

Revizyon No	Yapılan Revizyon	Rev. Sayfası	Revizyon Tarihi	Revizyonu Yapan
01	Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formunun içeriğinin değişmesi	3.sayfa	10.03.2011	Kalite Yönetim Direktörü Süleyman Yılmaz
02	4.1.1 Hasta Şikayetleri ve Hasta Memnuniyeti Anket Sonucu Oluşan Düzeltici/ Önleyici Faaliyetler bölümünün eklenmesi	4.sayfa	09.06.2012	Serap EKEN Kalite Asistanı
03	Olay Bildirim Formu'nun adının Hasta Güvenliği Güvenlik Raporlama Formu olarak değiştirilmesi	Tüm sayfalar	01.08.2014	KYD Süleyman YILMAZ
04	4.1.1 No'lu bölüme anket kutusunun açılması ve hasta hasta hakları komitesi ile ilgili bilgi eklenmesi.	4.sayfa	02.05.2012	Kalite Serap GÖKBAŞ
05	Yapılan faaliyetler bölümünün altına yapılan etkinliğin ölçülmesi bölümünün ilave edilmesi.	9.sayfa	09.06.2012	Kalite Serap EKEN
06	ISO 14001 VE OHSAS 18001Kapsamındaki uygunsuzlukların kayıtları.	3.sayfa	15.11.2012	KYD Süleyman YILMAZ
07	4.1. Bölümüne sağlık kalite standartlarına atıf yapılması 4.1.3.Sağlıkta Kalite Standartları Kapsamında Yapılan Öz değerlendirme Sonuçları kısmı eklenmesi 4.1. Güvenlik Raporlama kısmına çalışan güvenliği ile ilgili bilgiler eklenmesi 4.1.10 Tesis Güvenliği Kısmı eklenmesi 4.1.11 Çalışan güvenliği kısmının iş kazaları durumunda olarak değiştirilmesi 4.2, DÖF Açılması 4.3. Onaylanması 4.4.Planlanması 4.5. Sonlandırılması kısımlarında Kalite Programı ile ilgili atıfların yapılması ve program görüntülerinin eklenmesi	Tüm sayfalar	03.02.2017	Kalite Yönetim Direktörü
08	Dokümanın adı değiştirildi, kalite yönetim yapısı tanımlandı ve yeni uygulanmaya başlayan iyileştirme yöntemleri tanımlandı	8.sayfa	17.07.2019	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi
09	Kalite politikası revize edildi, Öz Değerlendirme (İç Tetkik) bilgisi eklendi. Birden fazla bölümü ilgilendiren durumlarda DÖF ya da PUKÖ; yüksek riskli hasta güvenliğini etkileyen durumlarda kök neden analizi ve iyileştirme rapor formu ile toplantılar yapılır.	4. ve 8. sayfa	16.04.2020	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi
10	Kalite Yönetim Yapısı Şeması oluşturularak prosedüre eklendi.	2. sayfa	01.06.2020	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi
11	Kalite Yönetim Yapısına iç tetkik ekibi eklendi. Kurul üyeleri hakkında bilgi eklendi. Risk analizi planının kontrolü hakkında bilgi eklendi. İyileştirme Faaliyetlerinin Belirlenmesi başlığına bilgi eklendi.	3. 4. 5. 8.sayfa	04.11.2020	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI		ONAY
KALİTE YÖNETİCİSİ		KALİTE YÖNETİCİSİ		BAŞHEKİM

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No : KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No :11 Revizyon Tar.: 04.11.2020 Sayfa No :2/9

1. AMAÇ ve KAPSAM

Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar tüm çalışanların kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanarak kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması, yönetmelik ve standartlar çerçevesinde kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu ile sunulan hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasını amaçlamaktır. Bu prosedür tüm Optimed çalışanlarını kapsar.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

DÖF	: Düzeltici ve Önleyici Faaliyet
PUKÖ	: Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al
KNA	: Kök Neden Analizi

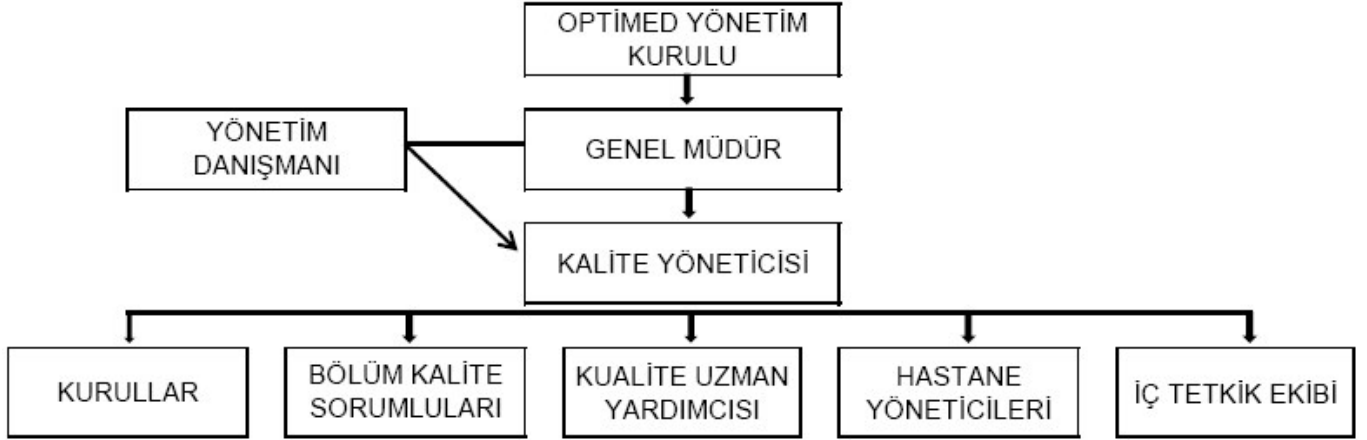
3. REFERANS DOKÜMANLAR

Kalite Planı
İş Takip Listesi
Yıllık Toplantı Planı Tablosu
Organizasyon Şeması ve Kurullar
Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Planı
Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Raporu
İç Tetkik ve Öz Değerlendirme Prosedürü
Gösterge Yönetimi Prosedürü
Kalite Hedefleri ve Stratejik Planı
Dış Kaynaklı (Tedarikçi) Hizmetler Prosedürü
Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyet Sistemi İşleyiş Prosedürü
İnsan Kaynakları İşleyiş Prosedürü
Motivasyon Prosedürü
Risk Yönetimi Prosedürü
Risk Analiz Planı
Doküman Yönetimi Prosedürü
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi İşleyiş Prosedürü
Kök Neden Analizi Ve İyileştirme Rapor Formu
Düzeltici ve Önleyici Talep Formu

4. UYGULAMA

Hastanede kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak üzere kalite politikası oluşturulmuştur. Kurumun misyon, vizyon ve değerler paralelinde hedefler belirlenmiştir. Yönetim ve Organizasyon İşleyiş Prosedürü'nde tanımlanmıştır. Uygulamaların sahaya yansımaları için Kalite Yönetim Yapısı Şeması oluşturulmuş ve bu kapsamda her bölümün sorumlusu, aynı zamanda bölümün kalite sorumlusu olarak tanımlanmıştır.

Kalite Yönetim Yapısı, aşağıdaki gibi web sayfasında da (<https://optimedhastanesi.com/>) bulunmaktadır.



Kurumun misyon, vizyon, değerleri ve kalite politikası aşağıdaki gibi tanımlanmıştır;

Misyonumuz:

Sağlık sektöründeki bilimsel ve teknolojik gelişmeleri yakından takip ederek, bu gelişmeleri hastalarımızın sağlıklı kalabilmeleri ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla;

- Hastalarımızın güvenini kazanarak sağlık sorunlarına en kısa sürede, doğru ve güncel çözümler üretmek,
- Etik değerlere sahip çıkarak, hasta güvenliği ve memnuniyetini önemseyen, kendilerini mesleklerine adanmış hekimler ve sağlık profesyonelleri ile hizmet vermek,
- Son olarak hastalar ve çalışanlar tarafından daima tercih edilen bir kurum olmak için varız.

Vizyonumuz:

Optimed; sunduğu sağlık hizmetleriyle hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini sağlamayı, güçlü hekim kadrosu, sağlık çalışanları ve altyapısıyla uluslararası kalite standartlarında hizmet vermeyi ve bölgede birçok konuya öncülük ederek, referans hastane olmayı hedeflemektedir.

Değerlerimiz:

- Hastalarımıza her zaman yüksek kalitede ve ulaşılabilir ücretle nitelikli hizmet sunarız.
- Hasta memnuniyeti vazgeçilmez önceliğimizdir.
- Ulusal ve uluslararası sağlık sektörüne özgü standartlarla çalışır, hasta güvenliğini önemseriz.
- Hasta ve yakınlarının haklarına daima saygılı hizmet sunarak, hasta sorumlulukları konusunda eğitici ve yol gösterici anlayışla hizmet sunarız.
- Sağlık hizmetini; nitelikli, etkin, zamanında, güvenilir, güncel, bilimsel ve bölgenin sürekli ihtiyacını karşılayacak şekilde sunarız.
- Ekip çalışmasını önemser, hizmet sunumunda multidisipliner bir yaklaşım sergileriz.
- Karşılıklı düşünce, bilgi ve görüşlerin alışverişine dayanan katılımcı bir ortamda, eğitim ve gelişim fırsatlarını kullanarak tüm çalışanlarımızın potansiyellerini açığa çıkarmalarını destekleriz.
- İnsana değer veren ve saygı duyan bir yaklaşımla hizmet sunarız.
- Çalışanlarımızın memnuniyeti ve güvenliğine önem veririz.

- Etik ilkelerimiz ve iş ahlakımızla, saygın ve güçlü iletişim yöntemlerini kullanırız.
- Süreçlerimizi düzenli periyodlarla gözden geçirerek; riskleri öngören ve yöneten, öğrenen, iyileştiren, verilerle ve performans göstergeleri ile çalışan bir yaklaşım sergileriz.
- Teknolojiyi ve dünyadaki gelişmeleri yakından takip ederiz.
- Çevreye ve topluma duyarlı bir yaklaşım sergileriz.
- Kurum içi ve dışı ilişkilerde; sağlıklı, güvene dayalı, anlayışlı ve saygın bağlar kurar ve sürdürürüz.

Kalite Politikamız:

Kalite anlayışımız ulusal ve uluslararası standartlar ve yönetmelikleri dikkate alarak; hasta güvenliği ve memnuniyetini merkezde tutan bir yaklaşımla nitelikli sağlık hizmetini sürekli sunmaktır. Sürekli iyileştirme anlayışı ile süreçlerin performansını düzenli olarak gözden geçirmek, riskleri öngörmek, hatalardan öğrenmek, multidisipliner bir yaklaşımla eğitim ve gelişimi önemseyerek güvenli, verimli ve sürdürülebilir bir ortam oluşturmaktır. Bu doğrultuda hedeflerimiz; hasta memnuniyetini %95 ve üzerinde tutmak, çalışan memnuniyetini %80 ve üzerinde tutmak, hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarını olay bildirimlerle sayısal olarak takip etmek ve iyileştirmek, sürdürülebilirlik açısından da gelir, gider dengelerini sayısal olarak ve karşılaştırmalı takip etmektir.

Kalite departmanı;

- Kurulların koordinasyonu ve takibi,
- İç tetkik (öz değerlendirme) planlaması, gerçekleştirilmesi ve bulguların takibi,
- Alan ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi,
- Göstergelerin ve hedeflerinin belirlenmesi ve takibi,
- Hastanede gerçekleştirilen dış değerlendirmelere ilişkin sonuçların izlenmesi,
- Hasta memnuniyet anketlerinin uygulanması, görüş- önerilerin alınması ve değerlendirilmesi,
- Çalışan memnuniyet anketlerinin uygulanması, görüş- önerilerin alınması ve değerlendirilmesi,
- Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin yönetimi,
- Hasta ve çalışan güvenliğine yansıyan ve bildiri yapılan olayları değerlendirerek yüksek riskli ve sık tekrar eden bildirimler için iyileştirme çalışmaları yapmakla sorumludur.
- Bölüm kalite sorumluları ile iş birliği içinde kalite çalışmalarının izlenmesi ve koordinasyonunu sağlar.

Bunların takibi için bir Kalite Planı bulunur. Bu plan dahilinde elektronik takvim üzerinden kalite departmanı çalışanlarına hatırlatmalar gelir. Tüm bu faaliyetler sonucunda alınan kararlar ve planlanan iyileştirme faaliyetleri hakkında İş Takip Listesi oluşturularak, takibi bu listeler üzerinden yapılır. Gerçekleştirilen iyileştirme çalışmaları ile ilgili on beş günde bir tüm çalışanlara kalite bilgilendirme mesajı e-posta yoluyla kalite departmanı tarafından gönderilir.

İyileştirme faaliyetleri aşağıdaki kapsamda belirlenir:

- İstenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında yapılan bildirimler,
- Risk değerlendirmesi ve öz değerlendirmelerde (iç tetkik) saptanan bulgular,
- Kalite departmanı tarafından gerçekleştirilen alan ziyaretlerinde saptanan bulgular,

- Göstergelerde hedef değere ulaşmayan bulgular,
- Dış denetimlerde ve tedarikçi değerlendirme toplantılarında iletilen bulgular,
- Hasta/hasta yakını ve çalışan geri bildirimleri,

dahil olmak üzere sık tekrar eden ve yüksek riskli tüm bildirimler için çalışmalar yapılır. Tüm bu durumlarda kullanılacak iyileştirme yöntemleri kalite departmanı tarafından belirlenerek kayıt altına alınır. Yapılan iyileştirme çalışmaları tüm çalışanlara duyurulur.

4.1.Kurulların ve Toplantıların Koordinasyonu ve Çalışmalarının İzlenmesi

Kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde Organizasyon Şeması'nda kurullar belirlenmiştir. Multidispliner çalışma, iç iletişim, standartların sahaya yayılması kurullar aracılığıyla sağlanır. Kurullar, Yıllık Toplantı Planı Tablosu'nda belirtilen periyotlarda toplanarak hizmet kalitesini artırmak amacıyla, ilgili süreçleri kalite standartları açısından gözden geçirir, yapılan toplantılar kalite programına kaydedilir. Bu amaca hizmet etmek için kurul amacının, ilgili standartların, ilgili göstergelerin hedef ve sonuçlarının takibi aksiyon raporları ile yapılır. Gerekli durumlarda iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirirler. Kalite departmanı, kurulların belirlenen periyotlarda toplanmasını ve iş takip listesinin kontrolünü sağlar. Kurullar arası bilgi akışı, her kurulda üye olan kalite departmanı aracılığı ile sağlanır. Kurulların amacına uygun şekilde kurul üyeleri oluşturulmuş olup kurul görev tanımları, kurul üyelerine tebliğ edilir. Kurul üyelerinin revizyonu kalite departmanı, kurul başkanı ve kurul sekreteri tarafından her yıl ve gereklikçe yapılır. Kurul üyeliği iptal edilen kişi ile hemfikir olunur.

Kurulların dışında operasyonel süreçlerin değerlendirilmesi için hastane üst yönetiminin ve tüm yöneticilerin katılımı ile haftalık toplantılar gerçekleştirilir. Toplantılarda yöneticilerin aksiyon raporları incelenerek süreçlerin etkin yürütülüp yürütülmediği değerlendirilir. Ayrıca yöneticiler sistemin yayılımını sağlamak üzere kendi ekipleriyle düzenli aralıklarla toplanarak iş listesi ve aksiyon raporlarıyla çalışır. Hizmet sunumunu aksatacak veya olumsuz etkileyecek durumlar için önlemler alınır.

4.2.İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Planlaması, Gerçekleştirilmesi ve Bulguların Takibi

Kalite standartları kapsamında yürütülmekte olan tüm süreçlerin ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve izleme çalışmalarının planlanması amacı ile İç Tetkik ve Öz Değerlendirme Prosedürü oluşturulmuştur. İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Planı'nda belirtildiği üzere yılda 2 kez öz değerlendirme (iç tetkik) yapılır. İç tetkik sonucunda tespit edilen tüm bulgular İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Raporu ile yöneticilere ve ilgili sorumlulara iletilir. Uygunsuzlukların takibi İç Tetkik ve Öz Değerlendirme Prosedürü'nde belirtildiği şekilde yapılır. Ayrıca genel bulgular Hastane Yöneticileri Toplantısı'nda görüşülür. Kalite departmanı, yapılan ya da planlanan iyileştirme çalışmalarının kontrolünü sağlar.

4.3.Alan Ziyaretlerinin Gerçekleştirilmesi

Kalite departmanı, güncel prosedürlerin sahaya yansıyor yansımadağının ölçülmesi ve değerlendirilmesi amacıyla on beş günde bir süreç ve/veya bölüm bazında alan ziyaretleri yapar. Yapılan alan ziyaretlerinde saptanan bulgular, yöneticilere ve ilgili bölüm kalite sorumlularına iletilerek iyileştirme ve düzenleme

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No : KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No :11 Revizyon Tar.: 04.11.2020 Sayfa No :6/9

yapmaları talep edilerek iyileştirilmesini sağlar.

4.4.Gösterge ve Hedeflerin Belirlenmesi, Takibi

İşleri doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılması, hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılması ve sunulan hizmet kalitesinin artırılması amacı ile Gösterge Yönetimi Prosedürü kapsamında, izlenecek göstergeler ve hedef değerleri belirlenmiştir. Veriler üç ayda bir kalite departmanı ve ilgili süreç sorumluları ile birlikte analiz edilerek ilgili kurullara gündem yapılır, aksiyon raporları ile takip edilir. Gösterge sonuçları tüm çalışanlara duyurulur. Kurullarda alınan kararlar için gerekli iyileştirme çalışmaları planlanır, ilgili prosedürlere yansıtılarak tüm çalışanlar bilgilendirilir.

Kurum, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, çalışan memnuniyeti, çalışan güvenliği ve gelir-gider için belirlediği operasyonel göstergelere paralel olarak, hedefler ve bütçeler belirlemiştir. Kalite Hedefleri ve Stratejik Planı'nda belirtilen hedefler altı ayda bir Hastane Yöneticileri Toplantısı'nda gözden geçirilerek nitelik ve verimlilik için aksiyonlar alınır.

4.5.Dış Değerlendirmelerin İzlenmesi

Kurumun ruhsata esas şartları taşıyıp taşımadığının tespiti ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik katkı sağlamak amacıyla dış kurumlar tarafından denetimler gerçekleştirilir. Denetimlerde tespit edilen bulgular ilgili yöneticiler ile paylaşılarak en kısa sürede iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılır ve hastane yönetimi toplantısında paylaşılır, iş listesine eklenerek süreç takip edilir.

Hastanemizde hizmet sunumunun mümkün olmadığı durumlarda tedarikçiler tarafından yerine getirilen hizmet süreçlerinin belirlenmesi, standardize edilmesi amacı ile Dış Kaynaklı (Tedarikçi) Hizmetler Prosedürü oluşturulmuştur. Tedarikçi firmalar ile Sözleşmeler Tablosu'nda belirtilen periyotlarda toplantılar yapılarak karşılıklı performans değerlendirmesi yapılır ve süreçler gözden geçirilir. Kalite departmanı, toplantıların zamanında yapılmasını ve iletilen bulguların giderilip giderilmediğini kontrol eder.

4.6.Hasta Memnuniyeti ile Görüş Önerilerinin Değerlendirilmesi

Hastaların hastanemizden aldığı hizmetleri değerlendirmek amacıyla Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyet Sistemi İşleyiş Prosedürü'nde belirtildiği üzere belirli periyotlarda, Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı soruları içeren ayaktan, yatan ve acil hasta memnuniyet anketi uygulanır ve telefon ile aramalar gerçekleştirilir. Aynı zamanda hasta/hasta yakınlarının görüş ve önerilerini almak üzere teşekkür ve öneri kutuları oluşturulmuş olup web sitesi üzerinden görüş ve önerilerini iletebilecekleri alanlar oluşturulmuştur. Ayrıca Hasta Hakları bölümüne direkt olarak müracaat edebilmeleri için hastane içinde ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik yönlendirmeler mevcuttur. Gelen geri bildirimler ilgili yöneticilere iletilerek iyileştirme yapılarak hastalara geri dönüş sağlanır. Tüm geri bildirimler Hasta Hakları Kurulu ile paylaşılarak analizi yapılarak değerlendirilir. Kalite departmanı anketlerin yapılıp yapılmadığı, kurulların zamanında toplanarak sonuçların değerlendirilip değerlendirilmediği ve planlanan iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini kontrol eder.

4.7. Çalışan Memnuniyeti ile Görüş Önerilerinin Değerlendirilmesi

Çalışanların kurumdan ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesi amacı ile İnsan Kaynakları İşleyiş

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No : KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No :11 Revizyon Tar.: 04.11.2020 Sayfa No :7/9

Prosedüründe belirtildiği üzere yılda iki kez tüm çalışanlara çalışan memnuniyet anketi uygulanır. Ayrıca yemekhanede bulunan görüş öneri kutusundan, kalite programı görüş öneri bildirim sisteminden, intranet üzerinden ve web sitesinden görüş ve önerilerini iletebilecekleri alanlar oluşturulmuştur. Gelen geri bildirimler ve uygulanan anket sonuçları üst yönetimin de katılımıyla Çalışan Öneri Değerlendirme Kurulu'nda değerlendirilerek gereken maddeler için gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. Gerçekleşen iyileştirme çalışmaları ve iyileştirmeler tüm çalışanlar ile paylaşılır. Çalışanların performansını sürekli yüksek tutmak, mesleki yetkinliğini geliştirmek ve desteklemek üzere yöneticisi ile yüz yüze 6 ayda bir performans görüşmesi yapılarak geri bildirimler alınır. Çalışanların motivasyonları için Motivasyon Prosedüründe belirtilen uygulamalar yürütülür.

4.8. Tehlikelerin Tanımlanması ve Risklerin Değerlendirilmesi

Hastanede karşılaşılabilecek doğal afetler, acil durumlar, tesis kaynaklı tehlikeler ve hizmet sunumunda oluşabilecek tehlikeler Risk Yönetimi Prosedürü kapsamında Risk Analizi Planı'na göre yılda bir kez değerlendirilerek risklerin analizi, önlenmesi/ en aza indirilmesi için faaliyetler planlanarak iyileştirme çalışmaları gerçekleştirilir. Kalite departmanı aylık olarak risk analizi planını kontrol eder ve belirlenen risklerin gerçekleşme oranını dönemler arası karşılaştırarak izler.

4.9. Kalite Faaliyetlerine İlişkin Dokümantasyon Süreçlerinin Yönetimi

Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin tanımlanması, dokümantasyon sisteminin oluşturulması ve takibi amacı ile Doküman Yönetimi Prosedürü oluşturulmuştur. Kalite departmanının haftalık yaptığı toplantılarda süreç ve dokümanlar gözden geçirilir, sürekli iyileştirme faaliyetleri kapsamında değişen süreçler ile ilgili dokümanlar revize edilerek kalite programı ve intranet üzerinden yayınlanır, çalışanlara bilgisi on beş günde bir e-posta yoluyla paylaşılır. Ayrıca değişen uygulamaların sahaya hızlı yansımaları için revize edilen ve yeni yayınlanan dokümanlar, hizmet içi eğitimlerde ve bölüm toplantılarında gündem yapılır. Takibi, eğitim departmanı tarafından yapılır. Kalite departmanı tarafından yapılan alan ziyaretlerinde, değişen uygulamalar yerinde gözlemlenir, tespit edilen bulgular yöneticiler ve bölüm kalite sorumluları ile paylaşılır.

4.10. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili gerçekleşme potansiyeli olan (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, izlemek ve bildirimlerin sonucunda olaylara yönelik gerekli önlemleri almak amacıyla İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi İşleyiş Prosedürü oluşturulmuştur. Bildirimler, kalite programı üzerinden olay bildirim formu doldurularak yapılır. Gelen bildirimler kalite departmanı tarafından risk değerlendirmesi yapılarak ilgili kurullarda görüşülmek üzere kurullara gündem yapılır. Değerlendirme sonucu yüksek riskli çıkan bildirimler ve sık tekrar eden bildirimler için ilgili süreç sorumluları ile kök nedeni çözmeye yönelik toplantılar yapılır. Çalışanlara, oryantasyon eğitiminde ve yılda bir kez olmak üzere kalite eğitiminde olay bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilir.

4.11. Bölüm Kalite Sorumluları İle İş Birliği

Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonunun sağlanması amacıyla kalite

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No : KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No :11 Revizyon Tar.: 04.11.2020 Sayfa No :8/9

departmanı ile koordineli çalışacak şekilde bölüm bazında kalite sorumluları belirlenmiştir. Her bölüm sorumlusu aynı zamanda o bölümün kalite bölüm sorumlusudur. Bölüm kalite sorumluları, tüm kalite süreçlerinden sorumlu olduğu gibi uygulamaların standardize edilmesi ve sahaya yansımından sorumludur. Bu kapsamda bölüm kalite sorumluları ve üst yönetimin katılımı ile üçer aylık periyotlarda toplantılar yapılır ve tüm kalite süreçleri gözden geçirilir, gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları yapılır. Aynı zamanda bu toplantılar bilgilendirme toplantıları olarak kullanılır.

4.12. Eğitim

Sürekli kalite bilincinin oluşması ve sürekliliğin sağlanması için kalite departmanı tarafından yönetici ve çalışanlara düzenli olarak ve gerektiğinde eğitim verilir.

4.13. İyileştirme Faaliyetlerinin Belirlenmesi

Birden fazla bölümü ilgilendiren uygunsuzluklarda DÖF ya da PUKÖ; yüksek riskli, sık tekrar eden hasta güvenliğini etkileyen uygunsuzluklarda Kök Neden Analizi Ve İyileştirme Rapor Formu ile toplantılar yapılır. Gereklikçe çalıştay ve süreç iyileştirme toplantıları ile desteklenir. Kalite Planı dahilinde elektronik takvim üzerinden kalite departmanı çalışanlarına hatırlatmalar gelir. Tüm bu faaliyetler sonucunda alınan kararlar ve planlanan iyileştirme faaliyetleri hakkında iş takip listesi oluşturularak, takibi bu listeler üzerinden yapılır.

4.13.1. İyileştirme Yöntemleri;

- **DÖF:** Düzenleyici, önleyici faaliyet olarak tanımlanabilir. Kurumun faaliyetleri sırasında uygunsuzluğa yol açan ana nedenleri belirlemek, nedenleri ortadan kaldırmak için düzeltici faaliyetleri planlamak, uygulamak, yürütmek ve kontrol etmek, hataya yol açan konuların ortadan kaldırılması ile muhtemel uygunsuzlukların önlenmesi için yapılacak önleyici faaliyetler konularında bir sistem bütünü sağlamak ve sorumluları belirlemektir.
- **PUKÖ:** PUKÖ Döngüsü olarak bilinen; “planla”, “uygula”, “kontrol et” ve “önlem al” ilkelerine dayanır. İş disiplini, verimliliğini ve kalitesini arttırmak amacıyla maliyet ve iş kazalarını düşürmeye yönelik uygulanan PUKÖ döngüsü “daha iyiye” ulaşmak amacıyla uygulanan bir sistem olarak tanımlanabilir.
- **KNA:** Kök neden analizi yalnızca hata veya uygunsuzluk olarak tanımlanması yaklaşımından farklı olarak, sorunun neden ortaya çıktığını belirlemek şeklinde tanımlanabilir. Kök neden analizi, karşılaşılan bir sorunun altta yatan nedenlerini belirleyerek kuruma yarar sağlar.
- **Eğitim:** Kişilere belli bir konuda bilgi ve beceri kazandırma, yetiştirme ve geliştirme olarak tanımlanabilir.
- **Kurul toplantıları ve bölüm toplantılarına gündem:** bir gündeme bağlanmış, gündemde bulunan konuları görüşmek için ilgililerin katılımıyla yapılan birleşim.
- **Hatırlatma mesajları:** Revize edilen prosedür, iyi uygulama, sık tekrar eden konular, teşekkürler, farkındalık için düzenli periyotlarda çalışanlara gönderilen metinler.
- **Performans görüşmeleri:** Bir çalışanın potansiyelinin, yeteneklerinin, işteki davranışlarının ve işle ilgili tüm niteliklerinin diğer çalışanlarla karşılaştırılarak ölçülerek geliştirilmesi
- **Aksiyon raporları:** Var olan gerçek durumu görerek harekete geçmek, tedbir almak
- **İş istemler:** Özel teknik ve uzmanlık gerektiren yapılacak işler için talepte bulunma

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Dok.No : KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No :11 Revizyon Tar.: 04.11.2020 Sayfa No :9/9

- **Göstergeler:** İdari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik olası sorunların zamanında belirleyerek düzeltmek için takip edilen veriler.
- **Alan ziyaretleri:** Uygulamaları yerinde görmek, gözlemlemek ve eğitim için yapılan ziyaretler
- **Hekim ve yöneticilere gönderilen kişisel mektuplar:** Uygulamalarda kişisel ve departman bazlı farkındalık yaratarak iyileştirme yapılmasını sağlamak üzere iyi uygulamaların yazıldığı metin.
- **İş listesi:** Yapılacak işlerin takibinin yapılabilmesi için oluşturulan liste

5. Sorumlular

Bu prosedürün uygulanmasından hastane yöneticileri, bölüm kalite sorumluları, kalite departmanı sorumludur.