

Revizyon No	Revizyon Tarihi	Revizyon İçeriği
01	20.04.2017	SAS standartlarına göre düzenleme yapıldı.
02	01.01.2020	İçerik olarak revize edildi.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite ve Enfeksiyon Hemşiresi Kübra Arslan Aydın	Genel Müdür Yardımcısı Cihan ÖZEL	Mesul Müdür Uzm. Dr. Zahide Esin Gül

**1. AMAÇ:** Bu prosedürün amacı, hastanemizdeki iletişim yöntemlerini ve sorumlulukları belirlemeye, iç ve dış iletişimin nasıl sağlanacağına ve mevcut iletişim ağının sağlıklı ve sürekli bir şekilde nasıl yürütüleceğine yönelik sistem oluşturmaktır.

**2. KAPSAM:** Bu prosedür hastanemiz hedef kitlesini, iletişim araç ve yöntemlerini kapsar.

### 3. TANIMLAR

**Kurumsal İletişim:** Üretim ve yönetim süreci içinde; kurumu oluşturan bölüm ve ögeler arasında bilgi akışı, motivasyon, bütünleşme, eğitim, karar alma ve denetim gibi fonksiyonların sağlanması amacı ile belli kurallar çerçevesinde uygulanan, ayrıca dış hedef kitle ile etkileşim sırasında kurum itibarını gözeterek sürdürülen iletişim sürecidir.

**Hedef kitle:** Hastane içinde ve hastane dışındaki iletişim paydaşlarını (hastane çalışanları, hasta/hasta yakınları, dış tedarikçiler, diğer kamu kurumları, özel kurum ve kuruluşlar gibi) ifade etmektedir.

### 4. KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

### 5. SORUMLULAR

Tüm çalışanlar

### 6. FAALİYET AKIŞI

#### 6.1. KURUM İÇİ HEDEF KİTLEYE YÖNELİK İLETİŞİM KURALLARI

##### 6.1.1. Genel

Özel Eryaman Hastanesi'nde iş ve işlemleri yürütmek amacıyla pek çok iletişim yöntemi kullanılmaktadır. Yürütülen faaliyetlerin ilgili kişi ve gruplara iletilmesi biçimsel sistemler ya da iletişim kanalları ile gerçekleşir.

##### 6.1.2. Biçimsel İletişim

Özel Eryaman Hastanesinde biçimsel iletişim akışı; dikey, yatay, çapraz yönlerde hareket eder. Organizasyon şemalarında iletişimin hangi yönde olduğu ve kimin kiminle iletişimde bulunduğu açıkça görülür. Özel Eryaman Hastanesi'nde dikey iletişim, organizasyon yapısında bilgilerin yukarıdan aşağıya ve aşağıdan yukarıya doğru organizasyon basamaklarını izleyerek akmasıdır. Dikey iletişim telefonla görüşme ve yüzyüze iletişimde esastır. Özel Eryaman Hastanesi'nde bu anlamda emir ve yönergeler Genel Müdür ile başlayıp aşağı akmakta; raporlar, istekler ve bilgi vermelerle ilgili mesajlar ise, aşağıdan yukarı, astlardan üstlere doğru almaktadır.

Özel Eryaman Hastanesi'nde yatay iletişim, kişi ve bölümler arasında bilgi ve iş paylaşımıdır. Yatay iletişim, elektronik posta, telefon, HBYS, SMS, toplantı ile gerçekleşir. En önemli işlevi, birimler ya da bölümler arasında faaliyetlerin koordinasyonunu sağlamaktır.

Özel Eryaman Hastanesi'nde çapraz iletişim, fonksiyonel yetki ilişkilerinin sonucu olarak zamandan tasarruf etmek için kullanılır. Bir sorumlu ya da müdürün örgütün hiyerarşik basamaklarını izlemeden değişik çapraz kademelerdeki kişiler ya da birimlere doğrudan doğruya haberleşmede bulunabilir.

Bölümler arası bilgi akışı; HBYS üzerinden elektronik ortamda veya ilgili dokümanlar aracılığıyla manuel olarak sağlanmaktadır. Kararlar ise; bağlı olduğu yöneticiler bilgisi dâhilinde bölüm sorumluları ve işbirliğinde olduğu sorumlular yapılmaktadır.

##### 6.1.3. Kurumsal İletişim

Birimlerinin kurumsal iletişim bilgilerine Dahili Telefon Listesinden, Hekimlerin kurumsal iletişim bilgilerine ise [www.eryamanhastanesi.com.tr](http://www.eryamanhastanesi.com.tr) adresi üzerinden erişilir. Dahili Telefon Listesini güncel tutmak Çağrı Merkezi sorumluluğundadır. Çağrı Merkezi Sorumlusu listenin güncelliğini sağladıktan sonra Kalite Yönetim Birimine mail yolu ile bildirir. Kalite Birimi Kalite Paylaşım Sistemi üzerinden listeyi revize eder ve Meddata Duyuru Ekranından tüm kullanıcılara bilgilendirme mesajı yollar.

#### 6.1.4. Yazışmalar

Kurumdaki yazışmalar; birimler arası yazışmalarda İç Yazışma Formu kullanılır. Kurum dışı yazışmalarda Antetli Kağıt üzerine kurumsal format kullanılır. Resmi işlemler ve Ruhsatlandırma birimi resmi kurumlar ile yazışmaları yürütmekten sorumludur.

#### 6.1.5. Telefonla İletişim

Kurumda telefonla iletişim mümkün olan en ekonomik biçimde yapılır. Kurum içi görüşmelerde dahili hatlar tercih edilir. TY.LS.01 Dahili Telefon Listesi ile numaralar belirlenmiştir. Bilgi İşlem Birimi tarafından gerekli alanlara telefon hattı çekme ve düzenleme yetkisi vardır. Yönetim onayı ile bazı telefon numaraları dış hat aramalarına direkt olarak açıktır. Diğer numaralardan dış hat bağlama işlemini Çağrı Merkezi yapmaktadır.

#### 6.1.6. Telsiz İle İletişim

Kurum içinde Güvenlik Görevlilerinde telsizler bulunmaktadır. HAP durumunda kullanılmak üzere 4 adet telsiz HAP Başkanı sorumluluğunda kullanılmak üzere OYM odasında bulunmaktadır.

#### 6.1.7. Belge Yönetim Sistemi – Kalite Paylaşım Sistemi

Kurumda kullanılan tüm dokümanlara “Kalite Paylaşım Sistemi” doküman paylaşım ağından ulaşılabilmektedir. Bu ağın yönetimi Kalite Yönetim Birimi yetkisindedir. Burada paylaşılan tüm dokümanların güncel tutulmasında Kalite Yönetim Birimi sorumludur. Dokümanların yönetimi “Yazılı Düzenlemelerin Yönetimi Prosedürü” ne göre yapılmaktadır.

#### 6.1.8. Kısa Mesaj Servisi (SMS)

Kurum; hasta / hasta yakını ve personelini kurumun kullanmış olduğu SMS Bilgilendirme Sistemi ile bilgilendirebilir. Birimler, sorumlular ve yöneticiler mesajlaşma için WhatsApp gibi mesajlaşma grupları oluşturabilir. Bu tarz sosyal mecralardan bilgi belge paylaşımında Kurum ve Hastaya ait bilgilerin gizli tutulması esastır ve kişilerin kendi sorumluluğundadır.

#### 6.1.9. İletişim Panoları

Hastanenin çeşitli alanlarında panolar bulunmaktadır. Hasta bekleme alanlarında bulunan elektronik bilgilendirme panolarının sorumluluğu Hasta Hizmetleri Müdürü’ndedir. İlgili panoların kullanım kuralları DY.PR.01 Yazılı Düzenlemelerin Yönetimi Prosedürü ile belirlenmiştir.

#### 6.1.10. Elektronik İletişim

Kurumun hasta ve yakınları ile internet üzerinden haberleşmesi için [info@eryamanhastanesi.com.tr](mailto:info@eryamanhastanesi.com.tr) adresi kullanılmaktadır.

Bazı personele yönetim onayı ile Bilgi İşlem Birimi tarafından mail adresi açılmaktadır. Mail adresi talep eden veya açılması gereken personel “Bilgi İşlem Kullanıcı Yetkilendirme Formu” doldurur. Bilgi İşlem Birimi yönetim onayı olur ise mail adresi açar. “Bilgi Güvenliği Sağlanması Talimatı”, “Bilgi Güvenliği Sözleşmesi” ve “İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları Taahhütnamesi” gerekliliklerine uymak tüm personelin yükümlülüğündedir.

## 6.1.11. Web Sayfası

<http://www.eryamanhastanesi.com.tr> sayfası kurum resmi internet sayfasıdır. Web sayfalarının düzenlenmesinde koordinasyonu ve yönlendirmeyi Genel Koordinatöre bağlı Yazılım ve ARGE birimi sorumluluğundadır. Toplum bilgilendirme amacıyla web sayfalarında duyurular yapılabilir. Hangi duyuruların web sayfasında yayınlanacağına ilgili birimin yöneticisi (ya da yetkilendirdiği kişi) karar verir.

### Web sitesinde asgari aşağıdaki bilgiler olmalıdır:

- ✓ Organizasyon yapısı
- ✓ Hastane misyon, vizyon ve değerleri
- ✓ Hastane Kalite Yönetim Birimi ve çalışmaları
- ✓ Hastaneye ulaşım ve hastane iletişim bilgileri
- ✓ Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar,
- ✓ Hekimlere ait uzmanlık dalları ve varsa uzmanlık dalına ilişkin spesifik ilgi alanları
- ✓ Acil sağlık hizmetleri
- ✓ Varsa özellikli hizmetlere (özellikli tıbbi donanım ya da tecrübe gerektiren işlemler) yönelik bilgiler
- ✓ Randevu alma bilgileri
- ✓ Çalışanların, hastaların ve yakınlarının görüşlerini bildirebileceği alanlar
- ✓ Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar
- ✓ (Varsa) Sosyal sorumluluk kapsamında yürütülen faaliyetler
- ✓ Anlaşmalı oldukları kurum bilgileri bulunmalıdır.

## 6.1.12. Değerlendirme ve denetim fonksiyonlarında bilgi ve karar akışı;

- ✓ **Denetimler;** Kurum içi denetimler ve yasal mevzuat çerçevesinde kurum dışı denetimler belirli periyotlarla yapılmaktadır.
- ✓ **Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirmesi;** kurum içi öz değerlendirme yılda en az 1 kez, Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı tarafından kurum dışı değerlendirme yılda bir kez yapılmaktadır. Değerlendirme sonucu kurumsal kalite portalından hastane Kalite Yönetim Direktörü 'ne iletilmektedir. Değerlendirme puanı Kalite Yönetim Direktörü tarafından yönetime rapor halinde sunulur ve gerekli iyileştirme faaliyetleri için aksiyonların alınmasını koordine eder.
- ✓ **Kalite değerlendirmelerinde iyi olan bölümlerin ödüllendirilmesi;** Uygulamalar yapılarak kurumsal kimliğine sahiplenmesi, kurum kültürünün korunması çalışmaları yapılmaktadır.
- ✓ **İl Sağlık Müdürlüğü Hizmete ve Ruhsata Esas Denetimler;** 6 ayda bir İl Sağlık Müdürlüğü ilgili birim denetçileri tarafından yapılır. Denetimlerde üst yönetim ve gerekli personeller hazır bulunur. Denetim raporlarının asılları Genel Müdür Yardımcısında bulunur. Fotokopileri ilgili birimlere gönderilerek, birim yöneticilerinin gerekli iyileştirme faaliyetleri planlamaları ve uygulamaları sonuçlarına ilişkin raporlarını yönetime iletmeleri gerekmektedir.

✓ **Diğer kurum dışı denetimler;** (Halk Sağlığı Lejyonella Denetimi, Acil Servis Ambulans Denetimi, Kan Transfüzyon Merkezi Denetimi vs.) Denetimlerde üst yönetim ve gerekli personeller hazır bulunur. Denetim raporlarının asılları Genel Müdür Yardımcısında bulunur. Fotokopileri ilgili birimlere gönderilerek, birim yöneticilerinin gerekli iyileştirme faaliyetleri planlamaları ve uygulamaları sonuçlarına ilişkin raporlarını yönetime iletmeleri gerekmektedir.

**6.1.13. Toplantılar;** (Kurullar, komiteler, ekipler vb.) “Komite Çalışmaları İşleyiş Prosedürü” ne göre yapılır. Toplantı çağrısı ve tutanakların düzenli şekilde saklanması toplantı başkanı ve sekreteryası sorumluluğundadır. Kalite Yönetim Birimi “Yıllık Komite Ve Ekip Toplantı Planı” doğrultusunda yapılan tüm toplantıların kayıtlarını muhafaza etmekten sorumludur. Plandaki tüm toplantı tutanakları taranarak Kalite Paylaşım Sistemi üzerinden tüm çalışanlar ile paylaşılır. Gizlilik içeren toplantı tutanakları paylaşılmaz.

**6.1.14. Raporlar;** Mevzuatın zorunlu kıldığı veya ilgili yöneticilerce gerekli görülen raporlar, raporun ilgili olduğu birimin sorumlusu / yöneticisi tarafından hazırlanır ve yönetime sunulur.

#### **6.1.15. Görüş (Dilek - Öneri) Kutuları**

İsteyen herkes; hastanemiz çeşitli alanlarında bulunan dilek ve öneri kutuları veya kurumsal web sayfası aracılığı ile öneri - istek formu doldurabilir. Hasta Hizmetleri Müdürü ve Kalite Yönetim Birimi kontrolünde ayda bir kez kutulardaki formlar toplanarak değerlendirilir. Web sayfası üzerinden doldurulan formlar, kaydedildiği anda Hasta Hizmetleri Müdürünün mail adresine gönderilir ve ilgili birim tarafından değerlendirilir.

#### **6.1.16. Eğitim ve bilgilendirme faaliyetlerinde iletişim;**

Hastanemizde eğitim planlarını ve plan dışı eğitimleri (intranet yoluyla, personellerle ilgili panolara asarak vb.) çalışanlara bilgilendirme yapılmaktadır.

#### **6.1.17. Motivasyonun artırılması ve kurumsal kimliğin sahiplenilmesine yönelik faaliyetlerde iletişim;**

✓ **İşin ve İş görenin Eşlenmesi:** Çalışanının kişisel özellikleri ile görevin gereklerinin eşleşmesi amaçlanmaktadır.

✓ **Görevin Netleştirilmesi:** Unvanlara özel hazırlanmış olan Görev Tanımları, personel işe başladığında kendisine tebliğ edilmektedir. Personel Görev Tanımını okuyarak imzalar ve personelin özlük dosyasına ıslak imzalı kopyası konulur.

✓ **Çalışanların Görüş Öneri ve Geri Bildirimlerinin Alınması;** “Çalışan Memnuniyet, Öneri Ve Şikayetlerini Değerlendirme Prosedürü” ne göre uygulamalar yapılır.

✓ **Olumlu Geribildirim Verilmesi:** Çalışanlar iyi işler yöneticilerin bunu kendilerine bildirmeleri esastır. Personel ödül sisteminin işletilmesi üst yönetimin sorumluluğundadır.

✓ **Maddi Olmayan Ödül Sisteminin Kişiselleştirilmesi:** Kişiyeye ait teşekkür, takdir, başarı belgelerinin verilmesi veya verdirilmesi üst yönetimin sorumluluğundadır.

✓ **Engellerin Kaldırılması:** Personelin işini yaparken rahat olmasının sağlanması (Güvenliğin sağlanması, Özel Yaşama Saygılı Olunması, Kararlara Katılma Olanakları Sağlanması, Adaletli ve Sürekli Bir Disiplin Sisteminin oluşturulması vb.) amaçlanmakta ve bu yönde çalışılması sağlanmaktadır.

✓ **Personelin rahat çalışması** için güvenlik tedbirleri alınmaktadır (güvenlik personellerinin bulundurulması, beyaz kod nöbet sistemi, risk analiz ve önlemleri alınmaktadır.)

✓ **Özel yaşama saygılı olunması** konusunda personeller desteklenmektedir. Düğün, Ölüm, inanç yapısı vb. konularında yönetim çalışanların yanında ve sevinç ve üzüntüleri paylaşılmaktadır. (Düğünlerde çiçek gönderilmekte, Ölüm olaylarında başsağlığı dilenmekte, inanç yapılarında rahat ibadet etmeleri ve inançlarını yaşamaları konusunda çalışmalar yapılmaktadır.

#### 6.1.18. Kurumsal kimliğin sahiplenmesi;

Kurum kültürü, 'işlerin nasıl yürüdüğü'nün' bir göstergesidir. Kurum kültürü, bir kuruluşun, bölümün, takımın ortak değerleri, sembolleri, inanışları ve davranışlarıdır.

Bu itibarla, Kurum kültürünü oluşturulması ve sahiplenmesi için;

- ✓ 'Biz' duygusunun desteklenmesi,
  - ✓ Bir aidiyet duygusunun oluşturulması,
  - ✓ Kurum içerisinde güçlü bir beraberliğin oluşturulması,
  - ✓ Kurum içerisinde kişiler arasındaki mesafenin en aza indirilmesi,
  - ✓ Çalışanların daha hızlı entegrasyonu,
  - ✓ Duygusal bütünleşmenin desteklenmesi,
- Konularında,
- ✓ Yemekli ve kahvaltılı toplantılar
  - ✓ Spor aktiviteleri
  - ✓ Önemli gün ve haftalarda kutlama organizasyonu
  - ✓ Uyum eğitimleri
- vs. düzenlenmektedir.

#### 6.1.19. Acil Durum Haberleşmesi

##### ✓ Acil Renk Kodu Sistemi

Acil Renk Kodu Sistemi hastanenin acil olarak uzman müdahalesi gerektiren olaylarda doğru ve net bir mesajla, hızlı müdahalede bulunmasına imkân veren genel uyarı sistemidir. Amaç, renk kodu mesajıyla, olay anında yapılması gerekenler konusunda en kısa sürede ortak anlayışı sağlamaktır. Kurum içinde ve kurumlar arasında personelin acil durumlarda, hasta ve ziyaretçilerin güvenliklerinin yanı sıra kendi güvenliklerini de artırarak, uygun bir şekilde müdahale etmelerini sağlar.

Acil Renk kodu	Tel No	Açıklama
<b>BEYAZ KOD</b>	<b>1111</b>	Çalışana Saldırı
<b>MAVİ KOD</b>	<b>2222</b>	Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (Kardiyopulmoner Arrest)/Hayati Risk
<b>PEMBE KOD</b>	<b>3333</b>	Bebek/Çocuk Kaçırma
<b>KIRMIZI KOD</b>	<b>4444</b>	Yangın
<b>GRI</b>	<b>Anons</b>	Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu
<b>YEŞİL</b>	<b>Anons</b>	Acil Durum Sonlandırma
<b>TURUNCU</b>	<b>Anons</b>	Tehlikeli Madde Sızıntısı/Yayılmaması
<b>MOR</b>	<b>Anons</b>	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
<b>SARI</b>	<b>Anons</b>	Tahliye
<b>TURKUAZ</b>	<b>Anons</b>	Dış Toplu Yaralanma
<b>SİYAH</b>	<b>Anons</b>	Bomba tehdidi

✓ **Yangın İkaz Butonları:** Binada yangın olduğunda bütün personele duyurulması amacıyla, yangını ilk görenlerin basmaları gereken ikaz butonlarıdır.

## 6.2. KURUM DIŞI HEDEF KİTLEYE YÖNELİK İLETİŞİM KURALLARI

**Hasta/hasta yakını, dış tedarikçi, diğer kamu kurumları gibi dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmesi;**

✓ **İlanlar;** Web sayfası ve basılı malzemelerle hasta /hasta yakınları, dış tedarikçi diğer kamu ve kuruluşlar ve dış paydaşların hizmetler hakkında bilgilendirilmeleri yapılmaktadır.

✓ **İnternet/Web sayfası;** Kurumun vizyonu, misyonu, kurumun gerçekleştirdiği faaliyetler, basın bültenleri, haber mektupları, yıllık faaliyet raporları, kurumun kendisinin ya da hizmetlerinin çeşitli fotoğrafları, araştırma sonuçları, istatistikler, yöneticilerin konuşma metinleri, kurumsal sosyal sorumluluk projeleri gibi faaliyetlerle bilgilendirme yapılmasına olanak sağlamaktadır.

✓ **Basılı malzemeler;** Broşür, katalog, afiş ve tanıtım dosyaları: Bu araçlar kurumların kimliğini hedef kitlelerine en başarılı biçimde iletmesinde önemli pay sahibi olarak yer almaktadır. (Çeşitli hastalıklara yönelik broşürlerimiz bulunmaktadır.)

✓ **Dosya, antetli kağıt, zarf:** Hastanemiz logosunun bulunduğu ve kurumumuza ait antetli kağıtlar resmi yazılarda kullanılmaktadır.

✓ **Kurum tanıtım rehberi:** Kurumsal iletişim amaçlarımız doğrultusunda hazırladığımız kitap kurumumuzun tarihçesini, hizmetlerini tanıtan, projelerini, hedeflerini vb. anlatmaktadır.

✓ **Çalışanlarının hasta ve hasta yakınları ile iletişimi;** Kurumumuzda her bir birimde hasta ve yakınlarıyla iletişimde güler yüzlü, anlaşılır ve empati şeklinde iletişim kurulmaktadır. İletişimi bozan durum olduğunda hasta iletişim birimleri çözüm yolunu sağlamaktadır. Tüm personel HD.PR.01 Hasta Hakları Ve Sorumlulukları Uygulama Prosedürü ve HD.TL.02 Hasta Mahremiyetinin Sağlanması Talimatı doğrultusunda çalışmakla yükümlüdür.

✓ **Hizmet alıcıların tanı ve tedavi sürecinde bilgilendirilmesi;** Hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi birimlere göre değişmektedir. Polikliniklerde muayene eden hekim birebir bilgilendirmesini poliklinikte yapmaktadır.

## 7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

✓ Bilgi Güvenliği Sağlanması Talimatı

✓ Bilgi Güvenliği Sözleşmesi

✓ Bilgi İşlem Kullanıcı Yetkilendirme Formu

✓ Çalışan Memnuniyet, Öneri Ve Şikâyetlerini Değerlendirme Prosedürü

✓ Dahili Telefon Listesi

✓ Hasta Hakları Ve Sorumlulukları Uygulama Prosedürü

✓ Hasta Mahremiyetinin Sağlanması Talimatı

✓ İş Sağlığı ve Güvenliği Kuralları Taahhütnamesi

✓ Komite Çalışmaları İşleyiş Prosedürü

✓ Yazılı Düzenlemelerin Yönetimi Prosedürü

✓ Yıllık Komite Ve Ekip Toplantı Planı