



HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ GÖREV TANIMI

Dokümanın Adı:	GÖR.TN-04
Yayın Tarihi:	01.04.2011
Revizyon Tarihi:	01.02.2013
Revizyon No:	02
Sayfa Sayısı:	1 / 1

1.OLUŞUMU:

Hasta güvenliği komitesi hizmet kalite standartlarının 00.01.01.15.01H kodlu standardı gereği; Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, cerrahi branş uzmanı, dahili branş uzmanı, laboratuvar branş uzmanı, anesteziyoloji ve reanimasyon branş uzmanı, hastane bilgi sistem sorumlusu ve eczacıdan oluşur.

2. GÖREVLERİ:

- 1- Güvenli ilaç uygulamalarını sağlar,
- 2- Hasta güvenliği komite üyeleri çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlar,
- 3- Radyasyon güvenliğini sağlar,
- 4- Güvenli cerrahi uygulamalarını sağlar,
- 5- Tıbbi cihaz güvenliğini sağlar,
- 6- Hastaların doğru kimliklendirilmesini sağlar,
- 7- Düşme risklerinin azaltır,
- 8- Hasta güvenliği komitesi, ilk toplantısında ekibin çalışma ilkelerini belirler,
- 9- Hasta güvenliği konusunda plan hazırlar,
- 10- Hazırlanan planın onaylanmasından sonra, hasta güvenliği yönetimi uygulamaları konusunda gerekli çalışmaları başlatır,
- 11- Hasta güvenliği uygulama sürecinde gerekli gördüğü hususlara müdahale ederek iyileştirilmesini sağlar,
- 12- Hasta güvenliği uygulamalarına ilişkin çalışmalardan elde edilen ve hasta ve çalışan güvenliği komitesi tarafından onaylanan sonuçları standartlaştırarak uygulama alanında kullanıma hazır hale getirir.
- 13- Alınan toplantı kararlarını kalite birimine iletir,
- 14- Hasta güvenliği için yapılan çalışmaları değerlendirir ve tespit edilen eksikliklere yönelik girişim planlar
- 15- Gerekliğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatır ve takip eder,
- 16- Kurumun hasta güvenliği çalışmalarına ilişkin kayıtlarını tutar. Uygulama sonuçlarına göre dokümanları güncelleştirir,
- 17- Kuruma yönelik yapılan çalışma sonuçlarına göre hastane yönetimine tekliflerde bulunur.

TOPLANTI SÜRESİ:

Hasta güvenliği ekibi her 3 ay da bir olmak üzere kalite yönetim direktörü başkanlığında toplanır. Toplantı duyuruları kalite birimi tarafından FRM. ODH 01-139 Toplantı Duyuru Formu ile yapılır.

4. DENETİM:

Komite 6 ayda bir hizmet kalite standartlarına yönelik denetleme faaliyetinde bulunur. Denetleme sonucu üst yönetime bildirilmek üzere kalite birimine gönderilir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
<i>Kalite Direktörü Sorumlusu</i>	<i>Kalite Direktörü</i>	<i>Hastane Yöneticisi Başhekim</i>