

Kalite Çalışmaları

Tıp Merkezimizdeki kalite çalışmaları, yönetimin ve bölüm kalite sorumlularının desteği ile “**Kalite Birimi**” tarafından; Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları-Tıp Merkezi rehberliği doğrultusunda yürütülmektedir.

Sağlıkta Kalite Standartlarına göre her bir bölüm için kalite sorumluları görevlendirilmiştir. Bu bölümler aşağıdaki gibidir;

1. Kurumsal Hizmetler

- Kurumsal Yapı
- Kalite Yönetimi
- Doküman Yönetimi
- Risk Yönetimi
- İstenmeyen Olay
- Acil Durum ve Afet Yönetimi
- Eğitim Yönetimi

2. Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler

- Hasta Deneyimi
- Hizmete Erişim
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı

3. Sağlık Hizmetleri

- Hasta Bakımı
- İlaç Yönetimi
- Enfeksiyonların Önlenmesi
- Sterilizasyon Hizmetleri
- Radyasyon Güvenliği
- Acil Servis
- Ameliyathane
- Tıbbi Laboratuvar
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon

4. **Destek Hizmetler**

- Tesis Yönetimi
- Otelcilik Hizmetleri
- Bilgi Yönetim Sistemi
- Malzeme ve Cihaz Yönetimi
- Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
- Atık Yönetimi
- Dış Kaynak Kullanımı

5. **Gösterge Yönetimi**

- Göstergelerin İzlenmesi

Komite ve Ekiplerimiz

Bölüm kalite sorumlularının katılımıyla yıl içinde belli periyotlarla aşağıdaki komite ve ekiplerimiz toplanmaktadır:

1. Kalite Yönetim Komitesi
2. Disiplin Kurulu
3. İlaç Yönetim Ekibi
4. Enfeksiyon Ekibi
5. Acil Durum ve Afet Yönetimi Ekibi
6. Bina Turu Ekibi
7. Acil Kod Yönetimi Ekibi

İstenmeyen Olay

Tıp Merkezimizde;

- 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 sağlamaya yönelik İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kurulmuştur.

Gösterge Yönetimi

Tıp Merkezimizde ölçüm sistematigi ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve iş birliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamak amacıyla Gösterge Yönetimi Sistemi kurulmuştur. Bu bağlamda, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan kalite göstergeleri, sağlık bilgi yönetim sisteminin de desteğiyle takip edilmektedir. Takip edilen göstergelerde hedef eşik değerinde sapma tespit edildiğinde ilgili bölüm ile PUKO (Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al) İyileştirme çalışmaları planlanıp, uygulanmaktadır.

Fiziksel Alan Denetimleri

Tıp Merkezimizde; Hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hastane fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturmak amacıyla düzenli aralıklarla bina turları yapılmaktadır.

Üst yönetimin tarafından oluşturulan ekip, merkezimizin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak merkezimizde yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmıştır.

Bina turlarında hastanedeki fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıklar tespit edilerek gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır.

Öz değerlendirme Süreci

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında, Tıp Merkezimizde yılda en az 2 defa öz değerlendirme (iç denetim) yapılmaktadır.

- Öz değerlendirme ekibi; bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumlularından oluşmaktadır.
- Öz değerlendirme (iç denetim), Haziran ve aralık ayları olmak üzere yılda 2 defa yapılır.

- Öz değerlendirme planı, Sağlıkta Kalite Standartları içinde yer alan bölümlerin hepsini kapsayacak şekilde hazırlanır.
- Öz değerlendirme (iç denetim) öncesinde tüm bölümler, denetim takvimi ve planı konusunda mail yolu ile bilgilendirilir.

*Yukarıdaki metin hazırlanırken Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları-Tıp Merkezi Setinden yararlanılmıştır.