

MİSYONUMUZ

Hasta güvenliğine odaklı kaliteli sağlık hizmetini tıbbi etik kurallardan ödün vermeden topluma sunmak.

VİZYONUMUZ

Tıbbi, etik ve bilimsel değerlere önem veren akademik nitelikli kadromuz ve yetkin çalışanlarımız ile; Türkiye’de ve uluslararası düzeyde öncü bir sağlık kuruluşu olmak.

KALİTE POLİTİKAMIZ

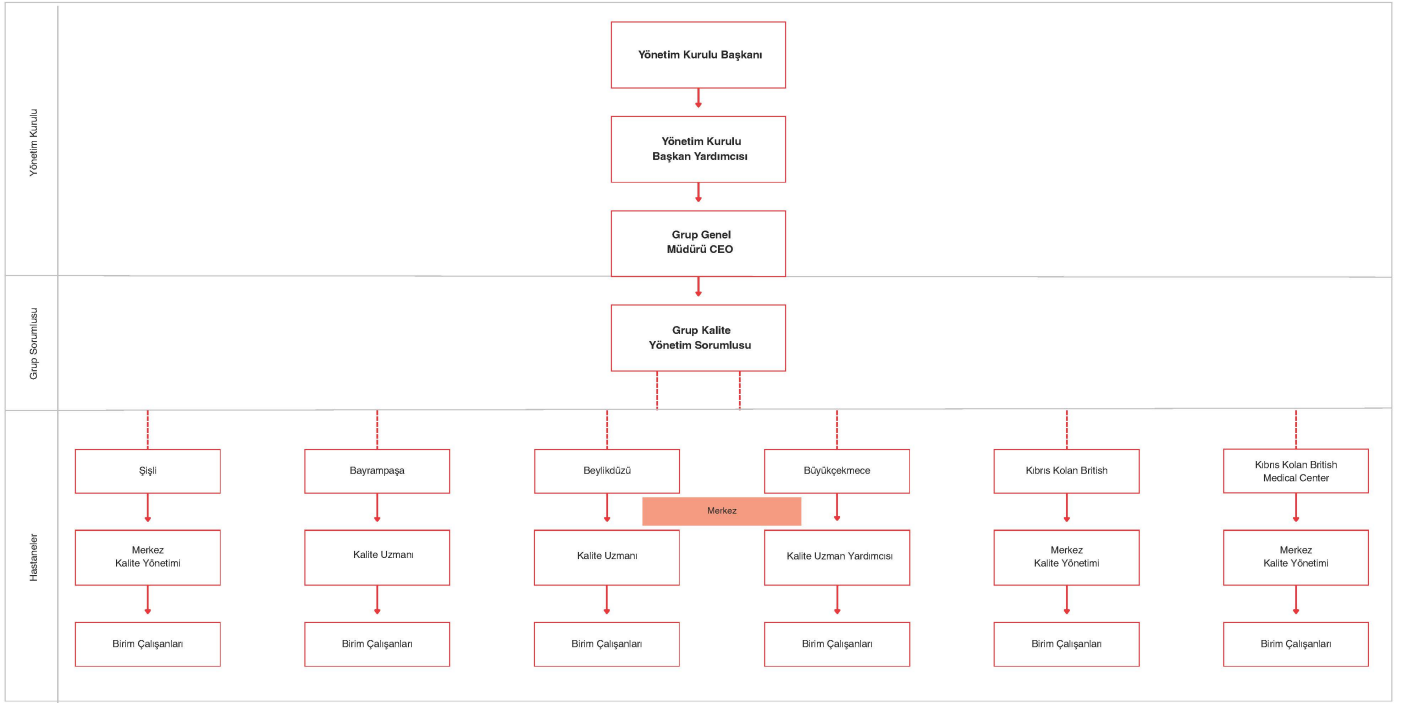
- Hasta yakınlarını korumak
- Hastalarımız, yakınları, çalışanlarımız, öğrenci, araştırmacı ve akademisyenlerimizin memnuniyetini sağlamak,
- Uluslararası düzeyde sağlık hizmetini yetkin kadro ile sunmak,
- Çağdaş bilgi ve teknolojiyi kullanarak bilimsel araştırmalarda öncü olmak,
- Bilimsel, vicdani ve etik ilkelere ödün vermeden çalışmak,
- Tüm çalışanların katılımı ile sürekli ölçme ve iyileştirmeyi hedeflemek,
- Tıbbi hizmet süreçlerinde “ Kolan Hastaneler Grubu” kalite yönetim sistemini benimsemek, uygulamak ve etkinliğini sürekli geliştirmek, ulusal ve uluslararası düzeyde iş birlikleri yapmak, kaliteli sağlık hizmetini uygun maliyetle sunmak.
- Hastanenin amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygun çalışmak
- Kalite hedeflerini oluşturmak ve düzenli olarak gözden geçirmek
- Kalite yönetim sisteminin şartlarını yerine getirmek ve sürekliliği sağlamak
- Ulusal ve uluslararası alanda etkili işbirlikleri geliştirmek
- Hastaların manevi ve kültürel inançlarına ve değerlerine saygı göstermek

HEDEFLER

1. Herkese eşit ve bütüncül yaklaşımla yüksek kalitede sağlık hizmeti sunmak,
2. Sağlık sektöründe istihdam yaratmak,
3. Uluslararası standartlarda sağlık hizmeti vermek,
4. Gerek Türkiye gerekse yurtdışında sağlık sektöründe lider konumda olacak hastaneler zinciri oluşturmak,
5. Hizmet verdiğimiz tüm insanlara hastalıkta ve sağlıkta yüksek yaşam kalitesi sağlamak,
6. Sevgi ve saygının yoğun olduğu ve tüm çalışanların sunduğu hizmetten tatmin olduğu bir çalışma ortamı yaratmak,
7. Nitelikli ve etkili sağlık hizmeti için kalite ve akreditasyon çalışmalarını takip etmek

DEĞERLER

1. Güvenilir çalışma alanı ve hizmet alanı
2. Hakkaniyetli bir sağlık hizmeti
3. Yeniliklere açıklık
4. Tıbbi etik kurallara bağlılık
5. Hasta ve çalışan haklarına saygılı
6. Takım ruhuna sahip bir çalışma ortamı
7. Verimli, etkili, etkin ve sürekli bir sağlık hizmet sunumu

HASTANE KALİTE YÖNETİM VE ORGANİZASYON ŞEMASI**KALİTE YÖNETİM PLANI**

Her yıl Aralık ayında merkez ekip tarafından “Yıllık Kalite Planı” oluşturularak uygulanmak üzere hastane Kalite birimine iletilir.

DOKÜMAN YÖNETİMİ SİSTEMİ

Kolan Sağlık Grubu Hastaneleri’nde;

- 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.

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan “Doküman Yönetim Prosedürü”ne uygun şekilde yönetimi sağlanmakta olup hazırlanan/revize edilen dokümanların sahadaki tüm çalışanlar tarafından bilinmesini sağlamak amacıyla “Doküman Okuma” kayıtları tutulmaktadır. Hastanelerimizde yönetilebilir bir “Doküman Yönetim Sistemi” için Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan “Doküman Yönetim Rehberi” dikkate alınmış ve sistem altyapısı ilgili rehber üzerine kurulmuştur.

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

Kolan Sağlık Grubu Hastaneleri’nde;

- 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 manuel olarak “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi” bulunmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan “İstenmeyen Olay Bildirimi, Analizi ve İyileştirme Prosedürü”ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. 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.
- Sistemin etkin ve etkili kullanımı için yılda en az 1 defa tüm kurum çalışanlarına;
- Güvenlik Raporlama Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumluluklar
- Sistemin, çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik kurgulanmış yapısı
- Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amacının vurgulanması
- Güvenlik Raporlama Sisteminde hangi olayların bildirim kapsamında ele alınacağı
- Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik
- Örnek olaylar üzerinden, bildirim formlarını nasıl doldurulacağı
- Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi hususlarında eğitim verilmektedir.

GÖSTERGE (İNDİKATÖR) YÖNETİM SİSTEMİ

Bölümlere ve ülke öncelikleri/ hastalık yükleri 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 hastanelerimizde ölçüm sistemi 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. Hastanelerimizde SKS Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler bölümlerinde yer alan göstergeler takip edilmekte olup hastanelerimizin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumluları ile belirlenmiş olan “Kurum Bazlı Göstergeler” de takip edilmektedir. Bu 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/KONSEY/KOMİTE SÜREÇLERİ

Sunulan hizmetlerin çağdaş ve bilimsel düzeyde yürütülmesi, etik kuralların yanı sıra hastane işletim sisteminin etkinliği, verimliliği, ulusal ve uluslararası standartlar ile hasta/çalışan güvenliği hedeflerine uygunluğunun sağlanması ve sürdürülmesi adına “Kurul/Konseyl/Komite Toplantıları” yapılmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan “Komite Kurulu ve Konsey İşleyiş Prosedürü” ve “Kurul/ Konsey/ Komite Görev Yetki Sorumlulukları Listesi”ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Kurul/ Konsey/ 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

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 Talimatı”na uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Bu süreçte bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulur. Oluşturulan ekip, hastanelerin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanelerde yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmaktadır ve ekipte hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmaktadır. Düzenli yapılan Bina Turu ile hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hastane fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturması sağlanmaktadır.

ÖZ DEĞERLENDİRME SÜREÇLERİ

Hastanelerin Kalite Yönetim Direktörlerinin sorumluluğunda Sağlıkta Kalite ve Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SKS/SAS) esas alınarak kurum içinde “Öz Değerlendirme” faaliyeti gerçekleştirilmektedir.

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan “prosedüre 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. Hastanelerin büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az iki kez olacak şekilde, hastaneler 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/SAS bölümlerini kapsayacak şekilde planlanır. Üst yönetim, öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilir ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır.

TATBİKAT SÜREÇLERİ

Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik “Bina Tahliye Talimatı” bulunmaktadır.

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

- Yoğun bakım ve psikiyatri klinik/servis tahliyesini de kapsayacak şekilde planlanır.
- Görüntü kayıtları tutulur.
- Raporu hazırlanır Acil durumda görev alacak çalışanlara acil durum ve afet planına yönelik eğitim verilmektedir. Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik “Mavi Kod” uygulaması bulunmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan talimata uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmaktadır. Mavi Kod Tatbikatı’nda;
- Ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmaktadır. Çalışanlara yılda en az bir kez mavi kod ile ilgili eğitim verilmektedir. Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda zamanında müdahale edilmesi amacıyla “Pembe Kod” uygulaması bulunmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan talimata uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Pembe kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmaktadır. Çalışanlara yılda en az bir kez pembe kod ile ilgili eğitim verilmektedir. Hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde, olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla “Beyaz Kod” uygulaması bulunmaktadır.

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan talimata uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmaktadır. Çalışanlara yılda en az bir kez beyaz kod ile ilgili eğitim verilmektedir.

HASTA GÖRÜŞ, ÖNERİ, ŞİKAYET VE MEMNUNİYET ÖLÇÜMLERİ

Kolan Sağlık Grubu Hastaneleri'ne ayakta ve yatarak tetkik ve tedavi amacıyla başvuran hasta, hasta yakınları ve ziyaretçilerin öneri ve şikayetlerini zamanında, doğru bir şekilde değerlendirerek sistemin daha iyiye doğru gelişimini sağlamak ve kaliteli sağlık hizmetini sürekli iyileşmesine katkı sağlamak amacıyla "Hasta Görüş, Öneri ve Şikayet Yönetim Sistemi" bulunmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan "Hasta/Hasta Yakını Görüş, Öneri ve Şikayet Yönetim Prosedürü"ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Hastalar, görüş, öneri ve şikayetlerini telefon, elektronik posta, info, yüz yüze ve anket kanalları aracılığıyla iletebilmektedir. Hasta Hakları Sorumluları tarafından toplanan bu veriler rapor haline getirilerek analiz edilmekte ve hastanelerin görüş, öneri ve şikayet 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 "Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Anket Uygulama Rehberi"; iç yönerge kapsamında uygulanmaktadır. Hasta memnuniyet anketlerinin uygulanması dijital tabanlı ve yüz yüze olmak üzere 2 (iki) yöntem kullanılmaktadır. Sonuçlar, hem "Seçenek Bazında Verilen Cevap Sayıları ve 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. Ayaktan, Yatan ve Acil Servis Hasta Memnuniyet Anketlerinin veri girişleri takip eden ayın 15'ine kadar; Diyaliz Hizmetleri Memnuniyet Anketlerinin (Diyaliz Ünitesi bulunan hastanelerde) ise Aralık ayının son mesai gününe kadar "Kurumsal Kalite Sistemi (KKS)"ne (www.kks.saglik.gov.tr) yapılır.

ÇALIŞAN GÖRÜŞ, ÖNERİ, ŞİKAYET VE MEMNUNİYET ÖLÇÜMLERİ

Kolan Sağlık Grubu Hastaneleri'nde çalışanların görüş, öneri ve şikayetlerini zamanında, doğru bir şekilde değerlendirerek sistemin daha iyiye doğru gelişimini sağlamak amacıyla "Çalışan Görüş, Öneri ve Şikayet Yönetim Sistemi" bulunmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan "Personel Görüş, Öneri ve Şikayet Yönetim Prosedürü"ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır.

Çalışanlar, görüş, öneri ve şikayetlerini telefon, elektronik posta, info, yüz yüze, intranet ve anket kanalları aracılığıyla iletebilmektedir. Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi tarafından toplanan bu veriler rapor haline getirilerek analiz edilmekte ve hastanelerin görüş, öneri ve şikayet oranları tespit edilmektedir. Gereğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmaktadır. Çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanma düzeyini ölçmek ve kalite geliştirme sürecine katkıda bulunmak amacıyla “Çalışan Memnuniyet Anketi” uygulaması yapılmaktadır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanmış olan “Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Anket Uygulama Rehberi”; iç yönerge kapsamında hazırlanmıştır. Çalışan memnuniyet anketlerinin uygulanmasında Bilgi Yönetim Sistemi 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. Anket veri girişleri takip eden yılın Ocak ayının 15’ine kadar “Kurumsal Kalite Sistemi (KKS)”ne (www.kks.saglik.gov.tr) yapılır.

KALİTE YÖNETİM BİRİMİ EĞİTİMLERİ

- Kalite Yönetim Sistemi Genel Uyum Eğitimi
- Güvenlik Raporlama Sistemi (GRS) Eğitimi
- Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Eğitimi
- Acil Durum Kodları Eğitimi
- Gösterge Yönetimi Eğitimi
- Acil Durum Kodları Eğitimi
- Öz Değerlendirme Eğitimi

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI ÇALIŞMALARI

Kolan Sağlık Grubu Hastaneleri’nde, kişisel verilerin güvenliği hususuna yüksek derecede hassasiyet gösterilmektedir. Bu bilinçle, hasta mahremiyetine ve bu doğrultuda hastalara ait her türlü kişisel verinin mümkün olabilen en iyi şekilde ve özenle işlenerek muhafaza edilmesine büyük önem verilmektedir. Bu sorumluluk, şirketin “Gizlilik Politikaları” ve ilgili prosedürlerinde açıklanan şekilde; “6698 sayılı Kişisel Verilerin Korunması Kanunu” ve “29863 Sayılı Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi Ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik” doğrultusunda yerine getirmektedir.