



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	1 / 9





HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
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



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	3 / 9

Bu rehber; hastanemizde işe yeni başlayan ile görev yeri değişen Hekimlerin yeni çalışma birimine uyumunu kolaylaştırmak için düzenlenen bölüm uyum eğitimlerinin kurallarının belirlenmesi ve çalışanlara yol göstermesi için hazırlanmıştır.

1. BÖLÜM YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARI

Hastanede çalışan hekimlerin disiplin amiri Başhekim, üst disiplin amiri Tıp Fakültesi Dekanıdır.

Bölüm Yönetim Zinciri:

1. Tıp Fakültesi Dekanı
2. Başhekim
3. Başhekim Yardımcısı
4. Ana Bilim Dalı Uzman Hekimler
5. Ana Bilim Dalı Baş Asistanı

2.BÖLÜMLERİN FİZİKİ YAPISININ TANITILMASI

Servislerimizde; özel oda, ikili, üçlü 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, sekreter odaları, asansör, merdiven ve yangın merdiveni bulunmaktadır.

Yoğun bakımlarda; yataklar, izolasyon odası, tedavi odası, hemşire-doktor odası, depo, WC bulunmaktadır. Poliklinikler 3 katlı, her katta ana bilim dallarına ayrılmış poliklinikler bulunmakta, laboratuvarlar, radyoloji, kan alma merkezi, lavabolar, kantin vb. bulunmaktadır. Erişkin Acil Servis 0.kat, Çocuk Acil Servis giriş katında bulunmaktadır. Ameliyathane ve Sterilizasyon Ünitesi 2. Katta bulunmaktadır.

3.BÖLÜMLERİN FAALİYETLERİ VE İŞLEYİŞİ

- Poliklinik ve/veya Acil Servise hasta kabulü ve muayenesi, gerekiyorsa sevk işlemleri
- Yatış verilen hastanın servis/yoğun bakıma kabulü ve muayenesi, gerekiyorsa sevk işlemleri
- Hasta dosyasının düzenlenmesi, gerekli kayıtların tutulması
- Yatan hastanın oda ve yatağının belirlenmesi ve düzeninin sağlanması
- Yatan hastanın tetkiklerinin istenmesi ve tedavisinin planlanması order verilmesi
- Tetkik sonuçlarının değerlendirilmesi ve tedavinin devamının sağlanması
- Vizitler ilgili Anabilim Dallarının belirlediği saatler arasında düzenli bir şekilde yürütülmektedir.
- Klinikler/yoğun bakımlarda ve polikliniklerde mesai saatleri 08:00/17:00; Nöbetler her gün 17:00/08:00 şeklinde yürütülmektedir.
- Mesai saatleri 24 saat hizmet veren kurum olması nedeniyle ilgili Ana Bilim Dalı tarafından gerekli hallerde değiştirilebilir.

4.ÇALIŞANIN BİRİMDEKİ GÖREV VE SORUMLULUKLARI

Görev ve yetkileri birimde görevli personellerin görev ve yetkileri TKHK'nun yayınlamış olduğu Tababet ve Şuabatı San'atlarının Tarzı İcrasının Dair Kanun, 2547 Yüksek Öğretim Kanunu, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Tıbbi Deontoloji Tüzüğü, 657 Devlet Memurları Kanunu ve Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'nde belirtilmiştir.

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 asılabilmektedir.
- **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.



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	4 / 9

6.BÖLÜMLERE 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 İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

*Polikliniğe Kabul Edilen Hasta İşlemleri:

Merkezi Hastane Randevu Sisteminden randevu alan hastaların yanı sıra direk olarak hastaneye başvuran hastaların muayeneleri de yapılmaktadır. Polikliniğe başvuran hasta poliklinik sekreteri tarafından karşılanır, SBYS üzerinden kayıt işlemleri yapılır, poliklinik SBYS ekranından kayıt sırasına göre hastalar muayene için polikliniğe alınır, sırası gelen hasta ilgili hekim tarafından muayene edilir. Muayene sonrası hekim tarafından istemi yapılan gerekli görülen tetkikleri poliklinik sekreteri tarafından SBYS üzerinden ilgili bölümden girişi yapılır (Laboratuvar, Röntgen, vb.), hasta tetkik yapılacak bölüme poliklinik sekreteri tarafından yönlendirilir. Hekim tarafından muayene ve sonuçları tamamlanan hastanın gerekli ise ilgili servise yatışı kendisi verir, poliklinik sekreteri tarafından otomasyon üzerinden ilgili birime yatışı yapılarak yatış barkoduyla birlikte yatacağı bölüme hasta gönderilir. Yatış veren hekim yatış yapılan servis hekim ve hemşiresine bilgi verir. Reçetesi yazılarak gönderilecek olan hastalar ise kontrol muayenesi varsa eğer kontrol muayene tarihi ve saati için tekrar randevu verilir, taburcu edilen hastalar ise reçetesi yazılarak gönderilir.

Poliklinik sekreteri laboratuvar sonuçlarını SBYS üzerinden görüntüler ve gerektiğinde çıktısını alarak hastaya verir. Poliklinik hemşiresi/tıbbi sekreteri ve hekimi hastayı mahremiyet kuralları çerçevesinde değerlendirir. El hijyeni ve koruyucu ekipmanlarını ilgili talimatlara uygun olarak yerine getirir. Hastane poliklinik temizlik planına göre temizliğini kontrol ederler.

*Acil Servise Başvuran Hasta İşlemleri:

Acil servise başvuran hasta triaj masasında kabul-kayıt işlemleri yapılır ve triaj (Müdahale Önceliği) uygulamasına göre muayeneleri yapılır. Acil hekimi muayene ve tetkiklerin yapılması, gerekli görüldüğünde konsültasyon istenmesi ve konsültasyon sonuçları sonrası yatışına karar verilen hastaların ilgili birimi bilgilendirerek yatışını yapar. Acil ameliyat gerektiren durumlarda ameliyathane ekibini hasta hakkında bilgilendirir, hastanın ameliyata hazırlanmasını ve hızlı bir şekilde transferini organize ederek ameliyat ekibine teslim eder/edilmesini sağlar.

Takip gerektiren hastalar muayene sonucunda müşahede altına alınır. Otomasyon sistemine müşahede altına alınma saati ve taburcu saati kayıt edilir. Müşahede odasında kalış süreleri otomasyondan takip edilir.

Acil servis hekimi hasta hakkında ilgili uzman hekimlerden otomasyon üzerinde Konsültasyon istemi yapar. Acil Kayıt Formuna Konsültasyona çağrılış saati, hekim geliş saati kayıt edilir. Konsültasyona geliş süreleri otomasyondan takip edilir.

- **İlaç Uygulama Güvenliği İçin;** İlaç güvenliğini sağlamaya yönelik olarak, hastanın yatışında kullandığı ilaçları varsa sorgulanır, kullandığı ilaçları gerekli ise order edilir. Order edilen ilaçlar hastanın yanından Hasta İlaç/Malzeme Teslim Formu ile birlikte teslim alınır. Alınan ilaçların miat kontrolü yapılır. Miadı geçmiş olan ilaçlar sistemden gerekli bilgileri girilen Tıbbi Malzeme İlaç İade Formu ile birlikte hastane eczanesine teslim edilir.
- **Acil Sevk İşlemleri:** Acil Servisten başka bir kuruma hasta sevk kararı konsültasyon istenen ilgili uzman hekim veya ilgili uzman hekim yoksa nöbetçi hekim tarafından verilir. Hastanın sevk sırasında 112 ambulansına ihtiyaç varsa 112 Komuta Merkezi aranır. Hastanın Acil Servis Epikriz Formu ve Ek 9 Sağlık Tesisleri Arası Vaka Nakil Talep Formu doldurularak hasta sevk edilir. Sevk edilen hastalar kayıt altına alınır.
- **Adli Raporlar ve Vakalar:** Hastaneye girişi yapılan adli vaka hasta hakkında hastane polisine bilgi verilir ve adli deftere kaydı yapılır. Hastanın vital bulguları alınır. Doktor tarafından uygun görülen tahliller ve röntgen istenir. Doktor muayenesi ve tetkik sonuçlarına göre tedavisi yapılır. Uygun görülürse uzman hekimlerden konsültasyon istenir. Gerekirse hastanın durumuna göre doktor hasta sevk kâğıdı düzenleyerek sevk eder. Muayene bitince üçer nüsha Genel Adli Muayene Raporu düzenlenir. Acil Servise getirilen şüpheli ölümlerde adli raporu tutulur ve adli hekim tarafından değerlendirilmesi için gerekli işlemler başlatılır.

Zehirlenme vakaları Ulusal Zehir Merkezi Kılavuzuna göre takip edilir. Tüm vakalar Ulusal Zehir Merkezine (114 Zehir Danışma) bildirilir.

*Yatan Hastanın Servis/Yoğun Bakım Hasta İşlemleri:

Poliklinik veya acilden yatış yapılan hastanın servis/yoğun bakım hekimi muayene ve kabul işlemlerini yapar. Çalışanlar tanıtım kartı kullanmalıdır. Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır. Hastaya hizmet verecek olan



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	5 / 9

bölüm çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtmalıdır. Hastanın bölüme kabulünde genel durumu değerlendirilmelidir. Hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirilmelidir.

Hasta dosyası (yatış kağıdı, Dr. günlük takip formu, hasta tetkik kağıtları vb.) ilgili formlar doldurularak hekim tarafından düzenlenir. Hekim; yatan hastanın oda ve yatağının belirlenmesi ve düzeninin sağlanması, yatan hastanın tetkik ve tedavisinin belirlenmesi, istemlerinin yapılması, sonuçlarının takip edilmesinden sorumludur. Bölüm uzman hekimine kabulü tamamlanan hasta hakkında bilgi verir. Hasta tanıları ICD kodlama sistemine göre girilmektedir. Yoğun bakımlarda görevli hekimler, hasta skorlama ölçekleri (Apache II, Snaps,Prism, vb.) ile hastaları değerlendirmek, dosyaya kaydetmek, elde edilen verilerle hasta mortalite riskini takip etmek zorundadırlar. İlaç istemleri otomasyon üzerinden order yazılarak Eczane'den yapılır. İstemlerin yazılmasında tarih, saat, ilaçların isimleri ve dozlarına dikkat edilmelidir. İstemler günlük olarak düzenlenir. Resmi tatiller ve hafta sonlarında eczanenin belirlediği gün kadar istemler düzenlenir, bunun için eczane önceden bilgilendirme yapmaktadır.

Kullanılan İlaçların ve sarf malzemelerin takibi otomasyon sistemi eczane depo işlemlerinden yapılır.

Hastaya uygulanması gereken her işlem öncesi hasta kimliğini doğrulayarak işlem yapar, her işlem öncesi hasta/hasta yakınına bilgi verir, hasta/hasta yakınından rıza formu (onam formu) okutur, açıklama yaparak doldurur imzalı izin alır. Cerrahi işlemlerde kimlik doğrulama sonrası cerrahi taraf işaretlemesi yapar. Ameliyathanede ameliyat öncesi kimlik ve cerrahi taraf doğrulaması sonrası ameliyat yapar, güvenli cerrahi kontrol formu ilgili alanının doldurulmasından sorumludur.

***Konsültasyonlar:**

Poliklinik, Acil Servis, Servis/Yoğun Bakımlarda hekim konsültasyon istenecek bölüme konsültasyon istek formunu tam olarak doldurur (SBYS ve/veya kağıt üzerinden) konsültasyon istenen bölüme gönderir. Hekim konsültasyon istenen bölümdeki hekimi birebir arayarak konsültasyon isteme nedenini anlatır, hastanın genel durumu hakkında bilgi verir. Konsültasyon isteği yapıldığı hasta dosyasına kayıt edilir. Konsültasyon işlemi diğer bölüm hekimi tarafından tamamlandığında konsültasyon notu hasta dosyasına kaydedilerek konsülte eden hekim tarafından hasta için istediği ek tetkik varsa istemi hastanın kendi hekimi tarafından yapılarak tetkik sonuçları konsülte eden bölüm hekimi ile karşılıklı konuşarak hasta tekrar değerlendirilir. Poliklinik, Acil Servis, Servis/Yoğun Bakımlarda konsültasyon isteme uygulamaları aynı şekilde yapılır.

***Hasta Sevk İşlemleri:**

Hekim hastanın başka kuruma sevk edilmesi gerektiğinde (hastanemizde yapılamayan uygulamalar tetkik, muayene, müdahale, vs.), hastaya yapılan uygulamalar, muayene/tetkik/televizyon ve sonuçlarının yazılı olduğu epikriz hazırlar. Hastanın sevk edileceği hastanedeki hekimi arayarak yer ayarlaması yapılır, hasta hakkında bilgi verilir, transferin ne zaman-nasıl yapılması gerektiği kararlaştırılır. Hasta transferi için gerekli bilgi hasta/hasta yakınına verilir. Transfer için gereken malzeme, personel ve ambulans ayarlanarak hasta sevk tamamlanır. Poliklinik, Acil Servis, Servis/Yoğun Bakımlarda hasta sevk uygulamaları aynı şekilde yapılır. (Hasta sevklerinde personel/ambulans kullanımına hastanın genel durumu ve sevk nedenine göre hekim karar verir.) Ambülanla nakil olacak hastalara Ambulans Formu doldurulur.

*** Taburculuk İşlemleri:**

Hekim taburculuk işlemlerinin yapılması, dosyasının (epikriz, taburcu eğitim formu, vb...) ilgili formlar doldurularak taburculuğa göre düzenlenmesi ve tedavi devamlılığını sağlayacak kontrol süreci hakkında ve hastalığa yönelik eğitimlerinin verilmesi, taburculuk işlemlerinin başlatılıp sonlandırılmasından sorumludur. Poliklinik, Acil Servis, Servis/Yoğun Bakımlarda hasta taburcu uygulamaları aynı şekilde yapılır.

*** Ex Olan Hasta İşlemleri:**

Hekim; hastanın ex olduğunu muayene ve EKG ile doğruladıktan sonra ex olan hastanın hakkında yakınlarının bilgilendirilmesi, ex işlemlerinin (biopsi alma, kataterlerin çıkarılması, vb...) yapılması, ex dosyasının zamanında tamamlanması, ex çıkış işlemlerinin başlatılıp sonlandırılmasından sorumludur. Hekim tarafından ölüm nedeni ile saati hasta dosyasına yazılarak imzalanır. Ex Defin ruhsatı düzenlendikten sonra ex sahiplerine imza karşılığında teslim edilir. Exlerin sahiplerine verilmesinde tıbbi ve adli sakıncalar varsa, bu gibi exler sahiplerine verilmez, morg görevlileri konu ile ilgili bilgilendirilir. Poliklinik, Acil Servis, Servis/Yoğun Bakımlarda hasta ex uygulamaları aynı şekilde yapılır. İzolasyon olan, radyoaktif madde alan ve adli vaka olan ex durumunda önlemler alınarak, kayıt ve morg görevlilerinin bilgilendirmesini yapar.

*** Servis/Yoğun Bakım Vizitler:**

Ana Bilim Dalı tarafından belirlenen saatlerde düzenli bir şekilde yürütülür. Klinikler / Yoğun Bakımlarda ve Polikliniklerde mesai saatleri 08:00 / 17:00 Nöbetler her gün 17:00 / 08:00 şeklinde yürütülmektedir.



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	6 / 9

Mesai saatleri 24 saat hizmet veren kurum olması nedeniyle ilgili Ana Bilim Dalı tarafından nöbet listeleri ve saatleri belirlenmektedir.

***Eczane, Radyoloji, Laboratuvar İşlemleri:**

Eczane, radyoloji, laboratuvar hizmetleri 24 saat aralıksız hizmet vermektedirler. Hastane SBYS üzerinden istemler yapılabilmektedir. İstem sonuçları yine SBYS üzerinden görülmektedir. İstemler acil ise; istem SBYS üzerinden yapıp aciliyeti birebir ilgili bölümle görüşülerek anlatılmalıdır.

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 göstergeleri bildirimleri, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, güvenli cerrahi kontrol formu, vb.) düzenli olarak yapılmasını sağlar.

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
Doküman 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
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



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	7 / 9

Hastane otomasyon sisteminde her klinikten ilgili çalışanın; malzeme/ilaç istemi, cihaz arıza bildirim ve takibi, kalite yönetim indikatör 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 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 düzenlemektedir.

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,
 - Beyaz kod uygulamasının yapılması,
 - Kırmızı kod uygulamasının yapılması,



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	8 / 9

- 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 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 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 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.

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, kardiak 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.



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	04
REVİZYON TAR.	04.12.2023
SAYFA	9 / 9

- 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 telefonda **5555** aranarak **TURUNCU KOD** çağrısı verilir.
- Çağrüyı sonlandırmak için; aynı telefonda 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 BAŞHEKİM YRD.	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM SORUMLUSU	ONAYLAYAN BAŞHEKİM
-----------------------------	--	-----------------------