

Sağlık Bakanlığından:

**SAĞLIK KURUM VE KURULUŞLARINDA HASTA VE ÇALIŞAN
GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI VE KORUNMASINA İLİŞKİN
USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ**

Amaç

MADDE 1 – (1) Bu Tebliğin amacı, sağlık kurum ve kuruluşlarında hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması için hasta güvenliği kültürünün geliştirilmesine ve yaygınlaştırılmasına, bunu tesis edecek uygun yöntem ve tekniklerin belirlenmesine, hasta ve çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılmasına, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılmasına, hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili raporlama sistemlerinin oluşturulmasına, hasta bakım ve tedavi sürecinin güvenlik ve kalitesinin artırılmasına, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemektir.

Kapsam

MADDE 2 – (1) Bu Tebliğ, kamu ve özel sektöre ait sağlık hizmeti sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını kapsar.

Dayanak

MADDE 3 – (1) Bu Tebliğ, 7/5/1987 tarihli ve 3359 sayılı Sağlık Hizmetleri Temel Kanununun 3 üncü maddesinin e ve f bentlerine, 13/12/1983 tarihli ve 181 sayılı Sağlık Bakanlığının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 43 üncü maddesine, 1/8/1998 tarihli ve 23420 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Hasta Hakları Yönetmeliği’ne dayanılarak hazırlanmıştır.

Tanımlar

MADDE 4 – (1) Bu Tebliğde geçen;

- a) Bakanlık: Sağlık Bakanlığını,
- b) Hasta ve çalışan güvenliği: Sağlık hizmeti sunumunda hasta ve sağlık çalışanlarının zarar görmesine yol açabilecek her türlü işlem ve süreçlere karşı, alınacak tedbir ve iyileştirme uygulamalarını,
- c) Sağlık kurum ve kuruluşu: Ayakta ve/veya yatarak sağlık hizmeti sunan, kamu ve özel sektöre ait tüm sağlık kurum ve kuruluşlarını, ifade eder.

Temel esaslar

MADDE 5 – (1) Bu Tebliğ kapsamındaki sağlık kurum ve kuruluşları, Tebliğ hükümleri doğrultusunda uygulama yapmak, hasta ve çalışan güvenliği faaliyetlerini gerçekleştirmek amacıyla, kendi iç düzenlemesini yapmakla yükümlüdür. Bakanlığa bağlı sağlık kurum ve kuruluşlarında bu çalışmalar, performans ve kalite birimleri veya idarenin uygun gördüğü kalite akreditasyon eğitimi almış sertifikalı personel tarafından yürütülür.

Hasta ve çalışan güvenliği uygulamaları

MADDE 6 – (1) Sağlık kurum ve kuruluşları hasta ve çalışan güvenliği kapsamında,

- a) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması,
- b) Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi,
- c) İlaç güvenliğinin sağlanması,
- ç) Kan transfüzyonunda güvenli uygulamaların sağlanması,
- d) Enfeksiyon risklerinin azaltılması,
- e) Hasta düşmelerinin önlenmesi,
- f) Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
- g) Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi,
- ğ) Çalışan güvenliği için gerekli önlemlerin alınması,
- h) Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması),
- ı) Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması),
- i) Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması,
- j) Afetler (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması. uygulamalarını yerine getirir.

Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması

MADDE 7– (1) Hasta kimlik bilgilerinin tanımlanması ve doğrulanması kapsamında yapılacak işlemler şunlardır:

- a) Sağlık kurum ve kuruluşlarınca, hasta kimlik tanımlama ve kimlik doğrulama ile ilgili bir süreç oluşturulur.
- b) Tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamadan önce, klinik testler için numune alınımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir.
- c) Hasta kimlik tanımlama ve doğrulama işleminde hasta kol bandı kullanılır, oda ve yatak numarası kullanılmaz.

ç) Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkodlu kol bandında;

- 1) Protokol numarası (kalın ve büyük punto),
 - 2) Hastanın T.C. kimlik numarası,
 - 3) Hasta adı- soyadı,
 - 4) Doğum tarihi (gün-ay-yıl),
 - 5) Doğum yeri,
 - 6) Tabibin adı soyadı,
- bulunmalıdır.

d) Hasta kimlik doğrulamada ise hasta adı ve soyadına ek olarak T.C. kimlik numarası, doğum tarihi ya da protokol numarasından biri kullanılır.

e) Hasta yatışlarında dört ayrı renkte kol bandı kullanılır. Renkli kol bandı uygulamasında;

- 1) Normal hastalar için beyaz barkodlu kimlik doğrulama kol bandı,
- 2) Alerjik hastalar için kırmızı,
- 3) Aynı serviste aynı isimli hasta için lacivert,
- 4) Diğer hastalara ve çalışanlara bulaş riski olan hastalıklar için sarı renk kullanılması,
- 5) Alerjisi ve bulaş riski olan hastalar için, beyaz bilezik üzerine, kırmızı ve sarı renkli etiketler yapıştırılması, zorunludur.

f) Doğumhanede numaralı kol bandı uygulaması işleminde;

1) Doğum öncesi yatış işlemlerinde, iki kol bandı hazırlanır ve kol bandından birisi doğumdan sonra bebeğin koluna dolaşımı engellemeyecek, bebeği rahatsız etmeyecek ve çıkmayacak şekilde takılır.

2) Bebeğin kol bandında anne adı ve soyadı, bebeğin doğum tarihi ve annenin protokol numarası bulunur.

3) Cinsiyetin karışmaması için erkek çocuklara mavi, kız çocuklara pembe kol bandı uygulanır.

İletişim güvenliğinin geliştirilmesi

MADDE 8 – (1) Sağlık hizmeti verenler arasında iletişim güvenliğinin geliştirilmesi için yapılacak işlemler şunlardır:

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 veriliş 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 Ek-1’de yer alan 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 ulaşılmadığı 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) Kemoterapi ilaçları ve Ek-2’de yer alan yüksek riskli ilaçların uygulanmasında sözlü/telefon talimatı kabul edilmez.

c) Kritik test değerleri ile ilgili işlemlerde;

1) Her sağlık kurum veya kuruluşu, kendi statüsü ve şartlarına uygun olarak Ek-3’de yer alan formu örnek olarak Acil Olarak Bildirilmesi Gereken Kritik Test Değerleri Formunu oluşturur. Acil olarak bildirilmesi gereken kritik test değerleri, ilgili laboratuvar bölümlerinin uzmanı veya sorumluları tarafından, hastanın adı ve soyadı, protokol numarası ve kritik değerdeki testin sonucu ile birlikte, çift nüsha halinde hazırlanan forma yazılır ve zaman geçirilmeden hastanın tabibine ve hemşiresine bildirilir.

2) Telefon ile bildirilen testler geri okuma yöntemi kullanılarak kesinleştirilir.

ç) Kullanılmaması gereken kısaltmaların kapsamı, Ek-4’de yer alan İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi esas alınarak ilgili sağlık kurum veya kuruluşunca belirlenir ve buna göre uygulama yapılır.

İlaç güvenliğinin sağlanması

MADDE 9 – (1) İlaç güvenliğinin sağlanmasına yönelik işlemler şunlardır:

a) Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar kayıt altına alınarak ilgili tabibe bildirilir. Tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi tabibi tarafından yazılır. Hastanın yatış öncesi aldığı ilaçlar, bakım sürecinde kullandığı ilaçlar ve taburcu edildikten sonra kullanacağı ilaçlara ilişkin süreç tanımlanır.

b) Hastanın evden getirdiği ve hastanede kullanması gerekli olan ilaçlar, günlük olarak ve her farklı ilaç eklendiğinde eczacı ve /veya sorumlu tabip tarafından ilaç-besin, ilaç-ilaç etkileşimleri bakımından değerlendirilir.

c) Hastanın kullandığı tüm ilaçların ilgili hemşiresi tarafından verilmesine yönelik gerekli düzenlemeler yapılır.

ç) İlaç uyumu, istenmeyen ve beklenmeyen yan etkiler, tabip ve hemşireler tarafından izlenir ve ilaçların yan etkilerinin izlenmesine yönelik işlemler, 22/3/2005 tarih ve 25763 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan, Beşeri, Tıbbi Ürünlerin Güvenliğinin İzlenmesi ve Değerlendirilmesi Hakkında Yönetmeliğin 12 nci maddesinde tanımlanan Advers Etki Bildirim Formuna uygun olarak yapılır.

d) Taburcu ve transferlerde, hasta/hasta yakınına ilaç listesi verilir ve ilaç kullanımı ile ilgili gerekli bilgilendirme yapılır.

e) Kurum eczanesinde, adı ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda depolanarak üzerine ayırt edici etiket yapıştırılır.

f) Yüksek riskli ilaçlar, ilaç kapları ile enjektöre çekilen ilaçların isim ve dozları etiketle belirlenir ve etiketler okunaklı şekilde yazılır.

g) Konsantr potasyum çözeltileri ve % 0,9'dan daha konsantr tuz solüsyonları, % 50 veya daha konsantr magnezyum sülfat, 2 mEq/ml veya daha konsantr potasyum klorid ve diğer konsantr elektrolit solüsyonlar gibi yüksek riskli ilaçlar, Yüksek Riskli İlaç Etiketleri yapıştırılarak ameliyathane, yoğun bakım ve acil serviste kilitli dolapta, servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilir.

ğ) İlaçların klinik olarak gerekli olmayan alanlarda bulundurulmaması için eczacı tarafından denetimler yapılır.

h) Benzer isimli ilaçların yanlış kullanımını önlemek amacıyla, Ek-5'de yer alan İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi esas alınarak her sağlık kurum veya kuruluşu, kendi ihtiyaç ve şartlarına uygun olarak ismi ve söylenişi benzer ilaç listesini oluşturur. Bu liste, yılda bir kez gözden geçirilerek güncellenir.

ı) Bağımlılık yapan uyarıcı ve uyuşturucu ilaçlar, kilitli dolaplarda servis hemşiresinin sorumluluğunda muhafaza edilerek, imza karşılığında teslim edilir.

Güvenli kan transfüzyonu

MADDE 10 – (1) Güvenli kan transfüzyonu için yapılması gereken işlemler şunlardır:

a) Kan transfüzyonu öncesi kimlik doğrulama işlemi yapılır. Kan transfüzyonu uygulanacak ve kan örneği alınacak hastanın kimlik bilgileri, dosyasından, kol bandından ve kendisinden doğrulanır ve numunenin üzerine alındığı anda etiket yapıştırılır.

b) Kan bankasından gelen kan ve kan ürünleri cross-match formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve Ek-6'da yer alan Bilgilendirilmiş Onam Formu hastaya mutlaka imzalatılır.

c) Transfüzyon sürecinde Ek-7'de yer alan Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu doldurulup imzalanır.

ç) Donörün kimlik bilgileri, kayıt defteri ve hastane otomasyonuna kaydedilir.

d) Donör sorgulama formu uygun bir mekânda doldurulur ve formun doldurulması konusunda donör bilgilendirilir.

e) Donör ile ilgili Eliza testlerinin sonuçları ilgili laboratuvar sorumlu tabibi, sorumlu tabip olmadığı zaman nöbetçi tabip tarafından imzalanır ve sonuç barkodu kayıt defterine yapıştırılır.

f) HIV, Hepatit B, Hepatit C gibi tanımlanmış testlerin pozitif sonuçlarında yazılım programında sesli uyarı vermek ve bu test sonuçları için barkot vermemek gibi önlemler geliştirilir. Uyarı alındığında ilgili personel tarafından yapılması gereken iş ve işlemlere ilişkin prosedür tanımlanır.

Enfeksiyon risklerinin azaltılması

MADDE 11 – (1) Enfeksiyon risklerinin azaltılması işleminde, sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, 11/8/2005 tarihli ve 25903 sayılı Resmî Gazete'de yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği hükümleri uyarınca, bir enfeksiyon kontrol ve önleme programı oluşturulur ve buna göre uygulama yapılır.

Hasta düşmelerinin önlenmesi

MADDE 12 – (1) Hasta düşmelerinin önlenmesine yönelik işlemler şunlardır:

a) Hastane içerisinde düşme riski bulunan hastalar, Ek-8'de yer alan Hemşirelik Hizmetleri Hasta Değerlendirme Formunun doldurulması esnasında belirlenir ve riskli alanlar tespit edilir. Bu hastalar, kısıtlama prosedürü dâhilinde gerekli önlemler alınmak suretiyle hemşire bankalarına yakın alanlarda ve sürekli gözetim altında tutulur.

b) Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resim ile uyarı levhaları konularak hastaların bu bölgelerde daha dikkatli olmaları sağlanır.

c) Personel hasta transferlerinde alınacak önlemler konusunda eğitilir.

ç) Doldurulan formlar aracılığı ile düşmelerin takibi ve belirli aralıklarla analizi yapılır, düzeltici faaliyetler planlanır.

Güvenli cerrahi uygulamaları

MADDE 13 – (1) 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) Yapılacak uygulamanın eksiksiz ve doğru olmasını sağlamak için süreçle ilgili bir kontrol listesi hazırlanır.
5) Ameliyattan hemen önce durdurma, son kontrol uygulaması mutlaka yapılır ve Ek-9' da yer alan Cerrahi / İnvaziv İşlem Doğrulama Formu ekip tarafından duyulacak şekilde okunarak doldurulur.

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 klemi 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, kalp cerrahisi 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.

Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi

MADDE 14 – (1) Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Sağlık kuruluşuna müracaat eden hastalar risk gruplarına göre değerlendirilir.

b) Yüksek riskli hastalara tedavi sürecinde öncelik tanınır.

c) Yüksek riskli ve kronik hastalığı nedeniyle, sık hastaneye başvuran hastaların daha hızlı hizmet alması için düzenlemeler yapılır.

ç) Hastalar, sıra beklemesi gerektiği durumlarda bekleme nedenleri ve tahmini bekleme süreleri hakkında bilgilendirilerek, istek halinde ilgili hizmete ulaşabilecekleri bir diğer sağlık kuruluşuna yönlendirilir.

Çalışan güvenliği

MADDE 15 – (1) Çalışan güvenliği için alınması gereken tedbirler şunlardır:

a) Çalışanları olası risk ve tehlikelere karşı korumak amacıyla, riskli alan ve gruplar belirlenir. Bu çerçevede Çalışan Güvenliği Programı oluşturulur ve uygulamaya konulur.

b) Riskli bölümlerde çalışan personel için ilgili mevzuat doğrultusunda düzenli olarak sağlık taramaları yapılır.

c) İğne ucu yaralanmaları takip edilir ve gerekli önlemler alınır.

ç) Kemoterapi hazırlama ve uygulama alanları gibi yüksek riskli bölümlerde çalışan personelin güvenliği için yürürlüğe konulan Antineoplastik İlaçlarla Güvenli Çalışma Rehberi doğrultusunda uygulama yapılır.

d) Kan veya vücut sıvısının damlama/sıçrama riskinin olduğu tüm hasta bakım ve müdahale bölgelerinde önlük, eldiven, yüz maskesi, gözlük ve benzeri kişisel koruyucu ekipmanlar bulundurulur.

e) Bulaş özelliği yüksek hastalar ve özellikli grupların tedavi ve bakım sürecinde, hasta ve çalışanları korumak için kurum gerekli tedbirleri alır.

f) Radyasyona tabi çalışan kişilerin dozimetre kontrolleri düzenli olarak yapılır. Türkiye Atom Enerjisi

Kurumunca önerilen takip sürelerine uyulması zorunludur.

g) Lateks allerjisi olan personele yönelik düzenlemeler yapılır.

h) Çalışanların bulaş riski olan hastalıklara karşı korunması için, Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından aşı listesi oluşturulur ve riskli alanlarda çalışan personelin aşılınması sağlanır.

Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması

MADDE 16 – (1) Temel yaşam desteği sürecinin güvence altına alınması (Mavi Kod uygulaması) için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Temel yaşam fonksiyonları (solunum, dolaşım) risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalelerin yani Cardio Pulmoner Resusitasyon (CPR) un yapılabilmesi için “mavi kod” uygulaması gerçekleştirilir. Bu amaçla tabip, hemşire, anestezi teknisyeni, hizmetli ve güvenlik görevlisinden oluşan bir ekip kurulur.

b) Mavi kod ekibi, mesai içi ve mesai sonrası olmak üzere iki ayrı ekip olarak kurulur ve kesintisiz hizmet vermeleri sağlanır.

c) Mesai saatlerinde; anestezi, kardiyooloji, nöroloji, göğüs hastalıkları, dâhiliye, genel cerrahi uzmanlarından biri veya bu branşların bulunmadığı yerlerde, idare tarafından görevlendirilen bir tabip ekip lideri olur.

ç) Hastanedeki tüm tabiplerin ve ekipte görevli diğer sağlık personelinin CPR eğitimi alması sağlanır.

Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması

MADDE 17 – (1) Yenidoğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması (Pembe Kod uygulaması) için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Yeni doğan / bebek / çocuk kaçıırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “pembe kod” uygulaması gerçekleştirilir.

b) Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için hastane müdürünün sorumluluğunda başhemşire veya başhemşire yardımcısı, servis hemşiresi, teknik servis elemanı, güvenlik amiri ve güvenlik elemanlarından oluşan bir ekip kurulur.

c) Ekip üyelerinin görev tanımları sağlık kurum veya kuruluşu yönetimince yapılır ve ekibe tatbikat yoluyla gerekli eğitim verilir.

ç) Anne ve babası ayrı ya da ailevi sorunları olduğuna dair bilgi verilmiş bebeklerin farkındalığının ortaya konulması ve takibi için anne, hemşire bankosuna yakın bir odada yatırılır ve bebeğin farkındalığını ortaya koyacak ve sadece hemşireler tarafından fark edilecek bir belirteç oluşturulur.

Hasta ve çalışanlar için güvenlik tedbirleri

MADDE 18 – (1) Hasta ve çalışanların fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmalarına karşı gerekli güvenlik tedbirlerinin alınması için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Sağlık kurum veya kuruluşu tarafından, fiziksel saldırılara karşı gerekli tedbirler alınır ve prensipler belirlenir.

b) Özellikle çalışanların şiddete maruz kaldığı durumlarda çalışanın şikâyetlerini değerlendirecek ve üst yönetimin desteğini hissedeceği bir düzenleme yapılır.

c) Bu tür durumlara müdahale edecek ve 24 saat esasına dayalı olarak görev yapabilecek nitelikte sorumlu bir ekip bulundurulur.

Afetler ve olağan dışı durumlarda alınacak tedbirler

MADDE 19 – (1) Afetlerde (deprem, yangın, sel) ve olağan dışı durumlarda tedbir alınması için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Kurum bir afet planı oluşturur.

b) Afet planının tatbikatları yılda en az bir kere yapılır. 1.derece deprem bölgesinde olan kurumlar yılda en az iki kez deprem tatbikatı yapar.

c) Afet planında insanların toplanma alanları belirlenir ve tatbikatlar bu toplanma alanları üzerinde gerçekleştirilir.

ç) Toplanma alanında o gün kurumda yatan hastaların ve o gün kurumda görev yapan tüm personelin listesi kontrol edilerek kişiler, mekândan tahliye edilir.

d) Özürlü ve yatan hastaların tahliyesini sağlayacak araçlar, kurumda hazır bulundurulur.

e) Yangın söndürme araçlarının her an kullanıma hazır olması sağlanır.

f) Tüm personel yangın söndürme teknikleri ve söndürme cihazlarının kullanımı konusunda eğitilir.

g) Yangın söndürme tesisatı beş sene bir genel kontrolden geçirilir.

Sorumluluk

MADDE 20 – (1) Sağlık kurum ve kuruluşları, türlerine, bünyelerindeki tıbbi hizmet birimleri ve niteliklerine göre bu Tebliğin ilgili hükümlerini yerine getirmekle yükümlüdür.

(2) Tıbbi hatalardan kaynaklanan mesleki sorumluluk ile kişilere verilen zararlardan dolayı ilgili personelin adli, idari ve hukuki sorumluluğu saklıdır.

(3) Bu Tebliğde yer alan esas ve usullerin kesintisiz ve etkin bir şekilde uygulanması, uygulama sırasında tespit edilen sorun ve aksaklıkların giderilmesi için gerekli tedbirlerin alınması ve uygulamanın takip ve denetimi ilgili sağlık kurum veya kuruluşunun en üst amirinin yükümlülüğündedir.

Denetim

MADDE 21 – (1) Bu Tebliğin sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanmasını denetlemek üzere, il sağlık

müdürlükleri tarafından, il performans ve kalite koordinatörlükleri ve /veya kalite akreditasyon eğitimi almış sertifikalı personel arasından ekipler oluşturulur. Bu ekipler bir hekim, bir hemşire ve diğer sağlık çalışanı olmak üzere en az üç kişiden oluşur.

GEÇİCİ MADDE 1 – (1) Sağlık kurum ve kuruluşları; bu Tebliğin yayımlandığı tarihten itibaren 3 (üç) ay içerisinde Tebliğ hükümleri çerçevesinde gerekli düzenlemeleri yapmak ve uygulamaya başlamak zorundadırlar.

Yürürlük

MADDE 22 – (1) Bu Tebliğ yayımı tarihinde yürürlüğe girer.

Yürütme

MADDE 23– (1) Bu Tebliğ hükümlerini Sağlık Bakanı yürütür.

Ekler için tıklayınız.