



HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KY.PR.04	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/5

1. AMAÇ: Sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek amacıyla hastanemiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

2. KAPSAM: Tüm Tıp Merkezi birimleri

3. KISALTMALAR

4.SORUMLULAR: Başhekim, hasta güvenliği komitesi, teknik servis, tüm hekimler, MesulMüdür, başhemşire, sağlık çalışanları. Tetkik odası çalışanları.

5. TANIMLAR

Hasta Güvenliği: Sağlık bakım hizmetlerinin hastalara vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır.

6.FAALİYET AKIŞI

Hasta Güvenliği Komitesi

Tıp Merkezi yönetimince oluşturulan komite, Tıp Merkezinin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak kurumda yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmalıdır. Komitede hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır

Değerlendirilecek Hususlar

- Hasta güvenliği konusunda ekip tarafından bir plan/program hazırlanmalıdır.
- Komite, düzenli aralıklarla, yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmalıdır.
- Komite 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.
- Personelle konu ile ilgili hizmet içi eğitim düzenlemeli ve bu eğitimler kayıt altına alınmalıdır.

Hasta Güvenliği Komitesinin Görev alanları;

- Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermelidir:
- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- İlaç 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



HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KY.PR.04	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/5

➤ Bilgi güvenliğinin sağlanması o Enfeksiyonların önlenmesi

Enfeksiyonların Kontrolü ve Önlenmesi

Hastalarımızın Tıp Merkezinde buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler "Enfeksiyon Kontrol Komitesi" tarafından belirlenir. Enfeksiyon riskine karşı alınacak önlemler kurumumuz Tıp Merkezi Enfeksiyon Kontrol programında ayrıntılarıyla belirtilmiştir.

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, "El Hijyeni Talimatı"nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir. Tıp Merkezi enfeksiyonlarının rutin sürveyansı enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılarak sisteme kaydedilir, surveyans sonuçlarına göre bölüm bazında DÖF başlatılır. Üç ayda bir bölüm bazında Tıp Merkezi enfeksiyon hızları, etkenleri, direnç paternlerini içeren surveyans raporu hazırlanarak üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılır.

Yeni Doğan ve Çocuk Güvenliğinin Sağlanması (PEMBE KOD)

Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması için yapılacak işlemler şunlardır:

Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırılması ve ya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla "PEMBE KOD" uygulaması gerçekleştirilir. (Pembe Kod uygulama prosedürü)

Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için;

İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci

Güvenlik Amiri

Güvenlik ekibi

Teknik servis Elemanından oluşan Sorumlu ekip oluşturulur.

Ekip üyelerinin görev tanımları kurum yönetimince yapılır. Çalışanlara pembe kod uygulamasıyla ilgili yılda iki kez tatbikat ve eğitim verilir, kayıt altına alınır.

Tıbbi Cihaz Güvenliği

Tıp merkezinde Tesis Güvenliği komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu ekip oluşturulmuştur. 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 bulunur. Etiketle;

Kalibrasyonu yapan firmanın adı

Kalibrasyon tarihi

Geçerlilik süresi

Sertifika numarası bulunur.

Atık Yönetimi

Tıp merkezimizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması, geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluluklar "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,



HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KY.PR.04	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/5

Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemleri ve kaza durumunda yapılacak işlemleri,
Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar.

Hastaların Doğru Kimliklendirilmesi

Tıp Merkezimizde 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.

Hasta kimlik tanımlama işleminde kullanılan barkotda;

- Protokol numarası
- Hasta adı– soyadı,
- Doğum tarihi (gün–ay–yıl) bulunur.

Güvenli Cerrahi Uygulamalarının Sağlanması

Güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken tedbirler şunlardır:

Cerrahi İşlem Güvenliği İçin

“Anestezi Öncesi hazırlık ve Ameliyat Sonrası Takip Formu” ilgili hemşire tarafından doldurulur.

- Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.
- Hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi gerekli kontroller yapılır.
- Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.
- Yapılacak uygulamanın eksiksiz ve doğru olmasını sağlamak için **Anestezi Masası Kontrol Formu** kullanılır. **Cerrahi Güvenlik kontrol listesi**; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. Cerrahi güvenlik kontrol Listesi hasta dosyasında saklanır.

Yanlış Hasta ve Yanlış Taraf Cerrahi Uygulamalarının Önlenmesinde

- Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.
- Ameliyat öncesi hasta ile ilgili son kontroller tabip tarafından yapılarak hastanında katılımıyla taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir.
- Hastaya ameliyat öncesi bölüm sekreteri ve hemşire tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir.
- Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.

Cerrahi İşlemlerde Taraf İşaretleme Sürecinde Uygulanacak Kurallar

- Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalemi kullanılır.
- Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.
- İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KY.PR.04	01.01.2024	0	-	Sayfa:4/5

- Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.
- Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır.

Elektro Cerrahi, Lazer ve Diğer Elektrikli Cihazlarla Yapılan İşlemlerde Cerrahi Yanıkların Oluşmasını Önlemek İçin Cihazların Kullanımında Dikkat Edilecek Hususlar

- Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.
- Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonundademirbaş kaydından düşürülür.
- Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

Cerrahi İşlem Sürecinde Dikkat Edilecek Hususlar

- Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.
- Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.
- Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.
- İşlem yapılacak bölgenin nem oranı % 50 seviyesinde tutulur.

Hastaların Bilgilendirilmesi ve Onayının Alınması

- Kurumumuzda 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.

Düşmelere Bağlı Risklerin Azaltılması

Tıp Merkezi içerisinde düşme riski bulunan hastalar, Hemşirelik Süreci Hasta Tanımlama Formu doldurulması esnasında belirlenir. 0-16 yaş grubundaki hastalar için “Çocuk Hasta Düşme Riski Değerlendirme Formu” ve yetişkin hastalar için “Hasta Düşme Riski Değerlendirme Formu” düzenlenerek düşme riski yönünden değerlendirilir. Hasta düşme riski değerlendirmesi sonucunda yetişkin hastalarda 5 ve 5 'in üstü ayrıca 0-16 yaş grubu için değerlendirme puanı 15 ve üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilmeli yeşil yapraklı yonca figürüyle tanımlanmalı ve bu tanımlayıcı hasta odasının giriş kapısında bulunmalıdır.

Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse **Hasta Düşme Bildirim Formu** doldurularak, en kısa zamanda kalite yönetim birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır. Düşen hasta ilgili sorumlu hekimi, nöbetçi uzman hekim veya klinik durumunun gerektirdiği uzman hekim tarafından değerlendirilir.



HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KY.PR.04	01.01.2024	0	-	Sayfa:5/5

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

Temel Yaşam Desteği Sürecinin Güvenliği (MAVİ KOD)

- Temel yaşam fonksiyonları risk altında olan veya durmuş bulunan bireylere gereklimüdahalenin yapılabilmesi için mavi kod uygulaması gerçekleştirilir.
- Mavi kod yönetimine yönelik düzenlemede;
- Uyarı sistemi oluşturulur,
- Sorumlular belirlenir
- Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci bulunur,
- Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonu yapılır,
- Gerekliğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılır,
- Her vardiya için ekipler belirlenir,
- Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunur,
- Acil müdahale setinin miiat ve kritik stok seviyeleri takip edilir.

Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere

- Ekip; 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. Yapılan uygulama,
- Müdahalenin yeri,
- Çağrının yapıldığı zaman,
- Ekibin olay yerine ulaşma zamanı,
- Müdahalenin sonucu,
- Müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsamalı,
- Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilir
- Mavi kod uygulamasına yönelik her yıl tatbikat yapılır.
- Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulur.
- Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilir.
- Müdahale edilen kişiye ait bilgiler

Hazırlayan

Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden

Kurum Müdürü

Onaylayan

Başhekim