



HEMŞİRE BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.02
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	1 / 9





HEMŞİRE BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.02
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	2 / 9

İÇİNDEKİLER

1. Bölüm Yöneticisi ve Çalışanları
2. Bölümün Fiziki Yapısı
3. Bölümün Faaliyetleri ve İşleyişi
4. Çalışanın Bölümdeki Görev, Yetki ve Sorumlulukları
5. Uyulması Gereken Genel Disiplin Kuralları
6. Bölüme Yönelik Yazılı Düzenlemeler
7. Bölüm İle İlgili Genel İşleyişler
8. Sağlıkta Kalite Standartları
9. Hastane Otomasyon Sistemi
10. Hasta ve Çalışan Güvenliği
11. Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı
12. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
13. Renkli Kodlar
14. Göstergelerin İzlenmesi



HEMŞİRE BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.02
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	3 / 9

1. BÖLÜM YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARI

Hastanede çalışan hemşire, ebe ve sağlık memurlarının disiplin amiri Sağlık Hizmetleri Müdürü, üst disiplin amiri Hastane Başmüdürüdür.

Bölüm Yönetim Zinciri:

1. Hastane Başmüdürü
2. Sağlık Hizmetleri Müdürü
3. Sağlık Hizmetleri Müdür Yardımcısı
4. Süpervisör Hemşire
5. Servis Sorumlu Hemşiresi
6. Servis Hemşiresi
7. Hasta Bakıcı / Temizlik Personeli

2. FİZİKİ YAPI

- Servislerimizde; özel oda, iki kişilik ve üç kişilik hasta yatağı olan hasta odaları bulunmaktadır. Her katta tedavi odası, muayene odası, wc-banyo, temizlik malzemeleri için temizlik odaları, depolar, buzdolabı, personel ve hemşire giyinme odası, hemşire odası, doktor odaları, asansör, merdiven ve yangın merdiveni bulunmaktadır.
- Yoğun bakımlarda; yataklar, izolasyon odası, tedavi odası, hemşire-doktor odası, depo, wc bulunmaktadır.
- Poliklinikler 3 katlı olup, katlarda poliklinikler, laboratuvarlar, radyoloji, kan alma merkezi, lavabolar, kantin, bebek bakım odası vb. bulunmaktadır. Erişkin Acil Servis 0.katta, Çocuk Acil Servis giriş katında bulunmaktadır. Ameliyathane ve Sterilizasyon Ünitesi 2. Katta bulunmaktadır.

3. GÖREVNİN FAALİYETLERİ VE İŞLEYİŞİ

- Yatan hastanın servis/yoğun bakıma kabulü
- Hasta dosyasının düzenlenmesi
- Yatan hastanın oda ve yatağının belirlenmesi ve düzeninin sağlanması
- Yatan hastanın rutin takiplerinin alınması
- Yatan hastanın tetkik ve tedavisi
- Vizitler ilgili Anabilim Dallarının belirlediği saatler arasında düzenli bir şekilde yürütülmektedir.
- Klinik ve yoğun bakımlarda mesai saatleri 08:00 / 20:00 – 08:00 / 16:00 – 08:00 / 08:00
- Nöbetler her gün 20:00 / 08:00 - 16:00 / 08:00 ve 18:00 / 08:00 şeklinde yürütülmektedir.
- Mesai saatleri 24 saat hizmet veren kurum olması nedeniyle ilgili müdürlük tarafından gerekli hallerde değiştirilebilir.

4. ÇALIŞANIN BÖLÜMDEKİ GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Bölümde görevli personellerin görev, yetki ve sorumlulukları; TKHK'nun yayınlamış olduğu Yataklı Tedavi Hizmetleri Yönetmeliğinde belirtilmiş olup, 19 Nisan 2011 Salı, 27910 sayılı resmi gazetede yayınlanan HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ ve Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde oluşturulan görev tanımlarına göre belirlenmiştir. İlgili yönetmelikte belirlenen meslek grupları ve sorumluluklarının başlıkları şu şekildedir:

Meslek Grupları :

1. Yoğun Bakım Hemşiresi
2. Acil Servis Hemşiresi
3. İç Hastalıkları Hemşireliği
 - a. Diyabet Eğitim Hemşiresi
 - b. Onkoloji Hemşiresi
 - c. Diyaliz Hemşiresi
 - d. Rehabilitasyon Hemşiresi
 - e. Endoskopi Hemşiresi
4. Cerrahi Hemşireliği
 - a. Ameliyathane Hemşiresi
 - b. Stoma ve Yara Bakım Hemşiresi
5. Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği
6. Çocuk Sağlığı Ve Hastalıkları Hemşireliği



HEMŞİRE BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.02
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	4 / 9

Yönetmelikte Konu Başlıkları

1. Görev, Yetki ve Sorumlulukları
2. Hemşirelik Bakımı
3. Tıbbi Tanı ve Tedavi Planının Uygulanmasına Katılma
4. Eğitim ve Danışmanlık
5. Bölüm özelliklerine göre diğer konu başlıkları

Hemşire, görev yetki ve sorumlulukları hakkında bilgileri aşağıdaki linkten ulaşabilirsiniz.

<https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2010/03/20100308-4.htm>

5.UYULMASI GEREKEN GENEL DİSİPLİN KURALLARI

- **Etik Kurallar:** Çalışma ortamında genel ahlak ve tıbbi etik kuralları uyulmasına dikkat edilmektedir.
- **Kıyafet Kuralları:** Devlet Memurları kılık-kıyafet yönetmeliğine uygun olarak davranmak zorunlu olup, çalışma süresi içinde prezantable olmaya özen gösterilmelidir.
- **Kimlik Kartı:** Üzerine Ad-Soyadı-Unvan gibi bilgilerinizin kayıtlı olduğu kimlik kartlarını görünür bir şekilde taşıma zorunluluğu vardır. Mesai giriş ve çıkışlarda kart okuyuculara kart okutulmalıdır.
- **Duyuru ve afişlerin ilan edilmesi:** Her türlü ilan ve bilgi içeren afişler sadece idari izinle uygun görülen yerlere asılabilir.
- **Basına bilgi verme:** Görsel ve yazılı basına bilgi verme idari izine bağlıdır.
- İzinsiz veya özürsüz olarak göreve geç gelmek, erken ayrılmak veya hiç gelmemek disiplin kurallarına aykırıdır.
- Ticaret yapmak yasaktır.

6. YAZILI DÜZENLEMELER

Hastanemizde süreçlerin takibi, standart hale getirilmesi ve veri ölçümüne yönelik bir dökümantasyon yapısı mevcut olup, sistemin istediği şekilde ilgili dökümanlar oluşturulmuştur. Sağlıkta Kalite Standartları sonucu oluşan dökümanların güncelliği bölüm kalite sorumluları, ilgili müdürlükler ve Kalite Yönetim Birimi ile ortak yürütülmektedir. Bölümü ilgilendiren yazılı düzenlemeler ve dökümanlar bölümlerde bölüm sorumlularında bulunmaktadır, bölüm sorumluları ilgili dökümanları ve kullanımlarını anlatmakla yükümlüdür.

7. BÖLÜM İLE İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

7.1.Hasta Kabulü:

Yatan hastalar için ortak kullanılan takip, tedavi ve bilgi formları hasta yatış işlemleri sırasında hazırlanarak, hasta dosyası oluşturulur. Yatan hastaların tedavileri Hasta Orderına uygun olarak yapılır. Standartlara uygun olarak yatışıma karar verilen her **hastayı hemşire karşılar** ve kliniğe kabulünü yapar. Hemşire hastadan aldığı bilgiler ile Hasta Ön Değerlendirme Formu doldurur. Klinik hemşiresi tarafından yatışı yapılan her hastaya bileklik takılması zorunludur. Hastaya Hasta Kimlik Bilgilerinin Tanımlanması ve Doğrulanması Prosedürü'ne uygun olarak bileklik takılır. Bileklik üzerine kimlik BARKOD'u takılır. Barkod üzerinde; hasta protokol numarası, adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) servisi bulunmalıdır. Bileklikler ilgili mevzuata uygun olarak şu renklerde;

- **Yatışı Yapılan Her Hasta** : **BEYAZ** bileklik takılmalıdır.
- **Alerjisi Olan Hasta** : **KIRMIZI** bileklik takılmalıdır.
- **Psikiyatri Hastalarına** : **LACİVERT** bileklik takılmalıdır.

Hastalara uygulanan tetkik ve tedaviler sırasında, girişimsel işlemler öncesinde hasta kimlik bilgileri mutlaka doğrulanmalıdır. Hasta kimlik bilgileri **en az 3 kez kontrol** (hasta dosyası, kol bandı, hastanın kendisi/refakatçisi) ile doğrulandıktan sonra işlem yapılır. Hastanın bilinci kapalı ve birinci dereceden yakını yoksa, hasta dosyası ve kol bandından doğrulama yapılır.

Hastalara uygulanan; tetkik ve tedaviler sırasında, girişimsel işlemler ve kan transfüzyonu öncesinde hasta kimlik bilgileri mutlaka doğrulanmalıdır. İşlemin yanlış hastaya uygulanmasının, kol bandı ile ilgili önlemler in dikkate alınmamasının sorumluluğu sağlık personeline aittir.

Hastanın ilk vital bulguları alınır ve hemşire gözlem formuna kaydedilir. Hastadan teslim alınan ilaçlar var ise; teslim alınan ilaç/teslim alınan malzeme formuna kaydedilir. Hastanın yanında getirdiği ilaçlar; hekim tarafından ilaçlar kontrol edilerek order edilir, hemşire tarafından teslim alınır, miad kontrolü yapılarak tedavi planına eklenir. Her ilaç saatinde hemşire tarafından veya hemşire refakatinde uygulanır. Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar mesai ve nöbet değişiminde kullanım kayıtları ile devir teslim işlemleri düzenli olarak yapılır, narkotik ilaç defterine kayıt edilir.



HEMŞİRE BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.02
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	5 / 9

Hastada herhangi bir Advers Etki Bildirimi olduğunda ilgili form doldurularak Eczane Sorumlusuna gönderilir ve eczane tarafından ilgili komiteye yönlendirilir. Ciddi ve beklenmeyen advers etki gerçekleşmesi halinde ise form doldurularak Eczane Sorumlusuna bildirilir ve eczane tarafından Farmakovijilans Sorumlusu aranarak bilgi verilir. Advers etki gerçekleşen hastada kimlik tanımlayıcı kırmızı bileklik takılır.

Hastadan toplanan tüm veriler doğrultusunda hastanın hemşirelik tanıları konular bu tanılara yönelik hemşirelik bakım planı formu doldurulur hastanın bakım ihtiyacı belirlenir, planlanır ve devamlılığı sağlanır. Hemşire Bakım Planına; hastanın bakım gereksinimleri, bakım gereksinimlerine yönelik hedefler, bakım gereksinimlerine yönelik uygulamalar, uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi kayıt edilir.

Klinik hemşiresi tarafından kabul edilen hasta veya yakınına; hastane kuralları, yemek saatleri, odadaki eşyaların kullanımı, kahvaltı saatleri, hasta ve yakınının uyması gereken kuralları, ziyaret saatleri ve kuralları, telefon kullanımı, tuvalet/banyo kullanımı, hemşire çağrı sistemi kullanımı ve hekimin günlük viziteleri konularında bilgi verilir.

Ayrıca yatan hastalara, tedavi sürecinde; kullanacağı ilaçlar, tıbbi cihazlar, beslenmeleri, egzersizleri, kontrol zamanı ve bakıma ilişkin dikkat edilecek hususlar, el hijyeni, sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma eğitimleri verilir. Hastalara verilen eğitimlere ilişkin kayıtlar hasta dosyasında bulunur. Hastanın yatışı süresince verilen eğitimler, eğitim veren kişi tarafından Yatan Hasta / Refakatçi Eğitim Formuna kayıt edilir. Hastanemizde, hastanın kişisel bilgileri ile sağlık durumu hakkındaki bilgiler korunur. Hastanın onayı olmaksızın birinci derece yakınları dışındaki kişilerle paylaşılmaz.

7.2.Hastanın Servisten Servise / YB Transferi

Hastaların; bölümlere transferi, hastane dışı transferi, yatan hasta ve acil servis hasta transferi, özellikli hastaların transferlerinde (yenidoğan, ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz ve psikiyatri hastaları) dikkat edilecek hususlar, transferde kullanılacak araçların uygunluğu ve kullanımı, transferde yer alacak personelin tanımlanması Hastaların Güvenli Transferi Prosedüründe açıklanmıştır. Hastalar bölümler arası transfer edilirken prosedür basamaklarını tamamlar ve Hasta Transfer Formu doldurulur. Bilinci açık olan hastaya transferle ilgili bilgi verilir. Bilinci açık değil ise hasta yakını bilgilendirilmelidir. Hastaya ait olan malzeme ve ilaçlar hazırlanır, hastanın vital bulguları alınır, aldığı-çıkarıldığı takibi kapatılır. Hastanın genel durumuna göre kendi yatağı, tekerlekli sandalye veya sedye seçimi yapılarak hemşire ve personel eşliğinde hasta transferi gerçekleştirilir. Hasta transfer edilen servis/yoğun bakım hemşiresi tarafından ilgili evrakları, hastaya ait malzeme ve ilaçlarla birlikte teslim alınır.

7.3.Hastanın Servisten Ameliyathaneye, Ameliyathaneden Servise Transferi

Ameliyathane hemşiresi tarafından hastanın adı-soyadı ve yapılacak ameliyatın adı belirtilerek hastanın klinikten transferi istenir. Hasta ilgili servis/yoğun bakım hemşiresi, hasta/hasta yakınına ameliyatla ilgili bilgilendirerek hastanın hazırlanmasına yardımcı olur. Hastanın dosyası kontrol edilir ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin hasta servis/yoğun bakım ayrılmadan önce doldurulması gereken kısmı doldurulur. Hastanın dosyasında bulunan anestezi formunda belirtilen premedikasyon ilaçlar hastaya uygulanır ve kayıt altına alınır. Hasta uygun transfer aracı ile ilgili hemşire ve personel eşliğinde ameliyathaneye götürülerek ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyenine kimlik doğrulama yapılarak teslim edilir.

Ameliyatı bitmiş ve servis/yoğun bakım teslim edilecek hastalar; post-op hemşiresi tarafından hasta adı-soyadı belirtilerek transfer konusunda servis/yoğun bakım bilgilendirilir. Hasta servis/yoğun bakım hemşiresi ve personel tarafından ameliyathaneden dosyası kontrol edilerek teslim alınır. Hastaya ameliyathanede uygulanan tedavisi hakkında bilgi verilir. Hasta servis/yoğun bakım hemşiresi ve personel eşliğinde transfer edilerek odasına yerleştirilir.

7.4.Acil Servisten Kliniğe Hasta Transferi

Servis /yoğun bakıma yatışı karar verilen hasta hakkında yatışı yapan hekim tarafından servis/yoğun bakım hemşiresi aranarak bilgi verilir. Hasta odası/yatağı hazırlatılır. Hasta acil servis hemşiresi ve personeli tarafından Hastaların Güvenli Transferi Prosedürü'ne uygun olarak Hasta Transfer Formu doldurularak servis/yoğun bakıma teslim edilir.

7.5.Taburculuk

Hasta taburculuğu sırasında evde uyması gereken tedavi, bakım, egzersiz, diyet konularında bilgilendirilerek Hasta Taburcu ve Eğitim Formu doldurulur. Hastadan ilaç/malzeme teslim alınmışsa, Hastadan Teslim Alınan İlaç/Malzeme Formunun iade kısmı doldurularak imza karşılığı hasta/hasta yakınına teslim edilir. Hastada açık yara, damar yolu, vs. varsa çıkartılarak pansumanları yapılır. Hastanın taburculuk işlemleri tamamlandıktan sonra hasta yakını ve personel eşliğinde hasta servisten taburcu edilir.



HEMŞİRE BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.02
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	6 / 9

7.6.Ex Durumu

Hastanın exitus kabul saatine kadar hastaya yapılan tüm acil müdahaleler kayıt altına alınır. Hastanın exitus kabulü sonrası, hastanın var olan kataterleri (santral ven-arter kateterleri, entübasyon tüpü, mayi, NG, idrar sondası, vb.) çıkartılır. Üzerindeki tüm eşyalar çıkartılıp hastanın el ve ayakları ile çenesi sabitlenir. Hastanın ad-soyadı, servisi, ex tarihi, saati belirtilerek hasta etiketine yazılır ve göğüs kısmına yapıştırılır. Hasta ex çarşafına sarılır. Hasta morg görevlisine haber verilir. Ex defteri kaydı yapılır. Ex sedyeye alınır ex defteri ile birlikte personelle morga transferi sağlanır. Ex olan hasta morga teslim edilir, ex defteri morg görevlisi tarafından işlem yapılarak ilgili bölüme teslimi sağlanır. Ex olan hasta izolasyonu varsa izolasyon figürü morga transferde götürülür. İzolasyon nedeni morg görevlisine iletilir.

8. SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI (SKS)

Hastanemizde her bölümde bölüm kalite sorumlusu bulunmaktadır. İlgili bölüm kalite sorumlusu birimde **Sağlık Kalite Standartları (SKS)** çalışmalarını organize eder. Bölüm ile ilgili dökümanları hazırlar ve birimde dökümanların takibini yapar. Değişen süreçler hakkında çalışanlara bilgi verir. SKS kapsamındaki raporlama ve bildirimlerin (kalite göstergeleri, İstenmeyen olay sistemi, güvenli cerrahi kontrol formu, vb.) düzenli olarak yapılmasını sağlar. Kalite Yönetim Birimi ile ortaklaşa yürütülen bölümlerle ilgili dökümanlar SKS'na göre hazırlanarak, ilgililere verilmektedir.

Standarda erişim: <https://shgmkalitedb.saglik.gov.tr/>

SKS KONU BAŞLIKLARI

BÖLÜM ADI	KODU	BÖLÜM ADI	KODU
Kurumsal Yapı	KU	Yoğun Bakım Ünitesi	YB
Kalite Yönetimi	KY	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	YD
Döküman Yönetimi	DY	Doğum Hizmetleri	DH
Risk Yönetimi	RY	Diyaliz Ünitesi	Dİ
Kurumsal Verimlilik	KV	Psikiyatri Hizmetleri	PS
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	İÖ	Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri	RH
Acil Durum ve Afet Yönetimi	AD	Biyokimya Laboratuvarı	BL
Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi	KBR	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	ML
Eğitim Yönetimi	EY	Patoloji Laboratuvarı	PL
Sosyal Sorumluluk	SS	Doku Tipleme Laboratuvarı	DL
Hasta Deneyimi	HD	Kemoterapi Hizmetleri	KH
Hizmete Erişim	HE	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	ON
Yaşam Sonu Hizmetler	YS	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	FR
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ	Palyatif Bakım Kliniği	PB
Hasta Bakımı	HB	Evde Sağlık Hizmetleri	ES
İlaç Yönetimi	İY	Tesis Yönetimi	TY
Enfeksiyonların Önlenmesi	EN	Otelcilik Hizmetleri	OH
Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	DS	Bilgi Yönetimi	BY
Transfüzyon Hizmetleri	TH	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Terapötik Aferez Hizmetleri	TA	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Radyasyon Güvenliği	RG	Atık Yönetimi	AY
Acil Servis	AS	Dış Kaynak Kullanımı	DK
Ameliyathane	AH	Göstergelerin İzlenmesi	Gİ

* Terapötik Aferez Hizmetleri ile Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri bölüm kodları aynı görünmekle birlikte, her iki bölümün SKS boyutlarının farklı olması nedeniyle dokümantasyon sürecinde boyutları ile beraber kodlanabilir. (STA-DTA)



HEMŞİRE BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.02
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	7 / 9

9. HASTANE OTOMASYON SİSTEMİ

Hastane otomasyon sisteminde her klinikten ilgili çalışanın; malzeme/ilaç istemi, cihaz arıza bildirim ve takibi, kalite yönetim gösterge bildirim formları, hasta yatış/taburcu/dosya takibi, hasta laboratuvar istem ve sonuç takibi, hasta radyoloji istem ve sonuç takibi, e-reçete, vb. her türlü bilgi girişi yapıp takip edilebilmektedir. Otomasyon sisteminin kullanımına dair eğitim kişi kuruma başladığında uyum eğitimi kapsamında verilir.

Kliniklerimiz ve polikliniklerimizde “servis ve poliklinik modülü” kullanılmakta olup, hemşirelerimizin kayıt güvenliği açısından SBYS girişlerini Bilgi İşlem Merkezinden aldıkları kendilerine ait şifre ile yapmaları önemlidir.

10. HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

Bu yönetmelik; tüm sağlık kurumlarında, hasta ve çalışan güvenliği için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sağlanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sağlık kurumunda hasta ve çalışanlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi eğitimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalışma ortamının sürdürülebilirliğinin sağlanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları; bu Yönetmelik hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sağlık kurumları, hasta ve çalışan güvenliğine ilişkin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Başkanlığınca hazırlanan ve Bakanlığın resmî internet sayfasında yayımlanan Kalite Standartlarını esas alır.

Hasta güvenliği uygulamaları

MADDE 6 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- İlaç güvenliğinin sağlanması,
- Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- Cerrahi güvenliğin sağlanması,
- Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Çalışan güvenliği uygulamaları

MADDE 7 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- Çalışan güvenliği programının hazırlanması,
- Çalışanlara yönelik sağlık taramalarının yapılması,
- Engelli çalışanlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- Çalışanların kişisel koruyucu önlemleri almasının sağlanması,
- Çalışanlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları

MADDE 8 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sağlık kurumları;

- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak;
 - Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması,
 - Hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik sürveyans çalışmalarının yapılması,
 - El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması,
 - İzolasyon önlemlerinin alınması,
 - Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,
- Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;
 - Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,
 - Laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması,
 - Panik değerlerin bildirimini sağlanması,
- Radyasyon güvenliği ile ilgili olarak; tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması,
- Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;
 - Mavi kod uygulamasının yapılması,
 - Pembe kod uygulamasının yapılması,



HEMŞİRE BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.02
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	8 / 9

- 3) Beyaz kod uygulamasının yapılması,
- 4) Kırmızı kod uygulamasının yapılması,
- 5) Turuncu kod uygulamasının yapılması,

d) İstenmeyen Olay Bildirim sistemi ile ilgili olarak;

- 1) İstenmeyen Olay Bildirim sisteminin kurulması,
- 2) Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konularını kapsamaması,
- 3) Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin uygulamaya konulması,

e) Eğitimler ile ilgili olarak; sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda eğitimlerin verilmesi,

f) Komitelerin kurulması ile ilgili olarak;

- 1) Hasta güvenliği komitesi,
- 2) Çalışan güvenliği komitesi kurulması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

11. KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

Hastanemizde çalışma ortamındaki risklere ve tehlikelere karşı çalışanlar tarafından kullanılan giysi, araç ve malzemelerin bölüm niteliklerine göre belirlenmesi ve tanımlanmasıdır. Her bölümde; bölüm bazında risk değerlendirmesi, birimlerde bulunması gereken koruyucu ekipman listesi bulunmaktadır.

- ❖ **SERVİS ve YOĞUN BAKIMLAR:** Cerrahi Maske, N95 Maske, Bone, Galoş, Eldiven, Koruyucu Önlük, Koruyucu Gözlük, El Antiseptik Solüsyonu, Sabun, Kağıt Havlu kullanılmalıdır.
- ❖ **NÜKLEER TIP SERVİS:** Yukarıdaki koruyucu ekipmana ek olarak; Kurşun Gözlük, Kurşun Eldiven, Troid Koruyucu, Dozimetre, Koruyucu Paravan, Bölgesel Koruyucu, Kurşun Önlük kullanılmalıdır.

12. İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

Hastanelerde meydana gelen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan bir sistemdir. Bu sistem içinde ana öge, çalışanlar tarafından yaşanan olayların bir daha yaşanmasını engellemek için yapılan bildirimlerdir. Sistemin amacı; hastanelerde kurumsal bir öğrenme sürecinin oluşturulmasıdır. Bu sistemde ana hedef bireyler değil sistemdir.

İstenmeyen Olay Bildirim sistemi iyi işleyen hastanede, hastalar için güvenli hizmet sunumu ve çalışanlar için güvenli çalışma ortamları sağlar. İstenmeyen Olay Bildirim sistemi, hasta ve çalışan güvenliğini güvenliğini tehdit eden olaylara karşı koruyucu görev üstlenmektedir.

İstenmeyen Olay Bildirim sistemlerinde kilit rolü olay bildirim formları oynamaktadır. Olay bildirimi yapılacak formlar;

- kolay doldurulabilir olmalı,
- anlaşılabilir olmalı,
- karmaşık olmamalı,
- bildirimi yapanın cümlelerine yer vermeli,
- olayın nedeni ve çözümü hakkında bildirimi yapanın görüş ve önerileri alınmalıdır.

Formlarda olaya karışan kişilerin isimlerine yer verilmemelidir.

Çalışanların isimlerinin verildiği olay bildirimleri Kalite Yönetim Birimi tarafından kabul edilmemelidir. Bu hastanemizde kurduğunuz güvenlik raporlama sisteminin kişiler üzerinden değil sistemin düzeltilmesi yönünde çalıştığının en iyi ve en önemli göstergesidir.

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemlerinde kullanılacak formlarda; Olayın konusu, Olay, Olayın nedeni ve/veya çözümü hakkında görüş ve öneriler bölümleri bulunması yeterlidir. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi için SBYS üzerinden oluşturulan modül ve manuel olarak oluşturulan form kullanılmakta olup, formlarda olaya karışan kişilerin isimlerine yer verilmemektedir.

13.RENKLİ KODLAR

Renkli Kodlar; Sağlık kurumlarında var olması öngörülen risklerin tespit edilmesi, o risklere yönelik önlemlerin alınması ve risk yönetiminin sağlanması için acil durum uyarı sisteminin kurulmasıdır. Hastanemizde;

- Herhangi bir yerde, kardiyak ve pulmoner arrest durumunda; çalışan, bulunduğu yerin dahili telefonundan **2222** arayarak **MAVİ KOD** çağrısı verir.
- Çalışana yönelik fiziksel, sözel, cinsel taciz durumunda; çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan **1111** arayarak **BEYAZ KOD** çağrısı verir.
- Çocuk kaçırma olaylarında; çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan **3333** arayarak **PEMBE KOD** çağrısı verir.
- Hastanede meydana gelecek yangın olayında çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan **4444** arayarak **KIRMIZI KOD** çağrısı verir.



HEMŞİRE BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.02
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	9 / 9

- Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer (KBRN) kazalar neticesinde dahili telefondan **5555** aranarak **TURUNCU KOD** çağrısı verilir.
- Çağrıyı sonlandırmak için; aynı telefondan ilgili kodun numarası tekrar aranır, sonlandırma ikazı duyulduktan sonra sonlandırma gerçekleştirilir.

14. GÖSTERGELERİN İZLENMESİ

Hastanede ölçüm sistematığı ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Gösterge, hastanelerin sundukları hizmetlerin kalitesini ve performans sonuçlarını ölçmeye yarayan, iyileştirme alanlarını belirlemede en önemli faktör ve gerçek anlamda nerede olduklarını gösteren kalite aynalarıdır.

Gösterge takibinde, kart ve formlar ölçme ve değerlendirme işlemi için birer araç olarak kullanılacaktır. Asıl hedef, ölçmek, değerlendirmek, iyileştirmek, bu aşamaların sağlıklı ve sürekli bir şekilde tekrarlanmasını sağlamak ve nihayetinde hizmet sunumunun kalitesini artırmaktır.

Günümüzde hastaneler sundukları hizmetleri ve performans sonuçlarını ölçmede, iyileştirme yapmaları gereken alanları belirlemede birçok gösterge takibi yapılmaktadır.

Gösterge takipleri için SBYS üzerinden oluşturulan modül kullanılmakta olup, sorumluları tarafından kendi şifreleri ile giriş yapılarak veri girişleri yapılmaktadır. Verilerin aylık, yıllık analizleri Kalite Yönetim Birimi tarafından takip edilmektedir.

HAZIRLAYAN SAĞLIK HİZMETLERİ MÜDÜRÜ	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
--	--	-----------------------