|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| http://www.atauni.edu.tr/userfiles/110830-c72370f416db6a4b47cfbe30e93038c3.jpg | **KOMİTE VE BÖLÜMLERİ ÇALIŞMA REHBERİ** | **Doküman Kodu** | KKY. RH.01 |
| **Yayın Tarihi** | 01.01.2014 |
| **Revizyon Tarihi** | **24.10.2018** |
| **Revizyon No** | 04 |

**AMAÇ:** Sağlık Hizmet Kalite Standartları kapsamında oluşturulan komite, ekip ve sorumluların görev alanlarını belirlemek

**KAPSAM:** Bu rehber fakültemizin tüm bölümlerini kapsar.

**SORUMLULAR:** Rehberde adı geçen kişiler uygulamadan sorumludur.

BÖLÜM KALİTE SORUMLULARI

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| SIRA NO | BÖLÜMLER | SORUMLULARI | GÖREV TANIMLARI |
| **A**. | **Kurumsal Yapı/ Hizmetler** | Prof.Dr.Abdulvahit ERDEM | DEKAN |
| 1 | Kalite Yönetimi | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 2 | Doküman Yönetimi | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 3 | Risk Yönetimi | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 4 | İstenmeyen olay bildirim sistemi | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 5 | Eğitim Yönetimi | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 6 | Acil Durum ve Afet Yönetimi Sorumlusu | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 7 | Sosyal Sorumluluk | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| B. | **SAĞLIK HİZMETLERİ** |  |  |
|  | Hasta Bakımı | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
|  | Radyasyon Güvenliği Bölümü | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
|  | Protez Lab.Hizm. | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
|  | Ameliyathane Hizm. | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
|  | Enfeksiyon Kontrol Komitesi | Prof.Dr.İsmail CEYLAN | Dekan Yrd |
|  | Sterilizasyon Hizmetleri | Prof.Dr.İsmail CEYLAN | Dekan Yrd |
|  | İlaç yönetimi Hizmetleri | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| C. | **HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER** |  |  |
| 1. | Hizmete Erişim | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 2. | Hasta Deneyimi | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 3. | Sağlıklı çalışma yaşamı | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| D | **DESTEK HİZMETLERİ** |  |  |
| 1. | Tesis yönetimi | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| 2. | Bilgi Yönetimi Bölüm  Sorumlusu | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| 3. | Tıbbı kayıt ve Arşiv Hizmetleri  Bölüm Sorumlusu | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| 4. | Malzeme ve cihaz Yönetimi | Muhammed YAĞAN | Ayniyat Saymanı |
| 5. | Dış kaynak kullanım Sorumlusu | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| 6. | Atık Yönetimi | Bahattin TAYAN | İç Hizmetler Şefi |
| E. | **GÖSTERGE YÖNETİMİ** |  |  |
| 1. | Klinik Kalite Göstergeleri | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 2. | Hizmet Kalite Göstergeleri | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |
| 3. | Poliklinik Hizmetleri Bölümü  Kalite Sorumlusu | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yrd./KYD |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Hazırlayan | Kontrol Eden | Onaylayan |
| Kalite Yönetim Birimi | Kalite Yönetim Direktörü | Dekan |

**Görevleri:**

06/08/2013 tarihli ve 28730 sayılı “**Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” doğrultusunda;**

* Kurumumuzun mevcut durumunu etkinlik, verimlilik ve hizmet kalitesi yönünden değerlendirerek, hazırlanan planlar doğrultusunda harekete geçirir, uygulamaya koyar, izler ve yeni durumlara göre hizmetin kalite ve verimliliğinde sürekliliği sağlamak üzere gerekli tedbirleri alır,
* Sorumlular kalite yönetim direktörü ile koordineli çalışır, SHKS ile ilgili toplantılara katılır,
* SHKS kapsamında öz değerlendirmelerde görev alır,
* SHKS kapsamında hedefler belirleyip,bölüm hedeflerine ilişkin analizleri yapar ve kalite yönetim birimine bildirir,
* Belirli periyotlarda toplantı yaparak bu çalışmaları değerlendirmek ve gerektiğinde sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip eder,

Bölümle ilgili yazılı düzenlemelerin hazırlanması bölüm çalışanlarının bilgilendirilmesinden sorumludur

**HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr.İsmail CEYLAN | Dekan Yrd |
| Üye | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Nurhan BAYINDIR DURNA | Öğretim Üyesi |
| Üye | Didem Özkal EMİNOĞLU | Öğretim üyesi |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | SBHS |
| Üye | Füsün ÇELİK | Hemşire |
| Üye | Ahmet KAYA | Röntgen Tekns. |
| Üye | Arzu N.CERRAH | Hemşire |
| Üye | Samih ESRİNGÜ | Protez.Tekns. |

**Görevleri:**

* Hastaların doğru kimliklendirilmesini sağlamak.
* Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamını sağlanmak,
* Güvenli ilaç uygulanmasını sağlamak,
* Radyasyon güvenliğini sağlanmak,
* Güvenli cerrahi uygulanmasını sağlanmak,
* Tıbbi cihaz güvenliğini sağlamak,
* Çalışanlara hasta güvenliği konusunda gerekli eğitimleri vermek,

Belirli periyotlarla (ayda bir) toplantı yaparak bu çalışmaları değerlendirmek ve gerektiğinde (hasta güvenliği konusunda aksaklık tespit edildiğinde) düzeltici – önleyici faaliyet başlatmakla yükümlüdür

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr.İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Bahattin TAYAN | İç Hizmetler Şefi |
| Üye | Nurcan Ö.İLDAY | Öğretim Üyesi |
| Üye | Hatice ÖZDEMİR | Doktora Öğretim üyesi |
| Üye | Doğan DURNA | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | SBHS |
| Üye | Songül DİRİCAN | Hemşire |
| Üye | Samih ESRİNGÜ | Protez.Tekns. |
| Üye | Zehra SÖĞÜTLÜ | Röntgen Tekns. |

**Görevleri:**

* Çalışan Personelin zarar görme risklerinin azaltılmasını sağlamak,
* Fiziksel ve Psikolojik şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılmasını sağlamak,
* Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak,
* Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılmasını sağlamak,
* Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılmasını sağlamak,
* Sağlık taramalarının yapılmasını sağlamak,
* Çalışan güvenliği konusunda gerekli eğitimleri vermek,
* Belirli periyotlarla ( ayda bir) toplantı yaparak bu çalışmaları değerlendirmek ve gerektiğinde (çalışan güvenliği konusunda aksaklık tespit edildiğinde) düzeltici – önleyici faaliyet başlatmakla yükümlüdür.

**EĞİTİM KOMİTESİ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr. İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Münevver KILIÇ | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Nurdan POLAT SAĞSÖZ | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | SBHS |
| Üye | Deniz UÇAR | Hemşire |
| Üye | Zehra SÖĞÜTLÜ | Röntgen Teknisyeni |

**Görevleri:**

* Hizmet içi Eğitimleri planlamak,
* Hizmet içi eğitimleri planına göre organize etmek ve takip etmek,
* Hizmet kalite standartları eğitimi, uyum eğitimleri ve hastalara yönelik eğitimleri planlamak ve uygulamaları takip etmek,
* Belirli periyotlarla toplantı yaparak bu çalışmaları değerlendirmekle yükümlüdür, uygulamaları takip etmek,
* Belirli periyotlarla (Üç ayda bir) toplantı yaparak bu çalışmaları değerlendirmekle yükümlüdür.

**TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr.İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | Afet ve acil durum yönetim sorumlusu |
| Üye | Doç. Dr. Taner ARABACI | Tıbbi cihaz yönetim sorumlusu |
| Üye | Mustafa GÜNDOĞDU | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Bahattin TAYAN | İç Hizmetler Şefi |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | SBHS |
| Üye | Muhammet YAĞAN | Ayniyat Saymanı |
| Üye | Şahin DÜZGÜN | Tekniker |

**Görevleri:**

* Bina turlarından elde edilen verileri değerlendirmek,
* Fakülte alt yapı güvenliğini sağlamak,
* Kurumda can ve mal güvenliğini sağlamak,
* Acil durum ve afet yönetimi çalışmalarını yapmak,
* Atık yönetimi çalışmalarını yapmak,
* Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarını yapmak,
* Tehlikeli maddelerin yönetimini yapmak,
* Belirli periyotlarla (Üç ayda bir) toplantı yaparak bu çalışmaları değerlendirmek ve gerektiğinde (tesis güvenliği konusunda aksaklık tespit edildiğinde) düzeltici – önleyici faaliyet başlatmakla yükümlüdür.

**ANABİLİMDALLARI BÖLÜM KALİTE SORUMLULARI:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| AĞIZ DİŞ ÇENE CERRAHİSİ ANABİLİMDALI | SONGÜL DİRİCAN | HEMŞİRE |
| AĞIZ DİŞ ÇENE RADYOLOJİ ANABİLİMDALI | HİLAL BİLGE | DİŞ HEKİMİ |
| PEDODONTİ ANABİLİM DALI | DERYA ATMACA | HEMŞİRE |
| RESTORATİF DİŞ TEDAVİ ANABİLİMDALI | GÜLŞAH MAZLUMOĞLU | HEMŞİRE |
| ENDODONTİ ANABİLİMDALI | DENİZ UÇAR | HEMŞİRE |
| PERİODONTOLOJİ ANABİLİMDALI | YASEMİN TÜMTÜRK | HEMŞİRE |
| ORTODONTİ ANABİLİMDALI | FÜSUN ÇELİK | HEMŞİRE |
| PROTETİK DİŞ TEDAVİSİ ANABİLİMDALI | KEVSER YURTTANÇIKMAZ | HEMŞİRE |

**KOMİTE TOPLANTILARININ YÖNETİMİ:**

İlgili komite üyeleri toplantı öncesi yazılı olarak bilgilendirilir. Toplantının başkanı ve katılımcılar, toplantı süresi ve gündemi, toplantının yapılacağı yer ve toplantı süresi katılımcılara yazılı olarak tebliğ edilir. Toplantı sonrası görüşülen konular ve alınan kararlar kayıt altına alınır.

ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ EKİBİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr.İsmail CEYLAN | Dekan |
| ÜYE | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Bahattin TAYAN | İç Hizmetler Şefi |
| Üye | Prof.Dr.Mustafa ERAT | İSG Uzmanı |
| Üye | Adnan KILINÇ | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | Sağlık Bakım Hizmetleri S. |
| Üye | Bülent GÖKHAN | Teknisyen |
| Üye | Derya ATMACA | Hemşire |
| Üye | Recai ODABAŞI | Sivil Savunma Uzmanı |
| Üye | Kevser YURTTANÇIKMAZ | Hemşire |

1. **KATILIMCILAR:**

Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi: Dekan (ekip başkanı),Fakülte sekreteri, cerrahi kliniği öğretim üyesi, Sağlık Bakım Hizmetleri sorumlusu, Sivil Savunma Uzmanı (ekip sekretaryası), Mühendis, Enfeksiyon Kontrol Hekimi, Kalite Yönetim Birimi, KBRN Sorumlusu, Teknik Servis Sorumluları, Atık Yönetim Birimi Sorumlusunun katılımı ile oluşur.

Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibine ve Hastanedeki ilgili kişilere asgari aşağıdaki konu başlıklarına yönelik eğitimler verilmelidir.

* Temel afet bilinci
* Yangın söndürücüleri ve hortumlarının kullanımı (uygulamalı)
* YOTA
* UMKE
* KBRN (Kimyasal, Biyolojik, Radyoaktif ve Nükleer Olaylar)
* Acil Durum ve Afet Triyajı
* Eğitimlerin verilmesinden; Eğitim Birimi ile koordineli olarak, Fakülte sekreteri ve Sivil Savunma Uzmanını sorumludur.

Acil durum yönetimine ilişkin risk değerlendirmesi yapılmalıdır. İdari ve Mali Hizmetler Müdürü8Fakülte sekreteri), Sivil Savunma Uzmanı, Mühendis, Enfeksiyon Kontrol Hekimi, Atık Yönetim Birim Sorumlusu ve Kalite Yönetim Birimi takip eder.

RİSK YÖNETİMİ KOMİTESİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr.İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | SBHS |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa ERAT | ISG Uzmanı |
| Üye | Dr.Haluk GÖKTUĞ | İş Yeri Hekimi |
| Üye | Bahattin TAYAN | İç Hizmetler Şefi |
| Üye | Kevser YURRTANÇIKMAZ | Hemşire |
| Uye | Bülent GÖKHAN | Teknisyen |
| Uye | Murat GERNİ | Çalışan Temsilcisi |

Görev tanımı,

**(1)**Risk değerlendirmesi, işverenin oluşturduğu bir ekip tarafından gerçekleştirilir. Risk değerlendirmesi ekibi aşağıdakilerden oluşur.

1. İşveren veya işveren vekili.

İşyerinde **sağlık ve güvenlik hizmetini yürüten iş güvenliği uzmanları ile işyeri hekimleri.**

**c)İşyerindeki çalışan temsilcisi**

**d)işyerindeki teknik destek çalışanı**

**e)İşyerindeki bütün birimleri temsil edecek şekilde belirlenen ve işyerinde yürütülen çalışmalar, mevcut veya muhtemel tehlike kaynakları ile riskler konusunda bilgi sahibi çalışanlar.**

**(2)İşveren, ihtiyaç duyulduğunda bu ekibe destek olmak üzere işyeri dışındaki kişi ve kuruluşlardan hizmet alabilir.**

**(3)Risk değerlendirmesi çalışmalarının koordinasyonu** işveren veya işveren tarafından ekip içinden görevlendirilen bir kişi tarafından da sağlanabilir.

**(4)**İşveren, risk değerlendirmesi çalışmalarında görevlendirilen kişi veya kişilerin görevlerini yerine getirmeleri amacıyla araç, gereç, mekân ve zaman gibi gerekli bütün ihtiyaçlarını karşılar, görevlerini yürütmeleri sebebiyle hak ve yetkilerini kısıtlayamaz.

**(5)**Risk değerlendirmesi çalışmalarında görevlendirilen kişi veya kişiler işveren tarafından sağlanan bilgi ve belgeleri korur ve gizli tutar.

**Risk analizi ve risk değerlendirmesi çalışmaları yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınacaktır.**

1. Rutin veya rutin olmayan faaliyetler,
2. İşyerine erişebilme imkanına sahip personelin faaliyetleri (taşeronlar ve ziyaretçiler dahil),
3. İnsan davranışları, kabiliyetleri ve diğer insan faktörleri,
4. İşyerinin dışından kaynaklanan ve işyerinde kuruluşun kontrol¸ altındaki insanların sağlığını ve güvenliğini olumsuz yönde etkileme kabiliyetine sahip olan belirlenmiş tehlikeler,
5. İşyerinin civarında kuruluşun kontrol¸ altındaki işle ilgili faaliyetlerden kaynaklanan tehlikeler,
6. Kuruluş tarafından veya başkaları tarafından temin edilmiş olan işyerindeki altyapı, teçhizat ve malzemeler,
7. Kuruluş, kuruluşun faaliyetleri veya malzemeleri ¸zerinde yapılan veya yapılması teklif edilen değişiklikler,
8. Risk değerlendirmesi ve gerekli kontrollerin uygulanması ile ilgili uygulanabilir yasal yükümlüler,
9. İş alanlarının, proseslerin, tesislerin, makine/teçhizatın, işletme prosedürlerinin ve iş organizasyonlarının   
   tasarımı ve bunların insan kabiliyetlerine uyarlanması

**TIBBİ CİHAZ SORUMLULARI;**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Ekip Sorumlusu | Doç. Dr. | Taner ARABACI |
| Teknik Servis Sorumlusu | Tekniker | Şahin DÜZGÜN |
| Satın alma | Memur | Ahmet YAZLA |
| Üye | Teknisyen | Bülent GÖKHAN |
| Tıbbi Cihaz Yönetimi | Tekniker | Şahin DÜZGÜN |

**Görevleri:**

* Tesis güvenliği komitesi altında çalışır.
* Tıbbi cihazların bölüm bazında envanterini tutar.
* Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan hazırlar,
* Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonlarını yaptırılmasını sağlar

**FAKÜLTEMİZDE HKS KAPSAMINDA OLUŞTURULAN KOMİTELERİN**

**TOPLANTI PERİYODLARI:**

|  |  |
| --- | --- |
| KALİTE BİRİMİ | ( ALTI AYDA BİR TOPLANIR ) |
| BÖLÜM KALİTE SORUMLULARI | ( AYDA BİR TOPLANIR ) |
| HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ | ( 3 AYDA BİR TOPLANIR ) |
| ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ  **ANABİLİMDALLARI BÖLÜM KALİTE SORUMLULARI** | ( 3 AYDA BİR TOPLANIR )  (AYDA BİR TOPLANIR) |
| EĞİTİM KOMİTESİ | ( ÜÇ AYDA BİR TOPLANIR ) |
| TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ  ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ | ( ÜÇ AYDA BİR TOPLANIR )  ( ÜÇ AYDA BİR TOPLANIR ) |
| DİLEK-ÖNERİ DEĞERLENDİRME EKİPLERİ | ( AYDA 1 DEFA TOPLANIR ) |
| BİNA TURU EKİBİ | ( ÜÇ AYDA BİR TOPLANIR ) |
| BİLGİ GÜVENLİĞİ EKİBİ | (YILDA 2 DEFA TOPLANIR ) |
| ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ  MAVİ KOD EKİBİ  KIRMIZI KOD EKİBİ | (YILDA 2 DEFA TOPLANIR)  ( ÜÇ AYDA BİR TOPLANIR )  (4 AYDA BİR) |
| ACİL DURUM VE AFET YÖNETİM EKİBİ | ( DÖRT AYDA BİR TOPLANIR ) |
| RİSK YÖNETİMİ KOMİTESİ | ( DÖRT AYDA BİR TOPLANIR ) |
| HASTA BAKIM KOMİTESİ | DÖRT AYDA BİR TOPLANIR ) |
|  |  |
|  |  |

ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| BAŞKAN | Prof.Dr. İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü/Dekan Yrd. |
| Üye | Prof.Dr. Hakan USLU | Mikrobiyoloji Ana Bilim Dalı Öğretim Üyesi |
| Üye | Zeynep BAYRAMOĞLU | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Doğan DURNA | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Merve İŞCAN YAPAR | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Esra KUL | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | Hemşire |

GÖREVLERİ:

**Yataklı Tedavi Kurumları Enfeksiyon Kontrol Yönetmeliği**

**Enfeksiyon kontrol komitesinin görev, yetki ve sorumlulukları**

**Madde 7 —** Enfeksiyon kontrol komitesinin görev, yetki ve sorumlulukları şunlardır:

a) Bilimsel esaslar çerçevesinde, yataklı tedavi kurumunun özelliklerine ve şartlarına uygun bir enfeksiyon kontrol programı belirleyerek uygulamak, Yönetime ve ilgili bölümlere bu konuda öneriler sunmak,

b) Güncel ulusal ve uluslararası kılavuzları dikkate alarak yataklı tedavi kurumunda uygulanması gereken enfeksiyon kontrol standartlarını yazılı hale getirmek, bunları gerektikçe güncellemek,

c) Yataklı tedavi kurumunda çalışan personele, bu standartları uygulayabilmeleri için devamlı hizmet içi eğitim verilmesini sağlamak ve uygulamaları denetlemek,

d) Yataklı tedavi kurumunun ihtiyaçlarına ve şartlarına uygun bir sürveyans programı geliştirmek ve çalışmalarının sürekliliğini sağlamak,

e) 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,

f) 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,

g) 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,

h) Sürveyans verilerini ve eczaneden alınan antibiyotik tüketim verilerini dikkate alarak, antibiyotik kullanım politikalarını belirlemek, uygulanmasını izlemek ve yönlendirmek,

ı) Sterilizasyon, antisepsi ve dezenfeksiyon işlemlerinin ilkelerini ve dezenfektanların seçimi ile ilgili standartları belirlemek, standartlara uygun kullanımını denetlemek,

i) Üç ayda bir olmak üzere, hastane enfeksiyonu hızları, etkenleri ve direnç paternlerini içeren sürveyans raporunu hazırlamak ve ilgili bölümlere iletilmek üzere Yönetime bildirmek,

j) Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından hazırlanan yıllık faaliyet değerlendirme sonuçlarını Yönetime sunmak,

k) Enfeksiyon kontrol ekibi tarafından iletilen sorunlar ve çözüm önerileri konusunda karar almak ve Yönetime iletmek

Enfeksiyon kontrol komitesi, görev alanı ile ilgili olarak, gerekli gördüğü durumlarda çalışma grupları oluşturabilir.

**Faaliyet alanları**

**Madde 8 —** Enfeksiyon kontrol komitesinin faaliyet alanları şunlardır:

a) Sürveyans ve kayıt,

b) Antibiyotik kullanımının kontrolü,

c) Dezenfeksiyon, antisepsi, sterilizasyon,

d) Sağlık çalışanlarının meslek enfeksiyonları,

e) Hastane temizliği, çamaşırhane, mutfak, atık yönetimi gibi destek hizmetlerinin hastane enfeksiyonları yönünden kontrolü.

**Enfeksiyon kontrol komitesinin kararları**

**Madde 9 —** Enfeksiyon kontrol komitesince alınan kararlar uygulanmak üzere Yönetime iletilir. Bu kararlar, Yönetim ve yataklı tedavi kurumunun bütün personeli için bağlayıcıdır. Bu kararlara uyulmaması halinde doğacak sonuçlardan ilgililer sorumludur.

**GENEL UYUM EĞİTİM SORUMLUSU/EĞİTİM KOORDİNATÖRÜ:**

Hemşire Nezihat GÜNEŞ

**Görevleri:**

* Hastanenin fiziki yapısı,
* Hizmet sunulan bölümler,
* Yönetsel yapı ve yöneticiler,
* Çalışma koşulları,
* İzinler,
* Hastaneye ulaşım,
* Hastane iletişim bilgileri

Konularında hastanede çalışmaya yeni başlayan personele kurumun tanıtılması amacıyla eğitim planlar ve uygular.

**BÖLÜM UYUM EĞİTİM SORUMLULARI:**

|  |  |
| --- | --- |
| Diş Hekimleri Eğt. Sorumlusu | Doç.Dr. Nurcan ÖZAKAR İLDAY /Dr.Öğr.Üyesi Hatice ÖZDEMİR |
| İdari Hizmetler | Dursun GÖR |
| Röntgen/radyoloji tekns. | Ahmet KAYA |
| Hemşireler Eğt. Sorumlusu | Nezihat GÜNEŞ |
| Diş Protez Tekns.Eğt. Sorumlusu | Samih ESRİNGÜ |
| Temizlik Hizmetleri | Bahattin TAYAN |
| Güvenlik Hizmetleri | Dursun GÖR |
| Bilgi İşlem | Tümer Çiftçi |

**Görevleri:**

* Bölüm yönetici ve çalışanları,
* Bölümün faaliyetleri ve işleyişi,
* Bölümün fiziki yapısı,
* Çalışanların mesleki kategorilerine göre görev, yetki ve sorumlulukları,
* Bölüm ile ilgili yazılı düzenlemeler,
* Bölüm ile ilgili Hizmet Kalite Standartları,
* Hastane bilgi yönetim sisteminde çalışan tarafından çalışacağı bölüm ile ilgili modülün anlatılması konularında bölümde çalışmaya yeni başlayan çalışanlara bölümün tanıtılması amacıyla eğitim planlar ve uygular.

**MAVİ KOD EKİBİ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Ekip Başkanı | Prof.Dr. İsmail CEYLAN |
| Sorumlu- | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU |
| Sorumlu- | Dr.Öğr. Üyesi Adnan KILINÇ |
| Ekip Üyesi- | Dr.Öğr. Üyesi Ertan YALÇIN |
| Ekip Üyesi- | A.T.T Murat CEREN |
| Ekip Üyesi- | Abdullah Nihat TORTUMLUOĞLU |
| Ekip Üyesi | Songül DİRİCAN |
| Ekip Üyesi | Melek ŞENGÜL |
| Ekip Üyesi | Nezihat GÜNEŞ |

**Görevleri: Mavi Kod; Hasta veya hastanemizde bulunan kişilerde, temel yaşam fonksiyonlarının risk altında olması veya durması halinde bireylere gerekli müdahalelerin (CPR) en kısa sürede, doğru ve güvenli yapılabilmesi için uygulanan bir alarm sistemidir.**

**Hasta veya hastanemizde bulunan kişilerde**

* **Bilincin kaybolması veya bozulması,**
* **Solunumun durması veya ani-ileri derecede zayıflaması,**
* **Dolaşımın durması, tansiyon ve nabzın alınamaması veya şok halinin oluşması halinde Mavi Kod çağrısının yapılması gerekir.**
* **Mavi kod çağrısı sonrası Mavi Kod ekibinin olay yerine en kısa sürede ulaşması esastır.**

**BEYAZ KOD EKİBİ:**

|  |  |
| --- | --- |
| Başkan- | Prof.Dr. İsmail CEYLAN |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU |
| Üye | Dursun GÖR |
| Üye - | Dr. Öğr. Üyesi Alper ÖZDOĞAN |
| Üye | Kevser YURTTANÇIKMAZ |
| Üye - | Mustafa KOCA |
| Üye - | Mikail AĞSAKALLİ |

**Görevleri:**

Mesai saatleri içinde ve dışında hastane içerisinde ve çevresinde oluşabilecek olası bir saldırı ya da taciz olaylarına karşı güvenliği sağlamakla ve gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetleri başlatmakla yükümlüdürler.

**HASTA VE YAKINLARI GÖRÜŞLERİ DEĞERLENDİRME EKİBİ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr. İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | Kalite Y./SBHS |
| Üye | Kevser YURTTANÇIKMAZ | Hemşire |
| Üye | Füsun ÇELİK | Hemşire |
| Üye | Tuncay GÜNEŞ | Hasta hakları Birimi |

**ÇALIŞAN GÖRÜŞLERİ DEĞERLENDİRME EKİBİ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr. İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Zafer YILDIZ | Yazı İşleri |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | SBHS |
| Üye | Deniz UÇAR | Hemşire |
| Üye | DERYA ATMACA | Hemşire |
| Üye | GÜLŞAH MAZLUMOĞLU | Hemşire |

**Görevleri:**

* Hasta ve yakınları ile çalışan görüşleri değerlendirme ekip üyeleri fakültemizden hizmet alan hastaların ve çalışanların öneri ve taleplerini değerlendirir,
* Görüşler her ay değerlendirilir,
* Gerektiğinde iyileştirme faaliyeti başlatılır,
* İlgili formlarda iletişim bilgileri bulunan hasta / yakınına ve çalışanlara geri bildirimde bulunulur,

Formlarda iletişim bilgileri bulunsa da bulunmasa da dilek öneri kutularına bırakılan tüm formlar değerlendirmeye alınır ve gerekli faaliyetler yapılır.

**PEMBE KOD EKİBİ:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr. İsmail CEYLAN | Dekan Yrd. |
| Üye | Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | Sağlık Bakım Hizmetleri S. |
| Üye | Dr.Öğr. Üyesi Fatih ŞENGÜL | Pedodonti ABD |
| Üye | Derya ATMACA | Pedodonti Hemşiresi |
| Üye | Mikail AĞSAKALLI | Güvenlik görevlisi |
| Üye | Hakan ÇÖLKESEN | Personel |
| Üye | Tümer ÇİFTÇİ | Bilgi işlem |

**Görev Tanımı:**

**Pembe Kod:** Hastanede tedavi için bulunan çocuk hastayı kaçırma girişiminin veya kaçırma durumunun tespit edilmesi halinde uygulanan acil durum yönetim aracıdır.

Uygulamadan mesai saatleri içinde pembe kod ekibi sorumludur.

Çalışanlar tarafından pembe kod için 3333 nolu telefon aranarak, pembe kod alarmı yapılır.

Pembe kod alarmı güvenlik ekibi tarafından duyulur duyulmaz, tüm hastane kapıları giriş çıkış için kapatılır. Pembe kod yönetim ekibine haber verlir. Sorumlular olay yerine intikal eder ve durumu analiz ederek gerekli önlemleri alır. Olay çözülene kadar kapılar açılmaz.

 Daha sonra Emniyet Müdürlüğü 155 numaralı polis ihbar hattı aranarak irtibata geçilir.

 Sonrasında pembe kod bildirim formu sorumlular tarafından doldurularak kalite yönetim birimine bildirilir.

 Pembe kod uygulamasına yönelik yılda iki kez tatbikat yapılır. Çalışanlara pembe kod uygulamasına yönelik eğitim verilerek kayıt altına alınır.

|  |
| --- |
|  |

KIRMIZI KOD EKİBİ

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| |  |  |  | | --- | --- | --- | |  | **GÖREVİ/ÜNVANI** | **ADI SOYADI** | |  | **Dekan Y.** | **Prof.Dr. İsmail CEYLAN** | |  | **Kalite Yönetim Direktörü** | **Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU** | |  | **Fakülte Sekreteri** | **Dursun GÖR** | |  | **Sağlık Bakım Hizmetleri S.** | **Nezihat GÜNEŞ** | |  | **İç Hizmetler Şefi** | **Bahattin TAYAN** | |  | **Sivil Savunma Uzmanı** | **Recai ODABAŞI** | |  | **Teknik Servis Bölüm** | **Bülent GÖKHAN** | |  | **Ayniyat SAYMANI** | **Muhammed YAĞAN** | |

**Çalışma Usul ve Esasları:**

Ekip üyeleri HKS çerçevesinde, Kalite Yönetim Birimi ile koordine olarak çalışmalarını yürütür.

Ekip her 4 ayda ve gerektiğinde toplanarak yapılan çağrıları ve vaka bildirimlerini görüşür.

Gerektiğinde hastane yöneticileri ve diğer hastane çalışanları toplantıya davet edilebilir.

Toplantılar gerçekleştirilir. Toplantı Tutanak Formu ile toplantı kararları kayıt altına alınır.

Kararın bir örneği Kalite Yönetim Birimine ve üst yönetime gönderilir.

**Ekibin toplanma süresi:** 6 ayda bir

İLAÇ YÖNETİM BİRİM SORUMLULARI

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr. İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Adnan KILINÇ | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Didem Özkal EMİNOĞLU | Doktora Öğretim Üyesi |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | SBHS |
| Üye | Arzu CERRAH | Hemşire |
| Üye | Emel ÖZER | Hemşire |
| Üye | Yasemin TÜMTÜRK | Hemşire |
| Üye | Abdurrahim ADIGÜZEL | Depo Memur |

**EKİBİN GÖREVLERİ**

1. İlaç temini için gerekli listeleri oluşturularak Satın alma Birimine sunulur.
2. İlacın depolanma ve saklanma koşullarına uygun saklanmasını sağlar.
3. İlacın doğru kullanımı konusunda çalışmalar yapar.
4. İlacın uygulanmasından sonra çıkacak sorunlara yönelik çözümler üretir.
5. İlacın dâhil olduğu bütün süreçlere yönelik gerekli formulasyonları hazırlar ve günceller.
6. Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin uygulanması takip eder.
7. Akılcı antibiyotik ilkelerini belirler ve takip eder.

**HASTA BAKIMI**

Ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı ve tedaviye ilişkin süreçleri ile ilgili tüm meslek gruplarına ait hizmet süreçlerini içerir. Süreçlere yönelik doküman oluşturma ve konuları belirlemek ve gerekli değişiklikleri yapmak. Üst yönetimin takibinde kalite yönetim birimi yapabilir.

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof. Dr.Abdulvahit ERDEM | DEKAN |
| Başkan Yrd. | Prof.Dr. İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Prof.Dr. Ümit ERTAŞ | Öğretim Üyesi |
| Üye | Prof.Dr. Nuran YANIKOĞLU | Öğretim Üyesi |
| Üye | Prof.Dr. Recep ORBAK | Öğretim Üyesi |
| Üye | Prof.Dr. Yusuf Ziya BAYINDIR | Öğretim Üyesi |
| Üye | Prof.Dr.Saadettin DAĞİSTAN | Öğretim Üyesi |
| Üye | Prof..Dr. İsmail CEYLAN | Öğretim Üyesi |
| Üye | Prof..Dr.Mustafa KÖSEOĞLU | Öğretim Üyesi |

Ayaktan hastaların klinik durumlarını gösteren ve diş hekimi tarafından tespit edilen bilgi ve bulgular, planlanan tedavi ile varsa koruyucu tedaviye yönelik plan kurum tarafından belirlenen format ve içerikte kayıt altına alınmalı ve geriye dönük erişilebilir olmalıdır.

Komite düzenli olarak dört ayda bir toplanarak gerekli değerlendirmeleri yapmalıdır.

RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **Adı:** | **Görevi:\*** | **Eğitimi:** | **Telefon No:** |
| Prof..Dr. İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |  | 2361900 |
| Dursun GÖR | Fakülte Sekreteri |  | 2361900 |
| Prof. Dr. Saadettin DAĞISTANLI | Anabilim dalı başkanı |  | 1798 |
| Doç. Dr. M.Akif SÜMBÜLLÜ | Öğretim Üyesi |  | 1778 |
| Ahmet KAYA | Röntgen Teknisyeni |  | 05422928271 |

Radyasyon kaynaklarının bulundurulduğu ve kullanıldığı kurum/kuruluşlarda radyasyon kaynağının cinsine ve çalışma koşullarına özgü radyasyondan korunma eğitimi almış ve aşağıdaki görevleri yürütecek nitelikte en az bir radyasyondan korunma sorumlusu bulundurulması zorunludur.

• Radyasyondan korunma programı doğrultusunda çalışanları ve işe yeni başlayanları bilgilendirmek, programın uygulanmasını sağlamak,

• Radyasyon ölçümleri için uygun cihazların bulundurulmasını, kullanılmasını ve kalibrasyonlarının yapılmasını sağlamak, çalışma alanları için ölçüm programlarını gerçekleştirmek,

• çalışanların kişisel dozimetrelerinin düzenli olarak kullanıldığını ve işe başlamadan önce ve çalıştığı süre boyunca yılda en az bir kez tıbbi muayenelerinin yaptırılmasını takip etmek,

•  Radyasyon görevlileri ve halk için radyasyondan korunmaya yönelik önlemleri almak,

•  Lisans sahibi ve radyasyondan korunma danışmanına yılda en az bir kere radyasyondan korunma programının uygulanmasına ilişkin durum değerlendirme raporu vermek,

•  Kapalı radyoaktif kaynakların emniyeti ve güvenliğine ilişkin tedbirleri almak,

•  Kapalı radyoaktif kaynakların sızıntı testini yapmak veya yaptırmak.

•  Açık radyoaktif kaynaklarla çalışılan alanlarda radyoaktif bulaşmayı kontrol etmek ve önleyici tedbirleri almak,

•  Radyoaktif maddelerin kuruluş içinde ve dışında güvenli taşınmasını sağlamak,

•  Radyasyon alanlarına uygun uyarı etiketleri, çalışma talimatları ve kaza durumu müdahale planını kolayca görülecek yerlere asmak,

• Radyoaktif kaynaklarının temininden bertarafına kadar tüm aşamalarda radyasyon güvenliğini ve emniyetini sağlamak.

• Radyoaktif atıkların güvenli bertarafına ilişkin işlemleri, belirlenen talimatlar çerçevesinde gerçekleştirmek,

• Kullanımından vazgeçilen ve bir daha kullanılması düşünülmeyen kapalı radyoaktif kaynakların mahrecine veya radyoaktif atık işleme tesislerine gönderilmesi işlemlerini mevzuata uygun şekilde gerçekleştirmek,

•  Radyasyonla çalışanların ve harici görevlilerin radyasyondan korunma konusunda eğitiminde görev almak,

•  Gerekiyorsa çevre ölçüm programlarını yürütmek,

•  Kurum tarafından istenen kayıtları tutmak.

Komite yılda iki kez toplanmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Prof. Dr.Abdulvahit ERDEM | DEKAN | 1900 |
| Prof.Dr. İsmail CEYLAN | D.YRD. | 1900 |
| Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | D.YRD. | 1900 |
| Dursun GÖR | FAKÜLTE S. | 1750 |
| Bahattin TAYAN | İÇ HİZMETLER Ş. | 1776 |
| Nezihat GÜNEŞ | KALİTE YB | 1769 |
| Ahmet KAYA | SAĞLIK TEKN. | 1753 |
| Samih ESRİNGÜ | DİŞ TEKN. | 2175 |

ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ GÖREV TANIMI

* + Hizmet Kalite Standartları gereğince her dönem (6 aylık dönem) bir kere olacak şekilde yılda iki kez planlanır.
  + Planlanan tarihten iki hafta öncesi Hastane idaresi ve Kalite Yönetim Birimi tarafından öz değerlendirme ekibinde görev alacak çalışanlar ve değerlendirme yapılacak alanlar belirlenir.
  + Belirlenen çalışanlara öz değerlendirme ekibinde görevlendirildiklerine dair görevlendirme yazıları Dekanın onayı ile yazılır.
  + Değerlendirme alanlarına yönelik standartlar düzenlenir.
  + Öz değerlendirmeden bir hafta öncesi tüm ekip Kalite Yönetim Birimi tarafından hizmet içi eğitime alınır.

Hizmet İçi Eğitim Konuları:

* + - Program hakkında bilgilendirme,
    - Değerlendirme sırasındaki davranışlar,
    - Dokümanların doldurulması,
    - Hizmet Kalite Standartları,
    - Raporlama ve iş takibi.
  + Görevlendirilen Öz Değerlendirme Ekipleri gidecekleri bölümlerin sorumluları ile iletişime geçerek randevularını alır.
  + Randevu saatinde ekip üyeleri değerlendirilecek birimde hazır bulunur.
  + Seçilen bir sözcü tarafından birim çalışanlarına Öz Değerlendirmenin amacı açıklanır.
  + İş akışını bozmayacak şekilde tüm birim Hizmet Kalite Standartları doğrultusunda değerlendirilir.
  + Değerlendirme bitiminde çalışanlara teşekkür edilerek, öz değerlendirme raporu ekip tarafından ortak kararla yazılır ve Kalite Yönetim Birimine Teslim edilir(ASLI).
  + Birimde görülen uygunsuzluklar için Takip Denetim Tarihi verilmesine, Düzeltici veya Önleyici Faaliyet açılıp açılmamasına ekip tarafından karar verilir.
  + Açılan Düzeltici veya Önleyici Faaliyet birim içersinde iyileştirilecekse takip sorumlusu öz değerlendirme ekibinden olur, birim içinde iyileştirilemeyecek başka bir birim iyileştirme yapacaksa takip sorumlusu birim sorumlusu olur. Öz değerlendirme ekibi sorunun takip edilip edilmediğini takip eder.
  + Açılan DÖF için Kalite Yönetim Biriminden kayıt numarası alınır ve Kalite Yönetim Direktörü tarafından imzalanır.
  + Öz Değerlendirme Ekibi tarafından Düzeltici veya Önleyici İstek Formları ilgili birime teslim edilir.(Bir kopyası da Kalite Yönetim Birimine teslim edilir).

**Hasta hakları birimi**

Ayaktan hizmet alan hastalar için polikliniklerde sunulan tanı ve tedaviye ilişkin süreçleri dâhilinde tüm meslek grupları ile hastalar arasında yaşanan problemlere ilişkin hizmet süreçlerini içerir.

Sorumlu : Nezihat GÜNEŞ

Sorumlu : Tuncay GÜNEŞ

BİNA TURU EKİBİ

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| Başkan | Prof.Dr. İsmail CEYLAN | Dekan Yardımcısı |
| Üye | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | Dekan Yardımcısı/ Kalite Yönetim Direktörü |
| Üye | Dursun GÖR (Fak. Sekreteri) | Fakülte Sekreteri |
| Üye | Dr. Öğr. Üyesi Mustafa GÜNDOĞDU | Diş Hekimi |
| Üye | Bahattin TAYAN | İç Hizmetler Şefi |
| Üye | Şahin DÜZGÜN | Tekniker |
| Üye | Nezihat GÜNEŞ | Hemşirelik Hizmetleri Sorumlusu |

**Görevleri:**

* Bina turu ekip üyeleri fakültemizde genel işleyiş, aksaklıkların tespiti ve diğer hususlara dair yerinde denetimin yapılması ve kayıtlarının tutulmasıyla yükümlüdür,
* Bina turu ekibi üç ayda bir bina turu yapar ve sonuçlarını kayıt altına alır,
* Bina turu sonucunda tespit edilen aksaklıklar Tesis Güvenliği Komitesi toplantılarında değerlendirilir,
* Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatır.

**KLİNİK KALİTE GELİŞTİRME KOMİTESİ**

**KOMİTEDE YER ALAN KİŞİLER:**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **NO** | **GÖREVİ/ÜNVANI** | **ADI SOYADI** |
| 1 | Tıbbi hizmetler Yöneticisi | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU |
| 2 | İdari Hizmetler Yöneticisi | Dursun GÖR |
| 3 | Sağlık Bakım Hizmetleri | Nezihat GÜNEŞ |
| 4 | Kalite Yön. Direktörü | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU |
| 5 | USS Sorumlusu | Osman AKKOYUN-Tümer ÇİFTÇİ |
| 6 | Periodontoloji ABD Öğr.Üyesi | Dr.Öğr. Üyesi Didem ÖZKAL |
| 7 | Ağız Diş Çene CerrahisiABD Öğr.Üyesi | Dr.Öğr. Üyesi Adnan KILINÇ |

GÖREVLERİ

1. Sağlık kuruluşunda gerçekleştirilen klinik kalite çalışmalarının Bakanlıkça yayımlanan “Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberleri” doğrultusunda gerçekleştirilmesini sağlamak.
2. Sağlık olgusu bazında izlenen tüm klinik kalite göstergeleri ile ilgili veri kalitesini değerlendirmek, veri kalitesi ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri belirlemek ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlamak,
3. Klinik kalite göstergeleri ile ilgili Bakanlık tarafından gönderilen geri bildirim raporlarını (Klinik Kalite Karar Destek Sistemi-K3DS) ve HBYS’den elde edilen sonuçları karşılaştırarak gösterge bazında analizler yapmak.
4. Gösterge bazında hedeflere ulaşma düzeyini değerlendirmek, hedefe ulaşmak için gerekli faaliyetleri planlamak.
5. Gösterge bazında belirlenen iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilmesini sağlamak.
6. Kuruluşta izlenen her sağlık olgusu ile ilgili sonuçlar, yapılan çalışmalar ve gerçekleştirilmesi gereken iyileştirme faaliyetleri hakkında Dörder aylık periyotlar da rapor oluşturmak.

**GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ BİLDİRİMLERİN RAPORLANMASI**

**KATILIMCILAR**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIRA NO** | **ADI SOYADI** | **ÇALIŞTIĞI BÖLÜM** | **ÜNVANI** | **İMZA** |
| 1 | Prof. Dr.Abdulvahit ERDEM | Yönetim | Dekan |  |
| 2 | Prof.Dr. İsmail CEYLAN | Yönetim | Dekan Yrd. |  |
| 3 | Prof.Dr. Mustafa KÖSEOĞLU | Yönetim | Dekan Yrd./ Kalite Direktörü |  |
| 4 | Dursun GÖR | Yönetim | Fakülte Sekreteri |  |
| 4 | Nezihat GÜNEŞ | Kalite Yönetim Birimi/hasta hakları birimi | Hemşire |  |
| 6. | Doç.Dr.Pınar GÜL | Tedavi birimi | Diş Hekimi |  |
| 7. | Ahmet KAYA | Röntgen birimi | S .Teknisyen |  |
| 8. | Samih ESRİNGÜ | Lab.Sorumlusu | Lap. tekn./çalışan güvenliği k. |  |
|  |  |  |  |  |

|  |
| --- |
| HBYS üzerinden Güvenlik Raporlama Sisteminin kurulmuş olduğu ve tüm HBYS kullanıcılarına Güvenlik Raporlama Sisteminin Bildirimi hakkında eğitim verildiği görüşülmüştür. |
| HBYS üzerinden yapılan bildirimlerin çıktısı alınmış olup değerlendirilmesi yapılmıştır. |
| Gelen bildirimlerin çoğunluğu sterilizasyonla ilgilidir. |
| Sterilizasyondaki problem malzeme-cihaz eksikliğinden kaynaklanmaktadır. Cihazların yenilenmesi, bakımlarının yapılması konuşulmuştur. |
| Çalışan güvenliğinden yapılan kesici delici yaralanmalar görüşülmüş olup kesici delici yaralanmanın yanı sıra güvenlik raporlama bildirim sistemine de bildirilmesi hususunda gerekli hassasiyetin gösterilmesi konuşulmuştur. |
| Güvenlik Raporlama Sistemi ekibinin her 3 ay da bir toplanıp bildirimlerin analizlerinin yapılacağı ve rapor edileceği hatırlatılmıştır |