

MİSYONUMUZ

Son gelişmelerin ve bilimsel verilerin ışığında hasta odaklı tedavi yaklaşımını benimsemek, tüm tanı ve tedavi yöntemlerini, tıbbi etik ilkelerinden taviz vermeden uygulamak, uzman ve akademik hekim kadromuzla hastalarımıza çağdaş hastane ortamında hizmet vermek.

VİZYONUMUZ

Dünya standartlarında çağdaş yenilikleri ve kaliteli sağlık hizmetlerini toplumun çoğunluğuna ulaştırmada öncülük eden kurum olmak vizyonumuzu oluşturan ilk unsurdur. Sunduğumuz sağlık hizmetleri ile yaşam kalitenizi yükseltmenin yanında hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini sağlamaya devam ederek Türkiye'de model oluşturmak ve dünyada referans gösterilen sağlık kurumlarından biri olmak vizyonumuzu zenginleştirmektedir.

DEĞERLERİMİZ

- Dürüstlük
- Bizim için en önemli değer dürüstlük. Tamamen şeffaf bir şekilde çalışıyoruz.
- Erişilebilirlik
- Erişilebilir fiyat politikamız ile özel hastane algısını değiştiriyoruz.
- Hasta Memnuniyeti
- Hastalarımızın memnuniyeti bizim için her şeyden önemli.
- Eğitim
- Her yeni güne ayak uydurabilmek için personel eğitimini önemsiyoruz.

KALİTE POLİTİKAMIZ

- Tüm insanların sahip olduğu temel hak olan “Yaşama hakkı”nın en önemli bileşenlerinden birisi sağlık ve sağlıklı yaşama hakkıdır.
- Bu doğrultuda ödün vermeden,Hasta ve Çalışan güvenliğini en üst seviyede tutarak , sürekli ölçme ve iyileştirme mekanizmalarını kullanarak devamlı kendisini geliştiren,çalışanlarının mesleki ve kişisel gelişimlerine katkıda bulunmak için her türlü eğitim desteğini sağlayan ,sosyal sorumluluk projelerine önderlik eden, örnek bir yönetim ve işletim sistemi geliştirmektedir.

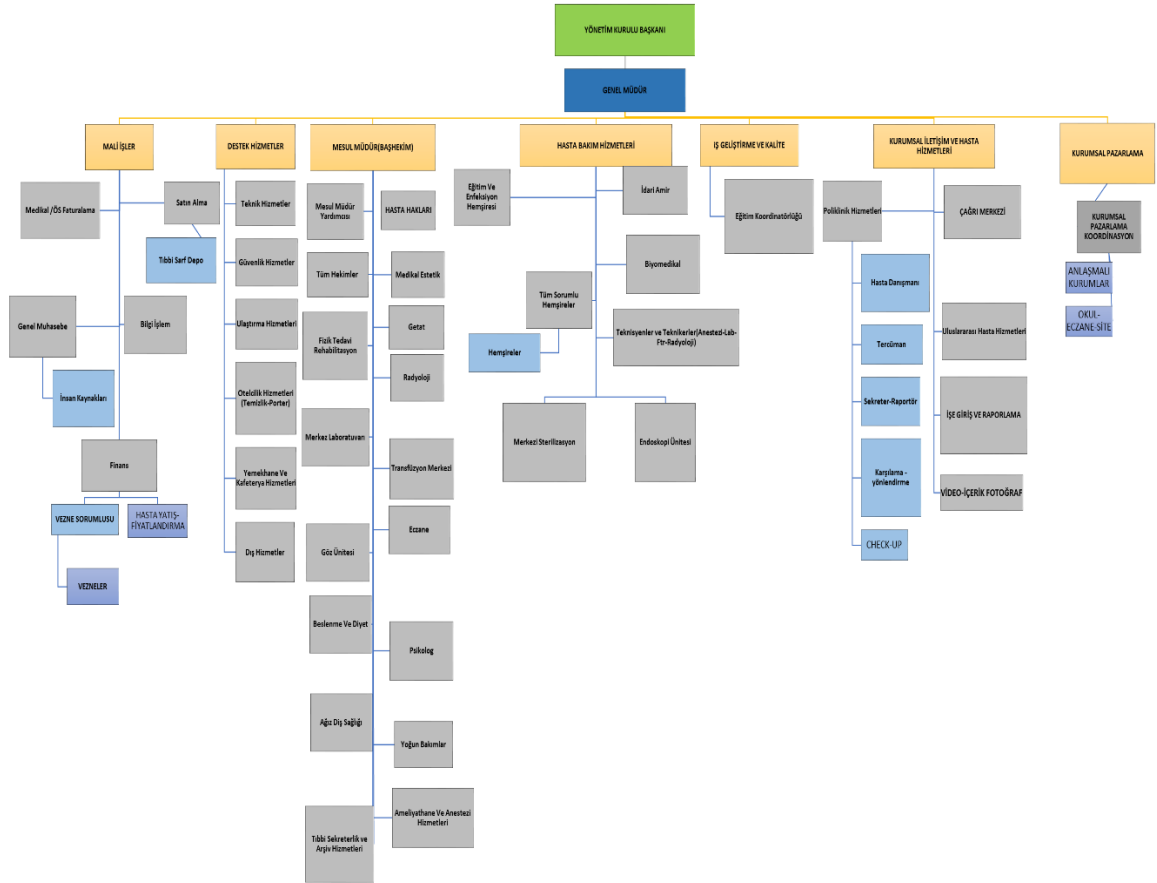
İLKELERİMİZ

- **Şeffaflık:**Kurumun finansal performansı, yönetimi ve hissedarlık yapısı hakkında doğru ve kıyaslanabilir bilgiye güncel olarak erişilebilmesi veya paydaşlarla paylaşılması ,ilgili bölüm yöneticilerinin bölümleri ile ilgili performansı değerlendirebilmesi şeklinde özetleyebiliriz.
- **Hesap Verebilirlik:** Hesap verebilirlik ilkesi işletmede yönetimde söz sahibi olan kişilerin aldıkları kararlar ve bunlara ilişkin yaptıkları faaliyetlerin sonucu hakkında bilgi ve hesap vermeleri ile bu kararlara ait sorumluluğu üstlenme ilkesidir. Hesap verebilirlik yalnızca alınan kararlar ve yönetsel faaliyetlerle ilgili olmayıp, aynı zamanda finansal bilgi tedarik zincirinde yer alan her birim veya ilgilinin hesap verebilir nitelikte olmasını da içerir.
- **Sorumluluk:** İşletmenin stratejik hedeflerine ulaşmak için organize ettiği faaliyetlerde ilgili yasalara, etik değerlere ve tüm paydaşların haklarına uyum ve saygı gösterilmesini içermektedir. Sorumluluk ilkesinin amacı, işletme faaliyetlerinin, kanun, yönetmelik ve toplumsal faydayı

temsil eden düzenlemelerin uygunluğunu güvence altına almaktır.

- **Adillik** : Adillik/hakkaniyet ilkesi, işletmenin tüm pay sahiplerinin haklarının korunmasını, işletmede çalışanlar ve tedarikçi ilişkisinde bulunan diğer işletmelerden oluşan paydaşlarla yapılan sözleşmelerdeki hakkaniyeti ve eşit davranışı belirtmektedir. Hatta daha geniş ifade ile, işletmenin aldığı kararlarda yalnızca pay sahiplerini değil, uzun dönemde, işletme ile menfaat ilişkisinde bulunanların dışında, alınan kararlarda kamu yararını gözetme ilkesini de ifade etmektedir

ESEN CAN HASTANESİ ORGANİZASYON ŞEMASI



KALİTE YÖNETİM PLANI

Her yıl Aralık ayında merkez ekip tarafından "Kalite Planı" oluşturularak uygulanmak üzere hastane Kalite Müdür/Sorumlularına iletilir.

DOKÜMAN YÖNETİMİ SİSTEMİ

- Uygulamalara ait süreçlerin planlanması ve yazılı hale getirilmesi
- Uygulamaların yazılı kurallara uygun olarak yerine getirilmesi
- Kalite çalışmalarının etkin şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla üzerinde "Doküman Yönetim Sistemi" bulunmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan "Doküman Yönetim Prosedürü"ne uygun şekilde yönetimi sağlanmakta olup hazırlanan/revize edilen dokümanların sahadaki tüm çalışanlar tarafından bilinmesini sağlamak amacıyla "Doküman Okuma" log kayıtları tutulmaktadır. Yönetilebilir bir "Doküman Yönetim Sistemi" için Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanmış olan "Doküman Yönetim Rehberi" dikkate alınmış ve sistem altyapısı ilgili rehber üzerine kurulmuştur.

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ

- Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen (Ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak,
- Bu olayları izlemek,
- Bildirimlerin sonucunda bu olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak amacıyla Bilgi Yönetim Sistemi (BYS) HBYS üzerinde "İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi" bulunmaktadır. Ayrıca bilgisayar kullanmayan çalışanlar tarafından da bildirim yapılabilmesi için interaktif bildirim formu da kullanılmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan "İstenmeyen Olay Bildirimi, Analizi ve İyileştirme Prosedürü"ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Sistem, çalışanların kendilerini güvende hissedecekleri şekilde tasarlanmış olup raporlama sürecinde, ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanmaktadır.

Sistemin etkin ve etkili kullanımı için yılda en az 1 defa tüm kurum çalışanlarına;

- Güvenlik Raporlama Sistemi'nin amacı, önemi ve sorumluluklar
- Sistemin, çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik kurgulanmış yapısı
- Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amacının vurgulanması
- Güvenlik Raporlama Sisteminde hangi olayların bildirim kapsamında ele alınacağı
- Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik
- Örnek olaylar üzerinden, bildirim formlarını nasıl doldurulacağı
- Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi hususlarında eğitim verilmektedir.

GÖSTERGE (İNDİKATÖR) YÖNETİM SİSTEMİ

Bölmelere ve ülke öncelikleri/ hastalık yükleri dikkate alınarak belirlenen sağlık olgularına ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetlerin sonucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesini ve iyileştirilmesini sağlamak amacıyla "Gösterge Yönetim Sistemi" bulunmaktadır. Ölçüm sistemi ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve işbirliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan "Gösterge Yönetim Prosedürü"ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. SKS Bölüm Bazlı Göstergeler ve Klinik Göstergeler bölümlerinde yer alan göstergeler takip edilmekte olup hastanelerimizin yapısı, hasta profili ve öncelikleri dikkate alınarak bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumluları ile belirlenmiş olan "Kurum Bazlı Göstergeler" de takip edilmektedir. Bu süreçte göstergelere ilişkin veriler toplanır, özelliklerine göre belirlenmiş olan aralıklarda, veriler analiz edilir; yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanır ve uygulanır. Göstergelerin izlenmesinden sorumlu çalışanlara yılda 1 defa eğitim verilmektedir.

KURUL/KONSEY/KOMİTE SÜREÇLERİ

Sunulan hizmetlerin çağdaş ve bilimsel düzeyde yürütülmesi, medikal ve non-medikal hizmetlerde, etik kuralların yanı sıra hastane işletim sisteminin etkinliği, verimliliği, ulusal ve uluslararası standartlar ile hasta/çalışan güvenliği hedeflerine uygunluğunun sağlanması ve sürdürülmesi adına

"Kurul/Konseylar/Komite Toplantıları" yapılmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan

"Kurul/ Konsey/ Komite Görev Yetki Sorumlulukları Listesi"ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Kurul/ Konsey/ Komiteler bu kapsam alanı içerisinde yılda en az dört kez ve gerektiğinde toplanmaktadır. Her bir kurul/ konsey/ komite tarafından görev alanlarına ilişkin gerekli

iyileştirme çalışmaları yapılmakta ve gerekli eğitim faaliyetlerini belirlemektedir.

BİNA TURU SÜREÇLERİ

Fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıkların tespit edilmesi ve gerekli iyileştirmelerin yapılması amacıyla en az 3 ayda bir "Bina Turu" yapılmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan "Kalite Yönetim Yapısı Prosedürü"ne uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Bu süreçte bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulur.Oluşturulan ekip, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanelerde yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmaktadır ve ekipte hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmaktadır.

Düzenli yapılan Bina Turu ile hasta, hasta yakınları ve çalışanlar için sürekli, güvenli ve kolay ulaşılabilir nitelikte hastane fiziki koşulları ve teknik altyapısını oluşturması sağlanmaktadır.

ÖZ DEĞERLENDİRME SÜREÇLERİ

Kalite Yönetim Müdürünün sorumluluğunda Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) esas

alınarak kurum içinde "Öz Değerlendirme" faaliyeti gerçekleştirilmektedir. İç yönerge kapsamında

hazırlanmış olan prosedüre uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Bu süreçte kalite ile ilgili

çalışmaların ve sonuçlarının mevcut olan düzenlemelere uygun olup olmadığına, bu düzenlemelerin

etkinliğine ve hedeflere uygunluğuna dair tarafsız ve nesnel kanıtların ortaya çıkarılması, varsa

uygunsuzlukların iyileştirilmesinin ve tekrarının önlenmesinin sağlanması amaçlanmaktadır.

Bir yıllık zaman dilimi içinde en az iki kez olacak şekilde, hastaneler tarafından belirlenecek sıklıkta ve düzenli aralıklarla yapılmalıdır.

Öz değerlendirme öncesi;

- Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenir.
- Öz değerlendirme takvimi hazırlanır.
- Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilir.
- Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsayacak şekilde planlanır.

Üst yönetim, öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik bilgilendirilir ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır.

TATBİKAT SÜREÇLERİ

Acil durum ve afetlerde tesis tahliyesine yönelik "Bina Tahliye Talimatı" bulunmaktadır. Çalışanların katılımı ile yılda en az bir kez "Bina Tahliye Tatbikatı" yapılmaktadır. Bina Tahliye Tatbikatı;

- Yoğun bakım ve klinik/servis tahliyesini de kapsayacak şekilde planlanır.
- Görüntü kayıtları tutulur.
- Raporu hazırlanır

Acil durumda görev alacak çalışanlara acil durum ve afet planına yönelik eğitim verilmektedir.

Hastanede karşılaşılabilecek solunum veya kardiyak arrest durumlarında, müdahalenin en hızlı ve etkin şekilde yapılmasına yönelik "Mavi Kod" uygulaması bulunmaktadır. İç yönerge kapsamında hazırlanmış olan talimata uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmaktadır.

Mavi Kod Tatbikatı'nda;

- Ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmaktadır.

Çalışanlara yılda en az bir kez mavi kod ile ilgili eğitim verilmektedir.

Hastanede bebek ya da çocuk kaçırma riski ve/veya eyleminin söz konusu olduğu durumlarda

zamanında müdahale edilmesi amacıyla "Pembe Kod" uygulaması bulunmaktadır. İç yönerge

kapsamında hazırlanmış olan talimata uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Pembe kod

uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmaktadır. Çalışanlara yılda en az bir kez pembe kod ile ilgili eğitim verilmektedir.

Hastanede görevli personele yönelik şiddet riski/girişimi varlığında ya da şiddet uygulanması halinde,

olaya en kısa sürede müdahalenin yapılması amacıyla "Beyaz Kod" uygulaması bulunmaktadır. İç

yönerge kapsamında hazırlanmış olan talimata uygun şekilde yönetimi sağlanmaktadır. Beyaz kod

uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmaktadır. Çalışanlara yılda en az bir kez beyaz kod ile ilgili eğitim verilmektedir.

HASTA GÖRÜŞ, ÖNERİ, ŞİKAYET VE MEMNUNİYET ÖLÇÜMLERİ

Bütün yazılı ve sözlü şikayet, öneri ve isteklerin takip ve değerlendirilmesi Hasta İlişkileri Birimi sorumluluğundadır. Şikayetlerin izlenmesinin kolaylaştırılması amacıyla hastalardan gelen sözel şikayet, öneri ve isteklerin "Hasta Şikayet Öneri Formu" ile yazılı hale getirilmesi esastır. Ancak yazılı bildirim yapmak istemeyen yada başka kanallardan alınan şikayetler ve tüm şikayetler Pusula otamasyon sisteminde hasta ilişkileri bölümüne kayıt edilerek kategorize edilir. Hastanenin farklı departman veya kişilerine iletebilecek bütün şikayet, öneri ve istekler Hasta İlişkileri Birimi'ne yönlendirilir; bu ofis tarafından gerekirse ilgili kişiye/bölüme/komiteye iletilir, izlenir ve raporlanır.

Raporda şikayet, istek ve önerilerin geliş tarihi, hangi kanaldan geldiği, çözüm için belirlenen sorumlu/yetkili merci, ne şekilde sonuçlandığı, kapatılma tarihi takip edilir.

Hastalarımız tüm şikayet, istek ve önerileri için Hasta İlişkileri Birimi'ne başvurabilirler. Hasta İlişkileri Birimi'ne hastane dışından, hastane içinden dahili telefon numarasından ulaşılabilir

Telefon ile gelen şikayetler Hasta İlişkileri Birimi'ne aşağıdaki şekilde iletilir.

Santral ya da şikayeti alan birim/kşi Hasta İlişkileri Birimi'ne telefonu aktarır.

Şikayeti ileten kişi, herhangi bir şekilde aktarılmayı kabul etmez ise, telefonda görüşleri alan personel Hasta Şikayet Öneri Formu ile yazılı hale getirir. "Hasta Şikayet Öneri Formu" Hasta İlişkileri Birimi'ne , çalışma günleri içinde en geç bir saat içinde iletilir.

Mesai saatleri dışında ise,

Acil çözümlenmesi gereken bir sorun ise Süpervizör ya da Gece Müdürü'ne elden teslim edilir. Süpervizör / Gece Müdürü soruna müdahale eder ve ertesi gün çözümünü de yazılı hale getirerek Hasta İlişkileri Müdürü ile paylaşır.

"Hasta Şikayet Öneri Formu"ndaki bilgiler acil olarak değerlendirilmediğinde, ertesi gün Hasta İlişkileri Birimi'ne iletilir. Hasta İlişkileri Birimi şikayette bulunan kişiye dönerek, şikayetin ele alındığı ve gerekli incelemenin yapıldığına ilişkin sözel geri bildirimde bulunur. Gerekli görüldüğü durumlar için olayla ilgili detaylı yazılı bilgiyi Bilgi İsteme Formu ile ilgili kişiden talep eder.

Yatarak tedavi gören ve ayaktan hastalar tarafından doldurularak anket kutularına bırakılan

anketler Hasta İlişkileri Müdürü tarafından günlük olarak kutulardan toplanır. Hasta İlişkileri Müdürü anketleri günlük olarak inceler, üzerinde yer alan şikâyetleri takip edilmek üzere kaydederek, anketleri aylık değerlendirme için dosyalar. Klinikte yatan hastalar taburcu olduktan sonra 1 hafta içerisinde telefon ile aranarak memnuniyet sorgulanmaktadır. Yabancı hastalarımıza da uygun formatta anket yapılmaktadır. Bu anketler Kurumsal İletişim tarafından yapılarak analizleri yönetim toplantısında paylaşılmaktadır.

Hasta İlişkileri Birimi, çeşitli kanallar aracılığıyla gelen ve kendisinin çözümleyemediği şikayet, istek ve önerileri Hasta Deneyimi Değerlendirme Tablosu Formu ile Hasta Şikayetleri Değerlendirme Ekibi'nde değerlendirilmesini sağlar. Şikayetin aciliyetine ve önemine bağlı olarak ekip olağan dışı toplanabilir. Ekip tarafından yapılan değerlendirme sonucunda oluşturulan çözüm önerileri uygulamaya geçirilmek üzere ilgili departmanlara sunulur.

Hasta Hakları ve Hasta Şikayetleri Değerlendirme Ekibi'nin görüşülmesi gerektiğine karar verdiği hekimlere yönelik şikayetler, Etik Kurul'a gönderilir. Etik Kurulun şikayeti değerlendirmesinden sonra hekimlere yönelik kararlar, hastane Genel Müdür'lüğünün onayına sunulur. Genel Müdür, konuyla ilgili kararı uygulanmasını sağlar.

Şikayete konu olan kişi veya bölüm yöneticisine gerekli görülen durumlarda bilgilendirme, uyarı veya kınama yazısı verilir. Şikayet, öneri ve isteklerin hastane olarak teslim alındığı, incelendiği ve nasıl

sonuçlandırıldığı mutlaka şikayet sahibine iletilir ve gerekli görüldüğü durumlarda ilgisine yazılı olarak bilgi verilir.Şikayet, öneri ve isteklerin ilgili departmanlar ve komiteler tarafından en kısa zamanda çözümlenmesine özen gösterilir, konu ile ilgili olarak verilen kararlar, uygulamalar mutlaka Hasta İlişkileri Birimi'ne bildirilir ve ilgili kaydın güncellenmesi ve kapatılması sağlanır

Kayıt altına alınan şikayetler en fazla 7 gün içinde, şikayeti olan hastaya geri dönülecek şekilde çözümlenmelidir. Hasta memnun edilememiş ise, ilgili departman müdürü, hasta hizmetleri müdürü, klinik uygulamalar ve hekimlerle ilgili şikayetlerde ise ilgili departman yöneticisi, hastane Mesul Müdürü bir araya gelerek çözüm önerilerini ve alınması gerekli aksiyonları tartışırlar. Gerekli görülen durumlarda hastane avukatı bu toplantıya dahil edilebilir.

Şikayeti devam eden hastaya toplantı sonucunda Hasta İlişkileri Müdürü Ve Mesul Müdür tarafından mail, mektup, telefon ve gerektiğinde kişi davet edilerek bir açıklama yapılır. Şikayet prosedürünün neresinde olduğu, gerçekleştirilen aksiyonlar ve alınan kararlar kendisine iletilir.

Hasta, şikayetini adli makamlara iletmek istediği takdirde hastane avukatı, ilgili yönetici ve Mesul Müdür gerekli takibi yapar

ÇALIŞAN GÖRÜŞ, ÖNERİ, ŞİKAYET VE MEMNUNİYET ÖLÇÜMLERİ

Personel memnuniyeti anketler ile yılda en az 1 kez ölçülmekte ve geri dönüşlere göre aksiyon planları yapılmaktadır.Ayrıca personel devir hızları personel memnuniyeti açısından veri oluşturmaktadır.

Ayrıca Personel öneri formları, Çalışan Öneri Değerlendirme ekibi ile değerlendirilir ,Aksiyon planları oluşturularak ve üst yönetime sunulur.

KALİTE YÖNETİM BİRİMİ EĞİTİMLERİ

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

KİŞİSEL VERİLERİN KORUNMASI ÇALIŞMALARI

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