



İDARİ ve DESTEK HİZMETLER (Tıbbi Sekreter, Memur, Hasta Yardım vb.) BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.03
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	1 / 8





İDARİ ve DESTEK HİZMETLER (Tıbbi Sekreter, Memur, Hasta Yardım vb.) BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.03
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	2 / 8

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



İDARİ ve DESTEK HİZMETLER (Tıbbi Sekreter, Memur, Hasta Yardım vb.) BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.03
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	3 / 8

1. BÖLÜM YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARI

Hastanede çalışan memurlar ve şirket personellerinin disiplin amiri bağlı olduğu müdürlük, üst disiplin amiri Hastane Başmüdürüdür.

Bölüm Yönetim Zinciri:

1. Hastane Başmüdürü
2. Meslek Grubunun Bağlı Olduğu Müdürlük
3. Meslek Grubunun Bağlı Olduğu Müdür Yardımcısı

2. BÖLÜMÜN FİZİKİ YAPISI

- 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 odaları, tedavi odası, hemşire-doktor odası, depo, wc bulunmaktadır.
- Poliklinikler 3 katlı olup, katlarda poliklinikler, laboratuvarlar, radyoloji, arşiv, adli vaka arşivi, 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.
- Poliklinikler Zemin Katta: satın alma, bütçe plan, eczane, atölyeler, çamaşırhane, ana (döner sermaye) depo ve depolar, mutfak ve personel yemekhaneleri, bulunmaktadır. -1. Katta: ayniyat depo, teksirhane, şoför odası, santral, morg, mescit, personel giyinme odaları, lavabolar bulunmaktadır.

3. BÖLÜMÜN FAALİYETLERİ VE İŞLEYİŞİ

3.1. Hasta Yardım Ekibi Faaliyet ve İşleyişi

- Yönlendirme ve resmi işlemler ile ilgili bilgi verme, yardımcı olma
- Engelli, yaşlı ve kimsesiz hastaların hastanemizdeki resmi işlemlerinin, tetkiklerinin yapılmasına yardımcı olma, refakat etme
- Hastanemizde kullanılmak üzere sedye ve tekerlekli sandalye temin edilmesi
- Yoğun bakımlarda yatan hastaları ilgili bölüm izin verdiği takdirde kamera sistemi ile yakınlarına gösterme hizmeti mevcuttur.
- Hasta Yakınlarına hastalarımızın tedavi gördüğü bölüm ve yattıkları oda numarası hakkında bilgi verme

3.2. Tıbbi Sekreter Faaliyet ve İşleyişi

- Hasta giriş-çıkış işlemlerinin yapılması
- Hastanemize başvuran hastalarla ilgili tüm hizmetlerde dökümantasyon işlemlerinin yapılması, evrak ve SBYS otomasyon üzerinde kayıt altına alınması, arşivlenmesi
- Muayenesi tamamlanan hastaların ilgili hekimin belirttiği teşhis, tetkik ve tedavilerin otomasyon üzerine kaydedilmesi, rapor düzenlenmesi, kurum içinde yapılacak işlemler ve tetkikler için hasta/hasta yakınının yönlendirilmesi, kurum dışı yapılacak işlemlerde gerekli evrakların düzenlenmesi, bilgi verilmesi ve yönlendirilmesi
- Servis/yoğun bakım yatan hasta bölümlerinde hasta dosyalarının düzenlenmesi, yatış-çıkış işlemleri, rapor düzenlenmesi, bölümle ilgili tutulması gereken verilerin tutulması, arşivleme ve hasta dosyalarının arşive teslim edilmesi
- Laboratuvar, radyoloji, girişimsel işlemlerin yapıldığı bölümlerde hastalara randevu verme, istemlerin kabulü, randevusu gelen hastaların işlemlerinin yapılması, çıkan rapor ve sonuçların otomasyon üzerinden kaydedilmesi, sonuç ve raporların kimlik doğrulama yapıldıktan sonra kişiye teslim edilmesi.

3.3. Diğer Meslek Faaliyet ve İşleyişleri

Güvenlik görevlileri, memurlar, bilgi işlem merkez çalışanları, dosya arşiv çalışanları, ambar ve depo çalışanları, morg, çamaşırhane, atölyeler ve teknik servis çalışanları, biyomedikal cihaz teknisyenleri, şoförler, santral çalışanları bölümün faaliyet ve işleyişi hakkında çalışılan bölüm sorumlusu tarafından bilgilendirileceklerdir.

3.4. Hastane genelinde mesai saatleri 08:00/17:00'dir.

3.5. Hastanemizde nöbetli çalışılan bölümlerde nöbet/vardiya gün/saatleri ilgili müdürlük tarafından hazırlanan nöbet listelerinde belirtilmektedir.

3.6. Mesai saatleri 24 saat hizmet veren kurum olması nedeniyle ilgili müdürlük tarafından gerekli hallerde değiştirilebilir.

4. ÇALIŞANIN BÖLÜMDEKİ GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI



İDARİ ve DESTEK HİZMETLER (Tıbbi Sekreter, Memur, Hasta Yardım vb.) BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.03
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	4 / 8

Bölümde görevli personellerin görev, yetki ve sorumlulukları; TKHK'nun yayınlamış olduğu Yataklı Tedavi Hizmetleri Yönetmeliği'nde belirtilmiş olup, 657 Devlet Memurları Kanunu, Sağlık Hizmetleri Temel Kanunu, 4857 İş Kanunu ve Hastane Kalite Yönetim Sisteminde oluşturulan görev tanımlarına göre belirlenmektedir. İlgili müdürlükler tarafından kanun ve yönetmeliklerde belirlenen meslek grupları ve sorumluluklarına göre hazırlanan görev, yetki ve sorumluluklar Sağlıkta Kalite Sistemine (SKS) göre oluşturularak personele tebliğ edilmektedir.

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 resimli 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.
- Gerçeğe aykırı rapor ve belge düzenlemek,
- Ticaret yapmak yasaktır.

6. BÖLÜME YÖNELİK YAZILI DÜZENLEMELER

Hastanemizde süreçlerin takibi, standart hale getirilmesi ve veri ölçümüne yönelik bir dökümantasyon yapısı mevcut olup, sistemin istediği şekilde ilgili dökümanlar oluşturulmuştur. Kalite Yönetim Sistemi ve 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. BÖLÜMLERLE İLE İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

7.1.Polikliniğe Kabul Edilen Hasta İşlemleri:

Hasta Yardım Ekibi: Polikliniğe başvuran hasta/hasta yakınlarını karşılama, yönlendirme, ihtiyaç varsa refakat etme işlemlerini yaptırmada yardımcı olunur.

Tıbbi Sekreter: Hastaların poliklinik giriş, kayıt, çıkış, tetkik istemlerini yapar, sonuçları işler ve raporlar, rapor ve sevk işlemlerini yapar, yatış söz konusu ise yatış yapar ve hasta/hasta yakınını yapılacak işlemler konusunda yönlendirir.

7.2. Acil Servise Başvuran Hasta İşlemleri:

Acile başvuran hastaları triaj masası çalışanları karşılar, kategorilerine ayırır, kayıt-kabul işlemlerini yapar, aciliyet sırasına göre acil servise alır.

7.3. Yatan Hastanın Servis/Yoğun Bakım Hasta İşlemleri:

Hasta Yardım Ekibi: yatışı yapılan hasta/hasta yakınlarını yönlendirme, ihtiyaç varsa refakat etme işlemlerini yaptırmada yardımcı olunur. Yatış yapılan bölüme teslim eder.

Tıbbi Sekreter: Hastaların yatış, kayıt, çıkış, tetkik istemlerini yapar, sonuçları işler ve raporlar, rapor ve sevk işlemlerini yapar, yatış yapılan hasta/hasta yakınını yapılacak işlemler konusunda yönlendirir, refakat ihtiyacı varsa refakatçi kartı çıkartır, nasıl kullanılacağı ve taburcu olurken iadesi hakkında bilgi verilir.

7.4. Adli Vakalar ve Raporlar:

Adli vakalarda tüm poliklinik, laboratuvar, radyoloji, vb.. hizmetlerde öncelik tanınmaktadır. Kayıt, kabul, tetkik istemleri diğer hastalar gibi SBYS üzerinden istenir, sonuç ve raporlar yine SBYS üzerinde kaydedilerek hastanın adli vaka dosyasında bulundurulur.

7.5. Taburculuk İşlemleri:

Hasta Yardım Ekibi: Taburcu işlemi tamamlanan hasta ihtiyacı varsa klinik hemşiresi hasta yardım ekip sorumlusuna bilgi verir, görevlendirilen hasta yardım ekibi çalışanı tarafından hastaya refakat edilerek hastaneden güvenli bir şekilde ayrılması sağlanır.

Tıbbi Sekreter: Taburculuk işlemlerinin yapılması, dosyasının (epikriz, taburcu eğitim formu vb.) ilgili formlar doldurularak taburculuğa göre düzenlenmesi, taburculuk işlemlerinin başlatılıp sonlandırılmasından sorumludur. Poliklinik, Acil Servis, Servis/Yoğun Bakımlarda hasta taburcu uygulamaları aynı şekilde yapılır.

Diğer Meslek Faaliyet ve İşleyişleri



İDARİ ve DESTEK HİZMETLER (Tıbbi Sekreter, Memur, Hasta Yardım vb.) BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.03
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	5 / 8

Güvenlik görevlileri, memurlar, bilgi işlem merkez çalışanları, dosya arşiv çalışanları, morg çalışanları, çamaşırhane çalışanları, santral çalışanları bölümün faaliyet ve işleyişi hakkında çalışılan bölüm sorumlusu tarafından bilgilendirileceklerdir.

Depolar: Bölümün faaliyet ve işleyişi hakkında çalışılan bölüm sorumlusu tarafından bilgilendirileceklerdir.

Şoförler:

Hasta transferleri: yatan hasta taburcu edilecek ve transferi sağlanacaksa taburcu eden bölüm şoförlere hastanın durumu, gideceği adres, transfer saati, transferin yapılacağı giriş kapısı hakkında bilgi verilir, istenen saatte şoför ambulansla hastayı teslim alır ve güvenli bir şekilde transferini sağlar. Bu transferlerde doğru hasta transferi için kimlik doğrulama yapar.

Hasta başka kurumda tetkik veya tedavi (tomografi çekimi, hiperbarik tedavi, vb..) amaçlı kısa süreli götürülüp getirilecekse yine ilgili bölüm gideceği adres, transfer saati, transferin yapılacağı giriş kapısı hakkında bilgi verilir, istenen saatte şoför ambulansla hastayı teslim alır ve güvenli bir şekilde transferini sağlar. Bu transferlerde doğru hasta transferi için kimlik doğrulama yapar.

Hastanede İcapçı Olarak Görev Yapan Sağlık Personeli ihtiyacında; ilgili bölümün veya nöbetçi müdürlüğün talimatı ile personelin evden alınması ve hastaneye en kısa sürede ulaştırılmasını sağlar.

Kan Bankası Çalışanları Tarafından Kızılay Merkezinden Kan/Kan Ürünleri İstenmiş ise; gelecek olan kan/kan ürünlerinin transferini sağlama için şoförlere bilgi verilir ve evraklar teslim edilir, hazırlanan evraklarla birlikte soğuk zincir şartlarını bozmadan kan/kan ürünleri teslim alınır transferi sağlanır ve kan bankasına teslim edilir.

8. SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI (SKS)

Hastanemizde her bölümde bölüm kalite sorumlusu bulunmaktadır. İlgili bölüm kalite sorumlusu birimde **Sağlıkta 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 indikatörleri bildirimleri, istenmeyen olay bildirim 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	İO	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



İDARİ ve DESTEK HİZMETLER (Tıbbi Sekreter, Memur, Hasta Yardım vb.) BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.03
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	6 / 8

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)			

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, çalışanlarımızın kayıt güvenliği açısından SBYS girişlerini ilgili birimin modülünü kullanarak Bilgi İşlem Merkezinden temin ettiği 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 Hizmet 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,



İDARİ ve DESTEK HİZMETLER (Tıbbi Sekreter, Memur, Hasta Yardım vb.) BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.03
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	7 / 8

b) Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;

- 1) Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,
- 2) Laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması,
- 3) Panik değerlerin bildiriminin sağlanması,

c) Radyasyon güvenliği ile ilgili olarak; tanı ve tedavi amaçlı radyoaktif madde kullanılan alanlarda koruyucu önlemlerin alınması,

ç) Renkli kod uygulamaları ile ilgili olarak;

- 1) Mavi kod uygulamasının yapılması,
- 2) Pembe kod uygulamasının yapılması,
- 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 kapsaması,
- 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 değerlendirilmesi, 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 bildirim 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 İstenmeyen Olay Bildirim 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.



İDARİ ve DESTEK HİZMETLER (Tıbbi Sekreter, Memur, Hasta Yardım vb.) BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.03
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	8 / 8

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.
- 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 bir çok 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 BAŞMÜDÜR	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM SORUMLUSU	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
------------------------	--	-----------------------