



HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Doküman No	YÖN.GT.04
Yayın Tarihi	01.11.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	19.07.2016
Sayfa No	2/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Kalite Yönetim Direktörü	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1.GÖREV TANIMI:

Özel Çevre Hastanesinde hasta güvenliği ile ilgili risklerin belirlenmesi ve bütün sistemleri kapsayan bir Hasta Güvenliği Programı oluşturmaktır. Hasta güvenliğinin geliştirilmesine ve sürdürülmesine katkıda bulunan tüm faaliyetleri kullanarak hataların oluşmasını engeller. Oluşan hataların hastaları etkilememesi için önlemler alır. Eğer hata hasta/hasta yakınına kadar ulaştı ise en az zarar görmesini sağlamak ve en kısa sürede telafi edebilmek, oluşan hataların bir kez daha oluşmasına engel olacak sistemi kurabilmektir.

2.KOMİTE GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI/HASTA GÜVENLİĞİ ÇALIŞMALARI

2.1. Hasta Güvenliği Planının oluşturulmasını sağlar.

2.2. Doğru hastaya doğru işlemlerin yapılmasını sağlamaya yönelik kimlik tanımlayıcılarının (hasta kimlik bilezikleri, protokol no, doğum tarihi, doğum yeri vb.) oluşturulmasını ve kullanılmasını sağlar. Çalışanlara hasta kimlik bileliği uygulama ve kontrolü ile ilgili düzenli eğitimler yapılmasını sağlar.

2.3. Hasta güvenliğini tehdit eden olaylarla ilgili bildirim mekanizmasının oluşturulmasını sağlar. Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamı sağlayarak hata oluşma riskinin azaltılmasını sağlar.

2.4. Benzer isimli ilaçların yanlış kullanımını önlemeye yönelik bu ilaçların listesinin oluşturulmasını sağlar. Ana ve ara depolarda benzer ilaç yerleşimlerinin kontrolünün yapılmasını sağlar.

2.5. Etkin ilaç kullanımını sağlamak amacı ile ilaç seçimi, depolanması, güvenli ilaç dağıtımı ve kontrol prosedürlerini belirler.

2.6. İlaç Güvenliği ile ilgili sistem belirler. Güvenli ilaç kullanımı ile ilgili sağlık personeli için eğitim programları düzenler.

2.7. Yüksek riskli ilaçların kullanımı ile ilgili politikalar belirler.

2.8. İlaç hatalarını izler ve gerekli düzenlemeleri yapar.

2.9. İlaç geri çekme ile ilgili yöntemleri tanımlar.

2.10. Hasta güvenliği açısından ilaç dağıtım uygulama yöntemleri ile ilgili gereksinim duyulabilecek teknolojik ve bilimsel yenilikleri takip eder ve uygulanabilmesi için ilgili birimlere öneride bulunur.

2.11. Hastane ilaç kullanım ve yönetim sistemlerini kanun ve yönetmeliklere uygunluk açısından değerlendirir ve gerekli düzenlemelerin yapılmasını sağlar.

2.12. Kan transfüzyonları öncesi doğrulama işlemlerinin yapılabilmesi için yöntemler belirler. Transfüzyon uygulamalarında oluşan reaksiyonları takip eder. Transfüzyon Komitesi ile işbirliği içinde çalışır.

2.13. Radyasyon güvenliğinin sağlanması için gerekli tedbirlerin alınmasını ve düzenlemelerin yapılmasını sağlar. Hastalar için gerekli kişisel koruyucuların teminini ve kullanılmasını sağlar. Radyasyon Güvenliği Komitesi ile işbirliği içinde çalışır.

2.14. Hasta düşmelerini önlemeye yönelik alt yapı yeterliliği ve uygulamaların kontrolünü sağlar. Hasta düşmeleri ve tesis kaynaklı düşmeler takip edilir. Gerekli düzenlemelerin yapılması sağlanır.

2.15. Cerrahi Girişim Öncesi Doğrulama ve Güvenli Cerrahi Uygulamaları yöntemlerini tanımlar. Cerrahi işlemlerde Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi ve doğumlarda; Güvenli Doğum Kontrol Listesi kullanımını sağlar



HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

Doküman No	YÖN.GT.04
Yayın Tarihi	01.11.2009
Rev. No	01
Rev. Tarihi	19.07.2016
Sayfa No	2/2

kullanım oranlarını takip eder. Cerrahi güvenlik ile ilgili oluşan hataları takip eder. Riskleri değerlendirir ve gerekli tedbirleri alır.

2.16. Hastanede kullanılan tıbbi cihazların bakım ve kalibrasyonlarının düzenli yapılması için yöntem belirlenir ve takip eder. Tıbbi Cihaz Güvenlik Ekibi ile koordineli çalışır.

2.18. Hasta mahremiyeti sağlanmasına yönelik düzenlemeleri belirler ve uygulamaların yapılmasını sağlar. Çalışanlara hasta mahremiyeti sağlamaya yönelik düzenli eğitim yapılmasını sağlar.

2.19. Hastaların hastane içinde ve başka kuruma güvenli transferinin yapılması için gerekli düzenlemeleri oluşturur. Çalışanlara hastanın güvenli transferi için periyodik eğitim yapılmasını sağlar.

2.20. Nöbet teslimlerinde hasta güvenliğini sağlamak için (Hasta kayıt ve bilgilerinin eksiksiz ve güvenli aktarımı) gerekli uygulamaları belirler ve ilgili yöneticiler tarafından kontrollerini sağlar.

2.21. Hasta kayıtlarının güvenli olarak muhafazası ve bilgi güvenliğinin sağlanması için gerekli yöntemleri belirler.

2.22. Enfeksiyonların önlenmesi için; Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile işbirliği içinde gerekli uygulamaları planlar. Çalışanlara düzenli eğitim verilmesini sağlar. El hijyeni, antibiyotik kullanımı, cerrahi alan enfeksiyonları ve sürveyans takiplerini yapılmasını sağlar.

2.23. Laboratuvar süreçlerinde hasta güvenliği için gerekli düzenlemeleri belirler. Laboratuvar çalışanları ile birlikte preanalitik, analitik ve postanalitik süreç hataları takibi ve risk analizleri değerlendirilir. Gerekli takip ve iyileştirmelerin yapılmasını sağlar.

3. TOPLANTI SIKLIĞI

Komite 3 ayda bir toplanır. Toplantıda alınan kararlar Komite Karar Defterine kaydedilir.

4. KOMİTE ÜYELERİ

Başhekim

Başhemşire

Hastane Müdürü

Kalite Yönetim Direktörü

Cerrahi Uzmanı

Dahiliye Uzmanı

Anestezi Uzmanı

Laboratuvar Uzmanı

Ameliyathane Sorumlusu

Bilgi Sistemleri Sorumlusu

Laboratuvar Teknikeri

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

Acil Servis Sorumlu Hemşiresi

Eczacı