



**TIBBİ SAĞLIK PERSONELİ (Eczacı, Psikolog,
Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı) BÖLÜM
UYUM REHBERİ**

DOKÜMAN NO	EY.RH.08
YAYIN TARİHİ	25.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TAR.	10.12.201
SAYFA	1 / 9





**TIBBİ SAĞLIK PERSONELİ (Eczacı, Psikolog,
Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı) BÖLÜM
UYUM REHBERİ**

DOKÜMAN NO	EY.RH.08
YAYIN TARİHİ	25.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TAR.	10.12.201
SAYFA	2 / 9

İÇİNDEKİLER

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



**TIBBİ SAĞLIK PERSONELİ (Eczacı, Psikolog,
Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı) BÖLÜM
UYUM REHBERİ**

DOKÜMAN NO	EY.RH.08
YAYIN TARİHİ	25.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TAR.	10.12.201
SAYFA	3 / 9

Bu rehber; hastanemizde işe yeni başlayan ile görev yeri değişen Eczacı, Diyetisyen, Psikolog, Fizyoterapist ve Sosyal Hizmet Uzmanlarının 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 Eczacı, Diyetisyen, Psikolog, Fizyoterapist ve Sosyal Hizmet Uzmanlarının disiplin amiri Hastane Başmüdürü, üst disiplin amiri Başhekimdir.

Bölüm Yönetim Zinciri:

1. Başhekim
2. Başhekim Yardımcısı
3. Hastane Başmüdürü
4. Birim Sorumluları

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, 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, pino, bebek bakım alanı vb. bulunmaktadır. Erişkin Acil Servis, Çocuk Acil Servis giriş katında bulunmaktadır. Ameliyathane ve Sterilizasyon Ünitesi 2. Katta bulunmaktadır.

3.ÇALIŞANIN BİRİMDEKİ GÖREV VE SORUMLULUKLARI

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 belirlenmiştir. İlgili müdürlüklerin yönetmelikte belirlenen meslek grupları ve sorumluluklarına göre oluşturdukları görev tanımları personele tebliğ edilmektedir.

4.UYULMASI GEREKEN GENEL DİSİPLİN KURALLARI

- **Etik Kurallar:** Çalışma ortamında genel ahlak ve tıbbi etik kuralları uyulmasına dikkat edilmektedir.
- **Kıyafet Kuralları:** Devlet Memurları kılık-kıyafet yönetmeliğine uygun olarak davranmak zorunlu olup, çalışma süresi içinde prezantable olmaya özen gösterilmelidir.
- **Kimlik Kartı:** Üzerine Ad-Soyadı-Unvan gibi bilgilerinizin kayıtlı olduğu kimlik kartlarını görünür bir şekilde taşıma zorunluluğu vardır. Mesai giriş ve çıkışlarda kart okuyuculara kart okutulmalıdır.
- **Duyuru ve afişlerin ilan edilmesi:** Her türlü ilan ve bilgi içeren afişler sadece idari izinle uygun görülen yerlere 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.

5.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 Hizmet 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.

6.BÖLÜM İLE İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

7.1. FTR BÖLÜM İLE İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

- Amiri tarafından kendisine yöneltilen hastayı kabul eder.



**TIBBİ SAĞLIK PERSONELİ (Eczacı, Psikolog,
Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı) BÖLÜM
UYUM REHBERİ**

DOKÜMAN NO	EY.RH.08
YAYIN TARİHİ	25.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TAR.	10.12.201
SAYFA	4 / 9

- Hastanın takibi açısından kayıt defterine hasta kaydını yapar ve hastanın tedaviye alındığı zaman dilimini hasta takip panosuna gösterir.
- Günlük ve düzenli olarak hasta takibini tedavi kartındaki ilgili bölüme kaydeder.
- Hastaların tedavisi tamamlandığında tedavi kartını gerekli işlemlerin yapılabilmesi için sekretere teslim eder.
- Tedavisi biten hastaya ait bilgileri panodan çıkarır ve hasta kayıt defterine işler.

6.2. ECZANE BÖLÜM İLE İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

İlaç ve Sarf Malzeme İstemlerinin Eczaneye Tarafından Alınması

- Servislerden ilaç ve sarf malzemenin talebi eczaneye yapılır. Talepler kontrol edilerek, ihale ile alınacak ilaç ve sarf malzemeler için yıllık ihtiyaç tespiti yapılır, alımlar üçer aylık partiler şeklinde yapılır.
- İlaç fiyatları yazılım tarafından güncellenir.
- Eczacı, Başhekim tarafından imzalanan talep listesi satın alma birimine teslim edilir. Eczacı satın alma komisyonunda yer alır. Satın alma komisyonu ilaçların yaklaşık maliyetlerini hesaplar.
- İhale ile satın alınan ilaçların teslimat takvimi hazırlanır. Ecza depoları bu takvime göre teslim eder.

Eczanede Hasta Bazında İlaçların Hazırlanması

- Doktor tarafından hastaya günlük order verilir.
- İlaçlar ve sarf malzeme hastanın günlük ilaç ve sarf malzeme istem kâğıdına ve/veya HBYS üzerinden istem yapılarak kaydedilir.
- İstemler eczane çalışanları tarafından karşılanır ve hazırlanır. Hazırlanan ilaç- malzemelerin listesi alınır ve hazırlanan ilaç- malzemeler istem yapan bölüme gönderilerek teslim edilir.
- Servis hemşiresi tarafından eczaneden gelen ilaçlar kontrol edilir, ilaçları teslim aldığına dair eczane ilaç çıkışına imzasını atarak ilaçları teslim alır, ilaçlar hasta bazında hazırlanan ilaç dolabına yerleştirilir. Soğuk zincire tabi ilaçlar uygun saklama kabına konularak bölüme transferi sağlanır. Özellikle arz eden ilaçlar (mor, yeşil, kırmızı reçete ilaçları, vb.) uygun ortama alınır.

Eczanede Mevcut Olmayan ve Acil İhtiyaç Duyulan İlacın Alımı

- Doğrudan temin isteği düzenlenir (ilacın adı ve miktarı doldurulur) ve imzaya sunulur.
- Başhekimin, sorumlu başhekim yardımcısının, satın alma müdürünün ve eczacının imzası olan talep formu satın alma birimine teslim edilir.
- İlacın alımı gerçekleştirilir.

Hastanın Orderine Yazılan İlaç Hastane Eczanesinde Mevcut Değil İse

- Hastanın ilacı doktor tarafından HBYS yazılım sisteminden yazılır
- Eczanede “Eczanede Yoktur” kaşesi basılır ve eczacı tarafından imzalanır. Eczacı odası tarafından ilaç servise teslim edilir.

Eczaneye İlaç ve Sarf Malzemenin Teslim Alınması, Yerleştirilmesi ve Saklanması

- Alınan ilaç ve sarf malzeme tedarikçi firma tarafından hastanemize getirilir. Gelen ilaçların ve sarf malzemelerin muayene komisyonu tarafından kontrolü yapılır, uygun bulunursa kabul edilir ve onaylanır. Şartnameye uygun olmayanlarla ilgili tutanak tutulur, 1 tanesi firmaya faks çekilir, 1 tanesi eczanede dosyalanır.
- Gelen ilaç ve sarf malzemeler ile faturada kayıtlı olanların adı ve miktarı karşılaştırılır.
- Gelen ilaçların son kullanma tarihleri kontrol edilir.
- Teslim alınan ilaçların ve sarf malzemelerin firmalardan gönderilen faturaya göre TİF’leri (Taşınır İşlem Fişi) yazılır.
- İhale ile alınan ilaç ve sarf malzeme firmalardan depo teslimi olarak eczanenin depolarına yerleştirilir.
- Adı, ambalajı, okunuşu ve farklı dozları olan ilaçlar ayrı raflara yerleştirilir.
- Oda ısısında bekletilmesi gereken ilaçlar (+4) – (+25) derece arasında muhafaza edilir.
- Buzdolabında saklanması gereken ilaçlar (+2)-(+8) derecede muhafaza edilir. Gerektiğinde buzdolabına konulan ilacın özelliğine göre ısı ayarlaması yapılır ve buna göre takibi yapılır.
- Tıbbi sarf malzemeler(+4) – (+25) derece arasında muhafaza edilir.
- Nem oranları % 65’ in altında olmalıdır.
- Yüksek riskli ilaçların depoya konulduğu rafa belirtici etiket yapıştırılır.
- Yüksek riskli ilaçlar servis eczanesine çıkartıldığı zaman **kırmızı** etiket yapıştırılır. Servislere bu şekilde teslim edilir. Servislerde de aynı şekilde muhafaza edilir.
- Belirlenen sıcaklık ve nem oranlarının aşılması durumunda sorumlu eczacıya müdür yardımcılara ve teknik servis sorumlularına bildirilir.

İlaçların Son Kullanma Tarihlerinin Takibi

- Eczaneye kabul edilen ilaçların son kullanma tarihleri dosyalanmış ilaç listesine kayıt edilir.



**TIBBİ SAĞLIK PERSONELİ (Eczacı, Psikolog,
Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı) BÖLÜM
UYUM REHBERİ**

DOKÜMAN NO	EY.RH.08
YAYIN TARİHİ	25.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TAR.	10.12.201
SAYFA	5 / 9

- İlaçlar, son kullanma tarihlerine göre yakın miatlılar öne uzun miatlılar arkaya gelecek şekilde ilaç deposundaki yerlerine sıralanır. Depodan ilaç verilirken ilaç kayıtlarına hangi tarihte, kaç adet ve nereye verildiği yazılır.
- Miadi yakın olan ilaç alınan ecza deposu ile uzun miatlısı ya da tutarı kadar başka bir ilaç ile takası yapılır.

Eczanedeki İlaç ve Sarf Malzemelerin Stok Seviyeleri ve Miat Takibi

- İlaç ve tıbbi sarf malzemelerinin miktarlarının kritik stok seviyesinde olanları tespit edilir.
- Kritik stok seviyesinde olan ilaçların muadillerinin miktarları kontrol edilir ve muadiller hizmete sunulur.
- Muadilleri yok ise miktarları kritik stok seviyesine düşen ilaçlar satın alınması için talep edilir.

Son Kullanma Tarihleri Geçen İlaçların İmhası

- Miadi geçen ilaçlar ilacın adı, ilacın formu, miktarı ve son kullanma tarihi belirtilmiş imha tutanağı hazırlanır.
- İmha tutanağı kontrol edilir ve imzaya sunulur, eczacı, sorumlu hemşire, sorumlu doktor, hastane müdürü, başhekim tarafından imzalanan bu tutanak özel tutanaklar dosyasında muhafaza edilir.
- İlacın türüne göre imha gerçekleşir ve tıbbi atıklar konteynerinde toplanır. Eczanede oluşabilecek diğer atıklar(cam, karton, kâğıt... vb) için ilgili atık kutuları hazırlanmış olup, atıkların kaynağında ayrıştırılması sağlanır.
- İmha edilen ilaç bilgisayar programına kayıt edilir.
- Taşıma, rafa dizme ve servislere verme esnasında kırılan ilaçlar için tutanak tutulur.
- Program üzerinden zayi gösterilerek düşüşü yapılır ve ilaç tıbbi atığa atılır.

Kan Ürünü Reçetelerinin Ve İlaçlarının Takibi

- Her ay için kan ürünü mor reçete formu doldurulur.(Reçete seri ve numarası, hasta adı, kurumu ve sicil numarası, reçete tarihi ve protokol numarası, ilacı yazan doktorun adı, soyadı ve diploma numarası, verilen ilacın miktarı, seri numarası ve fiyatı)
- Kan ürünü reçete formunun ve her yazılan reçetenin bir nüshası Sağlık Müdürlüğüne gönderilir.
- Kan ürünü reçete formunun fotokopisi ve reçetenin bir nüshası eczanede dosyalanır

Uyuşturucu ve Psikotrop Reçetesinin ve İlaçların Takibi

- Kırmızı ve yeşil reçetelerin serisi ve sıra numarası kırmızı ve yeşil reçeteye ait deftere yazılarak imza karşılığı doktora teslim edilir.
- Bu reçetelerin 3. nüshaları imzaları tam olarak eczaneye teslim edilir ve dosyalanır. Uyuşturucu ve Psikotrop ilaç reçetesi talep eden servisin adı, hastanın adı ve ilacın miktarı bilgisayara kayıt edilir
- Eczanedeki uyuşturucu ve psikotrop ilaçlar kilit altında tutulur.
- Kırmızı ve yeşil reçeteye tâbi ilacın hangi hastaya, kaç adet kullanıldığı, tarihi, saati hangi doktor tarafından kaydedilir.
- Eczanede hazırlanan narkotik türü ilaçlar servis sorumlu hemşiresine veya servis hemşiresine sayım yapılarak imza karşılığı teslim edilir. İlacın kırılması ve kaybolması durumunda tutanak 2 nüsha olarak doldurulur. Bir nüsha baş eczacıya teslim edilir. Bir nüsha serviste saklanır.

Kullanımdan Arta Kalan İlaçların Eczaneye İadesi ve Değerlenmesi

- Hastanın viziti yapıp, ilaçları bilgisayar üzerinden girilip, eczaneden alındıktan sonra aynı gün içerisinde hastanın tedavisinin değişmesi, taburcu ve ex olması durumunda kullanılmayan ilaçlar “Eczane İade Formu” ile eczaneye iadesi yapılır.
- Kullanılmayan ilaçların onayı eczane görevlisi tarafından kaldırılır, kullanılan miktarın onayı yapılır.
- Aynı saatte, aynı ilaçlarla doz hesaplanarak yapılan tedavilerden kalan ilaçlar miktarı yazıldığı “Eczane İade Formu” doldurularak eczaneye geri iadesi yapılır.
- Geri iade edilen ilaçların eczaneye girişi yapılır. Son kullanma tarihi yakın olan ilaçların öncelikli kullanılması sağlanır.
- Acil ilaç arabalarında bulunan ilaçlardan kullanılmayıp son kullanma tarihine 3 ay kalan ilaçlar tutanak karşılığında eczaneye teslim edilir ve miadı uzun olanla değiştirilir.

6.3. DİYETİSYEN BÖLÜM İLE İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

- Diyet polikliniğine başvuran hastalar Aile Hekimliği, Dahiliye ve Endokrin Polikliniğine yönlendirilerek tetkikleri yaptırılır.
- Diyet polikliniğine hekimler tarafından konsülte edilen hastalara kişiye özel diyet planlanıp, diyet eğitimi verilmektedir. Hastalar belirli periyotlarla takip edilmektedir.

6.4. SOSYAL HİZMET UZMANI BÖLÜM İLE İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

- Poliklinik, klinik/yoğun bakım, acil servislere ihtiyacı tespit edilen hastalar sorumlular tarafından HBYS üzerindeki programdan Sosyal Hizmet Birimi aranarak hasta hakkında bilgi verirler.



**TIBBİ SAĞLIK PERSONELİ (Eczacı, Psikolog,
Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı) BÖLÜM
UYUM REHBERİ**

DOKÜMAN NO	EY.RH.08
YAYIN TARİHİ	25.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TAR.	10.12.201
SAYFA	6 / 9

- Bilgileri alınan hastanın birebir görüşerek ihtiyaçları belirlenir, planlama yapılır ve ihtiyaçların giderilmesi sağlanır.
- Sosyal hizmet uzmanı tarafından takibi yapılan hastaların taburcu edilmesi, taburculuk sonrası sosyal çevrenin düzenlenmesini, psiko-sosyal desteğin sağlanmasını, vb. gerekiyorsa sosyal güvencesi olmayan hastaların gerekli kurumlara yönlendirilmesini sağlar.
- Kimsesiz hastalar için kurumlar ve belediyelerle gereken ulaşım ve ihtiyaçların karşılanması için iletişime geçilmesini sağlar.
- Sosyal Hizmet Birimine haber verilen kadın, çocuk istismar ve ihmali vakalarına ilişkin işlemlerin başlatılması ve takibi

6.5. PSİKOLOG BÖLÜM İLE İLGİLİ GENEL İŞLEYİŞLER

- Merkezi Hastane Randevu Sisteminden randevu alan hastaların yanı sıra direk olarak hastaneye başvuran hastaların muayeneleri de yapılmaktadır.
- Polikliniğe başvuran hasta poliklinik sekreteri tarafından karşılanır, HBYS üzerinden kayıt işlemleri yapılır, poliklinik HBYS ekranından kayıt sırasına göre hastalar muayene için polikliniğe alınır, sırası gelen hasta ilgili psikolog tarafından muayene edilir. Tedavi seansları gerekiyorsa randevuları ayarlanır.
- Polikliniğe Psikiyatri tarafından tedavi sürecine alınan veya psikolog konsültasyonu istemi yapıp psikoloğa gönderilen hastaları gözlem-görüşme teknikleri, psikolojik testler uygulayarak düzenli bir görüşme ve takip sürecine alır.

7.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, güvenlik raporlama sistemi, güvenli cerrahi kontrol formu, vb.) düzenli olarak yapılmasını sağlar.

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

SKS KONU BAŞLIKLARI

Kurumsal Hizmetler

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

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

- Hasta Deneyimi **HD**
- Hizmete Erişim **HE**
- Yaşam Sonu Hizmetler **YS**
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı **SÇ**

Sağlık Hizmetleri

- Hasta Bakımı **HB**
- İlaç Yönetimi **İY**
- Enfeksiyonların Önlenmesi **EN**
- Sterilizasyon Hizmetleri **SH**
- Transfüzyon Hizmetleri **TH**
- Radyasyon Güvenliği **RG**
- Acil Servis **AS**
- Ameliyathane **AH**
- Yoğun Bakım Ünitesi **YB**
- Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi **YD**
- Doğum Hizmetleri **DH**
- Diyaliz Ünitesi **Dİ**
- Psikiyatri Hizmetleri **PS**



**TIBBİ SAĞLIK PERSONELİ (Eczacı, Psikolog,
Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı) BÖLÜM
UYUM REHBERİ**

DOKÜMAN NO	EY.RH.08
YAYIN TARİHİ	25.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TAR.	10.12.201
SAYFA	7 / 9

- 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 Arşiv Hizmetleri **TA**
- Atık Yönetimi **AY**
- Dış Kaynak Kullanımı **DK**

Gösterge Yönetimi G

- Göstergelerin İzlenmesi **Gİ**
- Bölüm Bazlı Göstergeler **GB**.
- Klinik Göstergeler **GK**.

8. HASTANE OTOMASYON SİSTEMİ

Hastane otomasyon sisteminde her klinikten ilgili çalışanın; malzeme/ilaç istemi, cihaz arıza bildirimi 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 HBYS girişlerini kendilerine ait şifre ile yapmaları önemlidir.

9. 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;

- a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- b) Hastaya uygulanacak girişimsel işlemler için hastanın rızasının alınması,
- c) Sağlık hizmeti sunumunda iletişim güvenliğinin sağlanması,
- ç) İlaç güvenliğinin sağlanması,
- d) Kan ve kan ürünlerinin transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- e) Cerrahi güvenliğinin sağlanması,
- f) Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- g) Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- ğ) Engelli hastalara yönelik düzenlemelerin yapılması, hususlarında gerekli tedbirleri alır ve düzenlemeleri yapar.

Çalışan güvenliği uygulamaları

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

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



**TIBBİ SAĞLIK PERSONELİ (Eczacı, Psikolog,
Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı) BÖLÜM
UYUM REHBERİ**

DOKÜMAN NO	EY.RH.08
YAYIN TARİHİ	25.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TAR.	10.12.201
SAYFA	8 / 9

Hasta ve çalışan güvenliği ortak uygulamaları

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

- a) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi ile ilgili olarak;
 - 1) Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine yönelik bir programın hazırlanması,
 - 2) Hastane enfeksiyonlarının izlenmesine yönelik sürveyans çalışmalarının yapılması,
 - 3) El hijyeninin sağlanmasına yönelik düzenlemelerin yapılması,
 - 4) İzolasyon önlemlerinin alınması,
 - 5) Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamalarının gerçekleştirilmesi,
- 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,
- 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 konularını kapsamı,
 - 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.

10. 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.

11. GÜVENLİK RAPORLAMA 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.

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 güvenliği 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,
- bildirimi yapanın cümlelerine yer vermeli,
- olayın nedeni ve çözümü hakkında bildiri yapanın görüş ve önerileri alınmalıdır.

Formlarda olaya karışan kişilerin isimlerine yer verilmemelidir.

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



**TIBBİ SAĞLIK PERSONELİ (Eczacı, Psikolog,
Fizyoterapist, Diyetisyen, Sosyal Hizmet Uzmanı) BÖLÜM
UYUM REHBERİ**

DOKÜMAN NO	EY.RH.08
YAYIN TARİHİ	25.03.2015
REVİZYON NO	02
REVİZYON TAR.	10.12.201
SAYFA	9 / 9

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 karışan kişilerin isimlerine yer verilmemektedir.

12.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;

- o Herhangi bir yerde, kardiyak ve pulmoner arrest durumunda; çalışan, bulunduğu yerin dahili telefonundan **2222** arayarak **MAVİ KOD** çağrısı verir.
- o Çalışana yönelik fiziksel, sözel, cinsel taciz durumunda; çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan **1111** arayarak **BEYAZ KOD** çağrısı verir.
- o Çocuk kaçırma olaylarında; çalışan bulunduğu yerin dahili telefonundan **3333** arayarak **PEMBE KOD** çağrısı verir.
- o Çağrıyı sonlandırmak için; aynı telefonda ilgili kodun numarası tekrar aranır, sonlandırma ikazı duyulduktan sonra sonlandırma gerçekleştirilir.

13. 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 HBYS 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
------------------------	--	-----------------------