

|                                                                                  |                                                                  |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | KY.PR.02   |
|                                                                                  |                                                                  | YAYIN TARİHİ    | 29.05.2014 |
|                                                                                  |                                                                  | REVİZYON NO     | 03         |
|                                                                                  | KOMİTE TOPLANTILARI PROSEDÜRÜ                                    | REVİZYON TARİHİ | 01.01.2024 |
|                                                                                  |                                                                  | SAYFA NO        | 1 / 7      |

**1. AMAÇ:** Hastanemizdeki; sağlıkta 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:** Bütün Komite Üyelerini ve çalışanları kapsar.

**3.KISALTMALAR:**

**EKK :** Enfeksiyon Kontrol Komitesi

**SKS :** Sağlıkta Kalite Standartları

**4.TANIMLAR:**

**5.SORUMLULAR:**

- Başhekim
- İlgili Başhekim Yardımcıları
- Başmüdür
- Hastane Müdürü
- Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
- Komite Üyeleri
- İlgili Hekimler
- Kalite Yönetim Direktörü
- Kalite Yönetim Birimi
- Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi

**6. FAALİYAT AKIŞI:**

**6.1 Toplantılar;** Uygulamaların, sağlık hizmet kalite standartları doğrultusunda, mevzuata ve kalite yönetim sistemine uygunluğunun; sürekliliğini, yeterliliğini ve yetkinliğini değerlendirmek amacıyla yapılırlar. Toplantıların katılımcıları, gündem maddelerini, yeri, zamanı ve süresi komite başkanı tarafından belirlenir. Gündem, komite başkanı onayıyla katılımcılara 10 (on) gün öncesinden iç haberleşme formu ile yazılı olarak bildirilir. Bu bilgilendirme;

- Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını,

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**

|                                                                                  |                                                                  |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | KY.PR.02   |
|                                                                                  |                                                                  | YAYIN TARİHİ    | 29.05.2014 |
|                                                                                  |                                                                  | REVİZYON NO     | 03         |
|                                                                                  | KOMİTE TOPLANTILARI PROSEDÜRÜ                                    | REVİZYON TARİHİ | 01.01.2024 |
|                                                                                  |                                                                  | SAYFA NO        | 2 / 7      |

- Toplantı gündemi ve süresini,
- Toplantı yeri ve zamanını kapsamaktadır.

Komite başkanları ve üyeleri hastane kalite birimi tarafından belirlenip görev yazıları yazılarak tebliğ edilir. Komite başkanları ve üyelerin kimlerden oluştuğu bir tablo şeklinde belirtilmiştir. Alınan kararlar toplantı tutanağına veya karar defterine kayıt edilir.

## 6.2.HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ:

Hasta Güvenliği Komitesi; 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, eczacı, hekim dışı sağlık personelinin en az bir temsilci ve bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer almalıdır.

Toplantıdan 10 gün önce toplantı yeri, zamanı gündem maddeleri belirlenip, ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır. Hasta güvenliği komitesi yılda en az 4 defa toplanır, alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.Komite görev alanı;

- ❖ Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- ❖ Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- ❖ İlaç güvenliğinin sağlanması
- ❖ Transfüzyon güvenliğinin sağlanması
- ❖ Radyasyon 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
- ❖ Bilgi güvenliğinin sağlanması
- ❖ Enfeksiyonların Önlenmesi
- ❖ Laboratuvar da hasta güvenliğinin sağlanması

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**

|                                                                                  |                                                                  |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | KY.PR.02   |
|                                                                                  |                                                                  | YAYIN TARİHİ    | 29.05.2014 |
|                                                                                  |                                                                  | REVİZYON NO     | 03         |
|                                                                                  | KOMİTE TOPLANTILARI PROSEDÜRÜ                                    | REVİZYON TARİHİ | 01.01.2024 |
|                                                                                  |                                                                  | SAYFA NO        | 3 / 7      |

### 6.3.ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ:

Çalışan güvenliği komitesi; Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, enfeksiyon hemşiresi, güvenlik amiri, psikiyatrist veya psikolog veya sosyal hizmet uzmanı, diğer meslek gruplarından (laboratuvar teknisyeni, anestezi teknisyeni, radyoloji teknisyeni) bir temsilci ve bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer almalıdır.

Toplantıdan 10 gün önce toplantı yeri ,zamanı gündem maddeleri belirlenip,ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.Çalışan güvenliği komitesi yılda en az 4 defa toplanır,alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir. Komite görevleri;

- ❖ Hastane genelinde sağlık tarama programı hazırlamak
- ❖ Program bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda oluşturulmalıdır.
- ❖ Çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması
- ❖ Riskli alanlarda çalışana yönelik gerekli önlemlerin alınması
- ❖ Fiziksel ve psikolojik şiddete kalınma risklerinin azaltılması
- ❖ Kesici Delici alet Yaralanma risklerinin azaltılması
- ❖ Kan Vücut sıvılarının bulaşma risklerinin azaltılması
- ❖ Komite gerektiğinde çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.
- ❖ Düzeltici önleyici faaliyetleri başlatmalıdırlar.
- ❖ Çalışanlara konu ile ilgili eğitim

### 6.4.EĞİTİM KOMİTESİ :

**Eğitim komitesinde;** Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, bir hekim, bir hemşire, psikolog veya sosyal hizmet uzmanı, hekim dışı sağlık personelinen en az bir temsilci ve bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer almalıdır. Eğitim komitesi; Hizmet Kalite Standartları eğitimi, hizmet içi eğitimler, uyum (oryantasyon) eğitimleri ve hastalara yönelik eğitimleri planlayıp yapılmasının takibinden sorumludur. Toplantıdan 10 gün önce toplantı yeri ,zamanı gündem maddeleri belirlenip ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır. Eğitim komitesi yılda en az 4 defa toplanır, alınan kararlar kalite yönetim birimine bildirir.

Komitenin görev tanımı asgari;

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**

|                                                                                  |                                                                           |                        |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
|  | <b>T.C<br/>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br/>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ</b> | <b>DOKÜMAN KODU</b>    | <b>KY.PR.02</b>   |
|                                                                                  |                                                                           | <b>YAYIN TARİHİ</b>    | <b>29.05.2014</b> |
|                                                                                  |                                                                           | <b>REVİZYON NO</b>     | <b>03</b>         |
|                                                                                  | <b>KOMİTE TOPLANTILARI PROSEDÜRÜ</b>                                      | <b>REVİZYON TARİHİ</b> | <b>01.01.2024</b> |
|                                                                                  |                                                                           | <b>SAYFA NO</b>        | <b>4 / 7</b>      |

- ❖ Sağlıkta Kalite Standartları Eğitimi yapmak
- ❖ Hizmet içi eğitimleri düzenlemek
- ❖ Uyum eğitimlerini yapmak
- ❖ Hastalara yönelik eğitimleri planlamak

#### 6.5.TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ:

Tesis güvenliği komitesinde; Tıbbi, idari ve hemşire hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, kalite yönetim direktörü, teknik servis sorumlusu, hastane güvenlik amiri, afet ve acil durum yönetimi sorumlusu, tıbbi cihaz yönetimi sorumlusu, hekim dışı sağlık personelinin en az bir temsilci ve bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer almalıdır.

Toplantıdan 10 gün önce toplantı yeri ,zamanı gündem maddeleri belirlenip.ilgili kişilere yazılı veya sözlü olarak çağrı yapılır.Tesis güvenliği komitesi yılda en az 4 defa toplanır,alınan kararlar toplantı tutanağına kayıt edilir.Komite görevleri;

- ❖ Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi,
- ❖ Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması,
- ❖ Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması,
- ❖ Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları,
- ❖ Tehlikeli maddelerin yönetimi konularını kapsamalıdır
- ❖ Atık yönetimi çalışmaları,
- ❖ Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planlarını ve Kalibrasyonlarının yapılması,

#### 6.6.ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ (EKK) :

Enfeksiyon Kontrol Komitesi yılda en az 3 kez ve gerektiği durumlarda toplanır. Kapsamı alanındaki, hizmetlerin ve çalışmaların; amaca uygun ve düzenli verilip verilmediğini, 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 başkanlığında ilgili başhekim yardımcısı, kalite yönetim direktörü, mikrobiyoloji uzmanı, dahiliye uzmanı,

|                                                                                  |                                                                           |                        |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
|  | <b>T.C<br/>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br/>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ</b> | <b>DOKÜMAN KODU</b>    | <b>KY.PR.02</b>   |
|                                                                                  |                                                                           | <b>YAYIN TARİHİ</b>    | <b>29.05.2014</b> |
|                                                                                  |                                                                           | <b>REVİZYON NO</b>     | <b>03</b>         |
|                                                                                  | <b>KOMİTE TOPLANTILARI PROSEDÜRÜ</b>                                      | <b>REVİZYON TARİHİ</b> | <b>01.01.2024</b> |
|                                                                                  |                                                                           | <b>SAYFA NO</b>        | <b>5 / 7</b>      |

cerrahi uzmanı, enfeksiyon kontrol hemşiresi, başhemşire ve hastane müdürü, eczacı, çocuk hastalıkları uzmanı oluşur. Komite görevleri;

- ❖ Bilimsel esaslar çerçevesinde, yataklı tedavi kurumunun özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol programı belirleyerek uygulamak, Yönetime ve ilgili bölümlere bu konuda öneriler sunmak,
- ❖ Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak yataklı tedavi kurumunda uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, bunları gerektiğinde güncellemek,
- ❖ Yataklı tedavi kurumunda çalışan personele, bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlamak ve uygulamaları denetlemek,
- ❖ Yataklı tedavi kurumunun ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirmek ve çalışmalarının sürekliliğini sağlamak,
- ❖ Hastane enfeksiyonu yönünden, öncelik taşıyan bölümleri saptayarak ve bulgulara göre harekete geçerek, hastane enfeksiyon kontrol programı için hedefler koymak, her yılın sonunda hedeflere ne ölçüde ulaşıldığını değerlendirmek ve yıllık çalışma raporunda bu değerlendirmelere yer vermek,
- ❖ Antibiyotik, dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon araç ve gereçlerin, enfeksiyon kontrolü ile ilgili diğer demirbaş ve sarf malzeme alımlarında, ilgili komisyonlara görüş bildirmek; görev alanı ile ilgili hususlarda, yataklı tedavi kurumunun inşaat ve tadilat kararları ile ilgili olarak gerektiğinde Yönetime görüş bildirmek,
- ❖ Hastalar veya yataklı tedavi kurumu personeli için tehdit oluşturan bir enfeksiyon riskinin belirlenmesi durumunda, gerekli incelemeleri yapmak, izolasyon tedbirlerini belirlemek, izlemek ve böyle bir riskin varlığının saptanması durumunda, ilgili bölüme hasta alımının kısıtlanması veya gerektiğinde durdurulması hususunda karar almak,
- ❖ Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirlemek, uygulanmasını izlemek ve yönlendirmek
- ❖ Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek, standartlara uygun kullanımını denetlemek,
- ❖ Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamak ve ilgili bölümlere iletilmek üzere Yönetime bildirmek, Yönetime sunmak,

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**

|                                                                                  |                                                                  |                 |            |
|----------------------------------------------------------------------------------|------------------------------------------------------------------|-----------------|------------|
|  | T.C<br>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ | DOKÜMAN KODU    | KY.PR.02   |
|                                                                                  |                                                                  | YAYIN TARİHİ    | 29.05.2014 |
|                                                                                  |                                                                  | REVİZYON NO     | 03         |
|                                                                                  | KOMİTE TOPLANTILARI PROSEDÜRÜ                                    | REVİZYON TARİHİ | 01.01.2024 |
|                                                                                  |                                                                  | SAYFA NO        | 6 / 7      |

- ❖ Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almak ve Yönetime iletmek

#### 6.7 TEMİZLİK KOMİTESİ :

Enfeksiyon Kontrol Hekimi Başkanlığında Hastane Müdürü, Başhemşire, Müdür Yardımcısı, Başhemşire Yardımcısı ve Servis sorumlularından oluşur. Her ay yapılacak Hastane Temizlik Standartlarını Belirlenmesi faaliyetleri ve denetlenmelerini gerçekleştirir. Ayrıca temizlik firmasının faaliyetlerinin denetlenmesini de gerçekleştirir. Bu konularda gerek gördüğünde veya rutin olarak eğitimsel faaliyetleri planlar ve yürütür. Yılda en az 3 kez toplanır. Komite görevleri;

- ❖ Temizliğin birimlere göre kimler tarafından ne zaman ve ne şekilde yapılacağını belirler.
- ❖ Hastanede bulunan tüm alanlara yönelik temizlik planlaması yaparak temizlik talimatlarının ve temizlik kontrol formlarının oluşturulmasını sağlar. Hazırlamış olduğu tüm dokümanları Enfeksiyon Kontrol Komitesi'nin onayına sunar.
- ❖ Temizlik maddelerinin sarf şeklinin kimler tarafından kontrolünün sağlanacağı konusunda temizlik politikalarını oluşturur.
- ❖ Temizlik hizmetlerinin denetleme kriterleri belirler.
- ❖ Tüm birimlerin temizlik uygulamalarını temizlik kontrol kayıtlarını aylık olarak denetler. Yapmış olduğu denetimler kayıt altına alınır.
- ❖ Temizlik personelinin eğitiminin teorik ve uygulamalı olarak yapılıp yapılmadığı kontrol eder.
- ❖ Atıkların biriminde ayrıştırılması toplanması, taşınması ve depolanması konusunda önlemler alır ve denetimler yapar.
- ❖ Hastanenin insektisitlerle ilaçlanmasını planlar ve takibini yapar.
- ❖ Hastane çevresinin temizliğini planlar ve takibini yapar.

#### 6.8 RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ :

Yılda en az 2 defa toplanır. Komisyon radyasyonun zararlı etkilerinden çalışanların, hasta ve yakınlarının, halk ve çevrenin korunmasını sağlamak üzere oluşturulur. TAEK 4-d maddesi uyarınca“Radyasyon Güvenliği Komitesi Çalışma Usul ve Esasları Tebliği” ne göre görev yapar. Komitede bir Baştabip Yardımcısı, Radyoloji Uzmanı,Röntgen Teknisyen(ler)i,Müdür yardımcısı,Taşınabilir Kayıt ve Kontrol Yetkilisi ve hemşire yer alır.Toplantılar, radyasyon korunması görevlisi ve hastane yönetim temsilcisi olması kaydıyla çoğunluk sağlanarak yapılır.Komite görev alanı;

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

**ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.**

|                                                                                  |                                                                           |                        |                   |
|----------------------------------------------------------------------------------|---------------------------------------------------------------------------|------------------------|-------------------|
|  | <b>T.C<br/>NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ<br/>TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ</b> | <b>DOKÜMAN KODU</b>    | <b>KY.PR.02</b>   |
|                                                                                  |                                                                           | <b>YAYIN TARİHİ</b>    | <b>29.05.2014</b> |
|                                                                                  |                                                                           | <b>REVİZYON NO</b>     | <b>03</b>         |
|                                                                                  | <b>KOMİTE TOPLANTILARI PROSEDÜRÜ</b>                                      | <b>REVİZYON TARİHİ</b> | <b>01.01.2024</b> |
|                                                                                  |                                                                           | <b>SAYFA NO</b>        | <b>7 / 7</b>      |

- ❖ Komite, her toplantıda kuruluş/kuruluşlarda bulunan tüm radyasyon kaynaklarının envanterini gözden geçirir, sorumlu değişikliği, kaynağın yerinin değişmesi, denetimli alanlarda yapılan değişiklik, yeni cihaz alımı, faaliyeti sonlandırılan uygulamalar gibi lisans koşullarını etkileyebilecek değişiklikleri değerlendirir.
- ❖ Komite, her toplantıda radyasyondan korunma sorumlusunun/sorumluları tarafından tutulan kayıtlar ve hazırladıkları raporlara göre; radyasyon görevlilerinin kişisel radyasyon dozlarını, radyasyon seviyeleri ölçüm sonuçlarını, kontaminasyon olaylarını, radyoaktif atık kayıtlarını, kalite kontrol kayıtlarını, bakım onarım kayıtlarını, eğitim programlarını inceler ve değerlendirir.
- ❖ Komite; Sağlık Bakanlığı, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu ve diğer ilgili kuruluşların yayımlamış olduğu radyasyondan korunmaya ilişkin mevzuatı inceleyerek yerine getirmekle yükümlü olduğu tüm hususları yürürlüğe koymak üzere ayrıntısıyla planlar; tanı, tedavi ve araştırma amaçlarıyla radyasyonla çalışılan her bölüm için bir organizasyon şeması oluşturarak uygulanmasını sağlar.
- ❖ Komite, denetimli ve gözetimli alanlara giriş/çıkışların kontrollü yapılması için planlamayı yapar, uygulanmasını sağlar; görsel/sesli radyasyon uyarı işaretlerinin uygun şekilde yerleştirilmesini ve çalışır durumda olmasını sağlar.
- ❖ Komite, yapılan idari ve teknik düzenlemelerin yerine getirilip getirilmediğini düzenli aralıklarla denetler.

## 7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

### KY.FR.04 İç Haberleşme Formu