



KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ



KALİTE YÖNETİM REHBERİ

1. GİRİŞ.....	3
2. YÖNETİMİN TAAHHÜDÜ.....	3
3. SORUMLULUK, YETKİ VE İLETİŞİM.....	5
4. SÜREÇ YAKLAŞIMI.....	7
5. KAPSAM	8
6. ATIF YAPILAN STANDARTLAR	8
7. SAĞLIKTA KALİTE SİSTEMİ	8
8.ÖZDEĞERLENDİRME.....	10
9.KOMİTELER	11
10. DOKÜMAN YÖNETİMİ	12
11.RİSK YÖNETİMİ	12
12.İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ	16
13.ACİL DURUM AFET YÖNETİMİ.....	17
14.EĞİTİM YÖNETİMİ	18
15.SOSYAL SORUMLULUK.....	19
16.ORGAN BAĞIŞ BİRİMİ.....	19
17.KARABÜK ÜNİVERSİTESİ EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AMAÇ VE HEDEFLERİ	19
18.KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ SWOT ANALİZİ.....	19

1. GİRİŞ

Bu rehber, Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Kalite Yönetim Sistemi'nin yapısını ve işleyişini açıklamak amacıyla hazırlanmıştır. İzinsiz kopyalanamaz ve ya çoğaltılamaz.

Hastanemiz Kalite Yönetim yapısı, hasta ve çalışan ihtiyaçlarından, hastane politika ve hedeflerinden, sunmuş olduğu hizmetlerinden, Sağlık Bakanlığı talimatlarından, proses ve iş deneyimlerinden etkilenecek tasarlanmış ve uygulamaya konmuştur.

1.1 KURULUŞ BİLGİLERİ

ADRES: Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi

Şirinevler Mahallesi Alpaslan Caddesi No:1 PK:78200 Merkez/KARABÜK

TEL: 0370 415 80 00 - 444 77 78

FAX: 0370 412 56 28

2. YÖNETİMİN TAAHHÜDÜ

2.1. Yönetimin Taahhüdü

Hastanemizin üst yönetimi SKS'nın geliştirilmesi, uygulanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi için taahhütlerine ilişkin kanıtları;

- Hastane personeline, hastanemizi ilgilendiren yasal şartlar ve mevzuat şartları da dahil olmak üzere Sağlık Bakanlığı, hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini ileterek,
- Kalite politikasını oluşturup çalışanlara duyurarak,
- Kalite hedeflerini kalite politikası çerçevesinde her fonksiyon ve her seviyede ölçülebilir şekilde belirleyerek,
- Üst yönetimce, özdeğerlendirme faaliyetini yaparak,
- Makine, teçhizat, bilgi, metot, personel, eğitim gibi kaynakların bulunabilirliğini sağlayarak oluşturur.

2.2. Hasta ve Çalışan Odaklılık

Hastanemiz üst yönetimi, Sağlık Bakanlığı, hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetlerinin artırılması, hasta güvenliği, çalışan güvenliği amacına yönelik olarak bunların şartlarının Sağlık Bakanlığı için ilgili yönetmelik ve mevzuatlardaki beklentilerini tanımlar. Hasta ve hasta yakınlarının ise hastanemize müracaat ettiklerinde beklentilerini tanımlar. Bu şartların ne olduğu bilincini tüm personele eğitim, duyuru, iç tamim, bülten vb. ile duyurur ve bu şartlar doğrultusunda gerekeni yerine getirir. Hastanemiz Sağlık Bakanlığı Hasta Hakları Yönetmeliğinde belirtilen şartları yerine getirir. Bu şartlarını yerine getirildiğini, algılama düzeyini, (öneri, memnuniyet, şikâyet yoluyla) ortaya koyarak gerekli faaliyetlerin başlatılması sağlanır.

2.3 Kalite Politikası

Hastanemiz üst yönetim tarafından kalite politikası; Sağlık Bakanlığı ve hastaların beklentileri doğrultusunda belirlenerek dokümanite edilmiş, tüm personele yayımlanmış, ayrıca hastanemizin muhtelif mekânlarına asılarak hastalara duyurulmuştur.

HASTA VE YAKINLARINA TAAHÜTLERİMİZ

MİSYONUMUZ

Hasta haklarına saygılı, bakanlığımızın standartları rehberliğinde hasta ve çalışan memnuniyeti ve güvenliğine odaklı, etik kurallara uyan, eğitilmiş, en iyi sağlık teknolojisi ile doğru zamanda doğru teşhis sunan din, dil, ırk ve cinsiyet ayrımı gözetmeksizin kesintisiz kaliteli, etkili ve güvenilir bir sağlık hizmeti vermek,

VİZYONUMUZ

Hastaların ihtiyaç ve beklentileri doğrultusunda ileri tetkik ve tedaviye yönelik sağlık hizmetlerinde sürekli iyileşme ile etkinlik ve verimliliği artırıcı çalışmalar yapan, kaliteli bakım veren eğitim ve araştırmada öncü çağdaş bir hastane olmak.

KALİTE POLİTİKAMIZ

Profesyonel yönetim kadrosu ile tıbbi etik değerleri ön planda tutan tüm çalışanlarla, Akreditasyon standartları esas alarak, hasta ve çalışan güvenliği, hasta/ hasta yakını ve çalışan memnuniyeti odaklı, Yasalara bağlı, sosyal sorumluluk bilincinde, hasta haklarına saygılı, Ölçme / iyileştirme tekniklerini kullanarak eğitim, araştırma ve hizmet sunum ortamına uygun misyon ve vizyonu doğrultusunda hizmet vermektir.

DEĞERLERİMİZ

*Sürekli gelişime ve değişime açık olmak.
Eğitimi bir yaşam biçimi olarak kabul etmek.
"İnsan mutlak değerdir."felsefesini benimseyerek hizmet vermek
Hizmetin her ayağında hasta ve çalışan memnuniyetini ön planda tutmak.
İletişime, denetime ve eleştiriye her zaman açık olmak.
Sorunlar karşısında önleyici ve çözümci olmak.
Topluma, çevreye ve yasalara saygılı olmak,
En kaliteli hizmeti sunmak.*

2.4. Planlama

2.4.1 Kalite Hedefleri

Hastanemiz üst yönetim, hastanemizden beklenen sağlık hizmetlerinin karşılanması için gerekli olan şartları da göz önüne alarak, hastanemizin ilgili fonksiyonlarında (tanı-tedavi-bakım) ve seviyelerinde kalite hedeflerini özdeğerlendirme toplantısında özellikle zamansal periyodu belli olmak üzere, kalite politikasındaki ana amaçları destekleyecek şekilde belirler.

Kalite hedeflerini belirlerken muhakkak mevcut durum göz önüne alınır. Eğer mevcut durum ortaya konamıyorsa tecrübeler doğrultusunda tahmini hedefler konur. Kalite hedeflerinin o zaman periyodu için ulaşılabilir olmasına dikkat edilir.

Belirlenen kalite hedefleri hedefin izlenebilirlik özelliğine göre Kalite Yönetim Birimi tarafından aylık izlenir ve eylem planında belirtilen periyotlarda gözden geçirilerek revize edilir. Herhangi bir sapma olduğunda düzeltici ve önleyici faaliyet başlatılarak kök- neden analizi yapılır. Yapılan analizin sonucuna göre geriye kalan zaman periyodu için tekrar gerçekçi hedefler belirlenir.

3. SORUMLULUK, YETKİ VE İLETİŞİM

3.1 Sorumluluk, Yetki ve İletişim

Sorumluluk Ve Yetki

Hastane yönetimi, kalite politikası çerçevesinde, her fonksiyon ve seviyede ölçülebilen hedeflere nasıl ulaşılacağını ortaya koyar. Hastanemizde SKS planlanması Sağlıkta Performans Ve Kalite Yönergesinde belirtilen aşağıdaki esaslara uygun olarak yürütülür.

- a. Üst yönetim tarafından belirlenen kalite politikası ve bu politikaya uygun planlanan kalite hedefleri doğrultusunda gerekli destek ve kaynakların sağlanması,
- b. Hasta ve çalışan odaklılık doğrultusunda sağlık hizmetlerinden yararlananların ve personelin uygulamalardan algılamalarını değerlendirerek hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyetini sağlayacak tedbirlerin alınması,
- c. Kaliteli hizmet anlayışını bir yaşam felsefesi haline getirecek bilinçlendirme ve ekip ruhunu oluşturmak için gerekli planlama ve uygulamaların yapılması,
- d. Mevcut kaynakların etkili ve verimli kullanılması,
- e. Belirlenen hedeflere ulaşmak için süreçlerin ölçüm kriterlerini belirleyerek planlı aralıklarla sürekli ölçme ve analizlerin yapılması,
- f. Yasa, mevzuat ve kalite yönetim sistemi şartlarını göz önüne alarak Sağlık Bakanlığı doküman yönetim sistemine göre dokümanların oluşturulmasını, uygun kayıtların tutulmasını ve personelin belirlenen şartlar konusunda bilinçlendirilmesi,
- g. Sistemin sürekli gözden geçirilmesi, geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve bu amaca hizmet etmesi için kalite yönetim sisteminin uygulanması,
- h. Uygun alt yapı ve çalışma ortamının sağlanması,
- i. Kalite yönetimi ve hizmet içi eğitim ihtiyaçları belirlenerek personelin bilinçlendirilmesine yönelik eğitimlerin planlanmasını ve personelin niteliğini yükselterek hizmet kalitesinin yükseltilmesi,
- j. Hizmet sunumunda yer alan tüm personelin sistemin iyileştirilmesi ve sorunların çözümünde yer alması için sistemin bir parçası olduğunun benimsenmesi,
- k. Kurum kalite kültürünün oluşturulması,
- l. Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları Kurumsal Kaliteyi Geliştirme ve Performans Değerlendirme Yönergesinde belirtilen hususların yerine getirilmesi, için planlamalar yapılır ve uygulanır.

3.2 Organizasyon Şeması

Hastane üst yönetimi, Sağlık Bakanlığı Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğinde belirtilenlere ek olarak çalışan personelin SKS açısından sorumluluk ve yetkilerini içeren görev tanımları hazırlanmış olup, SBYS ' de bulunmaktadır. Hastanemizde Organizasyon Şeması hazırlanmış oluşturularak en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler, entegrasyon noktaları tanımlanmıştır. Ayrıca Kalite yönetim yapısına ilişkin dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmıştır.

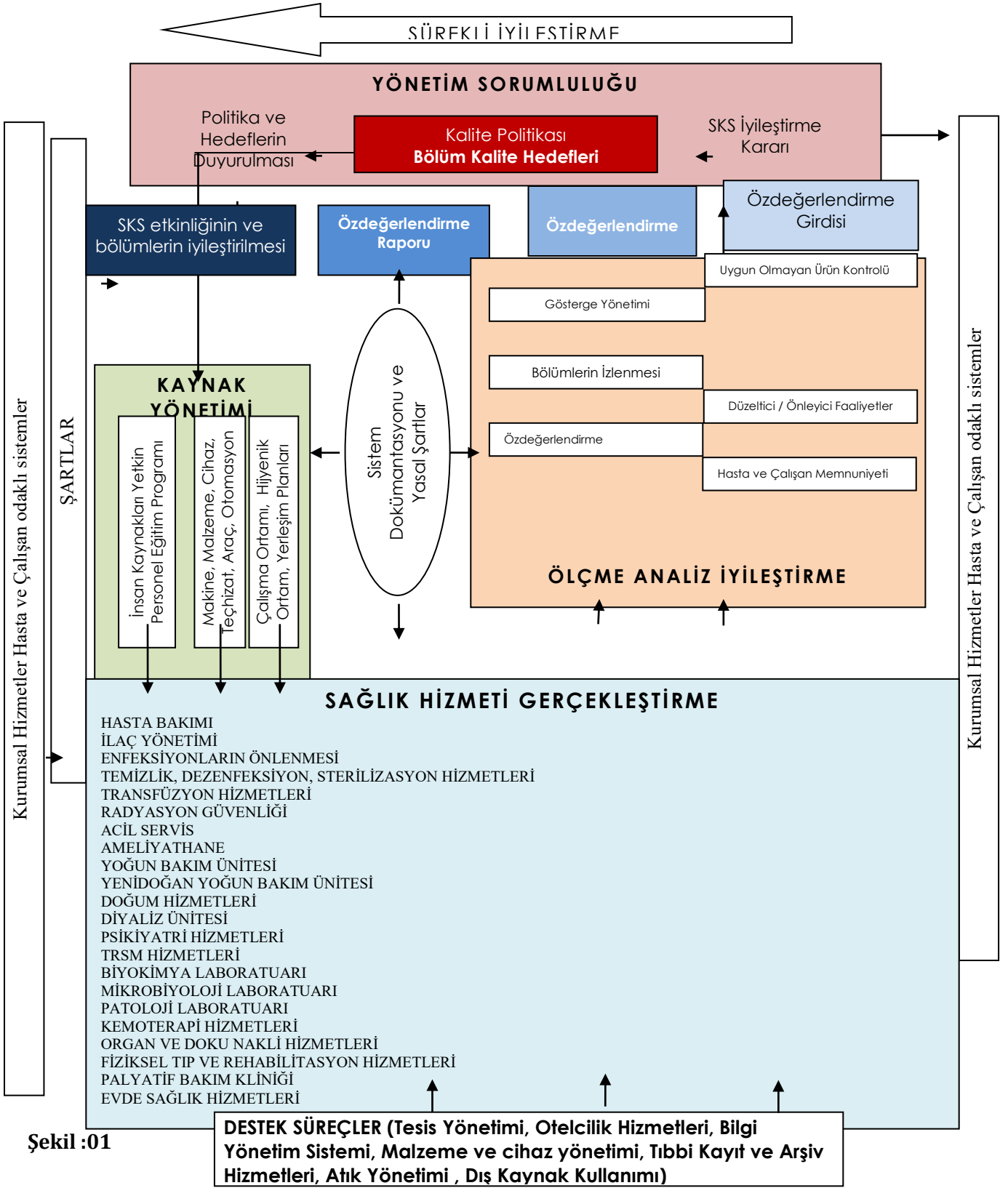
3.3. Kurumsal iletişim

Hastanemiz yönetimi, kurumun amaç ve hedeflerine ulaşması, işleyişini sağlaması için gereken üretim ve yönetim süreci içinde, hastanemizde şu iç ve dış iletişim proseslerini oluşturur: Değerlendirme karar alma toplantıları, yazılı ve sözlü (telefonla) iletişim, Hastane otomasyon sistemi, Hastane Web sitesi, ilan panoları, iç tamimler, resmi yazışmalar, anons sistemi, teşekkür yazıları. bayram ve yılbaşı kutlama mesajları, iftar yemekleri, dilek ve şikâyet kutuları, basın, el broşürleri, afişler, LCD'ler, Hasta eğitimleri, Hasta bilgilendirme, Epikrizler. Belirlenen bu prosesleri, SKS'nın ve etkinliğini de göz önüne alarak planlar ve gerçekleştirir.

HEDEF GRUPLARI		İLETİŞİM KONULARI	İLETİŞİM KURALLARI(YOLLARI)
Kurum içi hedef grupları	Hastane çalışanları	Bölüm ve birimler arası iletişim	Hastane otomasyon sistemi, Panolar, iç tamim ve resmi yazılar, Öneri ve görüş kutuları, anketler, telefon, çalışan görüşlerinin alınması.
		Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında iletişim.	Değerlendirme karar alma toplantıları, Yazılı ve sözlü (telefonla) iletişim (değerlendirme planının ve sonuç raporlarının dağıtımı, Hastane otomasyon sistemi, İSG toplantıları
		Eğitim ve bilgilendirme duyuruları	Hastane otomasyon sistemi, sözlü (telefonla) iletişim, SMS, e-mail, yazılı tebliğ.
		Eğitimler	Yüz yüze eğitimler, rehberler, el broşürleri
		Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimlik benimsenmesi	Teşekkür yazıları, Bayram ve Yılbaşı kutlama mesajları, iftar yemekleri, İSG toplantıları, memnuniyet anketleri, birim toplantıları
Kurum dışı hedef grupları	Hasta /Hasta yakınları Refakatçiler Dış tedarikçiler Paydaşlar Diğer Kamu Kurumları Özel Kurum ve Kuruluşlar	Kurumda verilen hizmetler hakkında bilgilendirme	Basın, Hastane WEB Sitesi, twitter, facebook, whatsapp iletişim hattı.
		Hastane ve çalışanların hasta ve hasta yakınları (Refakatçi, ziyaretçi v.b) ile iletişimi	El broşürleri, afişler, basılı rehberler, LCD'ler, Öneri ve görüş kutuları, danışman hizmetleri, hasta iletişim birimi, anketler, Hastane WEB Sitesi, asılı bilgilendirme panoları, twitter, facebook, whatsapp iletişim hattı
		Hasta güvenliği açısından Hasta ve hasta yakını hastaya sunulabilecek teşhis, tedavi bakım hizmetleri hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda bilgilendirme	Hekim ve sağlık personeli tarafından teşhis, tedavi bakım hizmetleri hasta sorumlulukları ile diğer hizmetler hususunda yüz yüze hasta ve hasta yakınlarına yapılan bilgilendirmeler, Yüz yüze hasta eğitimleri, Epikriz ve onam bilgilendirmesi, el broşürleri, rehberler, afişler.
		Dış Tedarikçiler ile iletişim	Resmi Yazışmalar, Hastane WEB Sitesi, Ekaplanları, yerel gazete, basın, fax
		Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta ve hasta yakınının bilgilendirilmesi	Hastanın hekimi tarafından yüz yüze bilgilendirilmesi

4. SÜREÇ YAKLAŞIMI

Kalite Yönetim Sistemi yapımız, hasta çalışan ve mevzuat şartlarının ve Sağlıkta Kalite Standartları Hastane setini tam olarak karşılanarak hasta çalışan memnuniyetinin artırılması amacıyla yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır. (Şekil:01)



Şekil :01

5. KAPSAM

Hastanemiz Kalite Yönetim Sistemi, aşağıdaki faaliyetleri kapsar ve bu faaliyetleri Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Setine göre denetler.

Hastanemiz, Hasta güvenliği, hasta odaklık, sağlıklı çalışma yaşamı, süreklilik, etkinlik, verimlilik uygunluk, zamanlık ve hakkaniyet kapsamında çalışmalarını sürdürmektedir. Amacımız vermiş olduğumuz hizmeti en iyi şekilde sunabilmek ve kalitemizi her seferinde bir kademe daha iyiye taşımaktır.

6. ATIF YAPILAN STANDARTLAR

Hastanemiz Kalite Yönetim Sistemi'nin oluşturulmasında Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti standart alınmıştır. Diğer referanslar Sağlıkta Performans Ve Kalite Yönergesi, Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği vb. çeşitli mevzuatlardır.

7. SAĞLIKTA KALİTE SİSTEMİ

7.1 Kalite Yönetim Sistem Yapısı

Hastanemizde, Bakanlığımızın şartlarına uygun olarak Sağlıkta Kalite Yönetim sistemi oluşturulmuş, dokümente edilmiş, uygulanmakta ve sürekli iyileştirilmektedir.

Yapısal, süreç bazlı ve sonuç odaklı olarak hastanenin tüm bölümlerini kapsayacak tasarımda hazırlanmış Boyut, Bölüm, Standart ve Değerlendirme ölçütlerini belirten rehberden oluşmaktadır. Standartlar bölüm bazlı olarak hazırlanmış, hizmet sunum süreçleri boyutlandırılarak ve her boyut farklı renkle temalandırılmak suretiyle kategorize edilmiştir.

SKS HASTANE 5 BOYUT, 48 BÖLÜM, 523 STANDART, 1599 DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜNDEN oluşmaktadır.

5 Boyut olarak ele alınan;

Kurumsal Hizmetler: Hastanede kaliteli hizmet sunumuna ilişkin faaliyetlerin sistemli yürütülmesi için hazırlanan standart içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler: hastaların temel haklarını, güvenliği ve memnuniyeti, çalışanların ise sağlıklı bir çalışma yaşamı içinde olmalarını sağlamak

Sağlık Hizmetleri: Hastanede verilen tüm tıbbi hizmet süreçlerinin hastane hedefleri kapsamında verilen standartlardır.

Destek Hizmetleri: Tıbbi hizmet süreçlerinin güvenliğini sürekliliğini sağlamaya yönelik gerekli alt yapıyı oluşturan standart içeren bölümlerden oluşan boyuttur.

Gösterge Yönetimi: Hastane süreçlerine yönelik performansı izleyip değerlendirmek sureti ile kalitenin sürekli iyileşmesini sağlamak amacıyla hazırlanmış bölümlerden oluşan boyuttur.

Her bir bölümün çalıştırılması, izlenmesi için gerekli olan kaynak ve bilgi (eğitilmiş personel, teçhizat, öz değerlendirme, yasal mevzuat, kalite yönetim rehberi, görev ve sorumluluklar, prosedürleri, talimatlar ve diğer dokümanlar) hazır bulundurulmaktadır.

Bölümlerimiz için; Hasta ve çalışan güvenliği, Hasta ve Çalışan memnuniyeti, hedefler, Öz değerlendirme, eğitim ve kaynak yönetimi konusunda iyileştirmeler yapılmıştır. Standartın isteği bölüm bazında dokümanlar (Prosedürler, talimatlar, rehberler, formlar vb.) oluşturulmuştur.

Dış Kaynaklı doküman listesi hazırlanarak hastanemizde dış kaynaklı olarak yürütülen hizmetler kontrol altına alınmıştır. MR ve Görüntüleme hizmet alımları; yemek hizmetleri, hizmet aracı, hastane bilgi yönetim sistemi hizmet alımları dış kaynaklı prosesler olarak kabul edilmiştir. Bu prosesler, hizmet alımı şartnamesiyle sözleşme kurallarına göre yönetilmekte, kontrol edilmekte ve izlenmektedir.

SKS Standartlarına göre oluşturulan tüm bölümlerin planlanan sonuçlara ulaşip ulaşmadığı; Hasta ve çalışan deneyimi anketleri, özdeğerlendirme, komite toplantı raporları(Hasta, Çalışan,Eğitim,Tesis Komiteleri) hasta ve çalışan üst yönetim toplantıları ile izlenmekte, ölçülmekte ve analiz edilmektedir.

Uygunsuzlukların tespitinde sürekli iyileştirme için gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmakta ve uygulanmaktadır.

7.2. Kalite Direktörü

Kalite Direktörü, Sağlık Bakanlığının şartlarını yerine getirecek şekilde diğer görev ve sorumluluklarına bakılmaksızın;

SKS gereği süreçlerin oluşturulmasını, uygulanmasını ve sürekliliğinin sağlanmasını koordine etmek, SKS performansının durumu ve iyileştirilmesi için ihtiyaç duyulanları üst yönetime (Öz değerlendirme toplantısında) rapor etmek, hastane çalışanlarına ve hastaların beklentilerinin bilincini eğitimler, tamim, duyurular, bülten vb. şekilde verilmesini sağlamak için bir atama yazısı valilik oluru ve bakanlık onayı ile tayin eder.

Kalite Direktörü ilgili mevzuatlar çerçevesinde Başhekim onayıyla SKS kapsamında diğer kuruluşlarla işbirliği yapar.

7.3. Kalite Direktörlüğü

Kalite Yönetim Biriminin görev alanları

1. SKS (Sağlıkta Kalite Standartları) çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamak.
2. SKS'nın uygulanmasına rehberlik etmek, izlemek, değerlendirmek ve üst yönetime raporlamak.
3. Bölüm hedeflerine yönelik, bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirmek.
4. SKS çerçevesinde belirlenen aşağıdaki tüm komitelere üye olarak katılarak hasta güvenliği ve çalışan güvenliği çalışmalarının kontrol-takip ve sonuçlandırma işlemlerini Başhekim adına yürütülmesini sağlamak.
 - Çalışan Güvenliği Komitesi(İSG Kurulu)
 - Hasta Güvenliği Komitesi
 - Eğitim Komitesi
 - Tesis Güvenliği Komitesi
5. İstenmeyen olay bildirim sistemine ilişkin süreçleri yönetmek.
6. Birimleri adına çalışması uygun görülen ve Başhekim tarafından görevlendirilen bölüm kalite sorumluları ile SKS kapsamındaki çalışmaların koordineli bir şekilde yürütülmesini sağlamak.
7. Birim bazında risk analizi yaparak gerekli iyileştirmelerin yapılmasını sağlamak.
8. SKS kapsamında verilmesi gereken eğitimlerin takibini yapmak.
9. SKS çerçevesinde hazırlanan ve hastanemize ait tüm yazılı düzenlemelerin hazırlanmasına öncülük ederek; gerekli takip-kontrol ve sekreteryasını yaparak gereklilik halinde yazılı düzenlemelerin revizyon işlemlerini yaparak doküman yönetimini sağlamak.
10. Hastanedeki fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıkları tespit etmek amacıyla üçer aylık periyotlarda yapılan bina turlarını organize etmek.
11. Düzeltici ve önleyici faaliyetlerin (DÖF) yönetimi, kontrol-takip ve sonuçlandırma işlemlerini yapmak.
12. SKS çerçevesinde yapılan düzenlemelerin takibi amacıyla öz değerlendirmeleri planlamak, koordine etmek, değerlendirmek ve üst yönetime raporlamak.
13. Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmek.
14. Renkli kod uygulamalarını (Mavi-Pembe-Beyaz-kırmızı kod) düzenli olarak takip etmek, personel eğitimlerinin periyodik olarak yapılmasını sağlamak, gerekli düzeltici ve önleyici faaliyetleri başlatmak.
15. Hizmet sunumuna yönelik istatistikî bilgileri değerlendirmek.
16. Hasta hasta deneyimi anketi (her ay) ile çalışan (yılda 1 kez) memnuniyeti anketlerinin yapılması / yaptırılmasını sağlamak, analiz etmek raporlamak ve üst yönetime sunmak, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmalarını yönetmek ve anket sonuçlarını Kurumsal Kalite Sistemine girmek.
17. Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmek, Bakanlıkça verilen talimatlar doğrultusunda uygulamaların kuruluştaki gerçekleşmesini sağlamak.

7.4. Kalite Sorumluların Belirlenmesi

Hastanemiz birim bazında kalite bölüm sorumluları belirlenmiş ve kalite yönetim direktörü ile koordineli olarak çalışmaktadır. Yürütülen çalışmalarla ilgili gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılmaktadır.

8.ÖZDEĞERLENDİRME

8.1. Genel

Öz değerlendirme hastanemizde bir yıllık zaman dilimi içerisinde en az iki kez olacak şekilde Kalite Yönetim Birimi tarafından planlanarak üst yönetime sunulmaktadır. Kalite Yönetim Birimi tarafından öz değerlendirme ekibi belirlenerek tüm SKS bölümlerini kapsayacak şekilde öz değerlendirme planı hazırlanır. Bölümler öz değerlendirme takvimi hakkında önceden bilgilendirilir ve belirlenen tarihlerde öz değerlendirme yapılır.

SKS Standardı esas alınarak, öz değerlendirme sonuçları yılda en az iki kez planlanan öz değerlendirme toplantılarında, üst yönetim tarafından gözden geçirilir. Toplantı gündemi toplantı öncesinde kalite direktörü tarafından üst yönetime duyurulur. Bu toplantılarda SKS performansının durumu ve iyileştirilmesi için ihtiyaç duyulan kaynaklar vb. kalite direktörü tarafından üst yönetime toplantı öncesi raporlanarak sunulur. Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilir ve gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılır.

Üst yönetim Öz değerlendirme toplantılarına ilave olarak ayrıca düzenli aralıklarla ve ihtiyaç duyulduğunda Bölüm Kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile toplanarak hastanemizin uygulamış olduğu SKS'nin uygunluğunu, yeterlilik ve etkinlik düzeyini inceler, değerlendirme toplantıları yapar. Değerlendirme toplantılarında, kurumsal amaç ve hedefler doğrultusunda yürütülen faaliyetler, öz değerlendirmeler ve kalite süreçleri değerlendirilir. Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli görülen iyileştirme çalışmaları planlanır.

8.2. Öz değerlendirme Girdileri:

Hastane yönetimi sistemi performansını gözden geçirirken kalite politikası, kalite hedefleri ve SKS'nin ihtiyaç duyduğu değişiklikleri göz önüne alır. Öz değerlendirme toplantısı kayıt altına alınır. Kalite direktörü Öz değerlendirme toplantısına girdi teşkil edecek şekilde;

- Öz değerlendirme sonuçları,
- Sağlık Bakanlığı, Hasta Hakları Birimi, hasta ve hasta yakınları tarafından yapılan şikâyet, öneri ve memnuniyet geri beslemeleri,
- Gerçekleştirdiğimiz proseslerin performansı ve sunduğumuz sağlık hizmetinin uygunluğu,
- Hastanemiz bünyesinde başlattığımız önleyici faaliyetlerin durumu,
- SKS'yi etkileyebilecek değişiklikler,
- Bir önceki toplantıda belirlenen kalite hedeflerinin sonuçları,
- Hastanemizle ilgili iyileştirme için öneriler,
- Kaynak ihtiyaçları,

ile ilgili sonuçları toplantı başlarken üst yönetime rapor eder.

8.3.Özdeğerlendirme Çıktıları:

Hastanemiz üst yönetiminin yapmış olduğu Öz değerlendirme faaliyetinin sonucunda SKS'nin ve proseslerinin etkinliğinin iyileştirmesi,

Sağlık Bakanlığı, hasta ve hasta yakınlarının beklentileri ile ilgili sağlık hizmetinde iyileştirilmesi gerekenler, makine, teçhizat, finans, eğitim gibi kaynak ihtiyaçlarının karşılanması ile ilgili sorumlulukları ve yapılacak faaliyetleri içeren kararlar, toplantı raporu adı altında oluşturulur.

Toplantıda alınan kararlar hastanemiz otomasyon sistemi üzerinden yayınlanır. Herhangi bir sebepten dolayı toplantı gerçekleştirilemezse Başhekim onayıyla kalite direktörü aynı yöntemlerle yeni toplantı tarihini belirleyerek duyurusunu yapar.

9.KOMİTELER

9.1.Hasta Güvenliği Komitesi

Sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek, tedavi ve uygulamalarda hata oranının azaltılması amacıyla hastanemiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

Hasta Güvenliği Komitesinin Görev alanları;

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- Güvenli ilaç uygulamalarının 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 gibi gerekli iyileştirme faaliyetleri yapılmaktadır.

Komite düzenli aralıklarla yılda en az 4 kez ve gerektiğinde de toplanmaktadır. Komite görev alanıyla ilgili eğitim faaliyetlerini belirlemek üzere eğitim hemşiresi ile koordineli olarak çalışır.

9.2.Çalışan Sağlığı Ve Güvenliği Komitesi(İSG Kurulu)

Hastanemizde 6331 sayılı kanun gereği iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu oluşturulmuştur. Her ay düzenli olarak toplanarak çalışanlarla ilgili gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. İyileştirme alanları aşağıdaki gibidir.

- Çalışanların zarar görme riskinin azaltılması
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması
- Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
- Sağlık tarama programının hazırlanması ve takibi

9.3.Eğitim Komitesi

Hastanemizin her kademesinde çalışan tüm personelin görevleri ile ilgili bilgi, beceri ve tutumlarını geliştirmek, çağdaş sağlık bakım sistemlerini tanıtmak, kuruma ve birime etkin ve verimli hizmet vermeleri için eğitim materyallerini ve bilimsel mesleki metotları kullanmalarını teşvik etmek üzere planlı eğitimler yapmak ve sürekliliğini sağlamak.

9.4.Eğitim Komitesinin, Görev Yetki Ve Sorumlulukları

- a. Komite; Sağlıkta kalite standartları eğitimi, hizmet içi eğitimler, uyum eğitimleri ve hasta, hasta yakınları, çalışanlara yönelik eğitimleri planlar ve uygulanmasını sağlar.
- b. Hastane eğitim ihtiyaçlarını tespit eder.
- c. Yıllık eğitim programının oluşturulmasını sağlar.
- d. Eğiticilerin belirlenmesi ve bağlantıların sağlanması çalışmalarını yürütür.
- e. Komite düzenli aralıklarla yılda en az 4 kez ve gerektiğinde toplanır. Gerekli iyileştirme çalışmalarını başlatır.

9.5.Tesis Güvenliği Komitesi

SKS gereğince oluşturulan Tesis Güvenliği Komitesi çalışmaları asgari olarak;

- ✓ Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi,
- ✓ Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması,
- ✓ Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması,
- ✓ Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları,

- ✓ Atık yönetim çalışmaları,
 - ✓ Tehlikeli maddelerin yönetimi,
 - ✓ Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planlarını ve kalibrasyonlarının yapılması,
- Komite düzenli aralıklarla yılda en az dört kez toplanır. Gerekli iyileştirme ve eğitim faaliyetleri planlanır. Gündem maddeleri toplantıdan önce belirlenir. Toplantı zamanı ve gündemi toplantı öncesi üyelere yazılı olarak duyurulur. Toplantıya dair kayıtlar Kalite Yönetim Birimi tarafından kayıt altına alınır. SKS kapsamında tespit edilen eksiklikler ve gerçekleştirilen iyileştirme çalışmaları kalite direktörü tarafından rapor edilerek Başhekimliğe sunulur.

10. DOKÜMAN YÖNETİMİ

Hastanemiz; SKS dokümantasyonu aşağıdakileri içermektedir:

- Üst yönetim ve Başhekimin onayladığı, kalite politikası ve kalite hedefleri,
- Kalite direktörünün hazırlayıp üst yönetime sunduğu ve Başhekimin onayladığı SKS standardında istenilen yazılı dokümanlar,
- Bölümlerin özelliğine uygun olarak ihtiyaç duyulan ve hastanemiz tarafından oluşturulan prosedürler, talimatlar, formlar, listeler, rehberler, yardımcı dokümanlar,
- Dış kaynaklı dokümanlar (mevzuatlar, SKS standartları, şartnameler)
- SKS öngördüğü kayıtlar dokümantasyonumuzu oluşturur.
- Hastanemiz SKS dokümanları oluştururken doküman detayını, kamu kurumu özelliğini ve sağlık hizmeti yürüttüğümüzü göz önüne alarak yazmaya çalışmıştır.

10.1. Dokümanların Kontrolü

Hastanemiz; SKS tarafından gerekli görülen dokümanları "Dokümanların Yönetimi Prosedürü"nde anlatıldığı şekilde kontrol eder (dış kaynaklı dokümanlar da dahil). Hastanemiz; doküman kontrol Yöntemini Sağlıkta Kalite Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığı tarafından yayınlanan Doküman Yönetim Rehberine göre hazırlamıştır. SKS dokümanlar ilgili birim tarafından hazırlanır, yeterlilik açısından ilgili birim sorumlusu ve Kalite Yönetim Birimi tarafından gözden geçirilerek Kalite direktörü tarafından imzalanarak Başhekim tarafından onaylanır.

Dokümanlar yılda bir defa uygulamayı yansıtmadığı açısından gözden geçirilir, uygulamayı yansıtmaması için revize edilir ve aynı yetkili tarafından yeterlilik açısından yeniden gözden geçirilerek onaylanır. Onaylanan tüm dokümanlar PDF formatında SBYS/Kalite doküman paylaşımı üzerinden yayınlanır.

Dokümanlarda yapılan tüm revizyonlar bu prosedüre uygun olarak yapılır.

Dokümanlar bilgisayar ortamında yazılır. SKS bölüm bazlı kodlama sistemine göre hazırlanmıştır. Amaç dokümanların tanınırlığını sağlamak ve kurumda doküman takibini kolaylaştırmak açısından ortak bir dil oluşturulmuştur. Hastanemize dış kaynaklı doküman gelirse (genelge, yönetmelik), bunların tanımlanması, dağıtımı ve kontrolü üst yönetim tarafından yaptırılır. Güncelliğini yitirmiş dokümanlar, yanlışlıkla kullanılmasın diye Kalite Yönetim Birimi sorumluluğunda uygulama alanından kaldırılır ve iptal kaşesi basılır.

Hastanemizdeki dokümanların asılacağı panolar, hangi dokümanların hangi panoya asılacağı, ne kadar süre ile kalacağı ile ilgili kurallar "Dokümanların Asılması Talimatı"na göre belirlenmiştir.

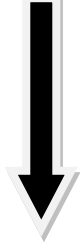
11. RİSK YÖNETİMİ

- Tehlike Ve Risk Değerlendirme Prosedüründe de ifade edilen Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesinin faaliyetleri sırasında oluşabilecek potansiyel tehlikelerin (radyasyon, gürültü, tehlikeli maddeler, kanserojen / mutojen maddeler, tıbbi atıklar, enfeksiyon, alerjen maddeler, ergonomi, şiddet, iletişim v.b konuları içermelidir) ve tıbbi, idari, finansal ve teknik süreçlerin yanı sıra tesis güvenliği , çevre güvenliği paydaşlarla iletişim konuları ele alınarak riskler çalışanlar ile hasta , hasta yakını ve ziyaretçiler açısından değerlendirilir. Bunlara ilişkin risklerin belirlenmesi, böylelikle beklenen veya olası risklerin kontrol altına alınmasına ilişkin yöntem ve esasların sistematik bir şekilde tanımlanarak iş kazaları ve meslek hastalıklarının asgari seviyelere indirilmesini sağlamak amacıyla hastanenin bütününe kapsayan sistem oluşturulmuştur.

- Sağlıklı çalışma ortamı
- Çalışan performansı
- Çalışma verimi
- Çalışan motivasyonu
- Çalışanın kuruma aidiyeti
- Çalışan memnuniyeti



- İş kazaları
- Meslek hastalıkları
- Kurumun kazalar nedeni ile uğrayacağı finansal kayıp
- İşgücü ve işgünü kayıpları
- Yönetimin vicdani ve yasal sorumluluk mağduriyeti(tazminatlar, ceza davaları...)



11.1.Risk Düzeyleri

RİSK PUANI(ZARAR VERME DERECEŚİ)	RİSK YOK (RY)	Bölümdeki her puan seviyesindeki risk önlem almayı gerektirir. Ancak öncelik sırası ile önlem alınmaya Risk puanı (zarar verme derecesi) yüksek olan riskler ile şiddet değeri yüksek (şiddeti 4 puan ve 5 puan) olan risklerden başlanır. Şiddet puanı yüksek(4-5) seviyesindeki riskler için mevcut kontrollerin sürdürülmesi sağlanmalı ve zarar verme derecesinin daha düşük puan seviyesine düşürülmesi/yok edilmesi için önlemler alınmalıdır.
RİSK FAKTÖRÜ: 1Anlamsız risk	ANLAMSIZ RİSK (AR)	
RİSK FAKTÖRÜ: 2-6 Düşük risk	DÜŞÜK RİSK (DR)	
RİSK FAKTÖRÜ: 8-12 Orta risk	ORTA RİSK (OR)	
RİSK FAKTÖRÜ: 15-20 Yüksek risk	YÜKSEK RİSK (YR)	
RİSK FAKTÖRÜ : 25Tolere edilemez risk	TOLERE EDİLEMEZ RİSK (TER)	

11.2.Risk Düzeyinde Aksiyon Planı

OLASILIK			
YÜKSEK	Önemli derecede risk yönetimine ihtiyaç duyulmaktadır	Riskler yönetilmeli ve gözetim altında tutulmalıdır	Geniş kapsamlı risk yönetimi gereklidir
ORTA	Riskler gözetim altında olmak kaydıyla kabul edilebilir	Risk, yönetim faaliyetlerine degecek düzeydedir	Risk yönetimi faaliyetlerine ihtiyaç duyulmaktadır
DÜŞÜK	Riski kabul et	Riski kabul et, fakat riskleri gözlemle	Riski yönet ,Gözlemle
ETKİ	DÜŞÜK	ORTA	YÜKSEK

5.11.HASTANEMİZ RİSK TESPİT VE UYGULAMALARI

5.11.1.Sağlık Çalışanı Riskleri

- Biyolojik Riskler (Delici kesici alet yaralanması...),
- Kimyasal Riskler (Formaldehit, Alkol vb),
- Çevresel Riskler (Gürültü, sıcak, aydınlatma, atıklar, vb),
- Psikolojik Riskler (Tükenmişlik Sendromu, ağır çalışma koşulları vb)
- Radyasyon Riski,
- Ergonomik Riskler (Hasta taşıma, hasta kaldırma, cihaz vb kullanımı sırasında..)

Hastanemiz Risk Tespit ve Yönetiminde Alınan Tedbirler;

A)Çalışan Güvenliği

- Kişisel koruyucu önlemler
- Çalışma ortamı güvenliğinin sağlanması
- Atık yönetimi
- Çalışan güvenliği risk analizi yapılması
- Sağlık taramalarının yapılması

B)Hasta ve Çalışan Güvenliği

- Enfeksiyon kontrol ve önleme uygulamaları
- Laboratuvar güvenliğinin sağlanması
- Renkli kod uygulamaları
- Acil durum afet yönetimi
- Güvenlik raporlama bildirimleri
- Radyasyon güvenliği önlemleri
- Ergonomik önlemler
- Tesis yönetimi ve bina turları

Çalışanların Enfeksiyondan Korunması

- Enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesi programı
- El hijyeni program ve uygulamaları
- İzolasyon önlemlerinin uygulanması
- Temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon uygulamaları,

Çalışanların Biyolojik Risklerden Korunması

- İğne batması ve kesilerde enfeksiyon riski ve korunma önlemlerinin çalışanlar tarafından bilinmesi,
- Maruziyet durumunda gerekli önlemlerin alınması,
- Delici kesici alet kullanım ve bertaraf uygunluğunun sağlanması,
- Çalışanların yaralanmalara yaklaşımı ile ilgili bilgi bilinç düzeylerinin arttırılması,
- Materyallerin güvenli kullanım ve atılma koşullarının düzenlenmesinin sağlanması

Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü*

- Hepatit B Aşısı (Gerekli durumda)
- Tetanoz-Difteri aşısı (Gerekli durumda),
- İnfluenza aşısı (Sağlık Bakanlığının belirlediği risk gruplarına),
- Tüberkülin cilt testi ile değerlendirme(Tarama planına göre)
- Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, 23.08.2013 Sağlık Personelinin Bulaşıcı Hastalıklara Yönelik Tarama Protokolü

Atık Yönetimi

- Uygun Atık Ayırıştırma,
- Uygun Atık Kutuları,
- Uygun Atık Toplama ve Depolama Alanları

Kimyasal Risklerin Yönetimi

- Kimyasalların tüm kullanıldığı alanların tespiti ve uygun depolama alanlarının sağlanması
- Patoloji laboratuvarı, ameliyathane sterilizasyon ünitelerinin uygun havalandırılması
- Çalışanların kimyasal riskler hakkında bilinç düzeyinin artırılması

Radyasyon Güvenliği ile Risk Yönetimi

- Nükleer tıp, görüntüleme gibi alanların TAEK lisansı ve uygun havalandırma koşulları
- Radyasyon ile ilgili kısıtlı çalışma saatlerine riayet
- Görüntüleme sistemlerinin günlük, haftalık, aylık, yıllık kalite kontrol, periyodik bakım ve kalibrasyon işlemleri
- Katı, sıvı, gaz radyoaktif maddelerle dahilimaruziyet ile harici radyasyon ışınlamalarına maruz kalma önlemleri
- Radyasyon alanlarının radyoaktivite düzeyleri ile çalışanların kişisel dozimetre takipleri
- Kişisel koruyucu önlemler (kurşun önlük, gonat koruyucu vb.)

Ergonomi Risk Yönetimi

- Çalışma ortamının, yapılan işe ve sağlığa uygun tasarlanması
- Isı, nem aydınlatma ve havalandırma ile gürültü kontrol sistemlerinin yeterli olması
- Ergonomi konusunda çalışan bilgi ve bilinç düzeyinin arttırılması
- Bilgisayar, makine, alet vb. kullanımında gerekli koşulların sağlanması

Psikolojik Risklerle Mücadele

- Çalışanlara psikososyal destek sağlanması
- Çalışan motivasyonu için sosyal organizasyonlar
- Kişisel gelişim eğitimlerinin planlanması
- Çalışan dilek önerilerinin etkin değerlendirilmesi

Eğitimlerle Risk Kontrolü Sağlanması

- İSG Eğitimleri
- Genel uyum eğitimleri
- Birim oryantasyon eğitimleri
- Hizmetiçi eğitimler
- Meslek gruplarına özgü eğitimler
- Tüm çalışanlarına yönelik eğitimler (Enfeksiyon, atık, iletişim, acil durum afet yönetimi vb)

5.11.2.Çalışanlar İçin Çalışanlarla Birlikte iyileştirmeler

- Çalışan Dilek Önerinin Alınması
- Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi
- Çalışan Memnuniyet Anketleri
- İSG Kurul Toplantıları

Ameliyathanede Risk Yönetimi

- Ameliyathane gazların zararlı etkilerinden korunmak üzere uygun havalandırma
- Cerrahi güvenliğin çalışan güvenliği boyutunda bilinmesi
- Ameliyathane çalışanların düzenli sağlık taramalarının yapılması
- Ameliyathanenin özelliğine uygun koruyucu kullanımı

Laboratuvar Güvenliği

- Laboratuvar Güvenlik Rehberi'nin bilinmesi
- Gerekli koruyucu ekipmanın kullanımı
- Uygun havalandırma koşullarının sağlanması
- Tehlikeli kimyasalların "Güvenlik Bilgi Formları"nın hazırlanması
- Yangına yönelik güvenlik tedbirleri

- Elektriksel güvenlik önlemleri
- Giriş ve çıkış kurallarının belirlenmesi

Tehlikeli Madde ve Atık Yönetimi

Laboratuvarlar, Sterilizasyon Ünitesi, Radyoloji Ünitesi Hastanedeki Diğer Alanlar

- Kemoteropetikler(Sitotoksik Ajan)
- El Dezenfektanları(İzopropil Alkol),
- Sterilizasyon malzeme ve teçhizatı(Etilen Oksit, Gluteraldehid)
- Formaldehit,
- Ksilen,
- Formikasıit,
- Asetik Asit
- Çamaşır Suyu(Sodyum Hipoklorit)
- İyodin

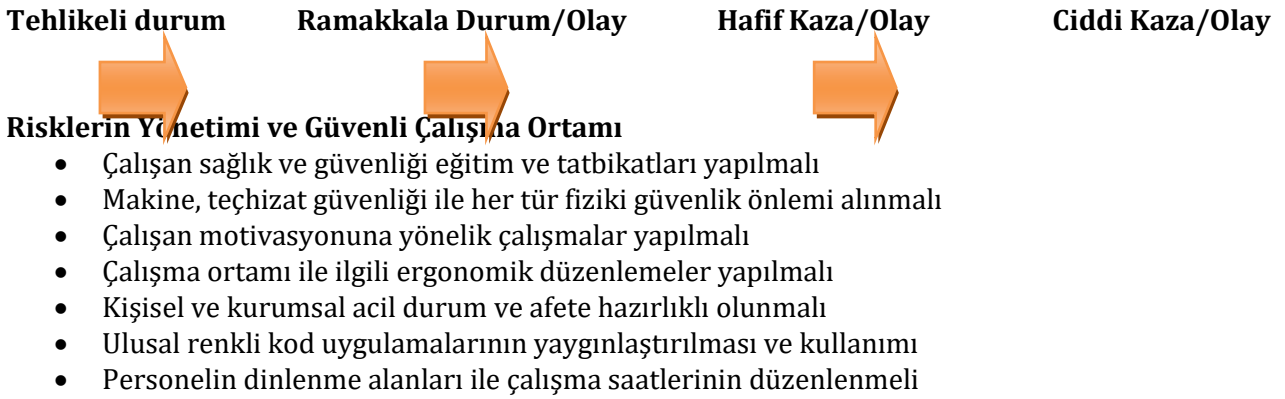
SHK Kapsamındaki Diğer Risklerin Yönetimi

- Acil Durum Afet Yönetimi
- Acil Durum Afet Yönetimi Eğitim Ve Tatbikatları
- Kanserojen/mutajen maddelere yönelik düzenleme,
- Allerjen maddelerle ilgili düzenleme
- Narkotik ilaç yönetim kural ve uygulamaları
- İletişim risklerinin tespiti ve yönetimi

Çalışan Sorumluluğu

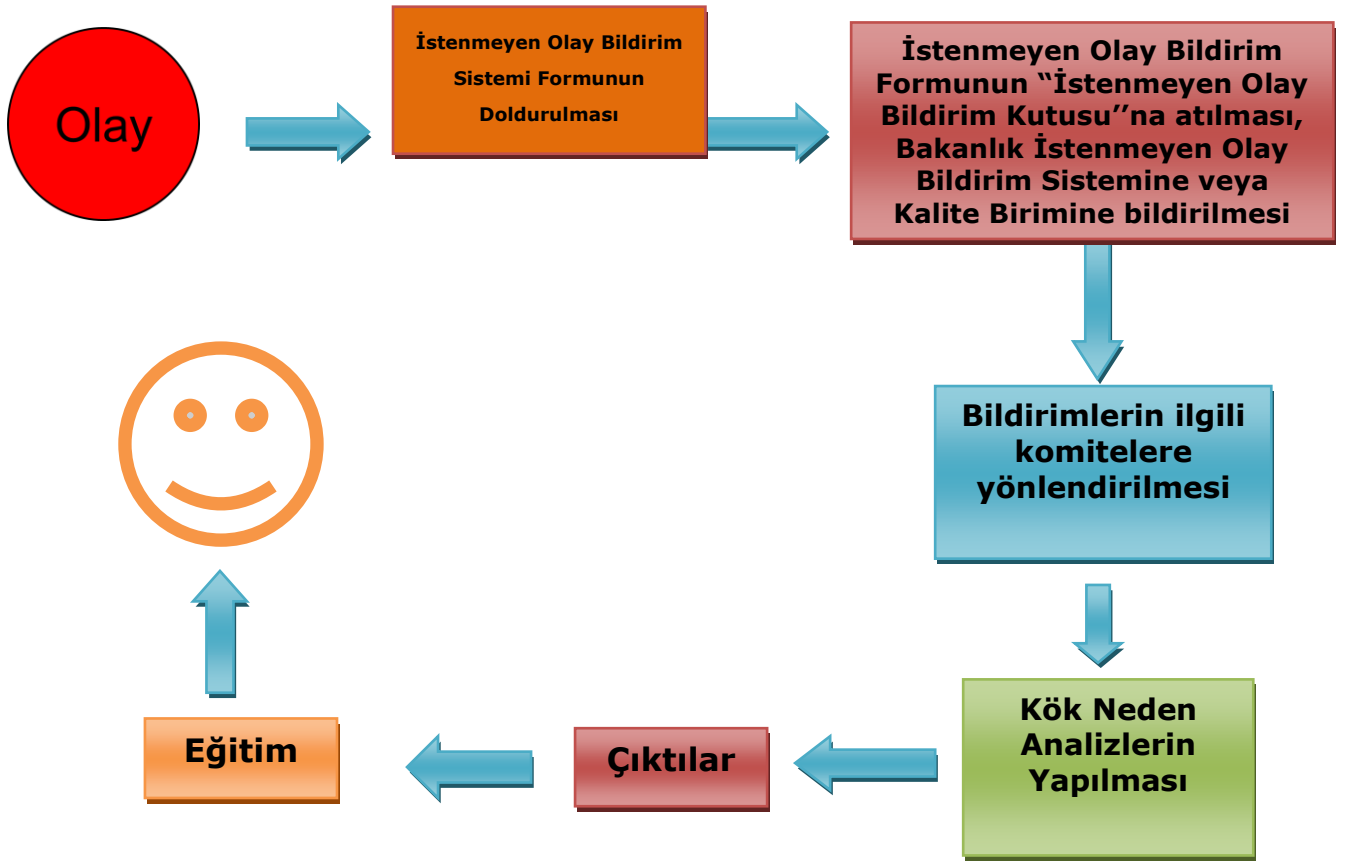
- İş Sağlığı ve Güvenliği ile ilgili eğitimlere katılmak
- Risklerle ilgili zamanında ve eksiksiz bildirimde bulunmak
- Risk ve tehlikelere yönelik işi ile ilgili alınacak tedbirleri uygulamak
- Kişisel koruyucu önlemleri almak ve uygulamak
- Tüm kayıtları eksiksiz ve düzenli tutmak
- İş Kazası, Ramak Kala ve Kaza Bildirimlerinin yapılması,

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Kültürü



12.İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edecek her türlü olayı kapsayacak şekilde hasta güvenliği ve çalışan güvenliği olmak üzere iki ayrı sistemle işletilmektedir. Uygulama aşağıdaki şemada gösterilen basamaklardan oluşup, İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ PROSEDÜRÜNE göre işlem görür.



13.ACİL DURUM AFET YÖNETİMİ

Kriz durumunda ve gerektiğinde faaliyet gösterecek olan Karabük Eğitim ve Araştırma Hastanesi Başhekimliği Afet Koordinasyon Merkezinin teşkilatlanmasını, tertiplenmesini, çalışma usullerini, görev ve sorumluluklarını belirleyen HASTANE AFET PLANI (HAP) hazırlanmıştır.

Bu planın yayınlanmasını müteakip, hastane personeli kendilerine verilen görev ve sorumlulukları yerine getirebilmek için bu plan esaslarına göre teşkilatlanacaklar ve faaliyetlerini plan esaslarına göre düzenleyerek her an göreve hazır bulunacaklardır.

13.Renkli Kodlar

Mavi Kod

Hastanemizde karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik acil uyarı kodu oluşturulmuş "Mavi Kod Uygulama Talimatına" göre işlem görmektedir.

Hastanemiz uyarı sistemini telefon üzerinden yapmakta mavi kod için 2222 olarak belirlenen numara kullanılmaktadır.

Pembe Kod

Hastanede bebek yada çocuk kaçırma riski ve/ veya eylemin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla oluşturulmuş acil uyarı sistemidir. Oluşturulan Pembe Kod uygulama Talimatına göre çalışılır.

Hastanemiz uyarı sistemini telefon üzerinden yapmakta pembe kod için 3333 olarak belirlenen numara kullanılmaktadır.

Beyaz Kod

Hastanemizde görevli personele yönelik şiddet riski/ girişimi varlığında yada şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla acil uyarı sistemi oluşturulmuştur. "Beyaz Kod Uygulama Talimatına" göre çalışılmaktadır. Hastanemiz uyarı sistemini telefon üzerinden yapmakta beyaz kod için 1111 olarak belirlenen numara kullanılmaktadır.

Kırmızı Kod

Hastanemizde çıkabilecek herhangi bir yangın tehlikesi halinde, yangına en hızlı şekilde müdahale edilerek oluşabilecek tehlikeleri ve zararları en aza indirmek ve /veya önlemek amacıyla oluşturulan acil uyarı kodudur. "Kırmızı Kod İşleyiş Talimatına" göre işlem görür. Kırmızı kod için 4444 olarak belirlenen numara kullanılmaktadır.

Turuncu Kod

Turuncu kod; kitle imha silahlarının kullanımı veya kimyasal, biyolojik, nükleer ve radyolojik kazalar neticesinde kontamine olarak hastaneye başvuran hastaları en sistemli ve hızlı şekilde dekontamine etmek ve gerekli tıbbi desteği sağlamak amacıyla oluşturulan kod sistemidir.

14. EĞİTİM YÖNETİMİ

Hastanede tüm birimleri kapsayan eğitim faaliyetlerini tanımlamaktır.

- **Genel Uyum Eğitimi:** Hastanede yeni göreve başlayan personele verilen ve uyum süresini hızlandırmayı amaçlayan eğitimlerdir.
- **Bölüm Uyum Eğitimi;** Bölüme yeni başlayan personele bölüm sorumlusu tarafından, bölümün tanıtılması ve bölüme uyumu hızlandırmak amacıyla verilen eğitimlerdir. Bölüm Sorumlusu aynı zamanda uyum eğitim sorumlusudur.
- **Hizmet İçi Eğitim:** Kurumun Hizmet kalitesi ile hasta ve çalışan memnuniyetini artırmak, çalışanların mesleki bilgi ve becerilerini geliştirmek amacıyla hastanemizin tüm çalışanlarına yönelik düzenlenen eğitimlerdir.
- **Halk Eğitimleri:** Tüm halkımıza yönelik bilgi, beceri ve farkındalık oluşturma adına planlanan eğitimlerdir.
- **Hasta ve Hasta Yakınları Eğitimi:** Hastanemizde tedavi gören hastalar ve yakınlarını hastalıkları ile ilgili tanı ve tedaviyi anlama ve uygulamaya aktif olarak katılmalarını sağlamak, Sağlık Bakanlığı; "Sağlıkta Kalite Standartları'nda" belirtilen hasta ve yakınlarının hastalıklar ve hastaneye uyumu adına gerekli olan eğitim ve bilgilendirmelerdir.
- **Eğitim İhtiyaçlarının Belirlenmesi:** Eğitim ihtiyacı; Sağlık Bakanlığı standart ve yönetmelikleri, çalışanların istek ve önerileri, anket sonuçları, bir önceki eğitimlerdeki belirlenmiş ihtiyaçlar, teknolojik ve mesleki gelişmeler dikkate alınarak ilgili Bölüm Eğitim/İdari Birim Sorumlusu, Bölüm Kalite Sorumluları ve Eğitim Birimi tarafından belirlenir.
- **Hizmet İçi Eğitim Planının Hazırlanması ve Onaylanması:** Bölüm Eğitim/İdari Birim Sorumlusu, Bölüm Kalite Sorumluları ve Eğitim Birimi tarafından hazırlanan eğitim planları, Hastane Başhekiminin onayına sunulur.
- **Eğitim Sunularına Ulaşılabilirlik:** Eğitim sunuları tüm hastane personelinin her an ulaşabilmeleri için, Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden duyuru yapılır.
- **Plan Dışı Eğitimler:** Planlanan eğitimler dışında kalite sisteminin işleyişinden ya da birimlerin ihtiyaçlarından doğan plan dışı eğitimler, Başhekimin onayına sunulur uygun görülmesi halinde eğitim gerçekleşir.
- **Eğitimlerin Gerçekleştirilmesi:** Onaylanan eğitim programları ilgili Bölüm Eğitim/İdari Birim Sorumlusu, Bölüm Kalite Sorumluları ve Eğitim Birimi tarafından tüm birim sorumlularına resmi yazı ve hastane bilgi yönetim sisteminden tebliğ edilir. Eğitim Planına göre ilgili personel planlanan tarihlerde ve saatte eğitimlere katılır. Verilen eğitimler kayıt altına alınarak personel özlük dosyasında saklanır.
- **Oryantasyon Eğitimi:** Hastanemizde göreve başlayan tüm çalışanların, genel oryantasyon eğitimleri 5 iş günü içerisinde yapılmaktadır.

- **Bölüm Uyum Eğitimi:** Hastaneye yeni başlayan ve yer değişikliği yapılan tüm çalışanlara Bölüm Eğitim/İdari Birim Sorumlusu ve Bölüm Kalite Sorumluları tarafından verilir. Verilen eğitimler kayıt altına alınarak personel özlük dosyasında saklanır.
- **Eğitimin Etkililiğinin/Etkinliği Değerlendirilmesi:** Eğitim sonunda eğitimin etkililiği ve etkinliğini ölçmek için ön test-son test, anket ve gözlem yöntemleri kullanılarak ölçülür. Son test sonucu 60'ın altında olan çalışanlara eğitim tekrarı yapılır. Ölçüm sonuçları Eğitim Etkililiği ve Etkinliği Değerlendirme Raporuna kayıt edilerek Başhekimliğe sunulur.

15.SOSYAL SORUMLULUK

Sosyal sorumluluk çerçevesinde hastanemizde tedavi süresince hasta ve refakatçilerin hastanede kullandıkları bazı temel ihtiyaçlar tespit edilmiş, önceden tedarik edilerek hastane bünyesinde uygun bir ortamda düzgün ve düzenli bir şekilde depolanması ve ihtiyaç durumunda kullanılması hedeflenmiştir. İhtiyaç sahibi yoksul ve hasta refakatçinin personelimiz tarafından tespit edilmesi sonrasında bu kişilerin ihtiyaçlarının giderilmesi için bu proje uygulamaya konulmuştur.

Bunun yanında gebe okulu, diyabet okulu, anne sütü ile beslenmenin teşviki, Bebek Dostu Hastane, Anne Dostu Hastane faaliyetleri yapılmaktadır.

16.ORGAN BAĞIŞ BİRİMİ

Hastanemizde organ bağış birimi oluşturulmuş ve sorumluları belirlenmiştir. Hastanemizde beyin ölümü gerçekleşip gerçekleşmediğine karar vermek amacıyla yapılan uygulama ve kriterleri tanımlayan süreç belirlenmiştir.

17.KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ AMAÇ VE HEDEFLERİ

Hastanemizde amaç ve hedefler belirlenmiş olup faaliyet planı düzenlenmiştir. Amaç ve hedefler belirlenirken, iç ve dış çevre faktörleri ile hasta, çalışanlar ve toplumun özellikleri ve geri bildirimleri dikkate alınmıştır. Amaç ve hedeflerimiz temel politika ve değerlerimiz ile uyumludur.

18. KARABÜK EĞİTİM VE ARAŞTIRMA HASTANESİ SWOT ANALİZİ

Güçlü yönler:

- Nitelikli sağlık personeli bulunması
- Yeniliğe ve değişime açık olma
- Güçlü teknolojik altyapı
- Hizmet göstergelerinin verimliliği
- Genel bütçe yanında güçlü bir döner sermaye kaynağının varlığı
- İl merkezindeki tek kamu hastanesi olması
- Yoğun bakım yatak kapasitesinin yüksek olması
- Bölge hastanesi konumunda olması
- Hastanenin yeni yapılmış olması
- Hasta memnuniyet oranlarının yüksek olması
- Eğitim ve Araştırma Hastanesi olması nedeniyle akademik personele sahip olma
- Tanı ve Tetkik birimlerinin fazla olması
- Anjiyo ünitesinin olması
- Tomografi, MR cihazlarının yeterli olması
- Gebe okulunun olması
- Diyabet okulunun olması
- Endoskopi, kolonoskopi ünitesinin bulunması
- Yanık ünitesinin ve plastik cerrahi branşının bulunması
- Geleneksel Alternatif Tıp Merkezinin bulunması
- Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Biriminin bulunması
- KVC ameliyatlarının yapılabilmesi

- Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin bulunması
- Laboratuvar iç kalite ve dış kalite performans testlerinin hedef değerlerde bulunması
- Hekim seçme hakkının bulunması
- Hastane ulaşımının kolay erişilebilir olması

Zayıf yönler:

- Hastanenin yeni yapılmış olmasına rağmen fiziki şartlarda yetersizlik, eksiklik
- İldeki tek kamu hastanesi olması nedeniyle yoğunluk yaşanması
- Üç hastanenin birleşimi ile oluşmuş hastane çalışanlarında kültür farkı
- Hastanedeki mekânsal büyüklük nedeniyle iletişim eksikliği
- Çalışanların eğitime istenen düzeyde katılmasının sağlanması güçlüğü
- Stajyer öğrenci sayısının çok fazla olması
- Çalışanlara yönelik sosyal faaliyetlerin yetersiz olması
- Sertifikalı personel sayısının yeterli düzeyde olmaması
- Ar-ge çalışmaları için yeterli maddi ve insan gücü ayıramama
- Eksik branş hekimlerinin olması(Hematoloji, çocuk psikiyatri, endokrinoloji vb)
- MHRS randevularında bazı branşlarda uzun bekleme sürelerinin olması
- Hekim istifaları ve tayinleri
- Çalışanlarda maddi motivasyon eksikliği
- Personelin yeterince performans değerlendirmesinin yapılmaması
- İşe alımların merkezden olması nedeniyle kalifiye personel seçiminin yapılamaması
- Personelin takdir, ödüllendirmesinin yeterince yapılamaması
- Bilgi İşlem hasta kayıtlarının elektronik ortamda yeterli sayıda yedekleme yapılabilmesinin alt yapısının oluşturulamamış olması
- Primer sezaryan oranlarının yüksek olması
- Onkolojik Tedavi Ünitemizde tüm tedavilerin (ped, radyoterapi vb) yapılmaması.

Fırsatlar:

- Sağlık alanındaki istihdam kalitesinin ve istihdam kapasitesinin artması
- Teknolojinin hizmet sunumunda daha aktif kullanılması
- Hastanenin Sağlık turizminin gelişmesine olanak sağlayacak bir bölgede olması
- Nitelikli hizmet talebindeki artış
- Eğitim ve araştırma hastanesi olması nedeniyle Akademisyen kadronun hastanede bulunması
- İl Merkezinde tek kamu hastanesi olması
- Tıp Fakültesinin açılmış olması
- İlimizde maddi durumu iyi olan dış paydaşların ekonomik yardımı
- Bazı yan dal branşların bulunması
- Eğitim ve araştırma hastanesi olması nedeniyle bölge hastanesi niteliğinde hizmet vermesi

Tehditler:

- Kronik hastalıklardaki artış
- Doğal afetler, salgın hastalıklar ve çevresel tehditler
- Siber saldırılar
- Enerji maliyetlerindeki artış
- Hizmet sunumu ile ilgili mali kaynaklarda oluşabilecek yetersizlik
- Hasta yoğunluğunun artmasıyla gelişebilecek mekan ve personel yetersizliği
- İldeki tek özel hastanenin kapanması durumunda hastanenin hastalara yetememesi
- Tıp fakültesinin Karabük' e gelmesi ve akademik personelin artmasıyla hastanenin kapasite problemi
- Personel arasında kültür çatışmaları
- Nitelikli personel azlığı
- Eksik branşlar nedeniyle kapsamlı hizmet verememe hasta sevklerinin artması
- Hastalarda sağlık bilincinin yerleşmemesi
- Personelde maddi motivasyon eksikliği

- İlimizde Demir-Çelik fabrikası ve marzinc gibi kuruluşların olması nedeniyle yanık, yüksekten düşme, kimyasal tehditlerin olması
- İlimizde hava kirliliğinin ve buna bağlı kronik hastalıkların fazlalığı
- Kozmopolitik insan varlığı
- Hastaların aile hekimliklerini kullanmamaları, hastanelerde yoğunluğa neden olmaları
- Hasta kayıt yedeklemeleri ile ilgili oluşabilecek sorunlar
- Primer sezaryan oranlarındaki yükseklik
- Yabancı dil bilen personelin azlığı
- Stajyer öğrencilerin çok olması nedeniyle yeterince denetimlerinin yapılamaması

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAYLAYAN	Sayfa:
	Kalite Direktörü	Başhekim	21/21