

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-04 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :07 Revizyon Tar.:23.03.2024 Sayfa No :1/8
	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ	

Revizyon No	Yapılan Revizyon	Rev. Sayfası	Revizyon Tarihi	Revizyonu Yapan
01	Hasta ve çalışan güvenliği komitesi ile ilgili bilgi eklenmesi.		10.08.2010	Eğt. Hemş. Melek KAYA
02	İlaç güvenliği, Tıbbi cihaz,(yeni) Hasta güvenliği komitesi bilgileri eklenmesi.		04.04.2011	Eğt. Hem. Melek KAYA
03	4.3 İlaç güvenliğinde narkotik uygulamaları ile güncellemesinin yapılması.		21.05.2012	Hem. Hiz. Sevda SÜMBÜL
04	Olay Bildirim Formu'nun Hasta Güvenliği Güvenlik Raporlama Formu olarak değiştirilmesi.		23.10.2014	Başhemşire Sevda SÜMBÜL
Gözden geçirme	Gözden geçirildi.	Tüm Sayfalar	10.04.2017	Hem.Hiz.Direkt örü Sevda SÜMBÜL
05	İçerik Sağlıkta Akreditasyon Standartlarına göre gözden geçirildi. Radyasyon Güvenliği ve Tesis Güvenliği başlıkları eklendi.		30.05.2019	Filiz Albayrak Kalite Yöneticisi
06	Hasta güvenliği hedefleri gözden geçirildi. Hasta Güvenliği Kültürü ve İstenmeyen Olay bildirim Sistemi Değerlendirme anketi eklendi.	3-8. sayfalar	06.03.2023	Filiz ALBAYRAK Kalite Yönetim Direktörü
07	Güvenli Hava Yolu Rehberine göre düzenlendi	6. sayfa	23.03.2024	Demet ERSOY Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI		ONAY

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-04 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :07 Revizyon Tar.:23.03.2024 Sayfa No :2/8
	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ	

HASTA GÜVENLİĞİ KURULU	KALİTE YÖNETİCİSİ	BAŞHEKİM
------------------------	-------------------	----------

1. AMAÇ VE KAPSAM

Bu prosedürün amacı Optimed Sağlık Grubunun sunduğu hizmetlerde, hasta ve hasta yakınlarının güvenliğini olumsuz etkileyecek durumların önceden belirlenmesi, saptanan durumların iyileştirilmesi ve sürekli güvenli hizmet sunulması için gerekli düzenlemeleri yapmaktır. Prosedür tüm hasta, hasta yakınları ve çalışanları kapsar.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

OH	: Optimed Hastanesi
HBYS	: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
PUKÖ	:Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al
KNA	:Kök Neden Analizi
DÖF	:Düzeltilici, Önleyici Faaliyet Formu

3. REFERANS DOKÜMANLAR

Kimlik Belirleme ve Doğrulama Talimatı
Güvenli Cerrahi Uygulama Prosedürü
İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürü
Hastane Temizliği Prosedürü
El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatı
Kültür Alma Talimatı
Kültür Sonuç Bildirim Formu
İzolasyon Prosedürü
Radyasyon Güvenliği El Kitabı
Bilgilendirilmiş Onam/Hasta Rızası Prosedürü
Güvenli Anestezi Ve Hava Yolu Yönetimi Kontrol Formu
İlaç Uygulama Sürecinde 8 Doğru
Cerrahi Profilaktik Antibiyotik Kullanım Talimatı
Preoperatif Hazırlık Talimatı
Düşme Olaylarını Önleme Prosedürü
Hasta Taşıma-Kaldırma Talimatı
Mavi Kod Prosedürü
Pembe Kod Uygulama Talimatı
Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Prosedürü
Kan Transfüzyon Merkezi İşleyiş Prosedürü
Yangın ve Kırmızı Kod Talimatı

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-04 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :07 Revizyon Tar.:23.03.2024 Sayfa No :3/8
	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ	

Cihaz Yönetimi Prosedürü

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Prosedürü

Donör Seçim Kriterleri Talimatı

Hasta Hakları Yönetmeliği

Cihaz Envanter Listesi

Kalibrasyon Planı

Kalibrasyon Talimatı

Laboratuvar Güvenlik İşleyiş Prosedürü

Laboratuvar Personel- Ziyaretçi Giriş

Çıkış Talimatı

Panik Değerler Listesi

Risk Analizi Planı

Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli İyileştirme Prosedürü

Sağlık Çalışanları Arasında Tıbbi Bilgi Akışının Uygun Yapılması Talimatı

Kişisel Verilerin Korunması Kanunu

Hasta Güvenliği Kültürü ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Değerlendirme Anketi

4. UYGULAMA

4.1. Hasta Güvenliğine Yaklaşım:

Sağlık hizmet sunumu karmaşık bir yapıya sahiptir. Her gün hastalara yansıyan ya da yansıyabilecek bir çok hata yaşanmaktadır. Bu hataların, kayda geçirilmesi, analiz edilmesi ve iyileştirilmesi amaçlanır. Hasta güvenliği programı cezalandırma amacıyla değil, iyileştirme amacıyla uygulanır. Bildirim yapılan alanlarda olay yaşandığı, bildirim yapılmayan alanlarda ise olay yaşanmadığı gibi bir çıkarım yapılmaz. Bildirimlerin analizleri yapılarak yüksek riskli ve sık tekrar eden bildirimler için Kalite Yönetim Yapısı ve Sürekli Kalite İyileştirme Prosedürü'ne göre süreç sorumluları ile iyileştirme toplantıları, PUKÖ, KNA ve İyileştirme Rapor Formu, DÖF teknikleri kullanılarak sürekli kalite iyileştirme faaliyetleri yürütülmektedir. Ayrıca hasta güvenliğinin sağlanması için uygulanmakta olan uygulamaların sahadaki algısını ölçmek adına yılda birkez Hasta Güvenliği Kültürü ve İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Değerlendirme Anketi yapılmaktadır. Anket sonuçları analiz edilerek ilgili yönetici ve bölüm kalite sorumluları ile paylaşılır.

Hasta güvenliği hedefleri aşağıdaki gibidir.

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi,
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması,
- İlaç güvenliğinin sağlanması,
- Transfüzyon güvenliğinin sağlanması,
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması,
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
- Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması,

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-04 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :07 Revizyon Tar.:23.03.2024 Sayfa No :4/8
	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ	

- Hasta mahremiyetinin sağlanması,
- Hastaların güvenli transferi,
- Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi,
- Bilgi güvenliğinin sağlanması,
- Enfeksiyonların önlenmesi,
- Acil Durum Yönetimi,
- Tesis Güvenliği,
- Laboratuvar Güvenliği,

Hasta güvenliği hedeflerine yönelik alınan önlemler aşağıdaki gibidir.

4.2.Enfeksiyonların Önlenmesi

- Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi Kurulu yılda 4 defa olacak şekilde toplanır. Ayrıca rutin haller dışında, bulaşıcı hastalıklar vb. durumlarda da toplanabilir. Kurul gerekli gördüğü durumlarda personelin daha iyi bilgilendirilmesi için eğitim düzenleyebilir. Enfeksiyon hemşiresi tarafından hastane enfeksiyonlarının rutin surveyansı yapılır.
- Kültür Alma Talimatı' na uygun olarak belirlenen yerlerden kültür sonuçları alınır. Bu kültür sonuçları bölümlere Kültür Sonuçları Bildirim Formu ile bildirilir ve alınacak önlemler belirlenir.
- Altı ayda bir içme ve kullanma suları mikrobiyolojik ve kimyasal analiz yapılır.
- Ayrıca bulaşıcı hastalığı nedeniyle İzolasyon Prosedürü' ne göre gerekli izolasyon önlemleri alınır. Hasta taburcu olduktan sonra gerekli temizlik ve dezenfeksiyon yapıldıktan sonra kullanıma açılır.
- Kurumda temizlikler, Hastane Temizliği Prosedürü' ne ve ilgili bölüm temizlik talimatlarına göre yapılır. Hastane genelinde tüm lavabolarının yanına El Yıkama Talimatı asılmıştır. Hasta ve doktor odalarında, hemşire bankalarında el dezenfektanı bulundurulur. Ayrıca sağlık çalışanlarına düzenli olarak el hijyeni gözlemi yapılarak, eğitimler verilir.
- Sterilizasyon uygulamaları Merkezi Sterilizasyon İşleyiş Prosedürü'ne göre yapılır.
- Hastane genelinde evsel, tıbbi ve tehlikeli atıklar Atıkların Toplanması, Taşınması ve Depolanması Prosedürü' ne uygun olarak kaynağında ayrıştırılır. Lisanslı firmalar aracılığı ile bertaraf edilir. Tüm personele atık yönetimi eğitimi verildiği gibi atık taşıyan personele düzenli aralıklarla taşıma ve enfeksiyondan korunma ile ilgili eğitim verilir.

4.3.İlaç Güvenliği

- İlaçın dahil olduğu tüm süreçlerde, hastalara yönelik riskleri en az düzeye indirmek, süreçlerin etkin ve verimli şekilde yürütülmesini sağlamak için İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürü uygulanmaktadır. Buna göre; özel nitelikli ilaçlara yönelik tablolar oluşturulmuştur. Güvenlik ve emniyet açısından ilaç depolarına sorumlu personel haricindeki kişilerin erişimi sınırlandırılmıştır. İlaçlar niteliklerine göre uygun muhafaza koşullarında saklanır. Belirli periyotlarda ilgili çalışanlara ilaç güvenliği ile ilgili eğitim verilir.

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-04 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :07 Revizyon Tar.:23.03.2024 Sayfa No :5/8
	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ	

- Hastane genelinde ilaçlar; İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürüne göre kontrol edilir. Son kullanma tarihi yaklaşan ilaçların üzerine özel sarı etiket yapıştırılarak dikkat çekilmesi sağlanır.
- Ayrıca serum vb. solüsyonların üzerine özel hazırlanmış etiketler kullanılarak, içindeki maddeler, başlangıç ve bitiş saati, uygulayan hemşire, dakika damla sayısı gibi bilgiler yazılır.
- İlaçlar uygulama öncesi, ilaç hazırlama ortamında her hasta için özel olarak hazırlanır, “İlaç Uygulama Sürecinde 8 Doğru” ilgili alanlarda asılıdır. İlaçlar ‘İlaç Uygulama Sürecinde 8 Doğru’ çerçevesinde uygulanır ve kayıt altına alınır.

4.4.Radyasyon Güvenliği

Hasta ve hasta yakınlarının sağlık hizmetinden kaynaklanan radyasyon maruziyetlerini azaltmaya yönelik önlemlerin alınmasını sağlamak adına Radyoloji İşleyiş Prosedürü'ne göre hareket edilir. Standartların sahaya yansımaları ve uygulamaların gözlemlenmesi için Radyasyon Güvenliği Kurulu oluşturulmuştur. Kurul kullanılan radyasyon kaynaklarına ilişkin güvenlik analizlerini yapar ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlar.

4.5.Düşmelerin Önlenmesi

Optimed Sağlık Grubunda yatarak tedavi olan hastalar, servise ilk geldiklerinde hemşireler tarafından değerlendirilir.

Yapılan düşme ölçümlemesi sonrasında hastanın düşme riski varsa yeşil renk kimlik bilekliği takılarak Düşme Olaylarını Önleme Prosedürü ne göre gerekli önlemler alınır.

Hasta/hasta yakınlarına kaymaz tabanlı terlik verilir.

Hasta taşıyan personele Hasta Taşıma-Kaldırma Talimatına göre hizmet içi eğitimler verilir. Kaygan zeminler silindiği zaman hastalara gerekli uyarıyı yapmak ve dikkatli olmalarını sağlamak için “Dikkat Kaygan Zemin” yazısı konmaktadır.



“Dikkat Kaygan Zemin”

Ayrıca hastane genelinde merdivenden düşme olaylarını önlemek için, merdivenlere kaymaz bant yapıştırılmıştır.



21

Ajite, konfüze ve demanslı hastaların yataktan düşmesini önlemek için doktorun isteğiyle hastaya gerekli kısıtlamalar Kısıtlama Altındaki Hasta Bakım Talimatına göre yapılır.

4.6. Güvenli Cerrahi

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-04 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :07 Revizyon Tar.:23.03.2024 Sayfa No :6/8
	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ	

Ameliyat öncesi hasta yapılacak uygulamalar ile ilgili bilgilendirilerek Bilgilendirilmiş Onam/Hasta Rızası Prosedürü'nde belirtildiği gibi onamı alınır. Hasta preoperatif devrede anesteziyoloji ve reanimasyon uzmanı tarafından değerlendirilerek Güvenli Anestezi Ve Hava Yolu Yönetimi Kontrol Formu kullanılır. Akılcı antibiyotik kullanım ilkeleri çerçevesinde Cerrahi Profilaktik Antibiyotik Kullanım Talimatı oluşturulmuştur. Hastanın ilgili klinikte Preoperatif Hazırlık Talimatı'na göre ameliyet öncesi hazırlık yapılır. Ameliyat olacağı bölge doktor tarafından Güvenli Cerrahi Prosedürüne uygun olarak işaretlenir. Ayrıca ameliyatın her aşamasında hasta güvenliğinin sağlanması için Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanılır.

4.7.Kimlik Doğrulama

Hastaların kimliklerini doğrulayarak güven altına almak, kendilerine uygulanan tüm işlemlerde, doğru hastaya doğru işlemleri uygulayabilmek ve standartları belirlemek için Kimlik Belirleme ve Doğrulama Talimatı oluşturulmuştur.

4.8.Bilgi Güvenliği

Hasta Hakları Yönetmeliği ve Kişisel Verilerin Korunması Kanunu gereği hasta bilgileri gizli tutulmaktadır. Bu sebepten dolayı HBYS' de personelin görevine göre kısıtlamalar yapılmış olup, kendi görevi dışındaki hasta bilgilerini alması engellenmektedir. Arşive yetkili kişi dışında erişim engellenmektedir. Hasta kayıtları sadece yetkili kişilere imza karşılığı teslim edilmektedir.

4.9. Acil Durum Yönetimi

Hastane genelinde gerek personel gerekse hastalarda; karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında acil müdahale gerektiğinde işlemlerin hızlı ve etkin olarak yapılmasını sağlamak amacı ile Mavi Kod Prosedürü oluşturulmuştur.

Kurumda Yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla pembe kod ekibi oluşturulmuştur.

Yangın ve Kırmızı Kod Talimatı hazırlanmıştır. Yılda bir defa personele yangın eğitimi verilmektedir. Belirli periyotlarda bina turları yapılarak tesis kaynaklı riskler tespit edilir. Tespit edilen riskler Tesis Güvenliği Kurulu'nda değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. Teknik Servis tarafından hastanede mevcut tesisat, ekipman ve cihazlar düzenli aralıklarla kontrol edilir ve bakımları yapılır/yaptırılır.

Ayrıca hizmet sunumu sırasında hasta ve hasta yakınlarının zarar görme risklerinin azaltılmasına yönelik Risk Yönetimi Prosedürü'ne göre risk analizleri yapılarak tehlikeler belirlenmiştir. Tehlikelere karşı iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır.

4.10.Tesis Güvenliği

Belirli periyotlarda bina turları yapılarak tesis kaynaklı riskler tespit edilir. Tespit edilen riskler Tesis Güvenliği Kurulu'nda değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. Yangın ve Kırmızı Kod Talimatı hazırlanmıştır. Yılda bir defa personele yangın eğitimi verilmektedir. Teknik Servis tarafından hastanede mevcut tesisat, ekipman ve cihazlar düzenli aralıklarla kontrol edilir ve bakımları yapılır/yaptırılır.

4.11.Transfüzyon Güvenliği

Hastalara kan ihtiyacı doğduğu zaman yapılacak işlemler Kan Transfüzyon Merkezi İşleyiş Talimatında belirtilmiştir. Ameliyat olacak hastalara olası kan transfüzyonu için önceden Kan Transfüzyon Onam ve

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-04 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :07 Revizyon Tar.:23.03.2024 Sayfa No :7/8
	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ	

İzlem Formu imzalatılarak işlem ile ilgili bilgi verilir. Donör seçiminde Donör Seçim Kriterleri Talimatı esas alınır ve donör, Kan Bağışçısı Bilgilendirme ve Sorgulama Formu ile kayıt altına alınır.

Yaşamsal bulgular, ilk saat içinde 15 dk da bir, daha sonra transfüzyon bitimine kadar 30 dk da bir ve transfüzyonun tamamlanmasını izleyen birinci saatte izlenerek Kan Bileşeni Transfer ve Transfüzyon İzlem Formu ile kayıt altına alınır.

4.12.Tıbbi Cihaz Güvenliği

Etkin cihaz yönetimi sunabilmek için Cihaz Yönetimi Prosedürü oluşturulmuştur. Hastanede bulunan tıbbi cihazlar için HBYS'de Cihaz Envanter Listesi bulunmaktadır. Ayrıca bu liste bölümler bazında da mevcuttur.

Hastanede bulunan tıbbi cihazların bakımları HBYS de bulunan bakım planında belirtilen periyotlarda yapılmaktadır.

Tıbbi cihazların kalibrasyonu HBYS de bulunan kalibrasyon planına uygun olarak yapılır. Kalibrasyon sonucu kullanımı uygun olmayan cihazlar kullanım dışı bırakılmaktadır. Kullanım dışı bırakılan cihazlar, gerekli onarım ve bakım işlemlerinden sonra tekrar kalibrasyon işlemine tutulmaktadırlar. Kalibrasyonu uygun olan cihazlara kalibrasyon etiketi, yetkili firma tarafından yapıştırılmaktadır.

4.13.İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Hasta güvenliği ile ilgili gerçekleşme potansiyeli olan (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Prosedürü kapsamında bildirimi yapılır. Bildirimler sonucunda olaylara yönelik gerekli önlemler alınır. Bildirim ve sürecin işleyişi hakkında çalışanlara eğitim verilir.

4.14.Çalışanlar Arasında Etkili İletişim ve Hasta Bilgi ve Kayıtlarının Sağlık Çalışanları Arasında Güvenli Devredilmesi

Kurumda doktorun yoğunluk dolayısıyla hastanın yanına gelip order verememe durumu olabilir. Bu durumda doktor; İlaçların Etkin ve Güvenli Yönetimi Prosedürüne uygun olarak talimatını sözel verebilir. 24 saat içinde ilgili doktorun orderı onaylaması gerekir. Ayrıca doktor tarafından order yazılırken kısaltma yapılmamasına dikkat edilir. Nöbet teslimlerinde Sağlık Çalışanları Arasında Tıbbi Bilgi Akışının Uygun Yapılması Talimatına göre hareket edilir.

4.15.Laboratuvar Güvenliği

Laboratuvarda potansiyel tehlikelerin etkin kontrolü, çalışanların sağlık ve güvenliği amacıyla Laboratuvar/Transfüzyon Güvenlik İşleyiş Prosedürü oluşturulmuştur. Laboratuvarda numunelerin kabulü analiz öncesi hazırlanması, analizi ve analiz sonrası sonuçların raporlanması için belirlenen alanlar numunenin ve testin güvenliğini sağlayacak şekilde düzenlenmiştir.

Hastaya yapılan tahlillerden Panik Değerler Listesine göre panik değer çıkması durumunda, öncelikle Panik Değer Bildirim Talimatına göre gerekli bilgilendirmeler ve kontroller yapılır.

Her sabah cihazların bakım ve onarımı yapıldıktan sonra kontrol serumları çalışılır. Uygun olmayan testlerin kalibrasyonu yapılarak kontrolü tekrarlanır. Bu sonuçlar cihazların hafızasında ve kontrol takip çıktıları ile saklanır.

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No :HB-PR-04 Yayın Tarihi :01.09.2009 Revizyon No :07 Revizyon Tar.:23.03.2024 Sayfa No :8/8
	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ	

Kurum üye olduğu dış kalite kontrol programı tarafından gönderilen serumları belirli periyotlarla analiz ederek internet aracılığı ile gönderilir.

Laboratuara girişler sınırlandırılmıştır. Laboratuara giriş ve çıkışlar, Laboratuvar Personel- Ziyaretçi Giriş Çıkış Talimatına göre yapılmaktadır.

4.16. Hasta Mahremiyeti

Optimed Sağlık Grubu işleyiş bakımından Hasta Hakları Yönetmeliği, kalite ve akreditasyon standartları göz önüne alınarak Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyet Sistemi Prosedürü'nde yapmış olduğu düzenlemeler ile hasta mahremiyetine gereken önemi vermektedir. İşe yeni giren her çalışana oryantasyon eğitiminde ve Yıllık Eğitim Planı'na göre her yıl en az bir kez hasta mahremiyeti ile ilgili eğitim verilmektedir. Ayrıca alan ziyaretlerinde gözlem yapılmaktadır. Hastanın toplumsal, fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal farklılıklarından doğacak tercihleri göz önüne alınarak mahremiyetine bu doğrultuda özen gösterilir. Kurumumuzda hasta hakları departmanı bulunmaktadır. Hastalardan gelen geri bildirimler Hasta Hakları Kurulunda belirli periyotlarda değerlendirilerek gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır.

4.17. Hastaların Güvenli Transferi

Hastanın daha önceden planlanmış ya da acil durumlarda bulundukları bölümlerden diğer bölümlere veya kurumlara en kısa, en uygun ve en güvenli şekilde transferlerini sağlamak amacıyla izlenecek yollar Hasta Transfer Prosedüründe tanımlanmıştır. Hasta transferi sağlayan kişilere belirli periyotlarda hastaların güvenli transferi ve hasta taşıma kaldırma ile ilgili eğitim verilmektedir.

4.17. Hasta Güvenliği Kurulu

Hasta güvenliği kurulu aylık olarak toplanır. Kurulda hasta güvenliğinin sağlanması ile ilgili önceki döneme ait istenmeyen olay bildirimlerin analizi ve yapılması önerilen iyileştirme çalışmaları ile göstergelerin takibi, yüksek riskli ve sık tekrar eden bulgular için iyileştirme çalışmaları yapılır. Hasta güvenliğinin sağlanması adına uygulanmakta olan kalite ve akreditasyon standartlarının sahadaki uygulanma düzeyi değerlendirilir.

5.SORUMLULAR

Bu talimatın uygulanmasından hekimler, sağlık çalışanları ve hastane yöneticileri sorumludur.