



MUTFAK-YEMEKHANE PERSONELİ BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.06
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	1 / 8





MUTFAK-YEMEKHANE PERSONELİ BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.06
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
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



MUTFAK-YEMEKHANE PERSONELİ BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.06
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	3 / 8

1. BÖLÜM YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARI

Hastanede çalışan mutfak sorumlu diyetisyeni, iaşe depo sorumlusu, aşçılar, garsonlar, bulaşıkçı ve temizlikçilerin disiplin amiri Hastane Müdürü, üst disiplin amiri Hastane Başmüdürüdür.

Bölüm Yönetim Zinciri:

1. Hastane Başmüdürü
2. Hastane Müdürlüğü
3. Mutfak Hizmetleri Sorumlusu
 - Mutfak Sorumlusu
 - Depocular
 - Yemekhane Sorumlusu
 - Raporlama ve Garsonların Sorumlusu

2. BÖLÜMÜN FİZİKİ YAPISI

- Hastanemizde yataklı servisler: 10 katlı Ana Bina, 5 katlı Kalp Ve Göğüs Hastalıkları Merkez Binası, 5 katlı Prof. Dr. Servet Bilir Onkoloji Merkez Binası ve Yeni Yoğun Bakım Binası bulunmaktadır.
- Bazı yoğun Bakımlar ve Ameliyathane poliklinik 2. Katında bulunmaktadır.
- Erişkin Acil Servis 0.katta (zemin katta), Çocuk Acil Servis giriş katta bulunmaktadır.
- Diyet Polikliniği poliklinik zemin katındadır.

Mutfak- Yemekhane Hizmetleri:

Mutfak ve personel yemekhaneleri poliklinik zemin katta bulunmaktadır. Hizmet binalarında kat mutfakları bulunmaktadır. Poliklinikte akademisyen yemekhanesi bulunmaktadır.

Mutfakta; Nötropenik Mutfak, depolar, hazırlık bölümü, pişirme alanı, bulaşıkhanesi, lavabolar bulunmaktadır.

Yemekhanelerde; yemek servis alanı, yemek yeme alanı, lavabolar, bulaşık toplama alanı bulunmaktadır.

3. BÖLÜMÜN FAALİYETLERİ VE İŞLEYİŞİ

- Dışardan temin edilen malzemenin depolara teslim alınması
- Belirlenen menüye göre yemek hazırlanması
- Kirli kapların toplanması ve temizlenmesi
- Mutfak, yemekhane, kat mutfağı temizlenmesi
- Yapılan yemeklerin belirlenen zamanlarda servis edilmesi

Yemek Saatleri:

Çalışanlar için;

- Öğlen :11:30-13:30
- Akşam:17:00-18:00
- Gece : 23:00-01:00 (Gece nöbetinde çalışanlar için)

Yatan hastalar için;

- Sabah : 05:30-08:00
- Öğlen :11:30-13:00
- Akşam :17:00-18:30
- Gece :21:00-10:00 – 15:00 (Şeker hastaları, vb.. hastalar için ara öğünler) saatleri arasındadır.
- Mutfak mesai saatleri 07:00 / 15:00
- Nöbetler her gün 16:00 / 08:00 şeklinde yürütülmektedir.

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



MUTFAK-YEMEKHANE PERSONELİ BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.06
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	4 / 8

4. ÇALIŞANIN BÖLÜMDEKİ GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Bölümde görevli personellerin görev, yetki ve sorumlulukları; TKHK'nun yayınlamış olduğu Yataklı Tedavi Hizmetleri Yönetmeliğinde (R.Mutfak ve Beslenme Hizmetleri -Beslenme Türleri- madde: 89-90-91-92- madde:124) belirtilmiş olup, Sağlık Bakanlığı Sağlık Kalite Standartları (SKS) ve Hastane Kalite Yönetim Sisteminde oluşturulan görev tanımlarına göre belirlenmiştir. İlgili müdürlüklerin yönetmelikte belirlenen meslek grupları ve sorumluluklarına göre oluşturdukları görev tanımları 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 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.
- 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 Sağlık 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

Mutfak Sorumlusu; aylık menüleri planlar, menülere ve teknik şartnamelere uygun malzeme alımını sağlar, alınan malzemelerin usulüne uygun şartlarda depolanmasını sağlar, rasyonlara göre depo çıkışlarını takip eder, yemeklerin hijyenik şekilde sağlık koşullarına uygun olarak hazırlanmasını ve pişirilmesini sağlar. Yiyecek depolarının sıcaklık ve nem takipleri, içinde saklanan yiyeceklerin niteliklerine göre uygun olarak takip eder ve kaydeder. Isı-nem normalden sapmalarda gerekli müdahaleleri yapar. Yemeklerin sağlıklı ve özenli şekilde sunumunu sağlar, ayrıca dağıtımdan sonraki kirlilerin kaldırılmasını ve atıkların ortamdaki uzaklaştırılmasını sağlar.

Mutfak; yemeklerin hazırlandığı kısımdır. Firma tarafından teslim edilen gıda madde ve malzemelerinin kontrolleri yapıldıktan sonra depolara alınmaktadır. Yemek için kullanılacak malzemeler miktar olarak kontrol edildikten sonra hazırlık bölümlerinde işlemlerden geçip sıcak bölümünde servise hazır hale gelmektedir. Salata gibi bazı hazırlık bölümünde hazır hale gelen yiyecekler hazırlandıktan sonra servis edilmeye hazır gelmektedir. Personel, hasta ve hasta yakınlarına servis edilecek yemekler pay edilir.

Yemekhane bölümünde ise hastane personeline servis yapılmaktadır.

Hastane servis katlarında yemekhane bulunmamaktadır. Hasta ve hasta yakınları yemeklerini odalarında yemektir. Hasta ve hasta yakınlarına yemeklerine servis seyyar benmari araçlarında yapılmaktadır.

Hastanemize yatışı yapılan hastaların kabulünden itibaren tıbbi beslenme tedavisi ve takip hizmetlerini, belirlenen her türlü kural ve kriterlere uyarak, toplu beslenme hizmeti olan mutfak, yemekhane hizmetleri aracılığı ile etkin ve kaliteli hale getirmek için yöntem belirlemek ve verilen sağlık hizmetlerini en üst düzeye çıkartmaktır. Mutfak sorumlu diyetisyeni 1 haftalık menü planlar, planlanan menü ilgili personel tarafından hastane web sitesinde yayınlanır.

Menüye göre hazırlanan normal ve diyet yemeklerinin her sabah üretim, malzeme kontrol, mutfak hijyen ve sanitasyon kontrolü, koruyucu ekipmanların kullanımı, personel hijyeni, depoların kontrolü, yemekhanelerin servis alanı ve bulaşikhane kontrolleri, servis düzeni mutfak sorumlu diyetisyeni tarafından yapılarak belirlenir. Hemen düzenlenecek olanlar sözel olarak uyarılır, gerekli görülenlere tutanak tutularak işlem yapılır.



MUTFAK-YEMEKHANE PERSONELİ BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.06
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	5 / 8

Yemek servislerinde kat mutfakları, acil servisler, servisler, yoğun bakımlar ve personel yemekhanesini denetleyerek yemek gramaj, servis, malzeme kontrol, hijyen ve sanitasyon kontrolü, servis yapan personel hijyeni, koruyucu ekipman kullanımı ve doğru diyetlerin doğru hastaya servis edilip edilmediği kontrolü yapılır.

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, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, güvenli cerrahi kontrol formu, vb.) düzenli olarak yapılmasını sağlar. Kalite Yönetim Birimi ile ortaklaşa yürütülen bölümlerle ilgili dokümanlar 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)



MUTFAK-YEMEKHANE PERSONELİ BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.06
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	6 / 8

9. HASTANE OTOMASYON SİSTEMİ

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.

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 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,
- Laboratuvar güvenliği ile ilgili olarak;
 - Biyogüvenlik düzeyine göre gerekli önlemlerin alınması,
 - Laboratuvarda çalışılan testlerin kalite kontrol çalışmalarının yapılması,



MUTFAK-YEMEKHANE PERSONELİ BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.06
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
SAYFA	7 / 8

- 3) Panik değerlerin bildirimini sağlanması,
- e) 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,
 - 3) Kırmızı kod uygulamasının yapılması,
 - 3) Turuncu 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 düşmesi, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvıları ile temas konuları,
 - 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.

- ❖ **MUTFAK:** Cerrahi Maske, Bone, Galoş, Eldiven, Koruyucu Önlük, Sabun, Kağıt Havlu, İş Eldiveni

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 güvenli tehdit eden olaylara karşı koruyucu görev üstlenmektedir.

İstenmeyen Olay Bildirim sistemlerinde kilit rolü olay bildirim formları oynamaktadır. Olay bildirim 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 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.



MUTFAK-YEMEKHANE PERSONELİ BÖLÜM UYUM REHBERİ

DOKÜMAN NO	EY.RH.06
YAYIN TARİHİ	23.03.2015
REVİZYON NO	03
REVİZYON TAR.	21.09.2022
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 sistematigi 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 aynasıdır.

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.

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 DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN
BAŞHEKİM