**1. GÖREV ADI:** HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

**2. AMİR VE ÜST AMİRLERİ:** KOMİTE BAŞKANI

**3**. **SORUMLULAR/GÖREV DEVRİ:** Dekan, Dekan Yard, Hasta Güvenliği Komitesi,İzinli olan komite üyesi yerine başka bir üye görevlendirilmez.

**4. GÖREV AMACI:** Sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek amacıyla hastanemiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

**4.1** **UYGULAMA:**. . Üst yönetimden birer temsilci başkan olarak belirlenir. Komite başkanı komite üyeleri belirler.

4.2. **Hasta Güvenliği Komitesinin Toplanması İle İlgili;**

a)Komite gündemi, yer ve tarih bilgileri, komite sekreteri tarafından üyelere bir hafta öncesinden iç haberleşme formu ile duyurulur, üyelerinin katılımı ile toplanır belirlenen gündem maddelerini görüşür..

b) Hasta güvenliği konusunda ekip tarafından bir plan/program hazırlanmalıdır.

c) Komite düzenli aralıklarla yılda en az 4 kez ve gerektikçe toplanır, çalışmalarını ve yapılan toplantıları kayıt altına alır ve bir örneğini Kalite Birimine gönderir.

d) Bu ekip hastanede hasta güvenliği ile ilgili mevcut durumu tespit etmeli, hasta için olası riskleri belirlemeli, düzeltici önleyici faaliyet planları yapmalı ve bu planları hastane idaresi ile birlikte gerçekleştirmelidir.

e) Personele konu ile ilgili hizmet içi eğitim düzenlemeli ve bu eğitimler kayıt altına alınır.

f) Toplantılarda; hasta güvenliği uygulamaları, güvenlik raporları , düşme bildirimleri, hasta ve çalışan görüş ve önerileri, eğitim talepleri vb.değerlendirilmelidir.

4.3**.Hasta Güvenliği Komitesinin Görev Alanı**

* Hastaların doğru kimliklendirilmesi .
* Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması .
* İlaç güvenliğinin sağlanması .
* Hasta mahremiyetinin sağlanması .
* Radyasyon-Transfüzyon güvenliğinin sağlanması .
* Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltması .
* Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması .
* Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması .
* Hastaların güvenli transferi
* Enfeksiyonların önlenmesi .
* Atık Yönetimi .
* Hastaların bilgilendirilmesi ve onay alınması .
* Bilgi güvenliğinin sağlanması
* Laboratuvarda hasta güvenliği .
* Temel yaşam desteği güvenliği
* Çalışanlara hasta güvenliği konuları ile ilgili eğitim konularını kapsar.

**4.3.1. Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi**:

Fakültemizde tetkik, tedavi, cerrahi girişimler ile girişimsel işlemler öncesinde ve ilaç, kan ve kan ürünü uygulamalarından önce, klinik testler için numune alımında ve hasta transferinde kimlik doğrulama işlemi gerçekleştirilir

**4.3.2. Etkin İletişimin Sağlanması** :

Hasta bakım ve tedavi sürecinde sözlü/telefon talimatlarının verilmesi ve alınmasında; Tedavi sonrası talimatlar hastaya yazılı olarak verilmeli bilgilendirme broşürleri gerektiğinde kullanılmalıdır.

**4.3.3. İlaç Güvenliğinin Sağlanması:** İlgili hekim hastanın tedavisindeki ilaçlarla, sürekli kullandığı ilaçları kontrol ederek hasta elektronik dosyaya yazar.

**4.3.4. Güvenli Transfüzyon** :

Fakültemizde kan transfüzyonu rutin olarak yapılmamaktadır ancak gerekli olursa Tıp fakültesi hastanesi ile işbirliği içinde aşağıdaki yöntemler uygulanmalıdır

a) Transfüzyon öncesi, kan bankasından gelen kan ve kan ürününün türü ve miktarı, cross match kayıtları ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanır. Kan Transfüzyonu Hasta Bilgilendirme ve Rıza Belgesi (bu form tıp fakültesinden temin edilir) hasta veya hasta yakınına mutlaka okutulup imzalatılır.

b) Transfüzyon sürecinde; ilk 10 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenir, her 15 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenip Kan Transfüzyonu Takip Formu doldurulup imzalanır.

**4.3.5. Düşmelere Bağlı Risklerin Azaltılması:**.

Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse Güvenlik Raporlama Olay Bildirim Formu doldurularak, en kısa zamanda Kalite Yönetim Birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır.

**4.3.6. Güvenli Cerrahi Uygulamalarının Sağlanması**

a) Cerrahi işlem güvenliği için; (Fakültemiz'de genel anestezi gerektiren tüm ameliyatlar Necmettin Erbakan Üniversitesi Meram Tıp Fakültesi' hastanesinde yapılmaktadır.)

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) Cerrahi Güvenlik kontrol listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanır.

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 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 kalemi 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

d) 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)

e) 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.

**4.3.7.Tıbbi Cihaz Güvenliği:**

Fakültemizde Tesis Güvenliği Komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu ekip oluşturulmalıdır.. Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan oluşturularak plan dahilinde uygulama yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır.. Etikette; . Kalibrasyonu yapan firmanın adı . Kalibrasyon tarihi . Geçerlilik süresi . Sertifika numarası bulunur.

**4.3.8. Enfeksiyonların Kontrolü Ve Önlenmesi:**

Hastalarımızın hastanede bulundukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler “Enfeksiyon Komitesi” tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler Fakültemiz “Enfeksiyon Kontrol Prosedüründe ayrıntılarıyla belirtilmiştir. El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, yine bu prosedürde ilkeleri belirlenmiştir.

**4.3.9. Atık Yönetimi:**

Fakültemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumlukların belirlenmesi için Ünite İçi Atık Yönetimi Planı’nda belirlenmiştir. Plan ; . Üretilen atık çeşitlerini, . Atıkların kaynağında ayrıştırılmasını, . Üretilen atık miktarının azaltılmasını, . Atıkların usulüne uygun olarak toplanmasını ve taşınmasını, . Atıkları taşımada kullanılacak ekipmanı, . Toplama ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonunu, . Geçici toplama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanmasıyla ilgili kuralları, . Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon kuralları, . Lisanslı atık taşıyıcılarına teslim edilmesini, . Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri, . Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsamalıdır..

**4.3.10 Hastaların Bilgilendirilmesi ve Onayının Alınması**:

Fakültemizde hastalarımıza uygulanacak tüm riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirme ve rızanın alınmasının nasıl ve kim tarafından yapılacağı ilgili yazılı düzenlemede belirtilmiştir. Bilgilendirme ve rıza alınmasıyla ilgili süreçte; . İşlemin kim tarafından yapılacağı, . İşlemden beklenen faydalar, . İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar, . Varsa işlemin alternatifleri, . İşlemin riskleri ve komplikasyonları, . İşlemin tahmini süresi, . Hastanın adı, soyadı ve imzası, . İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası, Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.

**4.3.11 Bilgi Güvenliğinin Sağlanması:**

Fakültemizde, hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde muhafaza edilir. Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal şartlar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz.

**4.3.12 Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvenliği (Mavi Kod)**

a)Temel yaşam fonksiyonları risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gerekli müdahalenin  
yapılabilmesi için mavi kod uygulaması gerçekleştirilir.

b)Mavi kod uygulamasına yönelik düzenlemede;  
. Uyarı sistemi oluşturulur,

. Sorumlular belirlenir,

. Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu yapılır,

. Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılır,

. Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulundurulur,

. Acil müdahale setinin miat ve kritik stok seviyeleri İlaç ve Sarf Malzemeleri Kontrol Formu ile her ay takip edilir

c)Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere; Her ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunur, hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır. Mavi kod ekibi en geç 3 dakika içinde olay yerine ulaşmalıdır. Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulur:Bu kayıtta,

. Müdahale edilen kişiye ait bilgiler,

. Yapılan uygulama,

. Müdahalenin yeri,

. Çağrının yapıldığı zaman,

. Ekibin olay yerine ulaşma zamanı,

. Müdahalenin sonucu,

. Müdahale ekibinde yer alanların bilgileri kayıt edilir ve olay ile ilgili ekip sekreteri Mavi Kod Olay Bildirim Formunu kalite yönetim birimine sunar.

d)Mavi kod uygulamasına yönelik yılda iki kez tatbikat yapılır. Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulur.

e)Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilir