

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	1 / 50

**T.C.  
SAĞLIK BAKANLIĞI  
FOÇA DEVLET  
HASTANESİ**

**(TS EN ISO 9001:2008)  
KALİTE EL KİTABI**

**(KEK)**

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Temsilcisi	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C.</b> <b>Sağlık Bakanlığı</b> <b>Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	2 / 50

## İÇİNDEKİLER

<b>FOÇA DEVLET HASTANESİ</b>	1
<b>KALİTE EL KİTABI</b>	1
GÖZDEN GEÇİRME LİSTESİ	4
REVİZYON LİSTESİ	5
<b>HASTANEMİZİ TANIYALIM</b>	6
<b>ÖN SÖZ</b>	7
<b>TARİHÇE</b>	8
<b>0.1 GENEL</b>	9
<b>0.2 PROSES YAKLAŞIMI</b>	9-10
<b>1 KAPSAM</b>	11
1.1 GENEL	11
1.2 UYGULAMA	11
<b>2 ATIF YAPILAN STANDARTLAR VE/VEYA DOKÜMANLAR</b>	11
<b>3. TERİMLER VE TARİFLER</b>	12
<b>4. KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ</b>	13
4.1 GENEL ŞARTLAR.	13-14-15
<b>4.2 DOKÜMANTASYON ŞARTLARI</b>	15
4.2.1 GENEL	15
4.2.2 KALİTE EL KİTABI	16
4.2.3 DOKÜMANLARIN KONTROLÜ	17-18
4.2.4 KAYITLARIN KONTROLÜ	18
<b>5.0 YÖNETİM SORUMLULUĞU</b>	19
5.1 YÖNETİM TAAHÜDÜ	19
5.2 HİZMET ALAN ODAKLILIK	20
5.3 KALİTE POLİTİKASI	20-21
5.4 PLANLAMA.	21
5.4.1 KALİTE HEDEFLERİ	21
5.4.2 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN PLANLAMASI	22
5.5 SORUMLULUK YETKİ VE İLETİŞİM.	22
5.5.1 SORUMLULUK YETKİ.	22
5.5.2 YÖNETİM TEMSİLCİSİ.	23
5.5.3 İÇ İLETİŞİM.	24
5.6 YÖNETİMİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ.	24
5.6.1 GENEL	24
5.6.2 GÖZDEN GEÇİRME GİRDİSİ	25
5.6.3 GÖZDEN GEÇİRME ÇIKTISI.	25

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Temsilcisi	BAŞHEKİM

	<b>T.C.</b> <b>Sağlık Bakanlığı</b> <b>Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	3 / 50

<b>6</b>	<b>KAYNAK YÖNETİMİ</b>	26
6.1	KAYNAK SAĞLANMASI	26
6.2	İNSAN KAYNAKLARI	26
6.2.1	GENEL	26
6.2.2	YETERLİLİK FARKINDA OLMA ( BİLİNÇ ) VE EĞİTİM	27
6.3	ALT YAPI	28
6.4	ÇALIŞMA ORTAMI.	29
<b>7</b>	<b>HİZMET GERÇEKLEŞTİRME</b>	29
7.1.	HİZMET GERÇEKLEŞTİRMENİN PLANLANMASI.	29-30
7.2	HİZMET ALANLAR İLE İLGİLİ PROSESLER	30
7.2.1	HİZMETE BAĞLI ŞARTLARIN BELİRLENMESİ.	30
7.2.2	HİZMETE BAĞLI ŞARTLARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ	31
7.2.3	HİZMET ALANLAR İLE İLETİŞİM	32
7.3	TASARIM VE GELİŞTİRME	32
7.4	SATIN ALMA	33
7.4.1	SATIN ALMA PROSESİ.	33
7.4.2	SATIN ALMA BİLGİSİ	34
7.4.3	SATIN ALINAN ÜRÜNÜN DOĞRULANMASI	34
7.5	SAĞLIK HİZMETİNİN SUNULMASI	35
7.5.1	SAĞLIK HİZMETİNİN SUNULMASININ KONTROLÜ.	35
7.5.2	SAĞLIK HİZMETİNİN SUNUMU İÇİN PROSESLERİN GEÇERLİLİĞİ	35
7.5.3	BELİRLEME VE İZLENEBİLİRLİK	36
7.5.4	HİZMET ALAN MÜLKİYETİ.	37
7.5.5	HİZMETİN KORUNMASI	38
7.6	İZLEME VE ÖLÇME DONANIMININ ONTROLÜ	39
<b>8</b>	<b>ÖLÇME ANALİZ VE İYİLEŞTİRME</b>	40
8.1	GENEL	40
8.2	İZLEME VE ÖLÇME	41
8.2.1	HİZMET ALAN MEMNUNİYETİ.	41
8.2.2	İÇ TETKİK	42
8.2.3	PROSESLERİN İZLENMESİ ÖLÇÜLMESİ	44
8.2.4	HİZMETİN İZLENMESİ ÖLÇÜLMESİ	44
8.3	UYGUN OLMAYAN HİZMETİN KONTROLÜ	45
8.4	VERİ ANALİZİ	46
8.5	İYİLEŞTİRME	48
8.5.1	SÜREKLİ İYİLEŞTİRME	48
8.5.2	DÜZELTİCİ FAALİYETLER	48
8.5.3	ÖNLEYİCİ FAALİYETLER	49
	EK-1 ORGANİZASYON ŞEMASI	
	EK-2 SÜREÇ ETKİLEŞİM DERECESİ	

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Temsilcisi	BAŞHEKİM





	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	6 / 50

## HASTANEMİZİ TANIYALIM

**Hastane Adı:** T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI FOÇA DEVLET HASTANESİ

**Adres Bilgileri:** İsmet Paşa Mahallesi Reha Midilli Caddesi No : 93 PK:35680  
FOÇA / İZMİR

### İletişim Bilgileri:

Tel: 0 232 812 14 29

**Faks:** 0 232 812 68 20

**Web sitesi:** [www.focadh@ism.gov.tr](http://www.focadh@ism.gov.tr)

**E-mail:** [www.focadh@ism.gov.tr](mailto:www.focadh@ism.gov.tr)

**Hastanenin Kuruluş Tarihi:** 1932

**Hizmet Standartları:** SAĞLIK BAKANLIĞININ BELİRLEMİŞ OLDUĞU KRİTERLER

**Hizmet Kapasitesi:** 30 YATAKLI, DAHİLİYE, KADIN DOĞUM, ACİL, GENEL CERRAHİ, ÇOCUK, ORTOPEDİ, NORÖLOJİ, GÖZ, KBB, ÜROLOJİ, DİŞ POLİKLİNİĞİ, CİLDİYE, HEMODİYALİZ ÜNİTESİ İLE MEVSİMSSEL DEĞİŞİKLİKLER OLARAK AYDA ORTALAMA 4000 İLE 5000 ARASINDA HASTA BAŞVURMAKTADIR.

**Sermaye Yapısı:** KAMU KURUMU (DÖNER SERMAYE USÜLÜ)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Temsilcisi	BAŞHEKİM

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	7 / 50

## ÖNSÖZ

Hastanemizin kalite yönetim anlayışı yönetim organizasyon yapısını iyileştirerek etkin ve verimli hizmet sunumunu sağlamak, çalışanların kalite konusunda bilinç düzeyini arttırmak, ortak amaç paylaşımı ile takım ruhunu geliştirmek, birimler arası iletişimi hızlandırmak amacını taşımaktadır. Hataları tespit etmek yerine hatayı ortaya çıkmadan önlemek yaklaşımı vardır. Hızlı, sürekli ve doğru işleyen bir sistem için işlerin kim tarafından, ne zaman, nerede ve hangi yöntemle yapıldığının bilinmesi, personelin sürekli güncel eğitimiyle niteliğinin artırılmasına ihtiyaç duyulmaktadır.

Hastanemizde 2008 yılında başlayan Toplam Kalite Yönetimi çalışmaları yönetim elemanlarının bilgi düzeyi ve deneyimlerinin artışı, personelin aktif katılımı ile hız kazanmıştır. Kalite Yönetim Sisteminin geliştirilmesi, iyileştirilmesi ve yaşaması için FOÇA DEVLET HASTANESİ personeline rehber olacak olan bu Kalite El Kitabı, aynı zamanda sistemin varlığının da bir kanıtı olacaktır.

Tüm çalışanlardaki hasta memnuniyetinin rekabet gücümüzü artıracığı inancı, sistemli çalışan bir kurum ve kaliteli hizmet standartlarını da beraberinde getirmektedir. Hastanemizi ve işleyişini çalışanlarımıza ve hastalarımıza daha iyi anlatabilmek ve bilgilerimizi paylaşabilmek amacıyla hazırlanmış olan FOÇA DEVLET HASTANESİ Kalite El Kitabı, Kalite Sistemimizde meydana gelen iyileştirme ve geliştirme faaliyetlerine paralel olarak Kalite Yönetim Temsilcimiz tarafından gözden geçirilmekte, Başhekim onayı ile yayınlanmaktadır. Hastanemiz hasta ve çalışan memnuniyetine önem veren kalite anlayışı ile sağlık sektöründe önemli bir yer tutacaktır ve sürekli iyileştirme felsefesi ile güncelliğini koruyacaktır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	8 / 50

## TARİHÇEMİZ

1932’li yıllarda şimdiki hastanenin bulunduğu yerde Askeri hastane hizmet vermiştir. 1948 yılında zamanın Sağlık Bakanı Dr. Behçet UZ tarafından Foça ve Selçuk’ta sağlık evi yaptırılmak istenince şimdiki Hastanemizin bulunduğu bu alana Sağlık Evi olarak mevcut bina yaptırılmıştır.

Foça’daki bu sağlık evi 1995 yılına kadar Sağlık Evi, Hükümet Tabipliği, Sağlık Merkezi ve Merkez Sağlık Ocağı gibi değişik isimlerle Foça’lılara sağlık hizmeti sunmuştur. 1990’lı yıllarda tekrar bakım onarım için ele alınan bina, 1995 Ağustos ayında hastane olarak resmen hizmete açılmıştır. Zaman içinde hastaneye ek bina ihtiyacı doğmuş ve bitişindeki sağlık Ocağına ait lojman 1996 yılında hastaneye katılmış, yapılan tadilat ve onarımla 1997 yılında bu bina hizmete sunulmuştur. Bu ilave ile yatak sayısı fiili 15 iken 25 olmuştur. Koroner yoğun bakım ünitesi kurulmuştur. Jeneratör alınmış, Ameliyathane ekipmanları modernleştirilmiştir, Servis ve poliklinik hizmetleri kısmen modernize edilmiştir.

Bilgisayar Otomasyonuna geçilmiş, Laboratuar en modern gereçler ve ekipmanla donatılmıştır. Doğum ve Çocuk Servisleri içinde ekipmanlar tamamlanmıştır.1998 yılında modern bir diyaliz birimi oluşturularak Foça’lıların hizmetine sunulmuştur. Zaman içinde fiziki ve teknik yetersizlik nedeniyle hizmet sunumu zorlaşmaya başlayınca ek kat yapılması ihtiyacı gündeme gelmiş ve bu konuda Hayırsever Reha MİDİLLİ’nin yardımına müracaat edilmiş kendilerinin bu işi üstlenerek yaptırması ile, Hastaneye 17 adet oda, 3 adet ameliyat salonu,1 adet ameliyat öncesi,1 adet ameliyat sonrası bakım odaları ile 1 adet asansör ilave edilmiş, 650 metrekare daha kullanım alanı kazanılarak fiili 50(elli)yatak kapasitesine ulaşılmış,fiziki ve teknik donanımında bariz rahatlama meydana gelmiştir.Yapılan bu işlemler için Sayın Reha MİDİLLİ tarafından 2001 yılı fiyatlarıyla 485.000.000.000.TL. harcanmıştır. Hastanemiz 2222 m2 alan üzerinde 851m2’lik inşaat alanı üzerinde üç kat olarak inşa edilmiştir.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	9 / 50

## 0.1 GENEL

Hastanemizde kalite yönetim sistemi benimsenmesi hastane yönetimimizin stratejik bir karardır. Hastanemiz kalite yönetim sisteminin tasarımı ve uygulaması, hastanemizin çeşitli ihtiyaçlarından, hedeflerimizden, sunulan hizmetlerde çalışılan süreçlerden ve hastanemizin büyüklük ve mekan yapısından etkilenmektedir. Sistemimizin detayları bunlara göre şekillendirilmiştir.

T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi Kalite El Kitabı; Hastanemizde uygulanan kalite sistemini açıklamaktadır.

Kalite sistemi TS-EN-ISO 9001:2008 standardı rehber alınarak düzenlenmiştir. Kalite el kitabı aşağıda belirtilen amaçla hizmet eder. Hizmet alan taleplerini ve yürürlükteki mevzuat şartlarını karşılayan sağlık hizmetini, çalışan memnuniyetini göz ardı etmeden düzenli bir şekilde sağlama yeteneği göstermek ve hizmet alan memnuniyetini arttırmak için oluşturduğu Kalite Yönetim Sistemini uygulamakta ve etkinliğini sürekli iyileştirmeye çalışmaktadır.

## 0.2 PROSES YAKLAŞIMI

Kalite Yönetim Sisteminin hizmeti alan ve veren kişilerin memnuniyeti için Kalite Yönetim Sisteminin geliştirilmesi, uygulanması ve etkinleştirilmesinde proses yaklaşımın benimsenmesini teşvik eder.

Kuruluşumuz, prosesler sisteminin uygulanması çerçevesinde bu proseslerin tanımlamış, proseslerin sıralamasını ve etkileşimlerini göstermiş, bu sistemde şartların anlaşılmasını sağlamış, proseslere değer katma açısından proses performansı ve etkinliği değerlendirilmiş, objektif ölçmelerle sürekli iyileştirme sağlanarak proses yaklaşımı oluşturulmuştur. Oluşturulan proses tablolarında görüldüğü gibi bir prosesimizin çıktısı diğeri için girdi oluşturmaktadır.

Proses performans ve etkinliğinin sonuçlarının elde edilmesi ve objektif ölçüme dayalı olarak sürekli iyileştirilmesi için ‘‘Planla – Uygula - Kontrol Et - Önlem Al’’ olarak bilinen (Metodolojisi, bütün proseslere uygulanabilir. PUKÖ kısaca şöyle açıklanabilir.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

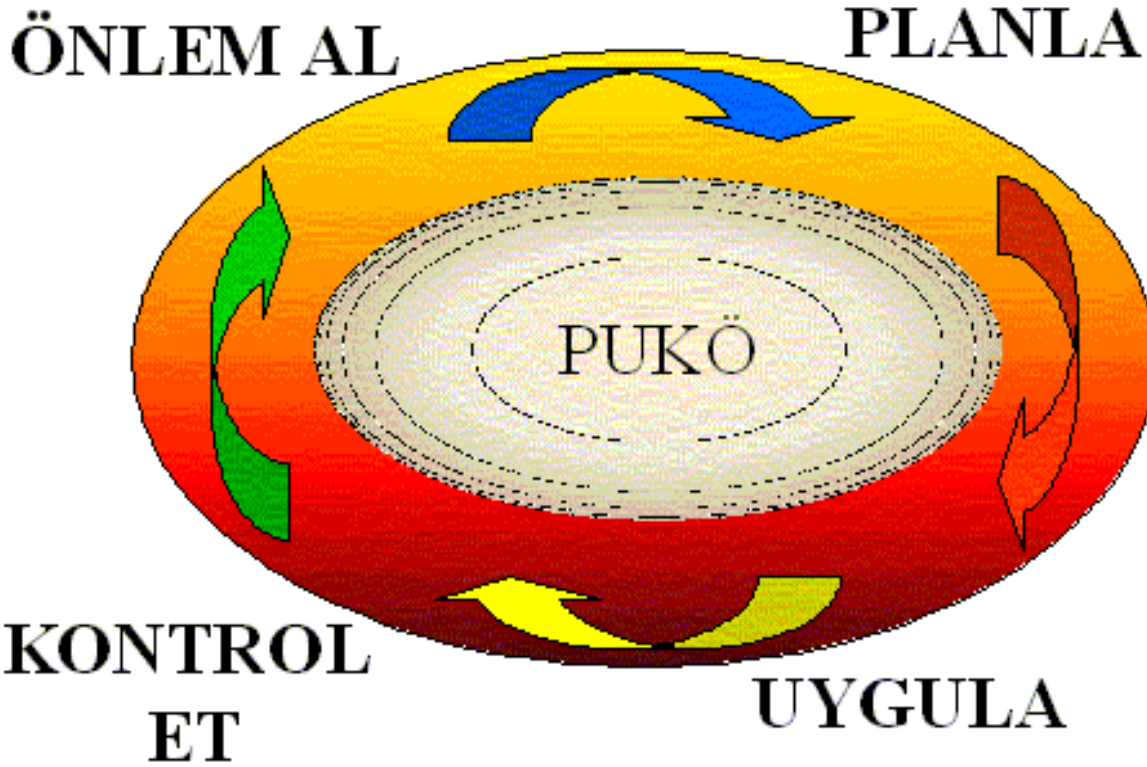
	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	10 / 50

Planla: Müşteri şartlarına ve kuruluşun politikasına uygun sonuçların ortaya çıkması için gerekli hedefleri ve prosesleri oluştur,

Uygula: Prosesleri uygula,

Kontrol et: Prosesleri ve ürünü; politikalara, hedeflere ve hizmet şartlarına göre izle, ölç ve sonuçları rapor et,

Önlem al: Proses performansını sürekli iyileştirmek için tedbirler al.



<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Temsilcisi	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	11 / 50

## 1. KAPSAM

### 1.1 GENEL

Kalite yönetim sistemi hastanemizin, hastalarımızın isteklerini ve yürürlükteki mevzuat şartlarını karşılayan hizmeti düzenli bir şekilde sağlama yeteneğini gösterme ihtiyacı olduğundan, sistemin sürekli iyileştirilmesi ve hastalarımıza yürürlükteki mevzuat şartlarına uyulduğu güvencesinin verilmesi için, süreçlerde dahil olmak üzere sistemin verimli uygulanması yolu ile hasta memnuniyetinin artırılması amacına yöneldiği durumlarda kalite yönetim sistemi için karşılanması gerekli şartları belirler.

### 1.2 UYGULAMA

Hastanemiz Kalite Yönetim Sistemi modeli ISO 9001-2008 standardını esas almaktadır. Bu standardın bazı şartları hizmetin yapısı nedeni ile hastanemizde uygulanmadığı için hariç tutulmuştur. Hariç tutulan bölümler aşağıda ve ilgili maddelerde açıklanmıştır.(7.3 Tasarım ve geliştirme)

## 2. ATIF YAPILAN STANDARD VE/VEYA DOKÜMANLAR

Kalite Yönetim Sisteminin gerektirdiği şartlar diğer standartlar yerine getirilirken uyulmak zorunda olunan yada referans gösterilen kanun, yönetmelik, genelge, kurallar, emirler ve diğer standartlara atıf yapılmaktadır. Atıf yapılan kanun maddeleri ve standartlar Dış Kaynaklı Dokümanlar Listesinde belirtilir. Tarih belirtilen daha sonra yapılan tadil veya revizyonlar, atıf yapılan bu standarda tadil veya revizyon yapılması şartı ile uygulanır. Atıf yapılan tarihin belirtilmesi halinde ilgili standardın en son baskısı kullanılır. Hastanedeki çalışmalarımız kişilere verdiğimiz sağlık hizmetinin ve sorumluluklarımızın yasal dayanağı olan kanunlar, yönetmelikler, yönergeler, genelgeler, talimatlar ilgili birimlerde bulundurulur. Bahsedilen belgeleri muhafaza edip güncelliğini takip etmek, gerektiğinde kullanıma arz etmek yönetimin sorumluluğundadır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	12 / 50

### 3. TERİMLER VE TARİFLER

TS EN ISO 9001:2008 Kalite Yönetim Sistemleri – Temel Kavramlar, Terimler ve Tarifler’ de belirtildiği gibidir.

Bunun dışında Foça Devlet Hastanesi El Kitabında ve hazırlanan kalite dokümanlarında kullanılan özel terim ve kısaltmalar aşağıda verilmiştir.

#### Terimler/Kısaltmalar

KYS  
KK  
KYT  
KYB  
KEE  
KEK  
KH  
EKK  
KP  
SR  
PR  
TL  
GT  
FR  
PL  
OŞ  
LS  
TB  
İAŞ  
DÖF  
KP

#### Tarifler

Kalite Yönetim Sistemi  
Kalite Konseyi  
Kalite Yönetim Temsilcisi  
Kalite Yönetim Birimi  
Kalite Eğitici Ekibi  
Kalite El Kitabı  
Kalite Hedefi  
Enfeksiyon Kontrol Komitesi  
Kalite Politikası  
Süreç  
Prosedür  
Talimat  
Görev Tanımı  
Form  
Plan  
Organizasyon Şeması  
Liste  
Tablo  
İş Akış Şeması  
Düzeltilici Önleyici Faaliyet  
Kalite Plan

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
		<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	13 / 50

## 4. KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ

### 4.1 GENEL ŞARTLAR

Hastanemiz; TS EN-ISO 9001-2008 Standardının öngördüğü şartlara uygun olarak bir Kalite Yönetim Sistemi oluşturmuş, bunu dokümanete etmiştir. Bu sistemi uygulamakta, sistemin sürekliliğini sağlamakta, Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini sürekli iyileştirmektedir.

Hastanemiz; Kalite Yönetim Sisteminin gerektirdiği prosesleri ve bunların hastanemizdeki bütün uygulamalarını kamu kuruluşu yapımızı da göz önüne alarak hazırlanmıştır. Hastanemizde sunduğumuz hizmetin kalitesini ve sonuçların uygunluğunu etkileyen, bilgi - işlem, temizlik, MR, Tomografi, Ekokardiyografi ve hormon tetkik hizmetleri dış kaynaklı proses olarak tanımlanmıştır. Bu tür faaliyetler üzerindeki kontrol tarafımızca yapılır. Kontrolün nasıl yapılacağı yürürlükte olan Mal ve Hizmet Muayene ve Kabul Yönetmeliklerine göre hazırlanan ilgili sözleşmelerle belirlenmektedir.

Bu proseslerin çalıştırılmasını ve izlenmesini desteklemek için gereken kaynak; Genel Bütçe, Döner Sermaye ile Hastanemiz imkanları çerçevesinde, bilgi ise; mevzuatlar, eğitimler, tıbbi literatürler, bilimsel yayınlar, kongreler şeklinde elde edilir ve bulundurulur.

Kuruluşumuz Kalite Yönetim Sistemi proseslerini, proses performans kriterleri ile ve proseslerin hizmet sırasında tutulan kayıtlarıyla ölçer. Ölçümler istatistiksel yöntemler kullanılarak analiz edilir.

Kalite Yönetim Sistemi, proseslerin planlanmış sonuçlarını başarabilmek ve prosesleri sürekli iyileştirebilmek için mümkün olduğu kadar kalite teknikleri, balık kılıcı, performans, beyin fırtınası gibi gerekli uygulamaları, iyileştirmeleri, düzenleyici ve önleyici faaliyetlerin uygulamasını kapsar.

Kalite Yönetim Sistemi tüm hizmetlerimizin hizmet alan şartları ile yürürlükteki yasa/mevzuat şartlarını karşılmasını sağlar. Kalite El Kitabı TS EN-ISO 9001-2008 Standardının madde formatına uygun olarak hazırlanmıştır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	14 / 50

Foça Devlet Hastanesi, Kalite Yönetim Sistemini oluşturan dokümanlar ve bunlar arasındaki ilişki aşağıdaki gibidir.

<b>Doküman</b>	<b>Konu</b>	<b>Amaç</b>	<b>Sorumluluk</b>
Kalite El Kitabı	Niçin	Politika	Üst Yönetim
Kalite Süreçleri ve Prosedürleri	Kim, Ne, Nerede, Ne Zaman	Strateji	Üst ve Orta Kademe Yönetim
Talimatlar Kayıtlar	Nasıl Etkinlik	Planlama Performans Tespiti	Tüm Bölümler Tüm Çalışanlar

Foça Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Sistemi süreçleri ve prosedürleri aşağıda belirtilmiştir.

## **SÜREÇLERİMİZ**

1. Acil Süreci
2. Ameliyathane Süreci
3. Ayaktan Hasta Süreci
4. Laboratuvar Süreci
5. Eczane Süreci
6. Ölçme Analiz ve İyileştirme Süreci
7. Diyaliz Süreci
8. Radyoloji Laboratuvarı Süreci
9. Yatan Hasta Süreci
10. Ağız ve Diş Sağlığı Süreci
11. Satın Alma Süreci
12. İç İletişim Süreci
13. Eğitim süreci

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Temsilcisi	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	15 / 50

## PROSEDÜRLERİMİZ

Dokümanların Kontrolü Prosedürü  
Kayıtların Kontrolü Prosedürü  
Uygun Olmayan Hizmet/Ürün Prosedürü  
İç Tetkik Prosedürü  
Laboratuvar Güvenliği Prosedürü  
Düzeltilici Önleyici Faaliyet Prosedürü  
Yönetimi Gözden Geçirme Prosedürü  
Laboratuvar Güvenliği Prosedürü  
Hastane Enfeksiyonları Kontrol Prosedürü  
Eğitim Prosedürü  
Satın Alma Prosedürü  
Ameliyathane Prosedürü  
Hasta Güvenliği Prosedürü  
Mavi Kod Prosedürü  
Hizmet Sunum Prosedürü

Foça Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Sistemini oluşturan süreçlerin etkileşim derecesi EK-2 de gösterilmiştir.

## 4.2 DOKÜMANTASYON ŞARTLARI

### 4.2.1 GENEL

Hastanemizin kalite yönetim sistemi kapsamında oluşturduğu dokümantasyon aşağıda tanımlanmıştır:

- Kalite Politikası
- Kalite Hedefleri, Kalite Taahhütleri
- Kalite El Kitabı
- Standardın öngördüğü dokümante edilmiş sistem prosedürleri
- Hizmet proses tabloları, Hizmet Prosedürleri, Görev Tanımları, Talimatlar, İş akış şemaları
- Planlar, Formlar, Çizelgeler, Listeler

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Temsilcisi	BAŞHEKİM

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	16 / 50

- g) Dış Kaynaklı Dokümanlar, Standardın Şartları, Mevzuatlar, Sözleşmeler, TSE'nin Şartları, Resmi Gazete  
h) Standardın ve hastanenin işleyişinde ihtiyaç duyulan kayıtlar

Hastanemizde oluşturulan bu dokümanlar hastanemizin kamu kurumu yapısı, büyüklüğü ve faaliyet alanlarımızın özelliği, proseslerimizin karmaşıklığı ve bunlar arasındaki etkileşimler; hastane personelimizin bilgi, beceri, tecrübe, öğrenim ve eğitim yönünden yeterliliği göz önüne alınıp detaylandırılarak dokümante edilmiştir.

Hastanemiz Sağlık Hizmeti hakkındaki çalışmalarını Hizmet Proses Tablolarında detaylı bir şekilde hazırladığı için Kalite Planı oluşturmamıştır.

Hastanemizde dokümantasyon, kağıt ve bilgisayar ortamında yapılmaktadır. Hastanemiz, sunmuş olduğumuz sağlık hizmetinin şartlara uygunluğunu etkileyecek herhangi bir prosesi Dış Kaynaklı prosese haline getirdiğinde, bu proseler üzerindeki kontrolü standardın 4.1 maddesinde belirterek anlatmıştır.

#### 4.2.2 KALİTE EL KİTABI

Hastanemiz TS EN-ISO 9001:2008 Standardına uygun olarak Kalite Yönetim Sistemini kurmuş, dokümante etmiş sürekliliğini sağlayarak, etkinliğini iyileştirmeyi taahhüt etmiştir.

a) Foça Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Sisteminin kapsamı TS EN-ISO 9001-2008 standardının Tasarım ve Geliştirme faaliyetleri kapsam dışı bırakılmıştır. Hastanemiz eğitim ve araştırma hastanesi değildir. Teşhis ve tedavi alanında araştırmalarla kanıtlanmış yöntemler uygulanmaktadır. Bu nedenle tarafımızca Tasarım ve geliştirme kapsam dışı bırakılmıştır.

b) Hastanemizde oluşturulan Kalite El Kitabında Kalite Yönetim Sistemi Prosedürlerine ve tarafımızca oluşturulan diğer dokümanlara atıf yapılmaktadır.

c) KYS kapsamında proseslerin birbirleri ile etkileşimi, proses tablolarında (FDH/TB/02) açıklanmıştır. Hastanemizin Organizasyon Şeması EK-1 de gösterilmiştir. KYS prosesleri etkileşim tablosu ve etki derecesi EK-2 de verilmiştir.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	17 / 50

#### 4.2.3 DOKÜMANLARIN KONTROLÜ

TS EN-ISO 9001-2008 yer alan şartlarla ilgili dokümanları kapsayan tüm bilgi ve dokümanların kontrolü için prosedür oluşturulmuş olup sürekliliği sağlanmaktadır. (FDH/PR/01). Dokümantasyonun oluşturulması, işlevsellik kazanması, onaylanması, kullanılması, iptali, revizyonu, güncelliğinin ve uygulanabilirliğinin takibi konuları tanımlanmıştır. Dokümanlardan KEK Kalite yönetim temsilcisi tarafından hazırlanır. Kalite yönetim sistemini gerektirdiği diğer dokümanların hazırlanması, kontrol edilmesi ve onaylanması "DOKÜMAN ONAYLAMA YETKİ TALİMATINDA" açıklanmıştır.

Hastaneyle ilgili diğer dokümanlar, doküman kontrolü prosedüründe belirttiği gibi hazırlanarak gözden geçirilir onaylanır.

Hastanemizde Dış Kaynaklı Dokümanlar tanımlanmıştır. Sağlık Bakanlığı'na ilişkin dış kaynaklı dokümanlar bakanlığın web sitesinden; satın alma işlerine ilişkin dış kaynaklı dokümanlar Kamu İhale Kurumu'nun web sitesinden; Sağlık Güvenlik Kurulu'na ilişkin dokümanlar kurumun web sitesinden izlenir. Mevzuattaki değişiklikler ya da ilgili kurumlardan Gelen resmi yazılar mevzuata uygun şekilde kayda alınmakta ve ilgililere bu yazılar yönetim tarafından ilgili birimlere tebliğ edilmektedir. Dış Kaynaklı Dokümanların yürürlükteki baskıları 'Dış Kaynaklı Dokümanlar Listesi' ile takip edilir. Dış kaynaklı dokümanların gerektiğinde çoğaltılarak kullanılması mümkündür. Birimler ihtiyaçları doğrultusunda çoğaltma yapabilirler. Dış kaynaklı dokümanların yenilenmelerinin takibi, standartlar için Kalite Yönetim Birimi tarafından, diğer dokümanlar için resmi yazışmalar yoluyla yapılarak ilgili birimlere ulaştırılır.

#### İLGİLİ DOKÜMANLAR :

- Dokümanların kontrolü prosedürü (FDH/ PR/01)
- Dış kaynaklı dokümanlar listesi (FDH/LS/10)
- Doküman onaylama yetki talimatı (FDH/TL/21)
- Dokümanlarda Kullanılan Kısaltmalar (FDH/ LS/03)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	18 / 50

#### 4.2.4 KAYITLARIN KONTROLÜ

Hastane hizmeti ile ilgili kayıtlar için hastane bilgi yönetim sistemi, bilgisayar otomasyon yazılım programı kullanılmaktadır

Kalite yönetim sisteminin şartlarına uyulduğunu ve bu sistemin etkin olarak uygulandığını kanıtlama amacıyla gereken kayıtlar oluşturulmakta ve saklanmaktadır.

Kayıtların okunabilir olarak kalmaları, kolaylıkla ayırt edebilmeleri için “Kayıtların Kontrolü Prosedürüne” göre tanımlanmakta, korunmakta tekrar elde edilebilir halde saklanmakta, saklama süresi sonunda elden çıkarılmaktadır. Kayıtların elden çıkarılma süreleri **Kalite Kayıtları Saklama Listesinde** (FDH/LS/08) verilmiştir. Kayıtlar baskılı kopya halinde ve bilgisayar ortamında bulunmaktadır.

Kalite Yönetim Sistemi içindeki dokümanlar, bilgi işlem departmanındaki ana server üzerinde her hafta yedeklenmektedir.

#### İLGİLİ DOKÜMANLAR:

Kayıtların kontrolü prosedürü (FDH/PR/02)

Arşiv Hizmetleri Yönetmeliği

Kalite Kayıtları Saklama Listesi (FDH/LS/08)

#### 5.0 YÖNETİM SORUMLULUĞU

##### 5.1 YÖNETİM TAAHÜTÜ

Foça Devlet Hastanesi yönetimi, Kalite Yönetim Sisteminin uygulanması geliştirilmesi ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi için Kalite Yönetim Sistemi açısından taahhüt edilenlerin kanıtları aşağıda belirtilmiştir.

a) Hastanemizde tüm personele;

- Sağlık mevzuatı (ilgili kanunlar, genelgeler, yönergeler, tüzükler, tebliğler)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	19 / 50

- Sağlık Bakanlığının emirleri,
- Hasta hakları yönergesi,
- Hasta ve hasta yakınlarının istekleri,

İlgili iç haberleşme yöntemlerine göre iletilir. Kalite Yönetim Sistemi açısından sağlık bakanlığının, hasta ve hasta yakınlarının isteklerini ve beklentilerinin önemi vurgulanır.

b) Kalite konseyi misyon, vizyon ve hedeflerini belirleyerek hizmet sunumuna yönelik politikalar geliştirir ve bu politikalar gerek eğitimler aracılığıyla gerekse iç iletişim yöntemleri ile hastane çalışanlarına duyurulur.

c) Hastane kalite konseyi kalite hedeflerini belirler. Belirlenen kalite hedeflerine ulaşmak için gerekli kaynakları sağlar, sorumluları görevlendirir.

d) Kalite yönetim sisteminin uygulanması, geliştirilmesi ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesini sağlar. Üst yönetim tarafından yılda en az 2 defa düzenli olarak Y.G.G. toplantıları yapılır.

e) Hastane yönetimi (Başhekimlik) hastane ile ilgili gerekli kaynakların (makine - teçhizat) hastane bünyesinde bulunmasını sağlar. Ancak kaynak maliyetine ilişkin yetki ve sorumluluk aşamasında, gereken kaynaklar yetkili üst birimlere bildirilir.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Yönetimin Gözden Geçirme prosedürü (FDH/PR/06)

Öneri ve Memnuniyet Formları Değerlendirme Talimatı (FDH/TL/99)

## **5.2 HİZMET ALAN ODAKLILIK**

Foça Devlet Hastanesi Yönetimi, hizmet bekleyenlerin, beklenti ve şartlarının neler olduğunu belirler. Hizmet şartlarını gözden geçirir. Belirlenen beklenti ve şartların, ayrıca olası beklentilerin en iyi şekilde karşılanması için ilgili birimlere tam ve doğru olarak aktarılır. Algılanması ve yerine getirilmesi sağlar. Hastane yönetimi hizmetin sürdürülmesini kontrol eder ve sürekli iyileştirme için gerekli önlemleri alır.

Sunulan sağlık hizmetini hasta ve hasta yakınlarının beklentilerini karşılayıp karşılamadığına dair geri besleme;

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	20 / 50

- Sağlık Bakanlığının denetim raporları,
- Hasta ve hasta yakınlarının öneri ve şikayetleri,
- Anket sonuçları ve kalite kriterleri değerlendirilmesi
- İç tetkikler gibi yöntemlerle sağlanır.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Düzeltilici Ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)

Öneri Ve Memnuniyet Formları Değerlendirme Talimatı (FDH/TL/99)

Anket Uygulamaları Ve Raporları

### **5.3 KALİTE POLİTİKASI**

Hastanemiz Kalite Politikasını, çalışanların eğitim ve memnuniyetini, hizmet alanların beklentilerini göz önüne alarak oluşturmuş ve Başhekimin onayı ile yayınlanmıştır. Kalite politikamızda Kalite Yönetim Sistemi şartlarına uyma ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi taahhütlerini içermektedir. Ayrıca kalite hedeflerini oluştururken ve hedefleri amaca uygunluk adına gözden geçirirken kalite politikamız genel anlamda göz önüne alınır.

Kalite politikası oluşturulup, hastanemiz içindeki personel tarafından görülebilecek yerlere asılarak duyurulur. Yapılan iç denetimlerle kalite politikamızın anlaşılması sağlanır.

Kalite politikamızın hastanemizin verdiği sağlık hizmeti ve hizmet alanların beklentileri ile çalışanlarımızın eğitim, bilgi, beceri durumları ve beklentileri göz önüne alınarak mesajların tam ve eksiksiz verildiği ve sürekliliğinin sağlanıp sağlanmadığı açısından yılda iki kez yapılan gözden geçirme toplantısında görüşülür.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	21 / 50

## MİSYON

- Ayaktan ve yatan hastaların bakım, teşhis ve tedavilerinde kaliteli sağlık hizmeti sunmak

## VİZYON

- Nitelikli çalışanları ile tıbbın gerektirdiği teknolojiyi kullanarak yenilikçi sağlık hizmeti sunmak ve öncü olmak.

## KALİTE POLİTİKAMIZ

- Hasta odaklı,
- Çalışanların memnuniyetini ve katılımını sağlayan,
- Nitelikli, güncel, güvenilir, güler yüzlü,
- Kalite Yönetim Sistemini kurum kültürü haline getirerek,
- Tıp alanındaki gelişmelere uygun,
- Hedefler doğrultusunda, yasal mevzuat çerçevesinde ve sürekli iyileştirmeler yaparak kaliteli sağlık hizmeti sunmak.

### 5.4 PLANLAMA

#### 5.4.1 KALİTE HEDEFLERİ

Foça devlet hastanesi üst yönetimi, kalite hedeflerini kalite politikası ile uyumlu olarak belirler ve dokümante eder. Belirlediği temel değerlerini gerçekleştirmek ve başarmak için ölçülebilir hedeflere ulaşabilmek için stratejiler belirlenir. Belirlenen hedeflere ulaşabilmek için dönemsel takip yapılır.

#### İLGİLİ DOKÜMANLAR:

Kalite Hedefleri (FDH/KH/01)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Temsilcisi	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	22 / 50

## 5.4.2 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN PLANLANMASI

Foça Devlet Hastanesi misyonu ve kalite hedeflerini gerçekleştirebilmek için gerekli Kalite Yönetim Sistemini oluşturmuştur. Kalite Yönetim Sistemi dökümantasyonu, KEK, kalite süreçleri, prosedürleri, iş akışları, talimatlar ve kalite kayıtları ile sağlanır.

Kalite Yönetim Sistemindeki her türlü değişiklik sistemin bütünlüğüne zarar vermemesi için, uygulamaya konmadan önce dökümantasyon prosedürüne göre incelenir ve değişikliğin sisteme uyumu sağlanır.

Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili planlanan faaliyetler her sene başında KYS çalışma planı yapılarak, bu plan dahilinde yürütülür.

### İLGİLİ DOKÜMANLAR:

Dokümanların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/01)  
Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)  
Ölçme –Analiz-İyileştirme Süreci (FDH/SR/06)  
Kalite Hedefleri ve Planlanması (FDH/PL/04)

## 5.5 SORUMLULUK YETKİ VE İLETİŞİM

### 5.5.1 SORUMLULUK YETKİ

Foça Devlet Hastanesi üst yönetimi, hastanenin organizasyonunu belirlemek amacıyla Sağlık Bakanlığı'nın ilgili yönetmelikleri doğrultusunda ana hatları ile organizasyon şemasını hazırlamıştır. Organizasyon şeması Ek-1 de gösterilmiştir.

Görev talimatları Yataklı Kurumlar İşletme Yönetmeliği'nde belirtilmiştir. Bunun dışında gerekli görülen görev talimatları hazırlanmıştır. Çalışma talimatlarını dokümante ederek, çalışanlarına duyurmuş ve bu görevlerini yerine getirebilmeleri için gerekli koşulları temin etmiştir.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	23 / 50

Başhekim ve Başhekim Yardımcısı, Hastane Müdürü, Başhemşire ile birim sorumlularının karşılıklı ilişkileri organizasyon şemasında gösterilmiştir.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Organizasyon Şeması(FDH/OŞ/01)  
FDH Görev Tanımları (FDH/GT/1-34)  
FDH Talimatları (FDH/TL/1-123)

### **5.5.2 KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ**

Başhekim, kurum içinden en az 2 yıllık yüksek okul mezunu, KYS eğitimi ve iç tetkik eğitimi almış olmak, sağlıkta kalite uygulamaları konusunda deneyimli ve eğitimli, kamu sektöründe en az üç yıl görev yapmış kişiler arasından bir kişiyi kalite temsilcisi olarak görevlendirir. KYT, Foça Devlet Hastanesi TS EN-ISO 9001:2008 KYS kurulması, işletilmesi ve geliştirilmesi ile ilgili tüm faaliyetlerden sorumludur.

KYT, diğer sorumluluklarının yanı sıra, aşağıda belirtilen yetkilere de sahiptir;

- KYS için gerekli süreçlerin oluşturulmasını, uygulanmasını ve sürdürülmesini sağlar.
- KYS performansı ve iyileştirilmesi için üst yönetime rapor verir.
- KYS ile ilgili dış kurumlarla işbirliği yapar.
- KYS'nin, hasta bakım kalitesinin ve kurumsal performansın geliştirilmesi amacıyla gerekli tüm kaynakları planlar, temini ve yönetilmesini sağlar.
- Kurumun performans ve kalite hedeflerini belirler, bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli çalışmaları planlar, organize eder, izler ve değerlendirir.
- Kurumdaki mevcut sorunları tespit eder, öncelik sırasına koyar ve bu doğrultuda proses iyileştirmesi çalışmaları yapar ve yapılmasını sağlar.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Kalite Yönetim Temsilcisi Görev Tanımı (FDH/GT/05)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
		<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	24 / 50

### 5.5.3 İÇ İLETİŞİM

Hastanemiz yönetimi belirlemiş olduğu Kalite Politikası, hedefler, şartlar ve KYS'nin etkinliğini sağlamak; kuruluş çalışmalarını ile ilgili kuruluş içi geri beslemenin gerçekleştirilmesi ve verimli olması için İç İletişim Sürecine göre hastanemiz içinde şu iletişim proseslerini uygulamaktadır:

- Toplantılar,
- İç yayınlar, yazışmalar,
- İlan panoları,
- Birebir görüşmeler,
- Eğitimler

Kurumumuzu ilgilendiren konularda, bilgilerimizi çalışanlarımız ile paylaşabilmek için geliştirdiğimiz iletişim yolları aynı zamanda yönetimin de çalışanlardan bilgi ve görüş aldığı bir proses olarak işletilmektedir. Böylece karşılıklı iletişimden elde edilen bilgiler, düzeltici ve önleyici faaliyetlerimiz için veri oluşturmakta ve KYS mizin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için iyi bir kaynak olmaktadır.

#### İLGİLİ DOKÜMANLAR:

İç İletişim süreci (FDH/SR/12)  
Memnuniyet Öneri Şikayet Formu  
Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü(FDH/PR/05)  
İç iletişim İş Akış Şeması (FDH/İA/12)  
İç iletişim talimatı (FDH/TL/97)  
Anket uygulamaları ve raporları

### 5.6 YÖNETİMİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

#### 5.6.1 GENEL

Kurumumuzda Kalite Yönetim Sisteminin, uygunluğunu, yeterliliğini ve etkinliğini sağlamak için üst yönetim tarafından planlanmış aralıklarla gözden geçirme toplantıları yapılmaktadır. Yönetimin gözden geçirme toplantıları, kurum içi kalite tetkiki sonrasında yılda iki kez olacak şekilde Kalite Yönetim Temsilcisi ve Başhekim tarafından organize edilmektedir. Bu toplantılarda sunulan tüm raporlar ve toplantı tutanakları Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından kalite kaydı olarak muhafaza edilir. (4.2.4)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	25 / 50

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Yönetimi Gözden Geçirme Prosedürü (FDH/PR/06)  
Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)  
İç İletişim süreci (FDH/SR/12)

### **5.6.2 GÖZDEN GEÇİRME GİRDİSİ**

Yönetimi gözden geçirme toplantılarımızın, ana gündemi aşağıda verilen konulardan oluşmaktadır. Bunların dışındaki konular da Kalite Yönetim Temsilcisi ve Başhekim kararı ile gündeme ilave edilerek görüşülür.

- Tetkiklerin sonuçları,
- Kalite Politikası,
- Hizmet alanların sağladığı bilgiler,
- Süreç performansı ve hizmet uygunluğu,
- Düzeltilici ve önleyici faaliyetlerinin durumu,
- Bir önceki yönetimin gözden geçirmesinden devam eden takip faaliyetleri,
- KYS nin etkileyebilecek değişiklikler,
- İyileştirme için öneriler

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Yönetimi gözden geçirme prosedürü (FDH/PR/06)  
Kayıtların kontrolü prosedürü (FDH/PR/02)

### **5.6.3 GÖZDEN GEÇİRME ÇIKTISI**

Yönetim gözden geçirme toplantılarımızın sonuçlarında, gündeme alınan görüşme konularının yanı sıra, aşağıdaki konulara yönelik olarak kararlar alınır. Bu kararların alınması sistemimizin işleyişini devam ettirecek ve tıkanıkların önünü açacak kararlardır.

- Kalite Yönetim Sisteminin ve bu sisteme ait proseslerin etkinliğinin iyileştirilmesi,
- Hizmet alanların ve çalışanların beklentileri ile ilgili olarak hizmetlerin iyileştirilmesi,
- Kaynak ihtiyaçları.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Kayıtların Kontrolü prosedürü (FDH/PR/02)  
Yönetimi Gözden Geçirme prosedürü (FDH/PR/06)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	26 / 50

## 6. KAYNAK YÖNETİMİ

### 6.1 KAYNAK SAĞLANMASI

Hastanemiz TS EN-ISO 9001:2008 Standardına göre Kalite Yönetim Sistemi'nin uygulanması, sürdürülmesi ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi, hizmet alanların beklentilerinin yerine getirilmesi ile bunların memnuniyetinin artırılması için hastanemiz imkanları, döner sermaye ve genel bütçe; makine, teçhizat, personel, bilgi, eğitim, bina (alt yapı) gibi kaynaklar YGG toplantılarında ya da herhangi bir anda ihtiyaç olduğunda belirlenir ve hastanemizce sağlanır.

Hastanemizde sağlık hizmetinin verilebilmesi ve alt yapı ile teçhizatın sürekli işlerliğinin sağlanabilmesi için gerekli olan satın alma işlemleri Satın Alma Prosedürümüze göre gerçekleştirilir.

Hastanemizde hizmetin sürekliliği için yapılan alım satımlara ait ödeme ve karar tasdikleri de 4734 Sayılı Kamu İhale Kanununa göre yapılır.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Satın Alma Prosedürü (FDH/PR/09)  
YGG Toplantı Karar Formu (FDH/FR/20)

### 6.2 İNSAN KAYNAKLARI

#### 6.2.1 GENEL

Foça Devlet Hastanesinde hizmetin kalitesini etkileyecek işi yapan personel, uygun eğitim öğrenim bilgi ve beceri yönünden yeterli olması sağlanmaktadır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
Kalite Yönetim Temsilcisi	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	27 / 50

Hastanemizde verilen sağlık hizmetinin kalitesini etkileyen işleri yapan doktor, eczacı, ebe/hemşire, teknisyen, memur, yardımcı hizmetler, hizmetli v.s gibi personeli uygun öğrenim, eğitim, beceri ve tecrübe yönünden ilgili yönetmeliklerde ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanununda belirtildiği şekilde ve ihtiyacımıza binaen yapılan görevlendirmelerde ise tarafımızca, belirlenen kriterlere göre yetkin olması sağlanmaktadır. (Örn: Kalibrasyon sorumlusunun, Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin belirlenmesi)

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ( FDH /LS/ 10 )  
657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu ( FDH/ LS /10 )  
Görev tanımları ( FDH / GT / 01 -34 )

### **6.2.2 YETERLİLİK FARKINDA OLMA (BİLİNÇ) VE EĞİTİM**

Kurumumuzda; hizmet kalitesini etkileyen faaliyetleri yürüten personelin yeterliliklerinin geliştirilmesi, bilgi ve becerilerinin artırılması, daha etkin hizmet sağlama yetenekleri kazandırılması amacı ile (Cihaz başı eğitim, hasta başı eğitim, dış kaynaklı eğitim v.b.) her personelin yapacağı faaliyet ile ilgili eğitim alması sağlanır.

Hastanemizde eğitim ihtiyaçlarının tespit edilmesi, eğitimlerin planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesi Eğitim Prosedürüne uygun olarak yapılmaktadır. Kayıtları, Kayıtların Kontrolü Prosedürüne uygun olarak saklanır.

Çalışanların yaptıkları faaliyetlerin önemini, uygunluğunun farkında olmalarını sağlamaktan ve kalite hedeflerinin başarılması için çalışanların nasıl katkıda bulunacaklarını belirlemekten birim sorumluları sorumludur.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Satın Alma Prosedürü (FDH/PR/09)  
Kayıtların Kontrolü prosedürü (FDH/PR/02)  
Eğitim Prosedürü (FDH/PR/08)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	28 / 50

### 6.3 ALT YAPI

Hastanemizde sağlık hizmetlerinin şartlarını yerine getirebilmek için gerekli olan bina, çalışma alanları, teçhizatlar, destek tesisler, ekipmanlar, ulaşım ve iletişim araçlarını, kirlenme ve atıklar gibi çevresel konuları dikkate alarak ilgili yönetmelikler doğrultusunda belirlenir. Genel bütçe, döner sermaye ve bağış yoluyla sağlanarak sürdürür.

Bina ve çalışma alanlarının gerekli tadilat ve bakımları hastanemizde görevli veya dış kaynaklı proseslerimiz yolu ile görevlendirdiğimiz personel tarafından Hastane Müdürü ve Başhekimin direktifleri doğrultusunda yapılır. Personelimizin bilgi ve becerisi dışında yapılması gereken faaliyetler konusunda kurumumuzun diğer ünitelerinden destek alınabilir. Binanın projeyi ilgilendiren ve yüksek maliyet gerektiren tadilatlarında kurumumuzun bağlı olduğu İl Sağlık Müdürlüğü İnşaat Emlak Birimi'nden, Sağlık Bakanlığı, Belediyeler ve Bayındırlık İl Müdürlüğünden bilgi, teknik yardım ve onay alınır.

Hastanemizde sağlık hizmetinin sunumu ve diğer destek hizmetleri için kullanılan araçların (laboratuvar cihazları, bilgisayarlar, asansör v.s.) sürekli işlerliğinin sağlanması için gerekli bakımları kullanma talimatlarına uygun olarak ilgili birimlerde yetkili servislerince yaptırılır. Bu hizmetlerin ilgili servislerde yaptırılmaması durumunda İl Sağlık Müdürlüğümüze bağlı Bölge Tamirhane Müdürlüğü tarafından teknik yardım alınır.

Hastanemiz ve çevresinin temizliği, temizlik talimatlarımız doğrultusunda tıbbi atıklarımızın toplanması ve atılması tıbbi atık talimatlarına göre yapılır.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Bakım Onarım Talimatı (FDH/TL/96)

Atıkların Ayrılması ve Toplanması Talimatı (FDH/TL/52)

Atıkların Toplanması ve Taşınması Talimatı(FDH/TL/53)

Satın Alma Prosedürü (FDH/PR/09)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	29 / 50

## 6.4 ÇALIŞMA ORTAMI

Foça Devlet Hastanesi yönetimi hizmetin en iyi şartlarda sunulmasını sağlamak amacıyla çalışanların önerilerini dikkate alarak, personel memnuniyetini artıracak şekilde çalışma ortamlarını düzenler ve gerektiğinde iyileştirmeler yapar. Planlama süreci sonucunda çalışma ortamlarına yönelik kalite hedefleri belirler. Yürütülen faaliyetin niteliğine göre iş güvenliğine yönelik önlemleri alır Eğer faaliyet ısı, rutubet, ışık, hava akımına yönelik özel koşullar gerektiriyorsa uygun ortam sağlar.

Motivasyonu artıracak ortamları (sosyal, kültürel) sağlamayı hedefler.

## 7. HİZMET GERÇEKLEŞTİRME

Foça Devlet Hastanesi T.C. Sağlık Bakanlığı emrinde yasal mevzuatlar çerçevesinde 2. basamak sağlık hizmeti sunan bir kamu kuruluşudur.

### 7.1 HİZMET GERÇEKLEŞTİRMENİN PLANLANMASI

Sunduğumuz sağlık hizmetinde kalite için şartların nasıl sağlanacağı mevcut dokümantasyon sisteminde tanımlanmıştır. Kalite planlaması Kalite Yönetim Sisteminin diğer bütün koşullarına ve çalışma yöntemlerine uygun olarak belgelenmiştir Hizmetin etkin ve etkili olabilmesi için aşağıdaki faaliyetler dikkate alınmıştır.

- Sağlık hizmeti sunumu sırasında yürütülen temel süreçler için kalite hedefleri belirlenmiş, bu hedeflere ulaşılması için gerekli şartları sağlamak üzere ilgili mevzuatta göz önüne alınarak planlama yapılmıştır. Kaliteyi gerçekleştirmek için gerekli olabilecek tüm kontroller, süreçler, faaliyetler, gerekli donanım, araç-gereçler ve nitelikler belirlenmiş, sisteme (Prosedürler, tüm talimatlar, formlar aracılığıyla) bağlanmıştır

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
		<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	30 / 50

- Hizmet sürecinin gereken aşamalarında hangi doğrulamaların yapılacağı ilgili birim sorumlularınca belirlenir ve uygulanır.
- Sunulan sağlık hizmetinin şartları karşıladığına dair kanıtları oluşturan kayıtlar tanımlanmış olup, Kayıtların Kontrolü Prosedürüne göre saklanmaktadır.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)

## **7.2 HİZMET ALANLAR İLE İLGİLİ PROSESLER**

### **7.2.1 HİZMETE BAĞLI ŞARTLARIN BELİRLENMESİ**

Kurumumuz sunduğu hizmete ait şartları yasalar ve mevzuat çerçevesinde belirler ve tanımlar. Hizmet alanlar tarafından beyan edilmeyen ancak bilinen ve amaçlanan kullanım için gerekli olan şartları da gözden geçirerek mevzuatlara göre yeniden düzenler.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Dış Kaynaklı Doküman Listesi ( FDH/LS/11)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	31 / 50

## 7.2.2 HİZMETE BAĞLI ŞARTLARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Foça Devlet Hastanesi Yönetimi, hasta ve hasta yakınlarının olası beklentilerini göz önüne alarak sunulan sağlık hizmetinin kalitesini sürekli iyileştirmek amacıyla şartları gözden geçirir ve şartların iyileştirilmesi için gerekli alt yapı donanım ve faaliyetleri belirler. Ayrıca hizmet sunulduktan sonra hasta ve hasta yakınlarından gelen talepler ve sürekli iyileştirme faaliyetleri doğrultusunda daha kaliteli sağlık hizmeti sunulması için ilave şartlar belirlenir.

Talep edilen herhangi bir değişiklik yada yeni bir uygulama mevzuat çerçevesinde, iş akış süreçlerine göre yerine getirilir. Mevzuatça açıkça belirtilmeyen konularda Sağlık Bakanlığının görüşü sorulur bu doğrultuda talep yerine getirilir. İş akış süreçlerinde değişiklik gerekiyorsa revize edilir. Hastanemizde hizmet sunumu ile ilgili gözden geçirme sonuçları ve yapılan değişiklikler, faaliyetler kaydedilir, Kayıtların Kontrolü Prosedürüne göre saklanır.

Hasta ve hasta yakınlarının hastanemize müracaat ettikten sonraki beklentileri hastanemiz imkanları göz önüne alınarak karşılanır. Hastanemiz olanakları dahilinde yapılamıyor ise hasta 3. basamak sağlık kurumlarına veya diğer kuruluşlara yönlendirilir. Dış kaynaklı hale getirilen süreçlerde, yapılan protokoller ve sözleşmeler kapsamında denetim uygulanır. Ayrıca sunulan hizmetin koşulları değiştiğinde değişiklikler tüm personele duyurulur.(iç iletişim iş akış şemasına göre)

### İLGİLİ DOKÜMANLAR:

Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)  
Uygun Olmayan Hizmet/Ürün Prosedürü (FDH/PR/03)  
İç İletişim Talimatı (FDH/TL/97)  
İç iletişim süreci (FDH/SR/12)  
Dış kaynaklı doküman listesi (FDH/LS/11)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	32 / 50

### 7.2.3 HİZMET ALANLAR İLE İLETİŞİM

Hastanemiz hizmet alan şartlarının belirlenmesinde ilgili yasal mevzuatları, şartları ve hizmet alan ihtiyaçlarını dikkate almaktadır. Amacımız hizmet alan memnuniyetini sürekli hale getirebilmektir. Hizmet alanlarımızın ihtiyaç ve beklentilerini saptamak ve hizmetlerimizi bu ihtiyaç ve beklentilere uygun olarak sunabilmek amacı ile öneri ve şikayet kutuları kullanılmakta, hizmet alan memnuniyet anketleri de yapılmaktadır.

Bu nedenle hastanemiz, hizmet alanlarımızın sağlık hizmetinin sunumu ile ilgili bilgiyi, başvuruyu, değişikliği, şikayetleri, memnuniyetleri, önerileri; SABİM, HASTA HAKLARI gibi birimlerden, birebir görüşmelerden, sözel veya telefon yolu ile alır. Hizmet alanlar ile iletişim ilan panoları ile sözel veya telefon ile sağlanır. Bunların etkinliği için gerekli düzenlemeler yapılır.

Hizmet alanlarımızın şikayet ettikleri konular ve memnuniyet anketleri ölçüm sonuçları, sistemimizin içinde değerlendirilerek, aynı şikayetlerin tekrar etmemesi için düzeltici ve önleyici faaliyetler başlatılır.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Öneri ve Memnuniyet Formları Değerlendirme Talimatı (FDH/TL/99)

İç İletişim Talimatı (FDH/TL/97)

Düzeltilici Ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)

Anket Uygulamaları ve Sonuç Raporu

Dilek Öneri Kutusu Tablosu (FDH/TB/05)

### 7.3 TASARIM VE GELİŞTİRME

Foça Devlet Hastanesi araştırma ve geliştirme hastanesi değildir. Bu edenle standardın 7.3 maddesi kapsam dışı bırakılmıştır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	33 / 50

## 7.4 SATIN ALMA

### 7.4.1 SATIN ALMA PROSEDÜRÜ

Foça Devlet Hastanesinde sunulan sağlık hizmeti için gereken ürün ve hizmetlere ilişkin satın almalar, ilgili mevzuat doğrultusunda yürütülür.

Satın alınan bütün ürünlerle ilgili tanımlama ve izlenebilirlik sağlanır. İlgili mevzuat ve ilgili prosedüre uygun olarak denetlemeler yapılır. Satın alınan her türden malzeme kayıt altına alınır, korunur ve güvenliği sağlanır.

Hasta ve hasta yakınlarına ait olup, hizmet sırasında hastane denetimine geçen her türlü bilgi, evrak ve tetkik materyali kayıt altına alınır, korunur ve güvenliği sağlanır. Hizmet sırasında kullanılan her türlü girdi (sarf malzemesi, ilaç, teknik malzeme vb.) uygun şartlarda taşınır, depolanır ve kullanıma sokulur.

KİK tarafından bildirilen yasaklı firmalar dışında kalan tüm firmalar çalışılabilir tedarikçilerimiz sayılmaktadırlar. Çalışacağımız tedarikçi firma ise yine mevzuata göre seçilir ve seçilme şartlarını karşılama yeteneğine göre performansı izlenir, gerekli uyarılar yapılır. Kontrolün tipi, kapsamı ve gerekli şartlar aynı yönetmeliğe göre belirlenir ve uygulama bu yönetmelik çerçevesinde yapılır. Satın alma kayıtları muhafaza edilir. (4.2.4)

### **İLGİLİ DÖKÜMAN:**

Kamu İhale Kanunu

Satın alma Prosedürü (FDH/PR/09)

Tedarikçi Listesi (FDH/LS/29)

Mal Alımları İçin Muayene Kabul Talimatı (FDH/TL/106)

Uygun Olmayan Hizmet / Ürün Prosedürü (FD/PR/03)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	34 / 50

#### 7.4.2 SATIN ALMA BİLGİSİ

Foça Devlet Hastanesi hizmetin dış kaynaklı hale getirilmesinde ise Sağlık Bakanlığının sözleşmeleri doğrultusunda sözleşme yapılır. Sözleşme şartlarına göre bu süreçler hastanemiz tarafından değerlendirilir. Temizlik, bilgi işlem gibi destekleyici hizmetler dış kaynaklı hale getirildiğinde hastanemize verilen yetkiler ve şartnameler doğrultusunda bu kuruluşlar değerlendirilir ve sözleşme yapılır. Uygulanacak kontroller sözleşmelerde belirtilir.

#### İLGİLİ DOKÜMANLAR:

Satın alma süreci (FDH/SR11)  
4734 Sayılı KİK  
Teknik Şartnameler  
İdari şartnameler

#### 7.4.3 SATIN ALINAN ÜRÜNÜN DOĞRULANMASI

Kurumumuzda satın alma işlemlerinde muayene komisyonu ve kontrol teşkilatı tarafından muayene ve kontrol işlemleri yapılarak şartnamelere uygun ürünlerin kabulü, uygun olmayanların ise reddedilmesi şeklinde doğrulama işlemleri yapılmaktadır. Her satın alma işleminde muayene komisyonu tarafından bu işlem yapılmaktadır. Süreli hizmet alımlarında ise, sözleşme maddelerine konan muayene ve kontrol şekline göre oluşturulan kontrol teşkilatları tarafından yürütülerek doğrulama işlemleri yapılmaktadır. Hizmet satın almada ayrıca yerinde tetkik uygulaması da yapılarak tedarikçi değerlendirmesi gerçekleştirilmekte ve uygunsuzluk durumlarında, sözleşme hükümlerine göre işlem yapılmaktadır. Komisyon çalışmaları sonucu düzenlenen raporlar kayıt altına alınmakta ve saklanmaktadır.

#### İLGİLİ DOKÜMANLAR:

Satın Alma Süreci(FDH/SR/09)  
4734 Sayılı KİK  
Teknik şartname  
İdari şartname

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	35 / 50

## 7.5 SAĞLIK HİZMETİNİN SUNULMASI

### 7.5.1 SAĞLIK HİZMETİNİN SUNULMASININ KONTROLÜ

Kurumumuzda sunulan hizmetler, planlı ve kontrollü koşullar altında verilmektedir. Tüm süreçlerimiz tanımlı hale getirilmiştir. Gerekli dokümantasyonlar oluşturulmuş, uygun donanım ve uygun izleme yöntemleri tanımlanmıştır. Hizmet faaliyetlerinin ayrıntıları talimatlar ile açıklanmıştır. Hizmet alan (hasta ve çalışan) sağlığının sorumluluğunu taşıyan kurumumuz, yasaların ve mevzuatın tüm gereklerini yerine getirmektedir. Verdiğimiz hizmetlerin kontrolü prosedür ve süreçlerde belirtilen yöntemlerle sağlanmaktadır.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Dokümanların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/01)  
Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH /PR/02 )  
Uygun Olmayan Hizmet/Ürün Prosedürü (FDH/PR/03)  
Kalibrasyon Talimatı (FDH/TL/98)  
Hizmet sunum prosedürü (FDH/PR/08)  
Süreçlerin izlenmesi Talimatı (FDH/TL/100)  
FDH/SR/1-13

### 7.5.2 SAĞLIK HİZMETİNİN SUNUMU İÇİN PROSESLERİN GEÇERLİLİĞİ

Hastanemizde sunulan sağlık hizmetiyle ilgili süreçler izlenmesi için performans parametreleri belirlenir. Süreçlerin geçerliliğinin izlenmesi; (Kalite Yönetim Birimi tarafından mevzuat doğrultusunda ve kalite yönetim sistemi şartlarına uygun olarak hazırlanan ve üst yönetimce onaylanan) prosedürler, talimatlar, formlar aracılığıyla yürütülür.

Sağlık hizmetinde çalışanların uygun eğitim ve öğrenim görmüş olmaları sağlanır. Tanımlanan proseslerin sorumluları belirlenir. Hizmet sırasında uyulması gereken kurallar çalışanlara, ilgili dokümanlar aracılığıyla iletilir. Hizmet sırasında kullanılan izleme ve ölçme cihazlarının kontrolü, eğitilmiş personel tarafından uygun olarak yapılır. Böylelikle eğitim, bilgi ve beceri yönünden yeterli personelin sunduğu sağlık hizmeti süreçleri, gerektiğinde birim sorumlularının onayıyla (örn: laboratuvar hizmetleri) geçerlilik kazanır. Hizmet sırasında oluşturulan kayıtlar sonucunda tanımlama ve izlenebilirlik sağlanır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	36 / 50

Hasta ve hasta yakınlarına sunulan sağlık hizmetinin sonucunda uygunsuzluk, şikâyet, yetersizlik veya hata oluştuğunda, derhal hastane üst yönetimi ve o sürecin sorumluları bir araya gelerek hizmetin tekrarını, doğrulanmasını, mümkünse, hatanın telafisi sağlanır.

Hastanemizde sağlık hizmeti sunumu aşamasında kullanılan izleme ve ölçme cihazlarının ve kullanıcı personelin yeterliliği sağlanmakta ve denetlenmektedir. Şayet sürecin çıktısı izleme ve ölçme ile doğrulanamıyor ise, bu tür süreçler, doğrulama testleri ile geçerli kılınmaktadır. Süreçlerin yeterliliği, hastane üst yönetimi tarafından Yönetimi Gözden Geçirme toplantılarında gözden geçirilir, onaylanır, gerekli görüldüğünde yenilenme yapılır. Hizmetin sunumu sırasında yürütülen faaliyetlerin geçerliliğine dair kayıtlar, Kalite Kayıtları Kontrol Prosedürüne göre muhafaza edilir.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Uygun Olmayan Hizmet/Ürün Prosedürü (FDH/PR/03)  
DÖF prosedürü (FDH/PR/05)  
Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)  
Yönetimin Gözden Geçirme Prosedürü (FDH/PR/06)  
Süreçlerin İzlenmesi Talimatı (FDH/TL/100)

#### **7.5.3 BELİRLEME VE İZLENEBİLİRLİK**

Foça Devlet Hastanesinde, sağlık hizmeti sunumu sırasında kullanılan her türlü ürünün, girdinin (sıhhi sarf malzemeleri, gıda ürünleri, donanım, araç-gereç, ilaçlar, laboratuvar malzemeleri) kayıtları (türü, miadı, geliş tarihi, miktarı, fatura numarası, irsaliye numarası) ilgili yönetmelikte belirtildiği şekilde tanımlanır, kayıt altına alınır ve kayıtlar geriye doğru izlenebilir.

Kullanılan makine ve teçhizatlar ise verilen demirbaş numaraları ile takip edilir.

Hasta ve hasta yakınlarına sunulan sağlık hizmetinin tanımlanması ve izlenebilirliği ise hastanın adı soyadı, protokol numarası, başvuru tarihi ve yürütülen faaliyet ile ilgili kayıtlarda sağlanır. Hastane ile ilgili herhangi bir bilgiye ulaşılması gerektiğinde, hasta ve hasta yakınları bilgilerinden, hizmet sırasında tutulan kayıtlara gidilerek gerek hizmet, gerekse hizmet sırasında

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	37 / 50

kullanılan ürünlerle ilgili izlenebilirlik sağlanır. Foça Devlet Hastanesi'nde sağlık hizmeti sunumu sırasında yürütülen süreçlerin (acil, poliklinik, yataklı tedavi, ameliyathane, laboratuvarlar, röntgen, hemodiyaliz ünitesi) kayıtları ilgili mevzuata ve kayıtların kontrolü prosedürüne göre tanımlanır ve izlenebilir. Gerek duyulduğunda geçmişe yönelik kayıtlarla ilgili bilgiler, sorumluların denetiminde, arşiv talimatı doğrultusunda oluşturulan arşivden edinilebilir. Kalite Yönetim Sistemine göre oluşturulan yeni kayıtlar, kayıtların kontrolü prosedürüne göre Kalite Yönetim Birimi tarafından saklanır ve izlenebilir.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)  
Uygun Olmayan Hizmet/Ürün Prosedürü (FDH/PR/03)  
Satın Alma Prosedürü (FDH/TL/91)  
Dış Kaynaklı Doküman Listesi (FDH/LS/11)  
Arşiv İşlemleri Talimatı (FDH/TL/61)  
Hasta kabul talimatına (FDH/TL/24)

### **7.5.4 HİZMET ALAN MÜLKİYETİ**

Hastanemizde sağlık hizmeti sunulabilmesi için Sağlık Bakanlığı tarafından sağlanan tüm teçhizat, demirbaş malzemeler ve idari ayniyat malzemeleri, Satın Alma Birimi tarafından ilgili yönetmelik hükümlerine göre teslim alınır, depolanır ve kullanıma sokulur. Büro hizmetlerinde, tıbbi hizmetlerde, destekleyici hizmetlerde (mutfak, çamaşırhane) kullanılan tüm teçhizatın bakımı, onarımı, gereğinde hurdaya ayrılması, ilgili mevzuata göre yapılır. Sunulan sağlık hizmetiyle doğrudan ilişkili olan cihazlara ait bakım, onarım, kullanım ve kalibrasyon kayıtları, Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanan prosedürler doğrultusunda ilgili birimlerde kayıtların kontrolü prosedürüne göre saklanır, denetlenir.

Foça Devlet Hastanesinden hizmet alan hasta ve hasta yakınlarına ait dosya, sevk formları, dış tetkiklerle hastanemiz laboratuvarlarında yapılan tetkiklerin sonuçları, ilgili mevzuata göre kaydedilir, saklanır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	38 / 50

Hasta ve hasta yakınlarına ait mülk herhangi bir şekilde kaybolursa, zarar görürse veya kullanım için uygun olmayan halde bulunursa bu durum hasta ve hasta yakınlarına bildirilerek kayıtları oluşturulur. Hasta ve hasta yakınları mülkünün özelliğine göre bu bildirim sözlü ya da yazılı olarak yapılabilir. Yine mülkün özeliğine göre gerekirse sorumlular tarafından telafisi sağlanır. Hastaya ait özel bilgilerde hasta ve hasta yakınları mülkiyeti kapsamında değerlendirilir. Tutulan kayıtlar Kalite Kayıtları Kontrol Prosedürüne göre saklanır.

657 sayılı Devlet Memurları Kanunu ve Türk Tabipler Birliği Mevzuatına göre hastalar ile ilgili her türlü tıbbi bilgi, hastalık ve durumları ile ilgili sırların çalışanlar tarafından korunması esastır. Sadece adli mercilerden gelen taleplerde yasal yükümlülükler gereği işlem yapılabilir.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Kamu İhale Kanunu  
Satın alma Prosedürü (FDH/PR/09)  
Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)  
Arşiv Yönetmeliği (Sağlık Bakanlığı)  
Hizmet Alan Mülkiyeti Talimatı (FDH/TL/96)  
Ayniyat Ambarı iş akış şeması (FDH/İA/08)

#### **7.5.5. HİZMETİN KORUNMASI**

Foça Devlet Hastanesi'ne gelen ve giden evraklar, işlemi tamamlanan evraklar, ilgili dosyalarında veya arşivde saklanır.

Foça Devlet Hastanesi'nde sağlık hizmeti sunumu sırasında kullanılan ya da dağıtılan her türlü demirbaş, tıbbi malzeme ve ilaç ise ilgili kişiler tarafından depo ve raf planlarına göre yerleştirilir. Bu malzemelerinin takibi sıcaklık göstergeleri ile yapılır. Yapılan bu takiplerin kaydı ilgili formdan izlenir. Bu malzemelerin taşıma, ambalajlama, muhafaza ve sevkiyatı aşamalarında da türüne göre tanımlanmış özelliklere (aşı için soğuk zincir kuralları, vb.) uyulması ilgili talimatlar ve formlar ile sağlanır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	39 / 50

Hastanemizde her türlü analiz işlemlerine tabi tutulacak olan kan, idrar gibi ürünler ile laboratuvar malzemeleri, tetkik materyalleri ilgili birimlerde, saklama koşullarına uygun olarak depolanır ve kayda geçilir. Hizmet sırasında kullanılacak ürünler taşınırken veya depolanırken varsa özellikle ambalaj bilgileri göz önüne alınır. Eğer yoksa ürünün özelliklerinin bozulmaması için gerekli önlemler alınır.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Dış Kaynaklı Doküman Listesi (FDH/LS/11)  
Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)  
Laboratuvar Numune Kabul Talimatı (FDH/TL/01)  
Laboratuvar Numune Taşıma Talimatı (FDH/TL/02)  
Depolama muhafaza ve taşıma talimatı (FDH/TL/78)

## **7.6. İZLEME VE ÖLÇME DONANIMININ KONTROLÜ**

Kurumumuzda kullandığımız ve hizmetlerimizin kalitesine etkisi olan tüm izleme ve ölçme cihazları belirlenmiş ve listesi kalibrasyon sorumlusu tarafından oluşturulmuştur. Kalibrasyon gerektiren alet ve cihazların bakım ve kalibrasyonu, bakım ve kalibrasyon sözleşmelerine göre yapılmaktadır. Kalibrasyon değerleri incelenerek, cihazın kullanımının uygun olup olmadığına karar verilmekte kalibrasyon sonuçları uygun olmayanların kullanımının önüne geçilmektedir. Bakım ve kalibre edilen cihazlara ait bilgiler, bilgisayar ortamında ve yazılı kayıt olarak takip edilmektedir.

Hastanemiz eğitim aldığı konularda ise (hemogram cihazı gibi) güvenilirliğinin sıkça kontrol edilmesi gereken cihazları kendisi doğrular. Kalibrasyon yapılmayan cihazların değerlendirilmesinde esas alınan konular tarafımızca belirlenir.

Kullanımdan önce ayarlanması gereken cihazlarımız sıfırlanır veya kontrole göre kalibre edilip edilmeyeceğine karar verilir gerektiğinde bu işlem her kullanımdan önce tekrarlanır. Cihazlara ölçme sonucunu geçersiz kılacak ayarlar yapılmaz. Ölçüm cihazlarını taşırken, bakımını yaparken ve eğer depolanması gerekiyorsa depolanma sırasında cihazın teknik bilgileri göz önüne alınarak hasar ve bozulmalara karşı önlem alınır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	40 / 50

Kalibrasyon hizmet alımı yapılırken kuruluşun akreditasyonu aranır. Bu kuruluşlara gönderilen yada kuruluş tarafından hastanemizde yapılan kalibrasyonlara ait kalibrasyon raporları ve cihazın kalibrasyon tarihlerini işaret eden etiketler bu kuruluşlardan istenir. Kritik olan cihazlar (Ölçüm belirsizliğinin kabul kriterlerimize paralelliği durumunda) cihaz üzerinde kritikliği işaret edilir. Kullanım aralığına göre cihazda bu değerden meydana gelen %20 nin üzerindeki sapma durumlarında cihaz kullanım dışına çıkarılır.

Herhangi bir cihazın kalibrasyonu sırasında sonucu kullanım dışı değerlerde çıktığında bu cihazla daha önce yapılmış olan sonuçların önceki değerine ulaşmaya çalışılır ve nereden itibaren ölçümlerin hatalı olduğu tespit edilir. Tespit edilen noktadan sonraki mümkünse tüm ölçümler tekrarlanır. Kalibrasyon ve doğrulama sonuçları kaydedilir. (Kalibrasyon sertifikaları, raporları ve etiketi) Bu kayıtlar, kayıtların kontrolüne göre muhafaza edilir. Kalibrasyon etiket bilgilerine göre kalibrasyona tabi cihazlar listesine cihazın kalibrasyon tarihi ve gelecek kalibrasyon tarihi işlenir.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)  
Kalibrasyon Talimatı (FDH/TL/98)  
Tıbbi Cihaz Kalibrasyon Formu (FDH/FR/07)  
Kalibrasyon Listesi (FDH/LS/34)

## **8. ÖLÇME, ANALİZ VE İYİLEŞTİRME**

### **8.1 GENEL**

Hastanemizde, kaliteli sağlık hizmeti verebilmek ve uygunluğunu göstermek, Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini ve uygunluğunu sağlamak, sürekli iyileştirmek amacı ile aşağıda belirtilen konularda izleme, ölçme, analiz ve geliştirme süreçleri planlanmış ve uygulanmaktadır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
		<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	41 / 50

- Hizmetin uygunluğunu göstermek
- Süreç yeterliliğini sağlamak, kontrol etmek ve doğrulamak
- Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini sürekli iyileştirmek
- İç tetkik
- Hasta ve hasta yakını anketleri
- Düzeltici/ Önleyici faaliyetler

## İLGİLİ DOKÜMANLAR

Süreçlerin izlenmesi Talimatı (FDH/TL/100)

Düzeltici Ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)

Anket uygulamaları ve sonuç raporu

FDH/SR/1-13

## 8.2 İZLEME VE ÖLÇME

### 8.2.1 HİZMET ALAN MEMNUNİYETİ

Hastanemizde hizmet alan memnuniyetinin izlenmesinin sağlanması, öneri ve beklentilerinden haberdar olmak için Kalite Yönetim Sistemi Performansının ölçümlerinden biri olan, hizmet alan şartlarını ne dereceye kadar uygulanıp uygulanmadığı hakkındaki hizmet alan algılaması ile ilgili bilgiyi izlemektedir. Kurumumuzda hizmet alan memnuniyeti ölçümü amacı ile yılda iki kez anket çalışması yapılmaktadır.

Hasta hakları birimine yapılan başvurular, Dilek ve Öneri Kutusu İzlem Tablosu ile elde edilen veriler de hizmet alan memnuniyetini ölçmek amacıyla kullanılmaktadır. Toplanan veriler analiz edilmekte ve söz konusu şartların karşılanma durumlarına göre gerekli tedbirler alınmaktadır.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
		<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	42 / 50

Sağlık Bakanlığının Hastanemiz şartları ile ilgili hizmet algılaması ise yönetmeliklerde işaret ettiği Hastane verilerimiz ve belirli zamanda gönderilen teftiş raporları beklenti algılaması olarak tarafımıza bildirilir. Tüm bu değerlendirmeler sonucunda Hastanemizi ilgilendiren uygunsuzluk ve potansiyel uygunsuzluk var ise sorumlu birimler Düzeltici/Önleyici Faaliyet Prosedürü içinde belirtilen şekilde gerekli Düzeltici ve Önleyici Faaliyetleri gerçekleştirirler.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Anket Uygulamaları ve Sonuç Raporu  
Dilek/Öneri Şikayet Değerlendirme Formu (FDH/FR/50)  
Dilek ve Öneri Kutusu İzlem Tablosu (FDH/TB/05)  
DÖF Prosedürü (FDH/PR/05)

### **8.2.2 İÇ TETKİK**

Hastanemiz yönetim temsilcisi Kalite Yönetim Sistemimizin TS EN ISO 9001:2008 standart şartlarına, bu şartlar doğrultusunda oluşturulup planlanmış düzenlemelere, Kalite Yönetim Sisteminin etkin olarak uygulanıp uygulanmadığını ve sürdürülüp sürdürülemediğine bakmak için yılda iki defa planlanmış iç tetkikler yapılmasını sağlar.

Yönetim temsilcisi tetkik programını, geçmiş tetkik sonuçlarını tetkik edilecek faaliyet ve proseslerin önemini (öncelikli olan veya iş yoğunluğu olanları) göz önüne alarak, tetkikte bulunulması gereken referans standart ve doküman maddelerini, tetkik edilecek bölümü, tetkikçileri, tetkik zamanlarını göz önüne alarak tetkik planı formuna yazar ve Başhekime onaylatır. Tetkik edilen alanın önemi, daha önceki uygunsuzlukların sıklığı ve durumu, kanuni ve yasal şartlar ile üst yönetimin talebi üzerine tetkik sıklığı arttırılabilir.

Tetkikçiler yönetim temsilcisi tarafından eğitim almış olan ve kendi faaliyetini tetkik etmeyecek şekilde seçilir.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
		<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	43 / 50

Kalite Yönetim Temsilcisi ve tetkikçiler tetkikten en az 7 gün önce tetkik tarihleri konusunda sözlü iletişim kurarlar.

Tetkikçiler tetkik planında belirtilen ilgili bölümle ilgili referans standart maddelerine ve ilgili birimin referans standart dokümanlarına göre hazırlık yapar. Kalite Yönetim birimi tarafından hazırlanan minimum standart şartlarını kontrol edecek şekilde hazırlanan soru listesini referans olarak 2 tetkikçi ile beraber tetkik tarihinde ilgili birim sorumlusu ile çalışanları tetkike geliş amacı, tetkikin kapsamı ve tetkikin nasıl yürütüleceği konusunda bilgilendirilir. Tetkikçiler tetkik sırasında işi yapan personelle görüşerek , dokümanlara ve kayıtlarına bakarak ve işin yapıldığı prosesi gözlemleyerek objektif deliller ile tetkik sonucunu ifade eder (uygunluk yada uygunsuzluğunu). Tetkikçiler tetkik sonucunu gösterecek şekilde (uygunluk yada uygunsuzluğunu) tetkik raporunu oluşturur. Eğer bir uygunsuzluk varsa tetkikçiler ilgili birim sorumlusu ile görüşerek düzeltici faaliyet başlatır ve tahmini bitiş süresi belirler. Düzeltici faaliyet sonuçları Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından veya aynı tetkikçiler tarafından takip edilir. Bu takip sonucunda düzeltici faaliyetin etkinliği değerlendirilir, yetersizlikler devam ediyorsa uygunsuzluğun giderilmesi için yeniden tarih belirlenir. Faaliyet etkin ise aynı form üzerinde rapor edilir.

İç tetkikin yürütülmesi İç Tetkik Prosedürüne göre yapılır. Genel iç tetkik sonuçları yönetim temsilcisi tarafından Başhekimliğe bildirilir. İç tetkik sonucunda oluşan kayıtlar kayıtların kontrolü prosedürüne göre muhafaza edilir.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

İç Tetkik Prosedürü (FDH/PR/04)

İç Tetkik Planlama Formu (FDH/FR/21)

Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)

Düzeltilici Önleyici Faaliyet prosedürü (FDH/PR/05)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	44 / 50

### 8.2.3. PROSESLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ

Hastanemiz Kalite Yönetim Sistemi proseslerinin izlenmesi ve ölçülmesi için proses tablolarında sorumluları ve performans kriterlerini belirlemiştir. Kalite Yönetim Sistemimizin işlerliğini ve etkinliğini gözden geçirmek, kontrol etmek, iyileştirmek ve sürekliliğini sağlamak amacı ile planlı kalite tetkikleri gerçekleştirilmektedir. Kalite Yönetimi ve İç tetkik eğitimi almış denetçiler tarafından gerçekleştirilen bu tetkiklerle sistemin uygunsuzlukları tespit edilmekte, çözümler bulunarak düzeltici/önleyici faaliyetler başlatılmaktadır. Sonuçlar Yönetimi Gözden Geçirme toplantısında değerlendirilmektedir. Formlar Kayıtların Kontrolü Prosedürüne göre muhafaza edilmektedir.

#### İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- İç Tetkik Prosedürü (FDH/PR/04)
- Uygun Olmayan Hizmetin Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/03)
- Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)
- Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)
- Yönetim Gözden Geçirme Prosedürü (FDH/PR/06)
- Süreçlerin izlenmesi talimatı (FDH/TL/100)

### 8.2.4 HİZMETİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ

Hastanemiz sunmuş olduğu hizmetin şartlarının yerine getirildiğini kontrol etmek ve doğrulamak için hizmetin karakteristiklerini izlemekte ve ölçmektedir.

Sunulan hizmetlerin günlük, aylık, yıllık bazda istatistiksel dökümü yapılır, niceliğe ve niteliğe yönelik veriler istatistik birimi tarafından toplanır. Sağlık hizmetinin şartlarını yerine getirdiğini kontrol etmek için mevzuat ve sağlık sektörünün özellikleri göz önüne alınarak izleme ve ölçme kriterleri belirlenir. Bu kriterlere göre hizmeti sunan ve doğrulayan personel ilgili kayıtları

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	45 / 50

tutar. Gerek denetim formları, anketler, gerekse kayıtların denetlenmesi yoluyla yapılan kontroller neticesi, hizmetlerin uygunluğuna ve uygunsuzluğuna ilişkin kanıtlar kaydedilir. Kayıtlarda işlem yapan sorumlu kişi/kişileri tespit etmek mümkündür. Kayıtlar, Kayıtların Kontrolü Prosedürüne göre saklanır. Planlanmış sonuçlar başarısız olduğunda, hizmetin uygunluğunu sağlamak için, Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Prosedürlerine ve Uygun Olmayan Hizmet/Ürün Prosedürüne göre gerekli düzeltmeler yapılır.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Süreç Değerlendirme Plan Formu (FDH/FR/17)  
Uygun Olmayan Hizmet/Ürün Prosedürü(FDH/PR/03)  
Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)  
Kalite hedefleri ve Planlanması (FDH/PL/04)

### **8.3 UYGUN OLMAYAN HİZMETİN KONTROLÜ**

Foça Devlet Hastanesi'nde, taahhüt ettiğimiz şartlara uymayan, istenilen özellikleri taşımayan hizmetin sunulmasının önlenmesi ve kontrol edilmesi sağlanmaktadır. Düzeltmelerin hizmet sunumu sırasında yapılması; varsa eksik hizmetin tamamlanması ve hizmetin doğru bir şekilde tekrar sunulabilmesi için, "UYGUN OLMAYAN HİZMETİN KONTROLÜ" prosedürü hazırlanmış ve uygulanmaktadır

Hastanemizde uygun olmayan hizmetin sunulmasından sonra uygunsuzluk tespit edildiğinde, uygunsuzluğun etkilerine ya da potansiyel etkilerine karşı uygun tedbirler alınmaktadır.

Hizmet alanlara sunulan sağlık hizmetinin koşullarını bildirir. Hizmet alan hastalarla sürekli iletişim sürdürülür. Sağlık Tesislerinde Hasta Hakları Uygulamalarına İlişkin Yönerge kapsamında hastanemizde hasta hakları birimi kurulmuştur. Bu birimin amacı sağlık tesislerinde yaşanan, hasta hakları ihlalleri ile bunlara bağlı ortaya çıkan sorunların önlenmesidir.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	46 / 50

Satın almanın son aşamasında, muayene komisyonu, mevzuata uygun şekilde, hizmette kullanılacak girdi ürünün uygun olup olmadığını denetler.

Kalite Yönetim Sistemi (süreçleri) ve hizmetin tüm alt süreçleri tutulan kayıtlar aracılığıyla izlenir.

Bütün bu süreçlerden elde edilen veriler sonucunda, hizmet sırasında kullanılan ürünlerde ya da hizmette uygunsuzluk saptanırsa, prosedürüne uygun önlemler alınır. Hizmetin doğası gereği, acil durumlarda, hizmet alan odaklı yönetim taahhüdü çerçevesinde yönetim gerekli önlemleri alır, hatanın ya da uygunsuzluğun telafisini sağlar. Uygun olmayan hizmetle ilgili olarak, hizmet alanların beklenti ve algılamaları hakkındaki raporlar Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısında değerlendirilir. Tespit edilen uygunsuzluklar için Düzeltici Faaliyet başlatılır.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Uygun Olmayan Hizmetin Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/03 )  
Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)  
Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)  
YGG Prosedürü (FDH/PR/06)

#### **8.4. VERİ ANALİZİ**

Foça Devlet Hastanesi Kalite Yönetim Birimi, kalite yönetim sisteminin etkinliğini ve uygunluğunu göstermek ve sürekli iyileştirmenin hangi süreçlerde yapılabileceğini değerlendirmek için hasta ve hasta yakınlarının ve çalışanların memnuniyetini ölçen anket sonuçlarını, Kalite Yönetim Birimince oluşturulan denetim formları verilerini, yataklı servislerin hazırladığı istatistikleri, Sağlık Bakanlığının taleplerini, iç kalite tetkiki sonuçlarını toplar ve analiz eder. Özellikle proses ve hizmet ölçüm sonuçlarından çıkan veriler Kalite Yönetim Birimi tarafından tahlil edilir. Ayrıca hastanemize mal ya da hizmet sağlayan tedarikçilerin performanslarını ortaya

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	47 / 50

koymak için ilgili birimde veri analizi yapılır. Değerlendirilen veriler, düzeltici/önleyici faaliyetleri başlatmak amacıyla Yönetim Temsilcisi tarafından Başhekimliğe raporlanır. Analiz raporları Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında görüşülür. Tutulan kayıtlar, Kayıtların Kontrolü Prosedürüne uygun olarak saklanır.

Hastane Yönetimi; Sağlık Bakanlığının hasta ve hasta yakınlarının yeni talepleri ve beklentileri doğrultusunda, sağlık hizmetine özgü bilimsel ve teknolojik gelişmeleri de göz önüne alarak sunulan hizmetin şartlarını gözden geçirir, uygulamayı düşündüğü yeni şartlar hakkında veri toplar.

- Kalite Yönetim Birimi, Kalite Yönetim Sistemi ve sağlık hizmeti süreçlerinin izlenmesi ve ölçülmesine dair verileri;
- İstatistik biriminin sunulan sağlık hizmeti ile ilgili oluşturduğu istatistikleri;
- Düzeltici/önleyici faaliyetler ile ilgili raporları;
- Anketlerin sonuçlarını, dilek, memnuniyet şikayet kutularından elde edilen verileri;
- Uygun olmayan ürün ve hizmetin kontrolü sonucunda yürütülen faaliyetlerin sonuçlarını toplar.

Tüm bu süreçlerin sonucunda elde edilen veriler Kalite Yönetim Birimi'nde değerlendirilir ve analiz edilir. Analiz edilerek, raporlar hazırlanır. Bu raporlar, istatistiksel teknik kullanılarak (pasta diyagramı) Yönetimi Gözden Geçirme toplantısına, Yönetim Temsilcisi tarafından sunulur. Veri analizi süreci sonucunda gerekli düzeltici/önleyici faaliyetler aracılığı ile sürekli iyileştirme sağlanır.

### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

İç Tetkik Prosedürü (FDH/PR/04)  
Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05 )  
Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)  
YGG Prosedürü (FDH/PR/06)  
Süreçlerin İzlenmesi Talimatı (FDH/TL/100)  
Anket Uygulamaları ve Sonuç Raporu

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	48 / 50

## 8.5 İYİLEŞTİRME

### 8.5.1 SÜREKLİ İYİLEŞTİRME

Hastanemiz, kalite politikamızı, kalite hedeflerimizin sonuçlarını Hastanemizle ilgili iç ve dış tetkik sonuçlarını, Düzeltici/Önleyici Faaliyetlerle ilgili sonuçlar ve Yönetimin Gözden Geçirme toplantısının sonuçlarını kullanarak uygulamış olduğumuz Kalite Yönetim Sistemi'nin etkinliğini sürekli iyileştirmektedir. Hastanemiz yönetimi iyileştirmeler bakımından imkanları ortaya çıkarmak için bir sorunu beklemeden Hastanemiz proseslerinin etkinliğini ve verimini sürekli olarak iyileştirmeye çalışmaktadır.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Düzeltici/Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)

İç Tetkik Prosedürü (FDH/PR/04)

YGG Prosedürü (FDH/PR/06)

Süreçlerin İzlenmesi Talimatı (FDH/TL/100)

### 8.5.2. DÜZELTİCİ FAALİYETLER

Hastanemizde ortaya çıkan uygunsuzlukların nedenlerinin tespit edilip ortadan kaldırılarak bir daha oluşmaması ve uygunsuzluğu meydana getiren nedenleri gidermek için karşılaşılan uygunsuzluğun etkilerine uygun, etkin ve etkili düzeltici faaliyet başlatılır.

Sunduğumuz sağlık hizmetlerinde ortaya çıkan uygunsuzlukların giderilmesini sağlayan ve yinelenmesine önleyen karşılaşılan uygunsuzlukların etkilerine uygun Düzeltici Faaliyet Prosedürü hazırlanmış ve uygulanmaktadır. Hazırlanan düzeltici faaliyet prosedürünün amacı;

- Hizmet alanların şikayetleri de dahil olmak üzere uygunsuzlukların gözden geçirilmesi.
- Uygunsuzlukların nedenlerinin belirlenmesi (Balık kılçığı yöntemi vb.).

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	49 / 50

- Uygunsuzlukların tekrarını önlemek için yapılacak düzeltici faaliyetlerin etkin ve etkili olup olmadığının değerlendirilmesi.
- Yapılacak düzeltici faaliyetlerin belirlenmesi.
- Belirlenen düzeltici faaliyetlerin uygulanması.
- Uygulanan düzeltici faaliyetlerin sonuçlarının Kayıtların Kontrolü Prosedürü'ne uygun olarak saklanması.
- Yapılan düzeltici faaliyetlerin etkinliğinin doğrulanması.
- Alınan tedbirlerin yönetimi gözden geçirme toplantısında incelenmesini, kalite yönetim sisteminin sürekli iyileştirilmesi sürecine katkı oluşturmasını sağlamaktır.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)

Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)

YGG Prosedürü (FDH/PR/06)

#### **8.5.3. ÖNLEYİCİ FAALİYETLER**

Hastanemizde problemlerin oluşumunu önlemek amacıyla uygunsuzluk oluşmaması için karşılaşılan problemlerin etkilerine uygun, etkin ve etkili önleyici faaliyet başlatılır. Sunduğumuz sağlık hizmetlerinde oluşabilecek potansiyel uygunsuzlukların önlenmesi ve nedenlerini ortadan kaldırmak amacıyla Önleyici Faaliyet Prosedürü oluşturulmuş ve uygulanmaktadır.

Hazırlanan önleyici faaliyet prosedürünün amacı;

- Potansiyel uygunsuzlukların nedenlerinin belirlenmesi ve nedenlerinin giderilmesi için önlemler alınması.
- Olası uygunsuzlukların tekrarının önlenmesi ve gerekli önleyici faaliyetlerin değerlendirilmesi.

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>

	<b>T.C. Sağlık Bakanlığı Foça Devlet Hastanesi</b>	<i>Kod</i>	FDH/KEK/01
		<i>Yayın Tarihi</i>	27.01.2010
	<b>KALİTE EL KİTABI</b>	<i>Rev. No/Tarihi</i>	00
		<i>Sayfa</i>	50 / 50

- Gereken önleyici faaliyetlerin belirlenmesi ve uygulanması.
- Önleyici faaliyet olarak sebebi ortadan kaldırmaya yönelik etkin ve etkili yöntem seçilmesini ve uygulanmasını sağlamak.

Muhtemel uygunsuzlukların potansiyel nedenlerini tespit etmek, analiz yapmak ve gidermek amacıyla iç tetkik sonuçları, düzeltici faaliyet kayıtları, anket sonuçları, dilek-öneri verileri, önleyici faaliyet talep formu, bilgi kaynakları kullanılır. Nedeni ortadan kaldırmaya yönelik uygun yöntem seçilir. Alınan tedbirlerin sonuçları kayıtların kontrolü prosedürüne uygun olarak kaydedilir. Sonuçlar yönetimi gözden geçirme toplantılarına raporlanır.

#### **İLGİLİ DOKÜMANLAR:**

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Prosedürü (FDH/PR/05)

Kayıtların Kontrolü Prosedürü (FDH/PR/02)

YGG Prosedürü (FDH/PR/06)

<b>HAZIRLAYAN</b>	<b>ONAYLAYAN</b>
<b>Kalite Yönetim Temsilcisi</b>	<b>BAŞHEKİM</b>