

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO: 1/13

REVİZYON DURUMU

REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	AÇIKLAMA
29.06.2021	03	Revize Edildi.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
Kalite Yönetim Birimi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim
İmza	İmza	İmza

1. AMAÇ: Özel Karaman Selçuklu Hastanesi komisyonların; hizmet kalite standartları ve kalite yönetim sistemine uygunluğunun; sürekliliğini, yeterliliğini ve etkinliğini sağlamak için, planlanmış aralıklarla yapılan toplantıların periyodunu, toplantı yöneticisi ve katılımcılarını, içerik ve kapsamını gözden geçirme faaliyetleri ile ilgili yöntemleri belirlemektir.

2. KAPSAM: Hastane geneli tüm komite ve ekipleri kapsar.

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO: 2/13

3. KISALTMALAR:

- **EKK** :Enfeksiyon Kontrol Komitesi
- **EKH** :Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
- **ÖSH** :Özel Selçuklu Hastanesi
- **SKS** :Sağlıkta Kalite Standartları

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR:

- Başhekim
- Başhekim Yardımcısı
- Hastane Müdürü
- Komite Üyeleri
- İlgili Hekimler
- Kalite Yönetim Direktörü
- Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1 GENEL ESASLAR:

Uygulamaların, Kalite Standartları doğrultusunda, mevzuata ve kalite yönetim sistemine uygunluğunun; sürekliliğini, yeterliliğini ve yetkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılırlar.

Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilirler. Bu bilgilendirme;

- Toplantı Yönetici ve Katılımcılarını,
- Toplantı Gündemi ve Süresini,
- Toplantı Yeri ve Zamanını,

kapsar.

- Katılımcılara 2 (iki) gün öncesinden yazılı olarak bildirilir.
- Komite başkanları ve üyeleri hastane kalite birimi tarafından belirlenip görev yazıları yazılarak tebliğ edilir.
- Komite başkanları ve üyelerin kimlerden oluştuğu bir liste şeklinde belirtilmiştir.
- Toplantılara dair kayıtlar tutularak alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO: 3/13

KALİTE YÖNETİMİ BİRİMİ

- ➔ Kalite Yönetim Başkanı : **Opr. Dr. Osman TÜKEL**
- ➔ Kalite Yönetim Direktörü : **Mahmut KARABAYIR**
- ➔ Kalite Birim Sorumlusu : **Yahya CÖHCE**

YÖNETİMİ GÖZDEN GEÇİRME TOPLANTISI

Hastanemizde Yönetimin Gözden Geçirme toplantıları yılda 2 kere düzenlenir.

Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantısına Mesul Müdür Başkanlığında:

- ➔ Kalite Yönetim Direktörü : **Mahmut KARABAYIR**
- ➔ Hastane Müdürü : **Yahya CÖHCE**
- ➔ Bölüm Sorumluları
- ➔ Konular ile ilgili davet edilen kişiler katılır.

Yönetimin Gözden Geçirmesi toplantılarına çağrı, Kalite Yönetim Birimi tarafından 3 gün önceden, ilgililere yazılı veya sözlü olarak yapılır.

Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantılarında, asgari olarak aşağıda belirtilen konular görüşülür:

- Kalite Yönetim Birimi, Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonu.
- Bölüm Hedeflerine yönelik bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Öz Değerlendirme,
- Hasta ve Çalışan Anket Sonuçlarını Değerlendirme
- Hizmet Kalite Standartları Çerçevesinde hazırlanan yazılı düzenlemeleri kontrollerinin yapılması
- Hizmet Sunumuna yönelik istatistiki bilgileri değerlendirmek
- Hizmet kalite standartları çerçevesinde belirlenen komiteleri oluşturmak, üyeleri belirlemek.
- Düzeltici ve Önleyici faaliyetlerin durumu gözden geçirmek
- Yeni Düzeltici-Önleyici Faaliyet Önerileri,
- Önceki yönetimin gözden geçirmelerinden devam eden takip faaliyetleri,
- Yönetim ve Kalite Yönetim Sisteminde Değişiklik Önerileri,
- İyileştirme için öneriler,
- Diğer Konular,

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO:4/13

Yönetimin gözden geçirmesi toplantılarında alınan kararlar için; kaynak ihtiyacı, gerçekleşme süreleri ve sorumluları belirlenir. Kalite Yönetim Birimi alınan kararları “Toplantı Tutanağı” formuna kaydeder ve katılımcılara imzalatarak ilgililere duyurur.

Yönetimin gözden geçirmesi toplantılarında alınan kararların takibi Kalite Yönetim Birimi tarafından yapılır.

6.2 HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

Hasta Güvenliği Komitesi:

- Başhekim
- Başhekim Yardımcısı
- Üst Yönetim/Hastane Müdürü
- Kalite Yönetim Direktörü
- Enfeksiyon Kontrol Komite Başkanı
- Laboratuvar Sorumlu Hekimi
- Hasta İletişim Birim Sorumlusu
- Bilgi İşlem
- Eczacı
- Bölüm Sorumluları
- Güvenlik

Üyelerinden oluşur.

- Hasta güvenliği konusunda ekip tarafından bir plan/program hazırlanır.
- Ekip, düzenli aralıklarla üç ayda bir kez olmak üzere toplanır, toplantı yeri ve zamanı 2 gün önceden komite üyelerine yazıyla duyurulur.
- Yapılan toplantılar kayıt altına alınır.
- Bu ekip hastanede hasta güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit eder, hasta için olası riskleri belirler, gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyet başlatır.
- Personele konu ile ilgili hizmet içi eğitim düzenler ve bu eğitimler kayıt altına alınır.

6.2.1 Hasta Güvenliği Komitesi Görev Alanları

- Hasta ve çalışan güvenliği kavramını tüm çalışanlara yayarak çalışanlara konu ile ilgili eğitimler düzenlemek,

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO:5/13

- Sorun tespitleri yaparak, mevcut durum tespiti yaparak gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmak.
- Örnek modeller incelenip araştırıp, örnekler içerisinde mevzuata ve hastaneye uyumlu son hal oluşturulur.
- Yapılan iyileştirmeleri rapor halinde Kalite Yönetim Birimine sunmak, Kalite Biriminde onaylanan iyileştirmelerinin hayata geçirilmesi,
- Hastalar için güvenli bir çevre oluşturulmasının sağlanması.
- Hastaların doğru kimliklendirilmesi,
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması,
- Güvenli İlaç 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
- Laboratuvar da hasta güvenliği

Konularından sorumludur.

6.3 ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi;

- Başhekim
- İşyeri Hekimi
- Üst Yönetimi
- Tıbbi Hizmetler Koordinatörü
- Kalite Yönetim Direktörü
- Hastane Müdürü

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO:6/13

→ İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı

→ Enfeksiyon kontrol Hemşiresi

Üyelerinden oluşur.

- Çalışan güvenliği konusunda ekip tarafından bir plan/program hazırlar.
- Ekip, düzenli aralıklarla 3 ayda bir kez olmak üzere toplanır,
- Çalışmalarını ve alınan kararları kayıt altına alır, yönetime bildirir.
- Bu ekip hastanede çalışan güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit eder,
- Personel için olası riskleri belirler, gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatır,
- Personele konu ile ilgili hizmet içi eğitim düzenler ve bu eğitimler kayıt altına alınır.

6.3.1 Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesinin Görev Alanları

- Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması.
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması.
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması.
- Kesici delici alet yaralanmalarının risklerinin azaltılması.
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması.
- Sağlık taramalarının yapılması konuları.
- Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvenliği (MAVİ KOD)
- Atık yönetimi
- Radyasyon güvenliği

Konularından sorumludur.

6.4 EĞİTİM KOMİTESİ

Eğitim Komitesi:

- Üst Yönetim
- Başhekim Yardımcısı
- Kalite Yönetim Direktörü
- Eğitim Sorumlusu
- Hastane Müdürü
- İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı
- Hasta Hakları Sorumlusu

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO:7/13

→ Bölüm Kalite Sorumluları

Üyelerinden oluşur.

6.4.1 Eğitim Komitesinin Görev Alanları

- Sağlıkta Kalite Standartları Eğitimi,
- Hizmet İçi Eğitimler
- Uyum (Oryantasyon) Eğitimleri
- Hastalara Yönelik Eğitimleri planlayıp yapılmasının takibinden sorumludur.
- Toplantıdan 2 gün önce toplantı yeri, zamanı, gündem maddeleri belirlenip, ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- Eğitim komitesi 3 ayda bir toplanır, alınan kararlar kalite yönetim birimine bildirir.

Konularından oluşur.

6.5 TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

Tesis Güvenliği Komitesi;

- Kalite Yönetim Direktörü
- Başhekim Yardımcısı
- Hastane Güvenlik Sorumlusu
- İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanı
- Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
- Teknik Servis Sorumlusu
- Tıbbi Cihaz Yönetimi Sorumlusu

Üyelerinden oluşur.

6.5.1 Tesis Güvenliği Komitesinin Görev Alanları

- Toplantıdan 2 gün önce toplantı yeri, zamanı gündem maddeleri belirlenip, ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.
- Tesis Güvenliği Komitesi 3 ayda bir toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.
- Ayda 1 kez yapılan bina turlarından elde edilen verileri değerlendirir,
- Hastane alt yapı güvenliğini sağlar,
- Hastanede can ve mal güvenliğini sağlar,

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO:8/13

- Acil Durum ve Afet Yönetim Çalışmalarını takip eder,
- Atık Yönetim Çalışmalarını yürütür,
- Tıbbi Cihazların Bakım-Onarım-Ölçme-Ayar ve Kalibrasyon Planlarını ve kalibrasyonlarının takibini yapar,
- Tehlikeli maddelerin yönetimi sağlar.

Konularından oluşur.

6.6 ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ

Enfeksiyon Kontrol Komitesi;

- Başhekim
- Başhekim Yardımcısı
- Biyokimya Uzmanı
- Dâhiliye Uzmanı
- Eczacı
- Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

Üyelerinden oluşur.

Enfeksiyon Kontrol Komitesi yılda en az 4 kez ve gerektiği durumlarda toplanır. Kapsamı alanındaki, hizmetlerin ve çalışmaların; amaca uygun ve düzenli verilir vermediğini, varsa sorunların nedenlerini ve çözüm yollarını tartışır. Enfeksiyon kontrol hemşireliği alınan kararları Toplantı Tutanağı formuna kaydeder ve katılımcılara imzalatılarak ilgililere duyurur. Komite; Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı veya başhekim başkanlığında; başhekim yardımcısı, biyokimya uzmanı, dahiliye uzmanı, başhemşire, eczacı ve enfeksiyon kontrol hemşiresinden oluşur. Toplantıdan 2 gün önce toplantı yeri, zamanı gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır. Enfeksiyon Kontrol Komitesi 3 ayda bir toplanır, alınan kararlar kalite yönetim birimine bildirilir.

6.7 TIBBİ CİHAZ YÖNETİM KOMİTESİ

Tesis güvenliği komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumludur. Kalite Yönetim Direktörü ve Tıbbi Cihaz Sorumlusundan oluşur.

Tıbbi Cihazların envanterini tutar, bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan yapar ve plan dâhilin de cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonlarını yapar. Kalibre edilen cihazların etiketlendirilmesini sağlar.

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO: 9/13

1) Çalışan Önerileri Değerlendirme Ekibi

- Kalite Yönetimi Direktörü
- Başhekim
- Üst Yönetim
- Kalite Yönetim Temsilcisi

2) Hasta ve Yakınlarının Görüşlerini Değerlendirme Ekibi

- Hasta Hakları Sorumlusu
- Kalite Yönetimi Direktörü
- Başhekim
- Üst Yönetim
- Kalite Yönetim Temsilcisi

Sağlıkta Kalite Standartları tarafından belirlenen anketleri uygular. Toplantı tutanağına sonuçlar ve kararlar yazılır. Anket yürütme ve değerlendirme birimi değerlendirmelerini yaparak rapor haline getirir. Gerekirse Düzeltici ve Önleyici Faaliyet'ler başlatılır. Her ay sonu Ayaktan ve Yatan hasta anket sonuçları ekip tarafından değerlendirilir.

3) Hasta Hakları Kurulu

- Hasta Hakları Kurul Başkanı
- Hasta Hakları Sorumlusu
- Kalite Yönetimi Direktörü
- Üst Yönetim
- Kalite Yönetim Temsilcisi

Hasta hakları Kurulu; Kurul başvuru dosyası durumuna göre Hasta Hakları Uygulama Yönergesinde belirlenen iş ve işlemleri yapmak üzere haftada en az bir defa toplanır. Görüşülecek dosya olmadığı durumlarda kurul en fazla 15 günde bir defa toplanır. Toplantı tarihinden bir gün önce hasta hakları birim sorumlusu kurul üyelerini toplantının yapılacağı yer, tarih ve saat konusunda bilgilendirir. Alınan kararlar Hasta Hakları Kurul Karar Defteri yazılır ve kurul üyeleri tarafından imzalanarak Hasta Hakları Birimi'ne gönderilir. İlgililere bilgi verilir. Kurul tarafından alınan şikâyet en fazla 15 gün içinde sonuçlandırılarak şikâyet sahibine alınan karar yazılı olarak ve gerekçesiyle bildirilir.

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO:10/13

4) Öz Değerlendirme Ekibi

- Başhekim
- Hasta Hakları Sorumlusu
- Kalite Yönetimi Direktörü
- Üst Yönetim
- Kalite Yönetim Temsilcisi
- Diğer Birim Sorumluları

Sağlık hizmetleri sunumunda hasta, hasta yakını ve çalışanların karşılaşabileceği risk ve zararlardan korunmaları, hasta ve çalışan güvenliği kültürünün hastanemizde işlevinin arttırılmasının sağlanması ve sağlıklı yürütülmesi yılda 2 kez toplanmak ve tüm hastane işleyişinin gözden geçirilerek değerlendirilmesi ve bu değerlendirmeler sonucunda gerekli düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin başlatılması için aşağıda adı yazılı yönetim kadrosunun yer alacağı Öz Değerlendirme ekibinin tespit ettiği uygunsuzluklar bir üst yönetim olan Başhekim, Hastane Müdürü, Kalite Yönetim Direktörü 'ne rapor edilecektir. Toplantıdan 2 gün önce toplantı yeri, zamanı ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.

5) Bilgi Yönetimi Ekibi

- Bilgi İşlem Müdürü
- Bilgi İşlem Sorumlusu
- Kalite Yönetimi Direktörü
- Kalite Yön. Temsilcisi

Hastanede üretilen tüm mali, idari, tıbbi ve akademik bilgilerin bilgisayar ortamına geçilmesi, hastane içinde ve dışında bilgi alışverişinin gerçekleşmesi, geliştirilmesi ve sürekliliği için başhekim ya da görevlendireceği başhekim yardımcısının başkanlığında, hastane başhekimliğince belirlenecek bilgi işlem deneyimi olan en az 4 kişilik kurul tarafından yürütülür. Yılda 2 defa toplanır. Hastane için gerekli her türlü bilgisayar, otomasyon programları ve donanımlarının ihtiyacını belirler, bilgi işlem sisteminin hizmet sürecinde ortaya çıkan problem ve değişim ihtiyacının belirlenmesi ile bilgisayar hizmet alım ihale sözleşmesinin hazırlanmasını sağlar ve uygunluğunu denetler. SKS kapsamında yer alan Bilgi Yönetimi'nden sorumludur. Bilgi güvenliği açısından gerekli düzenlemeleri ve eğitimleri yapar.

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO:11/13

6) Mavi Kod Yönetim Ekibi

- Mavi Kod Sorumlu Anestezi Doktoru
- Kardiyoloji Uzmanı
- Dâhiliye Uzmanı
- Acil Servis Sorumlusu
- Anestezi Teknikeri
- Acil Servis Doktoru
- Kalite Yönetim Direktörü
- Başhekim
- Genel Koordinatör
- Hastane Müdür Yardımcısı

Öncelikle mavi kod müdahale ekibi, hastanın servis doktoru, hemşiresi ve tüm personel sorumludur.

Hastanemizde kardiyopulmoner arrest durumundaki bir hastanın hızlı ve güvenli biçimde, eğitilmiş ve deneyimli personel tarafından, kalp ve solunum sistemine müdahale ile canlandırılmasını sağlamak için standart bir yöntem belirlemek amacıyla Mavi Kod sorumlu ekip olarak görevlendirildiniz.

Mavi Kod ekibi yılda 2 defa toplanır. Toplantıdan 2 gün önce toplantı yeri, zamanı ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.

7) Pembe Kod Yönetim Ekibi

Özel Selçuklu Hastanesi 'nde yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak için pembe kod ekibi oluşturulmuştur. Pembe kod ekibinin liderliğini hastane müdürü yapar. Ekipte başhemşire yeni doğan sorumlu hemşiresi, teknik servis görevlisi, bilgi işlem sorumlusu ve güvenlik görevlisinden oluşur. Toplantıdan 2 gün önce toplantı yeri, zamanı gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır. Pembe Kod yılda 2 defa toplanır.

- Kalite Yönetim Direktörü (Mesai dışında güvenlik görevlisi)
- Genel Koordinatör
- Hastane Müdür
- Hasta İletişim Birim Sorumlusu
- Kadın Doğum ve Çocuk Servisi Sorumlu Hemşiresi
- Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesinden Sorumlu Ebe

	T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI Özel Selçuklu Hastanesi			
	HASTANE KOMİTELERİ VE SORUMLU EKİPLERİ			
KODU: KY.LS.02	YAYINLANMA TARİHİ: 02.05.2011	REVİZYON TARİHİ: 29.06.2021	REVİZYON NO: 02	SAYFA NO:12/13

- Teknik Servis Personeli
- Güvenlik Personelleri

8) Beyaz Kod Yönetim Ekibi

Hastanelerde çalışanlara yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulaması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla oluşturulan acil durum yönetim aracıdır. Beyaz kod ekibi yılda 2 defa toplanır. Toplantıdan 2 gün önce toplantı yeri, zamanı ve gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.

- Kalite Yönetim Direktörü (Mesai dışında güvenlik görevlisi)
- Genel Koordinatör
- Hastane Müdürü
- Acil Servis Sorumlu ve Yardımcı Hemşiresi
- Hasta İletişim Birim Sorumlusu
- Teknik Servis Personeli
- Güvenlik Personelleri
- Sosyal Hizmet Uzmanı (Psikolojik destek gerekirse)

9) Bina Turu Ekibi

Bina turları; İdari bina, poliklinikler, acil servis, cerrahi-dâhiliye servisi, kadın doğum ve çocuk servisi, , mutfak/yemekhane, teknik servis, çamaşırhane, çatı, kazan dairesi, arşiv, bahçe, otopark vs. olmak üzere tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü ve teknik işler sorumlusunun yer aldığı ekip tarafından yılın Nisan, Temmuz, Ekim aylarının ilk haftası düzenli olarak yapılır.

- Başhekim,
- Kalite Yönetim Direktörü
- Hastane Müdürü
- Hastane Müdür Yardımcısı
- Teknisyen sorumludur.