



BİNA DENETİM PROSEDÜRÜ

Doküman No	TSY.PR.01
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev.No:	01
Rev. Tarihi	04.06.2014
Sayfa No	3/1

Hazırlayan Hastane Müdürü	İnceleyen Kalite Yönetim Direktörü	Onaylayan Başhekim
------------------------------	---------------------------------------	-----------------------

1. AMAÇ

Özel Çevre Hastanesi belirlenmiş kalite politikaları doğrultularında işleyişin kontrolü, hizmet sunmaya yönelik yetkinliğinin sağlanması ve sürekli hale getirilmesi için standart bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM

Bu prosedür tesis denetleme faaliyetlerini kapsar.

3. TANIMLAR

Özel bir tanımı yoktur.

4. SORUMLULUK

Bu prosedürün uygulanmasından Başhekimlik, Hastane Müdürlüğü, Başhemşirelik, Kalite Yönetim Direktörlüğü ve Teknik Hizmetler Sorumlusu ve Başhekim tarafından görevlendirilmiş diğer hastane çalışanları sorumludur.

5. PROSEDÜR

5.1.Hastanemizde işleyişin kontrolü, aksaklıkların tespiti amacıyla bina bazında denetimler planlanmakta ve verilen plan dâhilinde denetimler gerçekleştirilmektedir. Bu binalar aşağıda sıralanmıştır.

Otopark Alanı:

Morg

Teknik Servis

İlaç ve Sarf deposu/ Eczane

Jeneratör

Atık Depoları

Bodrum Kat:

- Radyoloji
- Çamaşırhane
- Çocuk , Dahiliye, Genel Cerrahi Poliklinikleri
- Mutfak
- Yemekhane
- Çamaşırhane
- Laboratuvar
- Transfüzyon Merkezi /Kan Alma

Giriş

- Danışma-Santral
- Kafeterya
- Acil
- Hasta Kayıt ve Kabul Birimi
- Tüp Bebek Merkezi

Doküman No	TSY.PR.01
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev.No:	01
Rev. Tarihi	04.06.2014
Sayfa No	3/2

1. Kat:

- Bebek Bakım Odası/ Yeni Doğan Yoğun Bakım
- Kadın Doğum Polikliniği
- Ortopedi ve Travmatoloji Polikliniği
- KBB Birimi
- Üroloji Polikliniği
- Cildiye Polikliniği
- Küçük Cerrahi Ameliyathanesi

2.Kat:

- Göz Polikliniği
- Estetik Birimi, Plastik Cerrahi Polikliniği
- Beyin Cerrahi Polikliniği
- Saç ekimi
- Yataklı servis kısmı

3.Kat

- Yataklı Servis

4.Kat

- Yataklı Servis

A Katı

- Ameliyathane
- Doğumhane
- Erişkin Yoğun Bakım

5.Kat

- Yataklı Servisi

6.Kat

- Muhasebe
- Halkla İlişkiler
- Yönetim Kurulu
- Bilgi İşlem
- Hastane Müdürü
- Arşiv
- Kalite Birimi
- Başhemşirelik
- Çağrı Merkezi

5.2.Denetleme Sorumlularının Belirlenmesi

Yukarıda sıralanmış bulunan bölümlere göre denetim sorumluları Yönetim Kurulu tarafından hazırlanır. Ekip Başhekim, Hastane Müdürü, Başhemşire, Kalite Yönetim Direktörü, Teknik Servis Sorumlusu'ndan oluşur. Ekip gerektiğinde destek almak amaçlı birim sorumlularını da ekibe dahil edebilir.

Doküman No	TSY.PR.01
Yayın Tarihi	01.12.2009
Rev.No:	01
Rev. Tarihi	04.06.2014
Sayfa No	3/3

5.3. Denetleme Soru Başlıklarının belirlenmesi

Soru başlıkları hazırlanırken yukarıda tanımlanan bölüm ve faaliyet özellikleri dikkate alınır. Başlıklarının oluşturulmasındaki amaç, işleyişlerin kontrolü ve denetim kapsamını tanımlamaktır. Bu amaçla Bina Genel Değerlendirme, Teknik Altyapı, Hasta ve Çalışan Güvenliği, Temizlik vb. başlıklı içeriklerde Kalite Birimi'nin koordinasyonunda ilgili uzman ve yöneticilerin görüşleri dikkate alınarak soru başlıkları ile Bina Denetleme Formu oluşturulur.

5.4. Denetim faaliyetleri

Yukarıda tanımlanan sorumlular tarafından hastanemizde denetim faaliyetleri üç ayda bir denetim ekibi tarafından yapılır. Denetçiler Kalite Birimi'nden güncel Bina Denetleme Formu'nu temin eder. Denetçiler soru başlıklarında bulunmayan bir konuda işleyişle ilgili soru sorabilir. Sorulan sorular form içerisinde bulunan ek sorular kısmına yazılır. Denetçiler kendi sorumluluk alanları ile ilgili konulara bakarlar. Eğer aksaklık tespit edilirse ilgili sorunun karşısında hayır kısmı işaretlenir ve değerlendirme kısmına tespit edilen aksaklık açıklanır.

Denetimin bitmesinden sonra değerlendirme bölümünde belirlenen eksiklikler ile ilgili olarak Bina Denetim Faaliyet Planı Formu nu doldurulur, burada belirlen problemlerin tamamlanma tarihi ve sorumluları belirlenir. Hazırlanan Bina Denetim Raporu Formu birim sorumlusu ile mutabakata varılarak imzalanır. Aksaklık yok ise denetim faaliyetleri tamamlanmış sayılır. Eğer denetimde aksaklık tespit edilmiş ise ortalama bir kapatma ve takip süresi belirlenir. Denetleme ekibi tarafından karşılıklı imzalanır.

5.5. Takip faaliyetleri

Denetimde tespit edilen aksaklıkların kapatılıp, kapatılmadığını tespit etmek amacıyla Bina Denetim Raporu Formunda tanımlanan tarihte ekip üyeleri tarafından saha ziyareti gerçekleştirilir, aksaklıkların kapatılıp, kapatılmadığı kontrol edilir. Eğer aksaklıklar etkin olarak kapatıldı ise Denetleme Lideri tarafından Bina Denetim Faaliyet Planı Formu'ndaki ilgili bölüm doldurularak form kapatılır. Eğer aksaklıklar kapatılmadıysa neden kapatılmadığına ilişkin açıklamalar kısmı doldurulur, gerekiyor ise tekrar kontrol ve takip faaliyetleri sürdürülür.

5.6. Sonuç Değerlendirme

Denetim ve takip faaliyetlerinin tamamlanmasıyla birlikte ekipler soru ve denetim raporlarını Kalite Birimi'ne teslim eder. Kalite Birimi alınan Bina Denetim Faaliyet Planı Formu'nu değerlendirir, aksaklıkların tekrar etme olasılığı var ise Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü'ne göre faaliyet başlatılmasına karar verebilir. Denetimlerin bitmesi ile birlikte Kalite Birimi'nce raporlanarak Üst Yönetim Gözden geçirme toplantısında gündem maddesi olarak görüşülür.

6. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

TSY.FR.03 Bina Denetim Faaliyet Planı Formu

TSY.FR.02 Bina Denetleme Formu

YÖN.PR.06 Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler Prosedürü