam tıbbi öykü alma ve kayıt formu doldurma konusunda tazeleme eğitimi yapılacaktır	Dr. Mehmet	01.08.05

Flipchart F:

KURULUŞ HSU GRUPLARI ve GÖREVLERİ

Dış Kolaylaştırıcıya Not: Dış Kolaylaştırıcı adayları ve kuruluş personelini gruplara bölerken aşağıdaki tabloyu örnek olarak kullanabilirsiniz. Daha fazla bilgi gerektiğinde metin içindeki ilgili bölüme bakınız.

KURULUŞ HSU GRUPLARI ve GÖREVLERİ (ÖRNEK) :

Grup #	Dış Kolaylaştırıcı Adı	Personel Adı ve Ünvanı	Grup Görevleri
Grup I.			Üzerinde çalışacakları konular:
1		CSÜS danışmanlık hizmeti verenler	➤ Hizmet Alanın Bilme Hakkı
2		Kadın Doğum Uzmanı	➤ Hizmet Alanın Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulması Hakkı
3		Koruma Görevlisi	➤ Personelin Bilgi, Eğitim ve Gelişim Gereksinimi
4		Ebe/Hemşire	➤ 2 Hizmet Alan görüşmesi
Grup II			Üzerinde çalışacakları konular:
1		Doktor	➤ Hizmet Alanın Hizmetlere Ulaşma Hakkı
2		Ebe/Hemşire	➤ Hizmet Alanın Saygı Görme Rahatlık, ve Görüş Bildirme Hakkı
3		Temizlik Görevlisi	➤ Personelin Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi
4		Memur	➤ 2 Hizmet Alan görüşmesi
Grup III			Üzerinde çalışacakları konular:
1		Doktor	➤ Hizmet Alanın Bilgilendirilmiş Seçim Hakkı
2		Ebe/Hemşire	➤ Hizmet Alanın Hizmet Sürekliliği Hakkı
3		Temizlik Görevlisi	➤ Hizmet Alan Kayıtlarının İncelemesi
4			➤ 5 Hizmet Alan görüşmesi
Grup IV:			Üzerinde çalışacakları konular:
1		Yönetici	➤ Hizmet Alanın Güvenli Hizmet Alma Hakkı
2		Doktor	➤ Personelin Malzeme, Araç-Gereç ve Altyapı Gereksinimi
3		Ebe/Hemşire	➤ 5 Hizmet Alan görüşmesi
4		Temizlik Görevlisi	

Flipchart G:

EYLEM PLANI TOPLANTISI TEMEL KONULARI

Konu1: Grup sunumlarının (Kuruluşun güçlü yönleri, geliştirilmesi gereken/ zayıf yönleri, fırsatları ve engellerinin belirlendiği SWOT analizi, küçük grup eylem planı) yapılması

Konu2: Eylem planlarının birleştirilmesi ve çözümlenecek sorunlarla ilgili önceliklerin belirlenmesi

Konu 3: Kuruluş Eylem Planının oluşturulması

Konu 4: HSU İç Kolaylaştırıcısının belirlenmesi

Konu 5: HSU Komitesinin kurulması

Konu 6: Aylık HSU Komitesi toplantısı ve ikinci HSU çalışması için tarih belirlenmesi

Flipchart H:

GÜNÜN PROGRAMI

ETKİNLİKLER

GİRİŞ (5 dakika)

HSU çalışması için toplantıya katılan kuruluş personeline kendinizi tanıtınız, toplantıya katıldıkları için onlara teşekkür ediniz.

ANA BÖLÜM

A. AÇILIŞ (15 dakika)

1. Dış kolaylaştırıcılar olarak kendinizi tanıtınız.
2. Personelden isimlerini, görevlerini ve kuruluştaki yapmaktan gurur duydukları bir şeyi söyleyerek kendilerini tanıtmalarını isteyiniz. Örnek olarak; *“Ben Bülent, bu kuruluşun güvenlik görevlisiyim, kuruluştaki hizmet alanları karşılayan ve onlara nereye gideceklerini gösteren ilk kişi olmaktan gurur duyuyorum”* deyin.
3. Belirtilen şekilde herkesin kendisini tanıtmalarını sağlayınız.

B. TEMEL KURALLAR (5 dakika)

4. Personele, *“Önümüzdeki iki gün süresince sizlerle birlikte olacağız. Bildiğiniz üzere her grubun uyması gereken temel kurallara vardır, bizim, böyle bir eğitim ortamında kurallarımızın neler olması gerektiğini düşünüyorsunuz?”* diye sorunuz.
5. Personelden gelen cevapları flipchart kağıdına yazınız.
6. Personelden gelen önerilerin olumlu ifadelerle yazıya dökülmesine özen gösteriniz ve gerekirse yeniden şekillendiriniz. Örneğin; katılımcının *“geç gelinmemesi”* dediği bir yerde bu ifadenin *“zamanında gelinmeli”* şeklinde değiştirilerek yazılmasını öneriniz.
7. Listenin içeriğinde aşağıdaki konuların bulunmasını sağlayınız.
 - Zamanında gelinmeli,
 - Herkese ve tüm fikirlere saygı gösterilmeli,
 - Bir defada yalnızca bir kişi konuşmalı,
 - Cep telefonları kapatılmalı ya da sessiz konumda tutulmalı,
 - Yargılayıcı olmaktansa destekleyici bir tutum benimsenmeli,
 - Bireyler üzerine değil süreçler üzerine odaklanılmalı,
 - Eğitim salonunda sigara içilmemeli vb.
8. Bütün kurallar yazıldıktan sonra personele bu kurallara uymayı kabul edip etmediklerini sorunuz. Anlaşmazlık olabilecek her konuyu görüşünüz ve tam bir fikir birliğine varınız.
9. Flipchart kağıdını eğitim sonuna kadar indirmemek üzere duvara asınız.

C. AMAÇ, HEDEFLER, GÜNDEM, PROGRAM VE LOJİSTİK (5 dakika)

10. **Flipchart A**'yı kullanarak çalışmanın amaç ve öğrenim hedeflerini açıklayınız.
11. Flipchart'ı okuduktan sonra duvara asınız.
12. Sadece ana başlıkları ve konuları söyleyerek çalışma programının üzerinden hızlıca geçerek aşağıdaki açıklamayı yapınız;

“Bugün Hizmet Standartları Uygulaması Tanıtım Toplantısını birlikte yürüteceğiz, toplantı sırasında “Hizmet Kalitesi Nedir?” sorusunu açıklayacağız. Daha sonra sunum yaparak “HSU Süreç ve Araçları” konusunu ele alacağız ve örneklerle “Araçların Nasıl Kullanılacağı” konusunu açıklayacağız. Daha sonra SWOT Analizi ve “HSU Araçları” üzerinde çalışmak üzere küçük gruplara ayrılacağız.

“Yarın, kuruluş personeli olarak sizler, rutin görevlerinizin yanı sıra küçük gruplar halinde HSU araçları üzerinde çalışacaksınız. Eğitici ve dış kolaylaştırıcı grubu olarak bizler bu süre içerisinde sizlere yardımcı olacağız. Sizler küçük gruplar olarak; HSU araçlarını kullanarak sorunları saptayacak, öncelikli sorunları seçecek ve sorun analizi yapacak ve eylem planı geliştireceksiniz.”

Kolaylaştırıcı için Not: Bir önceki ve bir sonraki maddeyi anlatırken, kuruluş yöneticisiyle yaptığınız görüşmeye göre HSU araçları üzerinde çalışmak için kaç gün ayrıldığını söylemeniz gerekmektedir.

“Üçüncü günün sabahında Eylem Planı Toplantısı yapacağız ve her bir küçük grubun kendi eylem planlarını sunmaları için burada tekrar bir araya geleceğiz, bu eylem planları üzerinde görüşeceğiz ve son olarak kuruluş için ortak bir eylem planı oluşturacağız. Bu toplantının sonunda HSU Komitesi oluşturulacak ve kuruluşunuzda sonraki HSU çalışmalarını yürütme sorumluluğunu almak için eğitilecek olan iç kolaylaştırıcı seçilecektir.

“Dördüncü gün, kuruluşunuz için belirlediğiniz önceliklere göre hazırlayacağınız eylem planı’nızı uygulamaya başlayacaksınız.

13. Lojistik ile ilgili (örneğin, çalışma süresince yapılacak çay ve yemek vb.) ya da yaptığınız konuşma ile ilgili açıklamanız gereken herhangi bir konu varsa konuşmanıza ekleyiniz.

D. SAĞLIK HİZMETLERİNİN KALİTESİ, HİZMET ALAN HAKLARI VE PERSONEL GEREKSİNİMLERİ ÇERÇEVESİ: (40 dakika)

14. Katılımcılara; *“Kalite farklı bireyler için farklı anlamlar taşır. Sizin için kalite ne anlama gelmektedir? Bu soruyu cevaplamak amacıyla bir çalışma yürüteceğiz”* deyiniz.
15. Katılımcılara; *“Anneniz, kardeşiniz, eşiniz gibi yakın bir akrabanızın hizmet alan olarak sağlık kuruluşuna geldiğini düşününüz. Bu yakınınızın beklentisi ne olurdu? Neyi öğrenmek ve bilmek isterdi? Kuruluşta hangi hizmetlerin sunulmasını beklerdi? Kendisine nasıl davranılmasını isterdi?”* şeklinde sorular yöneltiniz.
16. Beyin fırtınası yapınız ve katılımcıların cevaplarını ayrı kartlar üzerine yazınız, bunları daha önceden boş yüzleri görünecek şekilde duvara asılan kartların altına yerleştiriniz. (Bir eğitimci beyin fırtınasını yönetirken diğer eğitimciler, cevapları kartlar üzerine yazar, konularına göre ayırır ve duvara asarlar)
17. Bütün kartların altında katılımcılar tarafından verilmiş en az bir cevap olduğundan emin olunuz. Eğer yoksa, bu hakla ilgili bir cevap alabilmek için bazı dolaylı sorular sormanız gerekir. Örneğin; katılımcıların Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulma Hakkı ile ilgili verdiği bir cevap yok ise, onlara; *“Hizmet alanlar nasıl bir ortamda sağlık personeli ile konuşmak isterler? Kayıtlarının nasıl saklanmasını isterler?”* şeklinde sorular yöneltebilirsiniz.
18. Katılımcılara; *“Şimdi kalite konusuna sağlık personeli bakış açısı ile yaklaşacağız”* şeklinde bir açıklama yapınız. Katılımcılardan hizmet alanın beklentileri ile ilgili tarif ettikleri şekilde kaliteli hizmet verebilmek için nelere gereksinimleri olabileceğini düşünmelerini isteyiniz.
19. Cevapları kartlara yazınız ve kartları duvarda bulunan üç personel gereksiniminin yazılı olduğu kartların altına yerleştiriniz. Tüm cevapları aldıktan sonra bu kartları çevirip okuyarak verdikleri cevapların *“haklar”* ve *“gereksinimler”* ile ve sonuçta *“kalite”* ile bağlantısını vurgulayınız
20. Katılımcılara üzerinde hizmet alan hakları ve personel gereksinimlerinin yazılı olduğu **Flipchart B**’yi gösteriniz.
21. Hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri yaklaşımının Uluslararası Aile Planlaması Federasyonu tarafından geliştirilmiş olduğunu ve uluslararası alanda kabul görmüş bir çerçeveye dayandığını açıklayınız.
22. Aşağıdaki metni kullanarak hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri ile ilgili bilgisayar sunumu (**Ek:8.1**) yapınız.

HİZMET ALAN HAKLARI VE PERSONEL GEREKSİNİMLERİ**A. Hizmet Alan Hakları:****1. Hizmet alanın bilme hakkı**

Hizmet için başvuranların üreme sağlığı, cinsel sağlık ve genel olarak sağlık konusunda doğru, gereksinimlerine uygun, açık ve anlaşılır bilgiye sahip olma hakları vardır. Hizmet için başvuranlar gereksinim duydukları bilgileri, kuruluşun her bölümünden kolayca alabilmeli ve bilgi veren materyalleri kullanabilecekleri biçimde bulabilmelidirler.

Hizmet alanın bilme hakkını kullanabilmesi için;

- CSÜS ile ilgili bilgi ; yazılı ve sözlü olarak, çeşitli yöntem ve biçimlerde, sağlık kuruluşlarında kullanılabilir şekilde bulunur.
- CSÜS hizmetleriyle ilgili bilgi; sağlık kuruluşlarında halen hizmet almakta olan ve gelecekte hizmet alma olasılığı olanların gereksinim ve beklentilerine en uygun yöntemlerle sağlanır.
- CSÜS ile ilgili bilgi, ilgiyi çekecek şekilde sunulur ve düzenli olarak güncellenmiş durumdadır.
- Hizmet verenler mevcut bütün hizmetler hakkında bilgi sahibidir ve hizmet alanlara gereğinde eş ve aile üyeleri ile birlikte toplumsal çevrelerini de dikkate alarak danışmanlık yaparlar.

2.Hizmet alanın hizmetlere ulaşma hakkı

CSÜS hizmetlerine gereksinim duyanların, bu hizmetlere herhangi bir nedenle engellenmeden ulaşma hakları vardır. Hizmetlere ulaşmada cins, yaş, evlilik durumu, doğurganlık, milliyet, etnik köken, sosyal sınıf, din ve cinsel tercih gibi konularda ayrımcılık, ya da sosyal engel bulunması önlenmelidir.

Hizmet alanın ulaşma hakkını kullanabilmesi için;

- Hizmetlerin maliyeti karşılanabilir durumdadır.
- Hizmetler, başvuranlar için uygun saatlerde, uzak olmayan ve rahatça ulaşılacak yerlerde sunulur.
- Hizmetler, temel gereksinimleri karşılayacak çeşitlilik ve nitelikte bütün sağlık kuruluşlarında sunulur.
- Hizmet saatleri, işleyen bir sevk sistemiyle bütünlük içinde ve aciller dahil bütün ulaşma gereksinimlerini sürekli karşılayacak şekilde düzenlenir.
- Bütün CSÜS hizmetleri, ulusal ve yerel düzeydeki ilgili birimlerde, ilgiyi çeken ve uygun bir yaklaşımla tanıtılır.
- Sağlık personeli başvuranların hizmetten gereğince yararlanabilmesi için gerekli kolaylık ve teşviki gösterir.

3.Hizmet alanın bilgilendirilmiş seçim hakkı

Başvuranlar, değişik seçeneklere, bilgiye ve kavramaya dayalı olarak istemlerine göre, iyi değerlendirilmiş kararlar verme hakkına sahiptirler. Bilgilendirilmiş seçim süreci, kişilerin daha iyi hizmet almak için sağlık kuruluşuna gelmeden toplum içinde bilgi almalarıyla başlar ve süreç boyunca devam eder. Hizmet verenin sorumluluğu, başvuranın bilgilendirilmiş seçim yaptığını kesinleştirmek ya da bilgilendirilmiş seçim yapabilmesi için danışmanlık hizmeti vermektir.

Hizmet alanın bilgilendirilmiş seçim hakkını kullanabilmesi için;

- Hizmet alanlar hizmetin her alanında kendileri için mümkün olan bütün seçenekler hakkında doğru ve yeterli bir şekilde bilgilendirilir.
- Hizmet verenler, hizmet alanların yararlanabilecekleri seçeneklerin avantaj ve dezavantajlarını anlamalarını ve bilgilendirilmiş seçim yapabilmelerini sağlar.

4.Hizmet alanın güvenli hizmet alma hakkı

Hizmet alanlar güvenli hizmet alma hakkına sahiptir. Bunun temel koşulları ise; yeterli sayıda personel olması ve bu personelin göreviyle ilgili yeterli bilgi ve beceriye sahip bulunması,

enfeksiyonu önleme konusuna dikkat etmesi ve uygun/ etkili tıbbi uygulamalarda bulunmasıdır. Güvenli hizmetler, aynı zamanda; hizmet sunum rehberlerinin kullanılması, kuruluş içinde kalite güvencesi mekanizmalarının çalıştırılması, hizmet alanlar için danışmanlık hizmetlerinin verilmesi ve komplikasyon yönetimidir. Hizmet alanın güvenli hizmet almasını sağlamada belirleyici olan ise, hizmet verenin tutum ve davranışlarıdır.

Hizmet alanın güvenli hizmet alma hakkını kullanabilmesi için;

- Hizmet verenler acil işlemlerin tümü hakkında bilgilidir ve gereken müdahaleyi başlatmak ve sürdürmek için yeterli beceriye sahiptir.
- Hizmet verenler, tanı ve tedavi işlemleri, danışmanlık, kayıt tutma, enfeksiyon kontrolü ve acil durumların yönetimi vb. konularla ilgili protokoller hakkında bilgilidirler ve bu protokollere uyarlar.
- Gerekli bütün durumlarda uzmanlık desteği kuruluşta ya da sevk sistemiyle sağlanır.
- Laboratuvar dahil olmak üzere bütün tanı ve tedavi işlemleri hizmet bütünlüğü içinde etkili bir şekilde sunulur ve değerlendirilir.
- Hizmet alanlara tıbbi/ cerrahi işlemlerle ilgili bilgiler yazılı ve sözlü olarak sunulur.
- Sağlık kuruluşunun her biriminde, komplikasyonlar ve hizmet istatistiklerinin değerlendirme toplantıları ile komplikasyon yönetimi gibi kalite iyileştirme süreçleri işler durumdadır.

5.Hizmet alanın mahremiyet ve bilgilerin saklı tutulması hakkı

Hizmet alanların hizmet sırasında mahremiyet ve kendileriyle ilgili bilgilerin saklı tutulması hakları vardır. Bu hakların kapsamına; danışmanlık, fizik muayene ve klinik işlemler kadar, tıbbi kayıtlar ve diğer kişisel bilgiler de girer.

Hizmet alanın mahremiyet ve bilgilerin saklı tutulması hakkını kullanabilmesi için;

- Kuruluşta, hizmet alanların mahremiyeti ve bilgilerinin saklı tutulması için gerekli sistem vardır.
- Üçüncü kişilerin (öğrenciler gibi) görüşme ya da muayenede bulunabilmeleri ancak hizmet alanın izin vermesiyle mümkündür.
- Hizmet alanların kayıtları güvenli bir yerde tutulur ve yalnızca belirlenen personel bu kayıtlara ulaşabilir.

6.Hizmet alanın saygı görme, rahatlık ve görüş bildirme hakkı

Hizmet alanlar saygı ve ilgi görme hakkına sahiptirler. Hizmet verenler, işlemler sırasında hizmet alanların olabildiğince rahat etmelerini sağlamalıdır. Hizmet alanlar, hizmet verenlerinkinden farklı dahi olsa görüşlerini serbestçe belirtmeleri için teşvik edilmelidir.

Hizmet alanın saygı görme, rahatlık ve görüş bildirme hakkını kullanabilmesi için;

- Bütün personel hizmet alanlara nazik, anlayışlı ve saygılı davranır.
- Tanı, tedavi ve diğer bütün işlemler sırasında hizmet alanın onuru ve mümkün olan rahatlığı gözetilir.
- Ortamının temizliği ve konforu için gerekli fiziksel ve yönetsel düzenlemeler yapılır.
- Hizmet alanların bekleme sürelerinin mümkün olduğunca kısa, gereksinim duydukları hizmet için sağlık personelinin ayırdığı sürenin ise hakkaniyetli ve yeterli olması sağlanır.
- Sağlık personeli işlemleri tekniğine uygun ve hizmet alanı rahatlatacak biçimde sunar.
- Hizmet alanların görüşleri hizmet verenler tarafından dikkate alınır ve saygıyla karşılanır.
- Hizmet alanların hizmetin iyileştirilmesine ilişkin görüş belirtmeleri teşvik edilir ve görüşlerin alınması kurumsallaştırılır.

7.Hizmet alanın hizmet sürekliliği hakkı

Bütün hizmet alanlar, sağlıklarını koruyabilmek ve hastalandıklarında tedavi olabilmek için gerekli olan hizmet, tıbbi araç- gereçler, sevk ve izlem sürekliliğinin sağlanması hakkına sahiptir.

Hizmet alanın hizmet sürekliliği hakkını kullanabilmesi için;

- Hizmet sürekliliğinin korunma, tanı, tedavi, sevk ve izlem gibi aşamaları konusunda, hizmet alanların açık ve uygun bilgi almaları sağlanır.
- Hizmet alanlar izlem için teşvik edilir.
- Hizmet alanların sevk zinciriyle hizmete ulaşmaları güvenceye bağlanır.

- Sağlık kuruluşlarında malzeme ve tıbbi araç-gereçlerin, hizmet alanların gereksinimlerine göre, zamanında ulaşabilecekleri biçimde hazır bulundurulması sağlanır.
- Hizmet alanların eski ve yeni kayıtları hizmetin her aşamasında kullanılabilir durumda bulunur.

B. Personel Gereksinimleri

8. Hizmet verenin kolaylaştırıcı gözetim ve yönetim gereksinimi

Hizmet verenler, gözetmen (yetkili ya da üst yönetim tarafından yetkilendirilmiş kişi) ve yöneticilerin kalite iyileştirilmesini teşvik ettikleri ve hizmet verene değer verdikleri destekleyici bir çalışma ortamında daha iyi işlev görürler.

Hizmet verenin kolaylaştırıcı gözetim ve yönetim gereksiniminin karşılanabilmesi için;

- Yönetim hizmet kalitesine önem verir ve kaliteli hizmet sunma kararlılığını gösterir.
- Yönetim hizmet sunumu için eğitilmiş yeterli sayıda personelin bulunmasını gözetir.
- Hizmet verenlerin görev ve sorumlulukları açıkça tanımlanır, tüm hizmet verenler kendilerinin ve diğer ekip üyelerinin görev tanımlarını bilirler.
- Gözetmen ve yöneticiler tüm hizmet verenlerin klinik protokollere sahip olmalarını ve bunları uygulamalarını güvenceye bağlar.
- Gözetmen ve yöneticiler, hizmet verimliliğini iyileştirmek üzere çalışanlarına performanslarıyla ilgili düzenli geribildirim vererek olumlu yönde destek olurlar.
- Kuruluş içinde kalite güvencesi sisteminin gereği olarak değerlendirme mekanizmaları bulunur.
- Kuruluşta ulusal ve uluslararası standartlarda yönetim bilgi sistemi gerekli öğeleriyle işler durumdadır; bildirim ve istatistikler hizmet verenlerin de katılımıyla periyodik rapor ve toplantılarla değerlendirilir ve özellikle komplikasyonların nedenleri analiz edilir.
- Hizmet verenlerin ve hizmet alanların hizmetlerin daha kaliteli duruma getirilmesine ilişkin öneriler sunması ve bunların değerlendirilmesi için mekanizmalar kurulur.

9. Hizmet verenin bilgilendirme, eğitim ve gelişim gereksinimi

Hizmet verenler, bilgi ve becerilerini güncel durumda tutabilmek ve verdikleri hizmetin kalitesini sürekli olarak geliştirebilmek için bilgi, beceri, eğitim ve mesleki gelişme olanaklarına gereksinim duyarlar.

Hizmet verenin bilgilendirme, eğitim ve gelişim gereksiniminin karşılanabilmesi için;

- Bütün hizmet verenler hem mezuniyet öncesi hem de hizmet içi eğitim süreçleriyle kendi görev ve sorumluluklarının gereği olan uygun eğitimi alırlar.
- Hizmet verenler, kuruluşun vizyon, misyon ve işlemleri konusunda etkili biçimde yönlendirilirler.
- Hizmet verenlerin eğitim gereksinimleri kendilerinin de katılımıyla tespit edilir.
- Personelin sürekli eğitimi için kuruluşta güncel kaynak kitap, rehber ve diğer eğitim malzemeleri personelin kolayca ulaşabileceği biçimde bulunur ve kullanımları teşvik edilir.

10. Hizmet verenin malzeme, araç-gereç ve altyapı gereksinimi

Hizmet verenler, hizmetlerin kaliteli ve kesintisiz sunulmasını güvenceye bağlayacak biçimde, güvenilir, yeterli ve çalışır durumda alet, araç-gereç, ve malzeme stoğu ile fizik altyapıya gereksinim duymaktadır.

Hizmet verenin malzeme, araç-gereç ve altyapı gereksiniminin karşılanabilmesi için;

- Kuruluşun su, elektrik, aydınlanma ve ısınma/ soğutma gibi temel altyapı gereksinimleri güvenilir durumdadır.
- Kuruluşun, hizmet alanların gereksinimlerini güvenli ve etkili bir şekilde karşılayabilecek malzeme, araç-gereç ve ilaç gibi kaynakları yeterli ve çalışır durumda bulunur. Bunların uygun biçimde sağlanması, saklanması ve sürekliliği güvenceye bağlanır.
- Kuruluşun fizik mekanları hizmet için yeterli konfor ve ergonomiye sahiptir.
- Kuruluşta enfeksiyon kontrolü için araç-gereç ve altyapı sistemi çalışır durumdadır.
- Kuruluşun güvenli ve etkili biçimde çalışan bir atık kontrol sistemi vardır.

23. Çalışmayı; “Kaliteli hizmet, hizmet alanın haklarının gözetilmesi ve personelin gereksinimlerinin karşılanmasıdır” diyerek bitiriniz.

E. HSU Süreci (40 dakika)

24. Katılımcılara şu açıklamayı yapınız; “*Kaliteyi, hizmet alanın haklarının gözetilmesi ve personelin gereksinimlerinin karşılanmasıdır şeklinde tanımladık ve hizmet alanın hakları, personel gereksinimleri çerçevesi üzerine oturtulan katılımcı bir kalite iyileştirme (Kİ) süreci olduğunu biliyoruz. Şimdi hizmet standartları uygulaması kavramı üzerinde duracağız. HSU sürecini ve araçlarını özetleyerek kalite iyileştirme süreci hakkında konuşacağız.*”
25. “Daha sonra da HSU araçlarını ve onları nasıl kullanacağımızı ayrıntılı olarak ele alacağız”.
26. Katılımcılara; “Kalite iyileştirme neden önemlidir?” sorusunu yöneltiniz ve cevapları flipcharta yazınız. Daha sonra **Flipchart C**’yi kullanarak verilen cevapları karşılaştırınız ve flipchartı eğitim süresince herkesin görebileceği bir yere asınız.
27. Aşağıdaki metni kullanarak bilgisayar sunumuna devam ediniz (**Ek: 8.1**) ve katılımcılara sunum sırasında konuyu Katılımcı Kitabı’ndan izleyebileceklerini söyleyiniz.

HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI (HSU)

Genel Açıklama

Hizmet Standartları Uygulaması Nedir?

HSU hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri çerçevesi üzerine oturan katılımcı bir kalite iyileştirme sürecidir. Bu süreç kurumda sunulan hizmetlerin niteliğini ve personelin verimliliğini sürekli geliştirerek, hizmet alanların haklarının gözetilmesini ve karşılanmasını sağlar.

HSU, personele sorunlarını saptayabilecekleri ve kuruluşlarındaki kaynakları kullanarak çözüm önerileri geliştirebilecekleri, kullanımı kolay ve pratik araçlar sağlar. Süreç, hizmetleri değerlendirmede her düzeydeki personelin, yöneticilerin ve hizmet alanların bir **ekip** olarak çalışmasını ve katılımını teşvik eder.

HSU sayesinde personel kendisini hizmet alanların yerine koyarak kaliteyi daha iyi tanımlamayı öğrenir ve hizmet alan odaklı bir bakış açısına sahip olur. HSU süreci aynı zamanda personele kuruluşlarının güçlü yanlarını keşfetmelerine yardımcı olur.

HSU süreci, özellikle kuruluş dışındakiler tarafından değil, kuruluşun kendi personeli tarafından yapılan **öz-değerlendirmeyi** vurgular. Kuruluş personeli ve yöneticileri kendilerini ve verdikleri hizmetleri SWOT analizi (**Flipchart D**’yi) (kuruluşun güçlü yönleri, geliştirilmesi gereken/ zayıf yönleri, fırsatları ve engelleri) ile değerlendirerek sorunlarını ve kaynaklarını saptar, sorunlarını analiz eder ve son olarak da sorunları çözmek ve güçlü yanlarını korumak için neler yapmaları gerektiğine karar verirler.

Hizmet Standartları Uygulaması Araçları

HSU süreci birlikte kullanılmak üzere düzenlenmiş dört araçtan oluşur:

1. HSU Öz-Değerlendirme Rehberi, Türkiye Üreme Sağlığı Program (TUSP) kapsamında geliştirilen “Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı (CSÜS) Hizmet Çerçevesi”ne dayalı olarak, uluslararası standartlardaki haklar ve gereksinimler çerçevesinde düzenlenmiş sorulardan oluşan **standartlar listesidir**. On bölümden oluşan Hizmet Standartları Öz-Değerlendirme Rehberi’nin ilk yedi bölümünde hizmet alan hakları, son üç bölümünde ise personel gereksinimleri ile ilgili sorular vardır.

2. Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu, hizmet alan kayıtlarına önemli bilgilerin tam ve doğru olarak kayıt edilip edilmediğini ve hizmet alanların standartlara uygun olarak hizmet alıp almadıklarını belirlemek için personel tarafından kullanılır.

3. Hizmet Alan Görüşme Formu, personelin kuruluşlarda verdikleri hizmetlerle ilgili olarak hizmet alanların görüşleri ve düşüncelerini öğrenmek için sordukları sorulardan oluşur.

4. Eylem Planı, HSU süreci sırasında saptanan sorunların çözümlenmesine yardımcı olmak için personelin geliştirdiği yazılı bir plandır.

Kolaylaştırıcıya Not: HSU araçları ile ilgili ayrıntılı bilgiler bir sonraki bölümde tekrar verilecektir.

HSU SÜRECİ

HSU Çalışmasına Kimler Katılır? HSU çalışmasından kuruluştaki çalışan tüm personel sorumludur. Bu nedenle, HSU çalışmasına olabildiğince çok sayıda personel katılır. Her bölümden ve her kadrodan personelin katılımının sağlanması önemlidir. Bu katılım, kuruluşun yöneticisi/ yöneticileri, gözetmenleri, sağlık personeli (doktorlar, hemşireler, ebeler, sağlık eğitimcileri vb.), danışma görevlisi, güvenlik görevlisi, temizlik personeli de dahil diğer destek personeli; polikliniklerde, servislerde, doğumhanelerde, ameliyathanelerde, laboratuvarlarda, radyoloji vb. görev yapan tüm personeli kapsar.

HSU çalışmasına katılan personel sayısının 25'i geçmemesi gerekir. Bu nedenle eğer kurum personel sayısı 18'den az ise, rutin işleri sürdürecektir sayıda personel bırakarak diğer tüm personelin katılımının sağlanması ve iş başında kalan personelin yapılanlar hakkında sonradan bilgilendirilmesi önerilir. Eğer kuruluş hastane gibi büyük bir kurum ise, katılan personel tüm personel grubunu ve tüm bölümleri temsil etmelidir. Hastanelerde, hizmetlerin kalitesini iyileştirmek amacıyla mümkün olabilecek en fazla sayıda personelin bilgi sahibi olması ve birbiriyle işbirliği içinde çalışması için, çalışmanın ikinci veya üçüncü kez tekrar edilmesi önerilir ki çalışmalarda tüm personele ulaşılsın.

Büyük kuruluşlarda, ilk HSU çalışmasını düzenlemeden önce, olabildiğince fazla sayıda personelin katıldığı bir oryantasyon oturumunun düzenlenmesi önerilir. Bu oturumda, sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmak için hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri çerçevesi açıklanır ve HSU süreç ve araçlarından genel olarak bahsedilir.

HSU Çalışması Kim tarafından Yürütülür? HSU çalışması her biri süreç içerisinde farklı roller üstlenen iki tür kolaylaştırıcı tarafından yürütülür:

- **Dış kolaylaştırıcı** kuruluş dışında ve tercihen İl Sağlık Müdürlüğü'nde yönetici, izleme-değerlendirme ve eğitim hizmetlerini yürüten yetkili ve/ veya yetkilendirilmiş, "HSU Dış Kolaylaştırıcı" belgesi olan profesyoneldir. Dış kolaylaştırıcı HSU sürecini kuruluşa tanıtır, ilk uygulama çalışması sırasında HSU süreci boyunca personele rehberlik eder ve kuruluştaki iç kolaylaştırıcı olacak bir veya birkaç personeli eğitir. İkinci ve sonraki bir kaç uygulamada kuruluşun iç kolaylaştırıcılarına destek sağlamaya devam ederek kademeli olarak kendi görevlerini iç kolaylaştırıcıya devreder.
- **İç kolaylaştırıcı** aynı kuruluştaki çalışan kişi olup, HSU çalışmalarını kurumsallaştırmak üzere dış kolaylaştırıcılar tarafından eğitilir.

HSU Çalışması Öncesinde

Dış kolaylaştırıcının öncelikli görevi kuruluş yöneticilerini HSU hakkında bilgilendirmek ve kalite iyileştirme çalışmalarına kuruluşun vereceği desteğin hangi düzeyde olacağını değerlendirmektir. Bu bilgilendirme iki ana başlığa odaklanır:

- Genel anlamda HSU ve kalite iyileştirme süreci,

- Sürecin uygulama, izlem ve kurumsallaşmasında yöneticinin rolü.

Dış kolaylaştırıcının kuruluş yöneticisi ile birlikte çalışması başarı için temel ilkedir. Birlikte çalışılarak hizmetleri aksatmayacak ve hizmet alanlar üzerinde olumsuz etki yaratmayacak şekilde program yapılır, çalışmaya katılacak personel seçilir, toplantı yeri ve lojistik gereksinimler belirlenir.

HSU Çalışması Sırasında

İlk HSU çalışması üç ana aşamadan oluşur:

1. **Tanıtım Toplantısı:** HSU süreç ve araçlarının personele tanıtımı yapılır ve küçük gruplar belirlenerek çalışma alanları planlanır.
2. **Küçük Grup Çalışmaları:** SWOT analiziyle kuruluşun genel değerlendirilmesi yapılarak, sorunlar ve kaynaklar belirlenir. HSU araçları kullanılarak küçük grupların üzerinde çalıştıkları bölümlerle ilgili sorunlar saptanır ve analiz edilir. Küçük grup eylem planları hazırlanır.
3. **Eylem Planı Toplantısı:** Küçük gruplar tarafında hazırlanan eylem planları sunulur. Kuruluş eylem planına alınacak sorunlara karar verilir. İç Kolaylaştırıcı seçilir ve HSU Komitesi oluşturulur.

HSU Tanıtım Toplantısı sırasında, dış kolaylaştırıcı kalite kavramı, HSU süreci ve sürekliliği, hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri hakkında katılımcıları bilgilendirir. HSU Öz-Değerlendirme Rehberi'ni, Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu'nu ve Hizmet Alan Görüşme Formu'nu kullanarak öz-değerlendirmeyi nasıl uygulayacaklarını açıklar, katılımcıları küçük gruplara ayırır ve gelecek iki veya üç günlük süre içerisinde çalışmalarını için grupların her birine görevlerini dağıtır.

Küçük gruplara ayrılan personel, SWOT analizi yapar, HSU Öz-Değerlendirme Rehberi'nde kendilerine verilen bölümlerdeki soruları önce bireysel olarak sonra da ekip olarak birlikte tartışır ve cevaplarını verir, hizmet alan kayıtlarını gözden geçirir ve hizmet alanlarla görüşmeler yaparlar. Verilen cevaplar ışığında personel, iyileştirilmesi/ geliştirilmesi gerekli alanları belirler ve büyük gruba sunup, tartışmak üzere eylem planlarını geliştirirler.

Süreç, uygulamanın genellikle 2. veya 4. günlerinde küçük grupların eylem planlarını sundukları ve büyük gruba bu planları tartıştıkları, öncelikli sorunları belirleyerek gerekirse değişiklik yaptıkları ve sonunda kuruluşun tamamını kapsayan bir eylem planı oluşturdukları **Eylem Planı Toplantısı** ile devam eder. Eylem Planı Toplantısı'nda aynı zamanda; (i) HSU Komitesi'nin ve iç kolaylaştırıcının görevleri açıklanır (ii) HSU Komitesi oluşturulur (iii) iç kolaylaştırıcı(lar) belirlenir (iv) HSU Komitesi aylık toplantılarının zamanı belirlenir (v) bir sonraki HSU çalışması için kesin tarihe karar verilir.

İlk HSU çalışması dış kolaylaştırıcı tarafından yürütülür. İkinci HSU çalışmasının yürütülmesinde dış ve iç kolaylaştırıcılar sorumlulukları paylaşır. Üçüncü veya dördüncü HSU çalışmasında süreci iç kolaylaştırıcı yürütür veya dış kolaylaştırıcıdan çok az destek alır. Bundan sonra, iç kolaylaştırıcı kuruluşun yöneticilerinden ve gözetmenlerden destek alarak HSU izlem çalışmalarını tek başına yürütmeye devam eder.

HSU Süreci için Zaman Çizelgesi:

İLK HSU ÇALIŞMASININ AŞAMA VE SÜRELERİ				
GÜN		AŞAMA	ETKİNLİKLER	SÜRE (dakika)
		Kuruluş Hazırlığı	Yöneticilerin bilgilendirilmesi	60-120
			Malzeme (flipchart, bilgisayar sunumu ve personele dağıtılacak HSU araçlarının kopyaları) ve toplantı yerinin hazırlığı	180-240
			HSU çalışmasına katılacak personelin belirlenmesi	60-120
			Ön değerlendirme için Kalite Ölçüm Aracı'nın uygulanması	180
1	Öğleden Sonra	Tanıtım Toplantısı	Açılış, tanışma, toplantı amaçlarının açıklanması ve toplantı kurallarının belirlenmesi	180
			Temel kavramların (Kalite, HSU, Hizmet Alan Hakları, Personel Gereksinimleri) tanıtılması	
			HSU sürecinin tanıtılması	
			HSU araçlarının tanıtılması	
			SWOT analizinin tanıtılması	
			Küçük grupların görevlendirilmesi ve HSU araçlarının dağıtılması	
2	Gün içinde	Küçük Grup Çalışmaları	SWOT analizi (Güçlü Yönler, Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler, Kaynaklar ve Engeller) ile kuruluşun genel değerlendirilmesi yapılarak sorun ve kaynaklar konusunda fikir edinilmesi	Uygun zaman ve sürelerle
			HSU araçları (Öz-Değerlendirme Rehberi, Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu ve Hizmet Alan Görüşme Formu) kullanılarak sorunların saptanması	
			Saptanan sorunların "Neden-Neden" tekniği ile analiz edilmesi	
3	Sabah	Küçük Grup Çalışmaları	Küçük grupların eylem planlarının hazırlanması	Uygun zaman ve sürelerle
	Öğleden Sonra	Eylem Planı Toplantısı	Toplantı amaçlarının açıklanması ve toplantı kurallarının hatırlatılması	180-210
			Küçük grup Eylem Planlarının sunumu	
			- SWOT analizinin sunumu	
			- Eylem Planı'nın sunumu	
			Kuruluş Eylem Planı'na alınacak sorunların belirlenmesi ve önceliklendirilmesi	
			Temel kavramların, (Kalite, HSU, iç kolaylaştırıcı, HSU Komitesi, HSU izleme ve değerlendirmesi) HSU süreç ve araçlarının gözden geçirilmesi	
			İç kolaylaştırıcısının seçilmesi	
			HSU Komitesinin seçilmesi	
			Komite toplantılarının tarihlerine karar verilmesi (tercihen ayda 1 kez)	
			Bir sonraki HSU tarihine karar verilmesi (tercihen 3 ay sonra)	

HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASININ ÖNEMLİ İLKELERİ

Kalite İyileştirme:

Daha önce belirtildiği gibi, sağlık hizmetlerinde kalite hizmet alan haklarının gözetildiği ve personel gereksinimleri karşılandığı zaman oluşur. Bu nedenle, sağlık kuruluşlarındaki kalite iyileştirme çalışmalarının hedefleri:

- Hizmet alanın gereksinimlerini karşılamak,
- Personel ve kuruluşun performansını geliştirmek ve
- Sağlık düzeyini yükseltmektir.

Hizmet kalitesinin iyileştirilmesi **mevcut uygulamadan en iyi uygulamaya** geçilmesidir.

HSU Çalışmasının Temelindeki Kalite İyileştirme İlkeleri:

HSU dahil tüm Kİ yaklaşımları ve araçları için sanayiden sağlık hizmetlerine kadar tüm alanlara uygulanabilecek temel ilkeler şunlardır:

- **İnsan odaklıdır:** Hizmet alanın değer yargılarını, personelin görev tanımlarını dikkate alarak onların gereksinim ve beklentilerinin karşılanması.
- **Personelin katılımı ve sahiplenmesi:** Personelin kalite geliştirme sürecine katılımı ve süreci sahiplenmesi.
- **Süreç ve sistemler üzerine odaklanma:** Düşük kalitenin, bireylerin hatalarından çok, sistem, süreç ve uygulama sorunlarından kaynaklandığının farkına varılması.
- **Maliyetlerin bilincinde olma ve verimlilik:** Verimlilik ve maliyetler konusunda farkındalığın artırılması ile düşük kalite nedeni ile meydana gelen olumsuz sonuçların (örneğin; iş tekrarları ve israf) önlenmesi.
- **Sürekli kalite geliştirme:** Hizmetler üzerinde olumlu ve kalıcı etkiler yaratan fırsatların her zaman olabileceğinin personel tarafından bilinmesi.
- **Sürekli öğrenme, gelişim ve kapasite geliştirme:** Personelin kaliteli hizmet vermesi ve Kİ süreçlerini devam ettirmesi için gerekli bilgi ve becerilere ihtiyacı vardır. Gözetmen ve yöneticilerin, personelin çalışmasını kolaylaştırması ve kapasite geliştirme çalışmalarını kurumsallaştırması gerekir.

Müşteriler

Müşteriler, personelin verdiği hizmet ve ürünlere gereksinimi olan kişilerdir. Müşteriler iç veya dış müşteri olabilir. *İç müşteriler*, kuruluş içerisinde ve personel, gözetmenler, yöneticiler ve destek elemanlarının dahil olduğu çalışanlardır. *Dış müşteriler* kuruluş dışındandır ve hizmet alanları, halkı, finansal destek sağlayan kuruluşları vb. kapsar. Sağlık Bakanlığı personeli gibi bazı müşteriler sağlık kuruluşları için hem iç hem de dış müşteri olabilirler.

Hizmet Uzmanları

HSU sürecinde personel ve hizmet alanlar uzman kabul edilirler. Çünkü bir hizmeti en iyi bilenler o hizmeti verenlerdir. Diğer yandan hizmeti alan da vücudunu herkesten iyi bilir ve sağlığının uzmanıdır. Bu nedenle, HSU çalışmasında hizmetlerin nasıl geliştirilebileceği bu uzmanlara sorulur.

Kalite Geliştirmenin Nedenleri

- Hizmet standartları ve protokollerin kullanılması sayesinde **personelin ve hizmet alanların sağlığı güvence altına alınır.**

- **Tasarruf sağlar:** Kaliteli hizmet sunmak **“ilk andan itibaren ve her zaman doğru şeyleri yapmak”**tır. Eksik ve yanlış uygulamalar her zaman fazla para harcanmasına neden olur. Örneğin, yanlış laboratuvar sonuçları yanlış tanımlara ve yanlış tedavilere neden olur ve buna bağlı olarak tekrarlanan testler maliyeti artırır.
- **Müşterilerin** (hizmet alanlar, donörler vb.) **ilgisini artırır:** İyi kalite, daha fazla müşteri gelmesini sağlayıp kuruluşun itibarını artırır.
- **Her kuruluşun koruması gereken güçlü yönleri vardır:** Bazı kuruluşlarda durumun kötü olduğu düşünülse de, iyi araştırıldığında, gelişime zemin/ başlangıç olabilecek bazı iyi yönler bulmak mümkündür.
- **Daima geliştirecek yönler vardır:** Bir kurum veya kuruluş ne kadar iyi durumda olursa olsun, her zaman geliştirebileceği yönleri vardır. Kalite geliştirme devamlı bir süreçtir. Aksi takdirde kuruluş kalitesini yitirmeye başlayabilir ki bu da başarılı bir sporcunun idmanı bırakır bırakmaz becerilerini kaybetmesi gibidir.

Kalite İyileştirme Süreci

Hizmet standartları uygulaması, dört aşamalı kalite iyileştirme süreci ile uyumludur:

- 1. Aşama - Bilgi toplama ve analiz etme:** SWOT analizi yapılarak ve HSU araçları (Öz-Değerlendirme Rehberi, Hizmet Alan Görüşme ve Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu) kullanılarak sorunlar saptanır.
- 2. Aşama - Eylem planı geliştirme ve önceliklendirme:** Sorunlar belirlenir, önceliklendirilir, çözüm önerileri getirilir, sorunun ne zaman ve kim tarafından çözüleceği belirlenir.
- 3. Aşama - Eylem Planını Uygulama:** Eylem planında karar verildiği şekilde öneriler uygulanır.
- 4. Aşama - İzleme ve Değerlendirme:** Eylem planında kaydedilen ilerlemeler gözden geçirilerek başarı ve başarısızlıklar değerlendirilir, yeni bilgiler toplanır, belirlenen yeni sorunlar ve bunlar için belirlenen çözüm önerileriyle yeni bir eylem planı oluşturularak süreç devam eder.

Kalite İyileştirmede Niçin HSU Kullanılır? “HSU’nun Yararları”

- **HSU, personeli hizmet standartlarından haberdar eder ve bu şekilde performansı iyileştirir:** HSU Öz-Değerlendirme Rehberinin kullanılması; kalitenin önemi, hizmetin kalitesi konularında, hizmet alan ve personelin bilinçlenmesini sağlar.
- **Öz-değerlendirme insan odaklı anlayışı ve personel arasında sahiplenmeyi artırır:** Personel kendini hizmet alanların yerine koyduğunda, hizmet alanların gereksinimleri konusunda daha duyarlı olur. Sunulan hizmetleri kendileri değerlendirerek saptadıkları sorunların çözümünden kendilerini sorumlu hissederler. Bu sorumluluk duygusu personelde geliştirilen önerilere karşı *sahiplenme* ve *bağlılık* oluşturur. HSU aynı zamanda personelin görevini yerine getirebilmesi için gereksinimlerinin karşılanmasını öngörür. Bu da personelin hem amaçlarına ulaşmasını sağlar hem de personelde profesyonel doyuma neden olur.
- **HSU, uzmanların yetkinliklerine dayanır:** Bir kuruluşta verilen hizmetlerin uzmanları o hizmetleri sunan *personel* ve hizmeti kullanan *hizmet alanlardır*. HSU, hem personelin hem de hizmet alanının kendi alanlarındaki uzmanlıklarını uygulama fırsatı verir ve hizmetleri iyileştirmek için perspektif geliştirmelerini sağlar.
- **HSU, sorunların tanımlanmasında ve çözümlerinde kuruluşa özgü yollar sunar:** Yöneticiler, gözetmenler ve personel HSU araçlarını kullanarak, sorunları belirleyerek uygulamaya dönük çözüm önerileri geliştirir.
- **Araçların anlaşılması ve kullanımı oldukça basit ve pratiktir:** HSU’nun iyi işleminin en önemli nedeni araçların kullanımının kolay ve pratik olmasıdır. Araçlar personelin günlük çalışmalarında yaptıklarıyla doğrudan bağlantılıdır.
- **HSU, her düzeydeki personel arasında ekip çalışması ve işbirliği sağlar:** Araçların kullanılmasıyla; yöneticiler, gözetmenler ve her düzeydeki personel arasında

sorumluluklar paylaşılarak ekip çalışması gerçekleşir.

- **HSU, personelin moralini artırır ve personel, gözetmenler ve yöneticilerin fikirlerini paylaşabilecekleri bir ortam sağlar:** HSU çalışmasına katılan bir personel *“Bunu yaparak hizmetleri geliştirebileceğimizi biliyordum, fakat daha önce sorumlu doktora bunu söyleyecek fırsatım asla olmamıştı”* demiştir. HSU sorun çözme ve karar alma konularına dahil olma fırsatı yaratarak, personelin moralinin artmasını sağlar.
- **HSU, maliyet-etkindir:** HSU için masraf yapmak gerekmez. Çalışma için gerekenler sadece; dış kolaylaştırıcının ayıracağı birkaç saat, personelin rutin çalışma sırasında katılımı için ayıracağı zaman, flipchart kağıdı ve formların fotokopileridir.
- **HSU her kuruluşta uygulanır:** HSU, hem ulusal düzeydeki referans hastanelerinde hem de Sağlık Ocağı gibi birinci basamak sağlık kuruluşlarında başarıyla uygulanır. Ayrıca, kaynakları çok kısıtlı veya çok fazla olan kamu ya da özel sağlık kuruluşlarında da uygulanabilir.
- **HSU, kuruluş yöneticilerinin daha etkili çalışmalarına yardımcı olur:** HSU uygulaması ilk tanıtıldığında, kurum yöneticileri süreci çok zaman alan bir çalışma olarak algılayabilir. Ancak personelin kendi kendilerine günlük sorunları çözmeye başlamasıyla, yöneticiler daha büyük sorunlara odaklanmak için daha fazla zaman bulurlar. Buna ek olarak, HSU kuruluş yöneticilerine sorun çözmede yardımcı olur ve sonuçta üzerlerindeki iş yükü azalır.
- **HSU, giderleri azaltır:** Eğer bir hizmet ilk seferinde doğru verilmemişse, bunun tekrarı hizmet alan açısından sorun olacağı gibi, personel açısından çalışma zamanının kaybına ve kuruluş açısından maliyetin yükselmesine neden olur. HSU, sorunların saptanması ve çözümlerin üretilmesi ile ilgili olarak, gelecekte bu sorunların tekrarlanmasını önlemede personele yardımcı olduğu gibi düşük kaliteden kaynaklanan yüksek maliyetlerin de azaltılmasını sağlar.

F. HSU ARAÇLARI: (60 dakika)

28. Katılımcılara HSU araçlarını hatırlatınız; (i) HSU Öz-Değerlendirme Rehberi (ii) Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu (iii) Hizmet Alan Görüşme Formu (iv) Eylem Planı.
29. Bilgisayar sunumu (**Ek: 8.2**) yapınız. Sunum sırasına her HSU aracını anlatırken katılımcılardan “Katılımcı Kitabı”ndan konuyu izlemelerini isteyiniz.

HİZMET STANDARTLARI UYGULAMA ARAÇLARI ve KULLANIMLARI

HSU çalışmalarında dört araç kullanılır. Bunlar;

1. HSU Öz-Değerlendirme Rehberi (**Ek: 8.4**)
2. Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu (**Ek: 8.5**)
3. Hizmet Alan Görüşme Formu (**Ek: 8.6**)
4. Eylem Planı (**Ek: 8.7**)

1. HSU Öz-Değerlendirme Rehberi

HSU Öz-Değerlendirme Rehberi, Türkiye Üreme Sağlığı Program (TUSP) kapsamında geliştirilen “Cinsel Sağlık/ Üreme Sağlığı (CSÜS) Hizmet Çerçevesi”ne dayalı olarak, dünya standartlarındaki Hizmet Alan Hakları ve Personel Gereksinimleri çerçevesinde düzenlenmiş sorulardan oluşan **standartlar listesidir**. On bölümden oluşan HSU Öz-Değerlendirme Rehberinin ilk yedi bölümünde hizmet alan hakları, son üç bölümünde ise personel gereksinimleri ile ilgili sorular vardır. **Sorular, en iyi uygulamaları tanımlamakta olup ulaşılmaması beklenen hedeflerdir.**

Hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri çerçevesinde sıralanan standartlar TUSP'deki

öncelikli müdahale alanlarını kapsar. Öncelikli müdahale alanları:

- Güvenli annelik (acil obstetrik bakım dahil),
- Aile planlaması
- CYBE-HIV/AIDS
- Gençler için CSÜS hizmetleri ile
- CSÜS Hizmet Çerçevesi'nin kesişen konuları olan *“politika geliştirme, yönetim, kalitenin sağlanması, savunuculuk, davranış değişikliği iletişimi, enfeksiyonun önlenmesi, toplumsal cinsiyet”* tir.

Öz-Değerlendirme Rehberi HSU sürecinin en önemli unsurudur. Rehber, personelin ve gözletmenlerin iyi yapılan işler ve hizmetlerdeki eksiklikleri ve bunların çözüm önerilerini belirlemeleri için kullandıkları bir araç olarak düşünülmelidir. Standartları içeren Öz-Değerlendirme Rehberi, pek çok kuruluştaki görülen ortak sorunlarla ilgili düşünme, bunları gözden geçirme ve sunulan hizmetleri iyileştirme konusunda personeli yönlendirir.

HSU Öz Değerlendirme Rehberinin Kullanımı

HSU'da, personel küçük gruplara ayrılır ve her grup iki ile dört bölümü gözden geçirir. Personel önce bölümleri kendi başına okur, cevabı kısmen veya tamamen “Hayır” olan soruları belirler. Cevabı “Hayır” olan her soru hizmetlerde eksiklik olduğunu gösterir. Daha sonra her küçük grup bireysel olarak belirlenen sorunları tartışarak, bunun bir sorun olup olmadığı konusunda fikir birliğine varır. Birden fazla alt başlıklı sorularda cevabın “Hayır” olması durumunda, o bölümün çok iyi incelenerek, sorunun hangi alt başlıkla ilgili olduğunu kesin olarak belirlenmesi gerekir. Personel bazı soruların cevaplarını bilmiyorsa o hizmetleri veren veya o konuyu daha iyi bilen arkadaşlarına sormalıdır. Ayrıca, kuruluşlarında verilmeyen hizmetlerle ilgili olarak kendilerine sürekli *“Bu hizmeti vermesek bile geliştirebileceğimiz bir şey var mı? Bu hizmeti gelecekte verebilir miyiz?”* sorularını sormaları gerekir. Personel eklenmesi gereken sorular olduğunu düşünüyorsa, HS değerlendirme bölümüne eklenir.

Personel, herhangi bir sorun üzerinde fikir birliği oluşturmalıdır. Sorun, derinlemesine incelenerek anlaşılır şekilde tanımlanmalı ve hizmetlerin hangi basamağında sorun olduğu belirlenmelidir. Örneğin, malzeme sıkıntısı varsa hangi malzemelerde sorun olduğu belirlenmelidir. Ayrıca; eğer personele göre herhangi bir soru kuruluşlarıyla ilgili değilse atlanmalıdır. Soru kuruluşları ile ilgili olduğu halde o hizmet kuruluşta verilmiyorsa, bu soru kalite iyileştirme sürecinde o hizmete de yer vermeleri gerektiği şeklinde ele alınmalıdır.

2. Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu

Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu, hizmet alanla ilgili temel bilgilerin doğru ve tam olarak kayıtlara işlenip işlenmediğini belirlemede kullanılır. Form, “Güvenli Hizmet Alma Hakkı” ile ilgili standartlara dayalıdır ve hizmet alanla ilgili bilgilerin güvence altına alınması, güncel ve tam olmasını sağlar.

Hizmet alan kayıtları önemlidir, çünkü:

- Doğru ve tam kayıt tutulması hizmet israfını önler, hasta her geldiğinde öykü ve laboratuvar testlerinin tekrarına gerek kalmaz.
- Hukuki sorunlar olduğunda mahkeme yalnızca kuruluş kayıtlarını dayanak olarak kabul eder.
- Kayıtlar personelin önceki deneyimlerinden ders çıkarmalarını sağlar.
- Kuruluş hizmet alan kayıt verilerini kullanarak araştırmalar yapabilir.

Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formunun Kullanımı

Genellikle personelden iki kişi Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu'nu doldurur. Bu personel

rasgele on hizmet alan kaydını seçer. Kayıtlara 1'den 10'a kadar sayı verilir. Personel her kaydı inceler ve bilgilerin tam olarak girilip girilmediğini kontrol ederek Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu'na kaydeder:

- Her hasta kaydı için "İncelenen Kayıt" sütunundaki bilgiler aranır. Eğer ilgili bilgiler kayıta varsa (✓), yoksa (X) işareti konur.
- On hizmet alan kaydı, formdaki her madde ile karşılaştırıldıktan sonra (✓) işaretlerinin sayısı çıkarılır ve formdaki bütün maddelerin kaydedilip kaydedilmediği kontrol edilir.
- Personel bilginin doğruluğunu değil, mevcut olup olmadığını kontrol etmelidir.

Personel formu tamamladıktan sonra tamam olmayan kayıtları belirleyip bunların neden eksik bırakılmış olabileceğini araştırmalıdır. Sonrasında grup üyeleriyle kayıt sorunlarının çözümü ve sorunun eylem planına konması konusunu görüşmelidir.

Kuruluş büyükse ve bünyesinde birçok hizmet birimi varsa personel kayıt değerlendirmesi için bunlardan birkaçını seçebilir veya varsa kayıtları ana kayıt ve istatistik biriminden alabilir.

3. Hizmet Alanla Görüşme Formu

Hizmet alanlarla görüşme HSU sürecinin önemli unsurlarından biridir. Çünkü hizmet alanların gereksinimleri, beklentileri ve düşünceleri hizmet kalitesinin iyileştirilmesi açısından çok önemlidir. Hizmet alanların, kendilerine sorulmadıkça gereksinimlerinin ve sunulan hizmetlerle ilgili düşüncelerinin ne olduğunun bilinmesi mümkün değildir. Bu görüşmeler ayrıca hizmet alanlara düşüncelerine ve ihtiyaçlarına değer verildiğinin gösterilmesini de sağlar.

Personelin 10-15 hizmet alanla görüşme yapması gereklidir. Bu sayı kuruluşun büyüklüğüne ve hasta yüküne göre değişebilir. Bu görüşmeler, hizmet alanların aldıkları hizmetlerin iyi ve geliştirilmesi gereken yönlerini belirtmelerini sağlar.

Hizmet Alan Görüşme Formunun Kullanımı

Kuruluştaki tüm personel, hizmet alanlarla görüşme yapma konusunda teşvik edilmelidir. Objektiflik açısından, mümkünse hizmet alanla görüşmeleri kuruluşun bir başka biriminde çalışan personel yapmalıdır

Hizmet alanla görüşme esnasında personel aşağıdakileri dikkate almalıdır:

- Görüşmede hizmet alanın rahat olması ve personelden daha fazla konuşması gerekir. Amaç iyileştirilmesi gerekenler konusunda öneriler getirmesidir.
- Görüşme mümkün olduğunca resmiyetten uzak olmalı ve mahremiyete önem verilmelidir.
- Hizmet alanlar görüşme yapılmasının şart olduğu hissine kapılmamalıdır. Herkese bunun isteğe bağlı olduğu ve görüşmeye katılmak istemezlerse kendilerine sonradan farklı davranılmayacağı söylenmelidir.
- Formda yer alan sorular hizmet alanla yapılacak görüşmede yol göstermek amacıyla geliştirilmiştir. Ayrıntılı ve doğru bilgiler almak için sorular farklı bir şekilde sorulabilir veya ek sorular oluşturulabilir.
- Hizmet alanlar genellikle olumsuz duygularını paylaşma konusunda çekingen davranırlar. Bu doğaldır. Bu nedenle, personel hizmet alanların rahat davranmasını teşvik etmek için elinden geleni yapmalıdır.
- Personel, soruları farklı biçimde ifade etme, açık uçlu sorular sorma, netleştirme, aktif dinleme vb. iletişim tekniklerini kullanmalıdır.

Görüşme Yapanlar İçin Öneriler

- **Hizmet alana neden kendisiyle görüşme yaptığınızı söyleyiniz.** Personel olarak hizmetlerinizi geliştirmeye çalıştığınızı ve bu amaçla hizmet alanların önerilerine ihtiyacınız olduğunu anlatınız.
- **Hizmet alanın kendini yanınızda rahat hissedebileceği bir beden dili kullanınız.** Hizmet alanı rahatlatmak amacıyla kullanılacak uygun beden dili hizmet alanın kültür düzeyine, cinsiyetine ve yaşına vb. bağlı olmakla beraber, vücut ve kolların konumuna, görüşme yaptığınız kişi ile aranızdaki mesafeye, gözle iletişiminize ve ses tonunuza özen gösteriniz.
- **“Kasıtlı nezaket” olasılığını göz ardı etmeyiniz.** Bazı hizmet alanlar aldıkları hizmet konusunda yalnızca olumlu şeyler söyleyip hizmet sunanı incitmemek için azami itina gösterebilir. Böyle durumlarda, hizmetlerinizi ciddiye almadığınızı ve verdiği cevapların bundan sonra alacağı hizmetleri etkilemeyeceğini söyleyiniz. Bu da hizmet alanların daha dürüst konuşmalarını sağlayabilir.
- **Açık uçlu sorular sorunuz.** Formdaki soruları sorarken derine ininiz ve basitçe “Evet” ya da “Hayır” şeklinde cevaplanacak sorular yerine açık uçlu sorular sorunuz. Açık uçlu sorular; “Ne?, Neden?, Nasıl? Nerede? Ne zaman?” şeklinde sorulan ve cevabı açıklama ve ayrıntı içeren sorulardır. Gerekli durumlarda duruma özel sorular sorunuz ve kaygı kaynağı olabilecek konuları tartışmaya hazırlıklı olunuz.
- **Hizmet alan konuşurken dinleyiniz.** Hizmet alanın dediklerini dikkatle ve sabırla dinleyiniz ve savunmaya geçmeyiniz ya da sözünü kesmeyiniz. Kaygılarına eşlik ediniz ve önerilerini memnuniyetle karşılayınız. Eleştirileri kabul ediniz. Ancak, hizmet alanlara tutulamayacak sözler vermeyiniz. Aldığınız geribildirimleri netleştirebilirsiniz, ama kendi fikirlerinizi sunmaktan kaçınınız.
- **Görüşmeyi kabul ettiği için teşekkür ediniz.** Yardımları ve görüşleri için hizmet alana teşekkür ediniz ve görüşmeyi bitiriniz.

Hizmet alanla görüşme sonrasında toplanan bilgiler kuruluşun güçlü yönlerini belirleme yanında sorunların grupla tartışılıp analiz edilmesi, çözüm geliştirilmesi ve eylem planına konması amacıyla kullanılacaktır.

4. Eylem Planı

Eylem planı, diğer HSU araçlarını kullanarak belirlenen sorunların çözümü konusunda personel tarafından geliştirilen yazılı bir plandır.

Eylem planı hazırlanmasının aşamaları aşağıdaki gibidir::

1. Sorunun saptanması ve analiz edilerek kök neden(ler)in belirlenmesi
2. Sorunların kök neden(ler)ine göre çözüm(ler)/öneri(ler) belirlenmesi
3. Çözüm(ler)/Öneri(ler)in uygulanması, hayata geçirilmesinin izlenmesi için sorumlu personelin belirlenmesi,
4. Çözüm(ler)/Öneri(ler)in tamamlanma tarihinin belirlenmesidir.

1. Sorunun Saptanması ve Analiz Edilerek Kök Neden(ler)in Belirlenmesi**a. Sorunların Açık Bir Şekilde İfade Edilmesi**

Sorun mevcut durumla istenen durum arasındaki farktır. Bir sorunu ele alırken aşağıdakilerin dikkate alınması gerekir:

- Her düzeyden personelin sorunun belirlenmesi ve tartışılmasına dahil olması gerekir (ilk

adım olarak bireysel çalışma, ikinci aşamada küçük grup, en son olarak da Eylem Planı Toplantısı sırasında büyük grup çalışması).

- Personel sorunları belirler, bunların sorun olduğu konusunda fikir birliğine varır, gerekirse oylama da yapar.
- Üstesinden gelinmesi mümkün olan sorunlara yoğunlaşılır.
- Personeli hatalarından dolayı suçlamak yerine süreç ve sistemler üzerine yoğunlaşılır.
- Sorunlar **hizmet alan ya da personel perspektifinden** ifade edilir.

b. Sorunun Analiz Edilmesi

Grup bir sorun üzerinde anlaşmaya varınca her bir sorun köküne inerek analiz eder ve her sorunla ilgili çözüm ya da alternatif çözümler aranmaya başlar. Sorun analizinde, sorundaki kök nedenleri bulmak çok önemlidir. Bazen sorunun kökü (gerçek nedeni) yerine sonuç ya da nedenleri “sorun” olarak ele alınır ve buna göre çözümler üretilir. Doğal olarak bu durumda gerçek sorun bir başka zaman ve zeminde yeniden ortaya çıkar.

Bir sorunu analiz etmek için “Balık Kılçığı” veya “Karar Ağacı” tekniği gibi birçok teknik kullanılabilir. Ancak, bu çalışma için uygun ve basit olması nedeniyle “Neden Neden” tekniği kullanılır.

“Neden Neden” tekniğinde personel bir sorunun köküne inene dek ve aynı zamanda başka nedenler de aramak için sürekli olarak “Neden?” sorusunu sorar. Örneğin; “Ameliyat sonrası enfeksiyon oranının yüksek olması” sorun olarak ele alınırsa;

- 1. neden: “Yaralarda enfeksiyon oranı neden çok yüksek?”
Yanıt şu olabilir: “Çünkü kullanılan aletler tam steril olmayabilir”
- 2. neden: “Aletler neden steril değil?”
Yanıt şu olabilir: “Sterilizasyon cihazı iyi çalışmıyor”
- 3. neden: “Sterilizasyon cihazı neden iyi çalışmıyor?”
Yanıt şu olabilir: “Personel kullanmayı bilmiyor” veya “cihaz bozuk”.

sonucuna varıldığında sorunun köküne/ köklerine ulaşılmış olur. Bununla birlikte sorgulamaya devam edilerek; “Başka bir neden var mı?” sorusu da sorulmalıdır. Bu sorunun cevapları içinde belki personelin fırça ve sabunu doğru bir şekilde kullanarak temizlik yapmaması da ortaya çıkabilir.

Yukarıdaki “Neden?” sorularına verilecek cevaplar ışığında farklı çözümler üretilir. Örneğin; personel etüvü kullanmayı bilmiyorsa çözüm eğitim olur, etüv bozuksa bakım ve onarıma gönderilmesi için bir öneri geliştirilir, temizlenmelerinde sorun varsa personelin yüksek düzeyde dezenfeksiyon ve sterilizasyon konularında eğitilmesi gerekir.

Özetle: personel başka “Neden?” sorma olasılığı kalmayana dek devam etmeli, başka nedenleri aramayı da ihmal etmemelidir.

2. Sorunların Kök Neden(ler)ine Göre Çözüm(ler)/ Öneri(ler) Belirlenmesi

Sorunun kök neden(ler)ine ulaştıktan sonra belirlenen her kök neden için çözüm(ler) / öneri(ler) geliştirilir. Bunun için çözümlerin **uygulanabilir** olması zorunludur. Ayrıca, **personel ve kuruluş açısından kendi kaynaklarının kullanılmasıyla** çözülebilecek öneriler seçilir. Dışarıdan yardım alma ihtiyacı zorunlu ise bunun nasıl yapılacağı konusunda somut adımlar. -örneğin, malzeme veya araç/gereç için resmi yazı yazılması vb.- planlanır. Çözümler, özellikle birden fazla kök neden varsa kök neden(ler)in tüm yönlerini kapsar. Her bir kök neden için ayrı bir çözüm (hatta birden fazla) planlanır.

3. Çözüm(ler) /Öneri(ler)in Uygulanması, Hayata Geçirilmesinin İzlenmesi İçin Sorumlu Personelin Belirlenmesi

“Kimin Tarafından” kısmı için bir sorumlu belirlenmesi. Her çözüm için, uygulamanın takibi amacıyla **bir** personel belirlenir. Bu kişi HSU çalışmasına katılan personel arasından seçilir. Çalışmaya katılmayan personele görüşü alınmadan sorumluluk verilmez. Sorumluluklar tüm personel arasında olabildiğince eşit şekilde dağıtılır.

4. Çözüm(ler)/ Öneri(ler)in Tamamlanma Tarihinin Belirlenmesi

- Her öneri için bir sorumlu belirlendikten sonra, personel her bir sorunun çözümü için gerçekçi süreler belirleyerek, çözümün tamamlanma tarihini dikkatlice planlar ve **gün/ay/yıl** cinsinden eylem planına yazar.

Personel tartışmalarının sonuçlarını aşağıdaki eylem planına kaydeder ve büyük grupla yapılacak Eylem Planı Toplantısında ele almak üzere hazırlar.

Sorunlar	Neden(ler)	Öneriler	Kim Tarafından İzlenecek	Ne Zaman Tamamlanacak

30. Örnek Eylem Planı'nın yazılı olduğu önceden hazırlanan **flipchart E**'yi göstererek ve her kolon başlığını (Sorunlar-Nedenler-Çözümler-Kim Tarafından İzlenecek-Ne Zaman Tamamlanacak) **teker teker** okuyunuz ve açıklayınız. Eylem Planlarımızın bu yapıya göre oluşturulması, bu yönde düşünülmesi ve analiz edilmesi gerektiğini belirtiniz.

31. Personele; “Her bir çözüm için sadece bir kişi belirlemelisiniz ve bir kişiye çok fazla sorumluluk vermemeye çalışmalısınız. Görev dağılımı yapmalısınız, ancak görev verilen kişilerin bu çalışmaya katılan kuruluş personeli arasından olmasına dikkat ediniz. Toplantıda olmayan ve konu hakkında fikri olmayan personele asla görev vermeyiniz. Eylem Planı'nda **dışarıdan kimsenin ismi olmamasına** özen gösteriniz.” deyiniz.

G. KURULUŞUN SWOT ANALİZİ: “Durum Değerlendirme Tekniği” (15 dakika)

32. Personele; “HSU çalışması sırasında, kuruluşun durum analizini yapmak için kullanacağımız bir teknik de SWOT Analizidir. SWOT Analizi halen İl Sağlık Müdürlükleri tarafından da stratejik planlama kapsamındaki çalışmalarda kullanılmaktadır.” deyiniz.

33. **Flipchart D**'yi gösteriniz ve aşağıdaki metinden yararlanarak SWOT analizini ve nasıl kullanıldığını açıklayınız.

SWOT ANALİZİ: DURUM DEĞERLENDİRME/ SAPTAMA TEKNİĞİ

SWOT analizi stratejik planlamanın ilk adımı olan “Durum Değerlendirmesi”nin yapılmasında kullanılan hızlı ve basit bir analiz tekniğidir. Bu teknikle kuruluştaki Güçlü Yönler, Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Engeller olmak üzere dört unsur ele alınarak analiz yapılır.

SWOT, İngilizce sözcüklerin ilk harflerinin bir araya gelmesiyle oluşan akronim bir sözcüktür. Halen Türkçe kaynaklarda da "SWOT Analizi" şeklinde kullanılmakta olup, sözcüklerin Türkçe anlamları ve içeriği aşağıdaki gibidir:

- S. Strengths - Güçlü Yönler:** Kuruluşun başarı ve kaynaklarıdır. Kuruluşun kontrolü altında olan ve kullanıldığında kuruluşun gelişmesine katkı verebilecek içsel değer ve durumlardır.
- W. Weaknesses - Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler:** Kuruluşun iyileştirilmesi ve geliştirilmesi gereken zayıf yanlarıdır. Kuruluşun kontrolü altında olan ve istenildiğinde (problemin hedef olarak tanımlanmasıyla) kuruluşu geliştirilebilecek içsel değer ve durumlardır.
- O. Opportunities - Fırsatlar:** Kuruluşla dolaylı bağlantısı olan, kuruluş dışındaki olumlu durum ve kaynaklardır. Kuruluşun kontrolü altında olmayan; ancak iyi kullanıldığında kuruluşun gelişmesine katkı verebilecek dışsal değer ve durumlardır.
- T. Threats - Engeller:** Kuruluşla dolaylı bağlantısı olan kuruluş dışındaki olumsuz durum ve tehlikelerdir. Kuruluşun kontrolü altında olmayan; ancak tedbirli davranıldığında kuruluşun gelişmesine yapacağı olumsuz etkinin en aza indirilebileceği dışsal değer ve durumlardır.

SWOT Analizinin Kullanımı

HSU sürecinde SWOT analizi, küçük grup çalışmalarında HSU araçları ile çalışmaya başlamadan önce, kuruluş personeli tarafından kuruluşun genel durumu ve küçük grupların çalışma alanlarını değerlendirmek için kullanılır. Bu süreçte genel olarak sorunlar ve kaynaklar saptanır.

SWOT analizini yapmak için, flipchart kağıdı üzerine dört bölümlü tablo çizilir (**Flipchart:D**), katılımcılara her bir unsur yukarıdaki şekilde açıklanır ve bunlar üzerinde düşünceleri istenir. Beyin fırtınasını başlatmak için (eğer gerekliyse), aşağıdaki örnek sorular sorulabilir ve cevapların gerçekçi olması gerektiği hatırlatılır.

Güçlü Yönler:

- Kuruluşun standartlara göre iyi yaptığı işler nelerdir?
- Personel açısından güçlü olduğunuz yönler nelerdir?
- Diğer kuruluşlara göre güçlü yönleriniz nelerdir?

Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler:

- Mevcut durumda yeterince iyi yapılmadığını düşündüğünüz işler nelerdir?
- Görev kapsamınızda olup da yapmadığınız hizmetler nelerdir?
- Neler geliştirilebilir?
- Siz neleri geliştirebilirsiniz? vb.

Fırsatlar:

- Kuruluşunuzun avantajları nelerdir?
- Kuruluş dışında meydana gelen ve sizi etkileyen olumlu değişiklikler nelerdir?
- Yakın gelecekte, hangi mali/ idari/ yasal değişikliklerden yararlanabilirsiniz? vb.

Engeller:

- Gelişiminizi etkileyen dış engeller nelerdir?
- Ne çeşit dış kaynaklı sorunlarla karşılaşıyorsunuz?
- Kurumunuzdaki hizmetleri sunarken yakın gelecekte olabilecek hangi mali/ idari /yasal değişiklikler zorluk yaratabilir?

SWOT analizi, kuruluşun durumunun geniş açıdan değerlendirilmesiyle daha gerçekçi olarak

sorunların ve kaynakların belirlenmesine yardımcı olur. Yukarıda belirtilen örnek sorulara verilen samimi/ dürüst cevaplar başarılı bir değerlendirme yapılmasını sağlar.

HSU Çalışmasında SWOT Analizinin Kullanımı

Güçlü Yönler, altında tanımlanan her şey korunması gereken değer ve durumlardır. Ayrıca bunlar gelecekte hizmetleri iyileştirilmeye temel olarak kullanılacak örnek ve kaynaklardır. Personel bunları Eylem Planı Toplantısı sırasında saptadıkları sorunların çözümünde kullanmak üzere daha ayrıntılı olarak ele alır.

Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler, HSU Eylem Planında personelin sorun olarak belirteceği unsurlardır.

Fırsatlar, hizmetlerin geliştirilmesi ve sorunların çözülmesi için kullanılacak potansiyel kaynaklar olarak değerlendirilir.

Engeller, kuruluşun kendi imkanları dahilinde çözemeyecekleri sorunlar anlamına geldiğinden bunların eylem planlarına alınmaması gerekir. Bununla birlikte, engeller eylem planına alınmak isteniyorsa uzun vadeli çözümler saptanır ve personelin kendi kendine uygulayabileceği ön çalışmalara (ilgili makamlara resmi yazı yazmak, kamuoyu oluşturmak, konuyla ilgili durum saptama çalışmaları yapmak vb.) ilişkin öneriler belirlenir.

34. Sunum bittikten sonra tüm personele soruları olup olmadığını sorunuz ve varsa cevaplayınız.
35. Bütün personele küçük gruplara ayrılacaklarını söyleyiniz ve her bir grubun önümüzdeki günlerde yapacakları görevlerinin yazılı olduğu **flipchart F**yi okuyunuz. Eğitmen ve dış kolaylaştırıcı(lar) olarak sizlerin de araçların üzerinde çalışırken onlarla birlikte olacağınızı açıklayınız.
36. Flipchart'a adı yazılmamış bir kuruluş personeli olup olmadığını sorunuz, eğer ismi yazılmayan varsa bu kişiyi gruplardan birine ilave ediniz. İsmi yazıldığı halde toplantıya katılamayan veya önümüzdeki günlerde katılamayacak kişiler varsa isimlerini listeden çıkararak personelin gruplara dağılımını tekrar gözden geçiriniz.
37. Personele görevleriyle ilgili olarak herhangi bir soruları veya açıklamaya gereksinimleri olup olmadığını sorunuz
38. Personele; *"Bugün bu toplantı bitiminde küçük grupların kendi aralarında görev dağılımı yapmaları için 5-10 dakika bir araya gelmeleri gerekmektedir."* şeklinde öneride bulununuz.
39. Aşağıdaki metni kullanarak grupların görevlerini aralarında nasıl paylaştıracıklarını açıklayınız;

HSU KÜÇÜK GRUP ÇALIŞMASI - GRUP İÇİ GÖREV PAYLAŞIMI

Küçük gruplar Hizmet Standartları Öz Değerlendirme Rehberi üzerindeki görevleri kendi aralarında paylaşırlar. Grubun bir veya iki üyesi HSU Öz Değerlendirme Bölümündeki soruları okuyup cevaplandırır. Gruplar iki veya üç kişiyi hizmet alan görüşmesi yapmaları için diğer iki kişiyide Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formlarını doldurmaları için görevlendirirler. Örneğin, bir kişi Hizmet Alanın Bilgilenme Hakkını çalışırken, ikinci kişi Personelin Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi üzerine çalışabilir, üçüncü kişi hizmet alan görüşmeleri yapabilir. Personel, bireysel olarak çalışmalarını bitirdikten sonra da küçük grup olarak bir araya gelerek sorunları saptar, analiz eder, önceliklendirir ve eylem planlarına alır.

H. KURULUŞTA KÜÇÜK GRUPLARLA BİRLİKTE ÇALIŞMA (375 dakika)

Tanıtım toplantısını takip eden ve daha sonraki gün personel, mesai saatleri içinde SWOT analizi ve HSU araçları üzerinde çalışır. Kolaylaştırıcıların kuruluş personeli ile birlikte çalışması

gerekir. Kolaylaştırıcılar araçların neler oldukları ve nasıl kullanacaklarını anlamalarında personele yardımcı olurlar. Kolaylaştırıcılar, herhangi bir soruları olduğunda personele cevap verebilmek, gerektiğinde onlara yol göstermek ve her şekilde kendilerine destek olabilmek için hazır bulunurlar. Ancak personel çalışmalarını iyi yürütüyorsa müdahalede bulunmazlar. Kolaylaştırıcılar personel hedeften saptığında veya dağıldığında onlara fikir verir ve gerçekçi, etkili ve pratik bir şekilde düşüncelerini sağlamak için doğru sorular sorar. Kolaylaştırıcılar HSU Öz-Değerlendirme Rehberi'ni gözden geçirirken birlikte çalışır, gerektiğinde soruları açıklar ve nasıl düşünceleri konusunda örnekler vererek açıklar. Aynı zamanda, kolaylaştırıcılar hizmet alan görüşmesine katılır, öneriler doğrultusunda personele yapıcı geribildirim bulunur ve hizmet alandan daha fazla bilgi elde edilmesinin yollarını gösterir. Bununla birlikte, kolaylaştırıcılar hizmet alan kayıt incelemesi çalışmasında da personele yardımcı olur ve onlara bu süreçte de rehberlik ederler.

Küçük grup çalışmalarında personel yönetilebilir sorunlarla karşılaştıklarında, sürekli "Neden-Neden" tekniğini kullanarak sorunları analiz eder. Sorunun **kök neden(ler)ini** buluncaya kadar yeterli sayıda neden sorusu sorulması ve **başka nedenler** olup olmadığının araştırılması ve sonunda **kendi kaynaklarıyla** uygulayabilecekleri çözümler üretmeleri konusunda kolaylaştırıcılar teknik destek sağlamak üzere personel ile birlikte çalışır.

Personel Eylem Planı Formu'nu kullanarak eylem planlarını hazırlar ve bu planları flipchart kağıdına yazar. Her bir küçük grup üçüncü günde (veya kuruluş yöneticisiyle karar verilen günde) yapılacak olan Eylem Planı Toplantısı'nda küçük grupların planlarını sunmak için grup sözcüsü belirler.

I. EYLEM PLANI TOPLANTISI (180 dakika)

44. Toplantıya yapmış oldukları bu önemli ve zor görev için personele teşekkür ederek başlayınız.
45. **Flipchart G**'yi gösteriniz ve Eylem Planı Toplantısı ana başlıklarını flipchart'tan okuyunuz.
46. Personele; *"Eylem Planı Toplantısı'na grup sunumları ile başlayacağız. Grup sözcünüz sırasıyla;*
 - a. *SWOT analizi ile saptadığınız kuruluşunuzun güçlü yönleri, geliştirilmesi gereken/zayıf yönleri, fırsatları ve engellerini ve grup olarak Öz-Değerlendirme Rehberi'nde incelediğiniz bölümlerle ilgili sorunları sunacak,*
 - b. *Küçük grup eylem planlarını (her bir sorunu teker teker ele alarak, sırasıyla; sorun, neden, çözüm, kim tarafından izleneceği ve ne zaman tamamlanacağını) sunacak,*
 - c. *Büyük grupla tartışma yapılarak; sorunlar, nedenler, çözümler, kim tarafından izleneceği ve ne zaman tamamlanacağını üzerinde uzlaşmaya varılacak."* deyiniz.
47. Sunumu yapan kişi bir sorun hakkında konuşurken; sorunun tanımı, kök nedenleri ve bunlara yönelik öneriler doğrultusunda hemfikir oluncaya kadar büyük gruptaki katılımcılara yorumlarını yapmalarını, fikirlerini, önerilerini eklemelerini ve bunları tartışmalarını isteyiniz.
48. Küçük grup tarafından saptanan her bir sorun için bir önceki maddede yer alan aşamaları tekrar ediniz.
49. İkinci grubun sunumuyla devam ediniz ve tüm gruplar sunumlarını yapıp tüm sorunlar üzerinde hemfikir oluncaya kadar aynı aşamaları tekrar ediniz.
50. Bütün gruplar sunumlarını yaptıktan sonra ortak sorunlar varsa birleştirilmesini sağlayınız. Ortak sorunlara ait belirlenen kök nedenlerin ve çözüm önerilerinin hepsinin değerlendirilmesi gerektiğini belirtiniz.
51. Her bir grup sunumunu yaptıktan sonra grup üyelerine teşekkür ediniz ve personelden grubu alkışlamasını rica ediniz.
52. Saptanan sorun sayısı çok fazlaysa (15-20'nin üzerinde) önceliklendirme ölçütleri kullanılarak kuruluş Eylem Planı'na alınacak sorunlara (ve nasıl ifade edileceğine) karar verilmesini sağlayınız.

53. Personele; “Şimdi küçük grupların eylem planları üzerinde tartıştıktan, tüm sorunlar ve bunlarla ilgili çözüm önerileri üzerinde hemfikir olduktan sonra, küçük grup eylem planları birleştirilerek kuruluş Eylem Planı yapılacaktır. Eylem Planı’nda yer verilen her bir önerinin uygulanmasından kuruluş olarak sorumlu olacaksınız. Unutmayınız ki uygulamadan sorumlu olanlar yalnızca “Kim Tarafından İzlenecek” bölümünde adı yazılı olanlar değil **hepinizsiniz.**” deyiniz.
54. Personele, iç kolaylaştırıcı ve HSU Komitesi’nin işbirliğiyle kuruluş Eylem Planı’na son şeklinin verileceği ve 1-2 gün içerisinde kendilerine ulaştırılacağını söyleyiniz.
55. Personele toplantının buraya kadar olan bölümü ve özellikle kuruluş Eylem Planı ile ilgili bir soruları olup olmadığını sorunuz ve soru varsa cevaplayınız.
56. Katılımcı Kitabı’ndaki bilgisayar sunum örneğinden (**Ek: 8.3**) yararlanarak Eylem Planı Toplantısındaki ana konuları özetlemek ve bu aşamadan sonra neler yapılacağını açıklamak üzere sunum yapınız.

EYLEM PLANI TOPLANTISI

Küçük grupların eylem planlarını hazırlamalarını takiben Eylem Planı Toplantısı yapılır. Bu toplantıda HSU uygulamasına katılan bütün kuruluş personeli yeniden bir araya gelir. Eylem Planı Toplantısı’nın aşamaları aşağıdaki gibidir:

1. Grup Sunumları

SWOT Analizinin Sunumu: Her grup sunumuna SWOT analizi ile başlayarak kuruluşun ve üzerinde çalıştıkları konuların güçlü yönlerini, geliştirilmesi gereken/ zayıf yönlerini, fırsatlarını ve engellerini belirler ve bu sonuçlarla eylem planları arasında bağlantı kurar.

Eylem Planlarının Sunulması: SWOT analizinin sunumunu takiben, her küçük grup kendi eylem planını sunar. Her grup sunumunun ardından dış kolaylaştırıcı tartışma ortamı sağlayarak katılımcıların fikirlerini, kaygılarını rahatlıkla dile getirmelerini ve soru sorabilmelerini sağlar. Bu tartışmalar sırasında gelen öneriler doğrultusunda gerekirse gruplar eylem planlarında değişiklik ve düzenlemeler yaparlar.

Eylem Planı Toplantısı’nda dış kolaylaştırıcı aşağıdaki konularda katılımcılara teknik destek sağlar:

- Aynı sorunun tekrarından kaçınmak için sorunların kök nedenlerine inerek; aynı kök nedenle ilgili olanların birleştirilmesini, farklı kök nedenlerle ilgili olanların ise iki ayrı sorun olarak yeniden ifade edilmesini sağlar.
- Dış kolaylaştırıcı, katılımcıların eylem planına alınacak öneriler konusunda fikir ayrılığına düşmeleri halinde, gerekçelerini de açıklayarak en doğru önerinin seçilmesini sağlar. Bazı önerilerin seçiminde tüm katılımcıların hemfikir olmaması halinde “uzlaşma” adına seçilen önerinin kabul edilmesinin ekip çalışmasının bir gereği olduğu vurgulanır.
- Dış kolaylaştırıcı, çözümlerin takibinden sorumlu olacak personelin toplantıda olması ve adı geçen çözümün takibini yapmayı kabul etmesinin gereğini vurgular. Bir çözümün takibi için toplantıda bulunmayan bir personelin adının grup tarafından önerilmesi halinde, o personelin kabul etmesini takiben adının eylem planına yazılmasını sağlar.
- Yöneticinin veya personelin önerilerle ilgili kuşkuları varsa bunların zamanında dile getirilmesini sağlar.

2. Eylem Planlarının Birleştirilmesi ve Çözümlenecek Sorunlarla İlgili Önceliklerin Belirlenmesi

Eylem planına alınacak sorun sayısının 15-20’yi geçmemesi önerilir. Eğer personel bunun üzerinde bir sayıda sorun saptarsa o zaman dış kolaylaştırıcı sorunların önceliklendirilmesi

konusunda personele teknik destek verir.

Sorunların önceliklendirilmesindeki ölçütler:

- Sağlığı tehdit etmeleri,
- Çok sayıda kişiyi etkilemeleri,
- Mevcut kaynakları kullanarak veya kuruluş içinde kolayca çözümlenecek olmaları,
- En çabuk çözümlenebilecek olmalarıdır.

Öncelikli sorunlar seçildikten sonra çok öncelikli olmayan sorunlar da tümüyle göz ardı edilmez. Bunlar da eylem planına alınarak çözüm için daha geç tarihler saptanır veya sonraki bir HSU uygulamasında ele alınmak üzere HSU Komitesine havale edilir.

3. Kuruluş Eylem Planının Oluşturulması

Grup sunumları ve tartışmaları takiben kuruluş eylem planına alınacak sorunlar personel tarafından saptanır. Eylem Planı Toplantısını izleyen ilk 1-2 gün içinde dış kolaylaştırıcı, iç kolaylaştırıcı ve HSU Komite üyeleri bir araya gelerek kuruluş eylem planını hazırlarlar. Kuruluş eylem planının kopyaları çalışmaya katılan tüm personele verileceği gibi flipchart kağıdına yazılarak kuruluş içinde herkesin görebileceği ve izleyebileceği bir yere asılır.

4. HSU İç Kolaylaştırıcısının Belirlenmesi

HSU sürecinin sağlık kuruluşunda kurumsallaşması için bir iç kolaylaştırıcı seçilir. İç kolaylaştırıcının temel görevi katalizörlük yapmaktır. İç kolaylaştırıcının dış kolaylaştırıcıdan kademeli olarak devir aldığı başlıca sorumlulukları şunlardır:

- Birinci HSU çalışmasının yürütülmesinde dış kolaylaştırıcıya yardımcı olmak,
- İkinci uygulama sırasında dış kolaylaştırıcı ile sorumluluğu paylaşmak,
- Üçüncü HSU çalışmasını dış kolaylaştırıcının gözetiminde yürütmek,
- Sonraki HSU çalışmalarını yürütmek,
- HSU Komitesinin üyesi olmaktır.

İç kolaylaştırıcı olarak seçilecek kişi bu görev için gönüllü olmalı, aynı zamanda diğer katılımcılar da bu konuda hemfikir olmalıdır. İç kolaylaştırıcı aktif, olumlu düşünen ve personelden saygı gören bir personel olmalıdır.

5. HSU Komitesi'nin Kurulması

HSU Komitesi'nin görevi eylem planındaki önerilerin uygulanmasında kaydedilen ilerlemeleri izlemektir.

Eylem Planı toplantısında HSU Komitesi üyeleri de belirlenir. HSU Komitesini oluştururken HSU katılımcıları arasından gönüllüler seçilir. Gönüllü yoksa veya gönüllü olanlar farklı düzeylerde personeli temsil etmiyorsa, katılımcılardan kuruluştaki her bölümden, her meslekten ve her düzeydeki personelden (yönetici, gözetmen, doktor, ebe, memur vb.) HSU komitesi için en az bir temsilci seçmeleri istenir. HSU Komitesinde genellikle 5-8 personel bulunur.

HSU Komitesi düzenli olarak en az ayda bir kez toplanır ve eylem planı uygulamasındaki ilerlemeyi izler. Bazı kuruluşlar, Komite üyelerine başkan ve sekreter gibi **resmi roller** vermekte iken bazıları ise komite üyelerinin rollerinin gayri resmi olmasını tercih eder. Hangi yaklaşım tercih edilirse edilsin, personelden birisi komite toplantılarının tarihlerini belirleyip yürütmekten ve rapor yazmaktan sorumlu olur.

HSU Komitesi etkili izleme yapabilmek amacıyla:

- Kuruluş eylem planının tüm personelde olmasını ve kuruluştaki görünür bir yere asılmasını sağlar,
- Komite üyelerinin komitede kalma süresi ve üyelerin zaman zaman değişmesi gibi idari kurallar konusunda mutabakat sağlar,
- Toplantı tarihlerini belirler,
- Eylem planında yapılan değişiklikleri personele ve üst düzey yönetime iletir,
- Gerektiğinde personele çözümleri uygulamada yardımcı olur,
- Etkinlikleri ve kaydedilen ilerlemeyi izler ve başarıları duyurur,
- Çözülen ve çözilemeyen bütün sorunların güncel kayıtlarını tutar.
- Büyük grupla iletişim halinde eylem planında gerekli değişiklikleri yapar.
- Sonraki Hsu uygulamalarının tarihlerini belirler.

Kuruluştaki Kalite İyileştirme Komitesi de varsa, kuruluşun özelliğine göre oluşacak bir yapılanma ile Hsu çalışmalarıyla koordineli bir şekilde yürütülür.

6. Aylık Hsu Komitesi Toplantısı ve İkinci Hsu Çalışması için Tarih Belirlenmesi

Eylem Planı Toplantısı'nın son bölümünde, Hsu Komite Toplantısı ve İkinci Hsu çalışması için uygun olan tarihler belirlenir.

57. İç kolaylaştırıcı(lar)ın seçilmesini sağlayınız.

58. Hsu Komite üyelerinin seçilmesini ve Hsu Komitesi'nin toplantı zamanlarına karar verilmesini sağlayınız.

59. Bir sonraki Hsu çalışmasının tarihine karar verilmesini sağlayınız.

60. Bütün personele aktif katılımlarından dolayı teşekkür ediniz ve gelecekte geliştirebilecekleri güçlü yanlarını hatırlatarak toplantıyı sonlandırınız.

Kolaylaştırıcı için Not: İç kolaylaştırıcının görevlerini görüşmek ve kolaylaştırıcılık becerilerinizi bu kişiye aktarmaya başlamak için kuruluş iç kolaylaştırıcısı ile buluşmak üzere bir sonraki hafta için bir toplantı planlayınız.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Kaliteli hizmet çerçevesi nedir?
2. Hizmet alan hakları nelerdir?
3. Personel gereksinimleri nelerdir?
4. Hsu'yu nasıl tanımlarsınız?
5. Hsu araçları nelerdir?
6. Hizmet kalitesi niçin iyileştirilmelidir?
7. Kalite iyileştirme sürecinin dört aşaması nedir?
8. Hsu'nun kaliteyi geliştirme amacıyla kullanılmasının dört nedenini söyleyiniz.
9. SWOT analizinin dört unsurunu belirtiniz.
10. Sorun analizi için hangi tekniği kullanırsınız?
11. Eylem planının ana unsurları nelerdir?
12. Eylem Planı Toplantısı'nda dış kolaylaştırıcının ele alması gereken beş konuyu söyleyiniz.

KAYNAKLAR:

- COPE® Handbook "A process for improving quality in Health Services, EngenderHealth's Quality Improvement Series", 2003.
- COPE® "Introductory Exercise, EngenderHealth

- Huezo, C., and Diaz, S. 1993. Quality of care in family planning: Clients' rights and providers' needs. *Advances in Contraception* 9:129-139 and IPPF's Clients' Rights framework.
- Terimleri Sözlüğü, Türkiye Üreme Sağlığı Programı, www.tusp.saglik.gov.tr, 2004

5 İZLEM SÜRECİ VE SONRAKİ HSU ÇALIŞMALARI

AMAÇ:

İzlem süreci ve sonraki HSU çalışmalarının yürütülmesini tartışmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

1. Kuruluşta yapılan birinci HSU uygulamasındaki aşamaları sırasıyla söyleyebilmeli,
2. HSU izleminde dış ve iç kolaylaştırıcılar ile HSU Komitesi'nin görevlerini açıklayabilmeli,
3. İzlem süreci ve sonraki HSU çalışmalarının aşamalarını söyleyebilmeli,
4. HSU izlemi sırasında ortaya çıkabilecek bazı güç durumları ve bunların nasıl ele alınması gerektiğini tartışabilmelidir.

ANA BÖLÜM

A. HSU ÇALIŞMASININ SONRAKİ İZLEM SÜRECİ

HSU çalışmalarının izlenmesi “Öz-Değerlendirme” yaklaşımı ile; Eylem Planı'nın uygulanıp uygulanmadığının ve Eylem Planı'ndaki sorunların çözülme oranının saptanması için yapılır.

Dış ve iç kolaylaştırıcılar ile HSU Komitesi'nin izlem sürecindeki rolleri:

Birinci HSU Eylem Planı Toplantısı'nın sonunda ortak Eylem Planı tamamlanmışsa dış kolaylaştırıcı izlem için bir kopyasını alır. Eylem Planı'nın gözden geçirilmesi gerekiyorsa iç kolaylaştırıcı HSU Komitesi ile işbirliği içinde Eylem Planı'na son şeklini vererek bir kopyasını dış kolaylaştırıcıya gönderir. Sonraki HSU uygulamalarında iç kolaylaştırıcı tüm sorumluluğu üstleneceğinden buna gerek olup olmayacağına yönetim karar verir. İç kolaylaştırıcı ve HSU Komitesi eylem planını tamamlamakta güçlük çekiyorsa dış kolaylaştırıcı kuruluşa yeniden giderek HSU Komitesi'ne ve iç kolaylaştırıcıya bu konuda yardımcı olur.

İzlem Takvimi

Birinci HSU çalışmasından sonraki ilk bir ay içerisindeki izlem çalışmaları;

Dış ve iç kolaylaştırıcının rolleri: İlk HSU çalışmasından sonraki ilk bir ay içerisinde iç ve dış kolaylaştırıcı bir araya gelerek aşağıdaki konuları değerlendirir;

- Birinci HSU çalışmasının genel değerlendirilmesi; katılımcıların bu yeni yaklaşım ile ilgili görüş ve tutumları, yöneticilerin konuyu ele alış biçimleri, çalışmanın geliştirilmesi ve kurumsallaştırılması için yapılması gerekenler,
- Kuruluş Eylem Planı'na son şekli verilerek, personele dağıtılıp dağıtılmadığı, görünür bir yere asılıp asılmadığı,
- Kuruluş personelinin Eylem Planı'ndaki sorumluluklarını yerine getirip getirmediği,
- Yönetimin HSU çalışmalarını destekleyip desteklemediği.
- HSU Komitesi'nin beklendiği şekilde çalışıp çalışmadığı,
- İç kolaylaştırıcının kolaylaştırıcılık becerilerini güçlendirmeye gerek olup olmadığı.

HSU Komitesi'nin rolü: İlk HSU çalışmasından sonraki ilk bir ay içerisinde aşağıdaki konuları değerlendirir;

- Bütün Komite üyelerinin HSU çalışmalarının izlenmesi ve sürdürülebilirliğinde HSU Komitesi'nin önemini farkındalık düzeyleri,
- Dış ve iç kolaylaştırıcının işbirliği içinde yukarıdaki görevleri yerine getirmede

gösterdikleri gayret ve performansları,

- Dış ve iç kolaylaştırıcının HSU Komitesi'nin desteğine ihtiyaçları olup olmadığı,
- Yönetimin HSU çalışmalarına verdiği destek.

HSU izleminin kurumsallaşması:

Birinci HSU çalışmasının izleminden sonraki tüm izlemlerde dış ve iç kolaylaştırıcılar HSU Komitesi ile yoğun bir işbirliği içinde çalışırlar: 3-4 ayda bir yapılan iki HSU çalışması arasında **en az** bir kez toplanır ve kuruluşun HSU çalışmalarında kaydettiği ilerlemeyi aşağıdaki soruları sorarak değerlendirirler;

- HSU Komitesi Eylem Planı'nı tek bir ortak plan halinde tamamladı mı?
- HSU komitesi Eylem Planı'nı personele dağıtıp görünür bir yere astı mı?
- Personel sorumluluklarıyla ilgili takvime uyuyor mu?
- Personel çözümler tamamlandığında HSU komitesini haberdar ediyor mu?
- Personel çözümlerle ilgili çalışırken güçlüklerle karşılaştıklarında komiteden yardım talebinde bulunuyor mu?
- Her düzeyden personel çözümlerin uygulanmasına yardımcı oluyor mu?
- Yöneticiler çözümlerin uygulanmasına yardımcı oluyor mu?

Bu soruların herhangi birisine "Hayır" cevabı verilirse HSU Komitesi bu sorunları kuruluş yöneticileriyle ele almanın yollarını arar.

B. SONRAKİ HSU ÇALIŞMALARI

Üç ayda bir yapılması öngörülen HSU çalışmaları, bir anlamda Kİ döngüsünün dördüncü adımı olan "İzleme ve Değerlendirme"dir. Bu da Kİ'nin birinci adımı olan "Bilgi Toplama ve Analiz" süreçlerinin tekrar başlaması anlamına gelmektedir.

Sonraki HSU çalışmalar da ilk HSU çalışmasına benzer; ancak temel kavramlar daha önce ayrıntılı olarak incelendiğinden, bu çalışmada özetlenir ve HSU süreç ve araçlarının gözden geçirilmesine ağırlık verilir. Bununla birlikte tüm basamaklar ilk HSU çalışmasındaki gibidir;

SONRAKİ ÇALIŞMANIN AŞAMA VE SÜRELERİ

GÜN	AŞAMA	ETKİNLİKLER	SÜRE (Dakika)
1	A. Kuruluş Hazırlığı	Yöneticilerin bilgilendirilmesi	60-120
		Malzeme (flipchart, bilgisayar sunum ve personele dağıtılacak HSU araçlarının kopyaları) ve toplantı yerinin hazırlığı	180-240
		HSU çalışmasına katılacak personelin belirlenmesi (önceki çalışmaya katılanlar ve birkaç yeni personel)	60
	B. Tanıtım Toplantısı	Açılış, tanışma, toplantı amaçlarının açıklanması ve toplantı kurallarının belirlenmesi	180
		Bir önceki HSU çalışması ile ilgili izlenimlerin personel tarafından dile getirilmesi (SWOT analizi ile; Güçlü Yönler, Geliştirilmesi Gereken/Zayıf Yönler, Fırsatlar ve Engellerin saptanması)	
		Eylem Planı ile ilgili durumunun gözden geçirilmesi; çözümlenmeyen ve yeni eylem planına alınacak sorunların belirlenmesi	
		Temel kavramlarının (kalite, HSU, hizmet alan hakları, personel gereksinimleri vb.) gözden	

			geçirilmesi	
			HSU sürecinin gözden geçirilmesi	
			HSU araçlarının gözden geçirilmesi	
			SWOT analizinin gözden geçirilmesi	
			Küçük grupların görevlendirilmesi ve HSU araçlarının dağıtılması	
2	Gün içinde	C. Küçük Grup Çalışmaları	SWOT analizi (Güçlü Yönler, Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler, Kaynaklar ve Engeller) ile kuruluşun genel değerlendirilmesi yapılarak sorun ve kaynaklar konusunda fikir edinilir.	Mesai saatleri içinde uygun zaman ve sürelerle
			HSU araçları (Öz-Değerlendirme Rehberi, Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu ve Hizmet Alan Görüşme Formu) kullanılarak sorunların saptanması	
			Saptanan sorunlar "Neden-Neden" tekniği ile analiz edilmesi	
3	Sabah	C. Küçük Grup Çalışmaları	Küçük grupların eylem planlarının hazırlanması	Uygun zaman ve sürelerle
	Öğle den Sonra	D. Eylem Planı Toplantısı	Toplantı amaçlarının açıklanması ve toplantı kurallarının hatırlatılması	180-210
			Küçük grup eylem planlarının sunumu	
			- SWOT analizinin sunumu	
			- Eylem Planı'nın sunumu	
			Kuruluş Eylem Planı'na alınacak sorunların belirlenmesi ve önceliklendirilmesi	
			Temel kavramların (kalite, HSU, iç kolaylaştırıcı, HSU Komitesi, HSU izleme ve değerlendirmesi) gözden geçirilmesi	
			İç kolaylaştırıcının görevlerinin gözden geçirilmesi	
			HSU Komitesi'nin görevlerinin gözden geçirilmesi	
			Komite toplantılarının tarihlerinin gözden geçirilmesi (tercihen ayda 1 kez)	
			Bir sonraki HSU tarihine karar verilmesi (tercihen 3 ay sonra)	
		E. HSU İzlem ve Değerlendirme Çalışmaları	Aylık (Komite Toplantı ve Raporlarıyla)	
			Üç aylık (tekrarlayan HSU çalışmaları ve Eylem Planlarıyla)	
			Yıllık (Yıllık Değerlendirme Raporuyla)	

Yukarıda görüldüğü gibi, ikinci ve sonraki HSU çalışmalarında; bir önceki çalışmanın değerlendirilmesi yapılır ve varsa Eylem Planı'nda çözülmemeyen sorunların yeni eylem planına alınması sağlanır. İkinci ve sonraki HSU çalışmalarının yürütülmesi için gerekli süre yine ilk çalışma gibi 2-3 gün olabileceği gibi aşağıdaki durumlara göre gerekli değişiklikler yapılabilir:

- Bir önceki HSU çalışmasından sonra geçen süre,
- İlk uygulamadaki personelin HSU çalışmasında gösterdiği başarı,
- İkinci veya sonraki çalışmalara katılan personel (ilk uygulamaya katılmayan personel varsa ve sayıları az değilse tanıtım toplantısını biraz daha kapsamlı tutmak gereklidir).

Kolaylaştırıcıların Görevleri

İç ve dış kolaylaştırıcılar birlikte çalışırlar. İç kolaylaştırıcı ikinci çalışmada daha aktif rol üstlenir. İç kolaylaştırıcının üstleneceği roller; grubun ve iç kolaylaştırıcıların durumuna göre şekillenir.

Usta-Çırak ilişkisiyle gerçekleştirilen eğitim sürecinde iç kolaylaştırıcının üstleneceği yeni roller onun hazır oluş durumuyla bağlantılı olur. Kendisini rahat hissedeceği etkinlikler için iç kolaylaştırıcıya inisiyatif bırakılır. Zorlanma olasılığı olan etkinlikler ise dış kolaylaştırıcı tarafından ele alınır. Ekip olarak birlikte çalışırlar, bu çalışmalarının her aşamasının değerlendirmesi yapılarak hizmet-başı eğitim anlayışıyla iç kolaylaştırıcının eğitimi sürdürülür.

İç kolaylaştırıcının hazırlanması ve kuruluştaki sürdürülebilirliğin sağlanması konusunda birden fazla iç kolaylaştırıcı seçilmesi, yetiştirilmesi önerilir. Süreç içinde iç kolaylaştırıcılar HSU sorumluluğunu tümüyle üstlenmekle birlikte; gerektiğinde dış kolaylaştırıcının gözetimi ve desteği sağlanır.

İç ve dış kolaylaştırıcılar öncelikli olarak süreçte değişikliğe gerek olup olmadığına karar vererek planlama çalışmalarını ona göre şekillendirirler.

a. Kuruluş Hazırlığı:

İkinci ve sonraki çalışmalar için önerilen program, ilk HSU çalışmasıyla hemen hemen aynı olduğundan kuruluştaki hazırlıklar da aynen tekrar edilir. Yönetici ve personelin bilgilendirilmesi sürecine ilkinden farklı olarak gelişmeler ve deneyimler de ilave olur.

Dış ve iç kolaylaştırıcılar, genel ilkeler, kuruluşun özellikleri ve ilk uygulamadan sonraki gelişmeleri dikkate alarak, çalışma için bir plan yaparak kuruluş yöneticisiyle görüşürler. Yönetici ile görüşmede aşağıdaki konular ele alınır:

- Amaçlar ve Program,
- Zaman ve süre,
- Toplantı yeri,
- Katılacak personel (önceki çalışmaya/ çalışmalara katılan personele ilave olarak yeni kişilerin de eklenmesi önerilir),
- Kullanılacak HSU araçları ve Öz-Değerlendirme Rehberi'ndeki hangi bölümlerin hangi gruplara verileceği.

Yönetici ile yapılan görüşmeler doğrultusunda kolaylaştırıcı(lar) aşağıdaki hazırlıkları tamamlar:

- Hizmet alan hakları ve personel gereksinimleriyle ilgili flipchartlar,
- Katılımcılar için gerekli olan yeterli sayıda dokümanlar, örneğin; Öz-Değerlendirme Rehberi (**Ek: 8.4**), Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu (**Ek: 8.5**), Hizmet Alan Görüşme Formu (**Ek: 8.6**), Eylem Planı Formu (**Ek: 8.7**), Eylem Planı İzlem Formu (**Ek: 8.9**), Eylem Planı Özet İzlem Formu (**Ek: 8.10**) vb.,
- Çalışmaya katılacak personel listesi,
- Küçük grupların ve her bir gruba verilecek HSU araçlarının dağılımı listesi,
- Kolaylaştırıcıların rollerinin belirlendiği bir çalışma planı,
- Yeterli miktarda flipchart kağıdı, büyük kalem, bant vb. eğitim malzemeleri,
- Toplantı yerinin hazırlanması, çay, kahve vb. lojistik ihtiyaçlar.

b. Tanıtım Toplantısı:

1. Bir önceki uygulama ve sonrasıyla ilgili izlenimlerin dile getirilmesi

Hizmet standartları uygulaması kuruluş personeli için yeni bir yaklaşım ve deneyim olması nedeniyle yeni bir toplantının başlangıcında personelin izlenimlerini almak son derece önemlidir. Bu nedenle SWOT analizi ile kuruluşun hizmet sunumu güçlü yönleri, geliştirilmesi gereken/zayıf yönleri, fırsatları ve engelleri açılarından değerlendirilir. Personelin izlenimlerini dinlerken başarılarını vurgulamaya ağırlık verilerek kendilerine teşekkür edilir. Personelin karşılaştığı güçlük, sorun ve başarısızlıklar objektif bir şekilde tanımlanarak bunların kişilerden değil sistemden kaynaklandığı ifade edilir. Bu oturumda personel olumlu-olumsuz durumları paylaşmaktan çok bazen yalnızca duygularını paylaşmak isteyebilir ki bu durum “insan odaklı”

hizmet anlayışının gereği olarak önemli bir boyuttur. Kaldı ki, duygu düzeyindeki bir paylaşım bile öz-değerlendirme adına kuruluş ve çalışmaya ilişkin önemli ipuçları içerebilir.

Oturum sırasında personelin görüş, düşünce ve önerileri flipcharta yazılır ve daha sonra kendileriyle de paylaşmak üzere SWOT analizi ile değerlendirilir.

2. Eylem Planı'ndaki ilerlemenin gözden geçirilmesi

Kolaylaştırıcılar önceki Eylem Planı'nın üzerinden geçerek kaydedilen ilerlemeyi değerlendirir. Eğer HSU Komitesi toplantı öncesi dönemde izlem formunu hazırlamış ise formun üzerinden gidilebilir. Yoksa önceki eylem planı kullanılarak her sorunla ilgili yapılanlar gözden geçirilerek her bir sorunla ilgili olarak "çözümlendi", "çözülmedi" ve "kısmen çözümlendi" şeklinde not alınır.

Çözömlenen sorunlar incelenirken; personelin başarısı öne çıkarılır ve fazla abartıya kaçmadan katkıda bulunanlar övölür. Özellikle kaynak kullanımı ve yaratıcı düşönceleri ile ilgili olumlu geribildirim verilir. Çözömlenmeyen sorunlar incelenirken; bazı sorunlar kök nedenlerine inilemediği için çözömlenememiş olabileceğinden, bunun da derinde kalmış başka sorunları açığa çıkarabileceği ya da bazı çözömlerin uygulanmasının çok zaman alabileceği şeklinde yorum yapılır.

Çözömlenememiş her sorunla ilgili engeller belirlenir ve bunların nasıl aşılacağı tartışılır. Örneğın:

- İlk belirlenen takvim gerçekçi değilse yeni bir takvim belirlenir,
- Sorumlu personel izlem işını yürötememişse sorumluluk başkalarıyla paylaşılabilir,
- Sorunun kök nedeni saptanamamışsa tekrar "Neden-Neden" tekniğıyle sorun analiz edilir,
- Sorunla ilgili alternatif çözömler araştırılır.

HSU İzlem Formu önceden kullanılmamış ise form tanıtılarak Komiteden bunu kullanması, katılımcılardan da tartışmaların sonuçlarını forma işlemeleri istenir. Eylem Planı'nda yer alıp çözölmesi mümkün olan sorunlar HSU İzlem Formu'na işlenir.

3. Temel kavramların gözden geçirilmesi

Kolaylaştırıcılar temel Kİ ve HSU kavramlarını kuruluş personeliyle birlikte gözden geçirirler. Özellikle yeni katılımcılar varsa oturum 4'te kullanılan sunumların slaytlarından yararlanabilirler. Bu bazı katılımcılar için tekrar olabilir, ama yerine göre tazeleme olarak da düşünölebilir. Katılımcıların sıkılmaması için kolaylaştırıcılar katılımcı eğitim becerilerini kullanabilirler.

Temel kavramların gözden geçirilmesinde sunum yapmanın katılımcılar için tekrar olacağı düşünölürse konu Soru-Cevap yöntemiyle de işlenebilir. Temel kavramların (Kİ ve HSU) tartışılmasında rehber sorular aşağıdadır:

1. Kaliteli sağlık hizmeti ne demektir?
2. Hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri nelerdir?
3. Temel Kİ ilkeleri nelerdir?
4. Hizmet kalitesi neden geliştirilmelidir?
5. HSU'yu nasıl tanımlarsınız?
6. SWOT analizi nedir ve nasıl kullanılır?
7. HSU araçları nelerdir ve nasıl kullanılırlar?
8. Sorun ne demektir?
9. İç ve dış Kolaylaştırıcının görevleri nelerdir?
10. HSU Komitesi'nin temel görevleri nelerdir?

4. HSU araçlarının gözden geçirilmesi

Dış kolaylaştırıcı SWOT analizini ve bu çalışmada kullanılacak HSU Öz-Değerlendirme Rehberi'nin bölümlerini açıklar. Bu konuda önceden kuruluş yöneticisiyle ortak karar verilir. Kuşkusuz hizmet alanlarla görüşmelerin yapılması ve bazı hizmet alan kayıtlarının incelenmesi gereklidir. Hizmet alan kayıtlarında önceki HSU çalışmasıyla karşılaştırıldığında herhangi bir iyileşme olup olmadığını izlemek için personel inceleyecekleri kayıtları önceki çalışmada incelenenlerle sınırlı tutmalıdır.

Araçların nasıl kullanılacağı tartışması sonrasında katılımcılardan konuyla ilgili bilgisi olmayanların sayısının çok olduğu anlaşılmışsa kolaylaştırıcının her aracı ayrıntılı olarak açıklaması gerekir. (Bkz. **Oturum 4**)

5. Küçük grup çalışmalarının planlanması

Kolaylaştırıcılar önceden hazırlamış oldukları flipcharta uygun olarak katılımcıları küçük gruplara ayırırlar. Listeye herkesin isminin yazılmış olduğu kontrol edilir ve çalışmaya katılmayacakların isimleri silinir. Daha sonra, her bir gruba önceden planlanan şekliyle HSU araçları paylaşılır. HSU araçlarının nasıl kullanılacağı ve buna ne kadar zaman ayrılacağı, ayrıca Eylem Planı Toplantısı'nın yeri ve zamanı hatırlatılır.

c. Küçük Grup Çalışmaları

Küçük grup çalışmaları da ilk çalışmadaki gibidir. Küçük gruplara ayrılma farklı şekillerde olabilir. Örneğin;

- Aynı gruplar aynı araçlar üzerinde çalışırlar (özellikle ilk uygulamalarda personelin Öz-Değerlendirme Rehberi'ni kullanma becerisini desteklemek için),
- Aynı gruplar farklı araçlar üzerinde çalışırlar, *ya da*
- Yeniden gruplar belirlenir ve farklı araçlar üzerinde çalışırlar.

Sağlık personelinin gruplara dağıtılmasında kişilerin görevleri de belirleyici olabilir. Örneğin kliniğin enfeksiyon kontrolü sorumlularından birinin "Güvenli Hizmet Alma Hakkı"nı inceleyen grupta yer alması gerekebilir. Dış ve iç kolaylaştırıcılar kendi aralarında bir iş bölümü yaparak küçük gruplara teknik destek vermek üzere gözlem yapar, geribildirim alır ve verirler. Özellikle, sorun saptama ve analizinde küçük gruplara yardımcı olmak ve aynı sorunlar üzerinde çalışan gruplar varsa süreç içinde koordinasyon sağlayarak zaman tasarrufunu sağlarlar. Eylem planlarının hazırlanmasına destek verirler.

d. Eylem Planı Toplantısı

Eylem Planı Toplantısı ilk çalışmadaki ile aynı şekilde yapılır (Bkz. **Oturum 4** ve **Ekler: 8.8** ve **8.9**). Eylem Planı Toplantısı'nda:

- Küçük gruplar eylem planlarını sunar ve tartışır. Her küçük grubun sözcüsü öncelikle kuruluş ve kendi çalışma alanları ile ilgili SWOT analizini (Güçlü Yönler, Geliştirilmesi Gereken/ Zayıf Yönler, Fırsatlar, Engelleri) özetler, devamında da hazırladıkları eylem planlarını sunar.
- Bütün küçük gruplar sunumlarını yaptıktan sonra sorunlar önceliklendirilir ve kuruluş Eylem Planı'na alınacak sorunlar belirlenir. a
- Yeni katılan personeli bilgilendirmek ve komiteye yeni katılanları (varsa) bildirmek için HSU Komitesi üyeleri ve Komite'nin rolü gözden geçirilir; HSU komite toplantılarının zamanı ve bir sonraki HSU çalışmasının tarihi belirlenir.
- Çalışmasının değerlendirilmesi yapılarak toplantı sonlandırılır.

HSU çalışmalarının düzenli olarak tekrarlanması: HSU düzenli olarak, genellikle 3-4 ayda bir tekrarlanır. Her çalışmanın zamanı ve süreci kuruluşun gereksinimlerine göre uyarlanır. Kuruluşta bir HSU çalışması çok iyi işlemiş olsa bile bir sonraki çalışmada kuruluşta meydana gelebilecek personel veya hizmet değişikliklerine göre uyarlama yapılması gerekebilir.

C. HSU İZLEM SÜRECİ ve SONRAKİ HSU ÇALIŞMALARINDA GÜÇ DURUMLARLA BAŞ ETME

15. HSU Komitesi Eylem Planı'nı gözden geçirme konusunda zorlanıyorsa veya rolünün ne olduğundan emin değilse

İç ve dış kolaylaştırıcılar ile Komite bir araya gelerek durum incelenir. Güçlüğü'nin nedeni birlikte araştırılır ve çözüm için çalışılır. HSU Komitesi'nin olası zorlanma nedenleri aşağıdakiler olabilir;

- HSU'nun kuruluşta önemsenmemesi,
- Yönetim zafiyeti,
- Ne yapılacağı'nın bilinmemesi (görev tanımlarının iyi anlaşılabilmesi),
- Yeni bir şey başlatmanın güçlüğü,
- Değişimle birlikte gelen zorluklar,
- Personel hareketliliği,
- Sorunlar doğru tanımlanamadıkları için (kök nedenler açık değildir veya önerilerin sorumluluğu uygun birine verilmemiştir), çözümlerinin zor olması vb.

Komite üyelerine değişimin zor olacağı, zaman alacağı ve çabaların karşılığının ancak zamanla alınacağı açıklanır. Bir grup içerisinde değişim genellikle aşağıdaki aşamalardan geçerek meydana gelir;

1. Karışık duygular: Değişim heyecan verici olmakla beraber zordur.
2. Umutsuzluk aşaması: Değişiklik ve yeniden düzenlemelere giderken yön kaybı duygusu yaşanır.
3. "Tünelin sonundaki ışığın görünmesi": Personel yaptıkları değişikliklerin etkilerini görmeye başlar.
4. Artık geri dönüş yok: Personel işlerini yönetmenin ve sorun çözmenin yeni ve başarılı yöntemlerini öğrenmiştir ve bu değişimin kalıcı olmasını sağlamak üzere çalışır.

Komiteye izleme konusundaki rolleri hatırlatılır. Çözümlerin uygulanıp uygulanmadığının izlenmesi ve belirlenen tarihte sorumluluk yerine getirilmemişse ve uygulanmamışsa sorumlu personelle görüşülerek aşağıdakilerin yapılması gerektiği anlatılır;

- Sorunun çözümü için daha gerçekçi bir tarih belirlenmesi,
- Sorumlu kişi kendi başına üstlendiği görevi yürütemiyorsa yardımcı olarak başka birinin belirlenmesi,
- Soruna alternatif çözümler araştırılması.

Durum ne olursa olsun, personel kişisel olarak asla suçlanmaz.

16. Sonraki HSU çalışmalarında devam eden sorunlar varsa

Sorunu ele almak için başka yolların olup olmadığına bakılır. Kök nedenlerin doğru belirlenmemiş olabileceği düşünülerek, yeniden analiz yapıp "Neden-Neden" tekniğiyle kök nedene inmeye çalışılır. Sorunun kuruluş içerisinde çözülmesi mümkün olmayıp, bazı sorunların çözülmesi için il düzeyinde veya ulusal düzeyde müdahaleler gerekebilir. Bu tür durumlarda sorun ilgili makamlara iletilir.

17. Kuruluşun üst düzey yönetimi hizmetleri geliştirecek kurumsal uygulamalar veya HSU konusunda isteksizse

Kuruluş düzeyinde HSU sürecinde belirlenen sorunlar ve bunların çözümleri küçük ölçekli

ilerlemelerle sınırlı kalabilir. Ancak HSU süreci devam ettikçe zaman içerisinde sistemle ilgili sorunlar da belirlenebilir. Bu tür sorunlar ele alınmazsa Kİ düzeyi duraklayabilir; hatta gerileyebilir. Bu sorunları genel olarak ele alan kurum ve kuruluşlar Kİ sürecini devam ettirebilir. Çalışmanın erken aşamalarında olumlu değişiklikleri gözlemlemek kolay olmayacaktır.

18. Personel hareketliliği fazlaysa ve katılımcıların çoğu HSU sürecini bilmiyorsa

HSU çalışmalarını tüm personelin öğrenmesi sağlanır. Personelin Kİ ilkelerini ve HSU sürecini öğrenmeleri için bilgilendirme toplantıları tekrarlanır. Çalışmaya aktif katılan personel sayısı artırmaya çalışılır ve tanıtım materyalleri tüm personele dağıtılır.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. Birinci HSU çalışmasının aşamalarını sayınız.
2. Birinci ile ikinci/ sonraki çalışmalar arasında temel farklılıklar nelerdir?
3. Birinci HSU çalışmasından sonra iç ve dış kolaylaştırıcıların rolleri arasında ne tür bir değişiklik olur?
4. İzlem, ikinci ve sonraki HSU çalışmalarının üç temel özelliği nedir?
5. İzlem, ikinci ve sonraki HSU çalışmalarında kolaylaştırıcıların işlemesi gereken temel konular nelerdir?
6. HSU izlemi sırasında kolaylaştırıcıların karşılaşılabileceği güç durumlardan ikisini ve bunlarla baş etmenin yolların söyleyiniz.

KAYNAKLAR:

- COPE® Handbook: A process for improving quality in Health Services. EngenderHealth's Quality Improvement Series, 2003.
- Carol Flaherty-Zonis. TOT in Counseling, Manual, AVSC International, 1997.

6 İZLEME VE DEĞERLENDİRME

AMAÇ:

HSU sürecinin izleme ve değerlendirme sistemlerini açıklamak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturum sonunda katılımcılar:

1. Sürelerine göre HSU izleme ve değerlendirme çeşitlerini sayabilmeli,
2. HSU aylık izleme ve değerlendirmenin nasıl yapıldığını açıklayabilmeli,
3. HSU üç aylık izleme ve değerlendirmenin nasıl yapıldığını açıklayabilmeli
4. HSU yıllık değerlendirme araçları ve bunların kullanımlarını açıklayabilmelidir..

ANA BÖLÜM

A. HSU İZLEME ve DEĞERLENDİRME:

Kuruluşlardaki HSU gelişmelerini izlemek ve değerlendirmek için, öncelikle HSU Eylem Planları'nın, İzlem Formlarının ve diğer kayıtların iyi saklanmaları gerekir.

Daha öncede belirtildiği gibi; "HSU Öz-Değerlendirme yaklaşımı" yapısında sürekli izleme ve değerlendirme içeren bir hizmet modelidir. Kuruluş Eylem Planı'ndaki bir öneriden sorumlu olan personel; konuyla ilgili önerinin gerçekleşmesini izler, dış ve iç kolaylaştırıcılar ile HSU Komitesi'ni uyarır ve süreç ile sonuçları paylaşır ve kayda geçirir. Bu değerlendirme genellikle Eylem Planı çözüm önerilerindeki ilerlemelerin izlenmesi veya hizmet alan haklarının karşılanması ve hizmet sunan gereksinimlerinin izlenmesi anlamına gelen kalite iyileştirme sürecinde yapılır.

Bununla birlikte HSU süreç ve sonuçlarını değerlendirmek üzere periodik izleme ve değerlendirme sistemi mevcut olup, **aylık**, **üç aylık** ve **yıllık** olarak yapılır:

a. Aylık İzleme ve Değerlendirme

Öz-değerlendirme niteliğinde olup, aylık HSU Komite Toplantıları aracılığıyla yapılır. Bu toplantılar sırasında komite üyeleri; (i) Eylem Planı'nın durumunu gözden geçirir (ii) Eylem Planı İzlem Formu (**Ek:8.9**) ve Eylem Planı Özet İzlem Formu'nu (**Ek: 8.10**) kullanarak, gelişmeleri değerlendirir (iii) HSU defterine kaydederler. Kalitatif nitelikteki bu bilgiler kısa ve orta vadede eylem planında yer alacak şekilde değerlendirilir.

b. Üç Aylık İzleme ve Değerlendirme

Öz-değerlendirme niteliğinde olup, üç ayda bir yapılan HSU çalışmaları aracılığıyla yapılır. Eylem planı toplantıları tüm kuruluşu ilgilendirdiği için katılım oranı yüksektir. Bu toplantılara HSU Komite üyeleri ve iç kolaylaştırıcıların da içinde bulunduğu personelin yanı sıra dış kolaylaştırıcı da katılır. Sonuç olarak, yorum ve kararlar farklı bakış açıları olan büyük bir grup tarafından alınır. Katılımcılar Eylem Planı çözüm önerilerinin durumlarını hep birlikte gözden geçirir ve üzerlerinde tartışılır. Hem Eylem Planı İzlem Formu hem de Eylem Planı Özet İzlem Formu'nu kullanarak son durumu kaydeder ve bu üç aylık süre içerisinde meydana gelen başarı öykülerini ve çıkarılan dersleri toplantı notlarıyla birlikte HSU defterine işlerler.

c. Yıllık İzleme ve Değerlendirme

Öz-değerlendirme niteliğinde kuruluş personeli tarafından yapılabileceği gibi, kuruluş dışı/ üstü profesyoneller tarafından da dışsal değerlendirme şeklinde de yapılır. Yıllık değerlendirme ile orta ve uzun vadedeki hizmet hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığı ölçülerek, kaydedilen gelişmeler

ve gelişmeye ihtiyaç duyulan alanlar saptanır. HSU çalışmaları yapılan kuruluşlarda yıllık izleme ve değerlendirme hem hizmet alanına hem de personele odaklanan araç ve yöntemlerle yapılır. Bunlar;

1. Hizmet alan görüşmeleri
2. İstatistiki veriler
3. Kalite Ölçüm Aracı
4. Odak Grup Görüşmeleri

Yıllık değerlendirme amacıyla kullanılan bu araç ve yöntemler önce HSU çalışması yapılacak kuruluşlarda “Ön Değerlendirme/ Durum Saptama” amacıyla kullanılır. Hem sürecin hem de sonuçların ölçüldüğü bu yaklaşım daha sonra her yıl tekrarlanarak rutin izleme değerlendirme sistemi oluşturulur. Yıllık değerlendirmelerde kullanılan yöntemler aşağıda ayrıntılı olarak incelenmektedir.

I. Hizmet Alan Görüşmeleri:

HSU'nun temel özelliklerinden birisi hizmet alanının memnuniyetidir. Bu nedenle hizmet alanların gereksinimlerini ve beklentilerini karşılamak için onların düşüncelerini öğrenmek önemlidir. Bu görüşmelerle, hizmet alanının kuruluşun kendilerine sağlamış olduğu hizmetlerden duyduğu memnuniyet düzeyleri ölçülür ve bu genel anlamda toplumun memnuniyetini ve toplumun kuruluş hakkındaki görüşlerini de yansıtır. Görüşmeyi yapan kişinin en az yanılıyla hizmet alandan gerekli bilgileri almak için hizmet alan görüşmeleri yapma konusunda deneyim sahibi olması gerekir. Bu kişinin, özellikle ilk uygulamada (ilk yılda) tercihen, kuruluş dışı birisi olması önerilir.

Görüşmeci, HSU çalışması yaparken de kullanılan Hizmet Alan Görüşme Formu'nu (**Ek: 8.6**) kullanır. Görüşmelerden elde edilen bulgular bir önceki görüşme sonuçları ve diğer HSU araçlarından elde edilen bulgularla da karşılaştırılır ve değerlendirilerek raporlaştırılır.

II. İstatistiki Veriler:

İstatistiki veriler kuruluştaki verilen hizmetlerin yoğunluğu ve bu hizmetlerin sonuçları konusunda bilgi verir. Bu şekilde bilgi toplamak ve bu bilgileri bir üst makama iletmek her kuruluş için rutin bir uygulamadır. Hizmet alanların dosyaları, kayıt defterleri ve rutin istatistikler bu tür bilgilerin elde edilmesi için kullanılan kaynaklardır.

HSU izleme ve değerlendirme sürecinde, mevcut kayıtlar ve CSÜS Hizmet Çerçevesi göz önünde bulundurularak, aşağıdaki hizmetlere odaklanılır;

1. Güvenli annelik hizmetleri,
2. Aile planlaması hizmetleri,
3. Laboratuvar hizmetleri.

Bu hizmetlerle ilgili veriler HSU Sağlık İstatistikleri Formu (**Ek: 8.12**) kullanılarak rutin raporlarındaki bilgilerden yararlanılarak toplanır. İstatistiki veriler bir önceki veriler ve diğer HSU araçlarından elde edilen bulgularla karşılaştırılır ve değerlendirilerek raporlaştırılır.

III. Kalite Ölçüm Aracı:

Kalite Ölçüm Aracı (KÖA), sağlık kuruluşlarında verilen üreme sağlığı hizmetlerinin zaman içerisinde kalitesini ölçme ve nicel olarak değerlendirmede personel ve yöneticilerin öz-değerlendirme yapmalarına yardımcı olması için tasarlanmış basit, eyleme dayalı, hızlı bir değerlendirme aracıdır (**Ek: 8.13**). KÖA, sağlık kuruluşunda sunulan CSÜS hizmetlerine (güvenli annelik, aile planlaması, CYBE-HIV/AIDS, gençlere yönelik CSÜS hizmetleri vb.) odaklanır. KÖA, hizmet alan hakları ve hizmet veren gereksinimleri çerçevesine dayanan Öz-Değerlendirme Rehberi'nin bir özeti niteliğinde olup, her yıl uygulandığında, zaman içerisinde

meydana gelen ilerleme kolayca izlenir ve sonuçlar grafikleştirilerek ilerleme görsel olarak da değerlendirilir. KÖA ile elde edilen bulgular, kuruluşun güçlü olarak tanımladığı yanlarını doğrularken, bazen da personelin farketmediği sorunların altını çizebilir.

Dış Kolaylaştırıcının Rolü

HSU sürecinde KÖA'nın tanıtımı ve ilk uygulamasında dış kolaylaştırıcıya önemli bir rol düşer. Dış kolaylaştırıcı, KÖA ile ilgili kuruluş yöneticisini bilgilendirir ve değerlendirme yapmak için iznini alır. KÖA ekibini oluşturmak, ve değerlendirmenin yapılacağı zamana yöneticiyle birlikte karar vermek de dış kolaylaştırıcının görevleri arasındadır. KÖA uygulanması sürecinde dış kolaylaştırıcı; KÖA'nın kullanımı konusunda ekibi bilgilendirir ve soruların cevaplarını verirken ekip üyelerinin tarafsız olmalarını sağlar. Aynı zamanda, sonuçların hesaplanmasında ve grafik haline getirilmesinde ekibe yardımcı olur. KÖA'nın daha sonraki uygulamalarında da kuruluşun ihtiyaç duyduğu oranda dış kolaylaştırıcı destek vermeye devam eder.

Kalite Ölçüm Aracının Uygulanması

KÖA'nın her bir bölümündeki sorular “Evet-Hayır” seçenekleri ile cevaplandırılır ve daha sonra bu seçeneklere göre her bir bölümün yüzde olarak değeri hesaplanarak grafik haline getirilir.

KÖA uygulama ekibinin çalışmaları aşağıdaki aşamaları takip eder;

A) Sorular okunur, tartışılır ve “Evet” veya “Hayır” olarak cevaplandırılır

Bu aşama için KÖA uygulama ekibi aşağıdaki kurallara uyar;

1. Çalışmanın tüm aşamalarında ekip üyeleri **“Kalite, ilk defasında doğru yapmak ve her defasında bu doğruyu tekrarlamaktır”** ifadesini içselleştirir.
2. KÖA uygulama ekibi, KÖA sorularını sorarken amaçlarının kuruluşu yargılamak değil yapılan işi değerlendirmede kullanılan bir araç olduğunu bilir.
3. Bir sorunu çözmek için öncelikle onun varlığını kabullenerek; sorunları saptama ve tanımlamada dürüst olur ve her bir soruyu doğru cevaplandırır.
4. Sorunları ilişkisi olabilecek diğer konuları göz önünde bulundurarak kapsamlı olarak tartışır.
5. Demet sorularda, *“Örneğin; ... en az bir adet aile planlaması ve en az bir adet HIV/AIDS poster var mı?”* “Evet” cevabını işaretleyebilmek için **her iki** bölüm içinde soruyu evet olarak cevaplamak gerekir.
6. Eğer ekip üyeleri herhangi bir sorunun cevabını bilmiyorsa, sorunun cevabını bilen bir personele danışmaları gerekir.
7. Savunucu cevaplar yerine gerçek cevapları almak için ekip üyeleri endişeye sevk edilmez ve kendilerini rahat hissetmeleri sağlanır.
8. Ekip üyeleri her bir sorunun cevabı üzerinde aralarında bir anlaşmaya varır, eğer anlaşmaya varamazlarsa cevap “Hayır” olarak değerlendirilir.
9. Her bir sorunun cevabına ekip üyeleri kendilerinden emin olarak “Evet” diye cevap verir. Eğer bu “Evet” cevabı yeterine kesin ve emin bir şekilde ifade edilmemişse, bazı kuşklar varsa cevap “Hayır” olarak işaretlenir.
10. Gelecekte gerçekleşeceği kesin bir konuyla ilgili sorunun cevabı “Hayır” olarak işaretlenir. “Evet” olarak işaretlemek için bu durumun somut olarak hayata geçmesi beklenir.
11. Herhangi bir soruyla ilgili olarak ekip üyeleri emin değilse hemen o anda araştırılarak soruya cevap verilir.
12. KÖA'daki tüm sorular “Evet” veya “Hayır” olarak cevaplanır. Kuruluşla ilgili olmayan bir soru varsa “Geçersiz” olarak cevap verilir ve bu soru/ konu ile ilgili olarak HSU'dan sorumlu kişiyle görüşülür.

B) Her bir kalite sorusunun değeri hesaplanır

Bunun için aşağıdaki adımları takip edilir;

1. ‘Evet’ olarak cevaplandırılan soru sayısı belirtilir,
2. ‘Hayır’ olarak cevaplandırılan soru sayısı belirtilir,
3. ‘Evet’ ve ‘Hayır’ cevapları toplanır. Cevaplandırılmayan sorular “Geçersiz” oldukları için

dahil edilmez.

4. 'Evet' olarak cevaplandırılan soruların toplam sayısı, cevaplanan toplam (Evet + Hayır) soruların sayısına bölünür ve 100 ile çarpılarak 'Evet' cevaplarının yüzdesi bulunur.

Örneğin: "Hizmet Alanın Bilme Hakkı" bölümü toplam 28 sorudan oluşmaktadır ve tüm sorulara 'Evet' veya 'Hayır' olarak cevap verilmiştir. (Evet=18, Hayır=10 ve Toplam_28). "Hizmet Alanın Bilme Hakkı" bölümünün 'Evet' cevaplarının yüzdesi $[(18/28) \times (100) = 64]$, %64 olarak hesaplanmıştır.

"Hizmet Alanın Güvenli Hizmet Hakkı" bölümü ise toplam 85 sorudan oluşmaktadır ve soruların 5'i 'Geçersiz' olduğu için cevaplandırılmamış, 62 soruya 'Evet' 18 soruya 'Hayır' cevapları verilmiştir. Buna göre, cevaplanmayan 'Geçersiz' 5 soru değerlendirilmeye alınmamış ve "Hizmet Alanın Güvenli Hizmet Hakkı" bölümünün 'Evet' cevaplarının yüzdesi $[(62/80) \times (100) = 78]$, %78 olarak hesaplanmıştır.

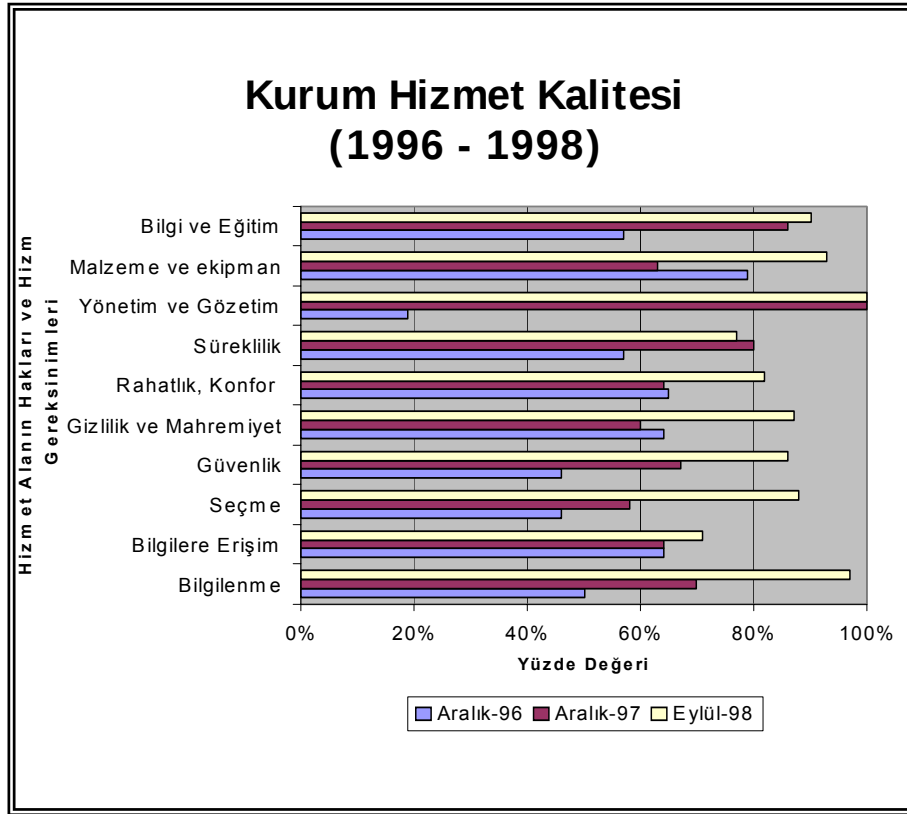
Aşağıdaki örnekte, Bilme bölümündeki tüm sorular cevaplandırılmıştır (26 soru), fakat Hizmetlere Ulaşım bölümünde üç soru "Geçersiz" olduğu için cevaplandırılmamıştır, böylelikle toplam soru sayısı 25'den azdır.

KALİTE ALANI	"Evet" cevapları A	"Hayır" cevapları B	Toplam cevaplar C	% 'Evet' değeri A/C x100
I. Bilme Hakkı	18	10	28	%64
II. Güvenli Hizmet Hakkı	62	18	80	%78

C) KÖA ekibi grafikleri hazırlamaları için personele yardımcı olur

On birimlik değerlendirme değeri için basit bir grafik hazırlanır. Grafik bilgisayar ortamında yapılabileceği gibi, elle çizilerek de yapılabilir. Tablonun "y" ekseninde 10 kalite unsurunu veya bölümlerini, "x" ekseninde "0-100" arasındaki değerleri yazılır. Her bir unsur için grafik üzerinde değeri gösterilir. Bu değerlendirme ve grafikler hem her bir kalite alanını birbiriyle karşılaştırmada hem de zaman içinde bir kalite alanındaki değişiklikleri izlemede kullanılır.

Aşağıdaki Grafik 1. HSU çalışmasından sonraki iki yıl içerisindeki durumun nasıl olabileceğini gösterir. KÖA sonuçlarıyla ilgili örnek grafikte; Aralık 96, Aralık 97 ve Eylül 98 veri tabanları ve buna göre yıllar içinde her bir hizmet alan hakkı ve personel gereksinimiyle ilgili kuruluştaki nasıl bir değişim olduğu kantitatif olarak gözlenir.



D) Cevapları gözden geçirilir, sorunlar ve çözüm önerileri tartışılır

Bazı sorulara niçin “Hayır” cevabı verildiği ve durumu iyileştirmek için neler yapılması gerektiğini tartışmak için dış kolaylaştırıcı cevaplar üzerinden bir kez daha gider. Sonunda Kuruluş Eylem Planı’na geçebilecek fikirlere ulaşmak mümkün olur.

E) KÖA sonuç raporu yazılır

Gerçekte, KÖA grafiği; kalitenin her bir unsuru (hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri) hakkında fikir verir. Bununla birlikte, diğer HSU araçlarından elde edilen bulgularla da karşılaştırılır ve değerlendirilerek rapor düzenlenir.

IV. Odak Grup Görüşmeleri:

Odak grup görüşmeleri kalitatif analiz tekniklerinden birisi olup homojen gruplarda, spesifik bir konuyla ilgili derinlemesine bilgiye gerek duyulduğunda kullanılır. HSU izleme ve değerlendirme çalışmaları kapsamında kuruluştaki verilen CSÜS hizmetleriyle ilgili tüm paydaşlarla ayrı ayrı odak grup görüşmeleri yapılır. Paydaşlar;

1. Hizmet alanlar,
2. HSU çalışmasına katılan personel,
3. HSU sürecini uygulayan sağlık kuruluşunun yöneticileri,
4. Sağlık Bakanlığı ve İl Sağlık Müdürlüğü personeli.

Odak grup görüşmesi profesyonel ve deneyimli bir eğitimci/ kolaylaştırıcı tarafından; (i) planlanmış (ii) doğru seçilmiş (iii) doğru sorulmuş sorular kullanılarak yapılır. Cevaplar teybe kaydedilir ya da raportör(ler) tarafından yazılır.

Odak grup görüşmeleri ile elde edilen bulgular bir önceki odak grup görüşme bulguları ve diğer HSU araçlarından elde edilen bulgularla da karşılaştırılır ve değerlendirilerek rapor düzenlenir.

Yıllık İzleme ve Değerlendirme Raporunun Yazılması, Dağıtılması ve Kullanılması

HSU çalışmalarının yıllık izleme ve değerlendirmesini yapmak için (i) Hizmet Alanla Görüşmeler (ii) İstatistiki Veriler (iii) Kalite Ölçüm Aracı (iv) Odak Grup Görüşmeleri yapılarak, yukarıda belirtildiği gibi, her biri ayrı ayrı kendi içinde değerlendirilir. En son aşamada da dört araç/ yöntemden elde edilen bulgularla genel değerlendirme yapılarak raporlaştırılır.

Rapor, tüm paydaşlara verildiği gibi “Başarı Öyküleri” ve “Öğrenilen Dersler”i paylaşmak adına diğer ilgili kişi, kuruluş ve sektörlerle paylaşılır. Aynı zamanda Rapor’un hizmetlerin planlanmasında kullanımının kurumsallaşması sağlanır.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. HSU süreci ne kadar sıklıkla izlenmeli ve değerlendirilmelidir?
2. Aylık izleme ve değerlendirme araçlarını söyleyiniz.
3. Üç aylık izleme ve değerlendirme araçlarını söyleyiniz.
4. Yıllık değerlendirme araçlarını söyleyiniz.
5. KÖA çerçevesi nedir?
6. Veri tabanı için bilgi toplamak niçin önemlidir?

KAYNAKLAR:

- COPE® Handbook: A process for improving quality in Health Services. EngenderHealth’s Quality Improvement Series, 2003.
- The Quality Measurement Tool for Reproductive Health Services (QMT). EngenderHealth, Draft, 2001.
- SB Kayıt Bildirim Formları.

7 KATILIMCI SUNUMLARI

AMAÇ:

HSU konularını katılımcı eğitim yöntemleri kullanarak sunmak.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

1. Kendi sunumlarını hazırlayabilmeli,
2. Kendi oturumlarını sunabilmeli,
3. Kendi oturumu ile ilgili öz-değerlendirme yapabilmeli
4. Yapıcı geribildirimde bulunabilmeli,
5. Diğer katılımcılar ve eğitimcilerden yapıcı geribildirim alabilmelidir.

ANA BÖLÜM

A. KATILIMCI SUNUMLARI HAKKINDA BİLGİLENME:

Katılımcı Sunumlarına Hazırlık: Sunum için katılımcılara gerekli malzeme ve teknik destek sağlanacaktır. Örneğin; (i) sunumların olduğu CD (ii) barkovizyon ve bilgisayar (iii) Flipchart kağıdı, markör vb. eğitim materyali eğitimciler tarafından sağlanacaktır. Konu içeriği ile ilgili gerekli bilgiler “Katılımcı Kitabı”nda mevcuttur.

Sunum konu ve süreleri;

- | | |
|--|---------|
| 1.Kişi: Hizmet alan hakları ve hizmet veren gereksinimleri | (15 dk) |
| 2.Kişi: HSU süreci | (15 dk) |
| 3.Kişi: HSU araçları | (15 dk) |
| 4.Kişi: Eylem planı toplantısı | (10 dk) |
| 5.Kişi: İzlem ve sonraki HSU çalışmaları | (05 dk) |

Sunum için katılımcılardan (potansiyel dış kolaylaştırıcılardan);

- HSU kaynakları kullanılarak; 5 kişilik bir ekip olarak kendi sunumlarını hazırlamaları,
- Belirlenen süre içinde kendi oturumlarını sunmaları,
- Kendi oturumları ile ilgili öz-değerlendirme yapmaları,
- Diğer katılımcılara geri-bildirimde bulunmaları,
- Eğitimcilerden ve diğer katılımcılardan geribildirim almaları beklenmektedir.

B. KATILIMCI SUNUMLARININ HAZIRLANMASI :

Sunum hazırlık aşamasında; konunun içerik ve yöntemleri kadar önemli olan bir diğer nokta öz-değerlendirme yapmak ve geribildirim verme-almadır.

Geribildirim verme

- Geribildirim hemen verilir, geciktirilmez,
- Doğrudan ilgili kişiye geribildirim verilir,
- Geribildirim, kişinin üzerinde kontrol sahibi olduğu ve değiştirebileceği davranışlar konusunda verilir,
- “Bence..., Düşünceme göre...” gibi sözcükler kullanılır,
- “Neden” değil, “Ne” ve “Nasıl” konusunda geribildirimde bulunulur,
- Aşırıya kaçmadan, makul şekilde geribildirim verilir,
- Yargılamalarda bulunulmaz,
- Geribildirim alan kişinin gereksinimlerine hizmet etmeye çalışılarak yıkıcı değil yapıcı olunur,
- Konuya özgü olunur.

Geribildirim Alma

- Yalnızca dinlenir,

- Davranış gerekçelendirilmez,
- Bir şey sormak yerine yalnızca netlik kazandırılması istenen konuların netleştirilmesi istenir,
- Alınan geribildirim doğrulanır.

Temel Kurallar

- Başkalarının değer yargıları aşağılanmaz,
- Hiçbir soru yersiz değildir,
- Utanmak son derece doğaldır,
- Kişisel sorular sorulmaz,
- Fikirlerle katılıp katılmamak konusunda her bir katılımcı özgürdür,
- Herkes kendi adına konuşur, “Ben” diye başlayan cümleler kurar.

C. KATILIMCI SUNUMLARI:

Sunumlarla İlgili Kurallar;

- Sunum yapan kişi sunumunu belirlenen süre (5-15 dakika) içinde tamamlar.
- Sunum yapan kişi “Sunum Öz-Değerlendirme Formunu” kullanarak kendi performansını değerlendirir. Bu öz-değerlendirme için süre 1 dakikadır. Kendi performansınızla ilgili sözel olarak öz-değerlendirme yaparken formdaki tüm soruları tek tek cevaplamak zorunda değilsiniz. Kısaca, birkaç cümle ile kendi performansınızı nasıl bulduğunuzu söylemeniz de yeterli olur.
- Katılımcılar; sunum yapanlara yapıcı geri bildirimlerde bulunur. Geribildirim için toplam süre 4 dakikadır. Tercihen herkesin ayrı ayrı geribildirimde bulunması beklenilir ancak zamanı doğru kullanmak adına yeni bir şey söylemek isteyen veya daha önce söylenenlere ekleme yapmak isteyenlere öncelik verilir. Önce yapıcı geribildirimde bulunulur ve daha sonra geliştirilmesi gereken noktalara değinilir ve önerilerde bulunulur.
- En son olarak da eğitmenler yapıcı geribildirimde bulunurlar ve bu aşama için ayrılan süre 3 dakika’dır.
- Bütün eğitmen ve katılımcıların doldurduğu “Sunum Geribildirim Formları” toplanır ve sunum yapan kişiye verilir.

OTURUM DEĞERLENDİRME SORULARI:

1. HSU çalışmasında sunum yaparken süreci hangi alt başlıklara bölerek ele alırsınız?
2. Geribildirim verirken üzerinde duracağınız en önemli 5 kolaylaştırıcılık becerisi sizce hangisidir?
3. Geribildirim verirken uyulacak kurallar nelerdir?
4. Geribildirim alma kuralları nelerdir?
5. Öz-değerlendirme yaparken kendinize soracağınız en önemli 5 soru nedir?

KAYNAKLAR:

- TOT in Counseling, Manual. Carol Flaherty-Zonis. AVSC International, 1997.
- Comprehensive Reproductive Health and Family Planning Training Curriculum. Cathy Solter. Medical Services, Pathfinder International, 1997.
- COPE® Handbook: A process for improving quality in health services. EngenderHealth’s Quality Improvement Series, 2003.

8 KATILIMCI EYLEM PLANLARI

AMAÇ:

Kazanılan HSU bilgi ve becerilerini kullanarak, Sağlık Bakanlığı kuruluşlarındaki CSÜS hizmetlerinin iyileştirilmesine katkıda bulunacak şekilde eylem planları geliştirmek.

ÖĞRENİM HEDEFLERİ:

Bu oturumun sonunda katılımcılar;

1. SB kuruluşlarında HSU'ya başlamak için gerekli aktiviteleri sıralayabilmeli,
2. HSU sırasında ortaya çıkabilecek güçlükleri tanımlayabilmeli,
3. HSU sırasında ortaya çıkabilecek güçlüklerle baş etmek için gereken desteği tanımlayabilmeli,
4. Eğitim sonrası yapacağı çalışmalarla ilgili Eylem Planı hazırlayabilmelidir.

A. KATILIMCI EYLEM PLANLARININ HAZIRLANMASI:

Katılımcılar kuruluşa döndükten sonra "Dış Kolaylaştırıcı" olarak yapacakları aktiviteleri içeren eylem planlarını hazırlarlar.

Aşağıda bir örneği bulunan katılımcı eylem planının ilk sütununa yapılacak etkinlikler (tercihen) sırasıyla yazılır. İkinci sütuna etkinliklerin tamamlanma tarihleri planlanarak/ hesaplanarak yazılır. Üçüncü sütuna, ilk sütundaki etkinliğin gerçekleştirilmesinde karşılaşılabilecek olası engeller (SWOT analiziyle saptanarak) yazılır. Dördüncü sütuna, engelleri aşmak için gerekli destekler (yine SWOT analizindeki güçlü yönler ve fırsatlar göz önünde bulundurularak) yazılır. Son sütuna ise, mevcut koşullar iyice değerlendirilerek engelleri aşmak için yapılacak eylemler yazılır.

KATILIMCI (DIŞ KOLAYLAŞTIRICI) EYLEM PLANI FORMU (ÖRNEK)				
Dış Kolaylaştırıcı(lar):.....			Tarih:...../...../200..	
Sağlık Kuruluşu :.....				
Etkinlik	Tamamlanma tarihi	Karşılaşılabilecek engeller	Engelleri aşmak için gerekli destek	Engelleri aşmak için yapılacak eylemler
Sağlık Müdürü ile görüşme	25 06 05			
Kuruluş yöneticisi(ler)i ile görüşme	28 06 05	Kuruluş yöneticisi kuruluş dışında olabilir	İl Sağlık Md	• Toplantı önceden planlanacak
		Kuruluş yöneticisi bu etkinliği zorlaştırabilir	İl Sağlık Md	HSU'nun faydaları açıklanacak ve bunun SB tarafından önerildiğini belirtilecek
Kuruluşun ziyaret edilmesi ve personel ile görüşme	28 06 05	Personel ilgili olmayabilir	Kuruluş yöneticisi	• HSU süreci ve faydaları detaylı bir şekilde açıklanacak
Etkinlik	Tamamlanma tarihi	Karşılaşılabilecek engeller	Engelleri aşmak için gerekli destek	Engelleri aşmak için yapılacak eylemler
Eğitimin hazırlanması: • Yer	5 07 05	• Kuruluş içinde toplantıların yapılacağı uygun mekan bulmak	• İl Sağlık Md.	• Kuruluş içinde uygun bir mekan düzenlenecek

• HSU materyallerinin gözden geçirilmesi • Diğer DK ile görüşme • Çalışmanın düzenlenmesi		zor olabilir • Flipchart kağıtları ve büyük kalemler vb. bulunmayabilir		• Eğitim materyalleri İl Sağlık Müdürlüğü'nden istenecek
İç kolaylaştırıcı ile görüşme	20 07 05	İç kolaylaştırıcının bilgisi yeterli olmayabilir		• Eğitim materyalleri kullanarak iç kolaylaştırıcıya eğitim verilecek • İç kolaylaştırıcı ile toplantı öncesinde birkaç defa görüşülecek
HSU İzlem	Haftalık telefon görüşmeleri ile ve kuruluştaki ziyaret ederek	Kuruluş yöneticisi bu ziyaretlere karşı çıkabilir	• İl Sağlık Md	Kuruluş yöneticisi ile görüşmek için sağlık müdürlüğünden destek alınacak
İkinci HSU çalışmasının düzenlenmesi	1-30 10 05			

KAYNAKLAR:

- Facilitative Supervision for Medical Quality Improvement, Draft Curriculum. EngenderHealth, 2005.
- Training of Trainers in FP Counseling. AVSC International, 1998.

EK 1 - HSU ÖZ-DEĞERLENDİRME REHBERİ

**Türkiye Cumhuriyeti
Sağlık Bakanlığı****Avrupa Komisyonu****TÜRKİYE ÜREME SAĞLIĞI PROGRAMI****Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS)
Hizmet Standartları
Öz-Değerlendirme Rehberi**

Sağlık Kuruluşunun Adı	
İli ve İlçesi	
Uygulayanın Adı ve Ünvanı	
İncelenen Kuruluştan Değerlendirmeye Katılanların Ad ve Ünvanları	
Tarih	

Nisan 2006**Ankara**

Değerlendirme aracı, tanınmış uluslararası kuruluş EngenderHealth'in "COPE® for Reproductive Health Services: A Toolbook to Accompany the COPE® Handbook - Self-Assessment Guides for Reproductive Health Services" adlı metni temel alınarak hazırlanmıştır.

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) Hizmet Standartları, hizmetlerdeki kaliteyi ve en iyi uygulamaları tanımlayan ve ulaşılması gereken hedeflerdir. Hizmet standartları, hizmet alanların haklarına ve personelin gereksinimlerine odaklanmıştır.

Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı Hizmet Standartları, hizmet alanların ve personelin hakları temelinde on ana başlık altında toplanmakta ve aynı zamanda CSÜS Hizmet Çerçevesi'nde yer alan bütün öncelikli müdahale alanlarını (güvenli annelik, acil obstetrik bakım, aile planlaması, CYBE-HIV/ AIDS, gençler için üreme sağlığı hizmetleri) ve kesişen konuları kapsamaktadır.

Hizmet Alan Hakları

1. Hizmet Alanın Bilme Hakkı

Hizmet almak için başvuranların CSÜS ve genel olarak sağlık konusunda, gereksinimleri için uygun, doğru, açık ve anlaşılır bilgiye sahip olma hakları vardır. Bu bağlamda gereksinim duydukları bilgileri, hizmet sunum biriminin her kısmında kolayca alabilmeli ve bilgi veren materyalleri kullanabilecekleri biçimde bulabilmelidirler.

- CSÜS'nin bütün yönlerine ilişkin bilgi, farklı birçok yöntem ve biçimlerde, sağlık kuruluşlarında kullanılabilir biçimde bulunur.
- CSÜS'nin bütün hizmet sunum yönleriyle ilgili olarak bilgi, sağlık kuruluşlarında halen hizmet almakta olan ve gelecekte hizmet alma olasılığı olanlar için, gereksinim ve anlayışlarına en uygun olan yaklaşım ve biçimde sağlanır.
- CSÜS bilgisi güncellenmiş/ yenilenmiş durumdadır, ilgiyi çekecek biçimde sunulur ve düzenli olarak gözden geçirilir.
- Personel mevcut bütün hizmetler hakkında bilgi sahibidir ve hizmet alanlara gereğinde eş ve yakınlarıyla birlikte toplumsal çevrelerini de dikkate alarak eksiksiz ve uygun danışmanlık yaparlar.

2. Hizmet Alanın Hizmetlere Ulaşma Hakkı

CSÜS hizmetlerine gereksinim duyanların, bu hizmetlere herhangi bir engellenme olmadan tam olarak ulaşma hakları vardır. Bunun için hizmetlerin maliyeti karşılanabilir olmalıdır. Hizmetler başvuranlar için uygun saatlerde, uzak olmayan ve rahatça ulaşılacak yerlerde sunulmalıdır. Hizmetlere ulaşmada cins, yaş, evlilik durumu, doğurganlık, milliyet ya da etnik köken, sosyal sınıf, din ve cinsel tercih gibi konularda ayrımcılık, uygunsuz ayrıcalık koşulu ya da sosyal engel bulunması önlenmelidir.

- CSÜS hizmetleri temel gereksinimleri karşılayacak çeşitlilik ve nitelikte gerekli bütün sağlık kuruluşlarında sunulur.
- Hizmet saatleri işleyen bir sevk sistemiyle bütünlük içinde ve aciller dahil bütün erişim gereksinimlerini kesintisiz karşılayacak biçimde düzenlenir.
- Bütün CSÜS hizmetleri, ulusal ve yerel düzeydeki ilgili birimlerde uygun bir yaklaşımla tanıtılır.
- Sağlık kuruluşları, kolayca bulunabilir ve ulaşılabilir.
- Sağlık personeli başvuranların hizmetten tam yararlanabilmesi için gerekli kolaylık ve teşviki gösterirler.
- Personel gerektiğinde hizmet alanları üst basamak uzmanlara sevk etme yetkisine sahiptir.
- Bütün hizmet alanlar, CSÜS danışmanlık hizmetlerine ulaşabilir.

3. Hizmet Alanın Bilgilendirilmiş Seçim Hakkı

Başvuranlar, değişik seçeneklere, bilgiye ve kavramaya dayalı olarak istemlerine göre, iyi değerlendirilmiş kararlar verme hakkına sahiptirler. Bilgilendirilmiş seçim süreci, kişilerin daha iyi hizmet almak için sağlık kuruluşuna gelmeden toplum içinde bilgi almalarıyla başlar ve süreç boyunca devam eder. Personelin sorumluluğu, başvuranın bilgilendirilmiş seçim yaptığını kesinleştirmek ya da bilgilendirilmiş seçim yapabilmesi için kendisine yardımcı olmaktır.

- Hizmet alanlar hizmetin her alanında kendileri için mümkün olan bütün seçenekler hakkında tam ve açık olarak bilgilendirilir.
- Personel, hizmet alanların yararlanabilecekleri seçeneklerin avantaj ve dezavantajlarını olabildiğince tam olarak anlamalarını ve bilgilendirilmiş seçim yapabilmelerini güvenceye bağlar.

4. Hizmet Alanın Güvenli Hizmet Alma Hakkı

Hizmet alanlar güvenli hizmet alma hakkına sahiptir. Güvenli hizmet sağlanabilmesinin başlıca koşulları ise, personelin yeterli bilgi ve beceriye sahip bulunması, enfeksiyonu önleme konusuna dikkat etmesi ve uygun/ etkili tıbbi uygulamalarda bulunmasıdır. Güvenli hizmetler, aynı zamanda şu koşulların da yerine getirilmesi anlamına gelmektedir: hizmet sunum rehberlerinin tam kullanılması, kuruluş içinde kalite güvencesi mekanizmalarının çalıştırılması, hizmet alanlar için danışmanlık/ önerilerin sağlanması ve tıbbi/ cerrahi işlemlerle ilgili komplikasyonların (istenmeyen durumların) saptanması ve yönetimidir.

- Personel, acil işlemlerin tümü hakkında eğitilidir ve gereken müdahaleyi başlatmak ve sürdürmek için yeterli beceriye sahiptir.
- Personel, tanı/ tedavi işlemleri, danışmanlık, kayıt tutma, enfeksiyon kontrolü ve acil durumların yönetimi gibi hizmetin her alanında ilgili protokoller hakkında bilgi sahibidir ve bu protokollere uyar.
- Gerekli bütün durumlarda uzmanlık desteği bizzat kuruluştaki ya da sevk sistemiyle sağlanmıştır.
- Laboratuvar dahil olmak üzere bütün tanı ve tedavi işlemleri hizmet bütünlüğü içinde etkin şekilde sunulur ve değerlendirilir.
- Hizmet alanlara tıbbi/ cerrahi işlemlerle ilgili güvenlik bilgileri yazılı ve sözlü olarak personel tarafından sunulur.
- Sağlık kuruluşunun her biriminde, komplikasyonlar ve hizmet istatistiklerinin değerlendirme toplantıları ile kritik istenmeyen durumların incelenmesi/ denetlenmesi gibi kalite iyileştirme süreçleri işler durumdadır.

5. Hizmet Alanın Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulması Hakkı

Hizmet alanların hizmet sırasında mahremiyet ve kendileriyle ilgili bilgilerin saklı tutulması hakları vardır. Bu hakların kapsamına danışmanlık, fizik muayene ve klinik işlemler kadar; personelin hastanın tıbbi kayıtları ve diğer kişisel bilgileri üzerinde çalışması sırasındaki bilgilerin saklı tutulması da dahildir.

- Sağlık kuruluşu hizmetlerinde, hizmet alanların mahremiyeti ve bilgilerinin saklı tutulması sağlanır.
- Üçüncü kişilerin (stajyer öğrenci vb) görüşme ya da muayenede bulunabilmeleri ancak hizmet alanın izin vermesiyle mümkündür.
- Hizmet alanların kayıtları güvenli bir yerde tutulur ve yalnızca belirlenen personel bu kayıtlara ulaşabilir.

6. Hizmet Alanın Saygı Görme, Rahatlık ve Görüş Bildirme Hakkı

Bütün hizmet alanlar saygı ve ilgi görme hakkına sahiptirler. Personel, işlemler sırasında hizmet alanların olabildiğince rahat etmelerini güvenceye bağlamalıdır. Hizmet alanlar, hizmet

sunanlarınkinden farklı dahi olsa görüşlerini serbestçe belirtmeleri için teşvik edilmeli ve görüşleri doğrultusunda gerekli danışmanlık hizmetleri verilmelidir.

- Bütün personel hizmet alanlara nezaketli, anlayışlı ve saygılı davranır.
- Tanı, tedavi ve diğer bütün başvuru işlemleri sırasında hizmet alanın onuru ve mümkün olan rahatlığı gözetilir.
- Bütün hizmet ortamının temizliği ve konforu için gerekli fiziksel ve yönetsel düzenlemeler yapılır.
- Hizmet alanların bekleme sürelerinin mümkün olduğunca kısa, gereksinim duydukları hizmet için sağlık personelinin ayırdığı sürenin ise hakkaniyetli ve yeterli olması sağlanır.
- Sağlık personeli işlemlerle ilgili bilgileri gerekli yeterlilikte ve hizmet alanı rahatlatarak biçimde sunar.
- Hizmet alanların görüşleri bütün personel tarafından dikkate alınır ve saygıyla karşılanır.
- Hizmet alanların hizmetin iyileştirilmesine ilişkin görüş belirtmeleri teşvik edilir ve görüşleri, düzenli olarak belirli bir yöntem çerçevesinde alınır.

7. Hizmet Alanın Hizmet Sürekliliği Hakkı

Bütün hizmet alanlar, sağlıklarını koruyabilmek için gerekli olan hizmet, gereçler, sevk ve izlem sürekliliğinin sağlanması hakkına sahiptir.

- Personel, hizmet sürekliliğinin değerlendirme, sevk ve izlem gibi aşamaları konusunda, bütün hizmet alanların açık ve uygun bilgi almalarını güvenceye bağlar.
- Personel başvuranların sürekli izlemine teşvik eder ve sevk basamağında hizmet alabilmelerini güvenceye bağlamaya çalışır.
- Sağlık kuruluşlarında malzeme-araç/ gereçlerin, hizmet alanların gereksinimlerine göre zamanında hizmet alacak biçimde hazır durumda bulundurulması sağlanır.
- Hizmetin sürekliliğini sağlamak üzere, hizmet alanların kayıtları hizmetin her aşamasında kullanılabilir durumda bulunur.

Personel Gereksinimleri

8. Personelin Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi

Personel, gözetmen ve yöneticilerin kalite iyileştirilmesini teşvik ettikleri ve personele değer verdikleri destekleyici bir çalışma ortamında en verimli çalışır. Böyle bir gözetim personelin görevini daha iyi yapmasını sağlar ve böylece hizmet alanların gereksinimleri daha iyi karşılanmış olur.

- Kuruluş yönetimi hizmet kalitesine önem verir ve kaliteli hizmet sunma kararlılığını gösterir.
- Kuruluş yönetimi hizmet sunumu için eğitilmiş yeterli sayıda personelin bulunmasını sağlamaya çalışır.
- Personelin görev ve sorumlulukları açıklıkla belirtilmiştir; bütün personel birbirine saygılı davranır.
- Gözetmenler kuruluş personelinin hizmet sunum rehberlerine sahip olmaları ve bunları uygulamalarını güvenceye bağlar.
- Gözetmenler, hizmet verimliliğini iyileştirmek üzere personele performanslarıyla ilgili düzenli bilgi vererek olumlu yönde destek olurlar.
- Gereğinde personele danışmanlık hizmeti verilir.
- Sağlık sistemi içinde kalite güvencesi sistemini oluşturan resmi ve resmi olmayan değerlendirme mekanizmaları bulunur.
- Kuruluştaki ulusal/ uluslararası standartlarda yönetim bilgi sistemi gerekli asgari öğeleriyle işler durumdadır; bildirim ve istatistikler personelin katılımıyla düzenli rapor ve toplantılarla değerlendirilir; özellikle hizmetlerde karşılaşılan istenmeyen durumların nedenleri analiz edilir.

- Personelin ve hizmet alanların hizmetlerin daha kaliteli duruma getirilmesine ilişkin öneriler sunması ve bunların değerlendirilmesi kurulacak mekanizmalarla teşvik edilir.

9. Personelin Bilgilenme, Eğitim ve Gelişim Gereksinimi

Personel, hizmet sunduğu alanla ilgili bilgi ve becerilerini güncel durumda tutabilmek ve sunduğu hizmetin kalitesini sürekli olarak geliştirebilmek için bilgi, beceri, kesintisiz eğitim ve mesleki gelişme olanaklarına gereksinim duyar.

- Bütün personel, kendi görev ve sorumluluklarının gereği olan uygun eğitimi alır.
- Personel, hem mezuniyet öncesi hem de hizmet içi eğitim süreçleriyle gerekli mesleki nitelikleri kazanır
- Personel, kuruluşun hizmet politika ve işlemleri konusunda etkili biçimde yönlendirilir.
- Personelin sürekli eğitimi için kuruluştaki kaynak kitap, rehber ve diğer eğitim malzemeleri personelin kolayca erişebileceği biçimde bulunur ve kullanımları teşvik edilir.
- Personelin eğitim gereksinimleri kendilerinin de katılımıyla değerlendirilir.
- Personelin mesleki uygulama konularına ilişkin bilgileri düzenli ve teşvik edici eğitim etkinlikleri ile güncellenir.

10. Personelin Malzeme, Araç/ Gereç ve Altyapı Gereksinimi

Personel, hizmetlerin kaliteli sunulmasını güvenceye bağlayacak biçimde, güvenilir, yeterli ve çalışan durumda alet, araç/ gereç, ve malzeme stoğu ile fizik alt yapıya gereksinim duymaktadır.

- Sağlık kuruluşunun su, elektrik ve ısıtma/ soğutma gibi temel hizmet kaynakları güvenilir durumdadır.
- Sağlık kuruluşunun, hizmet alanların gereksinimlerini güvenli ve etkili bir şekilde karşılayabilecek alet, araç/ gereç, malzeme ve ilaç gibi kaynakları yeterli ve çalışan durumda bulunur. Bunların uygun biçimde temini, saklanması ve sürekliliği güvenceye bağlanmıştır.
- Kuruluşun fizik mekanları hizmet için yeterli konfor ve ergonomiye sahiptir.
- Kuruluşun enfeksiyon kontrolü için araç/ gereciyle alt yapı sistemi çalışan durumdadır.
- Kuruluşun güvenli ve etkili biçimde çalışan bir atık kontrol işlem/ sistemi vardır.

Protokoller

CSÜS Hizmet Standartları'na dayalı olarak hazırlanan ve klinik etkinliklerin ayrıntılı yönetimine ilişkin yol gösterici açıklamalardır. Örneğin; enfeksiyon kontrolü, doğum öncesi/ doğum/ doğum sonrası bakım, acil durum yönetimi (şok, kanama, eklampsi vb.), genital yol enfeksiyonu yönetimi (akış şemaları, algoritmalar, öğrenim rehberleri, kontrol listeleri biçiminde), bağışıklama (tetanoz toksoid dahil), RİA ve diğer aile planlaması yöntem uygulamaları, vb.

CSÜS Hizmet Standartları Öz-Değerlendirme Rehberinin Kullanımı

Hizmet Standartları, Türkiye’de cinsel sağlık ve üreme sağlığı hizmetlerinin sunumu ve düzenlenmesi konusunda T.C.Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış yazılı kurallardır. Bu kurallar, hizmetlerin kalitesinin ölçülmesini sağlar.

Bütün dünya ülkelerinin onayladığı 1994 Kahire Nüfus ve Kalkınma Konferansı Eylem Planı’nın ve Türkiye Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı’nın da vurguladığı gibi, bireyin cinsel sağlık ve üreme sağlığı gereksinim ve haklarını, bütüncül yaklaşımla, çevresindeki toplumsal (ekonomik, kültürel, hukuksal, vb.) belirleyicilerle birlikte değerlendirmek gerekmektedir. CSÜS Hizmet Standartları’nın geliştirilmesi, Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı ve CSÜS Hizmet Çerçevesi gibi temel çalışmaların bir ileri adımını oluşturmaktadır.

Hizmet kalitesinin temel yaklaşımı, hizmet alanın gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanmadır. Ancak, hizmet alanın gereksinim, hak ve memnuniyeti ile, personelin gereksinim, hak ve memnuniyeti, kalitenin birbirinden ayrılmaz iki yönüdür. Bu nedenle temel kalite stratejisi, gereksinimler temelinde hizmet alanı odaklı olmak ve personelin verimli çalışacağı koşulları oluşturmaktır.

Bu gereksinimler karşılanıp hizmet alan ve personelin memnuniyeti sağlandıkça hizmet kalitesi yükseltilmiş olacaktır.

Bu Öz-Değerlendirme Rehberi, sağlık kuruluşlarında bulunması beklenen CSÜS hizmet standartlarını, hizmet alanın hakları ve personelin gereksinimleri temelinde, on başlık altında toplamaktadır. Her soru, varlığı araştırılan bir standart olarak kabul edilmektedir. Öz-Değerlendirme Rehberi, uluslararası kuruluş EngenderHealth’in “COPE® for Reproductive Health Services: A Toolbook to Accompany the COPE® Handbook – Self-Assessment Guides for Reproductive Health Services” adlı metni esas alınarak, T.C.Sağlık Bakanlığı CSÜS politikalarına göre hazırlanmıştır.

Değerlendirme, üst düzeyden denetim amacıyla olabileceği gibi, kuruluştaki bireysel ya da ekibin kendi kendini değerlendirme çalışması biçiminde de olabilir. Bir başka deyişle, sağlık kuruluşları (kamu, özel ve gönüllü) bu rehberle kendi kendilerini değerlendirerek eylem planlarıyla kaliteyi geliştirme stratejik değişimini tabanda başlatabileceklerdir. Ayrıca Sağlık Müdürlükleri ve Sağlık Grup Başkanlıkları da bu araçla kuruluşlarda izleme ve değerlendirme yapabilecekler, standartlara göre bölgelerindeki hizmet durumunu ve alınması gerekli önlemleri ortaya koyabileceklerdir.

Değerlendirme aracının on bölümünün tümü aynı oturumda incelenebileceği gibi, ayrı ayrı oturumlarla da değişik bölümler incelenebilir.

Bazı sorular ilgili konuları birlikte değerlendiren soru demeti biçimindedir. Sorunun bütün öğelerinin olumlu yanıtlanması beklenmekte ve bu durumda “Evet” seçeneği işaretlenmekte, sorunun yanıtında olumsuz bir ya da birkaç öğe olması durumunda ise “Hayır” seçeneği işaretlenerek, yanına olumsuz öğelerle ilgili açıklama yazılmaktadır.

Öz-Değerlendirme Rehberi genellikle bütün basamaklarda kullanılabilecek soruları içermektedir. Bununla birlikte, Sağlık Ocakları için “**Gebelik Sonlandırma Hizmetleri**” ile “**Ameliyathane ve Cerrahi İşlemler**”, AÇSAP Merkezleri için “**Doğum Hizmetleri**” bölümüyle ilgili soruların cevabı **Not** sütununa “Geçersiz” olarak kaydedilecektir.

Her bölümün sonunda verilen örneğe göre, olumsuz bulguların listelenerek nedenlerinin analiz edilmesi ve çözüm önerileriyle Eylem Planı’nın geliştirilmesi beklenmektedir.

Böylece kuruluştaki katılımcı ekip çalışmasıyla hizmet standartlarını değerlendirme ve problem çözme yaklaşımıyla sürekli kalite iyileştirme mekanizmasının uygulanması amaçlanmaktadır.

1 - Hizmet Alanın Bilme Hakkı

Hizmet için başvuranların üreme sağlığı, cinsel sağlık ve genel olarak sağlık konusunda doğru, gereksinimleri için uygun, açık ve anlaşılır bilgiye sahip olma hakları vardır. Hizmet için başvuranlar gereksinim duydukları bilgileri, hizmet sunum biriminin her kısmında kolayca alabilmeli ve bilgi veren materyalleri kullanabilecekleri biçimde bulabilmelidirler.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki sağlık eğitimi veren, CSÜS ve sunulan hizmetler konusunda başvuranlara bilgi verme olasılığı olan personelle birlikte değerlendirilmeli, değerlendirme çalışmasına en az bir klinik uygulayıcı personel de katılmalıdır.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Başvuranlar aşağıdaki temel CSÜS hizmetlerinden hangilerinin kuruluş tarafından verildiği konusunda bilgilendiriliyor mu?			
a. Üreme sisteminin yapı ve işlevi			
b. CSÜS danışmanlığı (tüm gruplar için)			
c. Gebelik öncesi bakım hizmetleri			
d. Doğum öncesi bakım hizmetleri			
e. Doğum hizmetleri			
f. Doğum sonrası ve yenidoğan bakım hizmetleri			
g. Acil obstetrik bakım hizmetleri			
h. Aile planlaması hizmetleri			
i. Gebeliğin sonlandırılması hizmetleri			
j. İnfertilite (kısırlık) hizmetleri			
k. CYBE- HIV/AIDS'in korunma yolları, tanı ve tedavi hizmetleri			
l. Gençlere yönelik CSÜS hizmetleri			
m. Jinekolojik sorunlar ile ilgili tanı ve tedavi (servikal kanser taraması dahil) hizmetleri			
n. Menopoz ile ilgili hizmetler			
o. Erkeklerle yönelik CSÜS hizmetleri			
p. Diğer koruyucu sağlık hizmetleri (kendi kendine meme muayenesi vb.)			
q. Laboratuvar hizmetleri			
2. Kuruluşa başvuranlar, kuruluşun CSÜS hizmetleri hakkındaki genel bilgileri kuruluştaki tüm personelden (danışma, güvenlik, temizlik görevlileri ve idari personel vb.) alıyor mu?			
a. Sunulan CSÜS hizmetleri			
b. Hizmetlerin kuruluş içinde nerelerde sunulduğu			
c. Hizmetlerin hangi saatlerde sunulduğu			
d. Hizmetlerin ücretleri			
3. Kuruluştaki CSÜS hizmetlerine ilişkin bilgiler görünür şekilde asılı mı?			
a. CSÜS hizmetlerinin sunulduğu yerler			

Standart	Evet	Hayır	Not
b. Günler			
c. Saatler			
d. Ücretler			
4. Başvuranlar beklerken CSÜS konularında eğitim ve bilgi-eğitim-iletişim (BEİ) materyallerinden yararlanıyor mu?			
a. Sağlık eğitimi (Üreme hakları, Güvenli Annelik ve Acil Obstetrik Bakım, AP, CYBE, Gençlere Yönelik CSÜS, menopoz, meme ve genital kanserler, toplumsal cinsiyet rolleri, emzirme, aile içi şiddet, güvenli cinsel yaşam vb)			
b. Poster ve broşürler (Üreme hakları, Güvenli Annelik ve Acil Obstetrik Bakım, AP, CYBE, Gençlere Yönelik CSÜS, menopoz, meme ve genital kanserler, toplumsal cinsiyet rolleri, emzirme vb)			
c. Video gösterimi (Üreme hakları, Güvenli Annelik ve Acil Obstetrik Bakım, AP, CYBE, Gençlere Yönelik CSÜS, menopoz, meme ve genital kanserler, toplumsal cinsiyet rolleri, emzirme vb)			
5. Kuruluşa başvuranlar CSÜS hakkındaki bilgileri aşağıdaki biçimlerde alıyor mu?			
a. Bilgiyi başvuranın gereksinimine göre sunma			
b. Başvuranın anlayacağı biçimde uygun, teknik/ tıbbi olmayan ve yerel konuşma dili kullanma			
c. Broşür, poster, anatomik model, resimli poster ve kontraseptif malzeme örnekleri gibi eğitim araç-gereçleri kullanma			
d. Cinsel davranış ve işlev bozuklukları dahil olmak üzere üreme sisteminin yapı ve işlevini açıklama			
e. Kontraseptif yöntemin etki mekanizması, kullanım kuralları, etkinliği, sık görülen yan etki ve komplikasyonlarına ilişkin tehlike işaretlerini açıklama			
f. Kuruluşa verilmeyen ancak kullanılabilecek başka (alternatif) tıbbi işlem, tedavi ya da kontraseptif yöntemleri anlatma			
g. Tıbbi işlem ya da muayene sırasında neler olacağını bu uygulamalar başlamadan önce tam olarak açıklama			
h. Başvuranın tam olarak anladığından emin olmak için verilen temel bilgileri tekrar etmesini isteme			
i. Başvuranlara uygulanan tıbbi işlem ya da kontraseptif yöntem konusunda hem sözlü hem de yazılı bilgi verme			
j. Başvuranlara kuruluştan ayrıldıktan sonra danışmak istedikleri bir CSÜS konusu olursa telefonla arayabilecekleri birimin adını ve kuruluş telefon numarasını verme			
6. Öncelik taşıyan gruplar başta olmak üzere aşağıdaki bütün toplum grupları AP dahil olmak üzere CSÜS konularında bilgi alıyor mu?			
a. Gençler (10-24 yaş grubu erkek ve kadın)			
b. Tüm yaştaki kadınlar			
c. Tüm yaştaki erkekler			
d. CYBE-HIV/AIDS hizmetleri için başvuranlar			
e. Gebe kalmaya karar verip gebelik öncesi dönemde bulunanlar			
f. Düşük müdahalesi için başvuranlar			

Standart	Evet	Hayır	Not
g. Gebeler			
h. Lohusalar			
i. Emziren kadınlar			
j. Perimenopoz dönemindeki kadınlar			
k. Engelliler			
l. Değişik toplumsal ve kültürel özellik taşıyan gruplar			
m. Farklı cinsel tercihi olan kişiler			
n. Cinsel ya da aile içi şiddete maruz kalanlar			
7. Gebelik öncesi dönemde başvuranlar aşağıdaki konularda bilgi alıyor mu?			
a. Gebelikteki risk faktörleri			
b. Genetik danışmanlık			
c. Akraba evliliği			
d. Kan grupları			
e. Beslenme			
f. Hijyen ve fiziksel aktivite			
g. Folik asit ve D vitamini desteği			
h. Kızamıkçık, hepatit B, tetanoz bağışıklaması			
i. Anemi			
j. Kronik hastalıklar			
k. İlaçlar ve radyasyon			
l. Madde (alkol, sigara vb) bağımlılığı			
m. CYBE-HIV/AIDS			
n. AP			
o. Doğum öncesi bakım ve güvenli doğum			
8. Doğum öncesi dönemde başvuranlar aşağıdaki konularda bilgi alıyor mu?			
a. Doğum öncesi izlem ve bakım için neden, nereye ve ne zaman gelecekleri			
b. Gebelik döneminde belirli zamanlarda en az 4 kez izlenmeleri gerektiği			
c. Gebelik dönemindeki olağan değişiklikler			
d. Doğum öncesi beslenme, hijyen ve fiziksel aktivite			
e. Demir ve folik asit desteği			
f. Tetanoz aşısı			
g. Gebelikleri ile ilgili tehlike işaretleri			
h. Tehlike işaretlerinin farkına varma ve bu konuda hizmet almaya karar vermenin önemi			
i. Gebelik döneminde görülebilecek hastalık (CYBE-HIV/AIDS, tbc, parazit vb. enfeksiyon ve sistemik hastalıklar) belirtilerinin farkına varma ve bu konuda hizmet almaya karar vermenin önemi			
j. Güvenli doğum için, doğumun nerede ve kim tarafından yaptırılacağına tanınması ve acil durumlarda ulaşım planları			
k. Yenidoğan bakımı, beslenme ve bağışıklama takvimi			
l. Emzirme ve meme bakımı			
m. Doğum sonrası dönem için AP			
n. Gebelik döneminde cinsel yaşam			
o. Doğum başka sağlık kuruluşunda yapılırsa bile ilk 24 saat içinde ilgili Sağlık Ocağı'na haber verme			

Standart	Evet	Hayır	Not
9. Kuruluşta doğum eylemindeki kişiler aşağıdaki konularda bilgi alıyor mu?			
a. Doğumdan hemen önce, doğum sırasında ve doğumdan sonra nelerle karşılaşacakları			
b. Sağlık kuruluşu içinde bu dönemlerde nerelerden hizmet alacakları			
c. Eylem ve doğum sırasında eş ve aile üyelerinin nerede bekleyecekleri			
10. Doğum sonrasında lohusalar ve aile bireyleri aşağıdaki konularda bilgi alıyor mu?			
a. Doğum sonrası beslenme, hijyen ve fiziksel aktivite			
b. Lohusalıkla ilgili tehlike işaretleri			
c. Lohusa ve bebek izlemi için nereden ve ne zaman hizmet alınacağı			
d. Tehlike işaretlerinin farkına varma ve bu konuda hizmet almaya karar vermenin önemi			
e. Yenidoğan bakımı, göbek bakımı, bağışıklama takvimi, beslenme			
f. Emzirme ve meme bakımı			
g. Doğum sonrası dönem için AP			
h. Doğum sonrası dönemde cinsel yaşam			
11. Eş ve aile üyeleri gebelik öncesi, gebelik, güvenli doğum ve doğum sonrası bakım konularında bilgi alıyor mu?			
12. AP gereksinimi nedeniyle başvuranlar kendi kişisel durumlarına ve üreme istemlerine uygun korunma yöntemini seçebilmelerine yardımcı olacak aşağıdaki bilgileri alıyor mu?			
a. Gebelikten korunma yöntemleri (geçici, kalıcı yöntemler ve acil korunma dahil)			
b. Yöntemlerin etki mekanizması ve kullanım kuralları			
c. Yöntemlerin etkililiği			
d. Yöntemin olumlu olumsuz yönleri			
e. Yöntemlerin sık görülen yan etki ve komplikasyonlarına ilişkin tehlike işaretleri			
f. Yöntemlerin AP dışında sağlığa olan yararları			
g. Yöntem değiştirme			
h. Yöntem bırakma			
i. CYBE-HIV/AIDS ve gebeliğe karşı korunmak için erkek veya (varsa) kadın kondomu kullanma			
j. CYBE-HIV/AIDS ve gebeliğe karşı korunmak için ikili yöntem (halen kullanılmakta olan gebelikten korunma yöntemine ilaveten kondom) kullanma			
k. AP malzemelerini temin etmenin yeri ve zamanı			
l. İzlem için başvurunun yeri ve zamanı			
m. AP ve seçilen yöntem konusunda eşler arasında iletişim kurmanın gereği ve önemi			

Standart	Evet	Hayır	Not
13. Cerrahi yöntemler (tüp ligasyonu ve vazektomi) için başvuranlar aşağıdaki bilgileri alıyor mu?			
a. Hizmetin alınacağı yer ve işlem sonrası kuruluştaki kalış süresi			
b. Cerrahi yöntemlerin kalıcı olacağı ve kesin karar verilinceye kadar eğer istenirse geçici kontraseptif yöntemlerin kullanılabileceği			
c. Onam formunun imzalanacağı			
d. Cerrahi işleme başlamadan önce herhangi bir zamanda başvuranın kararını özgürce değiştirebileceği			
e. Cerrahi işlem sırasında ve sonrasında neler olacağını ve anestezi biçimini uygulamalar başlamadan önce tam olarak açıklama			
f. Sık görülen yan etkiler ve komplikasyonların (istenmeyen durumların) tehlike işaretleri			
g. Yöntemin başarısızlık olasılığı			
h. İzlem için başvurunun yeri ve zamanı			
14. Tüp ligasyonu uygulandıktan sonra hastalar aşağıdaki bilgileri alıyor mu?			
a. İnsizyon yerinin bakımı			
b. İzlem için hangi durumlarda, nereye ve ne zaman geleceği			
c. Tehlike işaretlerini tanımlama ve sorun çıktığında tıbbi yardım aramanın önemi			
d. Normal etkinliklere (iş ve cinsel ilişki) dönebilecekleri zaman			
e. Gebelikten korunma için olmasa bile, CYBE-HIV/AIDS'den korunmak için kondomun önemi			
15. Vazektomi uygulandıktan sonra hastalar aşağıdaki bilgileri alıyor mu?			
a. İnsizyon yerinin bakımı			
b. İzlem için başvurulacak durum, yer ve zaman			
c. Tehlike işaretlerini tanımlama ve sorun çıktığında tıbbi yardım aramanın önemi			
d. Normal etkinliklere (iş ve cinsel ilişki) dönebilecekleri zaman			
e. Gebelikten korunma için olmasa bile, CYBE- HIV/AIDS'den korunmak için kondomun önemi			
f. Vazektomiden sekiz hafta veya 20 ejakülasyon sonrasına kadar kondom ya da bir başka geçici yöntem kullanma			
g. Vazektomiden sonra geçici yöntem olarak kondomu seçmişlerse kendilerine kondom verilebileceği			
16. İstemli ya da istem dışı düşük nedeniyle kuruluşa başvuranlar müdahale öncesi aşağıdaki bilgileri alıyor mu?			
a. Danışmanlık (iki hafta içerisinde doğurganlık geriye döneceğinden yeni bir gebeliğin önlenmesi istenirse hemen bir kontraseptif yöntem kullanmaya başlayabileceği)			
b. Psikolojik destek			
c. Müdahale ve tedaviye ilişkin bilgi			
d. Rıza formu imzalama zorunluluğu			

Standart	Evet	Hayır	Not
17. Düşük müdahalesi için başvuranlar tıbbi işlem ya da tedavi sonrasında, kuruluştan ayrılmadan önce aşağıdaki bilgileri alıyor mu?			
a. İlk müdahale yapıp sevk edildiyse, gideceği yer ve kendisine yapılacak işlemler			
b. Tedavi sonrasında dikkat etmesi gerekenler			
c. İzlem için başvurunun yeri ve zamanı			
d. Tehlike işaretlerini tanımlama ve sorun çıktığında tıbbi yardım aramanın önemi			
e. Normal etkinliklere (iş ve cinsel ilişki) dönebilecekleri zaman			
f. Yeni bir gebeliğin önlenmesi istenirse hemen bir kontraseptif yöntem kullanmaya başlayabileceği			
g. Yeni bir gebelik istiyorsa bunun uygun zamanı ve nasıl destekleyici hizmet alabileceği			
18. Tüm başvuranlar kuruluştaki mevcut bilgi-eğitim-iletişim materyalleriyle (afiş, poster, broşür vb) CYBE-HIV/AIDS konusunda aşağıdaki bilgileri alıyor mu?			
a. CYBE-HIV/AIDS'in bulaş yolları, bulaşmayı etkileyen faktörler			
b. Bulaşmanın önlenmesi (kondom kullanımı demonstrasyonu dahil)			
c. CYBE-HIV/AIDS ve gebeliğe karşı korunmak için ikili yöntem (halen kullanılmakta olan gebelikten korunma yöntemine ilaveten kondom) kullanma			
d. CYBE-HIV/AIDS ve gebeliğe karşı korunmak için erkek veya (varsa) kadın kondomu kullanma			
e. Aşı ile önlenabilir CYBE'lerden (hepatit-B) korunma			
f. CYBE taraması, HIV gönüllü danışmanlığı ve testi için başvurunun yeri ve zamanı			
g. CYBE tedavisinin yapılacağı yer			
19. CYBE-HIV/AIDS teşhisi konulanlar tedavileri için aşağıdaki konularda bilgi alıyor mu?			
a. Tedavi ve tedavi prosedürlerine uymanın önemi ve gereği			
b. Eşleri bilgilendirme ve ikili tedaviye yönlendirme			
c. Enfeksiyon tekrarını önleme			
20. Başvuranlar servikal kanser tarama hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşları konusunda bilgi alıyor mu?			
21. Eğer kuruluştaki servikal kanser tarama hizmetleri sunuluyorsa, başvuranlar tedavi ve izlem olanakları konusunda bilgi alıyor mu?			
22. Kadınlar kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağı ve normal dışı durumlarda nereye başvuracakları konusunda bilgi alıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
23. Erkekler yaş dönemlerine göre prostat kanseri, testis kanseri, kendi kendine testis muayenesi yapabilme ve hastalık taraması hizmetinin sunulduğu yerler konusunda bilgi alıyor mu?			
24. Kadınlar klimakteriyum (premenopoz, menopoz ve postmenopoz) ile ilgili aşağıdaki bilgileri alıyor mu?			
a. Premenopoz ve menopozun genellikle ne zaman başladığı			
b. Premenopoz ve menopozun belirtileri ve bu dönemde kadın vücudunda ne gibi değişiklikler olduğu			
c. Premenopoz ve menopozun kadının cinsel yaşamını nasıl etkilediği			
d. Klimakteriyum dönemindeki kadının gebe kalıp kalamayacağı			
e. Klimakteriyum dönemindeki kadının CYBE-HIV/AIDS'le enfekte olup olamayacağı			
f. Klimakteriyum dönemindeki kadının karşılaştığı belirtiler (beslenme, uyku, egzersiz vb) ile ilgili neler yapabileceği			
g. Postmenopoz dönemindeki kadının karşılaştığı ek sorunların (kardiyovasküler sorunlar, kanserler, osteoporoz vb) neler olduğu ve bunların nasıl önlenebileceği			
25. İnfertilite (kısırlık) nedeniyle başvuranlar (kadın ve erkek) aşağıdaki bilgileri alıyor mu?			
a. Bilgi ve danışmanlık			
b. İsteklerine göre eşlerin birlikte ya da ayrı ayrı bilgilenmesinin önemi ve gereği			
c. Gerekirse ileri inceleme, tedavi ve sevk			
26. Bütün başvuranlar hizmet bölgesinde sık görülen ve sağlığı olumsuz etkileyen kültüre bağlı davranışlar (cinsiyet ayrımcılığı, kız çocukların beslenme ve sağlık bakımı gibi konularda ihmal edilmesi; doğum öncesi ve sonrası dönemde yetersiz bakım vb) konusunda bilgilendiriliyor mu?			
27. Başvuranlar, kuruluştan aşağıdaki diğer CSÜS konuları hakkında bilgi, danışmanlık ve gereğinde sevk hizmetleriyle ilgili bilgi alıyor mu?			
a. Üreme sistemi hastalıkları (servikal, meme, prostat ve testis kanserleri; sistosel, uterus prolapsusu, fistül vb.)			
b. Menstrüel hijyen			
c. Cinsellik (normal cinsel ilgi, cinsel ifade türleri ve cinsel işlev bozuklukları vb)			
d. Doğurganlığı etkileyen faktörler (cinsel birleşmenin zamanlaması, sigara, alkol, CYBE'ler ya da pelvik enfeksiyon vb)			
e. Üreme sağlığı ve cinsel sağlığı etkileyebilecek zararlı davranış ve faktörler (erken yaşta evlilik vb)			
f. Cinsel ya da aile içi şiddet			

Standart	Evet	Hayır	Not
28. Kuruluş düzeyinde sağlanamayan CSÜS bilgileri için, başvuranlar uygun bir kuruluşa sevk konusunda bilgi alıyor mu?			
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:			
29.			
30.			
31.			

Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir:

Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

2- Hizmet Alanın Hizmetlere Ulaşma Hakkı

CSÜS hizmetlerine gereksinim duyanların, bu hizmetlere herhangi bir nedenle engellenmeden tam olarak ulaşma hakları vardır. Bunun için hizmetlerin maliyeti karşılanabilir olmalıdır. Hizmetler başvuranlar için uygun saatlerde, uzak olmayan ve rahatça ulaşılacak yerlerde sunulmalıdır. Hizmetlere ulaşmada cins, yaş, evlilik durumu, doğurganlık, milliyet ya da etnik köken, sosyal sınıf, din ve cinsel tercih gibi konularda ayrımcılık, uygunsuz ayrıcalık koşulu ya da sosyal engel bulunması önlenmelidir.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki CSÜS bilgi, danışmanlık ya da klinik hizmeti veren personelle birlikte değerlendirilmeli, değerlendirme çalışmasına yönetimden bir personel de katılmalıdır.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Kuruluşunuza başvuranlar aşağıdaki temel CSÜS hizmetlerine ulaşabiliyor mu?			
a. Üreme sisteminin yapı ve işlevi			
b. CSÜS danışmanlığı (tüm gruplar için)			
c. Gebelik öncesi bakım hizmetleri			
d. Doğum öncesi bakım hizmetleri			
e. Doğum hizmetleri			
f. Doğum sonrası ve yenidoğan bakım hizmetleri			
g. Acil obstetrik bakım hizmetleri			
h. Aile planlaması hizmetleri			
i. Gebeliğin sonlandırılması hizmetleri			
j. İnfertilite (kısırlık) hizmetleri			
k. CYBE- HIV/AIDS'in korunma yolları, tanı ve tedavi hizmetleri			
l. Gençlere yönelik CSÜS hizmetleri			
m. Jinekolojik sorunlar ile ilgili tanı ve tedavi (servikal kanser taraması dahil) hizmetleri			
n. Menopoz ile ilgili hizmetler			
o. Erkeklerin CSÜS hizmetleri			
p. Diğer koruyucu sağlık hizmetleri (kendi kendine meme muayenesi vb.)			
q. Laboratuvar hizmetleri			
2. Başvuranlar yukarıdaki sağlık hizmetlerinin kuruluşunuzda verilip verilmediğini ve kuruluş içinde verildiği yerleri tüm personelden öğrenebiliyor ve bu hizmetlere ulaşabilmeleri için yönlendiriliyor mu?			
3. Başvuranlar kuruluş veya bölgedeki bir başka kuruluş tarafından verilen yukarıdaki CSÜS hizmetlerine ulaşılıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
4. Başvuranların bekleme süresini kısaltmak ve hizmet gereksinimlerini tam anlamıyla karşılayarak tekrar gelişlerini azaltmak için gayret gösteriliyor mu?			
5. Çalışan kadın, erkek ve gençlerin kendi mesailerini aksatmaksızın kuruluşun CSÜS hizmetlerine ulaşması mümkün mü?			
6. Başvuranların acil CSÜS hizmetlerine günde 24 saat, haftada yedi gün kuruluştaki ya da sevkle ulaşması mümkün mü?			
7. Kuruluştaki görev yapan yeterli sayı ve nitelikte personel var mı?			
8. Başvuranlar kuruluştaki uzaklık, ulaşım araçlarının güzergahı açısından vb. rahatlıkla geliyorlar mı?			
9. Başvuranlar evli olmama, ebeveyn ya da eş izni zorunluluğu vb. toplumsal/ sosyal engellerden bağımsız olarak CSÜS hizmetlerine rahatlıkla ulaşıyor mu? Haklılığı bulunmayan bu tür koşullar altındaki mağdur kişiler ilgili makamlarla görüşerek toplumsal engelleri aşabilmek için gayret gösteriyor mu?			
10. Aşağıdaki toplumsal grup ve bireyler CSÜS bilgi, danışmanlık ve klinik hizmetlerine engellenmeden ulaşıyor mu?			
a. Gençler (10-24 yaş grubu erkek ve kadın)			
b. Tüm yaştaki kadınlar			
c. Tüm yaştaki erkekler			
d. CYBE-HIV/AIDS hizmetleri için başvuranlar			
e. Gebe kalmaya karar verip gebelik öncesi dönemde bulunanlar			
f. Düşük müdahalesi için başvuranlar			
g. Gebeler			
h. Lohusalar			
i. Emziren kadınlar			
j. Perimenopoz dönemindeki kadınlar			
k. Engelliler			
l. Değişik toplumsal ve kültürel özellik taşıyan gruplar			
m. Farklı cinsel tercihi olan kişiler			
n. Cinsel ya da aile içi şiddete maruz kalanlar			
11. Başvuranlar kuruluştaki doğum ve düşük sonu AP yöntemleri ve hizmetlerine ulaşıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
12. Lohusa ve yenidoğan aynı zamanda hizmet alıyor mu? (Doğum sonrası izlemde anne AP, emzirme ve bebeğin aşılması konusunda bilgi alıyor ve aynı başvuruda bebek de muayene ediliyor mu?)			
13. Başvuranlar, yaşamlarının değişik evreleri de dahil olmak üzere değişik gereksinimlerini karşılayacak çeşitlilikte gebeliği önleyici yöntemlere ulaşıyor mu?			
14. Başvuran kuruluştaki isteğine bağlı olarak bilgi, danışmanlık ve klinik uygulama dahil olmak üzere gebeliğin sonlandırılması hizmetlerine ulaşıyor mu?			
15. Düşük nedeniyle başvuran kadına derhal müdahale ediliyor mu?			
16. Başvuran, kuruluş içinde alamadığı gebeliği sonlandırma hizmetleri için diğer bir kuruluşa sevk ediliyor mu?			
17. Kuruluşa başvuran ve eşi aşağıdaki CYBE-HIV/AIDS hizmetlerini alıyor mu?			
a. Bilgi			
b. Korunma danışmanlığı (CYBE-HIV/AIDS için test öncesi ve sonrası danışmanlık dahil)			
c. CYBE-HIV/AIDS tanısı alan hastalara danışmanlık			
d. Tarama (hastalık araştırması)			
e. Tanı			
f. Tedavi			
18. Başvuran ve eşi yukarıdaki CYBE-HIV/AIDS hizmetlerini kuruluştan alamıyorsa bu hizmetleri alabileceği bir başka sağlık kuruluşuna sevk ediliyor mu?			
19. Bütün başvuranlar (erkek, kadın ve gençler) kuruluştaki ya da kuruluş dışında (resmi ve özel kuruluşlar) kondoma ücretsiz ulaşıyor mu?			
20. Üreme sistemi sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kuruluşuna tarama, tanı ve tedavi hizmetleri için başvuranlar, bu hizmetleri alamıyorlarsa bir başka kuruluşa sevk ediliyor mu?			
21. İnfertilite (kısırlık) nedeniyle kuruluşa başvuranlar aşağıdaki hizmetleri alıyor mu?			
a. Bilgi			

Standart	Evet	Hayır	Not
b. Danışmanlık			
c. Tarama (nedenin araştırılması)			
d. Tanı			
e. Tedavi			
22. Başvuran ve eşi yukarıdaki infertilite (kısırlık) hizmetlerini kuruluştan alamıyorsa bu hizmetleri alabileceği bir başka sağlık kuruluşuna sevk ediliyor mu?			
23. Başvuranlara ziyaretlerini sonlandırmadan, kendileriyle ilgilenen personel tarafından başka bir hizmete gereksinimleri olup olmadığı soruluyor mu?			
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:			
24.			
25.			
26.			

Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir:

Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

3- Hizmet Alanın Bilgilendirilmiş Seçim Hakkı

Başvuranlar, değişik seçeneklere, bilgiye ve kavramaya dayalı olarak, istemlerine göre, iyi değerlendirilmiş kararlar verme hakkına sahiptirler. Personelin sorumluluğu, başvuranın bilgilendirilmiş seçim yaptığını kesinleştirmek ya da bilgilendirilmiş seçim yapabilmesi için kendisine yardımcı olmaktır.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki CSÜS bilgi, danışmanlık ya da klinik hizmetlerini sunan hekim ve diğer personel tarafından birlikte değerlendirilmelidir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Başvuranlar içinde bulundukları toplum ve ortama uygun olarak aşağıdaki CSÜS hizmetlerini alıyor mu?			
a. Güvenli Annelik			
• Gebelik öncesi bakım ve danışmanlık ile ilgili hizmet (gebelikte risk faktörleri, genetik danışmanlık, akraba evliliği, kan grubu, beslenme, hijyen ve fiziksel aktivite, folik asit ve D vitamini desteği, kızamıkçık, hepatit B ve tetanoz bağışıklaması, anemi, kronik hastalıklar, ilaçlar ve radyasyon, alkol ve sigara başta olmak üzere madde bağımlılığı, CYBE-HIV/AIDS, AP, doğum öncesi bakım ve güvenli doğum vb) olanakları			
• Doğum öncesi bakımın önemi, ev ziyaretlerinde veya kuruluştaki izlem olanakları			
• Gebelik döneminde görülebilecek hastalık (CYBE-HIV/AIDS, tbc, parazit vb. enfeksiyon ve sistemik hastalıklar) belirtilerinin farkına varma ve bu konuda hizmet seçenekleri			
• Güvenli doğumun önemi, uygun duruma göre sağlık kuruluşunda ya da sağlık personeli yardımıyla doğum yapma seçenekleri			
• Eylemdeki kadınlara istedikleri pozisyonda (masada jinekolojik pozisyonda, yatakta, çömelerek vb) doğum yapabilmeleri için uygun seçenekler			
• Doğum sırasında aile bireylerinin bulunması ve katılımı konusunda kadınların seçim yapabilmeleri			
• Doğum yapan annelerin bebeklerinin yanında kalmasını sağlama			
• Doğumdan sonra ilk yarım saat içinde annenin bebeğini emzirmesini sağlama			
• Gebelere ve ailelere doğum sonrası bebek ve lohusa izlemlerinin önemini anlatma ve izlem olanakları			
• Acil obstetrik bakım (AOB) gerektiren durumlardaki (gebelik, doğum eylemi ve doğum sonrası dönemdeki tehlike işaretleri vb) müdahale olanakları ve sevk seçenekleri			
b. Aile Planlaması			
• Danışmanlık hizmetlerinde "KAYNAK" basamaklarının tümünün izlenmesi			

Standart	Evet	Hayır	Not
Başvuran gereksinimlerine göre “Genel AP Danışmanlığı”, “Yönteme Özel Danışmanlık” ve “İzlem Danışmanlığı”			
Başvuranın yönetime uygunluğunu değerlendirme (öykü, fizik muayene ve gerekirse laboratuvar hizmetleri ile)			
Gebelikten acil, geçici ve kalıcı olarak korunma sağlayan yöntem seçenekleri (yöntem çeşitliliği)			
Yöntem değiştirme			
Özel durumlarda (doğum ve düşük sonrası, gençlik, perimenopoz, erkekler vb) AP danışmanlığı			
İstenmeyen gebelikte başvuranlara danışmanlık, gebeliklerini sürdürme ya da sonlandırma seçeneği (medikal ve cerrahi) hizmet olanağı ya da sevk seçenekleri			
İnfertil çiftlere danışmanlık hizmetleri			
c. CYBE-HIV/AIDS			
CYBE-HIV/AIDS danışmanlığı ve tanısı için başvuranlara kuruluştaki veya sevkle korunma, test, tarama, tanı ve tedavi hizmet seçenekleri			
Kondom kullanımı (maketten yararlanarak)			
Gebelik ve CYBE-HIV/AIDS’ten korunmak için ikili korunma (halen kullanılmakta olan gebelikten korunma yöntemine ilaveten kondom) yöntemi (eş yönetimi)			
Güvenli cinsel ilişki konusunda danışmanlık hizmeti			
Riskli cinsel davranışlar konusunda danışmanlık hizmeti			
Özel önem verilmesi gereken gruplara (gençler, çok eşliler, seks işçileri, eşcinseller, sokakta çalışan çocuklar, madde bağımlıları, mahkumlar vb.) içinde bulundukları sosyal çevreyi de değerlendirerek CYBE-HIV/AIDS konusunda danışmanlık hizmeti			
HIV/AIDS tanısı konulmuş hastaya, cinsel eş dahil aile bireylerine ve topluma bakım, tedavi ve izlem konularında danışmanlık hizmetleri			
d. Gençlere Yönelik CSÜS Hizmetleri			
Gençlerin norm ve değerlerine göre CSÜS danışmanlık hizmetleri			
Gençlere ve ailelerine fiziksel büyüme, cinsel ve psiko-sosyal gelişimleri konusunda kuruluştaki veya sevkle danışmanlık hizmetleri			
Gençlerin cinsel ve üreme sağlığı hakları ve gereksinimlerini (gebeliğin önlenmesi, CYBE’den korunma) karşılama			
Gençlere “dışlaşım” ile CSÜS konusunda bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri			
Gençlerde sık görülen diğer sağlık sorunları (beslenme, cilt, kas iskelet sistemi, endokrin sistemi hastalıkları ve meme sorunları, ayrıca kızlarda; menstrüel siklus sorunları, disfonksiyonel uterus kanaması, erkeklerde; testis, skrotum ve spermatik kord hastalıkları) ile ilgili hizmet veriliyor mu?			
e. Diğer CSÜS Hizmetleri			
Meme kanserinin erken tanısı için kadınlara kendi kendine meme muayenesi eğitim ve danışmanlığı			

Standart	Evet	Hayır	Not
Üreme sistemi ile ilgili diğer hastalıklara (serviks, meme, prostat ve testis kanseri, üriner incontinans, uterus prolapsusu ya da fistül gibi) ilişkin gereksinimler için tanı ve tedavi seçenekleri			
2. Başvuranlara hizmet sunan personel tarafından aşağıdakiler yapılıyor mu?			
a. Konuşmaları ve soru sormaları için aktif olarak teşvik etme			
b. İlgi ve saygıyla dinleme ve sorularını yanıtlama			
c. Üreme hakları ve gereksinimlerini tartışma			
d. Bilgilendirilmiş seçim yapabilmeleri için yardımcı olma			
e. Bilgilerin açık biçimde anlatılıp anlatılmadığını ve daha başka sorularının olup olmadığını sorma			
3. Başvuranlar CSÜS hizmeti konusunda karar verirken, eş ve aile bireylerinin de görüşlerini alma ve karar verme sürecine katılımları için sağlık personelinin öneri ve destek alıyor mu?			
4. Başvuranlar kullandığı AP yöntemini bırakmak istiyorsa, personel aşağıdakileri yapıyor mu?			
a. İsteklerine saygıyla yaklaşma			
b. Yöntemi bırakma isteğinin nedenlerini tartışma			
c. Uygun alternatifler sunma			
d. Gebe kalmak istiyorsa, destek ve bilgi sunma			
5. AP için başvuranlar genel olarak seçtikleri yöntemi alabiliyor mu?			
6. Başvuranlar, belli kural ve mekanizmalar içinde, kuruluştaki bütün cerrahi işlem ve tedaviler için "Bilgilendirilmiş Onam" formunu imzalıyor ve bu form kişinin tıbbi kayıtlarının bir parçası olarak saklanıyor mu?			
7. Başvuranlar kuruluştaki sağlanamayan seçenekler için bu hizmetlerin sağlanabileceği başka bir bölüm ya da kuruluşa sevk ediliyor mu?			
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:			
8.			
9.			
10.			

Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir:

Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

4 - Hizmet Alanın Güvenli Hizmet Alma Hakkı

Hizmet alanlar güvenli hizmet alma hakkına sahiptir. Güvenli hizmet sağlanabilmesinin başlıca koşulları ise, personelin yeterli beceriye sahip bulunması, enfeksiyonu önleme konusuna dikkat edilmesi ve uygun/ etkili tıbbi uygulamalarda bulunulmasıdır. Güvenli hizmetler, aynı zamanda şu koşulların da yerine getirilmesi anlamına gelmektedir: hizmet sunum rehberlerinin tam kullanılması, kuruluş içinde kalite güvencesi mekanizmalarının çalıştırılması, hizmet alanlar için danışmanlık/ önerilerin sağlanması ve tıbbi/ cerrahi işlemlerle ilgili komplikasyonların (istenmeyen durumların) saptanması ve yönetimi. Hizmet alanın güvenliğini sağlamada belirleyici olan ise, personelin davranışlarıdır.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki CSÜS bilgi, danışmanlık ve klinik hizmetleri sunan hekim ve diğer personel tarafından birlikte değerlendirilmelidir. Değerlendirme ekibinde, ana sağlığı, çocuk sağlığı, aile planlaması, CYBE-HIV/AIDS, enfeksiyon hastalıkları, jinekoloji, erkeklere yönelik sağlık hizmetleri ve ameliyathane bölümleriyle Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nden sorumlular bulunmalı; bu personel klinisyen, cerrah, hemşire, temizlik elemanı ve yönetici gibi meslek grupları temsilcilerinden oluşmalıdır.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Kuruluştaki sunulan her CSÜS hizmeti için personel güncel ve yazılı hizmet sunum rehberlerini (protokollerini) izliyor mu?			
2. Komplikasyon (istenmeyen durum) ve acil durumu olan kişiler, günün 24 saatinde kuruluştaki uzmanlaşmış yetkili bir personelden hizmet alabiliyor veya uygun bir kuruluşa sevk ediliyor mu?			
3. Acil durumdaki (örneğin şok, ciddi kanama, ciddi enfeksiyon, engellenmiş doğum ve eklampsi vb) kişiler kuruluştaki tedavi veya stabilize edilerek acil nakil protokolü ve 112 sistemi ile sevk ediliyor mu?			
4. Acil durumdaki kişilere protokole uygun bir şekilde kardiyo-pulmoner canlandırma (CPR) yapılıyor mu?			
5. Personel kuruluştaki hizmet sırasında ortaya çıkabilen komplikasyonların (istenmeyen durumlar) farkında olup, önlenmesi için çaba gösteriyor mu?			
6. Personel kuruluştaki ortaya çıkan komplikasyonların nasıl yönetileceğini biliyor ve bunun için yazılı protokollerden yararlanıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
7. Güvenli CSÜS hizmetleri verilirken oluşan komplikasyonların bir sistem içinde kaydı ve bildirimi yapılıyor mu?			
8. Bildirimde bulunulan komplikasyonlar ve hizmet istatistiklerini ilgili personelin analiz ederek tartıştığı rutin toplantılar yapılıyor ve kayıt tutuluyor mu?			
9. Komplikasyonlar konusundaki toplantı ve değerlendirmeler, uygulamada değişim ve ilerlemeye yol açıyor mu?			
10. Hizmet bütünlüğü içinde kuruluştaki laboratuvar hizmetleriyle ilgili bir sistem (sonuçların alınması, değerlendirilmesi, tedavi ve danışmanlığa entegre edilmesi) var mı?			
11. CSÜS için başvuranlar tedavi, tıbbi işlem ve kontraseptif yöntem sunulmadan önce, protokollere uygun olarak CSÜS öyküsü, fizik muayene ve gerekirse laboratuvar testlerini içeren bir tarama hizmeti alıyor mu?			
12. Başvuranlar, kendilerine uygulanan işlemlerden önce ve sonra aşağıdaki bilgileri yazılı ve sözlü olarak alıyor mu?			
a. Almakta oldukları tedavi, tıbbi işlem, ilaç ve kontraseptif yöntemle ilgili riskler			
b. Bu işlemlerle ilgili oluşabilecek sağlık sorununu gösteren tehlike işaretleri			
c. Acil durum ve izlem için başvuracakları yerler			
13. Rutin izlem için başvuran gebe, lohusa, yenidoğan, sağlam çocuk ve gençler hastalardan ayrı bölümlerde hizmet alıyor mu?			
Enfeksiyonun Önlenmesi			
14. Kuruluş her zaman temiz tutuluyor mu ve temizliğin sürekliliğini sağlayan bir sistem var mı?			
15. Kuruluştaki enfeksiyonun önlenmesi konusunda güncel ve yazılı rehber (protokol) var mı?			
16. Personel enfeksiyonun önlenmesi rehberini hastaları ve kendisini enfeksiyondan korumak için uyguluyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
17. Personel aşağıdaki durumlarda ellerini sabunla yıkıyor mu?			
a. Fizik muayeneler dahil, her tıbbi işlemten önce ve sonra			
b. Atıklarla ilgili işlemlerden sonra			
c. Eldiven giymeden ve çıkardıktan sonra			
d. Tuvaleti kullandıktan sonra			
18. Tek kullanımlık enjektör ve keskin cisimler kullanımdan hemen sonra “Özel Atık Kabı” içinde, tıbbi atık olarak çöpe verilmek üzere saklanıyor mu?			
19. Tıbbi işlemlerde yeniden kullanılan tıbbi alet ve diğer gereçler, sterilizasyon ya da yüksek düzeyde dezenfeksiyon (YDD) işlemlerine geçmeden önce binde 5’lik klor solüsyonunun 1/9 oranında sulandırılmasıyla oluşturulan solüsyonda on dakika dekontamine ediliyor mu?			
20. Tıbbi alet ve gereçler dekontaminasyondan sonra bu iş için ayrılmış bir lavaboda (el yıkama yerinden ayrı), fırça kullanarak likit deterjan ve suyla yıkanıyor mu?			
21. Yıkandıktan sonra tıbbi alet ve gereçler protokole uygun olarak sterilize ya da yüksek düzeyde dezenfekte (YDD) ediliyor mu?			
22. Sterilizasyon ve YDD’den sonra tıbbi alet ve gereçler kuru olarak kapalı kaplarda saklanıyor mu?			
23. Personel aşağıdaki durumlarda kalın temizlik eldiveni giyiyor mu?			
a. Tıbbi atıklarla ilgili işlemler sırasında			
b. Genel temizlik işleri sırasında			
24. Her işlemten sonra yüzeyler (muayene ve ameliyat masası gibi) binde 5’lik klor solüsyonuyla silinerek temizleniyor mu?			
25. Tıbbi atıklar güvenli ve protokole uygun olarak (yerel yönetim ya da ticari kuruluşlarla işbirliğiyle) toplanıyor ve uzaklaştırılıyor mu?			
26. Tıbbi işlemler sırasında aseptik teknik kullanılıyor mu? (işlem sırasında kontamine olmayacak biçimde asepsi kurallarına uyulması)			

Standart	Evet	Hayır	Not
27. Cerrahi girişim yapılacak yerin traş edilmemesi kuralına uyuluyor mu?			
28. Personel pelvik muayene sırasında aşağıdakilere dikkat ediyor mu?			
a. Her pelvik muayeneden sonra eldiven değiştirme			
b. Her pelvik muayenede yüksek düzeyde dezenfekte ya da sterilize edilmiş temiz spekulum kullanma			
29. Personel kan ve diğer vücut sıvıları ile çalışırken protokole uygun önlük, eldiven ve maske vb. kullanıyor mu?			
<i>Gebelik Öncesi Bakım</i>			
30. Gebelik öncesi dönemde başvuran kadınlar protokollere uygun olarak hizmet alıyor mu?			
<i>Doğum Öncesi Bakım</i>			
31. Doğum öncesi dönemde başvuran kadınlar protokollere uygun olarak hizmet alıyor mu?			
32. Riskli gebeliği olanlar kuruluştaki protokollere uygun olarak hizmet alıyor mu?			
a. İlk gebelik			
b. 35 yaş üstü gebelik			
c. 18 yaş altı gebelik			
d. Beş ve üzeri doğum sayısı			
e. Gebelikler arasındaki sürenin iki yıldan kısa olması			
f. Anemi (hemoglobin 11g/dl'nin altı)			
g. Kan uyuşmazlığı			
h. Akraba evliliği			
i. Çoğul gebelik			
j. Sigara ve madde bağımlılığı			
k. Bebeğe fetal malformasyon			
l. Anne boyunun 1,5 m. ve altında olması			
m. Anne kilosunun 45 kg altı ve 90 kg üstü olması			
n. Kronik hastalıklar (tbc, diyabet, hipertansiyon, kalp hastalığı, epilepsi vb)			
o. Sorunlu geçmiş gebelik öyküsü			
p. Diğer			
33. Aşağıdaki tehlike işaretleri ve gebelik komplikasyonları olan gebeler saptanıyor, kuruluştaki veya sevkle gerekli hizmeti alıyor mu?			
a. Düşük			
b. Kanama (İlk 20 hafta içindeki kanama; düşük, ektopik gebelik, molar gebelik, 20. haftadan sonraki kanama; abruptio plasenta, plasenta previa, uterus rüptürü)			
c. Enfeksiyon			
d. Toksemi (preeklampsia/ eklampsia)			

Standart	Evet	Hayır	Not
e. Erken doğum eylemi			
f. Geliş anomalileri			
34. Bütün gebeler, sık görülen kronik sistemik hastalıklar yönünden öykü, fizik muayene ve laboratuvar testleriyle taranıyor ve gerektiğinde tedavi hizmeti alıyor mu?			
35. Gebeler gerektiğinde CYBE-HIV/AIDS yönünden öykü, fizik muayene ve laboratuvar testleriyle değerlendiriliyor ve tedavi hizmeti alıyor mu?			
36. Gebeler vitamin ve mineral desteği (demir, vitamin A, folik asit vb) alıyor mu?			
37. Gebelik döneminde kadınlara tetanoz aşısı yapılıp kayıt edilmesi ile ilgili bir sistem var mı?			
38. Hizmet bölgesinde enfeksiyon hastalıkları (barsak parazitleri, tbc, sıtma vb) sık görülüyorsa gebeler öykü, fizik muayene ve laboratuvar testleriyle değerlendiriliyor ve gerektiğinde tedavi ediliyor mu?			
39. Düşük ile başvuranlar risk yaklaşımı, tıbbi-cerrahi yönetim, sevk ve RH uyumsuzluğunda anti-D uygulanması ile ilgili hizmet alıyor mu?			
Doğum			
40. Doğum için başvuranlar gelir gelmez değerlendiriliyor ve acil olanlar öncelikli olarak hizmet alıyor mu?			
41. Engellenmiş (ilerlemeyen) doğum eylemi şikayeti ya da öntanısı ile başvuranlar gelir gelmez değerlendiriliyor ve öncelikli olarak hizmet alıyor mu?			
42. Doğum için kuruluştaki enfeksiyondan korunma koşullar sağlanıyor mu?			
43. Özellikle steril olamayan koşullarda doğum için personel, "6 Temizler" ile ilgili uygun koruyucu önlemleri alıyor mu?			
a. Temiz el ve tırnaklar			
b. Temiz perine			
c. Temiz doğum yüzeyi			
d. Temiz göbek kordonu kesicisi			

Standart	Evet	Hayır	Not
e. Temiz göbek bakımı (temiz göbek bağı ve göbeğin bağlanan kısmının temizliği)			
f. Vajen içine temiz olmayan hiç bir şeyin sokulmaması			
44. Kuruluşta doğumla ilgili aşağıdaki hizmetler veriliyor ve gerekirse sevk yapılıyor mu?			
a. Damar yolu açma ve mayi verme			
b. Plasentayı gerektiğinde elle çıkarma ve bütünlüğünü kontrol etme			
c. Servikal, vajinal ya da perineal yırtığı onarma			
d. Bimanuel uterus kompresyonu yapma			
e. Şok yönetimi			
45. Doğum sırasında komplikasyonları olan kadınlar erken dönemde protokollere göre saptanıyor ve gerekli hizmeti alıyor veya sevk ediliyor mu?			
a. Kanama			
b. Toksemi (preeklampsi/ eklampsi)			
c. Uzamış eylem			
d. Omuz ve diğer distosiler			
e. Kordon sarkması vb.			
46. Doğum sırasında güvenli doğum için müdahaleye (forseps ve vakum ile) ihtiyaç duyan kadınlar kuruluşta protokollere uygun olarak bu hizmeti alıyor mu?			
47. Doğum sırasında acil sezaryen olması gereken kadınlar kuruluşta protokollere uygun olarak bu hizmeti alıyor veya sevk ediliyor mu?			
48. Kuruluşta doğum eyleminin ilerleyişinin izlenmesi ve değerlendirilmesi protokollere uygun olarak yapılıyor mu?			
49. Kuruluşta doğum eyleminin ilerleyişinin izlenmesinde partograf kullanılıyor mu?			
Doğum Sonrası ve Yenidoğan Bakımı			
50. Kuruluşta postpartum kanamayı önleme, tanı koyma ve yönetimi yapılıyor ve özellikle oksitosin ve meterjin doğru endikasyon, doğru yol ve doğru doz ile uygulanıyor mu?			
51. Kuruluşta postpartum enfeksiyon ve sepsis yönetimi yapılıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
52. Kuruluşta RH uyumsuzluğunda doğum sonrası anti-D uygulanması yapılıyor mu?			
53. Kuruluşta yenidoğan için temel bakım (hava yolunun temizlenmesi; göbek bakımı; ısı kontrolü; göz bakımı -örn. gümüş nitrat damlası; K vitamini; FKÜ ve hipotiroidi taraması) veriliyor mu?			
54. Kuruluşta protokollere uygun olarak yenidoğan değerlendirmesi ve gereğinde resüsitasyon yapılıyor mu?			
55. Kuruluşta protokollere uygun olarak yenidoğan enfeksiyonlarından (oftalmia neonatorum, kordon enfeksiyonu, tetanoz, mekonyum aspirasyonu) korunma, tanı ve yönetimi yapılıyor mu?			
56. Bebek doğum sonrası (ilk yarım saatte) emzirmek için annesine veriliyor ve bebekle aynı odada kalmaları sağlanıyor mu?			
57. Doğum sonrası kuruluşta veya evde annenin ve yenidoğanın protokollere göre izlendiği bir sistem var mı?			
<i>Aile Planlaması Hizmetleri</i>			
58. AP için başvuranların sağlık durumları uygun yöntem seçimi için protokollere göre değerlendiriliyor mu?			
59. RİA kullanmayı düşünen kadınlar CYBE ve HIV riski yönünden ayrıntılı öykü ve fizik muayene ile değerlendiriliyor mu? Enfeksiyon riski altında olanlar laboratuvar testleri ile değerlendiriliyor, gerekirse tedavi uygulanıyor ve diğer kontraseptif seçenekler konusunda danışmanlık veriliyor mu?			
60. RİA uygulama işlemi ve izlemi protokollere göre yapılıyor mu?			
61. RİA uygulandıktan sonra yan etki ve komplikasyonlar protokollere uygun yönetiliyor mu?			
62. Enjekte edilen kontraseptifler protokollere göre uygulanıyor ve izleniyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
63. Deri altına yerleştirilen (implant) kontraseptifler protokollere göre uygulanıyor ve izleniyor mu?			
64. Oral kontraseptif kullanımı ve izlemi protokollere göre yapılıyor mu?			
65. Kondom kullanımı ve izlemi protokollere göre yapılıyor mu?			
Cerrahi İşlemler			
66. Başvuranlar cerrahi işlem için öykü alma, fizik muayene ve uygun laboratuvar testleriyle tarama hizmeti alıyor mu?			
67. Cerrahi işlem öncesindeki basamaklar protokollere uygun olarak yapılıyor mu?			
68. Aşağıdaki işlemler için lokal anestezi tercih ediliyor mu?			
a. Minilaparotomi ile tüp ligasyonu			
b. Düşük müdahalesi			
c. Vazektomi			
69. Diğer anestezi teknikleri de protokollere uygun biçimde kullanılıyor mu?			
70. Kuruluşta anestezi (lokal-genel) yan etki ve komplikasyon yönetimi yapılıyor mu?			
71. Cerrahi işlemler protokollere uygun olarak yapılıyor mu?			
72. Hastanın vital bulguları ameliyattan önce, ameliyat sırasında ve sonrasında protokollere uygun olarak izleniyor mu?			
73. Ameliyat sırasında ve sonrasındaki yan etki ve komplikasyonların yönetimi için protokoller uygulanıyor mu?			
74. İleri müdahaleler için işleyen bir sevk sistemi var mı?			
75. Bütün hastalar ameliyat sonrası dönemle ilgili olarak sözlü ve yazılı bilgi alıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
Gebeliğin Sonlandırılması Hizmetleri			
76. Başvuranlar protokollere uygun olarak gebeliği sonlandırma (düşük) hizmeti alıyor mu?			
77. Başvuranlara risk yaklaşımı, tıbbi-cerrahi yönetim, RH uyumsuzluğunda anti-D uygulaması yapılıyor mu?			
78. Düşük ile başvuran kadına kuruluştaki müdahale edilemiyorsa, stabilize edilerek güvenli (gereğinde sağlık personeli refakatinde) bir sistem içinde sevk ediliyor mu?			
CYBE-HIV/AIDS Hizmetleri			
79. CYBE-HIV/AIDS tanısı için başvuranlar kuruluştaki veya sevkle test, tarama, tedavi (eş yönetimi/ ikili korunma dahil) hizmetlerini protokollere uygun olarak alıyor mu?			
80. Başvuranlar CYBE-HIV/AIDS'in komplikasyonlarının yönetimi ile ilgili hizmet alıyor mu?			
81. HIV/AIDS tanısı konulmuş hastalar özel bir yaklaşımla kuruluştaki ya da sevkle bakım ve izlem hizmeti alıyor mu?			
82. Kuruluştaki CYBE-HIV/AIDS'in anneden bebeğe bulaşmasının önlenmesi için özel bir program mevcut mu?			
83. Başvuranlar aşı ile önlenabilir CYBE'ler (hepatit B) için bağışıklama hizmeti alıyor mu?			
84. Bildirimi zorunlu hastalıklar sınıfında bulunan CYBE-HIV/AIDS tanısı almış kişilerle ilgili kayıt ve bildirim yapılıyor mu?			
Gençlere Yönelik CSÜS Hizmetleri			
85. Gençler, kuruluştan fiziksel büyüme, cinsel ve psiko-sosyal gelişimleri ile ilgili hizmetleri alıyor mu?			
86. Gençler, kuruluştan sık görülen sağlık sorunları (CYBE, beslenme, cilt, kas iskelet sistemi, endokrin sistemi hastalıkları ve meme sorunları; ayrıca kızlarda: menstrüel siklus sorunları, disfonksiyonel uterus kanaması; erkeklerde: testis, skrotum ve spermatik kord hastalıkları) ile ilgili hizmet alıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
87. Gençler, kuruluştan aşı ile önlenebilir hastalıklar (hepatit B, tetanoz, MMR) için bağışıklama hizmeti alıyor mu?			
88. Gençler, kuruluştan CSÜS kapsamındaki diğer sorunları (madde bağımlılığı, cinsel istismar ve şiddet vb) ile ilgili hizmetleri alıyor mu?			
89. Merkeze ulaşamayan gençler, dışulaşım etkinlikleri ile CSÜS bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri alıyor mu?			
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:			
90.			
91.			
92.			

Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir:

Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

5- Hizmet Alanın Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulması Hakkı

Hizmet alanların hizmet sırasında mahremiyet ve kendileriyle ilgili bilgilerin saklı tutulması hakları vardır. Bu hakların kapsamına danışmanlık, fizik muayene ve klinik işlemler kadar; personelin hizmet alanın tıbbi kayıtları ve diğer kişisel bilgileri üzerinde çalışması sırasındaki mahremiyet ve bilgilerin saklı tutulması da dahildir.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki CSÜS bilgi, danışmanlık, ya da hizmetlerini sunan ya da kayıtların saklanmasıyla sorumlu olan hekim ve diğer personel (danışma ve güvenlik görevlileri dahil) tarafından birlikte değerlendirilmelidir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Kuruluştaki, danışmanlık, fizik muayene ve tıbbi işlemler başkalarının görüp duyamayacağı özel mekanlarda yapılıyor mu?			
2. Kuruluştaki, danışmanlık oturumu ve muayenelerin kesintiye uğratılmaması için önlem alınıyor mu?			
3. Danışmanlık, muayene, ya da tıbbi işlem sırasında bir üçüncü kişi bulunması gerekiyorsa, personel bu üçüncü kişinin bulunma nedenini açıklayarak hastadan izin istiyor mu?			
4. Personel hastanın durumunu bir diğer personelle değerlendirirken, konuşmanın başkaları tarafından duyulmamasına ve bilgilerin gizli tutulmasına özen gösteriyor mu?			
5. Personel, hastanın bakımı ile ilgili konuları diğer bir personelle sadece tıbbi yönden gerekli olduğu zaman mı görüşüyor?			
6. Personel, eşi ve aile bireylerine bilgi verilip verilmemesi konusunda başvuranın isteklerine saygı gösteriyor mu?			
7. Hasta kayıtları güvenli bir yerde saklanıyor ve kayıtlara başkalarının ulaşmaması güvence altına alınıyor mu?			
8. Başta CYBE'ler olmak üzere bütün laboratuvar test sonuçları saklı tutuluyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
9. Her bir hizmet alan için ayrı bir kayıt (kişisel sağlık fişi) var mı?			
10. Hizmet alanın kayıtlarına ulaşma sıkı kontrol altında tutuluyor mu?			
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:			
11.			
12.			
13.			

Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir:

Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

6- Hizmet Alanın Saygı Görme, Rahatlık ve Görüş Bildirme Hakkı

Bütün hizmet alanlar saygı ve özenle ilgi görme hakkına sahiptirler. Personel, hizmet alanların bakım işlemleri sırasında olabildiğince rahat etmelerini güvenceye bağlamalıdır. Hizmet alanlar, personelininkinden farklı dahi olsa görüşlerini serbestçe belirtmeleri için teşvik edilmelidir.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki CSÜS hizmetlerini sunan hemen bütün personel tarafından (danışma ve güvenlik elemanları, ÜS danışmanları dahil) birlikte değerlendirilmelidir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Başvuranlar ve kendilerine eşlik edenlerin tümü kuruluşa geldiklerinde iyi ve nazik karşılanıyor mu?			
2. Bütün personel tüm başvuranlara şefkatli, nezaketli, ilgili ve saygılı davranıyor mu?			
3. Başvuranlar kuruluşun daha kaliteli hizmet sunabilmesi için neler yapılması gerektiği konusunda öneride bulunabiliyor mu?			
4. Personel kendilerinininkiyle aynı olmasa bile, hizmet alanların görüşlerine saygı gösteriyor mu?			
5. Başvuranın durumu ile ilgili ayrıntılar değerlendirilirken, başvuranın da bu değerlendirmelere katılması sağlanıyor mu?			
6. Başvuranlar, kendileriyle ilgili tartışmalara eş ya da aile bireylerinin katılmalarını istiyorsa, personel bunun için kolaylaştırıcı gayret gösteriyor mu? Aynı biçimde, başvuranlar eş ya da aile bireylerinin katılmasını istemiyorsa, personel bu isteklerini destekliyor mu?			
7. Personel fizik muayene ve diğer işlemleri, başvuranın mahremiyeti, onuru, ahlak anlayışı ve rahatlığını dikkate alarak yapıyor mu?			
8. Aşağıda kuruluş içinde başvuranlarca kullanılan bazı bölümler sıralanmaktadır. Bu bölümler uygun çevresel (yeterli alan, ısı, ışık, temizlik, havalandırma vb) koşullara sahip mi?			
a. Başvuru, kayıt ve bekleme alanları			

Standart	Evet	Hayır	Not
b. Danışmanlık odası			
c. Muayene ve tıbbi işlem odaları			
d. Travay / ağrı odası			
e. Doğumhane			
f. Lohusa servisi (ikinci basamak)			
g. Yenidoğan servisi (ikinci basamak)			
h. Jinekoloji servisi (ikinci basamak)			
i. Diğer servisler (ikinci basamak)			
j. Acil odaları			
k. Ameliyathane			
l. Tıbbi işlem sonrası gözlem odası			
m. Tuvaletler			
9. Başvuran hizmet almak için bekleme süresinin makul olduğunu düşünüyor mu?			
10. Personel başvuruların bekleme sürelerini kısaltmak için gayret gösteriyor mu?			
11. Personelin görüşüne göre, hizmet sunanın başvurana ayırabildiği zaman (hastayla birlikte olunan süre) yeterli mi?			
12. Başvurayı kabul için, acil durumlar hariç olmak üzere ilk gelenin ilk hizmeti aldığı yerleşmiş bir sıra sistemi var mı ve personel buna uyuyor mu?			
13. Kayıtlar ihtiyaç duyulduğunda hemen ulaşılabilir şekilde düzenlenmiş mi?			
14. Personel, başvurulara ne tür bir muayene ya da tıbbi işlem uygulanacağını ve bunların gerekçelerini her zaman anlatıyor mu?			
15. Personel, hastanın tıbbi işlemler sırasında (doğum eylemi, tüp ligasyonu, vazektomi, düşük müdahalesi, implant uygulanması/ çıkarılması ya da RİA uygulanması sırasında) rahat olduğundan ve mümkün olan en az düzeyde ağrı duyduğundan emin oluyor mu?			
16. Personel, işlem sırasında hastayı rahatlatmak için uygun biçimde (örn. hastanın konuşma ile meşgul edilerek dikkatinin acı veren işlemden uzaklaştırılması) ilgileniyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
17. CSÜS hizmetleri erkekler için uygun bir ortamda veriliyor mu?			
18. Gençlere yönelik CSÜS hizmetleri “genç dostu” uygun bir ortamda veriliyor mu?			
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:			
19.			
20.			
21.			

Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir:

Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

7- Hizmet Alanın Hizmetin Sürdürülebilirlik Hakkı

Bütün başvurular, sağlıklarını koruyabilmek için gerekli olan hizmet, gereçler, sevk ve izlemin sürekliliğinin sağlanması hakkına sahiptir.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki CSÜS hizmetlerini sunanlar, yöneticiler, gereçlerin bulundurulmasından sorumlu personel, sağlık kuruluşu ve toplum içinde çalışan elemanlarla birlikte değerlendirilmelidir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Sunulan bütün hizmetler için başvuranlara aşağıdakiler anlatılıyor mu?			
a. Rutin izlem için ne zaman gelecekleri			
b. Soruları ya da kaygıları olduğu zaman kuruluşa yeniden başvurabilecekleri			
2. Başvuranlar, sunulan bütün hizmetler için tehlike işaretlerini öğrenerek, sorunla karşılaştıkları zaman yapacaklarını biliyor mu?			
3. İzlem tarihleri, başvuran için uygun bir zamana göre belirleniyor mu? Başvuranlar izlem tarihini belirten bir belge (randevu kartı) alıyor mu?			
4. Kuruluşun bir sağlık sorununu çözemediğinde kullanabileceği işleyen bir sevk sistemi var mı?			
5. Personel, başvuranları bir başka kuruluşa sevk ettiğinde istenen hizmeti alabilmelerini sağlamak için gayret gösteriyor mu? (Personel hastalara nereye gideceklerini açıklamakta, eğer gerekiyorsa mümkün olduğu kadar onlara eşlik etmekte ve kendilerine nakil aracı bulmak için yardımcı olmakta mı?)			
6. Başvuranlar CSÜS hizmeti almak için uzun bir mesafe katederek geldiklerinde, bundan sonraki izlem hizmetleriyle ilgili (eğer varsa) daha yakın yerel kuruluşlarla ilgili bilgi alıyor mu?			
7. Kuruluştaki başvuranın herhangi bir gecikmeye neden olmadan ilaç tedavisi, kontraseptif yöntem ve laboratuvar testleri gibi hizmetleri alabilmesi için yeterli ve güvenilir stok bulunduruluyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
8. Başvuranlar yöntem ve ilaçlarının idame desteğini uzun süre beklemeden veya diğer engellerle karşılaşmadan alabiliyor mu?			
9. Laboratuvar testi uygulanan kişi tanı ve tedavi işlemlerinin tamamını (sevk sonuçlarının izlenmesi dahil) aynı kuruluştaki veya sevkle alıyor mu?			
10. Bir üst kuruma yapılan sevklerde geribildirim alınıyor mu ve bu geribildirimler hastanın izleminde kullanılıyor mu?			
11. Hasta kayıtları hizmetin sürekliliğini sağlayacak bilgiyi kapsar biçimde tam ve düzenli olarak tutuluyor mu?			
12. Hizmet sürekliliğini sağlamak üzere, eğer başvuran kullandığı bir ilaç ya da kontraseptif yöntemi bırakmak isterse, personel aşağıdakileri yapıyor mu?			
a. Başvuranın isteklerini saygıyla karşılama			
b. Bırakma nedenlerini hastayla görüşme			
c. Uygun alternatifler önerme			
d. Gebe kalmak istiyorsa destek ve bilgi verme			
13. Tıbbi (cerrahi, RiA uygulaması vb) işlem için gün alan bir hastanın, işlem için gelmemesi durumunda, nedeni araştırılıyor mu?			
14. İzlem için gelmeyen hastanın niçin gelmediği araştırılıyor mu?			
15. İzlem ve kontrol için gelenler sağlık güvencesi olmasa ve ödeme yapamasa bile hizmet alıyor mu?			
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:			
16.			
17.			
18.			

Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir:

Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

8- Personelin Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi

Personel, en iyi hizmeti yönetici ve gözetmenlerin kalite iyileştirilmesini teşvik ettikleri, personele değer verdikleri ve destekleyici bir çalışma ortamında verir. Böyle bir çalışma ortamı personelin görevlerini daha iyi yapmasını sağlar ve böylece hizmet alanların gereksinimleri de daha iyi karşılanmış olur.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki yöneticiler, CSÜS hizmetlerini sunanlar ve destek elemanlarıyla birlikte değerlendirilmelidir.

Standart	Evet	Hayır	Not
Gözetmenler bu konuda yetkili kılınmış personel ya da üst düzey yetkilileri ya da kuruluş yöneticisi olabilir. Gözetmen işlevi konusunda eğitilmiştir ve saptamaları yönetim tarafından uygulanmak üzere dikkate alınmak durumundadır.			
1. Kuruluş yönetimi hizmet kalitesine önem veriyor ve kaliteli hizmet sunma konusunda kararlılığını aşağıdaki yapılanmaları oluşturarak gösteriyor mu?			
a. Hasta Hakları Birimi			
b. Kalite Geliştirme Komitesi			
c. HSU Çalışması (Eylem Planı, HSU Komitesi ve iç kolaylaştırıcı dahil)			
d. Enfeksiyonları Önleme Komitesi			
2. Yönetim, personele destek, teşvik ve saygı gösteriyor mu?			
3. Kuruluştaki personelin hizmetlerin kaliteli hale getirilmesinde fikirlerinin alınmasını ve öneride bulunmasını sağlayan bir sistem var mı?			
4. Personelin görev tanımları belirlenerek, kendilerine ve ekip arkadaşlarına duyurulmuş mu?			
5. Belirlenen ve uygulanan mesai saatleri içinde personelden tam olarak yararlanılıyor mu?			
6. Kuruluşa üst düzeyden (ilçe, il ve merkez düzey) gelen gözetmenler ziyaretleri sırasında personele yapıcı geri bildirimde bulunuyor mu?			
7. Yöneticiler verimli çalışması için aşağıdakileri yaparak personeli destekliyor mu?			
a. Başarılı yapılmış bir görevi takdir etme			

Standart	Evet	Hayır	Not
b. Zamanında ve yapıcı geri bildirimde bulunma			
8. Gözetmenler ve personel, hizmetleri iyileştirmek için kendilerine yardımcı olacak istatistik, rapor ve diğer verileri düzenli olarak tartışıyor ve yorumluyor mu?			
9. Kuruluşta verilen hizmetlerden doğabilecek komplikasyonlar (istenmeyen durumlar) yerleşik bir izleme-değerlendirme sistemi ile inceleniyor mu?			
10. Aşağıdaki kayıtlar düzenli olarak dolduruluyor ve periyodik olarak gözetmenlerce inceleniyor mu?			
a. Doğum öncesi, lohusa ve yenidoğan izlem kayıtları			
b. Doğum kayıtları, partograf (doğum eyleminin ilerleyişini gösteren çizelge) dahil			
c. Poliklinik kayıtları			
d. Onam formları			
e. Ameliyathane kayıtları			
f. Laboratuvar kayıtları			
g. Komplikasyon rapor ve kayıtları			
h. Ölüm kayıtları ve ölüm bildirim formları			
i. Bildirimi zorunlu hastalık formları			
j. Araç gereç envanter formları			
11. Personel kayıtları düzenli doldurma ve saklamanın gereğini ve kurallarını biliyor mu?			
12. Kuruluşta, mevcut hizmetleri düzenli sunabilecek eğitilmiş personel var mı?			
13. Gözetmenler kuruluş personelinin eğitim gereksinimlerini saptıyor ve buna göre eğitim etkinlikleri düzenliyor mu?			
14. Gözetmenler, kuruluşta sunulan her bir CSÜS hizmeti için personelin güncel ve yazılı hizmet sunum rehberlerine sahip olmalarını ve buna uymalarını sağlıyor mu?			
15. Gözetmenler, kuruluş içinde değişik birimlerdeki personelin bilgi ve deneyimlerini paylaşmalarını ve kurum içinde konsültasyon hizmetleri için bir sistem oluşturulmasını destekliyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
16 Gözetmenler hizmet kalitesini korumak ve geliştirmek üzere kuruluşun tüm birimlerini (danışmanlık, tıbbi işlemler ve enfeksiyonu önleme uygulamaları dahil) izleyerek yapıcı geribildirimler veriyor mu?			
17. Personel ile kuruluştaki diğer bölümlerdeki personel ve destek personel (idari, sekreterlik, temizlik, güvenlik personeli) arasında bir iletişim ve işbirliği var mı?			
18. Kuruluş personeli ile sağlık hizmetlerini destekleyen toplum gönüllüleri arasında bir iletişim ve işbirliği var mı?			
19. Kuruluşun, bir sağlık sorununu çözemediğinde kullanabileceği işleyen bir sevk sistemi var mı?			
20. Gözetmen, kuruluştaki sunulan bütün CSÜS hizmetlerinde aşağıdaki işlevlerin yerine getirilmesi için bir izleme değerlendirme sistemi oluşturmuş mu?			
a. CSÜS danışmanlığı hizmeti verme			
b. Yatan (hasta) ve ayaktan başvuranlara sağlık eğitimi yapma			
c. Diğer bölümler, servisler ve kurumlarla hizmet ve sevklerin eşgüdümünü sağlama			
d. Kayıtları dosyalama ve saklama			
e. Kalite iyileştirme etkinliklerini düzenleme			
f. Toplumla/ halkla ilişkileri sürdürme			
21. Gözetmen, personel ile birlikte çalışarak kuruluşun aşağıdakilere sahip olmasını sağlıyor mu?			
a. Güvenli, işlev görür durumda aletler ve gereçler			
b. Yeterli alt yapı			
22. Gözetmen, kuruluşa başvuranların memnuniyetini değerlendiren bir sistemin yerleşmesini sağlıyor mu?			
23. Gözetmenler hizmet sunum rehberlerindeki güncelleştirmeleri personele zamanında iletiyor mu?			
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:			
24.			
25.			
26.			

Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir:

Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

9- Personelin Bilgilenme, Eğitim ve Gelişim Gereksinimi

Personel, hizmet sunduğu alanla ilgili bilgi ve becerilerini güncel durumda tutabilmek ve sunduğu hizmetin kalitesini sürekli olarak geliştirebilmek için bilgi, beceri, kesintisiz eğitim ve mesleki gelişme olanaklarına gereksinim duyar.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki bütün bölümleri temsil eden ekiple birlikte değerlendirilmelidir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Bütün personel aşağıdaki konularda hizmete başlamadan önce ve hizmet sırasında uyum ve tazeleme eğitimleri alıyor mu?			
a. Kaliteli hizmet vermenin gerekliliği			
b. Toplum ve bölgeyi tanıma			
c. Kurulusta verilen sağlık hizmetleri			
d. Kuruluşun sağlık yönetim bilgi sistemi (kayıt, istatistik ve bildirim sistemi)			
e. Genel hijyen ve enfeksiyondan korunma			
2. İlgili hizmet alanında çalışan personel aşağıdaki konularda hizmete başlamadan önce ve hizmet sırasında uyum ve tazeleme eğitimi alıyor mu?			
a. Hizmet Standartları Uygulaması ve Kalite İyileştirme			
b. Üreme sisteminin yapı ve işlevi			
c. CSÜS danışmanlığı (tüm gruplar için)			
d. Gebelik öncesi bakım hizmetleri			
e. Doğum öncesi bakım hizmetleri			
f. Doğum hizmetleri (partograf kullanımı)			
g. Doğum sonrası ve yenidoğan bakım hizmetleri			
h. Acil obstetrik bakım hizmetleri			
i. Aile planlaması hizmetleri			
j. Gebeliğin sonlandırılması hizmetleri			
k. İnfertilite (kısırlık) hizmetleri			
l. CYBE- HIV/AIDS'in korunma yolları, tanı ve tedavi hizmetleri			
m. Gençlere yönelik CSÜS hizmetleri			
n. Jinekolojik sorunlar ile ilgili tanı ve tedavi (servikal kanser taraması dahil) hizmetleri			
o. Menopoz ile ilgili hizmetler			
a. Erkeklerin CSÜS hizmetleri			
b. Diğer koruyucu sağlık hizmetleri (kendi kendine meme muayenesi vb.)			
c. Laboratuvar hizmetleri			
3. Kurulusta bu konularda planlanmış yıllık bir hizmet-içi eğitim programı var mı?			

Standart	Evet	Hayır	Not
4. Bütün sağlık personeli hizmet sunumunda gerekli standartlar ve işlemler konusunda eğitilmiş ve uygulama konusunda kendilerini hazır hissediyor mu?			
5. Personel sunulan tüm hizmetler hakkında güncel kaynak kitap, rehber, çizelge, poster ve diğer gereçlere ulaşabiliyor mu?			
6. Personel, kuruluştaki sunulan CSÜS hizmetlerinin her biri için güncel hizmet sunum rehberine sahip mi ve rehber kapsamını biliyor mu?			
7. Personel kendilerinin ve çalışma arkadaşlarının eğitim ihtiyaçlarının saptanması ile ilgili etkinliklere katılıyor mu?			
8. Personel, aşağıdaki toplum gruplarından başvuranlara CSÜS eğitimi ve danışmanlığı yapmak üzere gerekli bilgiye sahip mi?			
a. Gençler (10-24 yaş grubu erkek ve kadın)			
b. Tüm yaştaki kadınlar			
c. Tüm yaştaki erkekler			
d. CYBE-HIV/AIDS hizmetleri için başvuranlar			
e. Gebe kalmaya karar verip gebelik öncesi dönemde bulunanlar			
f. Düşük müdahalesi için başvuranlar			
g. Gebeler			
h. Lohusalar			
i. Emziren kadınlar			
j. Perimenopoz dönemindeki kadınlar			
k. Engelliler			
l. Değişik toplumsal ve kültürel özellik taşıyan gruplar			
m. Farklı cinsel davranış uygulamalarında bulunan kişiler			
n. Cinsel ya da hane/ aile içi şiddete maruz kalanlar			
9. Başvuranlara danışmanlık sırasında tıbbi işlemleri anlatan personel bu işlemleri daha önce uygulamış veya gözlemlemiş mi?			
10. Personel, hastaları kendi uzmanlık alanlarının dışındaki bilgilendirme ve hizmetler için nereye ve nasıl sevk edeceğini biliyor mu?			
11. Klinik personel ve diğer personelin teknik becerileri düzenli olarak değerlendirilerek bilgi ve becerileri geliştiriliyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not	
12. Personel komplikasyonlar, bildirimi zorunlu hastalıklar ve ölüm bildirimleri dahil kayıt tutma ve bildirimde bulunma konusunda eğitiliyor mu?				
13. Doğumhanede doğum yaptıran personel partograf (doğum eylemini izleme çizelgesi) kullanıyor mu?				
14. Personel, sunumunda özel bilgi ve beceri gerektiren kontraseptif yöntemleri (RİA, derialtı implantları, enjekte edilen kontraseptifler, tüp ligasyonu ve vazektomi) protokollere uygun olarak sunabiliyor mu?				
15. Personel CYBE-HIV/AIDS için aşağıdaki uygulamaları yapıyor mu?				
a. Protokolleri kullanılarak risk değerlendirme				
b. Tanı				
c. Tedavi ya da sevk				
16. Personel serviks kanseri taraması için eğitilmiş mi ve bu işlemi yapabiliyor mu?				
17. Laboratuvar personeli uygulayacakları tanı testleri için eğitilmiş mi ve bu işlemleri yapabiliyor mu?				
18. Personel, başvuruların zararlı alışkanlıkları sonucu gelişen sağlık sorunları konusunda yaklaşımda bulunabiliyor mu?				
19. Personel kaliteli hizmet sunabilmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşünüyor mu?				
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:				
20.				
21.				
22.				
Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir.				
Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

10- Personelin Malzeme, Araç/ Gereç ve Altyapı Gereksinimi

Personel, hizmetlerin kaliteli sunulmasını güvenceye bağlayacak biçimde, güvenilir, yeterli ve çalışır durumda alet, araç/ gereç ve malzeme stoğu ile fizik altyapıya gereksinim duymaktadır.

Aşağıdaki hizmet standartlarını değerlendiren sorular, kuruluştaki CSÜS hizmetlerini sunan personel (örneğin doktor ya da hemşire), varsa ameliyathane hemşiresi, ambar ve satın alma elemanları ve istem yapılacak malzeme ve bütçeyi belirleme yetkisinde olan elemanlarla birlikte değerlendirilmelidir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Kuruluştaki personelin, rahat, temiz ve ergonomik çalışma ve dinlenme mekanları var mı?			
2. Kuruluştaki su kesintisine karşı önlem alınıyor mu?			
3. Kuruluştaki elektrik kesintisine karşı önlem alınıyor mu?			
4. Kuruluştaki yeterli ısı kontrolü (ısınma ya da serinleme) sağlanıyor mu?			
5. Kuruluştaki muayene odaları, tıbbi işlem odaları, doğumhane ve ameliyathanede uygun aydınlatma sistemi var mı?			
6. Kuruluştaki hizmet saatleri boyunca acil nakil aracı var mı ve işler durumda mı?			
7. Kuruluştaki mevcut acil nakil aracı için iklim koşullarına uygun garaj var mı?			
8. Kuruluştaki geçmiş altı ay boyunca gerek duyulan bütün ilaç ve sarf malzemeleri (acil obstetrik bakım, kardiyo-pulmoner-resüsitasyon vb için kullanılan) var mıydı?			
9. Kuruluştaki geçmiş altı ay boyunca gerek duyulan bütün alet donanımı var mıydı ve bunlar çalışır durumda mıydı?			
10. Depo personeli malzemelerin tüketiminde “İlk Giren-İlk Çıkar” kuralına uyuyor veya stokta bulunan son kullanma tarihli bütün ilaç ve kontraseptifler son kullanım tarihlerine göre tüketiliyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
11. Malzemeler için yeniden istemde bulunma zamanının bilinmesine yardımcı olmak üzere kuruluştaki envanter tutuluyor mu?			
12. Kuruluştaki yeni malzemelerin süratle elde edilebileceği bir sistem var mı?			
13. İlaç ve diğer malzemeler güvenli ortamda, güvenli bir şekilde (örneğin su ve sıcaktan uzakta) saklanıyor mu?			
14. Kuruluştaki araç/ gereç ve aletlerin temini, saklanması ve onarımı konusunda bir sistem var mı?			
15. Muayene ve tıbbi işlem odalarında el yıkama için lavabo mevcut mu?			
16. El yıkama ve alet temizleme için iki ayrı lavabo mevcut mu?			
17. Her muayene odası, tıbbi işlem odası ve ameliyathanede binde 5'lik klor solüsyonu, yeterli kova, kap ve su var mı?			
18. Keskin cisimler ve diğer tıbbi atıkların toplanma ve uzaklaştırılması için bir sistem var mı?			
19. Sterilizasyon ve/ veya yüksek düzeyde dezenfeksiyon için işler durumda yeterli donatı ve malzeme var mı?			
20. Yeterli miktarda eldiven, enjektör ve antiseptik solüsyonlar var mı?			
21. Kuruluştaki aşağıdaki testler uygulanıyorsa mevcut malzemeler; numunelerin saklanması, numunelerin analiz edilmesi ve taşınması, testlerin uygulanması için yeterli mi?			
a. Hemogloblin/ hematokrit			
b. İdrar tahlili (mikroskopik, test çubuğu)			
c. Gebelik testleri			
d. Pap smear			
e. Sperm analizi			
f. HIV testleri			
g. Gram boyama			

Standart	Evet	Hayır	Not	
h. Serum fizyolojik / KOH taze preparat (mantar enfeksiyonu tanısı için vb.)				
i. Diğer CYBE ve GYE testleri				
22. Kuruluşun bütün alanlarında (hasta bekleme yeri, tıbbi işlem odaları ve servisler dahil) uygun ve yeterli mobilya var mı ve bunlar temiz ve sağlam mı?				
23. Kuruluşta, ihtiyaç duyulan sağlık eğitim materyali (anatomik model, görsel-işitsel araç ve malzeme vb.) isteminde bulunmak üzere bir sistem var mı?				
24. Sunulan her CSÜS hizmeti için, uygun BEİ materyali (örn. poster, broşür ve modeller) var mı ve bunlar dağıtılmakta ve sergilenmekte mi?				
25. CSÜS hizmet sunumuna yardımcı olacak teknik eğitim malzemeleri (örneğin duvara asılan uygulama teknikleriyle ilgili çizelge, flipchart vb) var mı?				
26. Kuruluşta tüm bu eğitim malzemelerinin saklanabileceği, yeterli ve kolayca ulaşılacak yer var mı?				
27. Kuruluşta yangın söndürme sisteminin işlerlik denetimi düzenli olarak (altı ayda bir kez kontrol ve yılda bir kez gaz dolumu) yapılıyor mu?				
Soru listesinde bulunmayan, ancak tarafınızdan önemli görülen (bu başlıkla ilgili) diğer hizmet standardı soruları:				
28.				
29.				
30.				
<i>Listedeki standartlardan herhangi birinde saptanan problem aşağıdaki biçimde (Eylem Planı örneğinde olduğu gibi) incelenmektedir:</i>				
Problem	Neden(ler)	Öneri (Etkinlik)	Kim tarafından	Ne zaman

EK 2 - HİZMET ALAN KAYIT İNCELEME FORMU

Rastgele seçilen hizmet alan kayıtları incelenerek bilgilerin tam olarak girilip girilmediğini kontrol edilir:

- Her hasta kaydı için "İncelenen Kayıt" sütunundaki bilgiler aranır. Eğer ilgili bilgiler kayıta varsa (✓), yoksa (X) işareti konur.
- On hizmet alan kaydı, formdaki her madde ile karşılaştırıldıktan sonra (✓) işaretlerinin sayısı çıkarılır ve formdaki bütün maddelerin kaydedilip kaydedilmediği kontrol edilir.
- Personel bilginin doğruluğunu değil, mevcut olup olmadığını kontrol etmelidir.

Form doldurulduktan sonra tamam olmayan kayıtlar belirlenip eksik bırakılma nedenleri araştırılmalıdır. Kayıtlarla ilgili sorun varsa çözümler tartışılmalı ve Eylem Planı'na konulmalıdır.

Birim: _____	Tarih: _____										
Değerlendiren: _____											
(Rastgele 10 kayıt seçiniz)											
İncelenen Kayıt	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Toplam
1. Hizmet alan kimlik bilgileri kayıt edilmiş											
2. Ziyaret tarihi kayıt edilmiş											
3. Ziyaret nedeni kayıt edilmiş											
4. Tıbbi öykü kayıt edilmiş											
5. Üreme sağlığı öyküsü kayıt edilmiş											
6. Genel fizik muayene yapılmış											
7. Hizmet alanın şikayet ve bulguları kayıt edilmiş											
8. Herhangi bir reçete veya tedavi verildiyse kayıt edilmiş											
9. İzlem planları kayıt edilmiş											
10. Personel imzaları mevcut											
11. Kayıtlar okunaklı											

Gözden geçirilen kayıtlarla ilgili yorumlar:

EK 3 - HİZMET ALAN GÖRÜŞME FORMU

Kuruluş: _____

Tarih: _____

Görüşmecisi: _____

Görüşme No: _____

Görüşmeci için not: Koyu karakterlerle yazılmış soruları sorunuz. Hizmet alanların cevap verdiklerine (✓) işareti koyunuz. Fazladan alacağınız notlar için boşlukları kullanınız.

Hizmet alan kişiyi karşılayınız ve kendinizi tanıtırız:

Benim adım _____ ve Sağlık Bakanlığı'nda çalışıyorum. Bu kuruluşa başvuran kişilere sunulan hizmetlerin daha iyi verilmesi, geliştirilmesi için çalışıyoruz. Nelerin iyi yapıldığı ve nelerin geliştirilmesi gerektiği konusunda samimi fikirlerinize ihtiyacımız var. Bu görüşme özel ve gizli kalacaktır. İstemediğiniz soruları cevaplamayabilirsiniz. İstemezseniz sizinle görüşme de yapmayız. Görüşme yaklaşık 10 dakika sürecek. Düşünceleriniz bizim için gerçekten önemli. Şimdi, sorularımıza geçebilir miyim?

1. Hizmet alanın kuruluşu İlk ziyareti ... ☐ İzlem ziyareti ... ☐2. Kadın ☐ Erkek ☐

3. Bugün buraya hangi hizmetleri almak için geldiniz?

- a. Doğum öncesi bakım ☐
- b. Doğum eylemi ve doğum (Normal) ☐
- c. Doğum eylemi ve doğum (Sezaryen) ☐
- d. Doğum sonrası bakım (Loğusa) ☐
- e. Yenidoğan (normal izlem) ☐
- f. Yenidoğan (hastalık) ☐
- g. Bebek (normal izlem) ☐
- h. Bebek (hastalık) ☐
- i. Çocuk (hastalık) ☐
- j. Aile planlaması ☐
- k. Düşük ☐
- l. Düşük sonrası bakım ve tedavi ☐
- m. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) dahil Genital yol enfeksiyonları (GYE) ☐
- n. HIV ☐
- o. Jinekolojik hizmetler ☐
- p. Erkek üreme sağlığı hizmetleri ☐
- q. İnfertilite ☐
- r. Diğer: _____

4. Almak istediğiniz hizmetleri aldınız mı?

Evet ☐ Hayır ☐

("Hayır"sa: Neden? Ne oldu?) _____

5. Hizmeti hangi sağlık personelinden aldınız?

- a. Doktor ☐
- b. Hemşire ☐
- c. Ebe ☐
- d. Bilmiyorum ☐
- e. Diğer (Açıklayınız) ☐

6. Bugün sağlık personeli ile görüşmek için ne kadar beklediniz? _____**7. Bu bekleme süresi sizin için normal mi?**

Evet ☐ Hayır ☐

“Hayır”sa: **Sizin için ideal bekleme süresi ne kadar olmalı?** _____

8. Beklerken ne yaptınız?

9. Bugün size herhangi bir bilgi verildi mi?

Evet ☐ Hayır ☐

“Evet”se: **Ne tür bilgiler verildi (Söylediği her şeyi işaretleyiniz)**

- a. Doğum öncesi bakım ☐
- b. Doğum eylemi ve doğum (Normal) ☐
- c. Doğum eylemi ve doğum (Sezaryen) ☐
- d. Doğum sonrası bakım (Loğusa) ☐
- e. Yenidoğan (normal izlem) ☐
- f. Yenidoğan (hastalık) ☐
- g. Bebek (normal izlem) ☐
- h. Bebek (hastalık) ☐
- i. Çocuk (hastalık) ☐
- j. Aile planlaması ☐
- k. Düşük ☐
- l. Düşük sonrası bakım ve tedavi ☐
- m. Cinsel yolla bulaşan enfeksiyonlar (CYBE) dahil
Genital yol enfeksiyonları (GYE) ☐
- n. HIV ☐
- o. Jinekolojik hizmetler ☐
- p. Erkek üreme sağlığı hizmetleri ☐
- q. İnfertilite ☐
- r. Diğer: ☐

10. Size bu bilgileri kim/hangi sağlık personeli verdi?

- a. Doktor ☐
- b. Hemşire ☐
- c. Ebe ☐
- d. Bilmiyorum ☐
- e. Diğer (Açıklayınız) ☐

11. Size verilen bilgiler açık ve anlaşılır mıydı?Evet ☐Hayır ☐**12. Anlayamadığınız konular hakkında sorular sorabildiniz mi?**Evet ☐Hayır ☐

Açıklayınız: _____

13. Sorduğunuz soruların karşılığını aldınız mı?Evet ☐Hayır ☐

Açıklayınız: _____

14. Size verilen bilgi sizin ihtiyacınızı karşıladı mı?Evet ☐Hayır ☐

Açıklayınız: _____

15. Hizmet sunan sağlık personeliyle ihtiyaçlarınızı görüşebilecek kadar yeterli zaman geçirebildiniz mi?Evet ☐Hayır ☐

Ne kadar zaman geçirdiniz? _____

16. Personel size saygılı davrandı mı?Evet ☐Hayır ☐**17. Personel ile yaptığınız görüşme / muayene rahat ve mahremiyete önem verilen bir ortamda mı gerçekleşti?**Evet ☐Hayır ☐

Açıklayınız: _____

18. Görüşme veya muayene sırasında düşüncelerinizi sağlık personeline rahatlıkla söyleyebildiniz mi ?Evet ☐Hayır ☐

Açıklayınız: _____

19. Bugün aldığınız hizmetler için para ödemeniz istendi mi?Evet ☐Hayır ☐**20. Eğer sağlık güvencesi (Emekli Sandığı, Sigorta, Bağ-Kur ve Yeşil Kart) yoksa bu çevredeki insanların çoğu bu kuruluşun talep ettiği ücretleri karşılayabilecek durumda mıdır?**Evet ☐Hayır ☐

Açıklayınız: _____

21. Ücreti ödeyemediği için buraya gelemeyen kişiler ne yapıyorlar, nereye gidiyorlar?

Açıklayınız: _____

22. Ailenizden, dostlarınızdan veya başkalarından kuruluşumuzdaki hizmetlerin kalitesi konusunda ne duyduunuz?

Açıklayınız: _____

Görüşmeyi yapana not: Eğer bu hizmet alıcının kuruluşu ilk gelişi ise, 26. soruya geçiniz. Önceden de gelmişse aşağıdan devam ediniz.

23. [Önceden gelmiş olanlar için] Buraya ilk kez ne zaman geldiniz?

24. [Önceden gelmiş olanlar için] Buraya ilk geldiğinizden bu yana hizmetlerin kalitesi arttı mı, aynı mı kaldı, yoksa azaldı mı?

- a. Gelişti ☐
- b. Aynı ☐
- c. Azaldı ☐

25. [Önceden gelmiş olanlar için] Hizmetlerin kalitesinin artması / azalması için ne gibi değişiklikler yapıldı?

- a. Kalitenin ARTMASI için yapılanlar: _____

- b. Kalitenin AZALMASI için yapılanlar: _____

26. Bu kuruluştaki en BEĞENDİĞİNİZ şey(ler) nedir? Neden?

27. Bu kuruluştaki en BEĞENMEDİĞİNİZ şey(ler) nedir? Neden?

28. Bu kuruluştaki hizmetleri geliştirmek için yapılabileceğini düşündüğünüz bir şey(ler) var mı?

Ayrılmadan önce sormak istediğiniz herhangi bir soru varsa yanıtlamaktan memnuniyet duyarım. Sizi kaygılandıran veya yardımcı olabileceğim bir şey var mı?

Yardıminız ve değerli görüşleriniz için teşekkürler.

Hizmet Alan Görüşmelerinde Belirtilen Sorunlar

Sorun	Neden(ler)	Öneriler	Kim Tarafından İzlenecek	Ne zaman Tamanlanacak

EK 4 - EYLEM PLANI FORMU

SORUN(LAR)	NEDEN(LER)	ÖNERİLER	KİM TARAFINDAN İZLENECEK	NE ZAMAN TAMAM- LANACAK

EK 5 - YÖNETİCİ BİLGİ NOTU

CİNSEL SAĞLIK VE ÜREME SAĞLIĞI HİZMET STANDARTLARININ UYGULANMASI VE KALİTENİN İYİLEŞTİRİLMESİ

Türkiye Üreme Sağlığı Programı

Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanlığı ve Avrupa Komisyonu arasındaki anlaşma uyarınca, 2003-2006 yılları arasında, kadınlar ve gençler başta olmak üzere Türkiye nüfusunun cinsel sağlık ve üreme sağlığını iyileştirmeyi ve hizmetlerden yararlanmayı artırmayı amaçlayan Türkiye Üreme Sağlığı Programı (TÜSP) uygulamaya konmuştur. Programla kurumsal altyapı ve insangücü kapasitesi güçlendirilirken, hizmet kalitesi geliştirilmekte ve sivil toplum kuruluşları bu süreci desteklemek üzere projeler yürütmektedir.

Önceki yılların verileriyle karşılaştırılan 2003 Türkiye Nüfus ve Sağlık Araştırması, ülke genelinde üreme sağlığı hizmetlerinde gelişmeler kaydedildiğini göstermekle birlikte, bölgeler arası eşitsizliğe dikkat çekmektedir. Bebek ölüm hızı bin canlı doğumda Batı'da 22 iken, Doğu'da 41'dir. Sağlık personeli yardımıyla doğum yüzdesi Batı'da 95 iken, Doğu'da 60'tır. Doğurgan çağıdaki kadın başına toplam çocuk sayısını veren toplam doğurganlık hızı Batı'da 1,9 iken, Doğu'da 3,7'dir. Doğurgan çağıdaki kadınların etkili modern yöntemle gebelikten korunma yüzdesi Batı'da 46 iken, Doğu'da 31'dir. Benzer eşitsizlikler kent ve kırsal nüfusu arasında da bulunmaktadır.

Ülke sağlık verilerini, 1994 Kahire Uluslararası Nüfus ve Kalkınma Konferansı kararlarını ve 1998 Kadın Sağlığı ve Aile Planlaması Ulusal Stratejik Eylem Planı'nı temel alan TÜSP, acil obstetrik bakımı (AOB) dahil olmak üzere güvenli annelik, aile planlaması, CYBE-HIV/AIDS ve gençlere yönelik cinsel sağlık üreme sağlığı konuları ile **CSÜS Hizmet Çerçevesi**'nin kesişen konuları (*politika geliştirme, yönetim, kalitenin sağlanması, savunuculuk, davranış değişikliği iletişimi, enfeksiyonun önlenmesi, toplumsal cinsiyet*) müdahale alanları olarak belirlemiştir.

Program çalışmaları 34 ili kapsamaktadır. Hizmet gereksiniminin yüksek olduğu Ağrı, Ardahan, Artvin, Erzurum, Kars ve Iğdır illeri programın öncelikli uygulama bölgesi olarak seçilmiş ve bu illere teknik destek vermesi amacıyla Erzurum'da Saha Ofisi kurulmuştur.

CSÜS Hizmet Çerçevesi

2004 yılı ilk yarısında, ülke gereksinimleri ve uluslararası standartlar dikkate alınarak ulusal uzmanların katılımıyla Cinsel Sağlık ve Üreme Sağlığı (CSÜS) Hizmet Çerçevesi hazırlanmıştır. Hizmet Çerçevesi'nde sıralanan temel müdahale alanlarında özellikle birinci basamak hizmetlere ağırlık verilerek, sunulması gereken temel hizmet etkinlikleri tek tek sıralanmış; bu hizmetlerin sunulabilmesi için hangi tür sağlık personelinin ne tür bilgi, tutum ve becerilere sahip olması gerektiği belirlenmiştir. Böylece, her düzeydeki yönetici ve uygulayıcıya çalışmalarında hedef alabilecekleri; hizmet performansını, kalite standartlarını, hizmetlere ulaşım ve yararlanmayı geliştirebilecekleri üzerinde fikir birliğine varılan bir yapı oluşturulmuştur.

CSÜS Hizmet Standartları Uygulaması (HSU)

CSÜS Hizmet Çerçevesi'nin hazırlanmasından bir sonraki adım olarak 2004 yılı ikinci yarısında, uluslararası standartların ülkemiz koşulları dikkate alınarak düzenlenmesiyle CSÜS Hizmet Standartlarını içeren "HSU Öz-Değerlendirme Rehberi" geliştirilmiştir. HSU Öz-Değerlendirme Rehberi; hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri çerçevesinde düzenlenmiş sorulardan oluşan **standartlar listesi**dir. On bölümden oluşan HSU Öz-Değerlendirme Rehberi'nin ilk yedi bölümünde hizmet alan hakları, son üç bölümünde ise personel gereksinimleri ile ilgili sorular vardır. **Sorular; en iyi uygulamaları tanımlamakta olup ulaşılması beklenen hedeflerdir.** Hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri çerçevesinde sıralanan CSÜS standartları,

CSÜS Hizmet Çerçevesi'nde olduğu gibi, Türkiye Üreme Sağlığı Programındaki öncelikli müdahale alanlarını kapsamaktadır.

HSU Öz-Değerlendirme Rehberi HSU sürecinin kalbidir. Rehber, personelin ve gözetmenlerin iyi yapılan işleri ve hizmetlerdeki eksiklikleri ve bunların çözüm önerilerini belirlemeleri için yönlendiren bir araç olarak da kullanılmaktadır. Standartları içeren Öz-Değerlendirme Rehberi, pek çok kuruluştaki görülen ortak sorunlarla ilgili düşünme, bunları gözden geçirme ve sunulan hizmetleri iyileştirme konusunda personeli yönlendirir. HSU Öz-Değerlendirme Rehberi kullanılarak yapılan öz-değerlendirmede CSÜS gereksinim ve hakları, bütüncül yaklaşımla, hizmet alan ve personelin çevresindeki toplumsal (ekonomik, kültürel, hukuksal vb) belirleyicilerle birlikte değerlendirilmektedir.

Hizmet standartları, hizmetlerdeki yüksek kaliteyi ve en iyi uygulamaları tanımlayan ve ulaşılması gereken hedeflerdir. Başlangıç aşamasında, birçok kuruluşun standartların tümünü tamamen karşılayamayacağı kabul edilmektedir. Bu anlamda hizmet standartlarının uygulanması kaliteyi iyileştirme paketi ve sürecinin bir parçasıdır.

Hizmet Kalitesi ve Kalite İyileştirme

Hizmet kalitesi, hizmet alanların gereksinimlerinin karşılanması ve hizmetlerin kabul edilen standart ve rehberlerle uyum içinde sunulmasıdır. Hizmet kalitesinin temel yaklaşımı, hizmet alanın gereksinimlerinin karşılanmasına odaklanmadır. Ancak, hizmet alanın gereksinim, hak ve memnuniyeti ile, personelin gereksinim, hak ve memnuniyeti, kalitenin birbirinden ayrılmaz iki yönü olduğundan, HSU insan-odaklı bir hizmet anlayışına temellenmektedir. Bu nedenle temel kalite stratejisi, gereksinimler temelinde hizmet alan odaklı ve personelin verimli çalışacağı koşulları oluşturmayı öngörmektedir. Bu gereksinimler karşılanıp hizmet alan ve sunanın memnuniyeti sağlandıkça hizmet kalitesi yükseltilmiş olacaktır.

Kalite iyileştirme süreci, hizmetlerin doğru biçimde sunulmasını ve bunun sürekli kılınmasını şart koşan çabalar bütünüdür. Kalitenin iyileştirilmesi çalışmalarıyla bir kuruluştaki hem hizmet alanların hem personelin sağlığı güvenceye bağlanmaktadır.

Kalite İyileştirme Çalışmalarının İlkeleri

CSÜS Hizmet Standartları Uygulaması ve Kalite İyileştirme çalışmaları modern yönetim ilkelerine dayanmaktadır. Bu ilkeler;

- Hizmet alanın gereksinimlerine odaklanmak ve bu gereksinimleri karşılamak,
- Kalite iyileştirme çalışmalarına bütün personelin ekip olarak katılımını ve sahiplenmesini sağlamak,
- Kalite yetersizliği sorunlarının kaynağını bireysel hatalardan çok sistem ve uygulama süreçlerinde aramak,
- Personelin kaliteli hizmet sunabilmesi için sürekli bilgi ve beceri gelişimini teşvik etmek üzere yöneticilerin kolaylaştırıcı rol oynamasını sağlamak,
- Personelin performansını yükseltmek ve hizmetler üzerindeki olumlu etkinin kalıcı olmasını sağlamak üzere sürekli kalite iyileştirme çalışmalarını uygulamaktır.

Hizmet Standartları Uygulaması

Sağlık Bakanlığı Ana-Çocuk Sağlığı ve Aile Planlaması Genel Müdürlüğü öncülüğünde ve İl Sağlık Müdürlüğü İl Program Birimi koordinatörlüğünde öncelikle hizmet standartlarını uygulayacak istekli, kapasiteli, öncü ve örnek olabilecek sağlık kuruluşları belirlenmektedir.

Bu kuruluşlarda HSU çalışmasının yürütülmesine destek vermek amacıyla seçilerek eğitilen **dış kolaylaştırıcılar** aşağıdaki görevleri yerine getirmektedirler;

- Kuruluşlarda HSU çalışmalarını tanıtmak ve başlatmak,
- Kuruluş içindeki iç kolaylaştırıcının seçimine, eğitimine ve HSU Komitesi'nin belirlenmesine yardımcı olmak,
- HSU'nun kuruluştaki yerleşmesini sağlamak,
- HSU sürecinde sorun saptama, sorun analizi ve alternatif çözümler geliştirme, eylem planlarını hazırlama ve uygulanmasını kolaylaştırmak,
- Sürekli ziyaretlerle kuruluşların çalışmalarını izlemek ve desteklemektir.

Kuruluşlarda ilk birkaç HSU çalışması dış kolaylaştırıcının desteği ile yapıldıktan sonra iç kolaylaştırıcının sorumluluğunda devam ederek süreklilik kazanmaktadır. HSU çalışmaları kuruluş düzeyinde ortalama üç ayda bir yapılan HSU çalışmaları (öz-değerlendirme yapma ve yeniden planlama şeklinde) yürütülmektedir.

HSU ile ilgili ilk pilot çalışma için Erzurum ve Kars illeri seçilmiş; HSU başlatan kuruluşlar deneyimlerini paylaşarak ve çalışmalarını il ve ülke düzeyinde tanıtarak sürecin yaygınlaştırılmasında model olmuşlardır. 2005-2006 dönemindeki bu pilot uygulama sonuçlarına göre HSU'nun yaygınlaştırılması Sağlık Bakanlığı'nca öngörülmüş ve 2006 yılında en az iki ilde daha başlatılmasına karar verilmiştir.

Uygulama Sürecinde Yaklaşım

HSU yaklaşımı, bir kuruluşun hizmet sunumundaki **güçlü yönlerinin katılımcı yaklaşımla** yönetici ve personel tarafından saptanması, bu temel üzerinde olumlu/ güçlü yönlerin korunup geliştirilmesi, geliştirilmesi gereken ve zayıf yönlerin, olumsuzlukların düzeltilmesi ve ortaklaşa belirlenen hedeflere ulaşılması için çalışmaların sürdürülmesi temeline dayanmaktadır.

HSU öncesindeki ilk adım kuruluşunun mevcut durumunun objektif bir şekilde tanımlanması ve analiz edilmesidir. Bu amaçla kolay ve Devlet Planlama Teşkilatının öngördüğü stratejik planlama yaklaşımının ilk (durum analizi) basamağında kullanılan yöntem olan SWOT analizi tekniği kullanılmaktadır. Bu durum analizi yöntemiyle; kuruluşun güçlü yönleri ve başarıları (*strengths*) saptanır ve kuruluşun kontrolünde bulunan bu olumlu değer ve durumlar, HSU çalışmasında sorun çözümünde **kaynak** ve **model/ örnek** olarak kullanılır. Kuruluşun geliştirilmesi gereken/ zayıf yönleri (*weaknesses*) saptanır ve kuruluş kontrolünde olan bu olumsuz değer ve durumlar, HSU çalışmasında **sorun** olarak saptanarak eylem planına alınır. Kuruluşun kontrolünde olmayan ancak iyi değerlendirildiğinde kuruluşu olumlu etkileyecek fırsatlar (*opportunities*), HSU çalışmasında **kaynak** olarak kullanılır. Kuruluş kontrolünde olmayan ancak varlığı ile kuruluşu olumsuz etkileyecek engeller (*threats*) HSU çalışmasında iyi bir şekilde tanımlanır ve gerekli önlemlerin alınmasıyla kuruluşa vereceği zararların en aza indirilmesi sağlanır.

Kuruluşun kendini değerlendirmesi personeli motive etmekte, sahiplenme ve sorumluluk duygusunu, girişim ve yaratıcılığı geliştirmektedir. Hizmet alanları ve personeli, hizmetin özelliklerini en yakından anlayan uzmanlar durumuna getirmektedir.

HSU Araçları

1. **HSU Öz-Değerlendirme Rehberi**, "CSÜS Hizmet Çerçevesi"ne dayalı olarak, dünya standartlarındaki hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri çerçevesinde düzenlenmiş sorulardan oluşan **standartlar listesi**dir. On bölümden oluşan HSU Öz-Değerlendirme Rehberinin ilk yedi bölümünde hizmet alan hakları, son üç bölümünde ise personel gereksinimleri ile ilgili sorular vardır. **Sorular; en iyi uygulamaları tanımlamakta olup ulaşılması beklenen hedeflerdir.**

2. **Hizmet Alan Kayıt İnceleme Formu:** Hizmet alanla ilgili kilit bilgilerin doğru ve tam olarak kayıtlara işlenip işlenmediğini belirlemede kullanılır.
3. **Hizmet Alanla Görüşme Formu:** Hizmet alanın hizmetlere ilişkin görüş ve beklentilerini saptamak için, hizmet alan hakları ve personel gereksinimleri ile ilgili sorulardan oluşan formdur.
4. **Eylem Planı:** Eylem planı, diğer HSU araçlarını kullanarak belirlenen sorunların çözümü konusunda personel tarafından geliştirilen yazılı bir plandır. Eylem planı hazırlanmasının aşamaları aşağıdaki gibidir;
 - a. Sorunun saptanması ve analiz edilerek kök nedenlerin belirlenmesi,
 - b. Sorunların kök nedenlerine göre çözümler/ önerilerin belirlenmesi,
 - c. Çözümler/ önerilerin uygulanması, hayata geçirilmesinin izlenmesi için sorumlu personelin belirlenmesi,
 - d. Çözümler/ önerilerin tamamlanma tarihinin belirlenmesidir.

Uygulama Aşamaları

HSU ve kalite iyileştirme kesintisiz bir süreçtir. Dört temel evre bir gelişme döngüsü biçiminde birbirini sürekli izlemektedir. Bunlar;

- Bilgi toplama ve analiz,
- Sorunların önceliklendirilmesi (çözümü acil, kolay, ortak ve içsel oluşlarına göre), hangi çözümlerin kim tarafından izleneceği ve ne zaman tamamlanacağını belirten eylem planının hazırlanması,
- Eylem planının uygulanması,
- İzleme ve değerlendirme.

Bundan sonra gelinen yeni durumla ilgili olarak ilk evreye yeniden başlanmaktadır. HSU çalışmaları düzenli aralıklarla (tercihen 3 ayda bir) tekrarlanmakta ve sağlanan gelişme belirlenmektedir.

Uygulama Sürecinde Yöneticilerin Rolü

HSU ve kalitenin iyileştirme sürecinin başarılı olmasının temel ve kesin koşulu kuruluş yöneticilerinin bu çalışmalara inanması, zaman ayırması, samimiyetle desteklemesi, teşvik etmesi ve sürekli izlemesidir.

Yöneticiler;

- İlin ve/veya bölgenin öncelikleri doğrultusunda kuruluşa hedefler koymalı,
- Kalite iyileştirme için liderlik etmeli, ekibi yönlendirilmeli ve desteklemeli,
- Güven verici bir çalışma ortamı yaratmalı,
- Personelin yönetim, bilgilenme, eğitim ve mesleki gelişme; malzeme, araç-gereç ve altyapı gereksinimlerini il yönetimi kaynaklarını da kullanarak karşılamalı,
- Kuruluş yöneticileri, HSU ve kalite iyileştirme sürecini desteklediklerini çalışan personele açıkça iletmeli,
- Kuruluş yöneticisi, HSU çalışmalarına doğrudan katılmalı ancak baskın olmamalı; gerçekçi olmalı ve HSU sürecinin denetim değil öz-değerlendirme olduğuna inanarak davranmalı,
- Başta kuruluş yöneticisi olmak üzere değişik düzeydeki yöneticiler, oluşturulan eylem planlarındaki önerilerin uygulanmasına yardımcı olmalıdırlar.

**CİNSEL SAĞLIK/ ÜREME SAĞLIĞI HİZMET STANDARTLARI
HİZMET ALAN HAKLARI VE PERSONEL GEREKSİNİMLERİ****A. Hizmet Alan Hakları**

Bilme Hakkı: Hizmet için başvuranların üreme sağlığı, cinsel sağlık ve genel olarak sağlık konusunda doğru, gereksinimleri için uygun, açık ve anlaşılır bilgiye sahip olma hakları vardır. Hizmet için başvuranlar gereksinim duydukları bilgileri, hizmet sunum biriminin her kısmında kolayca alabilmeli ve bilgi veren materyalleri kullanabilecekleri biçimde bulabilmelidirler.

Hizmetlere Ulaşma Hakkı: CSÜS hizmetlerine gereksinim duyanların, bu hizmetlere herhangi bir nedenle engellenmeden tam olarak ulaşma hakları vardır. Bunun için hizmetlerin maliyeti karşılanabilir olmalıdır. Hizmetler başvuranlar için uygun saatlerde, uzak olmayan ve rahatça ulaşılacak yerlerde sunulmalıdır. Hizmetlere ulaşmada cins, yaş, evlilik durumu, doğurganlık, milliyet ya da etnik köken, sosyal sınıf, din ve cinsel tercih gibi konularda ayrımcılık, uygunsuz ayrıcalık koşulu ya da sosyal engel bulunması önlenmelidir..

Bilgilendirilmiş Seçim Hakkı: Başvuranlar, değişik seçeneklere, bilgiye ve kavramaya dayalı olarak istemlerine göre, iyi değerlendirilmiş kararlar verme hakkına sahiptirler. Bilgilendirilmiş seçim süreci, kişilerin daha iyi hizmet almak için sağlık kuruluşuna gelmeden toplum içinde bilgi almalarıyla başlar ve süreç boyunca devam eder. Personelin sorumluluğu, başvuranın bilgilendirilmiş seçim yaptığını kesinleştirmek ya da bilgilendirilmiş seçim yapabilmesi için kendisine yardımcı olmaktır..

Güvenli Hizmet Alma Hakkı: Hizmet alanlar güvenli hizmet alma hakkına sahiptir. Güvenli hizmet sağlanabilmesinin başlıca koşulları ise, personelin yeterli beceriye sahip bulunması, enfeksiyonu önleme konusuna dikkat edilmesi ve uygun/ etkili tıbbi uygulamalarda bulunulmasıdır. Güvenli hizmetler, aynı zamanda; hizmet sunum rehberlerinin tam kullanılması, kuruluş içinde kalite güvencesi mekanizmalarının çalıştırılması, hizmet alanlar için danışmanlık/ önerilerin sağlanması ve tıbbi/ cerrahi işlemlerle ilgili komplikasyonların saptanması ve yönetimi vb. konularda da koşulların yerine getirilmesi anlamına gelmektedir.. Hastanın güvenliğini sağlamada belirleyici olan ise, hizmet sunanın davranışlarıdır. Bu standart, özellikle personel davranışlarının önemini vurgulamaktadır.

Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulması Hakkı: Hizmet alanların hizmet sırasında mahremiyet ve kendileriyle ilgili bilgilerin saklı tutulması hakları vardır. Bu hakların kapsamına danışmanlık, fizik muayene ve klinik işlemler kadar; personelin hastanın tıbbi kayıtları ve diğer kişisel bilgileri üzerinde çalışması sırasındaki mahremiyet ve bilgilerin saklı tutulması da dahildir..

Saygı Görme, Rahatlık ve Görüş Bildirme Hakkı: Bütün hizmet alanlar saygı ve özenle ilgi görme hakkına sahiptirler. Hizmet sunanlar, işlemler sırasında hizmet alanların olabildiğince rahat etmelerini güvenceye bağlamalıdır. Hizmet alanlar, hizmet sunanlarınkinden farklı dahi olsa görüşlerini serbestçe belirtmeleri için teşvik edilmelidir..

Hizmet Sürekliliği Hakkı: Bütün hizmet alanlar, sağlıklarını koruyabilmek için gerekli olan hizmet, gereçler, sevk ve izlem sürekliliğinin sağlanması hakkına sahiptir..

B. Personel Gereksinimleri

Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi: Personel, gözetmen ve yöneticilerin kalite iyileştirilmesini teşvik ettikleri ve personele değer verdikleri destekleyici bir çalışma ortamında en iyi işlev görmektedir. Böyle bir gözetim personelin görevlerini daha iyi yapmasını sağlamakta ve böylece hizmet alanların gereksinimleri daha iyi karşılanmış olmaktadır..

Bilgi, Eğitim ve Gelişim Gereksinimi: Personel hizmet verdiği konudaki bilgi ve becerilerini güncel durumda tutabilmek ve sunduğu hizmetin kalitesini sürekli olarak geliştirebilmek için bilgi, beceri, kesintisiz eğitim ve mesleki gelişme olanaklarına gereksinim duymaktadır..

Malzeme, Araç/Gereç ve Altyapı Gereksinimi: Personel, hizmetlerin yüksek kalitede kesintisiz sunulmasını güvenceye bağlayacak biçimde, güvenilir, yeterli ve çalışır durumda alet, araç/ gereç, ve malzeme stoğu ile fizik alt yapıya gereksinim duymaktadır.

EK 6 - EYLEM PLANI İZLEM FORMU

Sağlık Kuruluşu: _____

Tarih: _____

Kolaylaştırıcı(lar): _____

SORUNLAR	NEDENLER	ÖNERİLER	DURUM	YORUMLAR

EK 7 - EYLEM PLANI ÖZET İZLEM FORMU

Sağlık Kuruluşu: _____

Tarih: _____

Kolaylaştırıcı(lar): _____

TARİH	EYLEM PLANI SAYISI	BELİRLENEN SORUN SAYISI	ÇÖZÜLEN SORUN SAYISI	KISMEN ÇÖZÜLEN SORUN SAYISI	ÇÖZÜLMİYEN SORUN SAYISI	NOT

EK 8 - HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI SAĞLIK İSTATİSTİKLERİ FORMU

Sağlık Kuruluşu: _____

İnceleyenler: _____ Tarih: _____

ANA SAĞLIĞI:		
Hizmet Alanlar		Toplam
15-49 Yaş Kadın	Gebe	
	Lohusa	
	Diğer	
	Toplam	

LABORATUVAR:		
Hizmet Alanlar	Tahlilin Türü	Toplam
15-49 Yaş Kadın	İdrar	
	Kan	
	Gebelik Testi	
	Diğer	
	Toplam	

AİLE PLANLAMASI:		
Yöntemler		Toplam
Hap	Yeni başlayan	
	Eski kullanıcı	
	Dağıtılan malzeme	
Kondom	Yeni başlayan	
	Eski kullanıcı	
	Dağıtılan malzeme	
Enjeksiyon	Yeni başlayan	
	Eski kullanıcı	
	Dağıtılan malzeme	
RIA	Yeni başlayan	
	Eski kullanıcı	
	Dağıtılan malzeme	
İnplant	Yeni başlayan	
	Eski kullanıcı	
	Dağıtılan malzeme	
Tüp Ligasyonu	Yeni başlayan	
	Eski kullanıcı	
Vazektomi	Yeni başlayan	
	Eski kullanıcı	
Gebelik Sonlandırma		

DOĞUMEVİ:		
Endikatörler		Sayı
Yatak Sayısı	Kadro	
	Mevcut	
Poliklinik Sayısı		
Servise Yatan Hasta Sayısı	Doğum	
	Jinekoloji	
	Bebek/Çocuk	
	Toplam	
Yapılan Doğumlar	Normal	
	Müdahaleli	
	Sezeryan	
	Toplam	
Doğan Bebek Sayısı	Canlı	
	Ölü	
	Toplam	
Düşükler	İsteyerek	
	Kendiliğinden	
Sevkerler	Gelen	
	Gönderilen	

EK 9 - KALİTE ÖLÇÜM ARACI

ÜREME SAĞLIĞI HİZMETLERİ

KALİTE ÖLÇÜM ARACI (KÖA)

(Yönetici, Gözetmen ve Personel için)

Ankara

Nisan 2006

KURUM HAKKINDA BİLGİ

Bu bilgi puanlamaya dahil edilmeyecektir; ancak zaman içerisindeki değişiklikleri izleyebilmek için, KÖA çalışmasının ne zaman yapıldığı ve kimlerin katıldığının kaydını tutmak yararlı olacaktır.

Kuruluş Adı:**Kuruluşun Çeşidi:**

(AÇSAP, Sağlık Ocağı, Hastane vb.)

İl:**İlçe :****KÖA Çalışmasının Tarihi:**

KÖA ile kuruluşun değerlendirilmesini yapan sağlık kuruluşu personeli ve dışarıdan katılanların listesi:

Sağlık Kuruluşu Personelinin	
Adı Soyadı	Görevi
Dışarıdan Katılan Kişilerin	
Adı Soyadı	Görevi

Yönerge: Sorular cevaplanırken, Sağlık Ocakları için “**Gebelik Sonlandırma Hizmetleri**” ile “**Ameliyathane ve Cerrahi İşlemler**”; AÇSAP Merkezleri için “**Doğum Hizmetleri**” bölümleriyle ilgili soruların cevabı **Not** sütununa “Geçersiz” olarak kaydedilecektir.

1 - Hizmet Alanın Bilme Hakkı

Hizmet için başvuranların üreme sağlığı, cinsel sağlık ve genel olarak sağlık konusunda doğru, gereksinimleri için uygun, açık ve anlaşılır bilgiye sahip olma hakları vardır. Hizmet için başvuranlar gereksinim duydukları bilgileri, hizmet sunum biriminin her kısmında kolayca alabilmeli ve bilgi veren materyalleri kullanabilecekleri biçimde bulabilmelidirler.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Başvuranlar temel CSÜS hizmetlerinden (doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, acil obstetrik bakım, yenidoğan bakımı, AP, gebelik sonlandırma, infertilite, CYBE-HIV/AIDS, menopoz, gençler ve erkeklerin CSÜS hizmetleri vb) hangilerinin kuruluş tarafından verildiği konusunda bilgilendiriliyor mu?			
2. Kuruluşa başvuranlar, kuruluştaki hangi CSÜS hizmetlerinin verildiğini, bunların yeri, saati ve ücretleri hakkındaki genel bilgileri kuruluştaki tüm personelden (danışma, güvenlik, temizlik görevlileri ve idari personel vb) alıyor mu?			
3. Kuruluştaki CSÜS hizmetlerinin verildiği yer, gün, saat ve ücretlere ilişkin bilgiler görünür şekilde asılı mı?			
4. Başvuranlar beklerken CSÜS konularında eğitim ve bilgi-eğitim-iletişim materyallerinden (poster, broşür, video vb) yararlanıyor mu?			
5. Kuruluşa başvuranlar CSÜS hakkındaki bilgileri “danışmanlık” ilkelerine uygun şekilde alıyor mu?			
6. Öncelik taşıyanlar başta olmak üzere tüm toplum grupları (<i>her yaşta kadın ve erkekler, gebelik ve doğum öncesi kadınlar, lohusalar, emzikliler, engelliler, farklı cinsel tercihi olanlar, şiddete maruz kalanlar vb</i>) AP dahil CSÜS konularında protokollere göre bilgi alıyor mu?			
7. Gebelik öncesi dönemde başvuranlar gebelikte risk faktörleri, genetik danışmanlığı, folik asit, beslenme vb. konularda bilgi alıyor mu?			
8. Doğum öncesi dönemde başvuranlar izlem, tehlike işaretleri, beslenme, demir ve folik asit desteği, tetanoz, bağışıklama vb. konularda bilgi alıyor mu?			
9. Kuruluştaki doğum eylemindeki kişiler, doğum eylemi sırasında ve sonrasında nelerle karşılaşabilecekleri ve bu konularda nereden hizmet alabilecekleri konularında bilgi alıyor mu?			
10. Doğum sonrasında lohusalar ve aile bireyleri doğum sonu annenin ve bebeğin normal bakımı ve tehlike işaretleri başta olmak üzere bu dönemdeki bakım ve izlem konularında gerekli bilgileri alıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
11. Eş ve aile üyeleri gebelik öncesi, gebelik, güvenli doğum ve doğum sonrası bakım konularında bilgileri alıyor mu?			
12. AP gereksinimi nedeniyle başvuranlar kendi kişisel durumlarına ve üreme istemlerine uygun korunma yöntemini seçebilmelerine yardımcı olacak şekilde, CYBE-HIV/AIDS konusu da dikkate alınarak, yöntem kullanımına ilişkin yeterli bilgileri alıyor mu?			
13. Cerrahi yöntemler (tüp ligasyonu ve vazektomi) için başvuranlar onam formu başta olmak üzere işlem öncesi, sırası ve sonrasında gerekli bilgileri alıyor mu?			
14. Tüp ligasyonu uygulandıktan sonra hastalar insizyon yerinin bakımı, tehlike işaretleri ve normal etkinliklere ne zaman döneleceği başta olmak üzere gerekli bilgileri alıyor mu?			
15. Vazektomi uygulandıktan sonra hastalar insizyon yerinin bakımı, tehlike işaretleri, girişim sonrası geçici süreyle korunma gereksinimi ve normal etkinliklere ne zaman döneleceği başta olmak üzere gerekli bilgileri alıyor mu?			
16. İstemli ya da istem dışı düşük nedeniyle kuruluşa başvuranlar müdahale öncesi; doğurganlığa dönüş, onam formu, müdahale ve tedavi konularında gerekli bilgileri alıyor mu?			
17. Düşük müdahalesi için başvuranlar tıbbi işlem ya da tedavi sonrasında, kuruluştan ayrılmadan önce; bakım, tehlike işaretleri ve doğurganlığa dönüş başta olmak üzere gerekli bilgileri alıyor mu?			
18. Tüm başvuranlar kuruluştaki mevcut bilgi-eğitim-iletişim materyalleriyle (afiş, poster, broşür vb) CYBE-HIV/AIDS'in bulaş yolları, korunma, tedavi vb. konularda gerekli bilgileri alıyor mu?			
19. CYBE-HIV/AIDS teşhisi konulanlar tedavi prosedürleri konusunda gerekli bilgileri alıyor mu?			
20. Başvuranlar servikal kanser tarama hizmetlerinin sunulduğu sağlık kuruluşları hakkında bilgi alıyor mu?			
21. Eğer kuruluştaki servikal kanser tarama hizmetleri sunuluyorsa, başvuranlar tedavi ve izlem olanakları konusunda bilgi alıyor mu?			
22. Kadınlar kendi kendine meme muayenesinin nasıl yapılacağı ve normal dışı durumlarda nereye başvuracakları konusunda bilgi alıyor mu?			
23. Erkekler yaş dönemlerine göre kendi kendine testis muayenesi yapabilme, prostat kanseri ve testis kanseri tarama, teşhis ve tedavi hizmetlerinin sunulduğu yerler konusunda bilgi alıyor mu?			
24. Kadınlar klimakteriyum (premenopoz, menopoz ve postmenopoz) döneminde beklenen değişiklikler ve yapılması gerekenler hakkında gerekli bilgileri alıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
25. İnfertilite (kısırlık) nedeniyle başvuranlar (kadın ve erkek) inceleme, tedavi, sevk vb. konularda gerekli bilgileri alıyor mu?			
26. Bütün başvuranlar hizmet bölgesinde (kültüre bağlı olarak) sık görülen sağlığı olumsuz etkileyen davranışlar konusunda (cinsiyet ayrımcılığı, kız çocukların beslenme ve sağlık bakımı gibi konularda ihmal edilmesi; doğum öncesi ve sonrası dönemde yetersiz bakım vb) bilgilendiriliyor mu?			
27. Başvuranlar, kuruluştan diğer CSÜS konuları (menstrüel hijyen, üreme sistemi hastalıkları, cinsellik, cinsel/ aile içi şiddet, üreme sağlığı ve doğurganlığı etkileyen faktörler vb) hakkında bilgi, danışmanlık ve gereğinde sevk hizmetleriyle ilgili bilgi alıyor mu?			
28. Kuruluş düzeyinde sağlanamayan CSÜS bilgileri için, başvuranlar uygun bir kuruluşa sevk konusunda bilgi alıyor mu?			

Bilme hakkı ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

“HİZMET ALANIN BİLME HAKKI” ile ilgili puan durumu:

- A. Son üç sayfada **“EVET”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- B. Son üç sayfada **“HAYIR”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- C. Toplam **“EVET”** ve **“HAYIR”** cevapları (A+B) _____
- D. Son üç sayfada **“Geçersiz”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____

2 - Hizmet Alanın Hizmetlere Ulaşma Hakkı

CSÜS hizmetlerine gereksinim duyanların, bu hizmetlere herhangi bir nedenle engellenmeden tam olarak ulaşma hakları vardır. Bunun için hizmetlerin maliyeti karşılanabilir olmalıdır. Hizmetler başvuranlar için uygun saatlerde, uzak olmayan ve rahatça ulaşılabilir yerlerde sunulmalıdır. Hizmetlere ulaşmada cins, yaş, evlilik durumu, doğurganlık, milliyet ya da etnik köken, sosyal sınıf, din ve cinsel tercih gibi konularda ayrımcılık, uygunsuz ayrıcalık koşulu ya da sosyal engel bulunması önlenmelidir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Başvuranlar temel CSÜS hizmetlerini (doğum öncesi, doğum ve doğum sonrası bakım, acil obstetrik bakım, yenidoğan bakımı, AP, gebelik sonlandırma, infertilite, CYBE-HIV/AIDS, menopoz, gençler ve erkeklerin CSÜS hizmetleri vb) kuruluşunuzdan alıyor mu?			
2. Başvuranlar temel CSÜS hizmetlerinin kuruluşunuzda verilir verilmeyişi ve kuruluş içinde verildiği yerleri tüm personelden öğrenebiliyor ve bu hizmetlere ulaşabilmeleri için yönlendiriliyor mu?			
3. Başvuranların bekleme süresini kısaltmak ve hizmet gereksinimlerini tam anlamıyla karşılayarak gereksiz gelişlerini azaltmak için gayret gösteriliyor mu?			
4. Çalışan kadın, erkek ve gençlerin kendi mesailerini aksatmaksızın kuruluşun CSÜS hizmetlerine ulaşması mümkün mü?			
5. Başvuranların acil CSÜS hizmetlerine günde 24 saat, haftada yedi gün kuruluşta ya da sevkle ulaşması mümkün mü?			
6. Kuruluşta görev yapan yeterli sayı ve nitelikte personel var mı?			
7. Başvuranlar uzaklık, ulaşım araçlarının güzergahı vb. açısından güçlük çekmeden kuruluşta geliyor mu?			
8. Başvuranlar evli olmama, ebeveyn ya da eş izni zorunluluğu vb. toplumsal /sosyal engellerden bağımsız olarak CSÜS hizmetlerine ulaşıyor mu?			
9. Bütün toplumsal grup ve bireyler (gençler, her yaştaki kadın ve erkekler, gebelik sonlandırma ve CYBE-HIV/AIDS hizmetlerine gereksinimi olanlar, gebeler, lohusalar, engelliler, farklı kültürel ve cinsel tercihi olanlar, cinsel/ aile içi şiddete maruz kalanlar vb) CSÜS bilgi, danışmanlık ve klinik hizmetlerine engellenmeden ulaşıyor mu?			
10. Başvuranlar kuruluşta doğum ve düşük sonu AP yöntemleri ve hizmetlerine ulaşıyor mu?			
11. Lohusa ve yenidoğan aynı zamanda hizmet alıyor mu? (Doğum sonrası izlemde anne AP, emzirme ve bebeğin aşılınması konusunda bilgi alıyor ve aynı başvuruda bebek de muayene ediliyor mu?)			

Standart	Evet	Hayır	Not
12. Başvuranlar, yaşamlarının değişik evreleri de dahil olmak üzere değişik gereksinimlerini karşılayacak çeşitlilikte gebeliği önleyici yöntemlere ulaşıyor mu?			
13. Başvuran kuruluştaki isteğine bağlı olarak bilgi, danışmanlık ve klinik uygulama dahil olmak üzere gebeliğin sonlandırılması hizmetlerine ulaşıyor mu?			
14. Düşük nedeniyle başvuran kadına kuruluştaki derhal müdahale ediliyor ya da sevk ediliyor mu?			
15. Kuruluşa başvuranlar ve eşleri kuruluştaki CYBE-HIV/AIDS ile ilgili; bilgi, danışmanlık, tarama, tanı ve tedavi hizmetlerini alıyor ya da hizmetler için sevk ediliyor mu?			
16. Bütün başvuranlar (erkek, kadın ve gençler) kuruluştaki ya da kuruluş dışında (resmi ve özel kuruluşlar) kondoma ücretsiz ulaşıyor mu?			
17. Üreme sistemi sorunlarıyla ilgili olarak sağlık kuruluşuna tarama, tanı ve tedavi hizmetleri için başvuranlar, bu hizmetleri alamıyorlarsa bir başka kuruluşa sevk ediliyor mu?			
18. İnfertilite (kısırlık) nedeniyle kuruluşa başvuranlar; bilgi, danışmanlık, tarama, tanı ve tedavi hizmetlerini alıyor mu?			
19. Başvuran ve eşi yukarıdaki infertilite (kısırlık) hizmetlerini kuruluştan alamıyorsa bu hizmetleri alabileceği bir başka sağlık kuruluşuna sevk ediliyor mu?			
20. Başvuranlara ziyaretlerini sonlandırmadan, kendileriyle ilgilenen personel tarafından başka bir hizmete gereksinimleri olup olmadığı soruluyor mu?			

Hizmetlere ulaşma ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

“HİZMET ALANIN HİZMETLERE ULAŞMA HAKKI” ile ilgili puan durumu:

- A. Son iki sayfada **“EVET”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- B. Son iki sayfada **“HAYIR”** olarak cevaplandırılan soruların _____
- C. Toplam **“EVET”** ve **“HAYIR”** cevapları (A+B) _____
- D. Son iki sayfada **“Geçersiz”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____

3 - Hizmet Alanın Bilgilendirilmiş Seçim Hakkı

Başvuranlar, değişik seçeneklere, bilgiye ve kavramaya dayalı olarak, istemlerine göre, iyi değerlendirilmiş kararlar verme hakkına sahiptirler. Personelin sorumluluğu, başvuranın bilgilendirilmiş seçim yaptığını kesinleştirmek ya da bilgilendirilmiş seçim yapabilmesi için kendisine yardımcı olmaktır.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Başvuranlar içinde bulundukları toplum ve ortama uygun olarak güvenli annelik, aile planlaması, CYBE-HIV/AIDS, gençlere yönelik CSÜS hizmetleri ve meme kanseri vb diğer CSÜS hizmetlerini alıyor mu?			
2. Başvuranlar hizmet sunan personelden soru sorma, tartışma, bilgilendirilmiş seçim yapma vb. iletişim ve danışmanlık becerileri kullanılarak hizmet alıyor mu?			
3. Başvuranlar CSÜS hizmeti konusunda karar verirken, eş ve aile bireylerinin de görüşlerini alma ve karar verme sürecine katılımları için sağlık personelinin öneri ve destek alıyor mu?			
4. Başvuranlar kullandığı AP yöntemini bırakmak istediğinde sağlık personeli kararlarına saygı göstererek nedenlerini tartışıyor, alternatif yöntemler ya da gebelik ile ilgili öneri ve destek alıyor mu ?			
5. AP için başvuranlar genel olarak seçtikleri yöntemi alabiliyor mu?			
6. Başvuranlar, belli kural ve mekanizmalar içinde, kuruluştaki bütün cerrahi işlem ve tedaviler için "Bilgilendirilmiş Onam" formunu imzalıyor ve bu form kişinin tıbbi kayıtlarının bir parçası olarak saklanıyor mu?			
7. Başvuranlar kuruluştaki sağlanamayan seçenekler için bu hizmetlerin sağlanabileceği başka bir bölüm ya da kuruluşa sevk ediliyor mu?			

Bilgilendirilmiş seçim ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

"HİZMET ALANLARIN BİLGİLENDİRİLMİŞ SEÇİM HAKKI" ile ilgili puan durumu:

- A. Bu sayfada **"EVET"** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- B. Bu sayfada **"HAYIR"** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- C. TOPLAM **"EVET"** VE **"HAYIR"** CEVAPLARI (A+B) _____
- D. Bu sayfada **"Geçersiz"** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____

4 - Hizmet Alanın Güvenli Hizmet Alma Hakkı

Hizmet alanlar güvenli hizmet alma hakkına sahiptir. Güvenli hizmet sağlanabilmesinin başlıca koşulları ise, personelin yeterli beceriye sahip bulunması, enfeksiyonu önleme konusuna dikkat edilmesi ve uygun/ etkili tıbbi uygulamalarda bulunulmasıdır. Güvenli hizmetler, aynı zamanda şu koşulların da yerine getirilmesi anlamına gelmektedir: hizmet sunum rehberlerinin tam kullanılması, kuruluş içinde kalite güvencesi mekanizmalarının çalıştırılması, hizmet alanlar için danışmanlık/ önerilerin sağlanması ve tıbbi/ cerrahi işlemlerle ilgili komplikasyonların (istenmeyen durumların) saptanması ve yönetimi. Hizmet alanın güvenliğini sağlamada belirleyici olan ise, personelin davranışlarıdır.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Kuruluşta sunulan her CSÜS hizmeti için personel güncel ve yazılı hizmet sunum rehberlerini (protokollerini) izliyor mu?			
2. Komplikasyon (istenmeyen durum) ve acil durumu olan kişiler, günün 24 saatinde kuruluştaki uzmanlaşmış yetkili bir personelden hizmet alabiliyor veya uygun bir kuruluşa sevk ediliyor mu?			
3. Acil durumdaki (örneğin şok, ciddi kanama, ciddi enfeksiyon, engellenmiş doğum ve eklampsi vb.) kişiler kuruluşta tedavi veya stabilize edilerek acil nakil protokolü ve 112 sistemi ile sevk ediliyor mu?			
4. Acil durumdaki kişilere protokole uygun bir şekilde kardiyo-pulmoner canlandırma (CPR) yapılıyor mu?			
5. Personel kuruluştaki hizmet sırasında ortaya çıkabilen komplikasyonların (istenmeyen durumlar) farkında olup, önlenmesi için çaba gösteriyor mu?			
6. Personel kuruluşta ortaya çıkan komplikasyonların nasıl yönetileceğini biliyor ve bunun için yazılı protokollerden yararlanıyor mu?			
7. Güvenli CSÜS hizmetleri verilirken oluşan komplikasyonların bir sistem içinde kaydı ve bildirimi yapılıyor mu?			
8. Bildirimde bulunulan komplikasyonlar ve hizmet istatistiklerini ilgili personelin analiz ederek tartıştığı rutin toplantılar yapılıyor ve kayıt tutuluyor mu?			
9. Komplikasyonlar konusundaki toplantı ve değerlendirmeler, uygulamada değişim ve ilerlemeye yol açıyor mu?			
10. Hizmet bütünlüğü içinde kuruluşta laboratuvar hizmetleriyle ilgili bir sistem (sonuçların alınması, değerlendirilmesi, tedavi ve danışmanlığa entegre edilmesi) var mı?			

Standart	Evet	Hayır	Not
11. CSÜS için başvuranlar tedavi, tıbbi işlem ve kontraseptif yöntem sunulmadan önce, protokollere uygun olarak CSÜS öyküsü, fizik muayene ve gerekirse laboratuvar testlerini içeren bir tarama hizmeti alıyor mu?			
12. Başvuranlar, kendilerine uygulanan işlemlerden önce ve sonra riskler, tehlike işaretleri ve acil durumlarda yapılacaklar hakkındaki bilgileri yazılı ve sözlü olarak alıyor mu?			
13. Rutin izlem için başvuran gebe, lohusa, yenidoğan, sağlam çocuk ve gençler hastalardan ayrı bölümlerde hizmet alıyor mu?			
Enfeksiyonun Önlenmesi			
14. Kuruluş her zaman temiz tutuluyor mu ve temizliğin sürekliliğini sağlayan bir sistem var mı?			
15. Kuruluşta enfeksiyonun önlenmesi konusunda güncel ve yazılı rehber (protokol) var mı?			
16. Personel enfeksiyon kontrol rehberini hastaları ve kendini enfeksiyondan korumak için uyguluyor mu?			
17. Personel fizik muayene, eldiven giyme ve çıkarmadan önce ve sonra; tuvaletten ve atıklarla ilgili işlemlerden sonra ellerini sabunla yıkıyor mu?			
18. Tek kullanımlık enjektör ve keskin cisimler kullanımdan hemen sonra "Özel Atık Kabı" içinde, tıbbi atık olarak çöpe verilmek üzere saklanıyor mu?			
19. Tıbbi işlemlerde yeniden kullanılan tıbbi alet ve diğer gereçler, sterilizasyon ya da yüksek düzeyde dezenfeksiyon (YDD) işlemlerine geçmeden önce binde 5'lik klor solüsyonunun 1/9 oranında sulandırılmasıyla oluşturulan solüsyonda on dakika dekontamine ediliyor mu?			
20. Tıbbi alet ve gereçler dekontaminasyondan sonra bu iş için ayrılmış bir lavaboda (el yıkama yerinden ayrı), fırça kullanarak likit deterjan ve suyla yıkanıyor mu?			
21. Yıkandıktan sonra tıbbi alet ve gereçler protokole uygun olarak sterilize ya da YDD ediliyor mu?			
22. Sterilizasyon ve YDD'den sonra tıbbi alet ve gereçler kuru olarak kapalı kaplarda saklanıyor mu?			
23. Personel tıbbi atıklarla ilgili işlemler ve genel temizlik sırasında kalın temizlik eldiveni giyiyor mu?			
24. Her işlemten sonra yüzeyler (muayene ve ameliyat masası gibi) binde 5'lik klor solüsyonuyla silinerek temizleniyor mu?			
25. Tıbbi atıklar güvenli ve protokole uygun olarak (yerel yönetim ya da ticari kuruluşlarla işbirliğiyle) toplanıyor ve uzaklaştırılıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
26. Tıbbi işlemler sırasında aseptik teknik kullanılıyor mu?			
27. Cerrahi girişim yapılacak yerin traş edilmemesi kuralına uyuluyor mu?			
28. Personel pelvik muayene sırasında, her muayeneden sonra eldiven ve spekulum(YDD ya da sterilize edilmiş) değiştiriyor mu?			
29. Personel kan ve diğer vücut sıvıları ile çalışırken protokole uygun önlük, eldiven ve maske vb. kullanıyor mu?			
Gebelik Öncesi Bakım			
30. Gebelik öncesi dönemde başvuran kadınlar protokollere uygun olarak hizmet alıyor mu?			
Doğum Öncesi Bakım			
31. Doğum öncesi dönemde başvuran kadınlar protokollere uygun olarak hizmet alıyor mu?			
32. Riskli gebeliği olanlar (<i>ilk ve 18-35 yaş dışı gebelikler, beş ve üzeri doğum sayısı, gebelikler arasındaki sürenin iki yıldan az olması, anemi, kan uyuşmazlığı, akraba evliliği, çoğul gebelik, sigara ve madde bağımlılığı vb</i>) kuruluştaki protokollere uygun olarak hizmet alıyor mu?			
33. Tehlike işaretleri ve gebelik komplikasyonları olan gebeler (kanama, enfeksiyon, toksemi, düşük, erken doğum ve geliş anomalileri) saptanıyor, kuruluştaki veya sevkle gerekli hizmeti alıyor mu?			
34. Bütün gebeler, sık görülen kronik sistemik hastalıklar yönünden öykü, fizik muayene ve laboratuvar testleriyle taranıyor ve gerektiğinde tedavi hizmeti alıyor mu?			
35. Gebeler gerektiğinde CYBE-HIV/AIDS yönünden öykü, fizik muayene ve laboratuvar testleriyle değerlendiriliyor ve tedavi ediliyor mu?			
36. Gebeler vitamin ve mineral desteği (demir, vitamin A, folik asit vb) alıyor mu?			
37. Gebelik döneminde kadınlara tetanoz aşısı yapıp kayıt edilmesi ile ilgili bir sistem var mı?			
38. Hizmet bölgesinde enfeksiyon hastalıkları (barsak parazitleri, tbc, sıtma vb) sık görülüyorsa gebeler öykü, fizik muayene ve laboratuvar testleriyle değerlendiriliyor ve gerektiğinde tedavi ediliyor mu?			
39. Düşük ile başvuranlar risk yaklaşımı, tıbbi-cerrahi yönetim, sevk ve RH uyuşmazlığında anti-D uygulanması ile ilgili hizmet alıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
Doğum			
40. Doğum için başvurular gelir gelmez değerlendiriliyor ve acil olanlar öncelikli olarak hizmet alıyor mu?			
41. Engellenmiş (ilerlemeyen) doğum eylemi şikayeti ya da öntanısı ile başvurular gelir gelmez değerlendiriliyor ve öncelikli olarak hizmet alıyor mu?			
42. Doğum için kuruluştaki enfeksiyondan korunma koşulları sağlanıyor mu?			
43. Özellikle steril olamayan koşullarda doğum için personel, “6 Temizler” (temiz: el ve tırnaklar, perine, doğum yüzeyi, göbek kordonu kesicisi, göbek bakımı ve vajene temiz olmayan hiç bir şeyin sokulmaması) ile ilgili uygun koruyucu önlemleri alıyor mu?			
44. Kuruluştaki doğumla ilgili damar yolu açma, elle halas, perine yırtığı onarma, kompresyon ve şok yönetimi yapılıyor ve gerekirse sevk ediliyor mu?			
45. Doğum sırasında komplikasyonları (kanama, toksemi, uzamış eylem, omuz ve diğer distosiler, kordon sarkması vb) olan kadınlar erken dönemde protokollere göre saptanıyor ve gerekli hizmeti alıyor veya sevk ediliyor mu?			
46. Doğum sırasında güvenli doğum için müdahaleye (forseps ve vakum ile) ihtiyaç duyan kadınlar kuruluştaki protokollere uygun olarak bu hizmeti alıyor mu?			
47. Doğum sırasında acil sezaryen olması gereken kadınlar kuruluştaki protokollere uygun olarak bu hizmeti alıyor veya sevk ediliyor mu?			
48. Kuruluştaki doğum eyleminin ilerleyişinin izlenmesi ve değerlendirilmesi protokollere uygun olarak yapılıyor mu?			
49. Kuruluştaki doğum eyleminin ilerleyişinin izlenmesinde partograf kullanılıyor mu?			
Doğum Sonrası ve Yenidoğan Bakımı			
50. Kuruluştaki postpartum kanamayı önleme, tanı koyma ve yönetimi protokollere göre yapılıyor ve özellikle oksitosin ve meterjin doğru endikasyon, doğru yol ve doğru doz ile uygulanıyor mu?			
51. Kuruluştaki postpartum enfeksiyon ve sepsis yönetimi yapılıyor mu?			
52. Kuruluştaki RH uyumsuzluğunda doğum sonrası anti-D uygulanması yapılıyor mu?			
53. Kuruluştaki yenidoğan için temel bakım (hava yolunun temizlenmesi; göbek bakımı; ısı kontrolü; göz bakımı –örn. gümüş nitrat damlası; K vitamini; FKÜ ve hipotiroidi taraması) veriliyor mu?			
54. Kuruluştaki protokollere uygun olarak yenidoğan değerlendirmesi ve gereğinde resüsitasyon yapılıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
55. Kuruluşta protokollere uygun olarak yenidoğan enfeksiyonlarından (oftalmia neonatorum, kordon enfeksiyonu, tetanoz, mekonyum aspirasyonu) korunma, tanı ve yönetimi yapılıyor mu?			
56. Bebek, doğum sonrası (ilk yarım saatte) emzirmek için annesine veriliyor ve anne ile aynı odada kalmaları sağlanıyor mu?			
57. Doğum sonrası kuruluşta veya evde annenin ve yenidoğanın protokollere göre izlendiği bir sistem var mı?			
Aile Planlaması Hizmetleri			
58. AP için başvuranların sağlık durumları uygun yöntem seçimi için protokollere göre değerlendiriliyor mu?			
59. RİA kullanmayı düşünen kadınlar CYBE ve HIV riski yönünden ayrıntılı öykü, fizik muayene ve laboratuvar ile değerlendiriliyor; gerekirse tedavi uygulanıyor ve diğer kontraseptif seçenekler konusunda danışmanlık veriliyor mu?			
60. RİA uygulama işlemi ve izlemi protokollere göre yapılıyor mu?			
61. RİA uygulandıktan sonra yan etki ve komplikasyonlar protokollere uygun yönetiliyor mu?			
62. Enjekte edilen kontraseptifler protokollere göre uygulanıyor ve izleniyor mu?			
63. Deri altına yerleştirilen (implant) kontraseptifler protokollere göre uygulanıyor ve izleniyor mu?			
64. Oral kontraseptif kullanımı ve izlemi protokollere göre yapılıyor mu?			
65. Kondom kullanımı ve izlemi protokollere göre yapılıyor mu?			
Cerrahi İşlemler			
66. Başvuranlar cerrahi işlem için öykü alma, fizik muayene ve uygun laboratuvar hizmetleri alıyor mu?			
67. Cerrahi işlem öncesindeki basamaklar protokollere uygun olarak yapılıyor mu?			
68. Kuruluşta uygun anestezi seçimi (lokal/ genel) ve anestezi ile ilgili yan etki/ komplikasyon yönetimi yapılıyor mu?			
69. Cerrahi işlemler protokollere uygun olarak yapılıyor mu?			
70. Hastanın vital bulguları ameliyattan önce, ameliyat sırasında ve sonrasında protokollere uygun olarak izleniyor mu?			
71. Ameliyat sırasında ve sonrasındaki yan etki ve komplikasyonların yönetimi protokollere göre yapılıyor ve ileri müdaheler için işleyen bir sevk sistemi var mı?			

Standart	Evet	Hayır	Not
72. Bütün hastalar ameliyat sonrası dönemle ilgili olarak sözlü ve yazılı bilgi alıyor mu?			
Gebeliğin Sonlandırılması Hizmetleri			
73. Başvuranlar protokollere uygun olarak gebeliği sonlandırma (düşük) hizmeti alıyor mu?			
74. Başvuranlara risk yaklaşımı, tıbbi-cerrahi yönetim, RH uyumsuzluğunda anti-D uygulaması yapılıyor mu?			
75. Düşük ile başvuran kadına kuruluştaki müdahale edilemiyorsa, stabilize edilerek güvenli (gereğinde sağlık personeli refakatinde) bir şekilde sevk ediliyor mu?			
CYBE-HIV/AIDS Hizmetleri			
76. CYBE-HIV/AIDS tanısı için başvuranlar kuruluştaki veya sevkle test, tarama, tedavi (eş yönetimi/ ikili korunma dahil) hizmetlerini protokollere uygun olarak alıyor mu?			
77. Başvuranlar CYBE-HIV/ AIDS'in komplikasyonlarının yönetimi ile ilgili hizmet alıyor mu?			
78. HIV/AIDS tanısı konulmuş hastalar özel bir yaklaşımla kuruluştaki ya da sevkle bakım ve izlem hizmeti alıyor mu?			
79. Başvuranlar aşı ile önlenabilir CYBE'ler (hepatit B) için bağışıklama hizmeti alıyor mu?			
80. Bildirimi zorunlu hastalıklar sınıfında bulunan CYBE-HIV/ AIDS tanısı almış kişilerle ilgili kayıt ve bildirim yapılıyor mu?			
Gençlere Yönelik CSÜS Hizmetleri			
81. Gençler, kuruluştan fiziksel büyüme, cinsel ve psiko-sosyal gelişimleri ile ilgili hizmetleri alıyor mu?			
82. Gençler, kuruluştan sık görülen sağlık sorunları (CYBE, beslenme, cilt, kas iskelet sistemi, endokrin sistemi hastalıkları ve meme sorunları; ayrıca kızlarda: menstrüel siklus sorunları, disfonksiyonel uterus kanaması; erkeklerde: testis, skrotum ve spermatik kord hastalıkları) ile ilgili hizmet alıyor mu?			
83. Gençler, kuruluştan aşı ile önlenabilir hastalıklar (hepatit B, tetanoz, MMR) için bağışıklama hizmeti alıyor mu?			
84. Gençler, kuruluştan CSÜS kapsamındaki diğer sorunları (madde bağımlılığı, cinsel istismar ve şiddet vb) ile ilgili hizmetleri alıyor mu?			
85. Kuruluşa ulaşamayan gençler, dışulaşım etkinlikleri ile CSÜS bilgi, eğitim ve danışmanlık hizmetleri alıyor mu?			

Güvenli hizmet alma ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

“HİZMET ALANIN GÜVENLİ HİZMET ALMA HAKKI” ile ilgili puan durumu:

- | | |
|--|-------|
| A. Son altı sayfada “ EVET ” olarak cevaplandırılan soruların toplamı | _____ |
| B. Son altı sayfada “ HAYIR ” olarak cevaplandırılan soruların toplamı | _____ |
| C. TOPLAM “ EVET ” VE “ HAYIR ” CEVAPLARI (A+B) | _____ |
| D. Son altı sayfada “ Geçersiz ” olarak cevaplandırılan soruların toplamı | _____ |

5 - Hizmet Alanın Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulması Hakkı

Hizmet alanların hizmet sırasında mahremiyet ve kendileriyle ilgili bilgilerin saklı tutulması hakları vardır. Bu hakların kapsamına danışmanlık, fizik muayene ve klinik işlemler kadar; personelin hizmet alanın tıbbi kayıtları ve diğer kişisel bilgileri üzerinde çalışması sırasındaki mahremiyet ve bilgilerin saklı tutulması da dahildir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Kuruluşta, danışmanlık, fizik muayene ve tıbbi işlemler başkalarının görüp duymayacağı özel mekanlarda yapılıyor mu?			
2. Kuruluşta, danışmanlık ve muayenelerin kesintiye uğratılmaması için önlem alınıyor mu?			
3. Danışmanlık, muayene ya da tıbbi işlem sırasında başka kişilerin bulunması gerekiyorsa, personel bu kişilerin bulunma nedenini açıklayarak hastadan izin istiyor mu?			
4. Personel hastanın durumunu bir diğer personelle değerlendirirken, konuşmanın başkaları tarafından duyulmamasına ve bilgilerin gizli tutulmasına özen gösteriyor mu?			
5. Personel, hastanın bakımı ile ilgili konuları diğer bir personelle sadece tıbbi yönden gerekli olduğu zaman mı görüşüyor?			
6. Personel, eşi ve aile bireylerine bilgi verilip verilmemesi konusunda başvuranın isteklerine saygı duyarak özen gösteriyor mu?			
7. Hasta kayıtları güvenli bir yerde saklanıyor ve kayıtlara başkalarının ulaşmaması güvence altına alınıyor mu?			
8. Başta CYBE'ler olmak üzere bütün laboratuvar test sonuçları saklı tutuluyor mu?			
9. Her bir hizmet alan için ayrı bir kayıt (kişisel sağlık fişi) var mı?			
10. Hizmet alanın kayıtlarına ulaşma sıkı kontrol altında tutuluyor mu?			

Mahremiyet ve bilgilerin saklı tutulması ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

“HİZMET ALANIN MAHREMİYET VE BİLGİLERİN GİZLİ TUTULMASI HAKKI” ile ilgili puan durumu:

- A. Bir önceki sayfada **“EVET”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- B. Bir önceki sayfada **“HAYIR”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- C. TOPLAM **“EVET”** VE **“HAYIR”** CEVAPLARI (A+B) _____
- D. Bir önceki sayfada **“Geçersiz”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____

6 - Hizmet Alanın Saygı Görme, Rahatlık ve Görüş Bildirme Hakkı

Bütün hizmet alanlar saygı ve özenle ilgi görme hakkına sahiptirler. Personel, hizmet alanların bakım işlemleri sırasında olabildiğince rahat etmelerini güvenceye bağlamalıdır. Hizmet alanlar, personelinkinden farklı dahi olsa görüşlerini serbestçe belirtmeleri için teşvik edilmelidir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Başvuranlar ve kendilerine eşlik edenlerin tümü kuruluşa geldiklerinde iyi ve nazik karşılanıyor mu?			
2. Başvuranlar kuruluşun daha kaliteli hizmet sunabilmesi için neler yapılması gerektiği konusunda öneride bulunabiliyor mu?			
3. Personel kendilerinininkiyle aynı olmasa bile, hizmet alanların görüşlerine saygı gösteriyor mu?			
4. Başvuranın durumu ile ilgili ayrıntılar değerlendirilirken, başvuranın da bu değerlendirmelere katılması sağlanıyor mu?			
5. Başvuranlar, kendileriyle ilgili tartışmalara eş ya da aile bireylerinin katılmalarını istiyorsa, personel bunun için kolaylaştırıcı gayret gösteriyor ya da başvuranlar eş/ aile bireylerinin katılmasını istemiyorsa, personel bu isteklerini destekliyor mu?			
6. Personel fizik muayene ve diğer işlemleri, başvuranın mahremiyeti, onuru, ahlak anlayışı ve rahatlığını dikkate alarak yapıyor mu?			
7. Kuruluş içinde başvuranlarca kullanılan bölümler (başvuru, kayıt, travay odaları, doğumhane, ameliyathane, poliklinik, tuvaletler vb) uygun çevresel (yeterli alan, ısı, ışık, temizlik, havalandırma vb) koşullara sahip mi?			
8. Başvuran hizmet almak için bekleme süresinin makul olduğunu düşünüyor mu?			
9. Personel başvuranların bekleme sürelerini kısaltmak için gayret gösteriyor mu?			
10. Personelin görüşüne göre, kendisinin başvurana ayırabildiği zaman (hastayla birlikte olunan süre) yeterli mi?			
11. Başvuranının kabulü için (acil durumlar hariç) bir sıra sistemi var mı ve personel buna uyuyor mu?			
12. Kayıtlar ihtiyaç duyulduğunda hemen ulaşılabilecek şekilde düzenlenmiş mi?			
13. Personel, başvuranlara ne tür bir muayene ya da tıbbi işlem uygulanacağını ve bunların gerekçelerini her zaman anlatıyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
14. Personel, hastanın tıbbi işlemler sırasında rahat olduğundan ve mümkün olan en az düzeyde ağrı duyduğundan emin oluyor mu?			
15. Personel, işlem sırasında hastayı rahatlatmak için uygun biçimde (örn. hastanın konuşma ile meşgul edilerek dikkatinin acı veren işlemiden uzaklaştırılması) ilgileniyor mu?			
16. CSÜS hizmetleri erkekler için uygun bir ortamda veriliyor mu?			
17. Gençlere yönelik CSÜS hizmetleri “genç dostu” uygun bir ortamda veriliyor mu?			

Saygı görme, rahatlık ve görüş bildirme hakkı ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

“HİZMET ALANIN SAYGI GÖRME, RAHATLIK VE GÖRÜŞ BİLDİRME HAKKI” ile ilgili puan durumu:	
A. Son iki sayfada “ EVET ” olarak cevaplandırılan soruların toplamı	_____
B. Son iki sayfada “ HAYIR ” olarak cevaplandırılan soruların toplamı	_____
C. TOPLAM “ EVET ” VE “ HAYIR ” CEVAPLARI (A+B)	_____
D. Son iki sayfada “ Geçersiz ” olarak cevaplandırılan soruların toplamı	_____

7 - Hizmet Alanın Hizmetin Sürdürülebilirlik Hakkı

Bütün başvuranlar, sağlıklarını koruyabilmek için gerekli olan hizmet, gereçler, sevk ve izlemin sürekliliğinin sağlanması hakkına sahiptir.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Sunulan bütün hizmetler için başvuranlara rutin izlem ve sorunları olduğunda nasıl ve nereye başvuracakları anlatılıyor mu?			
2. Başvuranlar, sunulan bütün hizmetler için tehlike işaretlerini öğrenerek, sorunla karşılaştıkları zaman yapılacakları biliyor mu?			
3. İzlem tarihleri, başvuran için uygun bir zamana göre belirleniyor mu? Başvuranlar izlem tarihini belirten bir belge (randevu kartı) alıyor mu?			
4. Kuruluşun bir sağlık sorununu çözemediğinde kullanabileceği işleyen bir sevk sistemi var mı?			
5. Başvuranlar CSÜS hizmeti almak için uzun bir mesafe katederek geldiklerinde, bundan sonraki izlem hizmetleriyle ilgili (eğer varsa) daha yakın yerel kuruluşlarla ilgili bilgi alıyor mu?			
6. Kuruluştaki başvuranın herhangi bir gecikmeye neden olmadan ilaç tedavisi, kontraseptif yöntem ve laboratuvar testleri gibi hizmetleri alabilmesi için yeterli ve güvenilir stok bulunduruluyor mu?			
7. Başvuranlar yöntem ve ilaçlarının idame desteğini uzun süre beklemeden veya diğer engellerle karşılaşmadan alabiliyor mu?			
8. Laboratuvar testi uygulanan kişi tanı ve tedavi işlemlerinin tamamını (sevk sonuçlarının izlenmesi dahil) aynı kuruluştaki veya sevkle alıyor mu?			
9. Bir üst kuruma yapılan sevklerde geribildirim alınıyor mu ve bu geribildirimler hastanın izleminde kullanılıyor mu?			
10. Hasta kayıtları hizmetin sürekliliğini sağlayacak bilgiyi kapsar biçimde tam ve düzenli olarak tutuluyor mu?			
11. Tıbbi işlem ve izlem için gün alan bir hastanın, işlem için gelmemesi durumunda, nedeni araştırılıyor mu?			
12. İzlem ve kontrol için gelenler sağlık güvencesi olmasa ve ödeme yapamasa bile hizmet alıyor mu?			

Hizmetin sürdürülebilirliği hakkı ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

“HİZMET ALANIN HİZMETİN SÜRDÜRÜLEBİLİRLİĞİ HAKKI” ile ilgili puan durumu:

- A. Bir önceki sayfada **“EVET”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- B. Bir önceki sayfada **“HAYIR”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- C. TOPLAM **“EVET”** VE **“HAYIR”** CEVAPLARI (A+B) _____
- D. Bir önceki **“Geçersiz”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____

8 - Personelin Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi

Personel, en iyi hizmeti yönetici ve gözetmenlerin kalite iyileştirilmesini teşvik ettikleri, personele değer verdikleri ve destekleyici bir çalışma ortamında verir. Böyle bir çalışma ortamı personelin görevlerini daha iyi yapmasını sağlar ve böylece hizmet alanların gereksinimleri de daha iyi karşılanmış olur.

Standart	Evet	Hayır	Not
Gözetmenler bu konuda yetkili kılınmış personel ya da üst düzey yetkilileri ya da kuruluş yöneticisi olabilir. Gözetmen işlevi konusunda eğitilmiştir ve saptamaları yönetim tarafından uygulanmak üzere dikkate alınmak durumundadır.			
1. Kuruluş yönetimi hizmet kalitesine önem veriyor ve kaliteli hizmet sunma konusunda kararlılığını; Hasta Hakları Birimi, Kalite Geliştirme Komitesi, HSU ve Enfeksiyonları Önleme Komitesi oluşturarak gösteriyor mu?			
2. Yönetim, personele rehberlik edip, destek, teşvik ve saygı gösteriyor, olumlu geribildirim vererek başarılarını takdir ediyor mu?			
3. Kuruluşta personelin hizmetlerin kaliteli hale getirilmesinde fikirlerinin alınmasını ve öneride bulunmasını sağlayan bir sistem var mı?			
4. Personelin görev tanımları belirlenerek, kendilerine ve ekip arkadaşlarına duyurulmuş mu?			
5. Belirlenen ve uygulanan mesai saatleri içinde personelden tam olarak yararlanılıyor mu?			
6. Kuruluşa üst düzeyden (ilçe, il ve merkez düzey) gelen gözetmenler ziyaretleri sırasında personele yapıcı geri bildirimde bulunuyor mu?			
7. Gözetmenler ve personel, hizmetleri iyileştirmek için kendilerine yardımcı olacak istatistik, rapor ve diğer verileri rutin olarak tartışıyor ve yorumluyor mu?			
8. Kuruluşta verilen hizmetlerden doğabilecek komplikasyonlar (istenmeyen durumlar) yerleşik bir izleme-değerlendirme sistemi ile inceleniyor mu?			
9. Kuruluşta verilen tüm hizmetlerle ilgili kayıtlar düzenli olarak dolduruluyor ve gözetmenlerce inceleniyor mu?			
10. Personel kayıtları düzenli doldurma ve saklamanın gereğini ve kurallarını biliyor mu?			
11. Gözetmenler kuruluş personelinin eğitim gereksinimlerini saptıyor ve buna göre eğitim etkinlikleri düzenliyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
12. Gözetmenler, kuruluştaki sunulan her bir CSÜS hizmeti için personelin güncel ve yazılı hizmet sunum rehberlerine sahip olmalarını ve buna uymalarını sağlıyor mu?			
13. Gözetmenler, kuruluş içinde değişik birimlerdeki personelin bilgi ve deneyimlerini paylaşmalarını ve kurum içinde konsültasyon hizmetleri için bir sistem oluşturulmasını destekliyor mu?			
14. Gözetmenler hizmet kalitesini korumak ve geliştirmek üzere kuruluşun tüm birimlerini (danışmanlık, tıbbi işlemler ve enfeksiyonu önleme uygulamaları dahil) izleyerek yapıcı geribildirimler veriyor mu?			
15. Personel ile kuruluştaki diğer bölümlerdeki personel ve destek personel (idari, sekreterlik, temizlik, güvenlik personeli) arasında bir iletişim ve işbirliği var mı?			
16. Kuruluş personeli ile sağlık hizmetlerini destekleyen toplum gönüllüleri arasında bir iletişim ve işbirliği var mı?			
17. Gözetmen, kuruluştaki sunulan bütün CSÜS hizmetlerinde; eğitim, danışmanlık, sevk, kayıt, kalite iyileştirme vb. işlevlerin yerine getirilmesi için bir izleme-değerlendirme sistemi oluşturmuş mu?			
18. Gözetmen, personel ile birlikte çalışarak kuruluşun yeterli araç-gereç, malzeme ve altyapıya sahip olmasını sağlıyor mu?			
19. Gözetmenler hizmet sunum rehberlerindeki güncelleştirmeleri personele zamanında iletiyor mu?			

Personelin kolaylaştırıcı gözetim ve yönetim gereksinimi ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

“PERSONELİN KOLAYLAŞTIRICI GÖZETİM VE YÖNETİM GEREKSİNİMİ” ile ilgili puan durumu:	
A. Son iki sayfada “EVET” olarak cevaplandırılan soruların toplamı	_____
B. Son iki sayfada “HAYIR” olarak cevaplandırılan soruların toplamı	_____
C. TOPLAM “EVET” VE “HAYIR” CEVAPLARI (A+B)	_____
D. Son iki “Geçersiz” olarak cevaplandırılan soruların toplamı	_____

9 - Personelin Bilgi, Eğitim ve Gelişim Gereksinimi

Personel, hizmet sunduğu alanla ilgili bilgi ve becerilerini güncel durumda tutabilmek ve sunduğu hizmetin kalitesini sürekli olarak geliştirebilmek için bilgi, beceri, kesintisiz eğitim ve mesleki gelişme olanaklarına gereksinim duyar.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Bütün personel; kuruluştaki verilen hizmetler, kaliteli hizmet vermenin gereği, toplumu tanıma, bilgi yönetim sistemi, hijyen ve enfeksiyondan korunma vb. temel konularda hizmete başlamadan önce ve hizmet sırasında uyum ve tazeleme eğitimleri alıyor mu?			
2. Bütün sağlık personeli hizmet sunumunda gerekli standartlar ve işlemler konusunda eğitilmiş ve uygulama konusunda kendilerini hazır hissediyor mu?			
3. Personel sunulan tüm hizmetler hakkında güncel kaynak kitap, rehber, çizelge, poster ve diğer gereçlere ulaşabiliyor mu?			
4. Personel, kuruluştaki sunulan CSÜS hizmetlerinin her biri için güncel hizmet sunum rehberi ve protokollerine sahip mi ve kapsamlarını biliyor mu?			
5. Personel, tüm toplum gruplarından başvuranlara (her yaştaki kadın ve erkekler, gençler, gebelik ve CYBE-HIV/AIDS hizmetleri için başvuranlar, gebeler, lohusalar, emzikililer, farklı kültürel ve cinsel tercihi olanlar, aile içi ve cinsel şiddet maruz kalanlar vb) eğitimi ve danışmanlığı yapmak üzere gerekli bilgiye sahip mi?			
6. Personel, hastaları kendi uzmanlık alanlarının dışındaki bilgilendirme ve hizmetler için nereye ve nasıl sevk edeceğini biliyor mu?			
7. Klinik personel ve diğer personelin teknik becerileri düzenli olarak değerlendirilerek bilgi ve becerileri geliştiriliyor mu?			
8. Personel komplikasyonlar, bildirimi zorunlu hastalıklar ve ölüm bildirimleri dahil kayıt tutma ve bildirimde bulunma konusunda eğitiliyor mu?			
9. Doğumhanede doğum yaptıran tüm personel partograf (doğum eylemini izleme çizelgesi) kullanıyor mu?			
10. Personel, sunumunda özel bilgi ve beceri gerektiren kontraseptif yöntemleri (RİA, derialtı implantları, enjekte edilen kontraseptifler, tüp ligasyonu ve vazektomi) protokollere uygun olarak sunabiliyor mu?			
11. Personel CYBE-HIV/AIDS için, risk değerlendirme, tanı, tedavi ya da sevk uygulamaları yapıyor mu?			
12. Personel serviks kanseri taraması için eğitilmiş mi ve bu işlemi yapabiliyor mu?			

Standart	Evet	Hayır	Not
13. Laboratuvar personeli uygulayacakları testler için eğitilmiş mi ve bu işlemleri yapabiliyor mu?			
14. Personel, başvuranların zararlı alışkanlıkları sonucu gelişen sağlık sorunları konusunda yaklaşımda bulunabiliyor mu?			
15. Personel kaliteli hizmet sunabilmek için gerekli bilgi ve beceriye sahip olduğunu düşünüyor mu?			

Personelin bilgi, eğitim ve gelişim gereksinimi ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

“PERSONELİN BİLGİ, EĞİTİM VE GELİŞİM GEREKSİNİMİ” ile ilgili puan durumu:

- A. Son iki sayfada **“EVET”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- B. Son iki sayfada **“HAYIR”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____
- C. TOPLAM **“EVET”** VE **“HAYIR”** CEVAPLARI (A+B) _____
- D. Son iki **“Geçersiz”** olarak cevaplandırılan soruların toplamı _____

10 - Personelin Malzeme, Araç/ Gereç ve Altyapı Gereksinimi

Personel, hizmetlerin kaliteli sunulmasını güvenceye sağlayacak biçimde, güvenilir, yeterli ve çalışır durumda alet, araç/ gereç, ve malzeme stoğu ile fizik altyapıya gereksinim duymaktadır.

Standart	Evet	Hayır	Not
1. Kuruluşta personelin, rahat, temiz ve ergonomik çalışma ve dinlenme mekanları var mı?			
2. Kuruluşta su kesintisine karşı önlem alınıyor mu?			
3. Kuruluşta elektrik kesintisine karşı önlem alınıyor mu?			
4. Kuruluşta yeterli ısı kontrolü (ısınma ya da serinleme) sağlanıyor mu?			
5. Kuruluşta muayene odaları, tıbbi işlem odaları, doğumhane ve ameliyathanede uygun aydınlatma sistemi var mı?			
6. Kuruluşta hizmet saatleri boyunca acil nakil aracı var mı ve işler durumda mı?			
7. Kuruluşta geçmiş altı ay boyunca gerek duyulan bütün ilaç ve sarf malzemeleri (acil obstetrik bakım, kardiyo-pulmoner-resüsitasyon vb. için kullanılan) var mıydı?			
8. Kuruluşta geçmiş altı ay boyunca gerek duyulan bütün alet donanımı var mıydı ve bunlar çalışır durumda mıydı?			
9. Depo personeli malzemelerin tüketiminde "İlk Giren-İlk Çıkar" kuralına uyuyor veya stokta bulunan son kullanma tarihli bütün ilaç ve kontraseptifler buna göre tüketiliyor mu?			
10. Kuruluşta yeni malzemelerin süratle elde edilebileceği bir sistem var mı?			
11. İlaç ve diğer malzemeler güvenli ortamda, güvenli bir şekilde (örneğin su ve sıcaktan uzakta) saklanıyor mu?			
12. Kuruluşta, araç/ gereç ve aletlerin sağlanması, saklanması ve onarımı konusunda bir sistem var mı?			
13. Muayene ve tıbbi işlem odalarında el yıkama için lavabo mevcut mu?			
14. El yıkama ve alet temizleme için iki ayrı lavabo mevcut mu?			
15. Her muayene odası, tıbbi işlem odası ve ameliyathanede binde 5'lik klor solüsyonu, yeterli kova ve su var mı?			
16. Keskin cisimler ve diğer tıbbi atıkların toplanma ve uzaklaştırılması için bir sistem var mı?			

Standart	Evet	Hayır	Not
17. Sterilizasyon ve/ veya yüksek düzeyde dezenfeksiyon için işler durumda yeterli donatı ve malzeme var mı?			
18. Yeterli miktarda eldiven, enjektör ve antiseptik solüsyon var mı?			
19. Kuruluşta testler (hemogloblin, idrar, gebelik, pap smear, diğer CYBE testleri vb) uygulanıyorsa mevcut malzemeler; numunelerin saklanması ve analiz edilmesi için yeterli mi?			
20. Kuruluşun bütün alanlarında (hasta bekleme yeri, tıbbi işlem odaları ve servisler dahil) uygun, yeterli ve temiz mobilya var mı?			
21. Kuruluşta, ihtiyaç duyulan sağlık eğitim materyali (anatomik model, görsel-işitsel araç ve malzeme vb.) ve BEİ materyali (örn. poster, broşür ve modeller) var mı?			
22. Kuruluşta tüm bu eğitim araç/ gereç ve malzemeleri gereğinde kolaylıkla ulaşılacak uygun bir yerde saklanıyor mu?			
23. Kuruluşta yangın söndürme sisteminin işlerlik denetimi düzenli olarak (altı ayda bir kez kontrol ve yılda bir kez gaz dolumu) yapılıyor mu?			

Personelin malzeme, araç/ gereç ve altyapı gereksinimi ile ilgili herhangi bir yorum varsa buraya ekleyiniz:

“PERSONELİN MALZEME, ARAÇ/ GEREÇ VE ALTYAPI GEREKSİNİMİ” ile ilgili puan durumu:	
A. Son iki sayfada “EVET” olarak cevaplandırılan soruların toplamı	_____
B. Son iki sayfada “HAYIR” olarak cevaplandırılan soruların toplamı	_____
C. TOPLAM “EVET” VE “HAYIR” CEVAPLARI (A+B)	_____
D. Son iki “Geçersiz” olarak cevaplandırılan soruların toplamı	_____

KURULUŞ ÖZET SAYFASI**Kuruluş Adı** : _____**KÖA Anket Tarihi** : _____

Bir önceki sayfalardan toplam sonuçlarını her bir hizmet alanın hakkına veya personel gereksinimlerine göre doldurunuz.

1. “Evet” olarak kaç kez cevaplandığınızı belirtiniz,
2. “Hayır” olarak kaç kez cevaplandığınızı belirtiniz,
3. “Evet” ve “Hayır” cevaplarını beraber toplayınız,
4. “Evet” cevaplarını toplama bölün ve 100 ile çarparak “Evet” değerinin yüzdesini bulunuz.

HAK VE GEREKSİNİMLER	“Evet” cevapları A	“Hayır” cevapları B	Hayır” cevapları C	Toplam cevaplar D	% ‘Evet’ değeri A/C x100
I. Bilme Hakkı					
II. Ulaşma Hakkı					
III. Bilgilendirilmiş Seçim Hakkı					
IV. Güvenli Hizmet Alma Hakkı					
V. Mahremiyet ve Bilgilerin Saklı Tutulması Hakkı					
VI. Saygı Görme, Rahatlık ve Görüş Bildirme Hakkı					
VII. Hizmet Sürekliliği Hakkı					
VIII. Kolaylaştırıcı Gözetim ve Yönetim Gereksinimi					
IX. Bilgi, Eğitim ve Gelişim Gereksinimi					
X. Malzeme, Araç-Gereç ve Altyapı Gereksinimi					

EK 10 - SUNUM ÖZ-DEĞERLENDİRME FORMU

Programınızdaki katılımcılarla çalışırken mümkün olabildiğince etkili olmanız için unutmamanız gereken şeyler ve kendinize sormanız gereken sorular vardır.

1. Kendiniz gibi davranıyor musunuz?
2. Kişiliğiniz katılımcılara olduğu gibi yansıyor mu?
3. İlgi ve heyecan sergiliyor musunuz?
4. Amaçladıklarınızı aktarmada tavır ve mimiklerinizi kullanıyor musunuz?
5. Beden diliniz katılımcıların kendilerini rahat hissetmelerini sağlıyor mu?
6. Verdiğiniz mesaja esprilerinizle katkıda bulunuyor musunuz?
7. Stiliniz doğal mı?
8. Ses tonunuz ilgi çekiyor mu, duruma göre değişiklik gösteriyor mu?
9. Grubu katılımcı olmaya sevk edici sorular soruyor musunuz?
10. Grubun sorduğu sorulara gerektiği gibi cevap verebiliyor musunuz?

UNUTMAYINIZ:

İletişim kurarken üç şey önemlidir ve bunlar etkileşimde bulunduğunuz kişi(ler) üzerinde farklı etkilere yol açar.

BEDEN DİLİ	55%
SES TONU	38%
KULLANDIĞINIZ SÖZCÜKLER	7%

EK 11 - SUNUM GERİBİLDİRİM FORMU**Eğitim Oturumu:** _____**Kolaylaştırıcı:** _____ **Tarih:** _____**İşaretlemek istediğiniz şıkkın daire içine alınız****I. Kolaylaştırıcı Becerileri:**

1) Konuyla ilgili bilgi	zayıf	orta	iyi	çok iyi
2) Fikirleri açıklıkla sunabilme	zayıf	orta	iyi	çok iyi
3) Etkili görsel yardım kullanımı	zayıf	orta	iyi	çok iyi
4) Aktif katılımı teşvik etme	zayıf	orta	iyi	çok iyi
5) Katılımcı sorularını gereğince ele alma	zayıf	orta	iyi	çok iyi
6) Katılımcı düzeyinde iletişim kurma	zayıf	orta	iyi	çok iyi
7) Katılımcılarla etkileşim kurma	zayıf	orta	iyi	çok iyi
8) Etkili sözlü olmayan iletişim	zayıf	orta	iyi	çok iyi
9) Kolaylaştırıcının grubu kullanması	zayıf	orta	iyi	çok iyi
10) Farklı eğitim tekniklerinin kullanılması	zayıf	orta	iyi	çok iyi

II. Organizasyon becerileri:

a) Hedefler açıldı	Hayır	Biraz	Evet
b) Eğitim yöntemleri konuyla ilgiliydi	Hayır	Biraz	Evet
c) Eğitim yöntemleri katılımcıların alabilecekleri düzeyde risk içeriyordu	Hayır	Biraz	Evet

III. Geliştirmeye Yönelik Öneriler:

EK 12 - KATILIMCI EYLEM PLANI FORMU

Dış Kolaylaştırıcı(lar): Tarih:...../...../20..

Sağlık Kuruluşu :

Etkinlikler	Tamamlanma Tarihi	Karşılaşılabilecek Engeller	Engelleri Aşmak için Gerekli Destek	Engelleri Aşmak için Yapılacak Eylemler

EK 13 - HİZMET STANDARTLARI UYGULAMASI ETKİNLİK RAPORU FORMU

Dış Kolaylaştırıcı(lar) :

Sağlık Kuruluşu :

TARİH:

AKTİVİTE ADI:

AKTİVİTENİN AMACI:

KATILIMCILAR:

AKTİVİTE SÜRECİ (NASIL UYGULANDIĞI):

AKTİVİTE SONUCU/ SONUÇLARI:

EDİNİLEN (OLUMLU) DENEYİMLER:

GELİŞTİRİLMESİ GEREKENLER (ÖNERİLER):

SONUÇ VE YORUMLAR:

BİR SONRAKİ AŞAMADA YAPILMASI GEREKENLER: