1.Amaç

Bu prosedürün amacı; ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları'nı oluşturan dokümanların hazırlanması, onayı, dağıtımı, kullanımı, güncelleştirilmesi ve iptalinin kontrol altında gerçekleştirilmesi için sorumluluk, yetki ve iş akışlarını tanımlamaktır.

2.Kapsam

Hastanemizde hizmet kalitesi ve verimliliği üzerinde etkisi bulunan doküman yönetim

süreçlerini ve Kalite Yönetim Birimi ile diğer çalışanları kapsar.

3.Kısaltmalar

ISO: International Organization for Standardization (Uluslararası Standartlar Teşkilâtı)

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

Rev.: Revizyon

Rev.No: Revizyon numarası

4.Tanımlar

Basılı Kontrollü Kopya: Kaliteye ilişkin dokümanların (prosedür, talimat, plan, liste, görev tanımları, bilgilendirme broşürü, eğitim broşürü vb) yayınlanması, dağıtımı, değişikliği ve güncelliği kırmızı ''Kontrollü Kopya'' kaşesi basılarak Kalite Birimi tarafından oluşturulan belgedir. Kontrollü kopya kaşesi bulunan dokümanlar asılmaz, birimlerde kalite dosyasında muhafaza edilir.

Dış kaynaklı doküman: H a s t a n e m i z c e hazırlanmamış fakat faaliyetlerin gerçekleşmesinde faydalanılan tüm dokümanlardır.

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

Dokümanın adı: Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder.

Dokümanın Kodu: Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, Kalite Yönetim Birimi tarafından doküman yönetim sistemi rehberinde ve Kalite El Kitabında belirtilen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

Form: İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

İptal: Üzerinde revizyon yapılarak eski kalite dokümanı statüsüne giren kayıtlara İPTAL kaşesi basılarak eski kopyaları imha edilir.

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

Plan: Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapılacağını gösteren dokümandır.

Prosedür: Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.

Rehber: Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.

Revizyon: Hazırlanmış olan dokümanlarda, herhangi bir uygunsuzluğun giderilmesi ya da geliştirilmesi amacı ile yapılan değişikliklerdir.

Rev. No: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

Rev. Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Yardımcı doküman: Proseüdür, talimat, form, liste, plan, rehber, rıza belgesi ve dış kaynaklı doküman dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümanlardır. Politika, proses, broşür, etiket vb. dokümanlardır.

5. Sorumlular:

5.1 Onay ve yürürlük

Bu prosedür Başhekim onayından sonra yürürlüğe girer.

5

.2 Prosedürün Kullanıcıları

Kalite Yönetim Direktörü her türlü faaliyet ve operasyonun onaylı prosedür ve talimatlar tarafından yapılmasından ve tarif edilmesinden, yeni prosedür ihtiyaçlarını belirlemekten, bunların en iyi bilgi ve tecrübelerin birikimiyle kurulmasından sorumludur. Birim Kalite Sorumluları, kendi birimlerine ilişkin doküman yönetiminden sorumludur.

6

. Faaliyet Akışı / Prosedür

.1.Genel

6

.1.1. Hastane ile ilgili işleyişlerde Kalite Yönetim Direktörü, komiteler ve birimlerle işbirliği içinde hangi operasyon ve faaliyetlerin prosedürler ve talimatlar vasıtasıyla kontrollü ve/veya yazılı hale getirileceğinin belirlenmesinden sorumludur.

6

6.1.2. Prosedürler ve talimatlar genellikle birden çok kişinin katıldığı grupların (komiteler) koordinasyonunda, belirli planlar dâhilinde hazırlanır. Resmi bir prosedür gerçekçi ve kullanılabilir olmalıdır. Prosedür ideali değil, gerçekte ne yapıldığını tam olarak yansıtmalıdır. Prosedürün ve prosedürde kullanılacak talimatların detay seviyesi, faaliyetin önemine ve ilgili dokümanları kullanacak çalışanların eğitim seviyesine göre değişebilir.

6 .1.3. Yeni bir prosedür yazılırken veya mevcut bir prosedür revize edilirken, prosedürün atıfta bulunduğu veya ilişki içinde olduğu diğer prosedürlerle uyumu gözden geçirilmelidir.

6

.1.4. Prosedürleri ve ilgili dokümanları hazırlayan kişiler, hazırlanan dokümantasyonun yeterliliğinin sağlanması amacıyla ilgili tüm dokümanlara ulaşma yetkisine sahiptir.

6

.1.5. Doküman hazırlamada temel hedef, gerçekten gerekli ve faydalı olacağı düşünülen en az sayıda doküman hazırlanmalıdır.

6 .2.Doküman ihtiyacının belirlenmesi: Kalite Yönetim Direktörü ve Bölüm Kalite Sorumluları tarafından SKS'nin tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir. **.2.1.**SKS'de standart ya da değerlendirme ölçütlerinde; ''tanımlanmalıdır'' ya da ''belirlenmelidir'' şeklinde ifade edilen durum, süreç ya da görevler için doküman ya da kayıtlı bir belge oluşturulmalıdır.

Hazırlanacak dokümanların içeriği ve sayısını aşağıda belirtiler durumlar etkiler.

• Hastanenin büyüklüğü, hizmet sunum alanları,

• Kurum süreçlerinin karmaşıklığı,

• Kurumda çalışanların bilgi, beceri, tecrübe ve eğitimleri

6

.2.2. Kurum işleyişi sırasında ekstra yeni bir dokümana ihtiyaç duyulursa, ilgili bölüm sorumlusu tarafından Kalite Yönetim Birimi'ne ihtiyaç bildirilir ve birlikte ihtiyaç değerlendirilir.

6.2.3. İhtiyaç olduğu belirlenen dokümanın cinsine (prosedür, talimat, form, liste, plan vb.) karar verilir.

6.3. Doküman Hazırlanması: Hazırlanma ihtiyacı belirlenen doküman ilgili birim sorumlusu, komite/ ekipte çalışanlar tarafından birlikte hazırlanır. Doküman anlaşılır olmalı, öz bilgiler içermeli, açık ve net olmalıdır.

6.4. Hazırlanan dokümanların kontrol süreci ve kodlanması: Taslak olarak hazırlanan dokümanlar, Kalite Yönetim Direktörü tarafından incelenir ve kontrolü yapılır.

6.4.1. Bilgisayar ortamında hazırlanmamışsa; bilgisayara aktarır, dokumanda gerekli düzenlemeleri yapar.

6.4.2. Dokumanın nizampajı, yazım karakteri, punto düzenlemelerini ve içerikte eklenmesi gerekenler ve ilgili dokümanları ilave eder. Dokumanı ''Kalite Dokümanları Kod Listesi'' ne göre numaralandırır.

Kodlanması: Hastanemizde kullanılan tüm dokümanlara bir kod numarası verilir. Kodlama, dokümanın takibini kolaylaştırmak ve tanınırlığını sağlamak açısından ortak bir dil oluşturur. Hastanemizde dokümanların kodlamasında ''Kalite Dokümanları Kod Listesi'' kullanılır. Bölüm Adının kısaltması, doküman türü, numarası ile kodlama yapılır. Örneğin: YÖN.PR.01 Yönetime ait 1 numaralı prosedürü ifade eder.

6.4.3. Sağlıkta Kalite Standartları Doküman Yönetimi Rehberi doğrultusunda, doküman formatını düzenler.

Doküman türleri için format şartı:

Prosedür ve talimat: Hastanemizin tüm prosedür ve talimatlarında, Kurum logosu ve aşağıdaki bilgiler bulunur:

• Dokümanın adı,

• Kodu/Dokuman Numarası

• Yayın tarihi

• Revizyon numarası

• Revizyon tarihi

• Sayfa no

• Hazırlayan, inceleyen, onaylayan bilgileri

Rehber: Kapak sayfasında dokumanın adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev. tarihi, sayfa numarası, hazırlayan bulunur. Orijinal nüshasında, ikinci sayfasında hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü yer alır.

Form: Bir takım bilgileri kaydetmek için alanlarda kullanılan formlarda, doküman adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev.tarihi ve sayfa numarası bulunur. Orijinal nüshasında; ilave olarak dokümanı hazırlayan, inceleyen ve onaylayan bölümü de bulunur.

Rıza belgesi: Orijinal nüsnasında; dokumanın adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev. tarihi, sayfa numarası, hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü yer alır. Hasta/hasta yakını ve hekimlerin imzaladığı alanlarda kullanılan rıza formlarda hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümleri bulunmaz.

Plan: Dokumanın adı, numarası, yayın tarihi, rev. no, rev. tarihi, sayfa numarası, hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü yer alır.

dokumanda ilave olarak hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü yer alır.

Dış kaynaklı doküman: Format şartı aranmaz, orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcılar tarafından kullanılır.

6.4.4. Dokümanı ilgili birim ile son halini değerlendirir. Hazırlayan Bölüm Sorumlusu ve inceleyen/kontrol

eden Kalite Yönetim Direktörü tarafından imzalanır.

6.5. Dokümanların onaylanması: Kalite Yönetim Direktörü tarafından Kalite Yönetim Sistemine uygunluğu açısından değerlendirilir. Kalite Yönetim Direktörü tarafından gözden geçirilmiş tüm dokümanlar Başhekim onayına sunulur. Tüm dokümanlar Başhekim onayı ile yürürlüğe girer. Dokümanda onaylayan bölümünü imzalar.

6 .6. Dokümanların dağıtılması ve duyurulması: Onaylanan doküman, Kalite Yönetim Direktörü tarafından ilgili birimlere bildirilir ve dağıtımı yapılır. Dokümana yayın tarihi yazılır.

6

.6.1. Kalite Yönetim Direktörü tarafından Hastane web sayfasında bulunan ‘’Dokümanlar’’ kısmına PDF olarak yüklenir yüklenir. İlgili birimlerin mail adresine, dokümanı ve hazırlanış nedeni belirterek, PDF formatındaki doküman mail yolu ile iletir ve ilgili whatsapp grubunda yeni doküman paylaşılarak duyurusu yapılır.

6.6.2.Bölümler kendilerine verilen basılı dokümanları Kalite Dokümanları dosyalarında saklar.

6.6.3. Kullanıcılara doküman ile ilgili eğitim; Kalite Yönetim Direktörü tarafından yapılır.

6.7. Dokümanların güncellenmesi/revizyonu: Mevcut kullanımda olan dokümanlar rutin olarak; Kalite Yönetim Direktörü ve ilgili Bölüm Kalite Sorumluları ile birlikte, yılda bir gözden geçirilir. Gözden geçirme tarihi ‘’Kalite Kayıtları Listesi’’ ne kaydedilir.

6.7.1.Gözden geçirilen dokümanda, yetersizlik ya da ilaveler yapılmasına karar verilirse, doküman güncellenir.

6.7.2.SKS’ yapılan güncelleme, değişikliklere ve kurum içindeki süreçlerde oluşan değişikliklere göre dokümanlarda güncelleme yapılabilir.

6

.7.3. Kullanımda olan bir dokümanda birim çalışanları ve /veya yöneticileri tarafından değişiklik, düzeltme, ekleme, düzenleme talepleri olduğunda, Kalite Birimine bildirilir.

6

.7.4. Talep Kalite Yönetim Direktörlüğü’nde değerlendirilerek uygun bulunur ise ilgili bölüm ile birlikte gerekli değişiklik ve düzenlemeler yapılır.

6

.7.5. Bir doküman revizyon yapılırken, prensipte yeni bir doküman yazılıyormuş gibi tüm aşamaları yeniden takip eder.

6

.7.6. Bir sayfada değişiklik meydana geldiğinde dokümanda toptan bir revizyon yapılmış kabul edilir. Yapılan revizyon tarih ve numaraları dokümanın üst kısmındaki revizyon kısmına, son revizyon numarası ve tarihi olarak kaydedilir.

6 .7.7.Tüm dokümanların son revizyonlarını ve sorumlu olan bölümleri göstermek amacıyla Güncel Doküman Listeleri hazırlanır. Dokümanların güncelliği Güncel Doküman Listesi’nde takip edilir.

Dokümanın revizyon yapılmış orijinal son hali, iptal edilmiş dokumanın üstüne konarak muhafaza edilir.

6.7.8. Revize edilmiş doküman Hastane web sitesindeki Dokümanlar kısmından bulunan eski doküman silinir, yerine, revize edilmiş doküman PDF olarak yüklenir. İlgili birimlerin mail adresine dokümanın revize edilmiş hali mail ile

gönderilerek, revizyonu bildirilir. Dokümanın iptal edilmiş halinin basılı kontrollü kopyası birimde bulunuyorsa; geri alınır ve Kalite Birimi tarafından imha edilir.

6.7.9. Kalite El Kitabı'nın içeriğinde yapılan revizyonlar 6.7. maddesine göre gerçekleştirilir.

6.8.Dokümanların muhafazası ve arşivlenmesi: Kalite Sisteminde tanımlanmış bulunan tüm dokumanlar Kalite Birimi tarafından orijinal çıktısı alınır. Hazırlayan, inceleyen/kontrol eden ve onaylayan imzaları alınarak, orijinal doküman kalite biriminde muhafaza edilir. Dokümanların ilk hali ve revizyon görmüş tüm orijinalleri kalite yönetim biriminde arşivlenir. Dokümanların muhafazası ve arşivlenmesi ''Kalite Kayıtlarının Yönetimi Prosedürü'' ne göre yapılır.

6.9. Dokümanların kullanımdan kaldırılması: Dokümanların iptali ve kullanımdan kaldırılması Kalite Yönetim Direktörü'nün sorumluluğundadır. Tüm dokümanların kullanımdan kaldırılması ve imhası ''Kalite Kayıtlarının Yönetimi Prosedürü'' ne göre yapılır.

6.9.1.Güncellenmesi/Revizyonu yapılan doküman Hastane web sayfasında bulunan dokümanlar kısmından silinir. Birimlerde bulunan eski doküman kalite birimi tarafından toplanarak imha edilir.

6

.9.2. Kalite biriminde muhafaza edilen eski orijinal dokümana ''İptal'' kaşesi basılır.

6

.9.3. Dokümanın revize edilmiş haline Kalite Kayıtları Listesinde revizyon numarası ve revizyon tarihi kaydedilir.

6

.9.4. Tamamen iptal edilecek olan dokümanlarda, kalite kayıtları listesinde iptal edildiği kaydedilir. Yeni hazırlanacak bir doküman için boşalan kod numarası kullanılabilir.

6.10.Dokümanların İmhası: Dokümanların imhası, ''Kalite Kayıtlarının Yönetimi Prosedürü'' ne uygulanır. Kalite Yönetim Direktörü yürürlükten kalkmış dokümanların orijinallerini süresiz saklar. Elinde bulunan bir dokümanın revize edildiğinden haberdar edilen herkes, eski dokümanı yenisi ile değiştirmekten sorumludur. Eski dokümanlar Kalite Birimi tarafından toplatılarak imha edilir. Kalite Yönetim Direktörü' nden izin alınmadan eski dokümanlar kullanılmasa dahi saklanamaz, kopyalanamaz ve dosyalanamaz.

Kalite takipleri (proses, indikatör, eğitim, anket, öneri ve şikayet vb kayıtları) 5 yıl süre ile, Bölümlerde kullanılan takip formları (ısı-nem, temizlik, ilaç sayım vb) 3 ay süre ile muhafaza edilir. Muhafaza süresi dolan dokümanlar, takip formları okunmayacak şekilde parçalara ayrılarak, kağıt atık olarak imha edilir.

6.11.Dış kaynaklı dokümanların yönetimi: Dış kaynaklı dokümanlar, ''Dış Kaynaklı Doküman Prosedürü'' ne göre uygulanır. Hastanemiz tarafından hazırlanmamış, fakat işleyişte kullanılan dış kaynaklı dokümanlar, orijinal hali ile kullanılır. ''Dış Kaynaklı Doküman Listesi'' ne kaydedilir. Örneğin: Sağlıkla kalite standartları, mevzuat, rehber, protokoller, Sağlık Müdürlüğü formları vb.

6 .11.1.Dış kaynaklı dokümanlar tedarikçilerden, diğer resmi veya özel kuruluşlardan, web sayfasından, ilgili müdürlüklerden temin edilebilir.

6

.11.2.Dış kaynaklı dokümanlar, Kalite Yönetim Direktörü tarafından takip edilir, Kalite Yönetim Direktörü tüm hastane de birimlere kullandıkları dış kaynaklı dokümanları kendisine bildirmesini talep eder, bildirilen dokümanları elektronik ortamda kayıt altına alır. Belirli periyotlarda 6 ayda veya yılda bir kontrol edilerek güncellenir.

6.11.3. Kullanım alanlarında dış kaynaklı dokümanların güncel olması sağlanır.

6.12.Kalite Dokümanları:

6.12.1.Prosedürlerin içeriği

Prosedürler aşağıdaki 7 başlık içerir:

• **1.Amaç**

• **2.Kapsam**

• **3.Kısaltmalar**

• **4.Tanımlar**

• **5.Sorumlular**

• **6. Faaliyet Akışı /Prosedür**

• **7.İlgili Dokümanlar**

Bu başlıklar azaltılamaz ve ek başlık eklenemez. Eklenmesi gereken başlıklar prosedür aşaması olarak tanımlanmalıdır.

Başlıkların kapsaması gereken ana başlıklar şöyledir:

1.**Amaç:** Prosedürün hangi amaçla hazırlandığı yazılır.

2.Kapsam: Hazırlanan prosedürün sınırları belirler. Prosedürün hangi faaliyetleri veya hangi hizmet bölümlerini kapsadığı belirlenir.

3.Kısaltmalar: Prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listesi sıralanır.

4.Tanımlar: Prosedürün faaliyet akışı bölümünde yer alan ve açıklamasında fayda olacağı düşünülen kavramlar tanımlanır.

5

.Sorumlular: Prosedürü bilme, uygulama ve prosedür ile belirtilen faaliyetleri kontrol etme görevi olan tüm sorumlular sıralanır.

6

.Faaliyet Akışı/ Prosedür: Faaliyetin yeterli şekilde detaylı ve adım adım tarifinin yapılmasıdır. Kapsamlı kullanım talimatları ve operatörün temelde bildiği şeyler prosedüre yazılmaz, bunun yerine atıfta bulunulur. **Adım 1:** İşin başladığı andaki ilk faaliyetten başlanarak tüm faaliyetler sıralanır.

Adım 2: Her faaliyet için; Ne? Neden? Ne zaman? Nerede? Nasıl? Kim? Sorularından uygun olanların cevabı aranır. **Adım 3:**Alınan cevaplar bir anlam bütünlüğü içerisinde cümlelere dönüştürülerek prosedür hazırlanmış olur. **Adım 4:** İşlem basamakları içerisinde yer alan bir faaliyet başka bir doküman yazmayı gerektirecek kadar uzunsa veya bu faaliyet için daha önce bir doküman hazırlandıysa, prosedürde bu dokümana atıf yapılır.

7.İlgili Dokümanlar: Bu doküman/prosedürde bahsedilen tüm dokümanlar listelenir.

Prosedürlerin Taslak Olarak Yürütülmesi

Prosedürler resmen uygulamaya geçirilmeden işlerliğinin gözden geçirilmesi açısından taslak olarak hazırlanıp takip edilebilir. Prosedürün gerçekte uygulamaya geçirilmesi ancak Kalite Biriminin ilgili prosedürün değişikliklerini tanımlayarak onaylarının sisteme tamamlatılması ile başlar.

Prosedürlerin Tanımlanması

Kalite Yönetim Direktörü prosedürlere ‘’Kalite Dokümanları Kod Listesi’’ ne göre bir numara verir. ‘’Kalite Dokümanları Kod Listesi’’ nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin; Doküman Yönetimi Prosedürü YÖN.PR.01 olarak tanımlanmıştır.

‘’YÖN’’ dokümanın kalite birimine ait olduğunu,

‘’01’’ ise prosedürün kalite birimine ait 1 numaralı prosedür olduğunu ifade eder.

6.12.2.Talimatların içeriği

Tek bir faaliyetin nasıl gerçekleştirildiğini anlatan dokümanlardır. Hazırlanmasında prosedür hazırlanma süreci ile aynıdır. Bu faaliyette Ne? Neden? Nerede? Ne zaman? Nasıl? Kim tarafından? Sorularına cevaplar bulunur. • **1.Amaç**

• **2.Kapsam**

• **3.Tanımlar**

• **4.Uygulama**

• **5.İlgili Dokümanlar**

Bir cihazın kullanımı gibi spesifik işlerin tarifinde düz metin olarak talimat yazılabilir. Aynı şekilde talimatla verilmek istenen bilgi şekilsel veya tablo ifadeleri ile anlatılmışsa bu başlıklar kullanılmayabilir. Talimatların yazım formatı kullanım ihtiyacına göre serbest bırakılmıştır.

Bir iş talimatına yukarıda sıralanan başlıklara ek olarak konu ilgili başka başlıklar da eklenebilir (örneğin: emniyet şartları, raporlama v.s.)

Kalite Yönetim Direktörü talimatlara'' Kalite Dokümanları Kod Listesi'' ne göre bir numara verir. ''Kalite Dokümanları Kod Listesi'' nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin; Ameliyathane Temizlik Talimatı AML.TL.20 olarak tanımlanmıştır.

‘ ’AML’’ dokümanın Ameliyathane birimlere ait olduğunu,

“

TL” dokümanın talimat olduğunu,

‘

‘20 ‘‘ ise talimatın tıbbi birimlere ait yirmi numaralı talimat olduğunu ifade eder.

6.12.3.Kalite El Kitabı tanımlanması

Kalite El Kitabı kapak sayfasının üst kısmında hastane logosu, orta bölümünde hastanenin tam ismi, "Kalite El Kitabı" yazısı, alt bölümde ise, yayın tarihi, baskı no'su, kontrollü veya kontrolsüz kopya olduğu bilgileri bulunur. Kapak sayfasından sonra, içindekiler, revizyon takip çizelgesi ve hastane tanıtımı bulunur.

Revizyonlar bölüm bazında yapılır, revizyonsuz hal "00"dır, daha sonra her revizyonda birer arttırılarak devam eder. Kalite El Kitabı’ nın ilk baskı numarası "0"dır. Kalite El Kitabındaki toplam revizyon sayısı 20'ye ulaşınca yeniden yayınlanır ve baskı numarası bir arttırılır, revizyon numarası sıfırlanır.

Kalite El Kitabı’nda yapılan revizyonlar Bölüm B’de Revizyon Takip Çizelgesine işlenir ve değişiklik sebebi kısaca izah edilir.

Kalite El Kitabı sayfa düzeninde üst kısımda hastane logosu, Kalite El Kitabı yazısı, bölümün adı, bölüm numarası ve sayfa no'su, revizyon numarası, revizyon ve yayın tarihi bilgileri bulunur. Alt kısımda hazırlayan ve onaylayanın imzası bulunur. Sayfa numarası "N/X" şeklindedir. "X" sayfaya ait numarayı, "N" ise toplam sayfa sayısını gösterir. Kalite El Kitabı’nın hazırlanmasını, revizyonunu, dağıtımının yapılmasını, dağıtım ile ilgili dağıtım kayıtlarının tutulmasını ve yönetimini Kalite Yönetim Direktörü, sağlar. Kalite El Kitabı’nın her sayfası hazırlayan olarak Kalite Yönetim Direktörü tarafından imzalanır ve Başhekim tarafından onaylanarak yürürlüğe girer.

Kalite El Kitabı’nın orijinali Kalite Birimi'nde bulunur.

Kalite El Kitabı’nın doküman kodu KEK' dir.

6.12.4.İndikatör/Gösterge İçeriği

Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan ''Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi'' doğrultusunda ve ayrıca hastanemizde takip edilmesi belirlenmiş olan indikatör/göstergeler hazırlanıp takip edilir. ''İndikatör (Gösterge) İzlem Prosedürü'' ne göre uygulanır.

İndikatör/Gösterge kartı: Takip edilen indikatör/gösterge kartında aşağıda belirtilen bilgiler bulunmalıdır. • İndikatörün adı,

• ''Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetimi Rehberi''nde belirtilen indikatör/gösterge kodu, • Tanımı

• Amaç

• Hesaplama yöntemi / Formülü

• Alt indikatörleri /göstergeleri

• Hedef değeri

• Veri kaynağı

• Veri giriş periyodu

• Sorumlular

• Sonuçların paylaşılacağı kişiler

• Açıklama

Bildirim Formu: İndikatörlerin birimler tarafından bildirim yapılacak form bulunur.

Veri toplama ve analiz formu: İndikatör verilerinin toplu kaydedildiği veri toplama formu ve aylık analiz yapılan formdur.

Yıllık veri analiz formu: Yıllık değerlendirmenin takip edildiği formdur.

Kalite Yönetim Direktörü talimatlara ''Kalite Dokümanları Kod Listesi'' ne göre bir numara verir. ''Kalite Dokümanları Kod Listesi'' nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin; İND.FR.01 Düşen hasta oranı indikatör kartı İND.FR.01 olarak tanımlanmıştır.

‘

‘İND’’ dokümanın İndikatör olduğunu,

‘

’FR ‘‘ doküman türünün Form olduğunu,

‘

’01 ‘‘ ise İndikatör yönetimine ait 1 numaralı form olduğunu ifade eder

6.12.5.Proses İçerikleri

Prosesler bölümlerin performans parametrelerinin belirlenip takip edildiği dokümanlardır. Proses içeriğinde aşağıdaki bilgiler bulunur;

• Amaç

• Prosesin sınırları

• Proses sahibi

• İhtiyaç duyulan girdiler

• İhtiyaç duyulan ayrıntılı kaynaklar

• Proses Çıktıları

• Proses Faaliyetleri

• Proses performans kriterleri

• B u prosesle ilgili prosedürler, Etkileşen prosesler

Kalite Yönetim Direktörü proseslere kod numarası verir. Örneğin; ‘’Ameliyathane Prosesi’’ YÖN.PS.01 olarak tanımlanmıştır.

‘ ’YÖN’’ Yönetime ait olduğunu

‘

‘PS ‘‘ doküman türünün proses olduğunu,

‘

’01 ‘‘ ise Yönetimin 1 numaralı prosesi olduğunu ifade eder.

6.12.6. Rehberlerin içerikleri ve hazırlanması:

Rehberler, hastanemiz çalışanları ya da hastanemizden hizmet alan kişiler için yol gösterme ya da bilgilendieme amacı ile hazırlanan dokümanlardır.

SKS Kapsamında hazırlanması istenen rehberleri aşağıdakilerdir.

• Genel ve Bölüm Uyum Eğitimleri İçin Rehber

• Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi

• Hastane Bilgi Rehberi

• Biyokimya Test Rehberi

Rehberlerin hazırlanma aşamalarında aşağıdaki adımlar izlenir:

Adım 1: Rehberlerin içeriğinde yer alacak konular belirlenir.

Adım 2: İçerikte yer alacak konular hakkında sunulacak bilgiye karar verilir.

Adım 3: Sunulacak bilgi, metin ve görsel anlamda bir araya getirilerek rehber hazırlanır.

Rehberde önemli olan kullanıcısına verilmesi arzu edilen bilgiyi içerecek şekilde oluşturulmasıdır. Verilmesi arzu edilen bilgi kısa, öz ve anlaşılır bir formatta bir araya getirilmelidir.

Rehberin orijinal nüshasında hazırlayan, inceleyen ve onaylayan bölümleri bulunur, basılı olarak kullanım alanlarındaki rehberlerde, Doküman adı, doküman no, yayın tarihi, rev.no, rev, tarihi, sayfa no ve hazırlayan bilgileri bulunur.

Kalite Yönetim Direktörü rehberlere kod numarası verir. Örneğin; ‘Biyokimya Test Rehberi’’ BİY.RHB.01 olarak tanımlanmıştır.

‘ ’BİY’’ Biyokimya laboratuvarına ait olduğunu,

‘

‘RHB ‘‘ doküman türünün rehber olduğunu,

‘

’01’‘ ise Biyokimya laboratuvarının 1 numaralı rehberi olduğunu ifade eder.

5.12.7.Planların hazırlanması:

Planlama, gelecekte gerçekleştirilecek faaliyetlerin bugünden belirlenmesidir. Gerçekleştirilmesi düşünülen faaliyetlerin arzulanan şekilde sonuçlandırılabilmesi iyi bir planlama gerektirir. Planlarda, ne, ne zaman, nasıl, nerede, kim tarafından, hangi sürede sorularının cevapları uygun formatta bir araya

getirilerek oluşturulur. Planların orginal nüshasında hazırlayan, inceleyen ve onaylayan bölümü bulunur, kullanım alanlarında bulunan planlarda hazırlayan, inceleyen, onaylayan bölümü bulunmasına gerek yoktur.

Kalite Sorumlusu planlara Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin; ''Yıllık Eğitim Planı'' EĞT.PL.01 olarak tanımlanmıştır.

''EĞT'' dokümanın Eğitim birimlerle ilgili olduğunu, ''PL '' doküman türünün plan olduğunu,

''01 '' ise planın Eğitim birimine ait 1 numaralı plan olduğunu ifade eder.

6.12.8.Listelerin hazırlanması:

Kalite sistemi dâhilinde kullanılan listeler ilgili bölümler tarafından hazırlanır. Hazırlanan ve onaylanan listelerin orijinalleri Kalite Birimi'nde bulunur. Hazırlanan listeler Başhekim'in onayıyla yürürlüğe girer.

Kalite Sorumlusu listelere Kalite Dokümanları Kod Listesi'ne göre bir numara verir. Kalite Dokümanları Kod Listesi'nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin; ''Yüksek Riskli İlaçlar Listesi'' ECZ.LS.03 olarak tanımlanmıştır.

‘

’ECZ'' dokümanın Eczane birimlere ait olduğunu,

‘

’LS'' doküman türünün liste olduğunu,

‘

‘03'' ise listenin Eczane birimlere ait 3 numaralı liste olduğunu ifade eder.

6.12.9.Formların hazırlanması:

Kalite sistemi dâhilinde kullanılan formlar, ilgili departmanlar tarafından hazırlanır ve Kalite Yönetim Direktörünce uygun bulunanların Kalite Yönetim Direktörü tarafından doküman numarası, yayın/ revizyon tarihi ve revizyon numarası verilir. Formların orijinallerinde hazırlayan, inceleyen ve onaylayan bölümleri bulunur. Kalite Yönetim Direktörü ve Başhekim ‘in imzalarıyla yürürlüğe girer. Formların dağıtımı kalite birimi tarafından, kullanacak olan ilgili birimlere mail gönderir, ilgili personel whatsapp grubunda paylaşarak gerçekleşir. Hastane web sitesinde ''Kurumsal'' bölümünde, ''Dokümanlar'' kısmında tüm dokümanlar PDF formatında yüklenmiştir. Her yeni form Kalite Yönetim Direktörü tarafından web sayfasına yüklenir.

Kalite Yönetim Direktörü formlara ''Kalite Dokümanları Kod Listesi''ne göre bir numara verir. ''Kalite Dokümanları Kod Listesi''nde birimler ve doküman türlerine kısa kodlar verilmiştir. Örneğin; ''İç Haberleşme Formu'' YÖN.FR.01 olarak tanımlanmıştır.

‘

’YÖN'' dokümanın kalite birimine ait olduğunu,

‘FR '' doküman türünün form olduğunu ,

‘

’01'' ise formun Yönetim birimine ait 1 numaralı form olduğunu ifade eder.

‘

6.12.10.Rıza belgeleri / Bilgilendirilmiş onam içerikleri ve hazırlanması: Rıza belgeleri ilgili bölüm sorumlusu tarafından hazırlanır, hazırlanan doküman kalite birimine kontrol ve kodlanması için iletilir.

Rıza belgesi/ bilgilendirilmiş onam formları, asgari aşağıdaki konuları içerir.

• İşlemin açıklaması

• İşlemden beklenen faydalar

• İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar

• Varsa işlemin alternatifleri

• İşlemin riskleri ve komplikasyonları

• İşlemin tahmini süresi

• Kullanılacak ilaçların muhtemel istenmeyen etkileri ve dikkat edilecek hususlar

• Hastanın işlem öncesi ve sonrası dikkat etmesi gereken hususlar ile dikkat edilmemesi durumunda yaşanabilecek sorunlar

• İşlemi uygulayacak kişinin adı, soyadı, unvanı, imzası ve tarih

• Hastanın adı, soyadı, imzası ve tarih bilgisi

6.12.11:Görev tanımları hazırlanması ve içeriği:

Görev tanımları, kapsayıcı ve net, çatışmaya yol açmayacak şekilde ilgili birim yöneticisi ve insan kaynakları tarafından hazırlanır ve birimler arası ilişkileri içerecek şekilde düzenlenir.

Görev tanımları içeriği:

• Görev Unvanı

• Çalıştığı Bölüm/Birim

o Bağlı Olduğu Bölüm Yöneticisi / Amir ve Üst Amirler

o Kendisine Bağlı Kadrolar

o Yerine Vekalet Edecek Kişi /Görev Devri (herhangi bir nedenle görevinde olmadığı durumlarda, görevlerini yerine getirecek kişiler)

• Yetkinlik Bilgileri

- o Öğrenim
- o Deneyim
- Eğitim
- o
- Kullanması Gereken Cihaz ve Ekipmanlar
- o

• İşinde Gizlilik Gerektiren Durumlar

• Görev Amacı, Tanımı

o Temel İş/Görev, Yetki ve Sorumluluklar

o Yetkiler

o Sağlık Meslekleri için Etik İlkeler

o Çalışma Saatleri

Kalite Sorumlusu görev tanımlarına ‘’Kalite Dokümanları Kod Listesi’’ ne göre bir numara verir. Görev tanımları Yönetim üzerinden tanımlanmıştır. Örneğin ‘’Başhekim Görev Tanımı’’ İK.GT.01 olarak kodlanmıştır. ‘

’İK ‘’ görev tanımının İnsan Kaynaklarına ait bir görev tanımı olduğunu,

GT ‘ doküman türünün görev tanımı olduğunu,

‘

01 ‘ ise görev tanımının 1 numaralı idari görev tanımı olduğunu ifade eder.

‘

6.13. Dokümanların Panolara asılması: ‘’Panolara Asılan Dokümanlara Yönelik Yazılı Düzenleme Talimatı’’ doğrultusunda uygulama yapılır. Hasta ve çalışanlar için bilgilendirme dokümanlarının nereye, kimin kontrolünde ne kadar süre ile asılı olacağı belirlenmiştir. Panolarda asılı dokümanlar güncel ve görsel olarak uygun şekilde asılır.

7.İlgili Dokümanlar

Dış Kaynaklı Doküman Listesi

Kalite Dokümanları Kod Listesi

Kalite Kayıtları Listesi

Dış Kaynaklı Doküman Prosedürü

GöstergeİzlemProsedürü

Panolara Asılan Dokümanlara Yönelik Yazılı Düzenleme Talimatı

Sağlıkta Kalite Standartları Doküman Yönetimi Rehberi (Dış kaynaklı doküman)