

Változtatás átvezetésére

kötelezett példány:

☐

nem kötelezett példány:

☐

Példány sorszám:

Minőségirányítási rendszer irányítása MF 01. TU

Készítette: Kissné Mona Erika
Folyamatgazda

Átvizsgálta: Kissné Mona Erika
MICS vezető

Jóváhagyta: Dr. Vaskó Attila
szakmai koordinátor

M ó d o s í t á s o k		
Sorszáma	Dátuma	Leírása
5.	2010.10.20	5.5.2., 5.5.5., 5.7.1., 5.7.3.1. pontok aktualizálása
6.	2017.10.20	Aktualizálás
7.	2018.05.25.	Aktualizálás
8.	2020.09.22.	Aktualizálás, vezető váltás
9.	2022.05.10	vezető váltás

1. A folyamatleírás célja

Ez a folyamatleírás meghatározza azokat a módszereket és tevékenységeket, amelyek segítségével a Debreceni Egyetem Klinikai Központ Tüdőgyógyászati Klinika szintjén biztosítjuk:

- a Minőségcélok meghatározását és tervezését,
- a belső és külső kapcsolattartást,
- a működés során keletkezett adatok elemzését,
- a minőségirányítási rendszer működésének átvizsgálását, és értékelését,
- a rendszerirányítás és a szakmai tevékenység (egészségügyi szolgáltatás, oktatás) folyamatos továbbfejlesztését.

2. Alkalmazási terület

Ezt a folyamatleírás vonatkozik a Tüdőgyógyászati Klinika minőségirányítási rendszerére, a minőségirányítási rendszer által lefedett valamennyi szervezeti egység munkatársára, valamint a Minőségügyi Csoport (MICS) munkájára és az abban résztvevő vezetőkre és munkatársakra.

3. Hivatkozások

- DEKK Stratégiája (aktuális)
- DEKK Küldetése (aktuális)
- DEKK Minőségpolitikai Nyilatkozata (aktuális)
- DEKK/Karok/NOKK Minőségcéljai (aktuális)
- Minőségirányítási rendszer irányítása (MF 01)
- Belső felülvizsgálat (MF 16)
- Eltérések kezelése (MF 20)
- Ajánlás az ISO 9001: 2000 alkalmazásához az egészségügyi szolgáltató szervezetekben.
- (Egészségügyi Közlöny, 2003. LIII. évfolyam 13. szám)
- Az Egészségügyi, Szociális és Családügyi Minisztérium szakmai irányelve az egészségügyi szolgáltató szervezetek belső minőségügyi rendszeréről, azok követelményeiről.
- (Egészségügyi Közlöny, 2004. LIV. évfolyam 3. szám)

4. Meghatározások

Vevő: A DE KK tevékenységét (egészségügyi szolgáltatás, oktatás, kutatás-fejlesztés) igénybevevő, pl.: beteg, OEP, hallgató, pályázat kiíró.

Egészségügyi szolgáltatást igénybevevők: Betegek, más egészségügyi intézmények (Szakrendelők, Kórházak, Diagnosztikai központok), családorvosok.

Helyesbítő intézkedés: Olyan intézkedés, amelyet egy észlelt eltérés vagy más nemkívánatos helyzet ismételt előfordulásának megszüntetésére végeznek.

Megelőző intézkedés: Olyan intézkedés, amelyet egy lehetséges eltérés vagy más lehetséges nemkívánatos helyzet okának megszüntetésére végeznek.

Hallgatók: A graduális- és posztgraduális-, a Ph.D- és a rezidensképzésben résztvevők.

Audit: auditbizonyítékok nyerésére és ezek objektív kiértékelésére irányuló módszeres, független és dokumentált folyamat annak meghatározására, hogy az auditkritériumok milyen mértékben teljesülnek.

Auditkritériumok: összehasonlítási alapként használt előirányzatok, eljárások vagy követelmények összessége.

Indikátor: viszonyszám, amely az idő függvényében jelzi egy folyamat teljesítményének vagy egy kimenet elérésének helyzetét vagy irányát. Az indikátor mérhető változó (vagy jellemző), annak meghatározására, hogy mennyire sikerült megfelelni egy standardnak vagy minőségi célnak.

Hatékonyság: a szolgáltatás eredménye és a szolgáltatás nyújtásához felhasznált források aránya.

MICS: Minőségirányítási Csoport. A DE KK szervezeti egységeiben a minőségirányítási rendszer vezetőségi átvizsgálását végzők köre.

MICS vezető: a szervezeti egység Minőségirányítási Csoportjának vezetője.

Minőségirányítási Bizottság: A DE KK minőségirányítási rendszerének működtetését, fejlesztését támogató, véleményező és javaslattevő jogkörrel bíró, centumszintű bizottság.

Minőségügyi Tanács (MT): A DE KK minőségirányítási rendszerét felügyelő és a vezetőségi átvizsgálást végző testület.

Total Quality Management (TQM): Az a minőségirányítási filozófia, amikor a minőségirányítási program megvalósítása nem egy elkülönült rendszer feladata, hanem a minőségfejlesztés szervesen beépül a szervezet minden munkafolyamatába és ezáltal a minőség fejlesztéséhez a rendszer minden tagja tevékenyen hozzájárul.

NAT: Nemzeti Akkreditáló Testület

ÁNTSZ: Állami Népegészségügyi és Tisztiorvosi Szolgálat

PR tevékenység: a DE KK kapcsolata a lakossággal, partnerekkel, a médiákon és reklámokon keresztül.

MAB: Magyar Akkreditációs Bizottság

5. A folyamatleírás tartalma

5.1. Felelősség

A folyamatleírás karbantartásáért a MICS vezető, működtetéséért a Klinikaigazgató a felelős.

5.2 Küldetés

A Tüdőgyógyászati Klinika Küldetésének kialakításáért a Klinikaigazgató felelős és aláírásával hagyja azt jóvá. A Küldetésben rögzíti a Tüdőgyógyászati Klinika működési feladatának megvalósulását, a mindenkor szakmai és társadalmi igényeket és körülményeket figyelembe véve. A Küldetést a Minőségügyi Csoport évente egyszer átvizsgálja és szükség

szerint intézkedést határoz meg az aktualizálásra.

5.3 Stratégia

A Tüdőgyógyászati Klinika Stratégiájának kialakításánál, rendszeres felülvizsgálatánál és aktualizálásánál figyelembe kell venni a vevők (külső és belső), szállítók, a más külső szervezetek, illetve a társadalom irányából érkező információkat (pl.: jogszabályok), a versenytársak teljesítménymutatóit és a szociális, környezetvédelmi, gazdasági és demográfiai mutatók alakulását.

A Tüdőgyógyászati Klinika Stratégiáját a Klinikaigazgató határozza meg, annak tudatában, hogy a Stratégia szolgálja:

- a dinamikus fejlődést,
- a hosszú távú stabilitást,
- a szolgáltatások minőségi paramétereinek és a szakmai fejlődésnek a folyamatos javítását, és hogy mindez az adott egészségpolitikai kihívások között valósuljon meg.

A Stratégia akkor eredményes, ha a Tüdőgyógyászati Klinika valamennyi egységére vonatkozik, és ennek keretében a Tüdőklinika vezetői megtervezik az átfogó minőségmenedzsmentet és minőségfejlesztést, illetve prioritásokat állítanak fel. A Stratégia kiterjed a szolgáltatásokra is.

A Stratégia kialakításához, a döntéshozatalhoz az adatokat össze kell gyűjteni, elemezni kell, és használható információvá kell alakítani. Az adatelemzéssel folyamatos visszajelzés valósítható meg annak érdekében, hogy a döntések megfeleljenek a Küldetésnek és Minőségpolitikának, de ezen kívül a menedzseri folyamatok fejlesztését is szolgálják.

A Stratégiát a MICS évente egyszer átvizsgálja és szükség szerint intézkedést határoz meg az aktualizálásra.

5.4 Minőségpolitikai Nyilatkozat

A végrehajtó felelősséggel bíró Klinikaigazgatónak ki kell alakítania a Minőségpolitikát.

A Minőségpolitikai Nyilatkozat:

- legyen összhangban a DE KK/ÁOK/ Küldetésével és Stratégiájával
- tartalmazza a követelmények teljesítése és a minőségirányítási rendszer eredményességének folyamatos fokozása iránti elkötelezettséget,
- keretet adjon a Minőségcélok kitűzéséhez és átvizsgálásához,
- vegye figyelembe a kulcsfontosságú folyamatokat
- megértéséről és alkalmazásáról gondoskodjanak a Tüdőklinikán belül,
- rendszeresen legyen átvizsgálva a folyamatos alkalmasság szempontjából.

A Minőségpolitikai Nyilatkozatot a Klinikaigazgató hagyja jóvá., a MICS vezető feladata

5.5 Minőségcélok meghatározása

gondoskodni arról, hogy a Stratégiát, a Küldetést és a Minőségpolitikai Nyilatkozatot minden munkatárs ismerje, megértse és az abban foglaltak megvalósításának aktív résztvevője legyen.

5.5.1 A Tüdőgyógyászati Klinika Minőségcéljait a Küldetéssel, a Stratégiával, és a Minőségpolitikai Nyilatkozattal összhangban, évente, naptári évre vonatkozóan a Minőségügyi Csoport határozza meg és a Klinikaigazgató hagyja jóvá.

5.5.2 A Minőségcélok meghatározásakor a Minőségügyi Tanács az alábbiakat veszi figyelembe:

- az előző Minőségügyi Tanács ülésén meghatározott célokat és azok végrehajtásáról szóló

elemzést,

- a DE KK Stratégiáját,
- az aktuálisan érvényes szakmapolitikai prioritásokat és szakmai irányelveket,
- a Nemzeti Erőforrás Minisztérium előírásainak való megfelelést,
- az Egészségügyi Törvénynek való megfelelést,
- a Felsőoktatási Törvénynek való megfelelést,
- az ÁNTSZ követelményeinek való megfelelést,
- az NEAK igényeinek és észrevételeinek elemzését
- a NAT ajánlásait,
- a MAB minőségértékelési szempontrendszerét,
- a betegek és más partnerek visszajelzéseit és azok elemzését,
- a külső és belső minőségügyi felülvizsgálat tapasztalatait,
- a korábban elhatározott helyesbítő, megelőző és továbbfejlesztési tevékenységek állapotáról készült elemzéseket,
- a klinikai hatékonyságra való törekvést,
- a TQM alapelveket.

5.5.3. A Minőségcélok:

- mérhetők legyenek,
- járuljanak hozzá a folyamatos fejlődéshez,
- a megvalósításhoz álljanak rendelkezésre a szükséges erőforrások.

5.5.4 A mérhető Minőségcélok értékelésére minden esetben mérőszámokat (indikátorokat) használunk, melyek segítségével történik az eltelt időszak eredményeinek konkrét értékelése és a továbbfejlődés meghatározása, továbbá az újabb célok kitűzése.

5.5.5. A Klinikai Központ szintű Minőségcélokat a Minőségügyi Tanács a Minőségügyi Központon keresztül juttatja el a szervezeti egységek vezetőinek és MICS vezetőiknek, akik kötelesek azt ismertetni a munkatársakkal, továbbá annak alapján meghatározni saját szervezetükre vonatkozó mérhető Minőségcéljaikat.

5.6. A minőségirányítási rendszer irányítása

A Klinikai Központ minőségirányítási rendszer, az MSZ EN ISO 9001:2000 szabvány követelményeinek megfelelő, a kialakított és jóváhagyott szabályozások szerinti működtetése, fejlesztése a Centrumelnök felelőssége és a Minőségügyi Vezető feladata.

A Tüdőgyógyászati Klinikán a minőségirányítási rendszer működéséért a klinika igazgatója a felelős. A rendszer operatív irányítója a MICS vezető. A DE KK szintű rendszerrel a kapcsolatot a Minőségügyi Irodán keresztül tartják.

5.7. A Minőségirányítási Csoport működése

5.7.1. A Tüdőklinika minőségirányítási rendszerében a vezetői átvizsgálást, a rendszer hatékony működésének vizsgálatát a Minőségirányítási Csoport végzi. és legalább hathónaponként ülésezik. A MICS ülést a Klinikaigazgató vezeti és a MICS vezető hívja össze.

A Minőségügyi Tanács tagjai:

- Állandó tagok
 - Klinikaigazgató,
 - MICS vezető

- Klinikaigazgató-helyettes
- Intézetvezető Főnővér
- Gazdasági ügyintéző,
- A Tüdőklinika egységeinek vezetői
- Az oktatási felelősök
- Osztályvezető főnővérek
- Klinikai menedzser
- Higiénés orvos
- Meghívottak

5.7.2. A MICS tagjai akadályoztatásuk esetén az ülés témájához felkészült, megbízása alapján szavazásra jogosult helyettesről gondoskodni kötelesek. A meghívottak - akik a témától függően változnak, csak tanácskozási és nem szavazati joggal vesznek részt a MICS ülésen. A megtárgyalt témákra vonatkozó intézkedéseket, a MICS javaslatait figyelembe véve, a Klinikaigazgató rendeli el.

5.7.3. A MICS vezető az ülés előtt legalább 5 nappal írásban tájékoztatja a tagokat és meghívottakat az ülés időpontjáról, az ülés helyéről és napirendi pontjairól. A meghívottak személyére a MICS bármely tagja javaslatot tehet a MICS vezetőnek. A MICS vezető javaslata alapján meghívásukról a Klinikaigazgató dönt.

5.7.3.1. Az MICS ülés napirendi pontjainak megfelelő írásos beszámolók elkészítéséért, az összefoglalók előterjesztéséért a megjelölt személyek a felelősök.

A Minőségügyi Tanácsülés napirendi pontjai, amelyeket évente minimum egyszer meg kell tárgyalni:

- Az előző MICS ülés jegyzőkönyvében rögzített határozatok magvalósulásának értékelése
 - Felelős: MICS vezető, a felelősök beszámolója alapján
- A minőségirányítási rendszer dokumentációs rendszerének felügyelete, tájékoztatás a változásokról.
 - Felelős: MICS vezető, a saját beszámolója alapján
- A minőségirányítási rendszer működési (személyi, tárgyi, pénzügyi) feltételei meglétének és javításának vizsgálata, és a szükség szerinti intézkedés meghatározása.
 - Felelős: Gazdasági ügyintéző
- A szolgáltatás (betegellátás, oktatás) műszaki-technikai feltételrendszerének értékelése.
 - Felelős: Gazdasági ügyintéző
- A gazdasági-pénzügyi tevékenység eredményeinek áttekintése.
 - Felelős: Gazdasági ügyintéző
- Beszállítók értékelésének eredménye.

- Felelős: Gazdasági ügyintéző
- Az egészségügyi szolgáltatás hatékonyságának vizsgálata. OEP elvárásoknak való megfelelés értékelése.
 - Felelős: Klinikai menedzser
- Helyesbítő, megelőző intézkedések és a folyamatos fejlődést biztosító intézkedések áttekintése, értékelése.
 - Felelős: MICS vezető
- A Tüdőklinika Küldetésének, Stratégiájának, Minőségpolitikai Nyilatkozatának átvizsgálása és aktualizálása.
 - Felelős: MICS vezető
- Előző évi Minőségcélok értékelése, következő évi Minőségcélok meghatározása.
 - Felelős: MICS vezető, az egyes célok felelőseinek írásos beszámolója alapján
- A belső minőségügyi felülvizsgálatok eredményeinek áttekintése és a szükséges intézkedések meghatározása.
 - Felelős: MICS vezető
- Tanúsító szerv által végzett auditok eredményeinek áttekintése és a szükséges intézkedések meghatározása.
 - Felelős: MICS vezető
- A Tüdőgyógyászati Klinika szolgáltatásait igénybe vevők panaszainak, reklamációinak kivizsgálásáról értékeléséről készült összefoglaló áttekintése és a szükséges intézkedések meghatározása.
 - Felelős: Klinikaigazgató és a MICS vezető
- A betegelégedettségi és a munkatársi elégedettségi vizsgálatok eredményeinek áttekintése és a szükséges intézkedések meghatározása.
 - Felelős: Klinikaigazgató és MICS vezető
- A hallgatói elégedettségi vizsgálatról készült értékelés áttekintése és a szükséges intézkedések meghatározása.
 - Felelős: Oktatási felelős
- A minőségirányítási rendszer folyamatainak működését jelző mérőszámok, indikátorok alakulásának áttekintése és a szükséges intézkedések meghatározása.
 - Felelős: MICS vezető, a folyamatgazdák beszámolója alapján

- A higiénés orvos és gyógyszerfelelős orvos jelentéseinek áttekintése.
 - Felelős: Klinikaigazgató
- Külső kapcsolatok alakulásának értékelése, PR tevékenység.
 - Felelős: Klinikaigazgató
- Kutatás-fejlesztési tevékenység összefoglalása, értékelése
 - Felelős: Klinikaigazgató
- Munkatársak képzésének értékelése
 - Felelős:
 - Klinikai főnővér, szakdolgozók vonatkozásában
 - Klinikaigazgató diplomások vonatkozásában
 - Gazdasági ügyintéző, az irányítása alá tartozó területek vonatkozásában
- A humán erőforrással való gazdálkodás helyzetelemzése.
 - Felelős:
 - Klinikavezető ápoló, szakdolgozók vonatkozásában
 - Klinikaigazgató, diplomások vonatkozásában
 - Gazdasági ügyintéző, az irányítása alá tartozó területek vonatkozásában
- Kockázatokkal és lehetőségekkel kapcsolatban megtett intézkedések és azok eredményessége
 - Felelős: klinikaigazgató
- Infrastruktúra-fejlesztési tervek
 - Felelős: klinikaigazgató
- Egyebek

5.7.4. Rendkívüli MICS ülés

Rendkívüli átvizsgáló értekezletet, MICS ülés összehívását a Klinikaigazgató a MICS vezető és az állandó résztvevők kezdeményezhetik. Az értekezlet összehívásáról a Klinikaigazgató dönt. A MICS vezető, az értekezletet megelőzően 3 nappal írásban értesíti az átvizsgáló értekezlet résztvevőit annak helyéről, időpontjáról, napirendjéről és felkéri az egyes napirendi pontokért felelős személyeket a beszámolóra

5.7.5. A MICS üléséről jegyzőkönyv készül, amely tartalmazza a megtárgyalt témákat, a szükséges intézkedéseket. A jegyzőkönyv elkészítéséért a MICS vezető felelős. A jegyzőkönyvben szereplő határozatokban megjelöljük a felelősöket, a határidőket, illetve a feladat végrehajtásával kapcsolatos elvárásokat. A jegyzőkönyvet a Klinikaigazgató aláírásával hagyja jóvá.

5.7.6. Az MICS ülés jegyzőkönyvének tartalmaznia kell:

- a határozatokat
- az egészségügyi szolgáltatás, az oktatás, a kutatás-fejlesztés és a minőségirányítási rendszer folyamatainak továbbfejlesztésére irányuló feladatokat,
- a végrehajtásért felelős személyeket,

- a végrehajtás határidejét,
- a feladatok végrehajtásához szükséges erőforrás szükségletet és annak biztosítási módját (személyi, tárgyi, információs feltételek, pénzügyi erőforrások)
- a végrehajtás ellenőrzésének, dokumentálásának módját.

5.7.7. A MICS vezetője felelős azért, hogy a jegyzőkönyvet eljuttassa:

- az értekezlet minden résztvevőjének,
- minden olyan személynek, akinek valamilyen intézkedést kell végrehajtania az értekezlet határozatai következtében

A jegyzőkönyv elosztását a MICS vezetője végzi. Az átvétel tényét vagy az eredeti jegyzőkönyv hátoldalán, vagy elosztási listán az átvevő nevével, aláírásával és dátummal kell dokumentálni.

5.7.8. A végrehajtás ellenőrzéséért, illetve az intézkedések hatásának vizsgálatáért a Klinikaigazgató és a MICS vezető a felelős.

5.7.9. A jegyzőkönyvben rögzített határidőre a kijelölt felelős köteles a megtett intézkedést végrehajtani és a végrehajtásról jelentést készíteni, amit a határidőt követő egy héten belül eljuttat a MICS vezető részére.

5.7.10. A DE KK MT ülését követően 1 hónap elteltével a minőségirányítási rendszerben résztvevő szervezeti egységek vezetői is kötelesek megtartani a saját, szervezeti egység szintű vezetőségi átvizsgálást, a Minőségirányítási Csoport ülésen. A MICS ülések elnöke a szervezeti egység vezetője. A MICS tagjait az MF 01. „Minőségirányítási rendszer irányítása” című, klinikai szintű folyamatleírás rögzíti. A MICS ülések kötelező napirendi pontja a minőségirányítási rendszer hatékony működését vizsgáló, Minőségügyi Tanács ülésének jegyzőkönyvében foglaltakhoz kapcsolódó témakörök áttekintése, értékelése.

5.8. Folyamatkövetés

5.8.1 A Minőségcélok megvalósítását, folyamataink működését év közben is követjük.

5.8.2. A minőségirányítási rendszer, egészségügyi szolgáltatás, az oktatás, a kutatás-fejlesztés, a gazdasági terület folyamatai működésének és a kitűzött Minőségcélok figyelemmel kísérésének fő eszköze a belső minőségügyi felülvizsgálat, amelynek részleteivel az MF 16.C "Belső felülvizsgálat" című folyamatleírás foglalkozik.

5.8.3. A folyamatkövetés másik módszere a Centrum minőségirányítási rendszerét alkotó folyamatok (egészségügyi szolgáltatás, oktatás, gazdasági-műszaki tevékenység) működésére jellemző mutatókon keresztül történik, amelyek alkalmazása, ha értelmezhető, az egyes folyamatleírások végén külön bekezdésben kerül rögzítésre. A mutatók kialakításánál a folyamat strukturális feltételeit, a folyamat végrehajtását, a folyamat eredményét, a törvényi és szakmai előírásokat, valamint a hazai és a nemzetközi javaslatokat kell figyelembe venni.

5.8.4. A folyamat működésére jellemző mutatók alakulását évente egyszer, az éves jelentéssel együtt, annak részeként értékelik és elemzik a területvezetők. Az értékelésről és elemzésről készült jelentést a Minőségügyi Vezetőnek is eljuttatják. Ennek alapján számol be a Minőségügyi Vezető az MT ülésen a folyamatkövetés helyzetéről.

6. Mellékletek

Nem értelmezhető

7. Hivatkozott formanyomtatványok

Azonosító	Cím
kötetlen	MT ülés jegyzőkönyve

8 A folyamat működésére jellemző mutatók

Sorszám	Mutató megnevezése	Mutató számítása	Számítás gyakorisága
1.	Kitűzött Minőségcélok megvalósulása	Eredmény/Cél*100	évente