

## **Değerli Hastamız ve Yakını,**

Diyaliz merkezi olarak, en kaliteli sağlık hizmetini almanız temel isteğimizdir.

Kurumumuz; Diyaliz Merkezleri Hakkında Yönetmelik çerçevesinde ve Sağlık Bakanlığı Kalite standartları \*Diyaliz Setine uygun olarak çalışmalarını sürdürmekte ve buna istinaden Kalite Yönetim Birimini oluşturmuştur.

Kalite Yönetim Biriminde çalışacak personel sayısı, diyaliz merkezimizin büyüklüğü ve özelliği göz önünde bulundurularak Mesul Müdür tarafından belirlenmektedir. "Kalite Yönetim Birimi"nde çalışan personel kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon gibi konularda eğitim almaktadır.

Kalite yönetim biriminin görev alanı;

- Kalite Yönetim Biriminin tüm işleyişe hâkim bir kalite politikası oluşturması ve sürekliliğini sağlama için gereken unsurları belirler, önerir, belirlenmiş kalite standartlarını, bunlara ulaşma çalışmalarını ve yapılacak olan değişikliklerin ayrıntılarını bir program dâhilinde izler.
- Öz değerlendirmelere katılır ve yönetir.
- İstenmeyen Olay Bildirim sistemine ilişkin süreçleri takip eder ve yönetir.
- Hatalı ya da eksik iş süreçlerinin önceden hedeflenen kalite seviyesine uygunluğu için periyodik olarak istatistiksel veriler toplayıp değerlendirerek yapılacak iyileştirme aşamalarını belirler.
- SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.
- Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip eder.
- Risk yönetimine uygun süreçleri yönetir.
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket geri bildirimine yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geri bildirimlerin alınması gibi) yönetir.
- SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlar.
- Kalite göstergelerine göre süreçleri yönetir.
- Bakanlığımızın güncel gelişmelerini takip eder.
- SKS çerçevesinde belirtilen komitelere üye olarak katılır.
- Mesul Müdürün verdiği diğer görevleri yürütür.

## **Kalite Standartlarımız**

Diyaliz merkezimiz bütüncül Kalite Yönetimi felsefesine sahip çıkma kararlılığında. Bu çerçevede "Hasta Memnuniyeti" asla vazgeçemeyeceğimiz hizmet prensibimizdir.

Hastaları arasında hiçbir şekilde din, dil, ırk, milliyet ve cinsiyet ayrımı yapmaz. Hiçbir hasta geri çevrilmez. Hiçbir hastaya farklı muamele yapılmaz. Tüm hastalar tedavileri ve risk yönünden bilgilendirilir.

Kurumun en değerli öz kaynağı çalışanlarıdır. Sunduğu sağlık hizmetinin "Koşulsuz Hasta Memnuniyeti" ile "Mutlak Çalışan Memnuniyeti"nin birleştiği noktada verilebileceğine inanır.

Tüm çalışanlar, hastalar ve yakınlarına insancılık ve bilimsellik ilkeleri çerçevesinde, bekletmeden güler yüz, ilgi, sevgi, şefkat ve saygıyla vererek; her aşamada sabırla, anlaşılır ve nazik bir dille onları bilgilendirmeyi görev sayar.

## **Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları**

Sağlıkta Kalite Standartları, Türkiye'de hizmet sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşları için hedeflenen kalite düzeyini ortaya koymak ve uygulamaya yönelik rehberlik etmek amacıyla geliştirilmiştir.

Diyaliz merkezimiz, öngörülen tüm kalite standartlarını eksiksiz bir şekilde uygulamaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı değerlendiricileri tarafından düzenli olarak denetlenmektedir.

## **Göstergelerimizin Yönetimi;**

Merkezimizde; diyaliz tedavi uygulamaların yine SKS Gösterge Yönetimi Rehberi'ne uyumlu ölçümlere esas teşkil edecek verilerin elde edilmesi ve analizi çalışmaları, kalitede sürekli **İYİLEŞTİRME** yaklaşımı ile devam ettirilmektedir.

T.C Sağlık Bakanlığı standartlarında, verdiğimiz hizmetlerin yeterliliği ve standartlara uyumunu ölçmek amaçlı, kurum faaliyet alanına ve uygulamalarına bağlı gösterge konuları ve hedeflerimiz tespit edilmiştir.

Göstergeler; belirli aralıklar ile ölçülmekte ve gösterge sorumluları tarafından üç aylık dönemlerde değerlendirilerek analizleri yapılmaktadır. Bu sonuçlar, üst yönetim ile paylaşılmaktadır.

Gösterge yönetiminde üç aylık dönemde tespit edilen hedef uygunsuzlukları durumunda gösterge bazlı kök neden analizleri yapılarak iyileştirmeler planlanmakta ve uygulanmaktadır.

Bakanlığın belirlediği periyotlarda tüm gösterge veriler SBKKS sistemine giriş yapılarak Bakanlık ile bütünleşmiş süreç takibi yapılmaktadır.

### **Görüş Ve Önerilerin Değerlendirilmesi**

- T.C Sağlık Bakanlığı Anket Uygulama Rehberi'ne göre belirlenen yılda en az bir kez Hasta Memnuniyet Anketi tüm hastalara yılda bir kez Çalışan Geri Bildirim Anketi tüm çalışanlara uygulanmakta ve Aralık ayında anket sonuçları Bakanlık sistemine veri olarak girilmektedir. Anket analizleri üst yönetim ile paylaşılmaktadır.
- Web sayfamızda bulunan görüş-öneri bölümünden hastalarımız ve tüm çalışanlar görüşlerini, önerilerini ve şikâyetlerini bildirebilirler. Kalite birimi tarafından takipleri yapılarak kurum yönetimi ile paylaşılır ve gerekli iyileştirmeler yapılır.

### **Hasta Ve Çalışan Güvenliği**

- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi diyaliz merkezimizde kurulmuş ve süreç aktif olarak Bakanlık entegrasyonu ile yürütülmektedir. Hasta ve çalışan güvenliğinde bir olumsuzluk yaşandığında bildirimler alınmakta ve kök neden analizi ile çözümlenmektedir.
- Hasta güvenliği ,Çalışan güvenliği, İlaç güvenliği, Laboratuvar güvenliği başlıklarında bildirimler yapılabilmekte ve tespit edilen uygunsuzluklar için iyileştirmeler planlanmaktadır.
- Yapılan bildirimler sonrası kök neden analizleri yapılmakta, süreci iyileştirmek ve farkındalık arttırmak için sık sık eğitimler ile desteklenmektedir.
- Tüm hasta çalışanlarımız periyodik olarak bağışıklama kontrolleri yapılarak, olası bulaş risklerine göre korunmaları sağlanmaktadır.
- Tesis kaynaklı riskler minimize edilerek hastalar için güvenli bir tedavi ortamı sağlanırken, çalışanlar içinde aynı hassasiyet ile sağlıklı çalışma alanları oluşturulmaktadır.

### **Acil Durum Kodları Ve Tatbikatlar**

Acil durum kod sistemi olarak;

- Mavi Kod,
- Beyaz Kod,
- Kırmızı Kod

Acil durumlara yönelik yılda bir eğitimler yapılmakta ve sonrası yapılan tatbikatlar ile işleyiş test edilmektedir.

### **Acil Durum ve Afet Yönetimi**

Afet ve acil durum yönetimi ekibinde görev alacak çalışanlar yedekleri ile birlikte belirlenmiş ve sorumluluklar tanımlanmıştır. İlgili yasa düzenleyici tarafından yayınlanan yönetmelik ve kılavuzlara uygun olarak; afet ve acil durumlara ilişkin tespit edilen risklere yönelik acil durum planı oluşturulmuştur. Acil durum ve afet durumlara yönelik tesis tahliye planı mevcuttur. Planlar; her yıl

kalite yönetim birimi koordinasyonu ile yeniden gözden geçirilmektedir. Kat girişleri veya asansör çıkışlarında kat acil durum plan krokileri bulunmaktadır.

### **Risk Yönetimi**

Kurumda risk yönetim ekibi oluşturulmuştur. Risk yönetimi çalışmalarının aktif olarak yürütülmesi ve raporlanmasına yönelik görev ve sorumluluklar tanımlanmıştır. Risk yönetimi; fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik, psikososyal ve sunulan hizmetlere ilişkin tüm riskler İş Güvenliği Uzmanı tarafından hazırlanmış ve Kalite Yönetim Birimi işbirliği içerisinde çalışmalarını sürdürmektedirler.

### **Hasta Hakları ve İletişim Uygulamaları**

Hasta hakları birimimiz bulunmakta ve hasta haklarının korunması ve sürdürülmesi amacı ile erişilebilir bir konumdadır. Ayrıca; hastalarımız kurumumuz web sitesi üzerinden yönetimimiz ile kolaylıkla iletişime geçebilmekte ve beklentilerini ifade edebilecekleri alanlar oluşturulmuştur.

### **İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi**

Diyaliz merkezinde, hata yapanın değil, hatanın ortadan kaldırıldığı ilkesinin benimsendiği hasta ve çalışanın güvenliğinin esas alındığı bir sistem mevcuttur.