



KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PROTOKOLÜ



Doküman Kodu:KY.YD.010

Yayın Tarihi:06.02.2019

Revizyon No:0

Revizyon Tarihi:0

SayfaNo/Sayısı:1/7

VİZYONUMUZ

Yüksek kalitede, nitelikli tıbbi ve etik değerlerden ödün vermeden, güncel gelişmeleri takip eden deneyimli kadromuz ve modern teknolojik alt yapımız ile hasta ve çalışan memnuniyeti odaklı, uluslararası kalite standartlarında hizmet sunan; hasta güvenliği odaklı bir diyaliz merkezi olmak.

MİSYONUMUZ

Diyaliz sektöründe uluslararası kalite standartlarında sunduğumuz, hasta ve çalışan güvenliğini ön planda tutan Erkli Diyaliz Merkezine duyulan güveni sağlığa taşımak, bölgemizde örnek, saygın referans bir kuruluş olarak adımızdan söz ettirmek. Deneyimli ve sağlam kadrosu ile sürekli daha iyisini yapmayı hedefleyen uluslararası sağlık standartlarını benimseyen kurum olarak aynı kalite ve özveri ile hizmet sunmaya devam etmek.

HEDEFLER

- Tüm sağlık çalışanları için ideal ve güvenli bir çalışma ortamı ve alt yapının sağlanması.
- Hasta güvenliği ile ilgili önceden ön görülen tüm tehlikeleri kabul edilebilir risk seviyesinde tutmak için tedbirler almak.
- Tüm hastalarımızda hiçbir fark gözetmeksizin eşit şartlardan yararlanmasını sağlamak,
- Hizmet alan tüm hastalarımızın istek, ihtiyaç ve beklentilerini dikkate almak, sürece aktif katılımlarını sağlamak,
- Doğru diyaliz işlemi ile hastaya zarar vermemek, çok fayda sağlamak,
- Hastanın ihtiyacına göre en uygun kabul edilebilir bir zaman aralığında hizmet sunmak,
- Kurum olarak belirlenen hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşmak,
- Örnek, saygın ve lider bir kuruluş olarak adımızdan söz ettirmek,

KALİTE POLİTİKASI

Ulusal ve uluslararası standartlar doğrultusunda; hasta ve çalışan memnuniyetine odaklı, sürekli ölçme ve iyileştirme mekanizmalarını kullanarak kaliteli hizmet sunmak ve çalışanların bu anlayış ile hizmet sunmasını sağlamak. İş arkadaşlarımızla ilişkilerimizde sevgiye, saygıya, paylaşıma ve iş birliğine önem vererek ekip ruhu oluşturmak. Yaratılmış ekip ruhu ile başarı ve başarısızlıkta bu sorumlulukları paylaşmak.

AMAÇ

- Yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmak.
- Sağlıkta kalite yönetim şartlarına uymak, sürekli eğitim ve iyileştirme çabası ile, hizmet içi ve diğer eğitimler ile bilgi ve becerimizi artırmak.
- Deneyimli ve profesyonel bir ekiple en iyi hizmeti sunmak.
- Hasta memnuniyetini sağlamak.
- Optimum mali performansı sağlamak. Çalışanların sağlığını ve haklarını korumak.

DEĞERLERİMİZ

- Etik kurallar çerçevesinde güvenilir hizmet,
- Hasta güvenliğine odaklı,



KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PROTOKOLÜ



Doküman Kodu:KY.YD.010	Yayın Tarihi:06.02.2019	Revizyon No:0	Revizyon Tarihi:0	SayfaNo/Sayısı:2/7
------------------------	-------------------------	---------------	-------------------	--------------------

- Hasta haklarına saygılı,
- Takım çalışmasına odaklı,
- Topluma ve çevreye duyarlı,
- Etkin ve kaliteli hasta bakımı,
- Sürekli ölçülebilen ve değerlendirilebilen bir yönetim sistemi,
- Sosyal sorumluluk projelerine destek veren yönetim anlayışı.
- Hastalarımızı ve çalışanlarımızı varlık nedenimiz kabul etmek.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ POLİTİKASI

Erkli Diyaliz Merkezi olarak, çalışanlarımızın ve misafirlerimizin sağlık ve güvenliği birinci önceliğimizdir. Bu konuda Temel Politikamız; İş Sağlığı ve Güvenliği (İSG) ile ilgili her türlü önlem ve tedbirleri alarak İş Kazalarının ve Meslek Hastalıklarını ortadan kaldırmak, güvenli bir çalışma ortamı sağlamaktır.

ÇEVRE POLİTİKASI

Diyaliz merkezi genelinde atıkların en asgari düzeyde çıkmasını sağlayarak, etkin bir atık yönetim planı oluşturmak, Atıkların kaynağında ayrıştırılması uygun şekilde geri kazanım ve bertarafını sağlamak.

KALİTE YÖNETİM PLANI:

Her yıl Ocak ayında Kalite Yönetim Birimi tarafından **"Kalite Yönetim Planı"** oluşturularak kurum Mesul Müdür onayına sunulur.

DOKÜMAN YÖNETİMİ SİSTEMİ:

Erkli Diyaliz Merkezinde;

- Uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi,
- Uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi,
- Kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla üzerinde **"Doküman Yönetim Sistemi"** bulunmaktadır. Kalite **"Doküman Yönetimi Prosedürü"** ve **"Doküman Yönetim Sistemi ve Kayıtların Kontrolü Prosedürü"**ne uygun şekilde yönetimi sağlanmakta olup hazırlanan/revize edilen dokümanların sahadaki tüm çalışanlar tarafından bilinmesini sağlamak amacıyla tüm kullanıcıların rahatlıkla ulaşabilmesi için **SKS** (yazılım üzerinden) **Dokümanlar** panelinde intranet kalite masaüstü panelinden ve/veya Kalite Yönetim Biriminden manuel elden yayınlanmaktadır. **"Doküman Yönetim Sistemi"** için Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan **"Doküman Yönetim Rehberi"** dikkate alınmış ve sistem altyapısı ilgili rehber doğrultusunda hazırlanmıştır.

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ:

Erkli Diyaliz Merkezinde;

- 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 amacıyla Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) üzerinde **"İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi"** bulunmaktadır. Ayrıca bilgisayar kullanmayan çalışanlar tarafından da bildirim yapılabilmesi için interaktif bildirim formu da kullanılmaktadır. Çalışanların kolay ulaşabilmeleri ve kendilerini güvende hissederek bildirim



KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PROTOKOLÜ



Doküman Kodu:KY.YD.010

Yayın Tarihi:06.02.2019

Revizyon No:0

Revizyon Tarihi:0

SayfaNo/Sayısı:3/7

yapabilmeleri için kamere görmeyen alanda güvenlik raporlama kutusu ve kutu yanında bildirim formu bulunmaktadır. Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmış olup raporlama sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmaktadır. **"İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Talimatı"**na uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır.

Erkli Diyaliz Merkezinde; sistemin etkin ve etkili kullanımı için **yılda en az 1 defa** tüm kurum çalışanlarına;

- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumluluklar, hangi olayların bildirim kapsamında ele alınacağı,
- Sistemin, çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik kurgulanmış yapısı,
- Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amacının vurgulanması,
- 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:

Bölmelere (Eğitim Yönetimi, Enfeksiyon Yönetimi, Hasta Bakımı, İlaç Yönetimi vb.) ve SKS (Diyaliz Seti) Gösterge Yönetimi dikkate alınarak belirlenen sağlık olgularına ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetlerin sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesini ve iyileştirilmesini sağlamak amacıyla **"Gösterge Yönetim Sistemi"** bulunmaktadır.

Bir diğer amacı ise diyaliz merkezimizde ölçüm sistematiği ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan **"Gösterge Yönetim Prosedürü"**ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. 3 aylık dönemlerle YGG toplantısında veri analizleri yapılmakta ve gerekli iyileştirmeler planlanmaktadır.

Erkli Diyaliz Merkezinde;

SKS (Diyaliz Seti) Gösterge Yönetimi'nde yer alan göstergeler (indikatör) takip edilmekte olup diyaliz merkezinin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumluları ile belirlenmiş olan **"SKS Bazlı Göstergeler"** de takip edilmektedir. Bu süreçte göstergelere ilişkin veriler toplanır, özelliklerine göre belirlenmiş olan aralıklarda, veriler analiz edilir; yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanır ve uygulanır.

Göstergelerin izlenmesinden sorumlu çalışanlara yılda 1 defa eğitim verilmektedir.

KURUL/KOMİTE SÜREÇLERİ:

Erkli Diyaliz Merkezinde;

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



KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PROTOKOLÜ



Doküman Kodu:KY.YD.010

Yayın Tarihi:06.02.2019

Revizyon No:0

Revizyon Tarihi:0

SayfaNo/Sayısı:4/7

Toplantıları" yapılmaktadır. **"Toplantı Esasları Prosedürü"** ve **"Komitelerin İşleyiş Prosedürü"**ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Kurul/ Komiteler bu kapsam alanı içerisinde yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmaktadır. Her bir kurul/ konsey/ komite tarafından görev alanlarına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmakta ve gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemektedir.

BİNA TURU SÜREÇLERİ:

Erkli Diyaliz Merkezinde;

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

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan **"Bina Turu Kontrol Talimatı"**na uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Bu süreçte bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulur. Oluşturulan ekip, diyaliz merkezinin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmaktadır. Ekipte kurum yönetiminden en az bir kişi bulunmaktadır. Düzenli yapılan Bina Turu ile hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte kurum fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmaları sağlanmaktadır.

ÖZ DEĞERLENDİRME SÜREÇLERİ:

Erkli Diyaliz Merkezinde;

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

göre hazırlanmış olan **"Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Prosedürü"**ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Bu süreçte kalite ile ilgili çalışmaların ve sonuçlarının mevcut olan düzenlemelere uygun olup olmadığına, bu düzenlemelerin etkinliğine ve hedeflere uygunluğuna dair tarafsız ve nesnel kanıtların ortaya çıkarılması, varsa uygunsuzlukların iyileştirilmesinin ve tekrarının önlenmesinin sağlanması amaçlanmaktadır. Kurum büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az bir kez olacak şekilde, Kalite Yönetim Birimi tarafından belirlenecek sıklıkta ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

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:

Erkli Diyaliz Merkezinde;

Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik **"Bina Tahliye Talimatı"** bulunmaktadır. Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez **"Bina Tahliye Tatbikatı"** ve **"Yangın Tatbikatı"** yapılmaktadır.

Bina Tahliye Tatbikatı; tüm diyaliz merkezinin tahliyesini de kapsayacak şekilde planlanır.

- Görüntü kayıtları tutulur.



KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PROTOKOLÜ



Doküman Kodu:KY.YD.010

Yayın Tarihi:06.02.2019

Revizyon No:0

Revizyon Tarihi:0

SayfaNo/Sayısı:5/7

• 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. Diyaliz merkezinde karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik **"Mavi Kod"** uygulaması bulunmaktadır.

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan **"Mavi Kod (CPR) Prosedürü"**ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Mavi kod uygulamasına yönelik olarak yılda en az bir kez 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.

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

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan **"Beyaz Kod Prosedürü"**ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak yılda en az bir kez tatbikat yapılmaktadır.

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

HASTA GÖRÜŞ, ÖNERİ, ŞİKÂyet VE MEMNUNİYET ÖLÇÜMLERİ:

Erkli Diyaliz Merkezinde;

Hemodiyaliz tedavisi gören hasta, hasta yakınları ve ziyaretçilerin öneri ve şikâyetlerini zamanında, doğru bir şekilde değerlendirerek sistemin daha iyiye doğru gelişimini sağlamak ve kaliteli sağlık hizmetini sürekli iyileşmesine katkı sağlamak amacıyla **"Hasta Görüş, Öneri ve Şikâyet Yönetim Sistemi"** bulunmaktadır.

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan **"Hasta Öneri ve Şikâyetleri Yönetim Prosedürü"**ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Hasta/hasta yakını, görüş, öneri ve şikâyetlerini telefon, elektronik posta, web, yüz yüze ve anket kanalları aracılığıyla iletebilmektedir. Hasta Hakları Sorumlusu ve Kalite Yönetim Direktörü tarafından toplanan bu veriler rapor haline getirilerek analiz edilmekte ve kurum hasta/hasta yakını görüş, öneri ve şikâyet oranları tespit edilmektedir. Gereğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmaktadır. Verilen hizmetlerin hasta perspektifinden memnuniyet düzeyinin ve hizmete ilişkin durum tespitinin yapılmasını sağlamak amacıyla **"Hasta Memnuniyet Anketi"** uygulaması yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan **"Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi"** ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Hasta memnuniyet anketlerinin uygulanmasında web tabanlı ve manuel olmak üzere 2 (iki) yöntem kullanılmaktadır. Sonuçlar, hem "Kategori Bazında Karşılama Oranları" hem de "Soru Bazında Karşılama Oranları" bazında Üst Yönetim'in katılımıyla değerlendirilir. 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 **"Düzeltilici/Önleyici Faaliyet İstem Formu"** doldurularak takibi yapılır. Her yıl, belirlenen ayın 15. gününe kadar "Kurumsal Kalite Sistemi (KKS)"ne (www.kks.saglik.gov.tr) veri girişi yapılmaktadır.

ÇALIŞAN GÖRÜŞ, ÖNERİ, ŞİKÂyet VE MEMNUNİYET ÖLÇÜMLERİ:



KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PROTOKOLÜ



Doküman Kodu:KY.YD.010

Yayın Tarihi:06.02.2019

Revizyon No:0

Revizyon Tarihi:0

SayfaNo/Sayısı:6/7

Erkli Diyaliz Merkezinde;

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

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan **"Anket Uygulama Talimatı"**na uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Çalışanlar, görüş, öneri ve şikâyetlerini telefon, elektronik posta, web, yüz yüze, intranet anket kanalları aracılığıyla iletebilmektedir.

Kalite Yönetim Birimi tarafından toplanan bu veriler rapor haline getirilerek analiz edilmekte ve kurum personeli görüş, öneri ve şikâyetleri oranları tespit edilmektedir. Gereğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmaktadır.

Çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanma düzeyini ölçmek ve kalite geliştirme sürecine katkıda bulunmak amacıyla **"Çalışan Geri Bildirim Anketi"** uygulaması yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan **"Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi"**ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Çalışan memnuniyet anketlerinin uygulanmasında Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) ve manuel olmak üzere 2 (iki) yöntem kullanılmaktadır. Sonuçlar, hem "Kategori Bazında Karşılanma Oranları" hem de "Soru Bazında Karşılanma Oranları" bazında Üst Yönetim'in katılımıyla değerlendirilir. 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 **"Düzeltilici/Önleyici Faaliyet İstem Formu"** doldurularak takibi yapılır. Her yıl, belirlenen ayın 30'uncu gününe kadar "Kurumsal Kalite Sistemi (KKS)"ne (www.kks.saglik.gov.tr) veri girişi yapılmaktadır.

KALİTE YÖNETİM BİRİMİ EĞİTİMLERİ:

Erkli Diyaliz Merkezinde;

- Genel Uyum Eğitimi
- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi (GRS) Eğitimi
- Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Eğitimi
- Doküman Yönetimi Eğitimi
- Gösterge Yönetimi Eğitimi
- Öz Değerlendirme Eğitimi
- Bilgi Güvenliği Eğitimi
- Acil Durum Kodları Eğitimi
- Hasta Memnuniyeti Eğitimi

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI ÇALIŞMALARI:

Erkli Diyaliz Merkezinde;

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"



KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PROTOKOLÜ



Doküman Kodu:KY.YD.010

Yayın Tarihi:06.02.2019

Revizyon No:0

Revizyon Tarihi:0

SayfaNo/Sayısı:7/7

ve "29863 Sayılı Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik"