

Revizyon No	Revizyon Tarihi	Revizyon İçeriği
01	14.03.2017	SAS standartlarına göre düzenleme yapıldı.
02	01.01.2019	SKS Bölüm Bazlı Kodlamaya geçiş yapıldı, içerik genel olarak revize edildi.
03	01.01.2020	İçerik olarak revize edildi.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite ve Enfeksiyon Hemşiresi Kübra Arslan Aydın	Genel Müdür Yardımcısı Cihan ÖZEL	Mesul Müdür Uzm. Dr. Zahide Esin Gül

**1. AMAÇ:** Hastanedeki ekip, yönetim ekibi, komisyon ve komitelerin; hizmet kalite standartları ve kalite yönetim sistemine uygunluğunun ve devamlılığının sağlanması; planlanmış aralıklarla yapılan toplantıların periyotlarının, toplantı yöneticisi ve katılımcılarını, içerik ve kapsamını gözden geçirme faaliyetleri ile ilgili yöntemleri belirlemektir.

**2. KAPSAM:** Bütün çalışanları kapsar.

### 3. KISALTMALAR

### 4. TANIMLAR

### 5. SORUMLULAR

- ✓ Başhekim
- ✓ Kalite Yönetim Direktörü
- ✓ İlgili Komite ve Ekip Üyeleri

### 6. FAALİYET AKIŞI

- ✓ Toplantılar; Uygulamaların, hizmet kalite standartları doğrultusunda, mevzuata ve kalite yönetim sistemine uygunluğunun; sürekliliğini, yeterliliğini ve etkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılırlar.
- ✓ Komite ve Ekip Toplantı Takvimine göre belirli periyotlarla toplantılar düzenlenir.
- ✓ Toplantıların gündem maddeleri, süresi, yeri ve zamanı komite başkanı tarafından belirlenir.
- ✓ Katılımcılara en az 2 (iki) gün öncesinden yazılı ve sözlü olarak bildirilir.
- ✓ Komite başkanları ve üyeleri Kalite Yönetim Direktörü ve Birimi tarafından belirlenip, idare tarafından onaylandıktan sonra **Komite ve Ekip Üye Listesi** yayınlanır, kişilere görev yazıları yazılarak tebliğ edilir.

#### 6.1. BÖLÜM KALİTE SORUMLUSU TOPLANTISI

Hastanemizde kalite değerlendirme toplantıları en az yılda 2 kere düzenlenir. Değerlendirme Toplantısına, Başhekim başkanlığında Kalite Yönetim Direktörü, Bölüm Kalite Sorumluları ve konular ile ilgili davet edilen kişiler katılır.

Değerlendirme Toplantılarına çağrı, Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı ve sözlü şekilde yapılır.

Değerlendirme Toplantılarında, aşağıda belirtilen konular görüşülür:

- ✓ Kalite Yönetim Sistemi Kalite Politikası,
- ✓ Hizmet Kalite Standartları,
- ✓ Birimlere göre Kalite hedefleri
- ✓ Tetkiklerin sonuçları ( Özdenetim, Kalite ara denetimleri)
- ✓ Önleyici ve düzeltici faaliyetlerin durumu,
- ✓ Önceki yönetimin gözden geçirmelerinden devam eden takip faaliyetleri,
- ✓ Kalite Yönetim Direktörü tarafından hazırlanan Performans Raporu,
- ✓ İyileştirme için öneriler,
- ✓ Diğer Konular,

## 6.2. HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

- ✓ Hasta Güvenliği Komitesi asgari; tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, dahili branş uzmanı, laboratuvar branş uzmanı, hastane bilgi işlem sorumlusu ve eczacı yer almalıdır.
- ✓ Hasta Güvenliği Komitesi yılda en az 4 kez toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Hasta Güvenliği Komitesi yürütme kurulu aylık olay bildirimlerini görüşmek üzere toplanır. Ayrıca gereğinde acil toplantı yapar. Alınan karar doğrultusunda Hasta Güvenlik Komitesi de acilen toplanır.

### Komitenin görev alanları asgari;

- ✓ 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
- ✓ Hasta mahremiyetinin sağlanması
- ✓ Hastaların güvenli transferi
- ✓ Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- ✓ Bilgi güvenliğinin sağlanması
- ✓ Enfeksiyonların önlenmesi
- ✓ Laboratuvar da hasta güvenliğinin sağlanması gibi

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.

## 6.3. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

- ✓ Çalışan güvenliği komitesi; asgari tıbbi idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, enfeksiyon hemşiresi, güvenlik amiri, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve diğer meslek gruplarından (laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni) bir temsilci yer alır.
- ✓ Toplantıdan en az 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.

Çalışan Güvenliği Komitesi yürütme kurulu aylık olay bildirimlerini görüşmek üzere toplanır. Ayrıca lüzumunda acil toplantı yapar. Alınan karar doğrultusunda Çalışan Güvenliği Komitesi de acilen toplanır. Alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir. Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

Komite; 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.

#### 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 kapsamalıdır.

#### **6.4. EĞİTİM KOMİTESİ**

- ✓ Eğitim komitesinde asgari tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, bir hemşire, varsa psikolog veya sosyal hizmet uzmanı bulunur.
- ✓ Eğitim komitesi; Hizmet Kalite Standartları eğitimi, hizmet içi eğitimler, uyum (oryantasyon ve adaptasyon) eğitimleri ve hastalara yönelik eğitimlerinin planlanıp, yapılmasının takibinden sorumludur.
- ✓ Toplantıdan en 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Eğitim komitesi yılda en az 4 kez toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.

#### **6.5. KAN TRANSFÜZYON KOMİTESİ**

##### **Komite Kuruluş Amacı**

- ✓ Kan ve kan ürünlerinin temini, kan komponentlerinin hazırlanma oranları, kanın saklanma ve kullanım güvenliği konularında hastane politikası oluşturmak,
- ✓ Kan ve kan ürünlerinin kullanıldığı tüm olgularda transfüzyon endikasyonunu değerlendirmek,
- ✓ Hasta ihtiyacını karşılama konusunda kan merkezinin yeterliliğini değerlendirmek,
- ✓ Kan ve kan ürünlerine bağlı transfüzyon reaksiyonlarını değerlendirmek.

##### **Komite Çalışma Esasları Ve Görevleri**

- ✓ Hastanede transfüzyon pratiğinin tüm yönleri transfüzyon komitesi tarafından gözden geçirilmeli, politikalar oluşturulmalı ve denetlenmelidir.
- ✓ Komite, kuruluşunu takiben, hastanedeki mevcut kan ve kan ürünleri kullanım durumunu irdelemeli ve mevcut verilere göre çalışma stratejileri ve öncelikli girişimleri belirlemelidir.
- ✓ Transfüzyon uygulamalarının denetlenmesi için kriterler geliştirilmelidir.
- ✓ Kan merkezinin istatistik raporları gözden geçirilip analiz edilmelidir.
- ✓ Güvenli transfüzyonu sağlamak amacıyla;
  - a) Kan gruplaması, cross-match, antikor tarama ve tanımlama çalışmalarında kullanılan yöntemler,
  - b) Transfüzyonla bulaşan infeksiyonları önlemeye yönelik testlerde kullanılan yöntemler,
  - c) Kan ve Kan Komponentlerinin hazırlama tekniklerini ve hastanede kullanım oranları irdelenerek uygun politikalar oluşturulmalıdır.
- ✓ Hastanede gözlenen transfüzyon reaksiyonları değerlendirilmeli, önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır.

- ✓ Kan ve Kan Ürünleri kullanım durumu değerlendirilmeli, bu hasta bakımının kalitesini artıracak şekilde düzenlenmelidir.
- ✓ Kan merkezinin, kan temini, kan alma, kan hazırlama ve kan işleme konularında yeterli ve güvenli çalışmasını sağlamak için gerekli personel ve ekipman durumu değerlendirilmeli ve eksiklerin giderilmesine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.
- ✓ Transfüzyon yapılan servislerde işlemlerin tespit edilen standartlara uygun yapılıp yapılmadığı düzenli aralıklarla denetlenmelidir.
- ✓ Problem oluştuğu gözlenen konularda denetleme tekrarlanmalı ve iyi yönde gelişmeler takip edilmelidir.
- ✓ Hastane personelinin transfüzyon pratiği konusunda eğitilmesi sağlanmalı, hizmet içi eğitimin sürekliliği takip edilmelidir.
- ✓ Kalite güvencesi konusunda gerekli olan durumlarda hastanenin diğer komite ve komisyonlarına tavsiyelerde bulunmalıdır.
- ✓ Komite, yılda en az 4 kez, gerektiğinde daha sık toplanmalı, toplantılardan hastane personeli haberdar edilmeli, toplantıda alınan kararlar tutanak haline getirilmeli ve hastane personeline sunulmalıdır.

#### 6.6. ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ

- ✓ Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliğine göre çalışmalarını yürütür.
- ✓ Komite yılda en az 4 kez ve gerektiği durumlarda toplanır.
- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Kapsamı alanındaki, hizmetlerin ve çalışmaların; amaca uygun ve düzenli verilir verilmeyeceğini, varsa sorunların nedenlerini ve çözüm yollarını tartışır.
- ✓ Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği, alınan kararları Toplantı Tutanağı formuna kaydeder ve katılımcılara imzalatarak ilgililere duyurur.
- ✓ Komitede asgari, tıbbi hizmet yöneticilerinden bir temsilci, Mikrobiyoloji Laboratuvar Temsilcisi, Enfeksiyon Kontrol Hekimi, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi, Başhemşire ve Hastane Müdürü, Eczacı bulunur.
- ✓ Toplantıda alınan kararlar Toplantı Tutanağına kayıt edilir, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır.
- ✓ Çalışanlara yönelik eğitimler düzenler.
- ✓ Faaliyetlerini üç aylık dönemlerde idareye raporlar.

#### 6.7. TESIS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

- ✓ Tesis güvenliği komitesinde, asgari tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, teknik servis sorumlusu, hastane güvenlik amiri, afet ve acil durum yönetimi sorumlusu ve tıbbi cihaz yönetimi sorumlusu yer alır.
- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Tesis güvenliği komitesi üç ayda bir toplanır, alınan kararlar Toplantı Tutanağına kayıt edilerek, kararlar Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

**Komitenin görev tanımı asgari;**

- ✓ Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi,
- ✓ Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması,
- ✓ Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması,
- ✓ Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları,
- ✓ Atık yönetimi çalışmaları,
- ✓ Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılması,
- ✓ Tehlikeli maddelerin yönetimi konularını kapsar.
- ✓ Komite, görev tanımı alanlarındaki eğitim konularını takip eder, gerektiğinde Eğitim Komitesine iletir.
- ✓ Tüm maddeler hakkında gerektiğinde, düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır.

Tesis Güvenliği Komitesi altında **BİNA TURLARI** yapılmalıdır. Tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Yönetim Direktörü ve Teknik İşler Sorumlusu bu turlara katılmalıdır.

- ✓ Bina turlarında hastanedeki fiziksel durum ve işleyişle ilgili aksaklıklar tespit edilir.
- ✓ Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatılır.
- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Ekip üç ayda bir toplanır, bina turu raporu ve iyileştirme yöntemleri değerlendirilir. Alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir. Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatır.

**6.8. TIBBİ CİHAZ SORUMLU EKİBİ**

- ✓ Tesis güvenliği komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumludur.
- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü veya eposta olarak çağrı yapılır.
- ✓ Ekip üç ayda bir toplanır, alınan kararlar Toplantı Tutanağına kayıt edilerek, kararlar Kalite Yönetim Birimine bildirilir.
- ✓ Tıbbi Cihazların bölüm başı envanterini tutar, bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan yapar ve plan dâhilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonlarını yapar. Kalibre edilen cihazların etiketlenmesini sağlar.

**6.9. İLAÇ YÖNETİM EKİBİ**

- ✓ İlaç Yönetim Ekibinde asgari; yönetimden bir temsilci, hekim ve eczacı yer alır.
- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır. Ekip 3 (ÜÇ) ayda bir toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

**Ekibin sorumlulukları asgari aşağıdaki konuları kapsamalıdır:**

- ✓ İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimi
- ✓ Hastane formülerinin hazırlanması ve formüller ile ilgili gerekli güncellemelerin yapılması
- ✓ Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanması

- ✓ Akılcı antibiyotik kullanım ilkelerinin belirlenmesi ve "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanması

#### 6.10. RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

- ✓ Radyasyon Güvenliği Komitesi; Genel Direktör Yardımcısı, Radyoloji Sorumlu Hekimi, Hemşirelik Hiz. ve Kalite Yönetim Direktörü ve Radyoloji Sorumlu Teknisyeninden oluşur.
- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır. Ekip 6 (altı) ayda bir toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.
- ✓ Komite, Türkiye Atom Enerji Kurumu'nun ve diğer ilgili kuruluşların (Sağlık Bakanlığı gibi) yayınlamış oldukları radyasyondan korunma ve güvenliği mevzuatını inceleyip, yerine getirmekle yükümlü olduğu tüm hususları yürürlüğe koymak üzere ayrıntısıyla planlayıp; tanı, tedavi ve araştırma amaçlarıyla radyasyonla çalışılan her bölüm için bir organizasyon şeması oluşturup uygulanmasını sağlamalıdır.
- ✓ Komite, radyasyon uygulamalarının yapıldığı bölümlerde çalışanların, halkın ve hastaların radyasyon güvenliğini sağlamak ve kişisel veya kollektif dozları ALARA prensibine uygun şekilde en az seviyede tutabilmek için tüm radyasyonla çalışılan bölümlerde günlük çalışma imkanlarını ve şartlarını belirleyerek ve tehlike durumunda yapılacak işlemleri ve alınacak önlemleri de içerecek şekilde ayrıntılı bir "Radyasyon Güvenlik Rehberi" hazırlanmasını sağlamalı, onaylamalı, tüm radyasyon görevlilerinin ulaşabileceği şekilde ilgili bölümlere dağıtmalı, gerekli görüldüğünde ve her yıl bunu yenilemelidir.
- ✓ Her toplantıda tesiste bulunan tüm radyasyon kaynaklarının envanterinin tutmak ve bunları belirlenen periyotlarda güncellemektir.
- ✓ Komite kullanılan radyasyon kaynaklarına ilişkin güvenlik analizlerinin yapılarak gerekli güvenlik analiz raporlarının hazırlanmasını sağlar.
- ✓ Komite, her toplantıda yürürlükteki radyasyondan korunma ve güvenliği programları dahilinde alınan kişisel ve kollektif dozları değerlendirmesi ve personelin bu değerlendirmeler hakkında bilgi sahibi olmasının sağlanması, iyileştirme gerektiren uygulamalara dönük tavsiyeleri belirlemelidir.
- ✓ Komite, radyasyonla çalışan kişilerin eğitim ve deneyimi ile ilgili olarak yeterlilik değerlendirmeleri yaparak gereken bilgi aktarımını sağlamak üzere eğitim programlarını oluşturmalı ve gereksinimlere göre yenilemelidir.
- ✓ Komite, üç ayda bir radyasyon korunması görevlisi/görevlilerinin tuttukları kayıtlar ve hazırladıkları raporlara göre; personel radyasyon dozlarını, radyasyon ölçüm taramaları (survey) sonuçlarını, kontaminasyon olaylarını, radyoaktif atık kayıtlarını, kalite kontrol kayıtlarını, bakım onarım kayıtlarını, eğitim programlarını incelemeli ve değerlendirmelidir.
- ✓ Komite, altı ayda bir radyasyon korunması görevlisi/görevlilerinin yardımıyla tüm olağandışı (incident) durumları gözden geçirmeli, sebepleri, gelişimi, alınan önlemleri ve tekrarlanmaması için yapılan düzenlemeleri değerlendirmelidir.
- ✓ Komite, "Etik Komite" ile işbirliği kurarak, araştırma amacıyla yapılacak her türlü radyasyon içeren uygulamalara dönük önerileri inceleyip, radyasyon güvenliği açısından değerlendirmeli ve "gerekçeleştirme" prensibine uygun olarak karar almalıdır. Komiteden onay almadan radyasyon içeren hiçbir çalışma başlatılmamalıdır.
- ✓ Komite, her yıl radyasyon güvenliği programlarını yeniden gözden geçirmeli, aksayan yönleri saptamalı, yenilemelidir.

**6.11.****6.12. HASTA GÖRÜŞLERİNİ DEĞERLENDİRME EKİBİ**

- ✓ Ekip asgari; Kalite Yönetim Direktörü, Hasta İletişim Sorumlusu, yönetimden bir kişiden oluşur.
- ✓ Toplantıdan 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Ekip ay da bir toplanır, görüşler değerlendirilir.
- ✓ Alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Gerekliğinde görüş bildiren hasta ve yakınına geri bildirimde bulunur.
- ✓ Gerekliğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatır.
- ✓ Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

**6.13. ÇALIŞAN GÖRÜŞLERİNİ DEĞERLENDİRME EKİBİ**

- ✓ Ekipte asgari; Kalite Yönetim Direktörü, Çalışan Güvenliği Komitesinden Bir Temsilci, Yönetimden bir kişiden oluşur.
- ✓ Toplantıdan 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Ekip ay da bir toplanır, görüşler değerlendirilir.
- ✓ Alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir. Gerekliğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatır. Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

**6.14. BİLGİ GÜVENLİĞİ EKİBİ**

- ✓ Hastane üst yönetiminden bir kişi ekibe başkanlık eder.
- ✓ Bilgi güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit eder, bilgi güvenliği için olası riskleri belirler, tanımlı kullanıcılar için yapılan yetki değişikliklerini izler.
- ✓ Tüm bilgisayarlarda merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirus yazılımı bulunur.
- ✓ Bilgi güvenliği konusunda çalışanlara eğitim verilir.
- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.

**6.15. MAVİ KOD YÖNETİM EKİBİ**

- ✓ Mavi Kod Yönetim Ekibi asgari; tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci yer alır.
- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Ekip üç ayda bir toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Lüzumu halinde acil toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.
- ✓ Mavi Kod Yönetim Ekibi; Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapar. Mavi kod ekiplerinin belirler ve acil müdahale setinin miiat ve kritik stok seviyelerinin takibini kontrol eder. Kalite Yönetim Birimi tarafından iletilen olay bildirimine ilişkin analiz sonuçlarını inceler ve gerekliğinde düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır. Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenler.



**6.16. BEYAZ KOD YÖNETİM EKİBİ**

- ✓ Beyaz Kod Yönetim Ekibi asgari; tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı ve Güvenlik amiri yer alır.
- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Ekip yılda en az 4 kez toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Lüzumu halinde acil toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.
- ✓ Beyaz kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapar.
- ✓ Kalite Yönetim Birimi tarafından iletilen olay bildirimine ilişkin analiz sonuçlarını inceler ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır.
- ✓ Olaya maruz kalan personele gerekli desteğin sağlanması faaliyetlerini başlatır.
- ✓ Ekip yılda en az 3 kez olmak üzere, olağanüstü durumlarda ise acil olarak toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir. Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

**6.17. PEMBE KOD YÖNETİM EKİBİ**

Pembe Kod Yönetim Ekibi; asgari İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve pediatri servis hemşiresinden oluşur.

Sorumlu ekip Pembe Kod Uygulamasına yönelik uygulamaları düzenlemekle sorumludur.

- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Ekip yılda en az 4 kez toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Lüzumu halinde acil toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.
- ✓ Pembe kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapar.
- ✓ Kalite Yönetim Birimi tarafından iletilen olay bildirimine ilişkin analiz sonuçlarını inceler ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır.
- ✓ Ekip yılda en az 3 kez olmak üzere, olağanüstü durumlarda ise acil olarak toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir. Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

**6.18. KIRMIZI KOD YÖNETİM EKİBİ**

Kırmızı Kod Yönetim Ekibi; asgari İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, teknik servis sorumlusu ve güvenlik amirinden oluşur.

Sorumlu ekip Kırmızı Kod Uygulamasına yönelik uygulamaları düzenlemekle sorumludur.

- ✓ Toplantıdan en az 2 (iki) gün önce toplantı yeri, zamanı, süresi ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- ✓ Ekip yılda en az 4 kez toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Lüzumu halinde acil toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- ✓ Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

- ✓ Kırmızı kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapar.
- ✓ Kalite Yönetim Birimi tarafından iletilen olay bildirimine ilişkin analiz sonuçlarını inceler ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır.
- ✓ Ekip yılda en az 3 kez olmak üzere, olağanüstü durumlarda ise acil olarak toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir. Toplantı kararları Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

**7. İLGİLİ DOKÜMANLAR**

- ✓ Toplantı Çağrı Formu
- ✓ Toplantı Tutanağı Formu
- ✓ Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu
- ✓ Komite ve Ekip Üye Listesi
- ✓ Komite ve Ekip Toplantı Takvimi

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite ve Enfeksiyon Hemşiresi Kübra Arslan Aydın	Genel Müdür Yardımcısı Cihan ÖZEL	Mesul Müdür Uzm. Dr. Zahide Esin Gül