



HEKİM BÖLÜMÜ UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	10.12.2018
SAYFA	1 / 9





HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	10.12.2018
SAYFA	2 / 9

ÇİNKİLER

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



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	10.12.2018
SAYFA	3 / 9

Bu rehber hastanemizde i e yeni ba layan ile görev yeri de i en Hekimlerin yeni çalı ma birimine uyumunu kolayla tırmak için düzenlenen bölüm uyum e timlerinin kurallarının belirlenmesi ve çalı anlara yol göstermesi için hazırlanmıştır.

1. BÖLÜM YÖNETİMİ VE ÇALIŞANLARI

Hastanede çalışan hekimlerin disiplin amiri Ba hekim, üst disiplin amiri Tıp Fakültesi Dekanıdır.

Bölüm Yönetim Zinciri:

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

2.BÖLÜMLERİN FİZİK YAPISININ TANITILMASI

Servislerimizde; özel oda, ikili, üçlü hasta yata ı olan hasta odaları bulunmaktadır. Her katta tedavi odası, muayene odası, WC-banyo, temizlik malzemeleri için temizlik odaları, depolar, buzdolabı, personel ve hemire giyinme odası, hemire odası, doktor odaları, asansör, merdiven ve yangın merdiveni bulunmaktadır. Yo un bakımlarda; yataklar, izolasyon odası, tedavi odası, hemire-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. Eri kin Acil Servis, Çocuk Acil Servis giri katında bulunmaktadır. Ameliyathane ve Sterilizasyon Ünitesi 2. Katta bulunmaktadır.

3.BÖLÜMLERİN FAAL YETLERİ VE İZLENİMLERİ

- Poliklinik ve/veya Acil Servise hasta kabulü ve muayenesi, gerekiyorsa sevk i lemleri
- Yatı verilen hastanın servis/yo un bakıma kabulü ve muayenesi, gerekiyorsa sevk i lemleri
- Hasta dosyasının düzenlenmesi, gerekli kayıtların tutulması
- Yatan hastanın oda ve yata ının belirlenmesi ve düzeninin sa lanması
- Yatan hastanın tetkiklerinin istenmesi ve tedavisinin planlanması order verilmesi
- Tetkik sonuçlarının de erlendirilmesi ve tedavinin devamının sa lanması
- Vizitler ilgili Anabilim Dallarının belirledi i saatler arasında düzenli bir e kilde yürütülmektedir.
- Klinikler/yo un bakımlarda ve polikliniklerde mesai saatleri 08:00/17:00; Nöbetler her gün 17:00/08:00 e kinde yürütülmektedir.
- Mesai saatleri 24 saat hizmet veren kurum olması nedeniyle ilgili Ana Bilim Dalı tarafından gerekli hallerde de i tirilebilir.

4.ÇALIŞANIN BİRİMDEKİ GÖREV VE SORUMLULUKLARI

Görev ve yetkileri birimde görevli personellerin görev ve yetkileri TKHK'nun yayınlamış oldu u Tababet ve uabacı San'atlarının Tarzı crasının Dair Kanun, 2547 Yüksek Ö retim Kanunu, Tıbbi Deontoloji Nizamnamesi, Tıbbi Deontoloji Tüzü ü, 657 Devlet Memurları Kanunu ve Yataklı Tedavi Kurumları İ letme Yönetmeli i'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 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 e kilde taşıma zorunlulu u vardır. Mesai giri ve çıkı larda kart okuyuculara kart okutulmalıdır.
- **Duyuru ve afi lerin ilan edilmesi:** Her türlü ilan ve bilgi içeren afi ler sadece idari izinle uygun görülen yerlere asılabilmektedir.
- **Basına bilgi verme:** Görsel ve yazılı basına bilgi verme idari izine ba lıdır.
- zinsiz veya özürsüz olarak göreve geç gelmek, erken ayrılmak veya hiç gelmemek disiplin kurallarına aykırıdır.
- Gerçe e aykırı rapor ve belge düzenlemek,
- Ticaret yapmak yasaktır.



HEKİM BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	10.12.2018
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 YERLER

*Polikliniğe Kabul Edilen Hasta İlemleri:

Merkezi Hastane Randevu Sisteminden randevu alan hastaların yanı sıra direkt olarak hastaneye başvuran hastaların muayeneleri de yapılmaktadır. Polikliniğe başvuran hasta poliklinik sekreteri tarafından kayıtlıdır, HBYS üzerinden kayıt işlemi yapılır, poliklinik HBYS ekranından kayıt sırasına göre hastalar muayene için polikliniğe alınır, sırası gelen hasta ilgili hekim tarafından muayene edilir. Muayene sonrası hekim tarafından gerekli görülen tetkik istemleri poliklinik sekreteri tarafından HBYS üzerinden ilgili bölümden istenir (Laboratuvar, Röntgen, vb.), hasta tetkik yapılacak bölüme poliklinik sekreteri tarafından yönlendirilir. Hekim tarafından muayene ve sonuçları tamamlanan hastanın gerekli ise ilgili servise yatırımı kendisi verir, poliklinik sekreteri tarafından otomasyon üzerinden ilgili birime yatırılarak yatırımla birlikte yatacağı bölüme hasta gönderilir. Yatırımları veren hekim yatırımı yapılan servis hekim ve hemşiresine bilgi verir. Reçetesi yazılarak gönderilecek olan hastalar ise kontrol muayenesi varsa gelecek kontrol muayene tarihi ve saati için tekrar randevu verilir, taburcu edilen hastalar ise reçetesi yazılarak gönderilir.

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

*Acil Servise Başvuran Hasta İlemleri:

Acil servise başvuran hasta triaj masasında kabul-kayıtlı işlemleri yapılır ve triaj (Müdahale Önceliği) uygulamasına göre muayeneleri yapılır. Acil hekim muayene ve tetkiklerin yapılması, gerekli görüldüğünde konsültasyon istenmesi ve konsültasyon sonuçları sonrası yatırımla karar verilen hastaların ilgili birimi bilgilendirerek yatırımı 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 müdahale altına alınır. Otomasyon sistemine müdahale altına alınma saati ve taburcu saati kayıtlı edilir. Müdahale odasında kalma süreleri otomasyondan takip edilir.

Acil servis hekimisi hasta hakkında ilgili uzman hekimlerden otomasyon üzerinde Konsültasyon istemi yapar. Acil Kayıt Formuna Konsültasyona çağırma saati, hekim gelme saati kayıtlı edilir. Konsültasyona gelme süreleri otomasyondan takip edilir.

- **İlaç Uygulama Güvenliği için;** ilaç güvenliği sağlamak amacıyla hastanın yatırımı sırasında kullandığı ilaçları varsa hemşiresi sorgulanır, kullandığı ilaçları gerekli ise order edilir. Order edilen ilaçlar hastanın yanından Hasta İlaç/Malzeme Teslim Formu ile birlikte teslim alınır. Alınan ilaçların miktar kontrolü yapılır. Miadı geçmiş olan ilaçlar Tıbbi Malzeme İlaç Adı 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 hastasının 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 kararı düzenleyerek sevk eder. Muayene bitince üçer nüsha Genel Adli Muayene Raporu düzenlenir. Acil Servise getirilen 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 Danışmanlığı) bildirilir.

*Yatan Hastanın Servis/Yatırımlı Bakım Hasta İlemleri:

Poliklinik veya acilden yatırımı yapılan hastanın servis/yatırımlı bakım hekimisi muayene ve kabul işlemlerini yapar. Çalışanlar tanımlama kartı kullanmalıdır. Tanımlama kartları çalışması süresince takılmalıdır. Hastaya hizmet verecek olan bölüm çalışanları hasta/hasta yakınına kendini tanıtmalıdır. Hastanın bölüme kabulünde genel durumu değerlendirilmelidir. Hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden değerlendirilmelidir.



HEKİM BÖLÜMÜ UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	10.12.2018
SAYFA	5 / 9

Hasta dosyası (yatılı 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 değerlendirir, 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 ilaçların ve sarf malzemelerin takibi otomasyon sistemi eczane depo işlemlerinden yapılır. Hastaya uygulanması gereken her işlem öncesi hasta kimliğini doğrulayarak işlem yapılır, 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 işaretleme 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 (HBYS 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 tamamlandıktan sonra 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 karılıklı olarak 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/tehdavi 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 sevki 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.) Ambulansla nakil olacak hastalara Ambulans Formu doldurulur.

*** Taburculuk İşlemleri:**

Hekim taburculuk işlemlerinin yapılması, dosyasının (epikriz, taburcu eylem formu, vb...) ilgili formlar doldurularak taburculuğa göre düzenlenmesi ve tedavi devamlılığını sağlayacak kontrol süreci hakkında ve hastalığa yönelik eylemlerinin 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 olduğu muayene ve EKG ile doğrulandıktan sonra ex olan hastanın hakkında yakınlarının bilgilendirilmesi, ex işlemlerinin (biopsi alma, kataterlerin çıkarılması, vb...) yapılması, ex dosyasının zamanında tamamlanması, ex çıkışı işlemlerinin başlatılıp sonlandırılmasından sorumludur. Hekim tarafından ölüm nedeni ile saati hasta dosyasına yazılarak imzalanır. Ex Defini ruhsatı düzenlendikten sonra ex sahiplerine imza karılığında teslim edilir. Exlerin sahiplerine verilmesinde tıbbi ve adli sakıncalar varsa, bu gibi ex sahiplerine verilmez, morg görevlileri konu ile ilgili bilgilendirilir. Poliklinik, Acil Servis, Servis/Yoğun Bakımlarda hasta ex uygulamaları aynı şekilde yapılır.

*** Servis/Yoğun Bakım Vizitleri:**

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 ekinde yürütülmektedir.

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



HEK M BÖLÜM UYUM REHBER

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TAR H	23.03.2015
REV ZYON NO	02
REV ZYON TAR.	10.12.2018
SAYFA	6 / 9

*Eczane, Radyoloji, Laboratuvar lemleri:

Eczane, radyoloji, laboratuvar hizmetleri 24 saat aralıksız hizmet vermektedirler. Hastane HBYS üzerinden istemler yapılabilmektedir. stem sonuçları yine HBYS üzerinden görülmektedir. stemler acil ise; istem HBYS üzerinden yapıp aciliyeti birebir ilgili bölümle görü lülerek anlatılmalıdır.

8.SA LIKTA KAL TE STANDARTLARI (SKS)

Hastanemizde her bölümde bölüm kalite sorumlusu bulunmaktadır. İgili bölüm kalite sorumlusu birimde **Sa lıkta Kalite Standartları** (SKS) çalı malarını organize eder. Bölüm ile ilgili dökümanları hazırlar ve birimde dökümanların takibini yapar. De i en süreçler hakkında çalı mlara bilgi verir. SKS kapsamındaki raporlama ve bildirimlerin (kalite göstergeleri bildirimleri, güvenlik raporlama sistemi, güvenli cerrahi kontrol formu, vb.) düzenli olarak yapılmasını sa lar.

Standarda eri im: https://kalite.saglik.gov.tr/content/files/Yayin2016/SKS_Hastane_Seti_V_5_R_1.pdf

SKS KONUSU BA LIKLARI

Kurumsal Hizmetler

- Kurumsal Yapı **KU**
- Kalite Yönetimi **KY**
- Doküman Yönetimi **DY**
- Risk Yönetimi **RY**
- Güvenlik Raporlama Sistemi **GR**
- Acil Durum ve Afet Yönetimi **AD**
- E itim Yönetimi **EY**
- Sosyal Sorumluluk **SS**

Hasta ve Çalı mlara Odaklı Hizmetler

- Hasta Deneyimi **HD**
- Hizmete Eri im **HE**
- Ya am Sonu Hizmetler **YS**
- Sa lıklı Çalı mlara Ya amı **SÇ**

Sa lık Hizmetleri

- Hasta Bakımı **HB**
- İlaç Yönetimi **Y**
- Enfeksiyonların Önlenmesi **EN**
- Sterilizasyon Hizmetleri **SH**
- Transfüzyon Hizmetleri **TH**
- Radyasyon Güvenli i **RG**
- Acil Servis **AS**
- Ameliyathane **AH**
- Yo un Bakım Ünitesi **YB**
- Yeni Do an Yo un Bakım Ünitesi **YD**
- Do um Hizmetleri **DH**
- Diyaliz Ünitesi **D**
- Psikiyatri Hizmetleri **PS**
- Biyokimya Laboratuvarı **BL**
- Mikrobiyoloji Laboratuvarı **ML**
- Patoloji Laboratuvarı **PL**
- Doku Tipleme Laboratuvarı **DL**

Destek Hizmetleri

- Tesis Yönetimi **TY**
- Otelcilik Hizmetleri **OH**
- Bilgi Yönetimi **BY**
- Malzeme ve Cihaz Yönetimi **MC**
- Tıbbi Kayıt ve Ar ıv Hizmetleri **TA**
- Atık Yönetimi **AY**
- D1 Kaynak Kullanımı **DK**



HEK M BÖLÜM UYUM REHBER

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TAR H	23.03.2015
REV ZYON NO	02
REV ZYON TAR.	10.12.2018
SAYFA	7 / 9

Gösterge Yönetimi G

- Göstergelerin zlenmesi G
- Bölüm Bazlı Göstergeler GB.
- Klinik Göstergeler GK.

9. HASTANE OTOMASYON S STEM

Hastane otomasyon sisteminde her klinikten ilgili çalı anın; malzeme/ilaç istemi, cihaz arıza bildirim ve takibi, kalite yönetim indikatör bildirim formları, hasta yatı /taburcu/dosya takibi, hasta laboratuvar istem ve sonuç takibi, hasta radyoloji istem ve sonuç takibi, e-reçete, vb. her türlü bilgi giri i yapılp takip edilebilmektedir. Otomasyon sisteminin kullanımına dair e itim ki i kuruma ba ladı nda uyum e itimi kapsamında verilir.

Kliniklerimiz ve polikliniklerimizde “servis ve poliklinik modülü” kullanılmakta olup, çalı anlarımızın kayıt güvenli i açısından HBYS giri lerini kendilerine ait ifre ile yapmaları önemlidir.

10. HASTA VE ÇALI AN GÜVENL

Bu yönetmelik; tüm sa lık kurumlarında, hasta ve çalı an güvenli i için güvenli hizmet sunumu ve güvenli bir ortam sa lanmasına, hizmet sunumunda kalitenin artırılmasına, sa lık kurumunda hasta ve çalı anlar için muhtemel risklerin belirlenmesine, bu risklerin giderilmesi için uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine ve hizmet içi e itimler ile güvenli hizmet sunumu ve güvenli çalı ma ortamının sürdürülebilirli inin sa lanmasına yönelik usul ve esasları düzenlemektir.

MADDE 5 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sa lık kurumları bu Yönetmelik hükümleri do rultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalı an güvenli ini sa lamaya yönelik gerekli faaliyetleri gerçekle tirmek amacıyla, kendi iç düzenlemelerini yapmak ve tedbirleri almakla yükümlüdür. Sa lık kurumları, hasta ve çalı an güvenli ine ili kin tedbirleri alırken ve düzenlemeleri yaparken Daire Ba kanlı nca hazırlanan ve Bakanlı n resmî internet sayfasında yayımlanan Hizmet Kalite Standartlarını esas alır.

Hasta güvenli i uygulamaları

MADDE 6 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sa lık kurumları

- a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve do rulanması,
- b) Hastaya uygulanacak giri imsel i lemler için hastanın rızasının alınması,
- c) Sa lık hizmeti sunumunda ileti im güvenli inin sa lanması,
- ç) laç güvenli inin sa lanması,
- d) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenli inin sa lanması,
- e) Cerrahi güvenli inin sa lanması,
- f) Hasta dü melerinin önlenmesi,
- g) Radyasyon güvenli inin sa lanması,
- ğ) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Çalı an güvenli i uygulamaları

MADDE 7 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sa lık kurumları

- a) Çalı an güvenli i programının hazırlanması,
- b) Çalı anlara yönelik sa lık taramalarının yapılması,
- c) Engelli çalı anlara yönelik düzenlemelerin yapılması,
- ç) Çalı anların ki isel koruyucu önlemleri almasının sa lanması,
- d) Çalı anlara yönelik fiziksel saldırıların önlenmesine yönelik düzenleme yapılması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Hasta ve çalı an güvenli i ortak uygulamaları

MADDE 8 – (1) Bu Yönetmelik kapsamındaki sa lık kurumları

- a) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak
 - 1) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması,
 - 2) Hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik sürveyans çalı malarının yapılması,
 - 3) El hijyeninin sa lanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması,
 - 4) zolasyon önlemlerinin alınması,
 - 5) Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekle tirilmesi,
- b) Laboratuvar güvenli i ile ilgili olarak
 - 1) Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,
 - 2) Laboratuvarda çalı ılan testlerin kalite kontrol çalı malarının yapılması,
 - 3) Panik de erlerin bildirimlerinin sa lanması,



HEKİM BÖLÜMÜ UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	10.12.2018
SAYFA	8 / 9

- 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,
- d) Güvenlik raporlama sistemi ile ilgili olarak
- 1) Güvenlik raporlama sisteminin kurulması,
 - 2) Bildirimi yapılacak olayların asgari ilaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, hastaların dümesi, 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) Etiler ile ilgili olarak sağlık kurumlarında görevli tüm çalışanlara, hasta ve çalışan güvenliği konusunda etillerin verilmesi,
- f) Komitelerin kurulması ile ilgili olarak
- 1) Hasta güvenliği komitesi,
 - 2) Çalışan güvenliği komitesi kurulması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

11. KİMLİK KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMI

Hastanemizde çalışan 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 YÖNÜMLERİN BAKIMLARI:** 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; Kurum Gözlük, Kurum Eldiven, Troid Koruyucu, Dozimetre, Koruyucu Paravan, Bölgesel Koruyucu, Kurum Önlük kullanılmalıdır.

12. GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

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

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

Güvenlik raporlama sistemlerinde kilit rolü olay bildirim formları oynamaktadır. Olay bildirimi yapılacak formlar

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

Formlarda olaya karşı çalışanların isimlerine yer verilmemelidir.

Çalışanların isimlerinin verildiği olay bildirimleri Kalite Yönetim Birimi tarafından kabul edilmemelidir. Bu hastanemizde kurduğumuz güvenlik raporlama sisteminin çalışanlar üzerinden deildir sistemin düzeltilmesi yönünde çalışanların en iyi ve en önemli göstergesidir.

Güvenlik Raporlama Sistemlerinde kullanılacak formlarda Olayın konusu, Olay, Olayın nedeni ve/veya çözümü hakkında görüş ve öneriler bölümleri bulunması yeterlidir. Güvenlik Raporlama Sistemi için HBYS üzerinden oluşturulan modül ve manuel olarak oluşturulan form kullanılmakta olup, formlarda olaya karşı çalışanların isimlerine yer verilmemektedir.

13. RENK KODLARI

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

- o Herhangi bir yerde, kardiyak ve pulmoner arrest durumunda çalışan, bulunduğu yerin dahili telefonundan 2222 arayarak **MAV KOD** çağırır.



HEKİM BÖLÜMÜ UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.04
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TARİHİ	10.12.2018
SAYFA	9 / 9

- Çalı ana yönelik fiziksel, sözel, cinsel taciz durumunda çalı an bulundu u yerin dahili telefonundan **1111** arayarak **BEYAZ KOD** ça rısı verir.
- Çocuk kaçırma olaylarında çalı an bulundu u yerin dahili telefonundan **3333** arayarak **PEMBE KOD** ça rısı verir.
- Ça rıyı sonlandırmak için aynı telefonda ilgili kodun numarası tekrar aranır, sonlandırma ikazı duyulduktan sonra sonlandırma gerçekleştirilir.

14. GÖSTERGELERİN ZİLENMESİ

Hastanede ölçüm sistematiki ve kültürünü geli tirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve i birli i imkânlarını olu turarak, kalitenin sürekli geli tirilmesine katkı sa lamaktır.

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

Gösterge takibinde, kart ve formlar ölçme ve de erlendirme i lemi için birer araç olarak kullanılacaktır. Asıl hedef, ölçmek, de erlendirmek, iyile tirme, bu a amaların sa lıklı ve sürekli bir ekilde tekrarlanmasını sa lamak ve nihayetinde hizmet sunumunun kalitesini artırmaktır.

Günümüzde hastaneler sundukları hizmetleri ve performans sonuçlarını ölçmede, iyile tirme yapmaları gereken alanları belirlemede bir çok gösterge takibi yapılmaktadır.

Gösterge takipleri için HBYS üzerinden olu turulan modül kullanılmakta olup, sorumluları tarafından kendi ifreleri ile giri yapılarak veri giri leri yapılmaktadır. Verilerin aylık, yıllık analizleri Kalite Yönetim Birimi tarafından takip edilmektedir.

HAZIRLAYAN
BA HEKİM YRD.

KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİMİ D REKTÖRÜ

ONAYLAYAN
BA HEKİM