

- KALİTEDEN SORUMLU BAŞHEKİM YARDIMCISININ ADI-SOYADI-ÜNVANI

OP.DR.ADEM Y.TOSUN

- KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

REŞAT KANTARCIOĞLU

- KALİTE YÖNETİM BİRİMİ

MÜKERREM RUSCUK

SEREN SEVİM

SEÇİL ERDOĞAN

- HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

UZ.DR.YUSUF ALİ ARDA (İÇ HASTALIKLARI UZMANI)

OP.DR.ADEM Y.TOSUN (GENEL CERRAHİ UZMANI)

UZ.DR.AYNUR MEHMED(ANESTEZİ VE REHABİLİTASYON UZMANI)

UZ.DR.MUSTAFA DEMİRCİ(BİYOKİMYA UZMANI)

REŞAT KANTARCIOĞLU(KALİTE DİREKTÖRÜ)

ZİKRİYE CİVAN (BAŞHEMŞİRE)

MÜKERREM RUSCUK(BİLGİ İŞLEM SORUMLUSU)

- ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

BAŞKAN : OP.DR.ADEM Y.TOSUN (MESUL MÜDÜR YARD.)

UZ.DR.YUSUF ALİ ARDA (İŞ YERİ HEKİMİ)

ZİKRİYE CİVAN (BAŞHEMŞİRE)

REŞAT KANTARCIOĞLU (KALİTE DİREKTÖRÜ)

EKREM GÖLPINAR(A SINIFI İŞ GÜVENLİĞİ UZMANI)

HÜLYA DÜLGER (HEMŞİRE)

SEVGİ SEZGİN (LABORATUAR)

YUNUS ÖZDEMİR (RÖNTGEN TEKNİSYENİ)

- EĞİTİM KOMİTESİ

UZ.DR. AYNUR MEHMED (ANESTEZİ VE REANİMASYON UZMANI)

JİN.OP.DR. ŞEHRUZ SOYSAL (KADIN HASTALIKLARI VE DOĞUM UZMANI)

REŞAT KANTARCIOĞLU (KALİTE DİREKTÖRÜ)

HÜLYA DÜLGER (HEMŞİRE)

ZİKRİYE CİVAN (BAŞHEMŞİRE)

ZEHRA ÖZER (EBE)

MÜKERREM RUSCUK (ANLAŞMALI KURUMLAR)

SEREN SEVİM (ANLAŞMALI KURUMLAR)

- TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

UZ. DR. YUSUF ALİ ARDA

OP. DR. ADEM Y.TOSUN

KALİTE DİREKTÖRÜ REŞAT KANTARCIOĞLU

BAŞHEMŞİRE ZİKRİYE CİVAN

MÜKERREM RUSCUK

A.T.T DÜRDANE ŞENTÜRK

HASTANE TEKNİSYENİ

GÜVENLİK BİLAL ÇALIŞKAN

- AKILCI İLAÇ KULLANIM SORUMLU EKİBİ

Op.Dr. Adem Yaşar Tosun (Mesul Müdür Yardımcısı, Genel Cerrahi Uzmanı)  
Uz.Dr. Yusuf Ali Arda (İç Hastalıkları Uzmanı)  
Uz.Dr. Fikri Yücel Gökalp (Aile Hekimliği Uzmanı)  
Zikriye Civan (Başhemşire)

- MAVİ KOD EKİBİ

MESAI İÇİ :

UZ. DR. AYNUR MEHMED (ANESTEZİ VE REANİMASYON)  
UZ. DR. F.YÜCEL GÖKALP ( AİLE HEKİMLİĞİ UZMANI-ACİL)  
ATT. DURDANE ŞENTÜRK  
LAB.SEVGİ SEZGİN  
NAZAN YILDIZ ARABACI PERSONEL

MESAI DIŞI :

NÖB. ACİL HEKİMİ  
NÖB. ACİL ATT  
NÖB. ACİL HEMŞİRESİ  
NÖB.LABORANT  
NÖB. PERSONEL

- PEMBE KOD EKİBİ

MESAI İÇİ:

BAŞHEMŞİRE ZİKRIYE CİVAN  
EBE ZEHRA ÖZER (2. KAT SORUMLUSU)  
GÜVENLİK BİLAL ÇALIŞKAN  
TEKNİK SERVİS ELEMANI

MESAI DIŞI:

DOĞUMHANE NÖBETÇİ EBESİ  
2. KAT NÖBETÇİ EBE HEMŞİRESİ  
BEBEK BAKIM ODASI NÖBETÇİ HEMŞİRESİ  
NÖB. GÜVENLİK ELEMANI

- BEYAZ KOD EKİBİ

MESAI İÇİ :

OP.DR. ADEM Y. TOSUN (GENEL CERRAHİ UZM.)  
REŞAT KANTARCIOĞLU (KALİTE DİREKTÖRÜ)  
ZİKRIYE CİVAN (BAŞHEMŞİRE)  
BİLAL ÇALIŞKAN (GÜVENLİK)

MESAI DIŞI :

NÖB. ACİL HEKİMİ  
NÖB. GECE AMİRİ  
NÖB. ACİL A.T.T  
NÖB. KAT HEMŞİRESİ

- BÖLÜM KALİTE SORUMLULARI

AMELİYATHANE: HEMŞİRE AYŞE ŞAMİLOĞLU  
DOĞUMHANE : EBE ZEHRA ÖZER  
1.KAT : HEMŞİRE HÜLYA DÜLGER  
2.KAT : EBE ZEHRA ÖZER  
ACİL : A.T.T DÜRDANE ŞENTÜRK  
LABORATUAR : LABORANT SEVGİ SEZGİN  
GÖRÜNTÜLEME : RAD. DR. SÜLEYMAN NAZİF KUCUR  
POLİKLİNİK : BAŞHEMŞİRE ZİKRIYE CİVAN



	<b>ÖZDEĞERLENDİRME PLANI</b>			
DOK.NO: 00 01 01 04 02	Yürürlük Tarihi: 2014	Rev. No:	Rev. Tarihi:	Savfa No: 1
YIL : 2014	<b>ÖZDEĞERLENDİRME TAKVİMİ</b>			

DEĞERLENDİRME YAPILACAK BÖLÜMLER	HİZMET KALİTE STANDARTLARI BÖLÜMLERİ	DEĞERLENDİRİCİLER	PLANLANAN TARİH
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ	KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ -YÖNETİM HİZMETLERİ	UZ.DR.YUSUF ALİ ARDA REŞAT KANTARCIOĞLU	29/05/2014
HEMŞİRELİK HİZMETLERİ	KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ -HASTA BAKIM HİZMETLERİ	REŞAT KANTARCIOĞLU ZİKRIYE CİVAN	02/05/2014
ENFEKSİYON KONTROL HİZMETLERİ	KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ -ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ	UZ.MUHAMMED YENİSEY HEM.HÜLYA DÜLGER	03/05/2014
DESTEK HİZMETLER TETKİK SERVİSLER	KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ -TESİS YÖNETİMİ -ACİL DURUM AFET YÖNETİMİ	REŞAT KANTARCIOĞLU ZİKRIYE CİVAN	05/05/2014
TEMİZLİK HİZMETLERİ	KURUMSAL HİZMET YÖNETİMİ -ATIK YÖNETİMİ	REŞAT KANTARCIOĞLU ZİKRIYE CİVAN	08/05/2014





## ÖZDEĞERLENDİRME PLANI



DOK.NO: 00 01 01 04 02	Yürürlük Tarihi: 2014	Rev. No:	Rev. Tarihi:	Savfa No: 2
YIL : 2014	ÖZDEĞERLENDİRME TAKVİMİ			

DEĞERLENDİRME YAPILACAK BÖLÜMLER	HİZMET KALİTE STANDARTLARI BÖLÜMLERİ	DEĞERLENDİRİCİLER	PLANLANAN TARİH
KAT-1 KAT-2	SAĞLIK HİZMET YÖNETİMİ -KLİNİKLER	ZİKRİYE CİVAN REŞAT KANTARCIOĞLU	20/05/2014
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	SAĞLIK HİZMET YÖNETİMİ -YOĞUN BAKIM HİZ.	UZ.DR. AYNUR MEHMET ZİKRİYE CİVAN REŞAT KANTARCIOĞLU	22/05/2014
STERİLİZASYON ÜNİTESİ	SAĞLIK HİZMET YÖNETİMİ -STERİLİZASYON HİZ.	AYŞE ŞAMİLOĞLU REŞAT KANTARCIOĞLU	20/05/2014
TRANSFÜZYON ÜNİTESİ	SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ -TRANSFÜZYON TIBBİ HİZ.	REŞAT KANTARCIOĞLU ZİKRİYE CİVAN	15/05/2014
DİŞ ÜNİTESİ	SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ -AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI HİZ.	ZİKRİYE CİVAN REŞAT KANTARCIOĞLU	21/05/2014
FİZİK TEDAVİ ÜNİTESİ	SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ -FİZİK TEDAVİ HİZ.	ZİKRİYE CİVAN REŞAT KANTARCIOĞLU	22/05/2014
DOĞUMHANE	SAĞLIK HİZMETLERİ YÖNETİMİ -DOĞUM HİZ.	ZİKRİYE CİVEN REŞAT KANTARCIOĞLU	25/05/2014
ARŞİV	DESTEK HİZMET YÖNETİMİ -HASTA DOSYASI VE ARŞİV HİZ.	ZİKRİYE CİVAN REŞAT KANTARCIOĞLU	26/05/2014
MUTFAK	DESTEK HİZMETLERİ YÖNETİMİ -MUTFAK HİZ.	ZİKRİYE CİVAN REŞAT KANTARCIOĞLU	28/05/2014
MORG	DESTEK HİZMETLERİ YÖNETİMİ -MORG HİZ.	ZİKRİYE CİVAN REŞAT KANTARCIOĞLU	08/05/2014

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN

	<b>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ</b> <b>PROSEDÜRÜ</b>			
DOK NO:00 01 01 16 00 Ç	Yürürlük tarihi:2014	REVİZYON TARİHİ: 00	REVİZYON NO: 00	SAYFA SAYISI:04

## AMAÇ

- Hastanemizde, çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine,
- Çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına,
- Hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkında lığının ve niteliklerinin artırılmasına,
- Çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına,
- Çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

## KAPSAM

Tüm bölümler

## SORUMLULAR:

Tüm Çalışanlar

## TANIMLAR

**Genel Uyum Eğitimi:** Hastanede çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

**Bölüm Uyum Eğitimi:** Bölümde çalışmaya yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla yapılan eğitimidir.

**Mavi kod:** Temel ve ileri yaşam desteğine ihtiyaç duyan hastalar ve yakınları, ziyaretçiler ve tüm hastane personeline en kısa sürede müdahaleyi sağlayan acil durum yönetim aracıdır.

**Radyasyon Yayan Cihazların Bulunduğu Alanlar:** Görüntüleme hizmetlerinin sunulduğu bölümler, ameliyathanede skopi ile işlem yapılan alanlardır. Bu alanların tümünde radyasyon güvenlik önlemleri alınmalıdır.

**Radyasyon Uyarı Levhaları:** Radyasyon yayan cihazların bulunduğu alanların girişinde ve radyasyonlu alanlarda uyarı amacı ile kullanılan temel radyasyon simgeleri ve radyasyona maruz kalma tehlikesini anlaşılabilir şekilde gösteren simge ve renkleri taşıyan işaretlerdir.

**Kurşun Koruyucular:** Radyasyonlu alanlarda; hastaların, hasta yakınlarının ve çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik kullanılan; Kurşun önlük, Kurşun gözlük, Kurşun eldiven,


Tiroid koruyucu, Koruyucu paravan gibi ekipmanlardır.

## UYGULAMA:

### ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ VE GÖREV ALANLARI

#### ➤ Çalışan güvenliği komitesi:

- Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci
- Kalite yönetim direktörü
- Hekim
- Enfeksiyon hemşiresi
- Psikiyatrisi/Psikolog/sosyal Hizmet uzmanı
- Diğer Meslek gruplarından temsilci (Röntgen teknisyeni , Laboratuar teknisyeni, anestezi Teknisyeni)

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN		
KALİTE DİREKTÖRÜ	MESUL MÜDÜR YRD.	MESUL MÜDÜR		
	<b>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>			
DOK NO:00 01 01 16 00 Ç	Yürürlük tarihi:2014	REVİZYON TARİHİ: 00	REVİZYON NO: 00	SAYFA SAYISI:04

- **Çalışan Güvenliği Komitesi toplantıları:** Toplantıdan 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü veya eposta olarak çağrı yapılır. Çalışan Güvenliği Komitesi yılda en az 4 kez toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- **Komitenin görev tanımı asgari;**
- Çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması,
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,
- Fiziksel ve psikolojik şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması.
- Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması,
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,
- Sağlık taramalarının yapılması konularını
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
- Atık Yönetimi
- Temel yaşam desteği güvenliği

- Güvenlik Raporlama Sistemi Olay Bildirimleri konularını kapsar.
- Çalışan Güvenliği Komitesi düzenli aralıklarla toplanmalıdır.
- Gerekğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.
- Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.
- Kalite Yönetim Birimi tarafından iletilen olay bildirimlerine yönelik kök neden analizi yapar, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır. Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetlerini Kalite Yönetim Birimine gönderir. Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenler.



#### ❖ ÇALIŞANLARIN ZARAR GÖRME RİSKLERİNİN AZALTILMASI.

Hastanemiz personellerinin maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler “Çalışan Güvenliği Komitesi” ve “Enfeksiyon Kontrol Komitesi” tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler Hastanemiz “**Hastane Enfeksiyon Kontrolü Yıllık uygulama planında**” belirtilmiştir.

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, **El Hijyeni ve Kişisel koruyucu Malzemelerin Kullanımı Talimatı**’nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir.

#### ❖ BÖLÜMSEL RİSK ANALİZİ VE PERSONEL SAĞLIK TARAMALARI

Riskli alanlarda çalışan Hastanemiz personellerine ait sağlık taramalarının sıklığı ve ne şekilde yapılacağı Hastanemiz Çalışan Güvenliği Komitesi tarafından ilgili uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda belirlenmiştir. Program gereği, bölüm bazında belirlenen tetkikler ve izlemler yapılır ve sonuçlar ilgili uzman Hekimler tarafından değerlendirilir. Ayrıca Personel sağlık tarama kayıtları enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından toplanır, sağlık çalışanı sonuçları hakkında bilgilendirilir. Sağlık taraması sonuçları sadece ilgili birim sorumluları ve Çalışan Güvenliği Komitesi ile paylaşılır.. Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilir

	<b>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ</b> <b>PROSEDÜRÜ</b>	 Sağlık Bakanlığı
DOK NO:00 01 01 16 00 Ç	Yürürlük tarihi:2014	REVİZYON TARİHİ: 00
		REVİZYON NO: 00
		SAYFA SAYISI:04

#### ❖ KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMANLAR

Riskli bölgelerde (yoğun bakım, ameliyathane, acil,) çalışan personellerimiz ile kan veya vücut sıvısının damlama-sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde kişisel



koruyucu ekipman ve malzemeler (eldiven, maske, bone, önlük vs.) hazır durumda bulundurulmaktadır. Tüm birim sorumluları tarafından bu ekipmanlar eksildiğinde veya yeni ekipmana ihtiyaç olduğunda baştabipliğimize talep yapıldığında temin edilecektir.

#### ❖ GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

Olay bildirimleri (ilaç, cerrahi, transfüzyon güvenliği) **Güvenlik Raporlama sistemi bildirim Formu** ile kalite yönetim birimine yapılır ya da bilgisayar üzerinden indikatör sistemi üzerinden form doldurularak kalite yönetim birimine iletilir. Kalite yönetim birimi olay bildirimlerini değerlendirerek ilgili komitelere iletir.

Güvenlik raporlama sistemine yönelik uygulama güvenlik raporlama sistemi prosedürüne göre yapılır.

#### ❖ TEMEL YAŞAM DESTEĞİ SÜRECİNİN GÜVENLİĞİ (MAVİ KOD)

Hastane genelinde; kalp veya solunum durması, tehlikeli boyutta olan kalp ritim düzensizliği, yüzeyselleşmiş solunum varlığında hastaların en hızlı ve hatasız şekilde kalp, akciğer canlandırmasını gerçekleştirmek ve yaşamsal faaliyetlerin devamını sağlamak amacıyla mavi kod ekibi oluşturulmuş ve bununla ilgili MAVİ KOD TALİMATI hazırlanmış olup süreç bu talimat doğrultusunda yapılır.

#### ❖ BEYAZ KOD

Hastane genelinde hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amacıyla 24 saat güvenlik görevlisi bulunmaktadır. Mesai saatleri için de ve dışında , hastane içerisinde ve bahçede oluşabilecek olası bir saldırı yada taciz olaylarında uygulama BEYAZ KOD UYGULAMA TALİMATI gereği yapılır. Olayla ilgili hastane çalışanı Beyaz Kod Bildirim Formunu doldurarak kalite yönetim birimine sunar. Beyaz Kod uygulamasına yönelik çalışanlara eğitim verilir, yılda 1 kez tatbikat yapılır. Beyaz Kod a maruz kalan çalışanlara gereken destek verilir, gerektiğinde DÖF düzenlenir.



#### ❖ ATIK YÖNETİMİ:

Hastanemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluklar “ Atık Yönetimi Planı ” n de belirlenmiştir.

Plan ;

- Üretilen atık çeşitlerini,
- Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,

- Üretilen atık miktarının azaltılmasını,
- Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,
- Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı
- Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu,
- Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları,
- Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları,
- Lisanslı \_\_\_\_\_ atık taşıyıcılarına teslim edilmesini,



		<b>ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ</b> <b>PROSEDÜRÜ</b>			
DOK NO:00 01 01 16 00 Ç	Yürürlük tarihi:2014	REVİZYON TARİHİ: 00	REVİZYON NO: 00	SAYFA SAYISI:04	

- Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,
- Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.

#### ❖ RADYASYON GÜVENLİĞİ

Hastane çalışanlarının Radyasyondan Korunmasına yönelik alınacak tedbirler Radyoloji Prosedüründe yer almaktadır. Ayrıca hastanemizde radyasyon güvenliğinden sorumlu Radyasyon Güvenliği komitesi bulunmaktadır.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
KALİTE DİREKTÖRÜ	MESUL MÜDÜR YRD.	MESUL MÜDÜR

	<b>HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ</b>			
DOK NO:00 01 01 15 01 H	Yürürlük Tarihi:2014	REVİZYON TARİHİ: 00	REVİZYON NO: 00	SAYFA SAYISI:06

**AMAÇ:**

Sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek, tedavi ve uygulamalarda hata oranının azaltılması amacıyla hastanemiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

**KAPSAM:**

Tüm Hastane

**SORUMLULAR:**

Tüm Personel

**TANIMLAR:**

**Hasta Güvenliği:** Sağlık bakım hizmetlerinin hastalara vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır.

**UYGULAMA:****HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ**

- Tıbbi, idari, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci
- Kalite yönetim direktörü
- Cerrahi branş uzmanı
- Dahili branş uzmanı
- Laboratuvar branş uzmanı
- Anestezi uzmanı
- Hastane bilgi sistem sorumlusu

## DEĞERLENDİRİLECEK HUSUSLAR

Ekip, düzenli aralıklarla üç ayda bir kez olmak üzere toplanmalı, çalışmalarını ve yapılan toplantıları kayıt altına almalıdır. Bu ekip hastanede hasta güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli, hasta için olası riskleri belirlemeli, düzeltici önleyici faaliyet planları yapmalı ve bu planları hastane idaresi ile birlikte gerçekleştirmelidir. Personelle konu ile ilgili hizmet içi eğitim düzenlemeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

### Hasta Güvenliği Komitesinin Görev alanları;

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması
- Transfüzyon güvenliğinin sağlanması
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi
- Atık Yönetimi
- Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması
- Hastaların bilgilendirilmesi ve onay alınması
- Bilgi güvenliği
- Laboratuarda hasta güvenliği
- Temel yaşam desteği güvenliği
- Güvenli transfüzyon

konularını kapsar.

### ❖ HASTALARIN DOĞRU KİMLİKLENDİRİLMESİ

Hastanemizde tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamalarından önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir. Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz. Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkotlu kol bandında;

**1)** Protokol numarası (kalın ve büyük punto),

**2)** Hasta adı– soyadı,

**3)** Doğum tarihi (gün–ay–yıl) bulunur.

Hasta yatışlarında 5 ayrı renkte kimlik tanımlama bilekliği kullanılır Renkli

bileklik uygulamasında; **Hasta Kimliği Doğrulama Talimatı** doğrultusunda uygulama yapılır.

#### ❖ ETKİN İLETİŞİMİN SAĞLANMASI

##### a) Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü/telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında;

- 1) Sözlü talimatlar, steril girişimler sırasında, tabibin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar ile acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlarda verilir.
- 2) Sözlü/telefon talimatının alınması sırasında ilacın ismi, dozu, uygulama şekli ve verilmiş sıklığı açık olarak belirtilir.
- 3) Sözlü/telefon talimatı alınırken önce talimat yazılır, yazılan talimat daha sonra geri okunur ve doğruluğu talimatı veren kişiye onaylatılır, lüzumu halinde verilen ilaç adının kodlama yöntemi ile tekrar edilmesi istenir.

##### b) Sözlü/telefon talimatlarının kaydında;

- 1) Talimatı veren tabibin adı ve soyadı, talimatın alındığı tarih ve saat **Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formuna** kaydedilir.
- 2) Talimatların altına “sözlü talimat” veya “telefon talimatı” olduğu yazılır.
- 3) Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu, sözlü talimatı veren tabip tarafından 24 saat içinde imzalanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- 4) Talimatı veren tabibe 24 saat içinde ulaşılamadığı takdirde Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu, hastayı devralan servis tabibi tarafından onaylanır ve hasta tabelasına geçirilir.
- 5) Telefon talimatları, sağlık kurum veya kuruluşunun santralinde kayıt altına alınır.
- 6) Yüksek Riskli İlaçlar Listesi Formundaki ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul edilmez.

#### ❖ İLAÇ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Hastaya uygulanacak bütün tedavilerde, ilaçların **uygulanmasında İlaç Güvenliği ve Yönetim Prosedürü** sürecine göre yapılır.

Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar **Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Yönetim Talimatına** göre süreç işlenir. Hastanın tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi

tabibi tarafından yazılır, kaşelenerek imzalanır.Hastanın yatış öncesi aldığı, bakım sürecinde ve

taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar **Hasta Taburcu ve Eğitim Formu'** na kaydedilir, aslı hastaya verilir, bir örneği hasta dosyasında bırakılır.Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır. Kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunur. Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydeder. İlaçlar hastaya hemşire tarafından

uygulanır. Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.İlgili hekim hasta tabelasına ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır. **İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi** belirlenmiştir ve buna göre uygulama yapılır.Yazılışı okunuşu-ambalajı benzer ilaçlar, yüksek riskli ilaçlar, pediyatrik dozda kullanılacak ilaçlar, ilaç yan etki bildirimine ait uygulamalar **İlaçların Güvenli Uygulanması Talimatına** gereğince yapılır.

#### ❖ GÜVENLİ TRANSFÜZYON

Güvenli transfüzyon uygulamaları **Transfüzyon Süreci Uygulama Prosedürüne** göre işlemler yapılır.

a) Transfüzyon öncesi, kan bankasından gelen kan ve kan ürününün türü ve miktarı, cross-match kayıtları ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve ürünün planlanan verilmiş süresi doğrulanır. **Kan Transfüzyonu Bilgilendirilmiş Onam Formu** hasta veya hasta yakınına mutlaka okutulup imzalatılır.

c) Transfüzyon sürecinde; ilk 10 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenir, her 15 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenip **Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu** doldurulup imzalanır.

#### ❖ RADYASYON GÜVENLİĞİ

Hasta, yakınları, hastane çalışanlarının radyasyondan korunmasına yönelik alınacak tedbirler, Hasta ve Hastane Çalışanları İçin **Radyoloji Prosedürü** gereği önlem alınacaktır. Ayrıca hastanemizde radyasyon güvenliğinden sorumlu Radyasyon Güvenliği komitesi bulunmaktadır.

#### ❖ DÜŞMELERE BAĞLI RİSKLERİN AZALTILMASI

Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalar, Hemşirelik Süreci Hasta Tanımlama Formu doldurulması esnasında belirlenir . 0-16 yaş grubundaki hastalar için **Harizmi Düşme Riski Ölçeği** yetişkin hastalar için **İtaki Düşme Riski Ölçeği** düzenlenerek düşme riski yönünden değerlendirilir. Hasta düşme riski değerlendirmesi sonucunda yetişkin hastalarda 5 ve 5 'in üstü ayrıca 0-16 yaş grubu için değerlendirme puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli

kabul edilmeli yeşil yapraklı yonca figürüyle tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hasta odasının giriş kapısında ya da yatağının başında bulundurulmalı ve düşmenin önlenmesi için buna göre **Hasta Kısıtlama Talimatı**na göre süreç işlenir.

Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse **Hasta Düşme Bildirim Formu** doldurularak, en kısa zamanda kalite yönetim birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır. Düşen hasta ilgili sorumlu hekimi, nöbetçi uzman hekim veya klinik durumunun gerektirdiği uzman hekim tarafından değerlendirilir.

### ❖ GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARININ SAĞLANMASI

Güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken tedbirler şunlardır:

#### a) Cerrahi işlem güvenliği için;

- 1) Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.
- 2) Hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi gerekli kontroller yapılır.
- 3) Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.
- 4) Cerrahi Güvenlik kontrol listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. Cerrahi güvenlik kontrol Listesi hasta dosyasında saklanır.

#### b) Yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahi uygulamalarının önlenmesinde

- 1) Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.
- 2) Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller tabip tarafından yapılarak hastanın da katılımıyla taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir.
- 3) Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir.
- 4) Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.

### **c) Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme sürecinde uygulanacak**

#### **kurallar şu şekildedir;**

- 1)** Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalemi kullanılır.
- 2)** Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.
- 3)** İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.
- 4)** Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.
- 5)** Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
- 6)** Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır.
- 7)** Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi gibi), müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

### **ç) Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:**

- 1)** Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.
- 2)** Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.
- 3)** Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

### **d) Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar şunlardır:**

- 1)** Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.
- 2)** Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.
- 3)** Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.
- 4)** İşlem yapılacak bölgenin nem oranı % 50 seviyesinde tutulur.

### **❖ TIBBİ CİHAZ GÜVENLİĞİ**

Hastanemizde Tesis Güvenliği komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu



ekip oluşturulmuştur. Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan oluşturularak plan dahilinde uygulama yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur. Etiketle;

- Kalibrasyonu yapan firmanın adı
- Kalibrasyon tarihi
- Geçerlilik süresi
- Sertifika numarası bulunur.

#### ❖ ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ

Hastalarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler “Enfeksiyon Kontrol Komitesi” tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler Hastanemiz **Hastane Enfeksiyon Kontrolü Yıllık Uygulama Planı**’nda ayrıntılarıyla belirtilmiştir.

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, **El Hijyeni Talimatı**’nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir. Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılarak UHESA ya kaydedilir, surveyans sonuçlarına göre bölüm bazında DÖF başlatılır. Üç ayda bir bölüm bazında hastane enfeksiyon hızları, etkenleri, direnç paternlerini içeren sürveyans raporu hazırlanarak üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılır.

#### ❖ ATIK YÖNETİMİ:

Hastanemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluklar “ **Atık Yönetimi Planı**” nde belirlenmiştir.

Plan ;

- Üretilen atık çeşitlerini,

- Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını,
- Üretilen atık miktarının azaltılmasını,
- Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını,
- Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı
- Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu,
- Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları,
- Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları,
- Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini,
- Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,
- Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.

#### ❖ **YENİ DOĞAN VE ÇOCUK GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI (PEMBE KOD)**

Yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla pembe kod ekibi oluşturulmuştur. Bununla ilgili yapılacak işlemler **Pembe Kod Talimatı** hazırlanmıştır.

Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması için yapılacak işlemler şunlardır:

**a)** Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırılması ve ya kaybolması durumlarına karşı

önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “PEMBE KOD” uygulaması gerçekleştirilir.

**b)** Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için;

- İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci
- Pediatri servis hemşireleri
- İlgili birim sorumlu hemşiresi
- Nöbetçi hemşire

**c)** Ekip üyelerinin görev tanımları kurum yönetimince yapılır. Çalışanlara pembe kod uygulamasıyla ilgili yılda iki kez tatbikat ve eğitim verilir, kayıt altına alınır.

#### ❖ **HASTALARIN BİLGİLENDİRİLMESİ VE ONAYININ ALINMASI**

Hastanemizde hastalarımıza uygulanacak tüm riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirme ve rızanın alınmasının nasıl ve kim tarafından yapılacağı **Hastanın Rızasının Alınması ve Bilgilendirilmesi Prosedürüne** süreç işletilir.

Bilgilendirme ve rıza alınmasıyla ilgili süreçte;

- İşlemin kim tarafından yapılacağı,
- İşlemden beklenen faydalar,
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,

- Varsa işlemin alternatifleri,
- İşlemin riskleri ve komplikasyonları,
- İşlemin tahmini süresi,
- Hastanın adı, soyadı ve imzası,
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
- Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.

#### ❖ BİLGİ GÜVENLİĞİ

Hastanemizde, hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir.

Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal şartlar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz. Bütün süreç **Bilgi Güvenliği Politikasına** göre yapılır.

#### ❖ TEMEL YAŞAM DESTEĞİ SÜRECİNİN GÜVENLİĞİ (MAVİ KOD)

Hastane genelinde; kalp veya solunum durması, tehlikeli boyutta olan kalp ritim düzensizliği, yüzeyselleşmiş solunum varlığında hastaların en hızlı ve hatasız şekilde kalp, akciğer canlandırmasını gerçekleştirmek ve yaşamsal faaliyetlerin devamını sağlamak amacıyla mavi kod ekibi oluşturulmuş ve bununla ilgili **Mavi Kod Talimatı** hazırlanmıştır.

#### ❖ SIRA BEKLEMEDEN KAYNAKLANAN OLUMSUZLUKLARIN ÖNLENMESİ

Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi için yapılacak işlemler şunlardır:

Kurumumuz acil servisine müracaat eden hastalar Acil Servis Triaj Uygulama Talimatı doğrultusunda risk gruplarına göre değerlendirilir.

**b)** Yüksek riskli hastalara tedavi sürecinde öncelik tanınır.

**c)** Hastalar, sıra bekleme gerektiği durumlarda (tetkik işlemleri) bekleme nedenleri ve tahmini bekleme süreleri hakkında ilgili birim tarafından bilgilendirilir, istek halinde ilgili hizmete ulaşabilecekleri bir diğer sağlık kuruluşuna yönlendirilir.

**d)** Polikliniklerdeki hizmetlerde de öncelik hakkı olan hastalar tanımlanmış ve hizmet sürecinde bu kişilere öncelik verilmektedir.