HİSAR HOSPİTAL ÇAMLICA KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ

MİSYON

İnsanı ,hizmet anlayışının merkezine yerleştirerek dil,din,ırk ayırnı yapmadan ekonomik,kaliteli,koruyucu ve tedavi edici bir sağlık hizmeti sunmaktır.

VİZYON

Hizmet anlayışı ve değerlerinden ödün vermeden , gelişen tıbbi teknolojiyi yakından takip ederek; modern,etkin ve hastalanrı en üst düzeyde memnun edecek sağlık hizmeti vermektir.

HEDEFLER

1.Herkese eşit ve bütüncül yaklaşımla yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmak,

2.Sağlık sektöründe istihdam yaratmak,

3.Hasta memnuniyetimizi optimum düzeyde sürdürülebilir kılmak

4.Hizmet verdiğimiz tüm insanlara hastalıkta ve sağlıkta yüksek yaşam kalitesi sağlamak,

5.Sevgi ve saygının yoğun olduğu ve tüm çalışanların sunduğu hizmetten tatmin olduğu bir çalışma ortamı yaratmak,

6.Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon çalışmalarını takip etmektir.

DEĞERLER

1.Güvenlir çalışma alanı ve hizmet alanı

2.Hakkaniyetli bir sağlık hizmeti

3.Yeniliklere açıklık

4.Tıbbi etik kurallara bağlılık

5. Hasta ve çalışan haklarına saygılı

6.Takım ruhuna sahip bir çalışma ortamı

7.Verimli,etkili,etkin ve sürekli bir sağlık hizmeti sunumu

ORGANİZASYON ŞEMASI

KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ

Her yıl Ocak ayında hastane Kalite Direktörü tarafından 'Kalite Planı' oluşturularak , Genelmüdürün onayına sunulur.

DOKÜMAN YÖNETİM SİSTEMİ

Hisar Hospital ÇAMLICA 'da ;

* Uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi

* Uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi

* Kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla SKS rehberliğinde "Doküman Yönetim Sistemi" bulunmaktadır.

"Kalite Doküman Yönetim Sistemi Prosedürü"ne uygun şekilde yönetimi sağlanmakta olup hazırlanan/revize edilen dokümanların sahadaki tüm çalışanlar tarafından bilinmesini sağlamak amacıyla tüm kullanıcıların rahatlıkla ulaşabilmesi için ORTAK AĞ/KALİTE DİREKTÖRLÜĞÜ KLASÖRÜNDE yayınlanmaktadır.

"Doküman Yönetim Sistemi" için Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan "Doküman Yönetim Rehberi" dikkate alınmış ve sistem altyapısı ilgili rehber doğrultusunda,düzenlenmiştir

GÜVENLİK RAPORLAMA (OLAY BİLDİRİM) SİSTEMİ

* Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak,

* Bu olayları izlemek,

* Bildirimlerin sonucunda bu olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak

Sistemin etkin ve etkili kullanımı için yılda en az 1 defa tüm kurum çalışanlarına;

* Güvenlik Raporlama Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumlulukler

* Sistemin, çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik kurgulanmış yapısı

* Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amacının vurgulanması

*Güvenlik Raporlama Sisteminde hangi olayların bildirim kapsamında ele alınacağı

* Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik

* Örnek olaylar üzerinden, bildirim formlarını nasıl doldurulacağı

* Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi hususlarında eğitim verilmektedir.

GÖSTERGE YÖNETİM SİSTEMİ

Bölümlere ve ülke önceliklerí/ hastalık yükleri dikkate alınarak belirlenen sağlık olgulanına ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetlerin sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesini ve iyileştirilmesini sağlanmak amacıyla "Gösterge Yönetim Sistemi" bulunmaktadır.

Bir diğer amaç ise hastanelerimizde ölçüm sistematiği ve kültürünü geliştirmek ve uluslar arası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak,kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

Hastanelerimizde SKS Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler bölümlerinde yer alan göstergeler takipedilmekte olup hastanelerimizin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumluları ile belirlenmiş olan "Kurum Bazlı Göstergeler" de takip edilmektedir.

Bu sürecte göstergelere ilişkin veriler toplanır, özelliklerine göre belirlenmiş olan aralıklarda, veriler analiz edilir; yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanır ve uygulanır.

KURUL/KONSEY/KOMİTE SÜREÇLERİ

Sunulan hizmetlerin çağdaş ve bilimsel düzeyde yürütülmesi, medikal ve non-medikal hizmetlerde, etik kuralların yarı sıra hastane işletim sisteminin etkinliği, verimliliği, ulusal ve uluslararası standartlar ile hasta/çalışan güvenliği hedeflerine uygunluğunun sağlanması ve sürdürülmesi adına "Kurul/Konsey/Komite Toplantıları" yapılmaktadır.

Her bir kurul/ konsey/ komite tarafından görev alanlarına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmakta ve gerekli eğitim faaliyetleri yürütülmektedir.

Her komitenin toplantı tutanağı kalite direktörü tarafından Genel Müdürlüğe sunulmakta ve gerekli alt yapı,süreç desteği sağlanmaktadır.

BİNA TURU SÜREÇLERİ

Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıkların tespit edilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması amacıyla en az 3 ayda bir "Bina Turu" yapılmaktadır.

"Bina Turu Talimatı"na uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Bu sürecte bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulur.

Oluşturulan ekip, hastanelerin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanelerde yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde binayı belirlenen tarihlerde dolaşarak raporlarını hazırlayarak genel müdürlüğe sunmaktadır.

Ekipte hastane genel müdürü bizzat eşlik etmektedir.

Düzenli yapılan Bina Turu ile hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir hizmet sunumu sağlanması amaçlanmaktadır.

ÖZ DEĞERLENDİRME SÜREÇLERİ

Hastanelerin Kalite Yönetim Direktörlerinin sorumluluğunda Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) esas alınarak kurum içinde "Öz Değerlendirme" faaliyeti gerçekleştirilmektedir.

Bu sürecte kalite ile ilgili çalışmaların ve sonuçlanın mevcut olan düzenlemelere uygun olup olmadığına, bu düzenlemelerin etkinliğine ve hedeflere uygunluğuna dair tarafsız ve nesnel kanıtların ortaya çıkarılması, varsayılan sorunsuzlukların iyileştirilmesinin ve tekrarının önlenmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Öz değerlendirme öncesi;

* Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenir.

* Öz değerlendirme takvimi hazırlanır.

* Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilir.

* Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsayacak şekilde planlanır.

Üst yönetim, öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilir ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır.

TATBİKAT SÜREÇLERİ

Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez "Bina Tahliye Tatbikatı" yapılmaktadır. Bina Tahliye Tatbikatı;

* Görüntü kayıtları tutulur.

* Raporu hazırlanır.

Acil durumda görev alacak çalışanlara acil durum ve afet planına yönelik eğitim verilmektedir.

"Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi"ne Acil Durum ve Afet Yönetimi eğitimleri verilir.

Hastanede karşılaşılacak solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik "Mavi Kod" uygulaması bulunmaktadır.

Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmaktadır. Mavi Kod Tatbikatı'nda; ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmaktadır.

Çalışanlara yılda en az bir kez mavi kod ile ilgili eğitim verilmektedir.

Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya ev/eminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla "Pembe Kod" uygulaması bulunmaktadır.

Pembe kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmaktadır. Çalışanlara yılda en az bir kez pembe kod ile ilgili eğitim verilmektedir.

Hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla "Beyaz Kod" uygulaması bulunmaktadır.

Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmaktadır.

Çalışanlara yılda en az bir kez beyaz kod ile ilgili eğitim verilmektedir.

HASTA GÖRÜŞ,ÖNERİ,ŞİKAYET VE MEMNUNİYET ÖLÇÜMLERİ

Ayakta ve yatarak tetkik ve tedavi amacıyla başvuran hasta, hasta yakınları ve ziyaretçilerin öneri ve şikayetlerini zamanında, doğru bir şekilde değerlendirerek sistemin daha iyiye doğru gelişimini sağlamak ve kaliteli sağlık hizmetini sürekli iyileşmesine katkı sağlamak amacıyla "Hasta Görüş, Öneri ve Şikayet Yönetim Sistemi" bulunmaktadır.

Verilen hizmetlerin hasta perspektifinden memnuniyet düzeyinin ve hizmete ilişkin durum tespitinin yapılmasını sağlamak amacıyla "Hasta Memnuniyet Anketi" uygulaması yapılmaktadır.

Hasta memnuniyet anketlerinin uygulanmasında web tabanlı ve manuel olmak üzere 2 (iki) yöntem kullanılmaktadır.

Ayrıca her gün en az 10 hasta taburculuk ve ayaktan hizmet alımı sonrasında aranarak memnuniyet ve görüşleri alınır. Hasta Hakları Sorumlusu hekim tarafından bizzat geri dönüşler sağlanır.

Sonuçlar, ' Hasta Memnuniyeti Komitesi' tarafından değerlendirilir.Üst yönetime ve kalite direktörlüğü ne raporlanır.

Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilir ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanır.

Değerlendirme sonucunda alınan iyileştirme kararı neticesinde "Düzeltici/Önleyici Faaliyet İstem Formu" doldurularak takibi yapılır.

ÇALIŞAN GÖRÜŞ, ÖNERİ, ŞİKAYET VE MEMNUNİYET ÖLÇÜMLERİ

Çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini zamanında, doğru bir şekilde değerlendirerek sistemin daha iyiye doğru gelişimini sağlamak amacıyla "Çalışan Görüş, Öneri ve Şikayet Yönetim Sistemi" bulunmaktadır.

Çalışanlar, görüş, öneri ve şikayetlerini telefon, elektronik posta, yüz yüze ve anket kanalları aracılığıyla iletebilmektedir.

Çalışan Memnuniyet Komitesinde tarafından toplanan bu veriler rapor haline getirilerek analiz edilmekte ve hastanelerin görüş, öneri ve şikayet oranları tespit edilmektedir.

Çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanma düzeyini ölçmek ve kalite geliştirme sürecine katkıda bulunmak amacıyla "Çalışan Memnuniyet Anketi" uygulaması yapılmaktadır.

Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilir ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanır.

Değerlendirme sonucunda alınan iyileştirme kararı neticesinde "Düzeltici/Önleyici Faaliyet Formu" doldurularak takibi yapılır.

KALİTE YÖNETİM BİRİMİ EĞİTİMLERİ

Sağlıkta Kalite Standartları merkezde tutularak,kişisel gelişim ve mesleki gelişime yönelik iç ve dış eğitimler her yılın başında planlanır.

Hasta ve yakınlarına yönelik farkındalık eğitimleri planlanır.

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI ÇALIŞMALARI

Kişisel verilerin güvenliği hususuna yüksek derecede hassasiyet gösterilmektedir.

Bu bilinçle, hasta mahremiyetine ve bu doğrultuda hastalara ait her türlü kişisel verinin mümkün olabilen en iyi şekilde ve özenle işlenerek muhafaza edilmesine büyük önem verilmektedir.

Bu sorumluluk, şirketin "Gizlilik Politikaları" ve ilgili prosedürlerinde açıklanan şekilde; "6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu" ve "29863 Sayılı Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik" doğrultusunda yerine getirmektedir.