



SE ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR  
SZEMÉSZETI KLINIKA

1085 Budapest, Mária u. 39.

SZEMÉSZETI KLINIKA  
**MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI KÉZIKÖNYVE**

az MSZ EN ISO 9001:2009 és az MSZ EN ISO 14001:2005 szabvány,  
valamint a MEES 1.0v szerinti minőség- és környezetirányítási  
rendszerére

Készítette: 2016. 01. 15.

**Dr. Dunai Árpád**  
minőségirányítási vezető

*Dátum*

2016. 01. 15.

Jóváhagyta:

**Dr. Nagy Zoltán Zsolt**  
klinikaigazgató

*Dátum*

2016. 01. 15.

Ellenőrizte:

**Dr. Tóth Péter**  
minőségfejlesztési vezető

*Dátum*

A dokumentáció kódja:	SE-SZEM-MK
Változat száma:	01
Érvénybelépés időpontja:	2016. 01. 15.
Oldalak száma:	52
Mellékletek/ adatlapok száma:	1

**MÓDOSÍTÁSOK JEGYZÉKE**

Módosította Dátum/Aláírás	Változat száma	Módosított oldalszám	Jóváhagyta Dátum/Aláírás	Kibocsátás időpontja

Nyilvántartott példány:  Munkapéldány:  A példány sorszáma:



## TARTALOMJEGYZÉK

<b>0. BEVEZETÉS.....</b>	<b>4</b>
0.1. ALKALMAZÁSI TERÜLET .....	4
0.1.1. <i>Az integrált minőségirányítási rendszer kiterjedése.....</i>	4
0.1.2. <i>Kiszervezések, kapcsolódások.....</i>	4
0.2. VEZETŐI NYILATKOZAT.....	6
<b>1. A SZERVEZET BEMUTATÁSA.....</b>	<b>7</b>
1.1. A KLINIKA .....	7
1.1.1. <i>Szerepkör, tevékenységi kör.....</i>	7
1.1.2. <i>Kapcsolatrendszer.....</i>	7
1.1.3. <i>Szervezeti felépítés.....</i>	8
<b>2. RENDELKEZŐ HIVATKOZÁSOK.....</b>	<b>9</b>
<b>3. FOGALMAK ÉS MEGHATÁROZÁSOK.....</b>	<b>9</b>
3.1. ISO SZABVÁNYOK .....	9
3.2. EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS FOGALMAK .....	9
3.3. EGYÉB KIFEJEZÉSEK.....	9
<b>4. A MINŐSÉG- ÉS KÖRNYEZETKÖZPONTÚ IRÁNYÍTÁSI RENDSZER.....</b>	<b>10</b>
4.1. ÁLTALÁNOS KÖVETELMÉNYEK.....	10
4.1.1. <i>A minőség- és környezetközpontú irányítási rendszer felépítése.....</i>	10
4.1.2. <i>A rendszer felépítése és működtetése.....</i>	10
4.2. A DOKUMENTÁLÁS KÖVETELMÉNYEI .....	12
4.2.1. <i>A dokumentációs rendszer felépítése.....</i>	12
4.2.2. <i>Minőségirányítási Kézikönyv.....</i>	13
4.2.3. <i>A rendszer eljárásai.....</i>	14
4.2.4. <i>A feljegyzések kezelése.....</i>	14
4.2.5. <i>Munkautasítások, szabványműveleti előírások, protokollok, módszerleírások.....</i>	14
4.2.6. <i>Belső dokumentumok.....</i>	14
4.2.7. <i>Külső dokumentumok.....</i>	15
4.3. KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK.....	15
<b>5. A VEZETŐSÉG FELELŐSSÉGI KÖRE.....</b>	<b>16</b>
5.1. A VEZETŐSÉG ELKÖTELEZETTSÉGE .....	16
5.2. BETEGKÖZPONTÚSÁG .....	16
5.3. MINŐSÉGPOLITIKA ÉS KÖRNYEZETI POLITIKA.....	17
5.3.1. <i>Minőségpolitika.....</i>	17
5.3.2. <i>Környezeti politika.....</i>	18
5.4. MINŐSÉGCÉLOK ÉS TERVEZÉS .....	18
5.4.1. <i>Minőségcélok.....</i>	18
5.4.2. <i>A minőségirányítási rendszer tervezése.....</i>	18
5.4.3. <i>A környezetvédelmi tervezés.....</i>	18
5.4.4. <i>A folyamatok tervezése.....</i>	18
5.5. FELELŐSSÉGI KÖR, HATÁSKÖR ÉS KOMMUNIKÁCIÓ.....	19
5.5.1. <i>Felelősségi körök és hatáskörök.....</i>	19
5.5.2. <i>A vezetőség képviselője.....</i>	22
5.5.3. <i>Belső és külső kommunikáció.....</i>	23
5.6. VEZETŐSÉGI ÁTVIZSGÁLÁS .....	24
5.6.1. <i>Általános követelmények.....</i>	24
5.6.2. <i>Az átvizsgálás bemenő adatai.....</i>	25
5.6.3. <i>Az átvizsgálás kimenő adatai.....</i>	26
5.7. FELELŐSSÉG.....	27



**Szemészeti Klinika**  
**MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI KÉZIKÖNYVE**

5.8.	KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK.....	27
<b>6.</b>	<b>GAZDÁLKODÁS AZ ERŐFORRÁSOKKAL .....</b>	<b>28</b>
6.1.	GONDOSKODÁS AZ ERŐFORRÁSOKRÓL .....	28
6.2.	EMBERI ERŐFORRÁSOK .....	28
6.2.1.	<i>A munkatársak bevonása.....</i>	28
6.2.2.	<i>Felkészültség, tudatosság, képzés.....</i>	29
6.3.	INFRASTRUKTÚRA.....	30
6.4.	MUNKAKÖRNYEZET.....	30
6.5.	FELELŐSSÉG.....	30
6.6.	KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK.....	30
<b>7.</b>	<b>DIAGNOSZTIKAI, GYÓGYÍTÓ, KISZOLGÁLÓ, OKTATÁSI, KUTATÁSI ÉS TUDOMÁNYOS SZAKMAPOLITIKAI FOLYAMATOK .....</b>	<b>31</b>
7.1.	A FOLYAMATOK TERVEZÉSE .....	31
7.2.	BETEGEKKEL ÉS PARTNEREKKEL KAPCSOLATOS FOLYAMATOK.....	32
7.2.1.	<i>A betegek igényeinek meghatározása és átvizsgálása .....</i>	32
7.2.2.	<i>A megbízók (ügyfelek) által támasztott követelmények meghatározása, átvizsgálása.....</i>	33
7.2.3.	<i>Kapcsolattartás és tájékoztatás követelményei.....</i>	33
7.3.	TERVEZÉS ÉS FEJLESZTÉS –KUTATÁS .....	34
7.4.	BESZERZÉS.....	35
7.4.1.	<i>A beszerzési, beruházási folyamat.....</i>	35
7.5.	GYÓGYÍTÁSI, KISZOLGÁLÓ, OKTATÁSI, KUTATÁSI ÉS TUDOMÁNYOS SZAKMAPOLITIKAI FOLYAMATOK SZABÁLYOZÁSA .....	36
7.5.1.	<i>A gyógyítási folyamatok szabályozása .....</i>	36
7.5.2.	<i>Oktatási tevékenység .....</i>	37
7.5.3.	<i>Kutatási tevékenység és tudományos szakmapolitikai tevékenység.....</i>	40
7.5.4.	<i>A kiszolgáló és szolgáltatási folyamatok szabályozása .....</i>	40
7.5.5.	<i>A gyógyítási, a kiszolgáló és a szolgáltatási folyamatok érvényesítése.....</i>	41
7.5.6.	<i>Azonosítás és nyomon követhetőség.....</i>	41
7.5.7.	<i>A betegek, illetve partnerek tulajdona.....</i>	42
7.5.8.	<i>Állagmegőrzés.....</i>	42
7.6.	MÉRŐ-, ELLENŐRZŐ- ÉS VIZSGÁLÓBERENDEZÉSEK FELÜGYELETE.....	43
7.7.	FELELŐSSÉG.....	43
7.8.	KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK.....	44
<b>8.</b>	<b>MÉRÉS, ELEMZÉS ÉS FEJLESZTÉS.....</b>	<b>45</b>
8.1.	ÁLTALÁNOS KÖVETELMÉNYEK .....	45
8.2.	FIGYELEMSEL KÍSÉRÉS ÉS MÉRÉS.....	45
8.2.1.	<i>A betegek, a partnerek és a Klinika saját munkavállalói megelégedettsége .....</i>	45
8.2.2.	<i>Belső audit (felülvizsgálat).....</i>	46
8.2.3.	<i>A folyamatok figyelemmel kísérése és mérése .....</i>	46
8.2.4.	<i>Anyagok, eszközök figyelemmel kísérése és mérése .....</i>	47
8.2.5.	<i>A környezetvédelmi teljesítmény mérése .....</i>	48
8.3.	A NEM-MEGFELELŐ SZOLGÁLTATÁS KEZELÉSE.....	48
8.4.	ADATELEMZÉS.....	49
8.4.1.	<i>Általános követelmények .....</i>	49
8.4.2.	<i>A megfigyelt adatkör .....</i>	49
8.5.	FEJLESZTÉS .....	50
8.5.1.	<i>Folyamatos fejlesztés.....</i>	50
8.5.2.	<i>Helyesbítő tevékenység.....</i>	50
8.5.3.	<i>Megelőző tevékenység .....</i>	50
8.5.4.	<i>Felkészülés és reagálás a környezeti vészhelyzetekre .....</i>	50
8.6.	FELELŐSSÉG.....	50
8.7.	KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK.....	51
<b>9.</b>	<b>MINŐSÉG- ÉS KÖRNYEZETKÖZPONTÚ IRÁNYÍTÁS ELJÁRÁSOK .....</b>	<b>52</b>
<b>10.</b>	<b>MELLÉKLETEK .....</b>	<b>52</b>



## **0. BEVEZETÉS**

A Minőségirányítási Kézikönyv meghatározza mindazokat a követelményeket és szabályozza azon tevékenységeket, amelyek figyelembevételével és betartásával megvalósíthatók a **SEMMEIWEIS EGYETEM ÁLTALÁNOS ORVOSTUDOMÁNYI KAR SZEMÉSZETI KLINIKA** (továbbiakban: Klinika) minőség- és környezeti politikája és minőség- és környezeti céljai.

A további szabályozást lásd **SE-MK 0. BEVEZETÉS** fejezeténél.

### **0.1. ALKALMAZÁSI TERÜLET**

Szabályozást lásd **SE-MK 01. Alkalmazási Terület** fejezeténél.

A Klinika szervezeti felépítését az **SE-SZEM-MK-M01** organogram tartalmazza.

A Klinika a minőségirányítási rendszerét a következő tevékenységekre terjesztette ki:

**Szemészeti és gyermekszemészeti fekvő- és járóbeteg-ellátás, szemészeti tudományok oktatása és kutatása**

#### **0.1.1. Az integrált minőségirányítási rendszer kiterjedése**

A minőségirányítási rendszer a **Klinika** működési területén belül kiterjed a szemészeti és gyermekszemészeti betegellátás teljes folyamatára – a betegfelvételtől a gyógyítás-ellátáson át az utógondozásig, - különös hangsúlyt helyezve a diagnosztikai és terápiás folyamatokra, valamint a kiegészítő folyamatokra. A minőségirányítási rendszer magában foglalja az orvosképzés **Klinikára** vonatkozó oktatási tevékenységeit, továbbá a kutatási és tudományos szakmapolitikai tevékenységet is.

A rendszer meghatározza a működéshez szükséges erőforrásokat, beleértve az emberi, anyagi-technikai, informatikai erőforrásokat.

Érint minden alkalmazottat a működési szabályzatokban, a jogszabályokban és a munkaköri leírásokban foglaltak, illetve a minőségirányítási kézikönyvben és az eljárásokban foglaltak szerint.

#### **0.1.2. Kiszervezések, kapcsolódások**

Az Országos Mentőszolgálat, a Betegszállító Szolgálatok, az Országos Vérellátó Szolgálat nem tartozik a **Klinika** szervezetébe, de szerepük miatt a velük való együttműködés szoros és folyamatos, tevékenységük a **Klinika** számára megbízható, megfelelő. Az alább felsorolt feladatokat külön szerződésben megállapított feltételek alapján külön intézmények, cégek látják el:



**Szemészeti Klinika**  
**MINŐSÉGIRÁNYÍTÁSI KÉZIKÖNYVE**

- Patológiai feladatok: SE I. sz. Patológiai és Kísérleti Rákkutató Intézet, II. sz. Patológiai Intézet
- Klinikai labor vizsgálatok: SE Központi Laboratórium (Pest)
- Mosodai szolgáltatás: SE Textiltisztító és Javító Üzem
- Élelmezés: Tender nyertes szolgáltató
- Takarítás: Tender nyertes takarítószolgálat



## **0.2. VEZETŐI NYILATKOZAT**

A Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar **Szemészeti Klinika** szerepének betöltéséhez, feladatainak ellátásához a Semmelweis Egyetem minőségirányítási rendszerének figyelembe vételével meghatározta minőségpolitikáját és környezeti politikáját, rendszerbe foglalta azokat a kritériumokat, amelyek küldetésének és kitűzött céljainak megvalósítását szolgálják.

Ez a minőségirányítási kézikönyv tartalmazza azokat a teendőket, amelyek a minőségirányításhoz kapcsolódnak és bemutatja a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar **Szemészeti Klinika** minőségirányítási rendszerét. Alapját az **MSZ EN ISO 9001:2009** „Minőségirányítási rendszerek. Követelmények” című szabvány képezi, de az integrált rendszer magába foglalja az **MSZ EN ISO 14001:2005** „Környezetközpontú irányítási rendszerek. Követelmények és alkalmazási irányelvek” című szabvány elemeit is, továbbá a **Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok** kézikönyv 1.0 változatának követelményeit.

A Minőségirányítási Kézikönyv igazodva a Semmelweis Egyetem Minőségirányítási Kézikönyvéhez és a hozzá tartozó Eljárásokhoz csak az attól való eltéréseket szabályozza. Az integrált rendszer minden szervezeti egységre kiterjedően rögzíti a minőség- és környezetirányítási teendőket, ezért a dokumentumok érvényes példányai minden szervezeti egységnél rendelkezésre állnak. Ezek ismerete és előírásaik betartása a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar **Szemészeti Klinika** alkalmazásában álló munkavállalók számára kötelező.

Betegeink, hozzátartozóink, partnereink, ügyfeleink, beszállítóink és megrendelőink számára információs anyagként, vagy elvárásként szolgálnak.

A Minőségirányítási Kézikönyvet aláírással egy időben hatályba léptetem. Folyamatos karbantartásáért és a benne foglaltak végrehajtásáért a minőségirányítási vezetőt teszem felelőssé, akit képviselőként eljárva intézkedési jogkörrel felruháztam.

Budapest, 2016.01. 15.

.....  
Dr. Nagy Zoltán Zsolt  
klinikaigazgató



## **1. A SZERVEZET BEMUTATÁSA**

### **1.1. A KLINIKA**

A **Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar Szemészeti Klinika** (továbbiakban **Klinika**) Budapest központjában a Belső Klinika Tömb telephelyen található.

Címe: 1085 Budapest, Mária u. 39.

Levelezési címe: 1085 Budapest, Üllői út 26.; 1428 Budapest, Pf.2.

Tel.: 06(1)459-1500/54500

E-mail: [titkarsag.szem@med.semmelweis-univ.hu](mailto:titkarsag.szem@med.semmelweis-univ.hu)

Titkárság: 1085 Budapest, Mária u. 39., fszt/...

Fax: 06-1-317-9061

Honlap: <http://semmelweis.hu/szemeszet/>

#### **1.1.1. Szerepkör, tevékenységi kör**

A **Klinika** a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karához tartozik. Az Egyetem felett a felügyeleti jogokat az Emberi Erőforrások Minisztériuma gyakorolja.

A **Klinika** egyben a Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Karának oktatási alapegysége, mely felett a Kar dékánja gyakorol törvényességi felügyeletet. Működését, fenntartását nagyobb részben az Országos Egészségbiztosítási Pénztár teljesítmény elszámolás alapján biztosítja, a beruházás és fejlesztés főként állami forrásokból, illetve saját erőből valósul meg.

A **Klinika** a szemészeti betegellátás területén, valamint ugyanezen a területen a járóbeteg-szakellátás területén a Semmelweis Egyetem gyógyító-megelőző, szervezési-módszertani, továbbképző és tudományos-kutató intézménye. Fekvőbeteg-szakellátást 4 kórházi részlegen (ezen belül osztályokon) végez, ezt egészíti ki az általános ambulancia és a speciális ambulanciák sora. A **Klinika** feladatait részletesen a Szervezeti és Működési Szabályzat írja le.

#### **1.1.2. Kapcsolatrendszer**

A **Klinika** minőségpolitikai céljait befolyásoló kapcsolatrendszere sokoldalú. A beszállítói kapcsolatok a működés, fenntartás, fejlesztés terén meghatározóak. Ezeket részletesebben a **7.4.** fejezet tartalmazza.

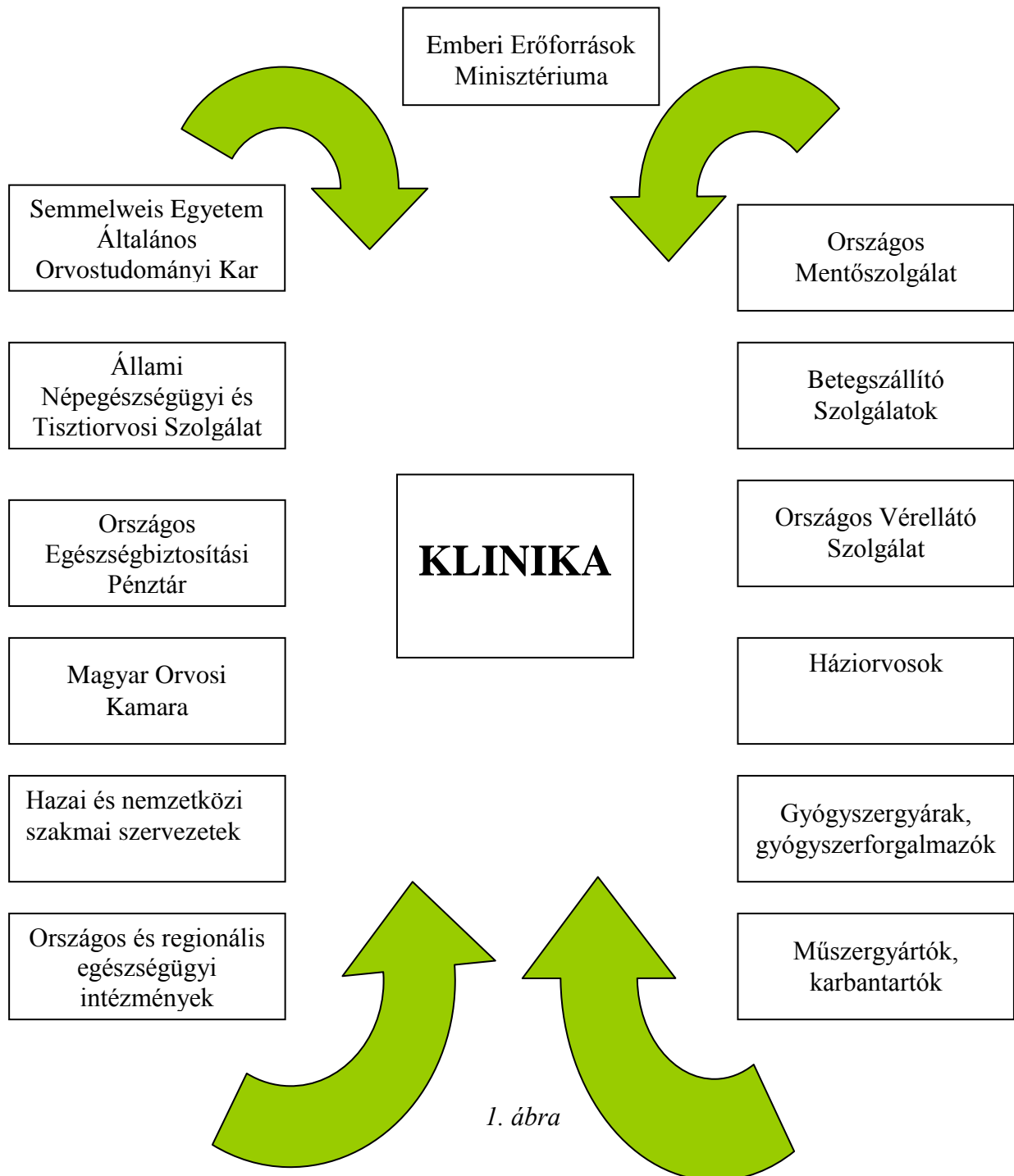
A diagnosztikai és a gyógyítási folyamatok szakmai ismereteinek állandó fejlesztése megköveteli a szakmai felügyeleti szervekkel, a tudományos intézetekkel és kórházakkal, valamint a tevékenységeket támogató társszervekkel való kapcsolat ápolását is.

A **Klinika** nyitott a szolgáltatásai minőségét fejlesztő új módszerek, tudományos eredmények, korszerű eszközök befogadására, alkalmazására.

A **Klinika** kapcsolatrendszerét a következő ábra szemlélteti.



## A KLINIKA KAPCSOLATAI



1. ábra

### 1.1.3. Szervezeti felépítés

A **Klinika** szervezeti felépítését a Szervezeti és Működési Szabályzat határozza meg, amely rögzíti az egyes részlegek, osztályok, szakambulanciák stb. helyét, szerepét, a vezetők feladatát és felelősségét.

#### SE-SZEM-MK-M01 A Klinika organogramja





## 2. RENDELKEZŐ HIVATKOZÁSOK

A **Klinika** minőségirányítási rendszerét alapvetően befolyásoló szabályozó dokumentumok felsorolását lásd **SE-MK-2**. Rendelkező Hivatkozások fejezeténél.

## 3. FOGALMAK ÉS MEGHATÁROZÁSOK

### 3.1. ISO SZABVÁNYOK

Részletesen lásd **SE-MK 3**. Fogalmak és Meghatározások fejezeténél.

### 3.2. EGÉSZSÉGÜGYI ELLÁTÁSSAL KAPCSOLATOS FOGALMAK

Részletesen lásd Magyar Egészségügy Ellátási Standardok fogalommagyarázat fejezeténél.

### 3.3. EGYÉB KIFEJEZÉSEK

A minőségirányítási kézikönyvben előforduló, jellemző kifejezések:

#### *Minőségirányítási vezető*

Az a személy, akit a **Klinika** igazgatója a **Klinika** minőségirányítási feladatainak irányításával megbízott.

#### *Minőségirányítási megbízott*

Azok az egyes részlegeken, osztályokon kijelölt személyek, akik a minőségirányítási rendszer működtetésében helyi szinten közreműködnek.

#### *Dokumentáció felelős*

Az a személy, akit a minőségirányítási vezető a minőségirányítási dokumentumok kezelésével megbízott és felelősséggel felruházott.

#### *Környezetvédelmi felelős*

Az a személy, akit a **Klinika** igazgatója a **Klinika** a környezetközpontú irányítási rendszere feladatainak végrehajtásával megbízott.

A minőségirányítási dokumentumokban előforduló egyéb speciális fogalmak meghatározása az előfordulás helyén (EMSZ vagy MU) található meg.

#### *Rövidítések:*

ISO	=	International Standard Organisation Nemzetközi Szabványügyi Szervezet
MEES	=	Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok
MK	=	Minőségirányítási Kézikönyv
ME	=	Minőség és környezetirányítási eljárások



BA	=	Formanyomtatványok, adatlapok
MU	=	Munkautasítás
EMSZ	=	Osztály/részleg egységszintű működési szabályzata
OP	=	Orvosi protokoll
ÁP	=	Ápolási protokoll

## **4. A MINŐSÉG- ÉS KÖRNYEZETKÖZPONTÚ IRÁNYÍTÁSI RENDSZER**

### **4.1. ÁLTALÁNOS KÖVETELMÉNYEK**

Szabályozást lásd **SE-MK 4.1.** Általános Követelmények fejezeténél.

#### **4.1.1. A minőség- és környezetközpontú irányítási rendszer felépítése**

Szabályozást lásd **SE-MK 4.1.1.** A minőség- és környezetközpontú irányítási rendszer felépítése fejezeténél.

#### **4.1.2. A rendszer felépítése és működtetése**

Szabályozást lásd **SE-MK 4.1.1.** A minőség- és környezetközpontú irányítási rendszer felépítése fejezeténél.

A **Klinika** minőségirányítási rendszere a minőségirányítási szervezetből, valamint az azt leíró, kiszolgáló dokumentációs rendszerből áll.

A minőségirányítási szervezet felépítése:

A **Klinika** vezetése az egyszemélyi felelős vezetés elvén alapszik. A minőségirányítási rendszer működését, annak részeként a munka szervezését és tervszerű végrehajtását, a betegellátást, a szakmai fejlődés biztosítását, a környezetvédelmi tevékenységet az igazgató irányítja és ellenőrzi. Ebben támaszkodik vezető munkatársai és a tanácsadó szervek közreműködésére.

Az igazgató közvetlenül felügyeli az általános igazgatóhelyetteset, az igazgató-helyetteseket, az ápolásért felelős intézetvezető főnővért és a klinika gazdasági vezetőjét.

Az igazgató a minőségirányítási rendszer kialakítására, működtetésére, továbbfejlesztésére minőségirányítási vezetőt nevezett ki, a környezetközpontú irányítási feladatok ellátásával környezetvédelmi felelőst bízott meg.

A **Klinika** egyéb felelős beosztású dolgozói – a részlegvezetők, osztályvezetők, csoportvezetők – a rájuk bízott egységek munkáját a részlegek/osztályok egységszintű működési szabályzatainak előírásai szerint, munkaköri leírásaik alapján személyes felelősséggel irányítják.

Az azonos szintű vezetők általában egymás mellé rendelve, egymásnak utasítást nem adhatnak. A vezetők és beosztottak utasításokat elsősorban csak közvetlen felettesüktől kaphatnak, illetve közvetlen beosztottaiknak adhatnak. Munkaidőn kívül és váratlan helyzetekben azonban az intézkedésre jogosultak (lásd ügyeleti rend) közvetlenül is adhatnak utasításokat, tehetnek



intézkedéseket, illetve intézkedni kötelesek. Az utólagos tájékoztatás rendje az Egység szintű Működési Szabályzatokban részletezett.

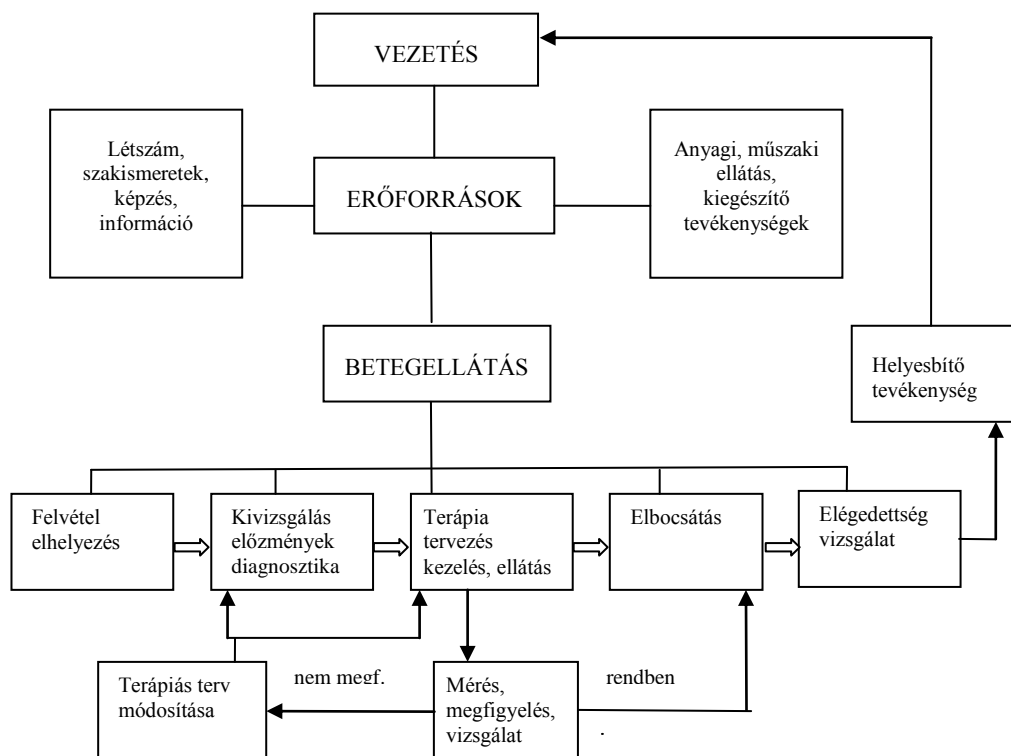
A **Klinika** működési rendje valamint a minőségirányítási kézikönyv és eljárások minden szinten biztosítják a minőségi munkavégzés szervezeti feltételeit, lehetővé teszik az információ folyamatos áramlását minden irányba, ezáltal biztosítva a nem-megfelelőségek kezelésének előírás szerű végrehajtását és a hibajavító intézkedések lehetőségét.

A minőségirányítási rendszer fő területeit az alábbiak képezik:

- a vezetés felelősségének deklarációja
- az erőforrásokkal való gazdálkodás
- a betegellátási, oktatási, kutatási és a kisegítő folyamatok irányítása
- a környezetvédelem feladatai
- a mérés, elemzés, továbbfejlesztés.

A minőségirányítási rendszer a folyamatszervezés elvére és gyakorlatára épül. A folyamatszervezés célja, hogy a szervezet minőséget befolyásoló folyamatai minőségirányítási és környezetvédelmi szempontok figyelembevételével valósuljanak meg, egymásra épüljenek és teljes körűek legyenek.

A folyamatok összefüggését a következő – 2. ábra – szemlélteti.





## **4.2. A DOKUMENTÁLÁS KÖVETELMÉNYEI**

### **4.2.1. A dokumentációs rendszer felépítése**

Szabályozást lásd **SE-MK 4.2.1.** A dokumentációs rendszer felépítése fejezeténél.

A dokumentációs rendszer biztosítja a bizonylatok és adatok, a gyógyítási minőség, valamint a környezetvédelmi tevékenységek ellenőrizhetőségét, lehetővé teszi a minőségirányítási rendszer működésének nyomon követhetőségét, hatékonyságának értékelését és a továbbfejlesztéshez szükséges információkat.

A minőségirányítási kézikönyvben felsorolt, illetve hivatkozott eljárásokon kívül eljárásnak kell tekinteni a klinika Szervezeti Működési Szabályzatát (Működési Rendjét) az Egység szintű Működési Szabályzatokat, az igazgatói utasításokban megtestesülő, általános működést szabályozó belső dokumentumokat, szabályzatokat és utasításokat, a külső vagy belső eredetű orvosi protokollokat, módszertani leveleket, illetve az ezeket összefoglaló, vagy helyettesítő szakkönyveket, ápolási eljárási utasításokat.

A gyógyító tevékenység során elvégzett vizsgálatokról, tevékenységekről, beavatkozásokról, a kiegészítő folyamatokról objektív bizonyítékot szolgáltató dokumentumokat, bizonylatokat – amelyeket az **ISO 9001:2008** szabvány feljegyzéseknek nevez – az eljárásokban meghatározott adatlapok kitöltésével, illetve egyéb dokumentálási módszerekkel lehet készíteni. A feljegyzések jól olvashatóak, hozzáférhető módon, károsodásoktól és elvesztéstől védve, a visszakereshetőséget és az elemzést lehetővé téve tároljuk. (Példák: leletek, dekurzusok, kalibrálási jegyzőkönyvek stb., vagy szöveges feljegyzések.)

A dokumentumok meghatározott része a dokumentáció felelősnél, minőségirányítási vezetőnél, illetve a részlegek minőségirányítási megbízottjainál áll rendelkezésre. A külső dokumentumok egy része a titkárságon, a gazdasági vezetőnél, az egyetemi illetve intézeti könyvtárban található. A dokumentumok papír alapú írott, vagy számítógépes adathordozón rögzítettek lehetnek, vagy ezek kombinációja is alkalmazható.

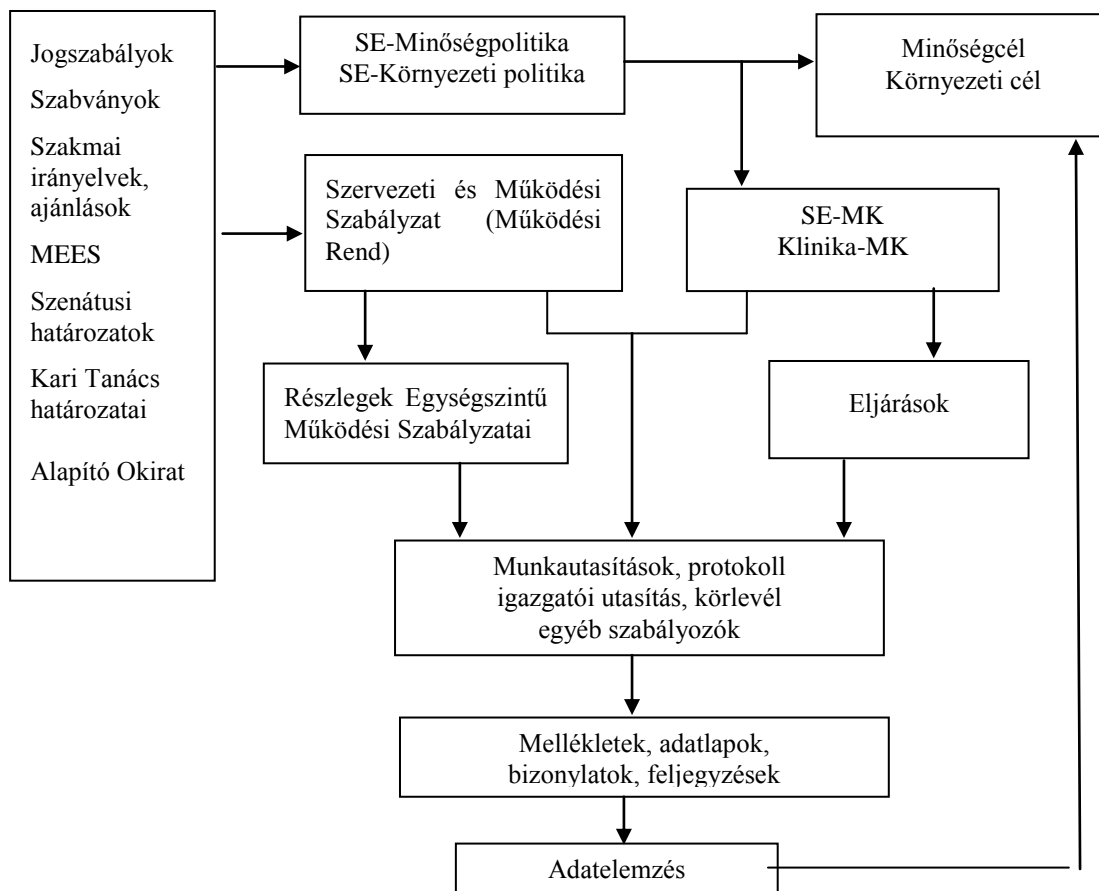
A dokumentumok számítógépen történő tárolását, kezelését az ezzel megbízott informatikai szakember végzi. A minőségirányítási vezető ellenőrzi, hogy a folyamatok a szabályozásnak megfelelnek-e.

A minőségirányítási vezető a minőségügyi szobában, erre elkülönített dossziében, kinyomtatott formában őrzi a minőségügyi dokumentumok és bizonylatok érvényben lévő 1. számú prím példányait.

A dokumentumok kapcsolata a következők szerint ábrázolható:



### A dokumentumok kapcsolata



3. ábra

#### 4.2.2. Minőségirányítási Kézikönyv

Szabályozást lásd **SE-MK 4.2.2.** Minőségirányítási Kézikönyv fejezeténél.

A **Klinika** minőségirányítási kézikönyve a speciális tevékenységeinek megfelelően kiegészíti a SE minőségirányítási kézikönyvét. A rendszer alapidokumentuma.

Célja, hogy meghatározza a **Klinika** minőséggel és környezetvédelemmel kapcsolatos feladatait a magyar és a nemzetközi szabványok követelményeihez és az egészségügyi ellátási standardokhoz igazodóan.

A minőségirányítási kézikönyvet a **Klinika** igazgatója lépteti hatályba, amit a vezetői nyilatkozatban rögzít és a minőségirányítási kézikönyv előlapján is igazol.

A minőségirányítási kézikönyv által meghatározott minőségirányítási rendszer követelményei és előírásai a **Klinika** valamennyi alkalmazottja számára kötelező érvényűek.

A minőségirányítási kézikönyv követi a szabványokban leírt szerkezeti felépítést, tartalmazza a szabványpontokban előírt követelményeket, hivatkozik azokra a dokumentumokra, amelyek a működés rendjére, az ellenőrzés és dokumentálás feladataira tartalmazznak előírásokat.



#### **4.2.3. A rendszer eljárásai**

Szabályozást lásd **SE-MK 4.2.3.** A minőség- és környezetközpontú irányítási rendszer eljárásai fejezeténél.

A Klinika minőségirányítási rendszerének szerves részét képezik az SE minőségirányítási eljárásai, melyek betartása minden érdekelt számára kötelező.

Jelen minőségirányítási kézikönyv alapján készült eljárások felsorolását a kézikönyv **9.** fejezete tartalmazza **Semmelweis Egyetem Általános Orvostudományi Kar, Szemészeti Klinika** eljárásai megnevezés alatt.

#### **4.2.4. A feljegyzések kezelése**

Szabályozást lásd **SE-MK 4.2.4.** A feljegyzések kezelése fejezeténél.

A feljegyzések azonosításáért, aktualizálásáért, a megőrzési idő meghatározásáért, a készítővel együttműködve, a minőségirányítási vezető felel – a jogszabályok figyelembe vételével. A minőségirányítási rendszer működése során vezetendő, illetve beszerzendő minőségügyi feljegyzésekre eljárások, szabályzatok, működési rendek, utasítások végén hivatkozunk, és itt határozzuk meg az előírt megőrzési időt és a megőrzés helyét is.

A **Klinika** napi gyakorlatában szereplő papíralapú és digitális dokumentumok kezeléséről belső szabályzatok is rendelkeznek, mint például: Egység szintű Működési Szabályzatok.

#### **4.2.5. Munkautasítások, szabványműveleti előírások, protokollok, módszerleírások**

Olyan előírás, eljárás, amely a **Klinika** valamilyen konkrét tevékenységét, folyamatát szabályozza a hozzá kapcsolódó felelőségekkel, dokumentációval, ellenőrzéssel. Például: orvosi-, ápolási protokoll, informatikai, műszaki, vagy gazdasági előírás, utasítás.

A **Klinika** és a szervezeti egységek által alkalmazott nyomtatványokat, adatlapokat a bizonylati album tartalmazza, melynek kezelése is szabályozott. Az albumban megtalálhatók a digitális dokumentumok kinyomtatott mintái is.

#### **4.2.6. Belső dokumentumok**

A minőségirányítási rendszer általános dokumentumai az alábbiak:

- minőségpolitikai nyilatkozat,
- minőségirányítási kézikönyv,
- minőségcélok (minőségtervek),
- munkautasítások, szabványműveleti előírások (SzME), protokollok, módszerleírások,
- feljegyzések, levelezések,
- a működést, a folyamatokat befolyásoló, meghatározó belső szabályzatok, utasítások, előírások, melyet a SE bocsát ki,
- bizonylati album (az alkalmazott formanyomtatványok, adatlapok gyűjteménye),
- jegyzőkönyvek, füzetek, ahol a vizsgálati folyamatok dokumentáltak.



A dokumentumokat kiadás előtt minden esetben **a klinika igazgatója** hagyja jóvá.

A minőségirányítási vezető felelős az összes olyan minőségirányítási folyamatleírás, utasítás és bizonylat meghatározásáért, amelyek az előírt vagy elvárható követelményeknek megfelelő tevékenységhez szükségesek.

#### **4.2.7. Külső dokumentumok**

A Klinika által használt külső dokumentumok a dokumentáció struktúráját mutató ábrában fel vannak tüntetve. Klinikánk biztosítja, hogy a működését szabályzó szabványok, törvények, rendeletek és egyéb szabályozók rendelkezésre álljanak A Klinika működésével kapcsolatos általános külső dokumentumok nyilvántartása a minőségirányítási vezetőnél található, minden dolgozó hozzáférhet.

A jogszabályok nyomon követése az erre megbízott igazgatóhelyettes ill. Gazdasági Vezető feladata. A változásokról a Klinika Igazgatót értesítik, aki gondoskodik a munkatársak szükséges tájékoztatásáról. A külső szabályzókat a klinikai titkárságon tároljuk, a munkatársak hozzáférését biztosítva. Az erre megbízott igazgatóhelyettes és a Gazdasági Vezető feladata a tárolt anyagok aktualizálása.

A külső dokumentumok változása a reggeli konzultáción kihirdetésre kerül, az érintett részlegvezetők ennek alapján jelzik igényüket. Az igények alapján a vonatkozó törvényeket az igazgatói titkárság lefénymásolja, és a részlegvezetőnek átadja.

A kutatók saját hatáskörben kezelik a kutatásukhoz tartozó szakmai irodalmakat, illetve kutatási dokumentációkat. A kutatási dokumentációkat a klinikáról való távozás esetén a klinika titkárságán (irattárban) kell archiválni.

### **4.3. KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK**

A minőségirányítási rendszerre, a szervezeti felépítésre, a dokumentumok kezelésére vonatkozó, jelen fejezetben hivatkozott dokumentumok és eljárások a következők:

- SE-MK Minőségirányítási Kézikönyv
- SE-ME-01 Dokumentumok és feljegyzések kezelése
- Klinikai Szervezeti és Működési Szabályzat (Működési Rend)
- Osztályok, szervezeti egységek egység szintű működési szabályzatai



## **5. A VEZETŐSÉG FELELŐSSÉGI KÖRE**

### **5.1. A VEZETŐSÉG ELKÖTELEZETTSÉGE**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.1.** A vezetőség elkötelezettsége fejezeténél.

A Klinika vezetése folyamatosan biztosítja a végrehajtáshoz szükséges erőforrásokat, felhatalmazta vezetőit és dolgozóit a végrehajtásban való közvetlen részvételre, az aktív szerepvállalásra, a rendszer továbbfejlesztésében való közreműködésre.

Ennek megvalósítása és érvényesítése érdekében a vezetés kidolgozta a **Klinika** minőségi és környezetvédelmi céljait. A **Klinika** napi gyógyító, tudományos és oktató tevékenysége során alkalmazza és működteti a minőség- és környezetirányítási rendszert.

A vezetőség szándéka a gyógyító-megelőző, tudományos és egyéb szakmai munka mindenkor követelményeinek megfelelő munkafeltételek biztosítása, beleértve a személyi és infrastrukturális feltételeket, betegek megelégedettségének folyamatos fenntartását és a környezetvédelmi előírásoknak való megfelelést.

Fontosnak tartja a minőségirányítási és a környezetközpontú irányítási szabvány megfelelő ismeretét, a folyamatokban történő napi alkalmazását, hatékonyságának figyelését és az ellenőrző, helyesbítő tevékenységek beépülését.

Figyelmet fordít minden munkatárs minőség és környezettudatos szemléletének fejlesztésére, szakmai ismereteinek szinten tartására, az új iránti fogékonyság és alkalmazási készség ösztönzésére, az irányítási rendszer folyamatos fejlesztésére.

### **5.2. BETEGKÖZPONTÚSÁG**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.2.** Vevőközpontúság fejezeténél.

A **Klinika** mindenekelőtt betegeivel, azok hozzátartozóival, de más megrendelőivel is korrekt együttműködésre törekszik. Különös gondot fordít a betegek mindenkori igényét kielégítő, a kor színvonalán álló, a hazai és a nemzetközi gyakorlatban alkalmazott gyógyító-megelőző eljárások alkalmazására. Arra törekszik, hogy a betegeinél a lehető legrövidebb időn belül a beteg legkisebb megterhelésével a betegségében elvárható legteljesebb gyógyulást érjen el.

A betegek és a hozzátartozók joggal várják el a magas minőségi színvonalú, hatékony és a gyógyulást legjobban elősegítő módszerek, eljárások alkalmazását. A **Klinika** lehetőségeihez mérten ennek teljesítésére törekszik.

A szolgáltatási tevékenységek teljesítése és a különböző beszállítók értékelése során a minőségi és a környezetvédelmi szemlélet érvényesülését, valamint az eredményességet alapvető követelménynek tekinti.





### **5.3. MINŐSÉGPOLITIKA ÉS KÖRNYEZETI POLITIKA**

#### **5.3.1. Minőségpolitika**

A Semmelweis Egyetem minőségpolitikájára építve a **Klinika** törekvése biztonságos, emberbarát környezetben, magas színvonalú betegellátást nyújtani a szemészeti betegellátás terén, mindenekelőtt a betegek javát szolgálni, ugyanakkor munkatársait megbecsülni és a **Klinika** jó hírét erősíteni. További célja a magas szintű orvoscépzés a Semmelweis Egyetem keretein belül, súlyt helyez a sikeres kutatási és tudományos szakmapolitikai tevékenységre, a publikálásra és a tudományos fokozatok elérésére.

A **Klinika** legfőbb céljának tekinti feladatainak olyan színvonalú ellátását, amely megfelel a hazai és a nemzetközi minőségi követelményeknek, a betegek és a hozzátartozók reményeinek.

Kötelességünk, hogy az adott körülmények között a lehető legjobban megfeleljünk ezeknek a követelményeknek. Ennek érdekében az élenjáró gyakorlatban alkalmazott gyógyító-megelőző, diagnosztikus és terápiás módszerekkel, eljárásokkal dolgozunk, betartjuk a törvények, rendeletek, hatósági előírások, illetve a nemzetközi és hazai szabványok előírásait, az előírt és megkívánt biztonsági követelményeket.

A gyógyító munkában és azt támogató minden egyéb tevékenységben bevezetjük és működtetjük a minőségirányítási rendszert.

Elvárjuk szakembereinktől tudásuk szakadatlan megújulását, fogékonyságukat az új terápiák és megoldások iránt, a töretlen szakmai fejlődést. A feladatok elvégzésében minden vezetői szinten elvárjuk a minőségi szemléletet, a minőség iránti elkötelezettség érvényesülését.

Munkatársaink hivatásukat küldetésnek tekintik és arra törekszenek, hogy ezt a betegek érezzék és tapasztalják is. Kötelességük a minőség biztosítására, védelmére és fejlesztésére való törekvés.

Beszállítóink kiválasztásánál és partneri kapcsolatainkban elvárjuk a minőségközpontú magatartást és munkánk eredményességét javító közreműködésüket.

Minőségpolitikánk megvalósításában feladataink ellátását a minőségirányítási vezető segíti, aki a minőségirányítás terén – egyéb felelősségeitől függetlenül – önálló intézkedési joggal rendelkezik.

A minőségirányítási rendszert az **MSZ EN ISO 9001:2009** szabvány és a **Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok Kézikönyv 1.0** változata alapján a minőségirányítási kézikönyv írja le, ezért az abban foglaltak megvalósítását a munkatársak számára kötelezővé nyilvánítja a **Klinika** igazgatója.

Budapest, 2016. 01. 15.

.....  
Dr. Nagy Zoltán Zsolt  
klinikaigazgató



### **5.3.2. Környezeti politika**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.3.2.** Környezeti politika fejezeténél.

## **5.4. MINŐSÉGCÉLOK ÉS TERVEZÉS**

### **5.4.1. Minőségcélok**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.4.1.** Minőségcélok fejezeténél.

A **Klinika** a Semmelweis Egyetem minőségcéljaihoz igazodva határozza meg és dokumentálja a minőséggel kapcsolatos feladatokat és célokat, valamint a megvalósításukhoz szükséges feltételeket. A célrendszer jóváhagyója minden esetben a Klinika igazgatója. Az évente meghatározott céljainkat, a Klinika igazgató kibővített tájékoztató értekezlet alkalmával ismerteti.

A célok mérhetőségének meghatározásáért, az egyes szervezeti szintekre / funkciókra lebontásáért a minőségirányítási vezető felel.

A kitűzött célokat ill. a megvalósítandó feladatokat minden érintett tudomására hozzuk. A lebontott minőségügyi célok írásos változatát az osztályok megkapják, melyről a munkatársakat tájékoztatják. Az intézeti szinten meghatározott és leosztott minőségcélokon kívül az osztályok további saját célokat is megfogalmazhatnak.

A **Klinika** egyes szervezeti egységei, illetve funkciói részére meghatározott konkrét minőségcélokat az egységek működési szabályzata, illetve a minőségügyi dokumentáció részét képező minőségcélok tartalmazzák. A minőségcélok a lehetőségekhez képest mérhetőek és összhangban vannak a minőségpolitikával.

### **5.4.2. A minőségirányítási rendszer tervezése**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.4.2.** A minőségirányítási rendszer tervezése fejezeténél.

### **5.4.3. A környezetvédelmi tervezés**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.4.3.** Környezetvédelmi tervezés fejezeténél.

### **5.4.4. A folyamatok tervezése**

A **Klinika** a minőségirányítási rendszer kiemelt részének tekinti a tevékenységét alkotó folyamatok meghatározását, a folyamatok sorrendjének, kölcsönhatásainak meghatározását, a megvalósítás szabályainak, feltételeinek, továbbá ellenőrzési és dokumentálási rendjének előírását.

A folyamatokat a minőségirányítási kézikönyv **7. fejezete** és a kapcsolódó eljárások, továbbá a munkautasítások, a részlegek/osztályok egység szintű működési szabályzatai és egyéb előírások rögzítik. Ezek együttes rendelkezésre állása, ismerete és alkalmazása, a változó feltételekhez történő igazítása határozza meg a folyamatok tervezését és végrehajtását.



## **5.5. FELELŐSSÉGI KÖR, HATÁSKÖR ÉS KOMMUNIKÁCIÓ**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.5.** Felelősségi kör, hatáskör és kommunikáció fejezeténél.

A **Klinika** vezetőinek és dolgozóinak felelősségi és hatásköre a Szervezeti és Működési Szabályzatban, a részlegek/osztályok egységszintű működési szabályzataiban, valamint az egyes munkaköröket betöltő személyek munkaköri leírásában részletesen meghatározott.

### **5.5.1. Felelősségi körök és hatáskörök**

A felelősségi köröket és a hatásköröket részletesen a **Klinikai SzMR** és a munkaköri leírások tartalmazzák. A minőség- és környezetirányítási rendszerre vonatkozó felelősségek az alábbiak.

#### ***A Klinika igazgatója***

*Felelős:*

- A **Klinika** működéséért és ezen belül kiemelten a szemészeti betegellátás, továbbá az orvosképzés eredményes megvalósításáért
- A működést szabályozó törvények és rendeletek végrehajtásáért, betartásáért
- Az Intézeti Tanács működési feltételeinek biztosításáért
- A gyógyító, higiénés és preventív munka szakszerű, a kor színvonalán történő biztosításáért, a feladatok tervezéséért, koordinálásáért és ellenőrzéséért
- A gyógyító-ellátási munkára vonatkozó intézkedések időben történő megtételéért
- A belső szabályozási feladatok meghatározásáért és azok koordinálásáért
- A munkafeltételek biztosításáért, a hatáskörébe tartozó vezetők munkaköri leírásainak elkészítéséért
- A munkáltatói intézkedésekért, a bérgazdálkodásért
- A **Klinika** működésére vonatkozó jogszabályokban, utasításokban foglaltak betartásáért
- Az elmulasztott intézkedések felelőseinek felelősségre vonásáért
- A teljesítmény-arányos finanszírozás által meghatározott működési keretek folyamatos figyelemmel kíséréséért
- A belső minőség- és környezetközpontú irányítási rendszer kialakításáért, működési feltételeinek megteremtéséért és működtetéséért
- A minőségirányítási és környezetvédelmi dokumentumok kiadásáért
- A minőség- és környezetirányítási rendszer felülvizsgálata során feltárt hiányosságok megszüntetéséért és a rendszer továbbfejlesztéséért
- A gazdálkodási szabályok betartásáért és betartatásáért
- Az irányítása alá tartozó dolgozók képzéséért, továbbképzéséért.

#### ***Az igazgatóhelyettesek***

Szerepüket a **Klinika SzMR**-e írja elő. Az igazgatóhelyettesek a klinika igazgatójának távollétében vagy akadályoztatása esetén öt teljes jogkörrel helyettesítik, de nem hozhatnak olyan döntéseket, amelyek a klinika felépítésében, struktúrájában vagy jövőbeni helyzetében alapvető változásokat jelentenek. A lényeges, sürgősen szükségessé vált döntéseknél, ha lehetséges távollétében konzultál az igazgatóval. Lényeges döntéseket akkor hozhatnak, ha az igazgatóval való konzultálás lehetősége nem áll fenn és a döntés elhalasztása a **Klinikára** nézve



hátrányokkal, károkkal jár. Az igazgatóhelyetteseket – az Intézeti Tanács véleményét kikérve – az intézetigazgató megbízási idejéhez igazodó, határozott időre az intézetigazgató bízta meg.

*Felelős:*

- A **Klinika** igazgatója távollétében annak feladata ellátásáért
- A **Klinika** gyógyító-megelőző betegellátó munka eredményes megvalósításáért
- A higiénés és prevenciós feladatok tervezéséért, koordinálásáért és ellenőrzéséért
- Az oktatás, továbbképzés, szakképzés felügyeletéért
- A minőségirányítási és környezetközpontú irányítási rendszer működtetésének elősegítéséért.

*Az intézetvezető főnövér*

*Felelős:*

- A **Klinikán** folyó ápolási-gondozási feladatoknak a kor színvonalán álló szakszerű megvalósításáért, a gondos ápolásért
- Az ápolásra vonatkozó hatályos jogszabályok betartásáért és betartatásáért
- Az ápolási helyzetet érintően hozott intézkedéseikért, belső utasításaiért és azok betartatásáért
- A vezetői ellenőrzés elvégzéséért, illetve annak megköveteléséért, a talált hiányosságok megszüntetéséért, a mulasztók felelősségre vonásáért
- Az átruházott munkáltatói feladatok végrehajtásáért
- A munkáltatói jogkörben hozott intézkedések szakszerűségéért
- Az irányítása alá tartozó dolgozók képzésének, továbbképzésének felügyeletéért
- Az ápolás előírt minőségének fenntartásáért
- A feltárt hiányosságok, nem-megfelelőségek javításáért
- A minőségirányítási és környezetközpontú irányítási rendszer működtetésének elősegítéséért.

*A Klinika gazdasági vezetője – közvetlen felettese a tömb gazdasági igazgatója*

*Felelős:*

- A **Klinika** finanszírozási folyamatainak felügyeletéért
- A **Klinika** szakmai működésének gazdasági-műszaki háttérének biztosításáért
- A gazdálkodásra vonatkozó hatályos jogszabályok betartásáért és betartatásáért
- A gazdálkodással összefüggő intézkedéseikért, utasításaiért és azok betartatásáért
- A vezetői ellenőrzés elvégzéséért, illetve elvégeztetéséért, a talált hiányosságok megszüntetéséért, a mulasztó felelősségre vonásáért
- Az átruházott munkáltatói feladatok végrehajtásáért
- Az általa irányított munkájáért
- A munkáltatói jogkörben hozott intézkedések szakszerűségéért
- A **Klinika** bérgazdálkodásáért
- Az elmulasztott intézkedésekért
- A minőségirányítási és környezetközpontú irányítási rendszer működtetésének elősegítéséért.



### ***A minőségirányítási vezető***

#### *Felelős:*

- A minőségirányítási és környezetközpontú irányítási rendszer minőségügyi követelményének kidolgozásáért, megvalósításáért, betartásáért
- A minőségirányítási kézikönyv elkészítéséért, rendszeres felülvizsgálataért, folyamatos karbantartásáért, (igazodva a SE Minőségirányítási Rendszeréhez) a benne foglaltak betartásának ellenőrzéséért
- Az eljárások elkészítésének koordinálásáért, folyamatos karbantartásáért és betartatásáért
- A minőségügyi információs rendszer kialakításáért, működtetéséért
- A minőségügyi dokumentációs rendszer kialakításáért, nyomon követhető kezeléséért, aktualizálásáért
- A külső és belső minőségügyi auditok előkészítéséért, lebonyolításáért
- A minőségügyi oktatások megszervezéséért
- A minőségirányítási rendszerben használatos dokumentumok azonosításáért, nyilvántartásáért, naprakész állapotának biztosításáért
- A minőségcélok elkészítéséért
- A minőségirányítási rendszer működtetésében, a dokumentumok kezelésében résztvevők munkájának felügyeletéért
- Kapcsolatot tart az SE minőségfejlesztési vezetőjével.

### ***A részleg/osztályvezető orvosok***

#### *Felelősök:*

- Az általuk vezetett szervezeti egységek és azok részlegei szakmai működéséért, a betegek szakszerű, lelkiismeretes gyógyító-megelőző ellátásáért, a szakmai színvonal szinten tartásáért és az osztály dolgozóinak szakmai fejlődéséért
- A beosztott orvosok, egészségügyi szakdolgozók képzéséért, továbbképzéséért
- A jogszabályok végrehajtásáért, a munkaköri leírások elkészítéséért
- Az általuk vezetett osztályok oktató és tudományos tevékenységéért, valamint a munka-, tűz- és környezetvédelmi előírások betartásáért
- A minőségirányítási és környezetvédelmi feladatok végrehajtásáért és ellenőrzéséért
- A minőségcélok meghatározásáért és megvalósításáért

### ***Egyéb egység – vagy osztályvezetők***

#### *Felelősök:*

- Az irányításuk alá rendelt szervezeti egység részére meghatározott feladatok elvégzéséért, a célkitűzések teljesítéséért
- A hozzájuk tartozó dolgozók tevékenységéért, a munkaidő beosztásáért, a munkavédelmi és tűzrendészeti előírások, valamint a munkafegyelem betartásáért
- A munkaköri leírások elkészítéséért
- Az irányításuk alá rendelt egységek és részlegek ellenőrzésének megszervezéséért és végrehajtásáért
- A törvényes előírások, a titkos ügykezelésre vonatkozó jogszabályok megtartásáért, az állami és hivatali titok megőrzéséért



- A minőségirányítási és környezetvédelmi feladatok végrehajtásáért
- A minőségcélok meghatározásáért és teljesítéséért.

### ***A környezetvédelmi felelős***

*Felelős:*

- A jogszabályokban meghatározott környezetvédelmi követelmények teljesítéséért
- A minőségirányítási és környezetközpontú irányítási rendszer környezetvédelmi követelményeinek kidolgozásáért, megvalósításáért és betartatásáért
- A környezeti politika megfogalmazásáért
- A környezetvédelmi célok, előirányzatok kitűzéséért, azok teljesítésének ellenőrzéséért
- Az egyetem környezetvédelmi vezetőjével történő kapcsolattartásért
- A környezetvédelmi adatok, feljegyzések naprakészen tartásáért
- A környezetvédelmi információs rendszer kialakításáért, működtetéséért
- A környezetvédelmi dokumentációs, mérési rendszer kialakításáért, nyomon követhető kezeléséért
- A környezetvédelmi mérések felügyeletéért, a hatósági kapcsolatok ápolásáért
- A külső és belső környezeti auditok előkészítésében, lebonyolításában való közreműködésért
- A környezetvédelmi oktatások megszervezéséért és megvalósításáért.

### ***Dokumentáció felelős***

*Felelős:*

- **A Klinika** minőségirányítási és környezetközpontú irányítási rendszeréhez tartozó központi dokumentumok kezeléséért, azonosításáért, nyilvántartásáért, szétosztásáért, a módosítások átvezetéséért, a megőrzésért és selejtezésért
- A dokumentum kezelők, minőségirányítási megbízottak munkájának segítségéért, ellenőrzéséért.

#### **5.5.2. A vezetőség képviselője**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.5.2.** A vezetőség képviselője fejezeténél.

A **Klinika** igazgatója, mint a **Klinika** egyszemélyi felelős vezetője – a minőségirányítási feladatok ellátására – minőségirányítási vezetőt nevezett ki, aki felelős a minőség- és környezetközpontú irányítási rendszernek az előírásokban rögzített követelmények szerinti kialakításáért, bevezetéséért és működtetéséért.

Feladatát, hatáskörét és felelősségét a **Klinika** igazgatója írásbeli megbízásban egyértelműen meghatározta. Egyéb felelősségeitől függetlenül minden jogkörrel felruházta a minőségirányítási rendszer előírásainak a betartása és érvényesítése érdekében.

A minőségirányítási vezető felelős az összes olyan minőségügyi folyamatleírás, utasítás és bizonylat meghatározásáért, amelyek az egyetem által előírt, vagy elvárható követelményeknek megfelelő tevékenységhez szükségesek.



### 5.5.3. Belső és külső kommunikáció

Szabályozást lásd **SE-MK 5.5.3.** Belső és külső kommunikáció fejezeténél.

A **Klinika** vezetősége a szervezet méreteihez igazodó olyan belső kommunikációs rendszert működtet, amely alkalmas a minőségirányítási és a környezetközpontú irányítási rendszer hatékony működéséhez szükséges kapcsolattartás megvalósítására.

A vezetőség arra törekszik, hogy a gyógyító-megelőző és kiszolgáló feladatok ellátásához szükséges információk minden időben rendelkezésre álljanak, a külső és belső információk érvényesüljenek a különböző tervekben, a gyógyító és diagnosztizáló eljárásokban, a szabályozókban azért, hogy azok a megfelelő minőséget és környezetet legyenek képesek garantálni.

A belső kommunikáció legalapvetőbb formáit a Szervezeti és Működési Rendben megnevezett állandó, vagy eseti jelleggel működtetett testületek, adott feladatok megvalósítására kijelölt egyének vagy bizottságok által megfogalmazott javaslatok, vélemények jelentik. Ezek dokumentáltak és közvetítésük útja kialakult.

További belső információáramlást biztosítanak a napi gyakorisággal megtartott orvosi értekezletek (konferenciák), valamint a különböző szakterületeken megtartott munkaértekezletek. Ezek egy részéről jegyzőkönyv, vagy emlékeztető készül, amely a további intézkedések alapja lehet.

Kialakult a napi, a heti munkaértekezletek és munkamegbeszélések rendje. A gyógyító munkában a vizitek, a konzíliumok, az ügyeleti átadások töltenek be fontos információs szerepet.

A **Klinika** vezetését az alábbi testületek segítik:

- Intézeti Tanács
- Kibővített Intézeti Tanács
- Etikai Bizottság
- Gyógyszerterápiás Bizottság.

A testületek meghatározott rendszerességgel üléseznek, tevékenységük eredményeit dokumentálják, arról a vezetést tájékoztatják. Ezzel a belső kommunikáció operatív, hatékony megvalósulását teszik lehetővé. A belső kommunikációban és az információáramlásban fontos szerepet töltenek be az igazgatói utasítások, körlevelek, amelyek írott és számítógépes adathordozón jutnak el a címzettekhez és válnak hozzáférhetővé.

A **Klinika** egységeiben végzett munka folyamatos felügyeletére és koordinálására a vezetői találkozások, értekezletek is alkalmat szolgáltatnak: rendszeresek az orvosi és főnövéri értekezletek, valamint egyéb területeken és céllal tartott értekezletek.

Minden hétfőn reggel 08.00-kor a klinika igazgatója az osztály/részlegvezetőkkel és az intézetvezető főnővérrel, valamint a gazdasági vezetővel megbeszélést tart. A megbeszélés témái közé tartozik az elmúlt hét klinikai eseményeinek értékelése, esetleges tanulságok levonása. Ugyancsak itt történik a soron következő feladatok megbeszélése, az egyes feladatok végrehajtásának módja és a felelős megbízottak kijelölése. Ezeken az értekezleteken a **Klinikát** érintő szakmai kérdésekkel együtt a minőség- és környezetirányítással összefüggő kérdések is szerepelnek. A vezetői értekezletek a részlegek/osztályok közötti kommunikáció alapját is képezik. A működéshez szükséges értekezleteket a klinika igazgatója vagy annak helyettesei



hívják össze. Az értekezleteken elhangzott fontosabb észrevételekről, javaslatokról jegyzőkönyv vagy feljegyzés készül.

*A napi értekezletek rendje a következő:*

Minden munkanap 07.45-08.00 között a **Klinika** orvosai, valamint az intézetvezető főnövér és a gazdasági vezető közös megbeszélést tartanak a tanteremben, mely tartalmazza az előző 24 óra főbb orvosi betegellátással összefüggő történéseinek ismertetését, a szakmai újdonságok rövid ismertetését, szervezeti és technikai kérdések (hétvégi beosztás, ügyeletes orvosok, feladatok, közérdekű közlések, stb.) kihirdetését, ill. megbeszélését.

További rendszeres értekezletek: a hét egy napján, hétfő délután tudományos jellegű megbeszélés, továbbá főnövéri értekezlet, szükségszerű gyakorisággal az intézetvezető főnövér által meghatározottan (adott esetben a **Klinika** igazgatójának javaslata figyelembevételével).

A jogszabályfigyelés a **Klinika** igazgatója, illetve az általa erre megbízott igazgatóhelyettes feladata, aki ebbe a szükséges mértékig bárkit bevonhat. Klinikánk biztosítja, hogy a működését szabályzó szabványok, törvények, rendeletek és egyéb szabályozók rendelkezésre álljanak. A jogszabályok nyomon követéséért a Gazdasági Vezető a felelős. A változásokról a Klinika Igazgatót értesíti, aki szóban vagy írásban gondoskodik a munkatársak szükséges tájékoztatásáról. A külső szabályzókat a klinikai titkárságon tároljuk, a munkatársak hozzáférését biztosítva. A Gazdasági Vezető feladata a tárolt anyagok aktualizálása

Sajátos, de fontos szerepet visel a könyvtár az információk gyűjtésével és továbbításával. Ez elsősorban a kívülről érkező információk esetében érvényesül: témafigyelés, az érdekeltek tájékoztatása kivonatok megküldésével.

A **Klinika** igazgatója (ill. az általa megbízottak) a különböző szakmai előljárói fórumokon képviselik a **Klinika** szándékait és érdekeit. Szükség szerint tervet dolgoz ki és javaslatokat tesz arra, hogy a szándékok a hatályos törvények, jogszabályok és előírások lehetőségeinek függvényében megvalósuljanak.

A külső, a **Klinikával** kapcsolatban álló hatóságok és egyéb szervezetek közti információáramlás biztosítása elsősorban az igazgató ill. általa erre megbízottak munkaköri joga és kötelezettsége.

A külső környezetbe juttatott információknak tükrözniük kell a **Klinikán** folyó szakmai munka valós állapotát, az elért eredményeket, valamint a minőségi munkavégzés folyamatos jobbítása érdekében tett intézkedéseket.

A belső kommunikációt segítik a számítógépes hálózaton elérhető információs források.

## **5.6. VEZETŐSÉGI ÁTVIZSGÁLÁS**

### **5.6.1. Általános követelmények**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.6.** Vezetőségi átvizsgálás fejezeténél.

A minőség- és környezetirányítási rendszer folyamatos és hatékony működtetése érdekében a **Klinika** igazgatója évente legalább egyszer, illetve szükség szerint vezetőségi átvizsgálást tart.

A vezetőségi átvizsgálást az igazgató hívja össze.

A vezetőség tagjai:





- igazgató
- igazgató helyettesek
- intézetvezető főnövér
- gazdasági vezető
- minőségirányítási vezető
- környezetvédelmi felelős

A vezetőségi átvizsgálásban a résztvevők számát és körét az igazgató határozza meg. Célszerű meghívni azokat a vezetőket, akik az értékelő munkában részt vettek.

A vezetőségi átvizsgálás célja, értékelni a minőségirányítási és a környezetközpontú irányítási feladatok megvalósulását, a rendszer működését, meggyőződni annak hatásosságáról, eredményességéről. A rendszer átvizsgálása arra is irányul, hogy az megfelel-e a **Klinika** vezetése által meghatározott politikáknak és a megfogalmazott céloknak. A vizsgálat kiterjed a rendszer továbbfejlesztésének lehetőségeire, a változtatások, módosítások szükségességére.

A vezetőségi átvizsgálás a minőség- és környezetirányítási rendszer teljesítményének felülvizsgálatát is magában foglalja, ami a rendszer fejlesztésének alapfeltétele.

A vezetőségi átvizsgálás figyelembe veheti a minőséggel és környezetvédelemmel kapcsolatos tevékenységek pénzügyi hatását, az erőforrások felhasználásának értékelését.

A minőségirányítási rendszer felügyeletéért és a vezetőségi átvizsgálás megszervezéséért a minőségirányítási vezető felelős. Az éves vezetőségi átvizsgálás előtt a belső auditot le kell folytatni az erre vonatkozó **SE-ME-02** „Belső audit”, illetve az **SE-ME-03** „Nem-megfelelő tevékenységek kezelése, helyesbítő és megelőző előírások, reklamáció kezelése” c. eljárások szerint.

A minőségirányítási vezető írásban értékeli a minőségirányítási rendszer elmúlt évi működését (értékeli a belső és külső auditokon talált hiányosságokat, a helyesbítő és megelőző intézkedéseket, a rendszer hatékonyságát, a célok megvalósulását). Az írott anyagot a vezetőségi átvizsgálás résztvevői a vezetőségi átvizsgálás előtt egy héttel megkapják.

Értékelni kell a minőség- és környezetpolitikában foglaltak érvényességét, ha szükséges, új célokat és előirányzatokat kell meghatározni.

Meg kell vitatni a minőségirányítási rendszer hatékonyságát, eredményeit és a javítás, továbbfejlesztés konkrét teendőit.

Jóvá kell hagyni a belső auditok tervét.

### **5.6.2. Az átvizsgálás bemenő adatai**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.6.2.** A vezetőségi átvizsgálás bemenő adatai fejezeténél.

A vezetőségi átvizsgálás az alábbiakat veszi tekintetbe, mint bemenő adatokat:

- a) az előző évre kitűzött stratégiából következő döntések, azok a külső és belső változások, amelyek befolyásolhatják a minőségirányítási rendszert,



- b) a létező minőség- és környezeti politika és az azokból levezetett minőség- és környezeti célok és előirányzatok érvényesülése,
- c) a jogszabályi követelményeknek és a szervezet által vállalt egyéb követelményeknek való megfelelés kiértékelése,
- d) belső és külső auditok eredményei,
- e) az előző évben meghozott helyesbítő és a megelőző jellegű intézkedések eredményei,
- f) a szakmai kulcsfolyamatok és a támogató folyamatok eredményeinek, indikátorainak, gazdasági-pénzügyi mutatóinak alakulása, értékelése,
- g) információk a betegellátási, oktatási, kutatási folyamatok működéséről, és a szolgáltatás megfelelőségéről,
- h) a munkatársak teljesítményét, képzését és továbbképzését, a képzések eredményeit és a dolgozói elégedettséget,
- i) a tárgyi erőforrások megfelelősége,
- j) érdekelt felek és partnerek visszajelzései (elégedettség vizsgálatok eredményei, reklamációk), kiemelten a betegelégedettségi vizsgálatok eredményei és a betegpanaszok értékelése
- k) az infékcióntróll és a gyógyszerelési folyamatok állapotát,
- l) betegbiztonsággal kapcsolatos tevékenységek,
- m) a beszállítók értékelése,
- n) a korábbi vezetői átvizsgálásokból következő tevékenységek értékelése,
- o) a szervezet környezeti teljesítménye, a környezetvédelem, a munkahelyi egészségvédelem és biztonság helyzete,
- p) a szolgáltatás, illetve a szolgáltatást megvalósító folyamatok fejlesztésére irányuló ajánlások.

### **5.6.3. Az átvizsgálás kimenő adatai**

Szabályozást lásd **SE-MK 5.6.3.** Az átvizsgálás kimenő adatai fejezeténél.

A vezetőségi átvizsgálás a fentiekén túl kiterjed:

- a belső szabályzatok működésének hatékonyságára,
- a belső, külső és a tanúsító szervezet auditjainak eredményére, megállapításaira,
- az auditokon észlelt hiányosságokra hozott intézkedések értékelésére, a hibajavítás eredményeire,
- a betegelégedettség, a reklamációkezelés tapasztalataira,
- az oktatás és képzés eredményeinek értékelésére,
- az integrált rendszer működésének és folyamatainak hatékonyságára, hatásosságára,
- folyamatok, szakmai tevékenységek eredményeinek folyamatos megfigyelésére és értékelésére alkalmas indikátorok meghatározása,
- az integrált rendszer továbbfejlesztésének feladataira.



Ezen kívül bármely, a minőség- és környezetirányítással kapcsolatos napirend felvehető.

A felülvizsgálat során feljegyzett eredmények, hiányosságok alapján az elhatározott változtatások, megelőző és helyesbítő tevékenységek megjelölése, a határidők és felelősök kijelölése eredményezze:

- a minőségirányítási és környezetközpontú irányítási rendszer és folyamatainak működtetését, továbbfejlesztését
- a betegellátás javulását, az ezt támogató kiegészítő feltételek javulását
- az erőforrás szükségletek feltárását, a felhasználás meghatározását.

A vezetőségi átvizsgálás kimeneti eredményét a vezetőség beépíti az éves minőségfejlesztési tervbe, programokba, melyek tartalmazzák a szükséges döntéseket, intézkedéseket, határidőket valamint erőforrásokat az egészségügyi szolgáltató szervezet eredményességének, a folyamatok hatékonyságának fejlesztéséről.

A vezetőségi átvizsgálásról minden esetben jegyzőkönyv készül, amely tartalmazza a feltárt hiányosságokat, a korábban hozott döntések megfelelését, a minőség- és környezeti célokat, illetve a változtatások szükségességét, a helyesbítő és megelőző tevékenységeket, az intézkedések végrehajtásának határidejét és a felelősöket. A vezetőségi átvizsgálásról szóló jegyzőkönyvet a minőségirányítási vezető készíti el, és az igazgató hagyja jóvá. A vezetőségi átvizsgálási jegyzőkönyv egy példányát (az átvizsgáláson született Intézkedési Tervvel, az előző évi Minőségcélok értékelésével és a következő évi Minőségcélokkal) el kell küldeni az egyetem minőségfejlesztési vezetőjének minden év **november 30-ig**.

A rendkívüli vezetői átvizsgálás folyamata is az előzőekben leírtak szerint történik.

## **5.7. FELELŐSSÉG**

A vezetőségi átvizsgálásért a **Klinika** igazgatója és a minőségirányítási vezető felelős.

A dokumentumok nyilvántartásáért a minőségirányítási vezető felelős.

## **5.8. KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK**

A vezetőség felelőségére, a minőségirányítás és a környezetvédelmi tervezésre, a rendszerdokumentációra, a belső kommunikációra és a vezetőségi átvizsgálásra az alábbi eljárások állnak rendelkezésre:

- **SE-ME-01** Dokumentumok és feljegyzések kezelése
- **SE-ME-02** Belső audit
- **SE-ME-03** Nem-megfelelő tevékenységek kezelése, helyesbítő és megelőző előírások, reklamáció kezelése
- **SE-ME-04** Jogszabályi és egyéb követelmények azonosítása, nyilvántartása és megfelelésének kiértékelése
- **SE-ME-05** A környezeti tényezők azonosítása, értékelése és nyilvántartása
- **SE-ME-06** Felkészülés és reagálás vészhelyzetre



## **6. GAZDÁLKODÁS AZ ERŐFORRÁSOKKAL**

### **6.1. GONDOSKODÁS AZ ERŐFORRÁSOKRÓL**

Szabályozást lásd **SE-MK 6.1.** Az átvizsgálás kimenő adatai fejezeténél.

A szervezeti egységeknél is rendelkezésre állnak a tevékenységek ellátásához szükséges erőforrások, amelyek felhasználásához a vezetők döntési jogkörrel rendelkeznek. A **Klinika** vezetése folyamatosan törekszik arra, hogy a tárgyi feltételeket, a technikai eszközöket és a személyzet létszámát, szakmai felkészültségét olyan szinten tartsa, amely összhangban van a minőségirányítási rendszer előírásaival, a betegellátás szakmai követelményeivel és a betegek érdekeivel, elvárásaival.

Az erőforrások azonban nem korlátlanok, így a gyógyításhoz szükséges eszközök, berendezések sem az optimális szinten állnak rendelkezésre minden szervezeti egységnél.

A vezetés az irányítás és szervezés, a vizsgálat és ellenőrzés eszközeivel törekszik a meglévő feltételek ésszerű kihasználására, beszerzéseknél a sürgősségi sorrend figyelembevételével igyekszik elősegíteni, hogy az elvárt és megkövetelt eredmények fenntarthatók legyenek.

A műszerbeszerzés saját klinikai eszközökből, részben pályázatok elnyerése útján és adományokból történik.

### **6.2. EMBERI ERŐFORRÁSOK**

#### **6.2.1. A munkatársak bevonása**

Az egészségvédelem és a betegellátás folyamatában különösen fontos az emberi tényező, a felkészültség szerepe. A **Klinika** ennek érdekében eljárást alakított ki és működtet az emberi erőforrással való gazdálkodás, ezen belül a képzés és továbbképzés szabályozására, a képzési igények felmérésére. Minden munkatársát motiválja képességeinek, tudásának fejlesztésére, beleértve az anyagi, műszaki ellátásban és az igazgatásban dolgozókat is.

Személyzeti politikája arra irányul, hogy az alkalmazottak rendelkezzenek a velük szemben támasztott igények kielégítéséhez szükséges szakmai felkészültséggel, felelősségtudattal, döntési képességgel és etikus hozzáállással.

A vezetőség a munkatársak megbízásánál, kinevezésénél, utánpótlásánál figyelembe veszi a minőségre hatást gyakoroló tevékenységeket ellátók iskolai végzettségét, képzettségét és gyakorlati ismereteit, illetve az ide vonatkozó előírásokat.

Az osztályokon dolgozó, illetve ügyeleti tevékenységet ellátó orvosok feladatait és kötelezettségeit a **Klinika** SzMSz-e és saját munkaköri leírásuk tartalmazza. A rezidens orvosokra további speciális szabályozások vonatkoznak: a rezidens kiképzés alatt álló, de már általános orvosi végzettséggel rendelkező egyén. Munkájának első két évében a Semmelweis Egyetem közvetlen rendelkezése alá tartozik, majd a képzés további szakaszában a vele szerződést kötő intézmény gyakorolja felette a munkáltatói jogokat. Hatásköre lényegileg azonos az osztályra vagy valamely ambulanciára beosztott nem szakorvoséval, a régebbi, szakorvosjelöltekre vonatkozó szabályozással (SzMSz). Miután a **Klinikán** viszonylag rövid időt töltött, a részlegen/osztályon dolgozó szakorvosok és különösen az osztályvezető folyamatosan ellenőrzi munkáját, jelöli ki feladatát és győződik meg arról, hogy a feladat



elvégzéséhez szükséges ismerettel, gyakorlattal rendelkeznek-e. Ugyanez vonatkozik a műszerek, eszközök használatára, különösen invazív diagnosztikai eljárásoknál, illetve a laboratóriumi műszerekkel való munkára.

### **6.2.2. Felkészültség, tudatosság, képzés**

Szabályozást lásd **SE-MK 6.2.2.** Felkészültség, tudatosság és képzés fejezeténél.

A **Klinika** betartja az egészségügyi miniszter **52/2003. (VIII. 22.)** sz. ESzCsM rendeletének előírásait és saját maga által meghatározott követelményrendszerét, különösen a gyógyító és betegellátó folyamatokban résztvevőkkel szemben.

Nyomon követi a jogszabályokban bekövetkező képzési, szakképzési előírásokat, azok változásait. A személyzet képzésére készített tervekben a követelményeket figyelembe veszi, lehetőséget biztosít az egyéni törekvéseknek és érvényesíti a **Klinika** érdekeit is. A képzés átgondolt, összehangolt. Ezt szolgálja a minőség-, környezetirányításra és az egészségügyi ellátási standardokra vonatkozó képzési terv (**SE-MK-M01**). A szakmai továbbképzések terve (részletes programja) a titkárságon található.

Az oktatás és továbbképzés változatos formái lehetőséget adnak az egyéni ambícióknak, a klinikai érdekeknek és szükségleteknek. A szakmai jellegű továbbképzések, tanfolyamok, előadások, rendezvények mellett a minőségügy és környezetvédelem terén szükséges oktatások, továbbképzések is napirenden vannak. A szakirodalom, a szaklapok és dokumentációk is szerepet kapnak az ismeretek bővítésében. A lehetőségeknek az anyagi korlátok szabnak határt. A **Klinika** belső oktatásain jelenléti ív készül (**SE-MK-M04**).

A dolgozók felvételét a Semmelweis Egyetem szabályozza. Az ide vonatkozó utasítások a Semmelweis Egyetem SzMSz-ében, az Általános Orvostudományi Kar SzMSz-ében és a **Szemészeti Klinika** SzMSz-ében található. Ezek az utasítások diplomások esetén tartalmazzák az adott munkakörhöz szükséges képesítési feltételeket és ezen belül **Szemészeti Klinika** meghatározza a speciális feltételeket. A szakdolgozók munkaköri követelményeit a Semmelweis Egyetem általánosságban határozza meg, a konkrét felvétel ügyében az intézetvezető főnövér dönt. Az egyéb klinikai dolgozók (műszakiak, konyhai dolgozók, stb.) felvételét a Gazdasági Osztály/Csoport vezetője az igényeknek megfelelően végzi. A takarítással foglalkozókat az intézetvezető főnövér veszi fel. Az egészségügyi dolgozók munkába állítását megelőzik az előírt alkalmassági vizsgálatok.

A felvételt követően a munkahelyi vezető köteles a munkaköri feladatok végrehajtására vonatkozó szabályokat ismertetni.

A munkakörre vonatkozó minőség- és környezetirányítási rendszer előírásokat a minőségirányítási vezető ismerteti, az oktatás megtörténtét a **SE-MK-M02** adatlapon dokumentálja.

Az egészségügyi szakdolgozók továbbképzését a **Klinika** intézetvezető főnövére koordinálja és dokumentálja.

Az oktatások és továbbképzések nyilvántartása (**SE-MK-M01** Oktatási terv, **SE-MK-M03** Oktatás, továbbképzést nyilvántartó személyi adatlap, **SE-MK-M04** Belső oktatási napló) a minőségirányítási rendszer dokumentumaiban található. A felvételi folyamathoz kapcsolódó személyi dokumentumok (pl.: oklevelek, tanfolyami igazolások másolata, munkáltatói igazolások, munkaköri leírás) a Gazdasági Osztály/csoport kezelésében van.



### **6.3. INFRASTRUKTÚRA**

Szabályozást lásd **SE-MK 6.3.1.** Informatikai erőforrások fejezeténél.

A **Klinikát** a vezetőség a Semmelweis Egyetem által kialakított szabályozás segítségével működteti annak érdekében, hogy a minőségi követelményeket kielégítő gyógyító-megelőző terápiák elvégzéséhez és ezek kiszolgálásához kapcsolódó tevékenységekhez az erőforrások megfelelő minőségben, a szükséges mennyiségben és kellő időben rendelkezésre álljanak. Arra törekszik, hogy a kor színvonalán álló és a szakmai követelményeket kielégítő infrastrukturális feltételeket biztosítsa a zavartalan betegellátás és kiszolgálás érdekében.

A **Klinika** rendelkezik az alapvető tárgyi eszközökkel és immateriális javakkal, amelyekkel folyamatosan biztosítható a minőségi követelményeket kielégítő gyógyítás, betegellátás és kiszolgálás.

Az épületek biztosítják a **Klinika** valamennyi szervezetének elhelyezését, keretet adnak – bár viszonylag gyakori belső átalakítások révén – az új igények, bővülő feladatok feltételeinek kialakításához.

Rendelkezésre állnak a diagnosztikus és terápiás folyamatokhoz szükséges eszközök, gépek, berendezések, műszerek, de bővítésük, korszerűbbre cserélésük állandósult igény és folyamat. Karbantartásukkal biztosítható a folyamatképesség, melynek belső rendje tervszerűen működik.

A **Klinikán** valamennyi osztály rendelkezik a munkavégzéshez szükséges számítógéppel és szoftverrel, ezek egy része kapcsolódik a központi hálózathoz. A központi hálózathoz való teljes körű csatlakozás a következő időszakban megoldandó feladat.

A támogató szolgáltatások jól kiépültek és funkcionálnak. Tevékenységeik szabályozottak. A tisztaság és higiénés feltételek, a takarítás, a környezetvédelem és a veszélyes hulladékok kezelése, a belső és külső szállítás, az ételmezés rendje meghatározott és ellenőrzött.

Az infrastruktúra kiépítésével, üzemeltetésével megbízott személyek feladata, hogy nyomon kövessék a külső környezetben bekövetkező változtatásokat és javaslatot tegyenek a **Klinikán** belüli fejlesztésekre.

### **6.4. MUNKAKÖRNYEZET**

Szabályozást lásd **SE-MK 6.4.** Munkakörnyezet fejezeténél.

### **6.5. FELELŐSSÉG**

A különböző erőforrások mindenkori állapotáért és szükség szerinti minőségi, mennyiségi és időbeni rendelkezésre állásáért a hatáskörileg illetékes vezetők a felelősek a **Klinika** igazgatójának felügyelete és irányítása mellett.

A minőségirányítási vezető felelős az előbbieket minőségirányítási szempontból való teljesüléséért.

### **6.6. KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK**

- Munkavédelmi Szabályzat



- Tűzvédelmi Szabályzat
- Higiénés folyamatok

## **7. DIAGNOSZTIKAI, GYÓGYÍTÓ, KISZOLGÁLÓ, OKTATÁSI, KUTATÁSI ÉS TUDOMÁNYOS SZAKMAPOLITIKAI FOLYAMATOK**

### **7.1. A FOLYAMATOK TERVEZÉSE**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.1.** A folyamatok tervezése fejezeténél.

**A Klinika** „termék”-e az egészségügyi szolgáltatás, az egészség megőrzése, illetve helyreállítása, a gyógyító terápia. Ennek a terméknek az előállítását szolgálják a diagnosztikai, a gyógyító, ápolási és a különféle kiegészítő folyamatok, amelyek tervezése a szakma szabályai és a törvényi előírások szerint valósul meg.

Az egészségmegőrző, valamint helyreállító folyamatok tervezése általános, illetve konkrét formában nyilvánul meg:

- Az *általános* diagnosztikai és kezelési terveket az orvosi és ápolási protokollok, a szakmai kollégiumok módszertani útmutatásai, a régóta ismert és standardizált metodika esetén tankönyvek, szakkönyvek jelenítik meg. Ezeknek a terveknek összhangban kell lenni a **Klinika** rendelkezésére álló erőforrásokkal, amelyek meghatározzák az alkalmazható folyamatok körét. Az ilyen módon értelmezett tervek, útmutatások formátumai az egységek, osztályok dokumentumaiban megtalálhatók.
- Az egyes betegekre vonatkozó, tehát *konkrét* diagnosztikai, kezelési, ápolási tervek a tevékenység kezdetén, vagy a folyamat során készülnek az adott esettől függően. Külső megjelenési formája: ápolási terv, a kezelési tervet helyettesíti a beteg észlelése során folyamatosan kialakuló és változó kivizsgálási, terápiás, stb. terv, amelynek egyes lépései folyamatosan szerepelnek a lázlapon, kórlapon, dekurzus lapon.

Az egészségmegőrző, illetve helyreállító folyamatok tervezésének legfontosabb kritériumai a következők:

- Az egészségmegőrző, illetve helyreállító folyamatok minőségcélja: az adott beteg egészségének szakmailag optimálisan történő megőrzése és/vagy helyreállítása a lehető legrövidebb idő alatt, a lehető legkisebb testi és lelki megterhelés mellett, optimális költséggel.
- Az adott folyamat megvalósításához szükséges erőforrásokat az általános tervek meghatározzák, a dokumentálási igényt a folyamat követhetősége, visszakereshetősége, bizonyíthatósága szabja meg. A konkrét esetben igénybe vett erőforrásokat a feljegyzések egyértelműen rögzítik.
- Az egészségmegőrző, illetve helyreállító folyamatokkal kapcsolatos igazolási, érvényesítési, figyelési, ellenőrzési és vizsgálati tevékenységekre a klinikai és az egység szintű szervezeti szabályzatok tartalmazzak előírásokat. A felvétel, a műtét, a vizit, a felülvizsgálat, az elbocsátás, a dokumentálás módja és menete az elfogadási kritériumokkal együtt (pl. mikor tekinthető gyógyultnak, elbocsáthatónak a beteg), szabályozott.



- A nem szokványos folyamatok esetében (pl. klinikai gyógyszervizsgálat) a minőségcélokat, a folyamatokat a **Klinika** a megrendelővel együtt meghatározza és megvalósítását belső kontroll alatt tartja.

A **Klinika** alaptevékenysége – a minőséget közvetlenül befolyásoló tényezők szemszögéből – szabályozott. Az egészségmegőrző, illetve helyreállító folyamatok, az oktatás, és a kiszolgáló tevékenységek folyamatainak irányítása tervezett.

A szabályzatokban, az eljárásokban, valamint az utasításokban, protokollokban az egészségügyi szolgáltatás folyamatai és a kiszolgáló folyamatok kellően szabályozottak, dokumentáltak. Figyelembe veszik a betegek, a megbízók, hallgatók és a finanszírozók igényeit, a vonatkozó előírásokat.

A folyamatok paramétereit, jellemzőit és adatait figyelem kíséri, feljegyzésükre előírások érvényesek.

A gyógyító, betegellátó folyamatok megváltoztatása is szabályozott körülmények között megy végbe. Az ezzel kapcsolatos teendőkre ugyanazok az előírások vonatkoznak, mint az alaphelyzet esetében.

A gyógyító és az azt kiszolgáló folyamatok szabályozása és ellenőrzése a környezetvédelmi előírások figyelembevételével történik. A megfelelő szabályozással a környezeti kockázat a lehetőség szerint minimalizált, így a határértékeket meghaladó környezeti terhelést a **Klinika** működése nem okozhat.

## **7.2. BETEGEKKEL ÉS PARTNEREKKEL KAPCSOLATOS FOLYAMATOK**

### **7.2.1. A betegek igényeinek meghatározása és átvizsgálása**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.2.1.** A szolgáltatásra vonatkozó követelmények meghatározása fejezeténél.

A **Klinikával** kapcsolatba kerülő betegek és hozzátartozók követelményei, igényei és elvárásai, mint gyógyítással foglalkozó, társadalmi és szakmai igényt kielégítő intézménnyel szemben az alábbiak lehetnek:

- a betegségek korszerű módszerekkel történő gyors és pontos diagnosztizálása,
- a szakszerű és adekvát terápiás kezelés, beavatkozás, betegellátás,
- megfelelő ápolás, klinikai elhelyezés és higiénés körülmények biztosítása,
- a betegjogok érvényesülésének garantálása,
- az egészségügyi törvény és a vonatkozó előírások betartása,
- az etikai követelmények betartása,
- a megfelelő szakorvos(ok) gyors, pontos rendelkezésre állása, elérhetősége,
- a szükséges szakvizsgálatok elvégzése, feleslegesek elkerülése,
- a titoktartási kötelezettség betartása,
- a megfelelő bizalom és kapcsolat kialakítása.

A betegek általános igénye és vágya, hogy a **Klinikán** rendezett és a mindenkor érvényes szabályok szerint mihamarabb javulás, gyógyulás álljon be állapotukban, megfelelő gondozásban és elbánásban részesüljenek. Ennek teljesítésére minden klinikai alkalmazott törekszik.





A betegek és hozzátartozóik részéről támasztható követelményeket, igényeket és elvárásokat az alábbi főbb dokumentum csoportok tartalmazzák:

- az egészségügyről szóló 1997. évi CLIV törvény,
- az egészségügyi szolgáltatást nyújtó egyes intézmények szakmai minimum feltételeiről szóló 21/1998. (VI. 3.) NM rendelet,
- az egészségügyi és a hozzájuk kapcsolódó személyes adatok kezeléséről és védelméről szóló 1997. évi XLVII törvény,
- a Magyar Egészségügyi Ellátási Standardok kézikönyv 1.0 változat. Egészségügyi Közlöny, 2003. 05.29.
- Szervezeti és Működési Szabályzat és módosítása,
- a módszertani levelek,
- az ÁNTSZ hatályos előírásai a gyógyító és kiszolgáló tevékenységekre,
- az OEP hatályos finanszírozási szerződése,
- a Semmelweis Egyetem szabályzatai,
- az orvos-szakmai kollégiumok és kamarai állásfoglalások.

### **7.2.2. A megbízók (ügyfelek) által támasztott követelmények meghatározása, átvizsgálása**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.2.2.** A szolgáltatásra vonatkozó követelmények átvizsgálása fejezeténél.

### **7.2.3. Kapcsolattartás és tájékoztatás követelményei**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.2.3.** Kapcsolattartás az egyetemi polgárokkal, partnerekkel és a betegekkel fejezeténél.

A követelmények kiterjednek a betegekre, a hozzátartozóikra, illetve az egészségügyi szolgáltatást igénylőkre és a szerződéses partnerekre, ügyfelekre. A feladatok végrehajtása során a **Klinika** egységei és dolgozói kötelesek együttműködni a hatékony gyógyító ellátás és a vállalt szolgáltatások sikeres teljesítése érdekében minden partnerrel.

A **Klinika** vezetői az érvényes jogszabályok mértékéig, az abban előírtaknak megfelelő beszámolási kötelezettség mellett közvetlen, operatív kapcsolatot tartanak a Semmelweis Egyetemmel, az Emberi Erőforrások Minisztériummal az ÁNTSZ fővárosi szervezetével, az egyéb felügyeleti és ellenőrző szervezetek illetékes egységeivel, azok vezetőivel.

A **Klinika** az előírások szerint rendszeresen megküldi az Egészségbiztosítási Pénztárnak az általa megkért információkat, amelyek alapján követni lehet a Klinika által nyújtott szolgáltatásokat.

A **Klinika**, mint önálló jogi személy, az alaptevékenységi körébe tartozó ügyekben, a feladatok megoldása érdekében kapcsolatot alakít ki és tart fenn különböző természetes és jogi személyekkel, mint például: más egészségügyi intézmények, vállalkozók, orvostudományi egyetemek, klinikák, különböző kórházak vezetőivel, szakfőorvosaival, házi orvosokkal.



A **Klinika** igazgatója, szakmai helyettesei, részleg/osztályvezetői, orvosai és egyéb diplomásai, valamint adott esetben szakdolgozói és kijelölt képviselői részt vesznek hazai vagy nemzetközi megbeszéléseken, tájékoztatókon, ahol napirenden a **Klinikát** érintő szakmai téma szerepel.

A betegek (hozzátartozók) és a gyógyító személyzet rendszeres, személyes kapcsolata fontos a kórkép és a gyógykezelési terv megállapításához, valamint a gyógykezeléshez és eredményességének kiértékeléséhez. A betegek rendszeres megfigyelése mind orvosi, mind ápolói feladat.

A betegek gyógykezelésük alatt folyamatos napi kapcsolatban állnak a **Klinika** orvosaival, szakorvosaival és ápolóival. A napi kapcsolattartást, a gyógyító tevékenység, folyamat végrehajtását és ellenőrzését a professzori, a részlegvezetői, az osztályvezetői és az osztályos orvosi vizitek, illetve ezek során elrendelt konzíliumok biztosítják.

Az adott oktatási tanévre vonatkozóan – az oktatási terv jóváhagyását követően a Klinika "oktatási tájékoztatót" jelentet meg, mely tartalmazza az oktatók névsorát, évfolyamonkénti, szemeszterenkénti részletes tematikát, a konkrét időbeosztásokat, és kitér a vizsgakövetelményekre is.

A **Klinika** a Semmelweis Egyetemen keresztül a környezetvédelmi hatósággal és beszállítóival folyamatos kapcsolatot tart fenn, célirányos és eredményes együttműködésre, kölcsönös tájékoztatásra, információcserére törekszik.

A **Klinika** rendszeresen kiadja évkönyvét, melyben a szakmai, oktatási, tudományos és a gazdasági tevékenységet foglalja össze, továbbá beszámol a külső kapcsolatokról.

### **7.3. TERVEZÉS ÉS FEJLESZTÉS –KUTATÁS**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.3.** Tervezés fejlesztés fejezeténél.

A kutatás speciális formája a *gyógyszervizsgálat*, amelyet általában a gyógyszer előállításában, forgalmazásában érintett gyártó vagy kereskedelmi cég kezdeményez. Ezek megkezdését részletesen szabályozott engedélyezési eljárás előzi meg, amelynek során az Egészségügyi Tudományos Tanács és az Országos Gyógyszerészeti Intézet áttekinti a vizsgálati tervet és a vizsgálandó gyógyszert, és ennek alapján dönt azokról az intézményekről, amelyek a vizsgálatot végezhetik. A vizsgálatok végzése *A gyógyszervizsgálatok helyes klinikai gyakorlata irányelvek bevezetése* (Good Clinical Practice, Budapest, 2002, 35/2005. (VIII. 26.) EüM rendelet az emberi felhasználásra kerülő vizsgálati készítmények klinikai vizsgálatáról és a helyes klinikai gyakorlat alkalmazásáról) című nemzetközi előírásokon alapuló és az Országos Gyógyszerészeti Intézet által kiadott hivatalos iraton alapul. Az irányelv megtalálható az ISO iratok között, valamint az *igazgatóhelyettesi* irodában.

A külső hatóságok által engedélyezett vizsgálatot a **Klinika** igazgatójának egyetértése mellett a kijelölt vizsgálatvezető összeállítása alapján a Tudományos Kutatási Etika Bizottsághoz (Semmelweis Egyetem) engedélyezésre benyújtják. Az alábbi iratok benyújtása kötelező:

- Kérelem etikai engedély megadására
- Az Országos Gyógyszerészeti Intézet és az Egészségügyi Tudományos Tanács engedélye
- A **Klinika** igazgatójának elvi engedélye és befogadó nyilatkozata
- A vizsgálat összefoglalása és folyamatábra



- Vizsgálati protokoll
- A betegről vezetett jegyzőkönyv (Case Report Form)
- Tájékoztató a beteg illetve gondviselője részére a vizsgálatról
- Beleegyező nyilatkozat a vizsgálatban való részvételről
- A vizsgálandó gyógyszer részletes ismertetése
- Biztosítási szerződés

Továbbá beadásra kerülhetnek egyéb, az adott vizsgálatra vonatkozó iratok, kérdőívek, stb..

Klinikai gyógyszervizsgálat az Etikai Bizottság engedélye birtokában végezhető el. A **Klinikának** ún. független orvost kell kijelölni, aki nem vesz részt a vizsgálatban és szükség szerint képviseli a betegek érdekeit. A vizsgálatmal kapcsolatos honoráriumot a szponzoráló cég és a Semmelweis Egyetem közötti szerződés tartalmazza. Ennek engedélyezését az egyetem részéről a rektor, illetve ezzel megbízott rektorhelyettes végzi el előzetes pénzügyi, jogi és a különmunkák felügyeletével megbízott bizottság áttekintése után.

A **Klinikán** végzett vizsgálatok kisebb részben *alapkutatás*, jelentős részükben alkalmazott kutatás formájában zajlanak le. A kutatási eredményeket tudományos igényű magyar és külföldi szaklapokban elhelyezett közleményekben, kongresszusokon, egyéb tudományos rendezvényeken mutatják be.

A bemutatandó anyagot tartalmazó írásos anyagot az intézet igazgatójának megbízásából valamelyik tekintélyes kutató áttekinti, és javaslatot tesz a szerzővel egyeztetve a publikálás módjára. Az intézet igazgatója vagy helyettese a nyilvánosságra hozandó anyagot a lehetséges és szükséges mértékig áttekinti vagy az arról szóló szóbeli beszámolót meghallgatja.

A tudományos munka prezentálásának speciális módja a vizsgálatok *értekezés* formájában történő összefoglalása (Ph.D. vagy az MTA doktora cím elérésére). A Ph.D. fokozattal kapcsolatos előkészületeket az egyetem Doktori Iskolája koordinálja. Az elkészült munkát ún. házi védelesen a szerző bemutatja, majd a felmerült kifogások figyelembe vétele után az egyetem Doktori Iskolája útján nyilvános védeésre előkészíti. Az MTA doktora címet a már tudományos fokozatot szerzett kutatók a Magyar Tudományos Akadémiánál az ottani előírásoknak megfelelően kezdeményezik.

A **Klinika** munkatársai által készített - könyv, könyvfejezet, értekezés, folyóiratban megjelenő közlemény – tudományos munkákat a Klinika nyilvántartja. A magyar és nemzetközi folyóiratban megjelenő közleményeket a **Klinika** az SEPUB (Egyetemi publikációk) rendszerben elektronikusan regisztrálja, és a közleményeket pdf. formában feltölti az egyetemi Központi Könyvtár honlapjára.

## **7.4. BESZERZÉS**

### **7.4.1. A beszerzési, beruházási folyamat**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.4.** Beszerzés és beruházás fejezeténél.

A **Klinika** a beszerzéseit főként a Semmelweis Egyetemen keresztül bonyolítja. Ebben az esetben a kiválasztás a Semmelweis Egyetem feladata, a **Klinika** az egyetemi raktárból vételez.



Amennyiben a **Klinika** jogában áll a tenderben meghirdetett beszállítók, az adott feladatot ellátók kiválasztása, a beszerzéseknél figyelemmel van és betartja a közbeszerzésekről szóló törvényi előírásokat, illetve az egyetem Beszerzési Szabályzatát. Alapkövetelmény a **Klinika** igényeit kielégítő minőségű termék, vagy munka szállítási képessége, az ár és fizetési feltételek, a határidők tartása és egyéb feltételek. A beszállítókat a beszerzéssel és a beruházással megbízott szervezeti egységek minősítik és tartják nyilván. A minősítésnél figyelembe veszik a betegellátó és diagnosztikus osztályok véleményét.

Új műszerek igénylését, vásárlását az Intézeti Tanács bírálja el, vagy pályázat útján lehet beszerezni. Ajándék műszert 1 millió forint érték alatt a **Klinika** igazgatója, e felett a rektor engedélyez. A műszereket is, mint a többi állóeszközt a Gazdasági Osztály/csoport veszi leltárba.

A beszállítók értékelése az **SE-MK 7.4.3.** fejezete szerint. A beszállítók értékelését a Gazdasági Osztály/csoport vezetője illetve a felhasználók készítik el. A klinikával kapcsolatos beszállítók értékelését a vezetőségi átvizsgáláson át kell tekinteni.

## **7.5. GYÓGYÍTÁSI, KISZOLGÁLÓ, OKTATÁSI, KUTATÁSI ÉS TUDOMÁNYOS SZAKMAPOLITIKAI FOLYAMATOK SZABÁLYOZÁSA**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.5.** Szolgáltatás nyújtása fejezeténél.

### **7.5.1. A gyógyítási folyamatok szabályozása**

A **Klinika** alaptevékenysége a szemészet, és ennek oktatása.

Alapvető feladata a fekvőbeteg-ellátás, illetve a járóbeteg-szakellátás. Az erre vonatkozó tételes felsorolást a **Klinika** Szervezeti és Működési Szabályzata, illetve a vonatkozó, a **9. fejezetben** közölt eljárások tartalmazzák. A járóbeteg-ellátás időpontjait, helyszíneit és a szakellátás jellegét az ambulancia működési rendjének erre vonatkozó melléklete tartalmazza. Az osztályon történő ambuláns ellátás soron kívül jelentkező betegekkel sürgősebb ellátási igény esetén történik, továbbá az osztályhoz szokott visszatérő betegeknél érzelmi okok is szükségessé tehetik. Rendjét és az asszisztenciát az osztályvezető orvos határozza meg.

A diagnosztikus, a gyógyító-megelőző, az ápolási folyamatok tervezettek és szabályozottak, az egyes tevékenységek ellenőrzöttek, dokumentáltak, visszakereshetők.

A tevékenységek szabályozása többszintű, általános és részletes, kapcsolódásuk biztosítja az összehangoltságot. A folyamatokat jogszabályok, szakmai előírások, belső szabályzatok és utasítások szabályozzák. A részfolyamatokat munkautasítások, protokollok, eljárások, módszertani útmutatók szabályozzák. Ezek jelentős része a minőségirányítási rendszer dokumentumaiban (külső-belső szabályozók) és a szakirodalomban, szakkönyvekben, szakmai állásfoglalásokban található meg. Az elektronikusan, intraneten el nem érhető rendszerhez tartozó dokumentumokat az osztályos dossziék tartalmazzák. A rendszerhez tartozó dokumentumokat az osztályos dossziék tartalmazzák. (Lásd: **SE-ME-01** Dokumentumok és feljegyzések kezelése című eljárást.)

A folyamatok a szakértelem és az alapvetően szükséges műszerek, berendezések segítségével valósíthatók meg, ezek rendelkezésre állásáról a vezetés gondoskodik. A megfigyelés és mérés különböző módszerei lehetővé teszik az eredmények mérését, számbavételét, értékelését, az adatszolgáltatást és adatelemzést, melyet a folyamatok tökéletesítéséhez a vezetés felhasznál.



### 7.5.2. Oktatási tevékenység

A **Szemészeti Klinika** oktatási tevékenységének alapvető feladatait a Semmelweis Egyetem Szervezeti és Működési Szabályzata, továbbá az Általános Orvostudományi Kar Szervezeti és Működési Szabályzata írja elő. Ezen belül az oktatásból a **Klinikára** eső feladatot, elsősorban a tanév időbeosztását, az óraszámot, a tanrendet, a vizsgáztatás módját és személyi feltételeit az Egyetem ÁOK Dékáni Hivatala, külföldi hallgatókra vonatkozóan pedig a Külföldi Hallgatók Titkársága irányelvekben adja meg. Az oktatásról – és a **Klinika** életének más területeiről – összefoglalóan az évente megjelenő klinikai évkönyvek számolnak be.

Az oktatási tevékenység két alapvető és ezt kiegészítő feladatokból áll.

Alapvető feladatok:

- graduális oktatás
- posztgraduális oktatás

Kiegészítő tevékenységek:

- nővéroktatás és továbbképzés
- egyéb egészségügyi oktatási feladatok, mint pl. dietetikusok oktatása, gyógyszerész hallgatók oktatása, stb.

Az egyetemi graduális képzés a mindenkori egyetemi tanrend rendelkezéseinek megfelelően történik. A tervet és a képzéshez kapcsolódó adminisztrációs tevékenységet a SE Dékáni Hivatala készíti, illetve végzi. Az oktatási terv keretein belül a Klinikának lehetősége van a terv kiegészítésére, a helyi sajátosságainak, feltételrendszerének figyelembe vételével.

A főiskolai szintű graduális képzés az adott szak tantárgyi programja szerint történik.

### Graduális oktatás

A graduális oktatást a **Klinika** az Általános Orvostudományi Kar képzési rendszerén belül az V. éves hallgatókkal végzi.

Az előadások rendjét a **Klinika** igazgatója a tanulmányi felelős segítségével félévente határozza meg az orvos- és fogorvostanahallgatók részére. Külön-külön felelőse van az angol és a német nyelvű oktatásnak. Az előadási rendet (dátum, időpont, hely, előadó személy, az előadás címe) az egész félévre a félév kezdetén készítik el, és a **Klinika** igazgatója ezt aláírja, a tanulmányi felelős ellenjegyzi. Az előadáson bemutatandó betegeket az előadás napján reggel a klinikai megbeszélésen határozzák meg. Az idegen nyelvű oktatásról napló készül, amely az igazgatói irodában található.

Az V. éves orvos- és fogorvostanahallgatókat tantermi előadásokon és gyakorlati oktatás keretében oktatjuk. A gyakorlati oktatásokon az V. éves hallgatók tapasztalt klinikus oktatók segítségével sajátíthatják el a betegeken történő fizikális vizsgálat alapvető módszereit, és a gyakorlati oktatás keretében találkozhatnak a leggyakrabban előforduló szemészeti betegségekkel.



Az órarend beosztása az „akadémiai” év szerint történik, azaz szeptemberben kezdődik és júniusig tart. Az előadásokat a tanszékvezetőn kívül a vezető oktatók tartják. Vendég előadóként a társklinika tanszékvezető professzorát és más kórházak kiemelkedő specialistáit is rendszeresen meghívjuk.

A tantermi előadások témaköre évről-évre csak kismértékben változik, mintegy 24-28 (a tanév beosztásától és az ünnepnapoktól függő) két órás előadás során a szemészet legfontosabb fejezeteit adják elő.

Az V. éves orvos- és fogorvostanahallgatók gyakorlati oktatása kéthetes, ún. blokkokban zajlik, melynek során elsősorban klinikai gyakorlati oktatást végzünk. A csoportbeosztást úgy készítjük el, hogy egy oktatóra maximum 5-7 medikus jusson. Ez a forma biztosítja a hallgatók aktív bevonását a gyakorlat menetébe.

### ***A szemészet gyakorlati oktatása***

A gyakorlati oktatásunk fő célja, hogy a orvos- és fogorvostanahallgatók megismerjék a gyógyító tevékenység „mindennapjait”, sajátítsák el azokat az ismereteket, készséget és azt a szemléletet, melynek birtokában szakmailag jól felkészült, tevékeny orvosokká válnak. A **Klinikán** természetesen a szemészeti betegvizsgálat és gyógyítás speciális kérdéseire helyezik a hangsúlyt. A gyakorlatok alapja a betegvizsgálat és az adott betegséggel kapcsolatos kérdések megbeszélése. Az oktatók rendszeres felkészülését segíti az a tematika, mely a szemészet minden gyakorlatát konkrét tartalommal tölti ki.

Az Egyetem rendjének megfelelően német nyelven és angol nyelven is oktatjuk a V. éves orvos- és fogorvostanahallgatókat. Ennek tematikája és lezajlása lényegileg azonos a magyar nyelvű oktatással. A klinika rendje szerint a magyar, a német és az angol nyelvű oktatásnak van egy-egy tanulmányi felelőse, ezek koordinálják az oktatási feladatokat, tartják a kapcsolatot a Dékáni Hivatallal, illetve a Külföldi Hallgatók Titkárságával, oktatókra bontva beosztják a teendőket.

A graduális oktatás részei még a következő speciális feladatok:

- Fakultáció - ez az egyes kérdések iránt speciálisan érdeklődő hallgatók számára szolgáló tanfolyam -, amelyet 2-3 témakörből hirdet meg a **Klinika**.

Szakedolgozatok – a szakedolgozat és annak sikeres megvédése része az orvostanahallgatók záróvizsgájának. Célja, hogy a hallgató egy adott témát alaposabban megismerjen. Az igényesebb hallgatók önálló adatfeldolgozása akár valamilyen tudományosan hasznosítható eredményhez is eljuthat. A felkészülés célja a szakirodalom keresésének és bemutatásának alapszinten való megismerése.

- Rektori pályázatok: az Egyetem rektora különböző témakörökben – amelyekhez a **Klinika** is tesz javaslatokat – rektori pályázatokot hirdet meg; a szemészet témájú rektori pályázatok elbírálásában a **Klinika** részt vesz és a pályadíj nyerteseket a szemészet iránti aktív érdeklődés esetén szemészeti munkakörben való elhelyezésnél előnyben részesít.
- Diákköri foglalkozások: tudományos diákkört szervez a **Klinika**, amelyben az érdeklődő orvostanahallgatók – kivételesen akár IV. évesek is – elsősorban V. és VI. évesek vesznek részt választott témavezető segítségével. A tudományos diákköri foglalkozások során elért eredményekről az igényes hallgatók a tudományos diákköri



egyetemi konferencián számolnak be, a legsikeresebbek pedig az országos tudományos diákköri konferenciákon is előadnak.

- A **Klinika**, különböző szervezetek, pl. a HUMSIRC segítségével idekerülő külföldi orvostanhallgatóknak nyújt rövidebb, 1-2 hónapos szakmai gyakorlati lehetőséget, elsősorban a nyár folyamán.

### **Posztgraduális oktatás**

Ennek három fő iránya van:

- Doktori Iskola
- Szakorvosképzés
- Szakorvos továbbképzés

#### ***Doktori Iskola***

**Klinikánk** akkreditált doktori programot működtet „Szemészet” címmel. Ezen belül nemcsak a klinikai, hanem az alap kutatás iránt érdeklődőknek is lehetősége és módja nyílik arra, hogy a képzési idő végén tudományos fokozatot szerezzenek. Ehhez a háttérrel a klinikai betegellátáson túlmenően a klinika laboratóriumaiban rendelkezésre álló vizsgálati/kutatási lehetőségek biztosítják. A Doktori Iskola hallgatói az egyes alapprogramokhoz csatlakozva munka mellett vagy ösztöndíjasként végzik feladatukat.

#### ***Szakorvosképzés***

A szakorvosképzésnek mindig egyik központja a **Klinika**, az ide tartozó feladatok a következők:

- szemész szakorvosképzés a rezidensi rendszeren belül,
- szakorvosok ráépített szakvizsgájának megszerzéséhez szükséges szakmai gyakorlatok (pl. glaucoma, macula betegségek, szemészeti ultrahang, elektrofiziológiai vizsgálatok, stb.) lehetőségének nyújtása.

#### ***Szakorvos továbbképzés***

A szakorvosok továbbképzését a **Klinika** számos szervezett előadás és tanfolyam formájában valósítja meg. Ennek főbb – de bármikor változtatható – formái a következők:

- szemészet szakvizsgára felkészítő tanfolyam
- Szakorvosi szinten tartó továbbképző tanfolyam
- Egy-két évente 2-3 napos, szemészet konferencia változó témakörökből. Ezek megfelelnek a szakorvosi továbbképzés, ill. szinten tartó tanfolyami követelményeknek.



- A **Klinika** aktívan részt vesz a szemészet és határterületeit érintő különböző specialitások tanfolyamainak, konferenciájának és kongresszusainak szervezésében, valamint előadókat ad ehhez a munkához.

### **7.5.3. Kutatási tevékenység és tudományos szakmapolitikai tevékenység**

A **Klinika** tudományos tevékenysége döntő módon a **Klinika** Doktori Iskolájának egyes témáihoz csatlakozóan zajlik. A témák műveléséhez szükséges anyagi erőforrásokat elsősorban kutatási pályázatok segítségével teremti elő, amelyből kiemelkedő jelentőségű az MTA támogatása mellett az OTKA (Országos Tudományos Kutatási Alap), s az ETT (Egészségügyi Tudományos Tanács) által nyújtott támogatás, amely sikeres pályázatok révén valósul meg. A **Klinika** kiemelkedő céljának tartja jelentős számú tudományos témának a sikeres művelését. A tudományos munka eredményeit szakfolyóiratokban publikálják, szakmai rendezvényeken előadják, illetve a **Klinikán** írt könyvek, könyvfejezetek formájában is közzéteszik. A sikeres eredményekkel járó megfelelő publikációs tevékenységet felmutató tudományos témák alkalmassá teszik a **Klinika** egyes kutatóit arra, hogy tudományos fokozatot (egyetemi doktori, azaz Ph.D., ill. akadémiai doktori, azaz MTA doktora) címet szerezzenek.

A **Klinika** tudományos munkásságát, beleértve könyveket, könyvfejezeteket vagy szakfolyóiratokban megjelenő közleményeket és idézhető előadásokat nyilvántartja. Több más lényeges tényező mellett a tudományos publikációkban elért eredmények jelentik a szakmai előléptetés, szakmai karrier döntő elemeit.

A **Klinika** súlyt helyez arra, hogy a tudományos-szakmapolitikai tevékenységekben lényeges szerepet játsszanak a **Klinika** egyes kutatói-oktatói, felkérés esetén céljuknak tekintik, hogy különböző tudományos, szakmai és szakmapolitikai feladatokban részt vegyenek, tudományos kongresszusok szervezésében, azon megtartott, felkért előadásokban szerepeljenek, tudományos társaságokban tisztségviselőként hozzájáruljanak a szemészet és határterületeinek előrehaladásához, továbbá részt vegyenek szakmai folyóiratok szerkesztő bizottságaiban. Fontos feladat, hogy lektori tevékenységgel, tudományos munkák bírálatával, opponensi feladatok ellátásával, az OTKA és ETT munkájában való részvétellel segítsék elő ezen szervek eredményes működését. A kutatás szabályozása bővebben a **7.3.** fejezetben található.

### **Klinikai könyvtár**

A **Klinika** gyógyítási, kutatási és tudományos szakmapolitikai tevékenységét szolgálja a klinikai könyvtár, amelyet a **Klinika** dolgozói és a hallgatók egyaránt igénybe vehetnek.

### **7.5.4. A kiszolgáló és szolgáltatási folyamatok szabályozása**

A *kiszolgáló* folyamatok a **Klinika** betegellátási folyamataihoz kapcsolódó tevékenységeket jelentik, mintegy háttérét képezve a gyógyító-megelőző tevékenységeknek.

A kiszolgáló folyamatok szabályozottak, működési rendjük az adott osztály egység szintű működési szabályzatában, vagy külön szabályzatban meghatározott.

A gyógyszerertár (gyógyszertár) működését, a gyógyszerrendelés és kiadás rendjét és szabályait a **Klinika Gyógyszerellátás rendje** és az osztályok egység szintű működési szabályzatai is tartalmazzák egyéb előírások mellett.





A vizsgálati anyag (minta) szállítása központilag történik.

A takarítást munkautasítás szabályozza, melyet a tendernyertes cég a szerződések mellékleteként szolgáltatják. A betegszállítást az egységszintű működési szabályzatok írják elő. A ruharaktárból a szennyes ruha a Semmelweis Egyetem mosodájába kerül, amit a **Klinika** tisztán kap vissza.

A kiszolgáló folyamatok működési feltételei – beleértve a felszereltséget – adottak, színvonalukban nem maradnak el az általános működési feltételektől.

A *szolgáltatási* tevékenységeket (pl. portaszolgálat) megállapodások és szerződések tartalmazzák. A megvalósításukban közreműködő szervezeti egységek tevékenységein belül a szolgáltatás folyamatai is szabályozottak.

A kiszolgáló és szolgáltatási folyamatok leírásait a tevékenységekért felelős szervezeti egységek működési szabályzatain felül esetenként protokollok, munkautasítások, eljárások is tartalmazzák, vagy ilyenekre kölcsönös utalás történik, amely a kapcsolódásokat és az összhangot biztosítja.

#### **7.5.5. A gyógyítási, a kiszolgáló és a szolgáltatási folyamatok érvényesítése**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.5.2.** SE folyamatainak érvényesítése fejezeténél.

A **Klinika** a folyamatok és azok eredményeinek ellenőrzésére, érvényesítésére a működést és a minőséget szabályozó dokumentumokban intézkedett. Különösen figyelmet fordít arra, hogy a gyógyítás-kezelés és a kiszolgáló folyamatok ellenőrzöttek és követhetők legyenek, a tevékenységekben felhasznált anyagok, eszközök, berendezések minősége és állapota megfeleljen az előírt követelményeknek.

Az érvényesítést elsősorban a részfolyamatokban alkalmazza, amikor azok kimenete, eredménye nem ellenőrizhető közvetlen mérés, vagy megfigyelés útján, mivel az esetleges hiányosságok csak az egészségügyi szolgáltatás teljesítése, a beteg elbocsátása után derülhetnek ki.

Az ellenőrzés, a jóváhagyás a gyógyítási, ápolási, vagy kiszolgáló folyamat meghatározott pontjain történik meg, amelyről a beteget, illetve a kiszolgáló folyamatot kísérő rendszeresített dokumentáció tanúskodik. Ennek alapján kerülhet sor akár a beteg visszarendelésére, illetve a kiszolgáló folyamatok helyesbítő intézkedéseire.

#### **7.5.6. Azonosítás és nyomon követhetőség**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.5.3.** Azonosítás és nyomon követhetőség fejezeténél.

A gyógyító-megelőző, az ápolási, a kiszolgáló és a szolgáltatási folyamatok, környezetvédelmi tevékenységek csak olyan azonosítási rendszer működtetése mellett valósíthatók meg, amelyek lehetővé teszik az egyértelmű azonosítást és nyomon követhetőséget.

Különösen:

- a betegek és a hozzájuk tartozó valamennyi bizonylat, minta, lelet stb. esetében,
- a gyógyászati segédanyagok, egyéb anyagok, eszközök, berendezések felhasználása, működtetése, karbantartása esetében,



- a beszerzések, az alvállalkozói munkák, a raktározás, tárolás, valamint szolgáltatások teljesítése esetében,
- a környezetvédelmi tevékenységek esetében.

A rendszeresített adatlapok, feljegyzések, nyilvántartások, jelölések, bizonylatok, naplók biztosítják a betegek diagnosztizálási és terápiás folyamatainak, az ápolási, a kiszolgáló és szolgáltatási folyamatok műveleteinek egyedi dokumentálását. Az adatok megőrzési rendjének betartásával lehetővé teszik a visszakereshetőséget is. Az azonosítási rendszert minden dolgozó az illetékességi területén ismeri és alkalmazza.

A gyógyító-megelőző, a gazdasági és műszaki ellátó folyamatok, valamint a megbízási és egyéb szerződéses munkák során az anyagok, eszközök, a tevékenységek ellenőrzött állapotát a dokumentumok rögzítik, vagyis biztosított a minőségileg megfelelő tevékenységek nyilvántartása, vizsgált állapota.

Az erre vonatkozó előírásokat a szabályzatok, a protokollok és munkautasítások, az eljárások, illetve a szabványok vagy a hatósági előírások tartalmazzák. A nem-megfelelőnek minősített tevékenységek, az észlelt hibák és a tett intézkedések dokumentálásának feltételei adottak, az eljárás mód rendezett.

#### **7.5.7. A betegek, illetve partnerek tulajdona**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.5.4.** A vevő tulajdona fejezeténél.

A **Klinika** a betegek adatait, dokumentumait, vagy partnerei által átadott, vagy szállított, illetve szolgáltatott, a későbbiekben felhasználásra kerülő, vagy kísérleti célra, kipróbálásra átadott, kölcsönadott anyagokat, tárgyakat, eszközöket, berendezéseket (pl. inzulin, diagnosztikum, laboratóriumi minta, lelet, gyógyszer, műszer stb.) nyilvántartja, azonosítja. A beszállítóknál ismertetett módon átvételkor ellenőrzi, tárolásáról, illetve felhasználásáról szakszerűen gondoskodik, a folyamatokban azonosítja, visszakereshető módon nyilvántartja, eredményeit – ha lehet – értékeli.

A tárolás, felhasználás, alkalmazás során előforduló esetleges károsodást, nem-megfelelőséget a beteggel, partnerrel egyeztetni és dokumentálni.

A **Klinika** az önmagáról gondoskodni nem képes beteg személyes tárgyait leltárba veszi, őrzi és távozáskor a beteg, vagy a hozzátartozók részére dokumentáltan átadja, személyes adatait, dokumentumait az adatvédelem előírásai szerint kezeli.

A partner szellemi tulajdonát képező, átadott tárgyak (pl. számítógépes program), vagy eljárások, módszertani ismeretek esetén a szerzői jogi, vagy külön megállapodásban rögzített feltételek szerint jár el.

#### **7.5.8. Állagmegőrzés**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.5.5.** Kezelés, tárolás, állagmegőrzés fejezeténél.

A gyógyító-megelőző, az ápolási, vagy a kiszolgáló folyamatokban, illetve a szolgáltatások teljesítésekor keletkezett anyagok, anyagminták, dokumentumok kezelése, csomagolása, állagmegőrzése a folyamatokban résztvevő orvosok, ápolók, ügyintézők, dolgozók és műszaki szakemberek feladata.



Az állagmegőrzés fogalmába nemcsak a romlás, a megsemmisülés elkerülése tartozik, hanem annak kizárása is, hogy a tárolás, szállítás során szándékos, vagy véletlen változás, változtatás bekövetkezhesen az eredeti állapothoz képest.

Megfelelő csomagolási és azonosítási módszerek, tárolóterek, tároló berendezések állnak rendelkezésre ahhoz, hogy az eredeti állapotban megőrizendő anyagok (vizeletminták, vérminták, vérkészítmények, infúziós oldatok, mélyhűtött szervek, gyógyszerek, tápszerek, kötszerek, élelmiszerek) minőségromlása, károsodása elkerülhető legyen.

Az ilyen anyagok tárolását, átadását-átvételét megfelelő ellenőrzés és dokumentáció kíséri.

## **7.6. MÉRŐ-, ELLENŐRZŐ- ÉS VIZSGÁLÓBERENDEZÉSEK FELÜGYELETE**

Szabályozást lásd **SE-MK 7.6.** Megfigyelő és mérőeszközök kezelése fejezeténél.

A méréseken alapuló döntések, intézkedések megfelelősége érdekében csak olyan ellenőrző-, mérő- vagy vizsgálóberendezéseket használunk, amelyek mérési bizonytalansága ismert, és összhangban áll a szükséges mérőképességgel, azaz az adott mérési feladatra bizonyítottan alkalmasak. A mérésügyi törvény követelményeinek megfelelően joghatással járó mérést csak a mérési feladat elvégzésére alkalmas hiteles mérőeszközzel vagy használati etalonnal minősített, ellenőrzött mérőeszközzel végezzük.

Az alkalmazott mérőeszközök nyilvántartása központilag történik (Gazdasági Osztály/csoport), de a felhasználók is rendelkeznek adatokkal. Az eszközök azonosítása, nyomon követése pontos nyilvántartás segítségével biztosított, amelyet a Semmelweis Egyetem ír elő (SE-77/2010. (VII.1.) Műszergazdálkodási Szabályzat).

## **7.7. FELELŐSSÉG**

Az ajánlatkéréssel, ajánlatküldéssel és szerződéskötéssel megbízott vezetők felelősek azért, hogy a meghatározott felülvizsgálat időben megtörténjen.

A beszerzések előkészítéséért a **Klinika** gazdasági vezetője, a beszerzések végrehajtásáért az érintett osztályok vezetői és a megbízott személyek a felelősek.

Ugyanezen személyek felelősek azért, hogy a szerződés létrejöttét követően a követelmények eljussanak az érintett szervezeti egységhez.

Az anyagok, eszközök azonosításáért a **Klinika** gazdasági vezetője, illetve az érintett osztályok vezetői a felelősek.

Az anyagok tárolási feltételeinek meghatározásáért, kialakításáért, biztosításáért, a tárolt anyagok minőségének megőrzéséért, a betegellátás és szállítás általános körülményeinek biztosításáért a **Klinika** vezetői és a meghatározott részlegek (osztályok) vezetői a felelősek.

A betegek, vagy partnerek által szolgáltatott anyagok és tárgyak mennyiségi és minőségi átvételéért, valamint az előírások szerinti ellenőrzések és vizsgálatok elvégzéséért a vonatkozó eljárásban meghatározott személyek a felelősek.

Az alvállalkozók és beszállítók tevékenységével kapcsolatos minőségirányítási feladatok egyeztetéséért a minőségirányítási vezető és a **Klinika** gazdasági vezetője felelős.



Az alvállalkozók és beszállítók értékeléséért, rendszeres felülvizsgálataért, az elfogadásukat rögzítő lista elkészítéséért és naprakész nyilvántartásáért a szakmailag illetékes részleg/osztályvezetők és a gazdasági vezető a felelős.

A diagnosztikai, a gyógyító, az oktatási, a tudományos, a kiszolgáló és szolgáltatási folyamatok megfelelő szabályozottságáért a **Klinika** igazgatója, ill. helyettese és a minőségirányítási vezető felelős. A folyamatok szabályozottságának a megvalósulásáért az igazgató általános helyettese, az intézetvezető főnövér és a **Klinika** gazdasági vezetője felelős.

Az osztályvezető orvosok közvetlenül felelősek azért, hogy minden – a gyógyítással bármiféle kapcsolatban álló – munkavállaló tisztában legyen a saját felelősségével, a rá háruló feladatokkal és azokat a megfelelő utasításokban leírtak betartásával végezze. Ez a felelősség érvényes a nem gyógyító osztályok, szervezeti egységek vezetőire is.

A betegek, illetve a hozzájuk tartozó valamennyi bizonylat azonosításáért az intézetvezető főnövér és a részleg/osztályvezető orvosok a felelősek.

A műszerek/vizsgáló eszközök ellenőrzött és vizsgált állapotának jelöléséért és nyilvántartásáért a megfelelő részlegek vezetői, az alkalmazott jelölési és eljárási rend szabályozásáért a gazdasági vezető a felelős.

A környezetvédelemmel kapcsolatos feladatok megvalósításáért, ellenőrzéséért a környezetvédelmi felelős felel.

A minőségügyi dokumentáció tárolásáért a minőségirányítási vezető a felelős.

## **7.8. KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK**

A diagnosztikai, a gyógyító, a kiszolgáló és a szolgáltatási folyamatokra vonatkozó eljárások:

- **SE-SZEM-ME-01** Fekvőbeteg-ellátás felügyelete
- **SE-SZEM-ME-02** Járóbeteg-ellátás felügyelete
- **SE-ME-03** Nem-megfelelő tevékenységek kezelése, helyesbítő és megelőző tevékenységek, reklamációk kezelése



## **8. MÉRÉS, ELEMZÉS ÉS FEJLESZTÉS**

### **8.1. ÁLTALÁNOS KÖVETELMÉNYEK**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.1.** Általános követelmények fejezeténél.

### **8.2. FIGYELEMMEL KÍSÉRÉS ÉS MÉRÉS**

#### **8.2.1. A betegek, a partnerek és a Klinika saját munkavállalói megelégedettsége**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.2.1.** Vevői elégedettség fejezeténél.

A **Klinika** célkitűzése, hogy a gyógyító és azt támogató tevékenységeivel kapcsolatos észrevételek összegyűjtésével, feldolgozásával, kiértékelésével, az észlelt hibák megszüntetésével a betegek és a partnerek igényeinek minél jobban megfeleljen. Ennek érdekében információ összegyűjtő, rendszerező, kiértékelő és visszacsatoló rendszert működtet.

A **Klinika** olyan elégedettségi kérdőíveket működtet, amelyet betegek (hozzátartozóik), az orvostanhallgatók, valamint a **Klinika** munkavállalói töltenek ki. Ezek kiértékelését az igazgatóhelyettes(ek), a tanulmányi felelősök és az intézetvezető főnövér végzi el, az összesített adatok a minőségirányítási vezetőhöz kerülnek; az ő összeállításuk alapján a **Klinika** igazgatója értékeli a megállapításokat és az esetleges hiányosságokat és ennek alapján a szükséges intézkedéseket megteszi, az érdekelteket tájékoztatja.

A klinika rendszeresen megvizsgálja a vele partneri kapcsolatban álló intézetek, klinikák, központi egységek véleményét. Ezeket értékeli és a szokásos vezetői értekezletek vagy vezetőségi felülvizsgálat során döntés előkészítéshez felhasználja.

#### ***Betegek, hozzátartozók reklamációi***

A beteg, vagy hozzátartozója, megbízottja az ellátással kapcsolatos észrevételeit szóban vagy írásban teheti meg.

Kisebb jelentőségű panaszt az adott osztály vagy részleg vezetője a panaszt tevővel megbeszéli és a szükségletnek megfelelő döntést hoz, azt végrehajtja vagy végrehajtatja. Jelentősebb panasz esetén – amennyiben az nem a **Klinika** igazgatójához érkezik – akkor az, aki a panaszról tudomást szerez, az igazgatót vagy annak általános helyettesét tájékoztatja és a szükséges intézkedéseket annak utasításai szerint elvégzi. A **Klinika** igazgatójához beérkezett szóbeli vagy írásbeli panaszt az igazgató vagy maga kivizsgálja vagy helyettesét, illetve azt, akire a dolog tartozik, a panasz kivizsgálásával megbízza és a szükséges intézkedések megtételére tőle javaslatot kér, ennek birtokában a további teendőkről dönt.

Alapvető szempont, hogy a beteg vagy hozzátartozói lehetnek felzaklatott állapotban, s ennek során a helyzet megítélésében nem teljesen megfelelő viselkedésűek. Mindenféle panasz kivizsgálásánál és intézkedésénél ezt figyelembe kell venni és ennek figyelembevételével mellett kell a szükséges döntést meghozni.

Az Egyetem Szervezeti és Működési Szabályzata és az Általános Orvostudományi Kar Szervezeti és Működési Szabályzata meghatározza a **Klinika** és az Egyetem, ill. az ÁOK közötti



kapcsolatot. A **Klinika** és az egyetem kapcsolatának alapvető tényeit a felsőoktatási törvény tartalmazza.

Amennyiben a reklamáció jogos, a körülmények alapos kivizsgálását követően kerül sor a helyesbítő tevékenység meghatározására és végrehajtására.

A betegjogi képviselő által felvett panaszok vizsgálatáról és az intézkedésekről az előzőkben leírtakkal azonos módon kell eljárni.

### ***Szerződéses partnerek reklamációi***

A szerződéses kapcsolatok során a megbízó által észlelt szóbeli, vagy írásbeli reklamációt minden esetben vizsgálni kell. A reklamáció jogosságától függően történik döntés az intézkedésről. Minden reklamációt követő vizsgálatról, intézkedésről feljegyzést kell készíteni, helyesbítő, vagy megelőző intézkedést kell tenni. Adott esetben ez lehet válaszlevél, azzal összefüggésben hozott intézkedés, utasítás, vagy egyéb jogorvoslat.

Az intézkedések eredményeit értékelni és feljegyzésbe kell foglalni. Minden reklamációt benyújtó ügyfelet írásban kell tájékoztatni.

### **8.2.2. Belső audit (felülvizsgálat)**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.2.2.** Belső audit fejezeténél.

A minőségirányítási vezető által készített és a vezetőséggel egyeztetett audittervet a Klinika igazgatója hagyja jóvá. A minőségirányítási vezető gondoskodik a végrehajtás megszervezéséről és a szükség szerinti intézkedések megtételéről az eljárásban foglaltak szerint.

A belső audit során a szervezeti egység vezetők, a minőségirányítási vezető és a környezetirányítási vezető közösen meghozzák a szükséges intézkedéseket, és a hibák kijavítására kijelölik a felelősöket és a határidőket. A határidő lejártá után a minőségirányítási vezető és az egységvezetők ellenőrzik, hogy a hibákat kijavították-e és a javítások megfelelőek-e. Mindezeket írásban dokumentálják, az illetékesekkel aláíratták.

### **8.2.3. A folyamatok figyelemmel kísérése és mérése**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.2.3.** Szolgáltatási és kiegészítő folyamatok figyelemmel kísérése és mérése fejezeténél.

A tevékenységek jellegéből eredően elsősorban a folyamatok megfigyelésére, ritkább esetben mérésre van lehetőség.

#### ***8.2.3.1. Gyógyítási és gondozási folyamatok***

A *betegek felvétele* során az előírások szerint szakorvosi vizsgálatot kell végezni, melynek célja megbizonyosodni a beteg állapotáról. Figyelembe kell venni a beteg által hozott vizsgálati eredményeket, orvosi szakvéleményeket. A beteg állapotától függően szükség szerint új vizsgálatok kérhetők, hogy meghatározható legyen a megfelelő gyógyító terápia, vagy műtéti beavatkozás.



A *gyógyítás* során, annak meghatározott pontjain ellenőrzéseket és vizsgálatokat kell végezni. Ezek eredményeit szükség szerint vissza kell csatolni a terápiás folyamatba, azaz helyesbítő intézkedéseket kell tenni.

A gyógyítási folyamat közben végzett ellenőrzés és vizsgálat feladata az eltérések kiszűrése, a nem-megfelelő kezelés, a hibás laboratóriumi mérés, a káros hatások észlelése miatti kezelés módosítása, vagy leállítása a további döntésig, illetve a tervezett eredmények elérésére való képesség igazolása, a megfelelés biztositása.

A *beteg elbocsátását* úgy kell időzíteni, hogy az előírt összes tervezett tevékenység kielégítő módon megvalósuljon és az ezekkel kapcsolatos adatok, bizonylatok jóváhagyottan rendelkezésre álljanak. Egyes időigényes vizsgálatok eredményei csak a beteg elbocsátása után állhatnak rendelkezésre; ezen eredmények beszerzése a beteg további ellátásába való beillesztése az őt kezelő osztály, ill. orvos kötelessége. Az Ambuláns lap ill. Zárójelentés minimális tartalma előre meghatározott. Az egység/osztályvezető felelőssége, hogy a szakmai tartalom alapján az ellátás nyomon követhető, ellenőrizhető legyen.

#### **8.2.3.2. Oktatási és kutatási folyamatok**

Az oktatási folyamatok mérése több szinten valósul meg. Közvetlenül a hallgatók véleményezik az oktatók tevékenységét (HÖK vagy intézeti felmérés alapján) illetve karral, szakkal és tantárggyal kapcsolatos véleményezésekre is lehetőség van (DPR, kari, intézeti felmérések).

Az oktatók minősítését **KORL/12/2010.sz.** körlevél a közalkalmazotti minősítés szabályairól c. utasítás alapján kell a munkahelyi vezetőnek elkészíteni.

Az oktatási folyamatok felügyelete, ellenőrzése a SE-SZEM-ME-03 Oktatási tevékenység felügyelete c. eljárásban szabályozott.

A **Klinika** illetékességében történő kutatási munkákat a klinika igazgatója (vagy általa megbízott kutatási/tudományos igazgató-helyettes) felügyeli, ellenőrzi. A klinika munkatársainak tudományos munkáját a megjelent publikációk számával, a kutatók impakt faktorával, az elért kitüntetésekkel, díjakkal, az elnyert pályázati projekkel lehet mérni.

Mind az oktatási, mind a kutatási folyamatok mérése során nyert adatokat a klinika vezetése rendszeresen (minimum évente egyszer, a vezetői felülvizsgálat során; az oktatást értékelhetik félévnyitói oktatói értekezleten, stb.) értékeli és az eredményeit a további fejlesztésekhez felhasználja. Ez az értékelés vonatkozhat a klinika egészére, egyes oktatókra, kutatókra, illetve adott időszakra.

Az elvégzett ellenőrzéseket és vizsgálatokat, valamint ezek eredményeit a **Klinika** bizonylati rendszerében alkalmazott dokumentumokkal kell igazolni.

A dokumentumok elemzéséből levont következtetések képezik a vezetőségi átvizsgálás tárgyát, illetve a megelőző intézkedések és a minőségirányítási rendszer továbbfejlesztésének alapját.

#### **8.2.4. Anyagok, eszközök figyelemmel kísérése és mérése**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.2.4.** Anyagok, eszközök figyelemmel kísérése és mérése fejezeténél.



Lejárt szavatosságú anyagot, sérült, vagy gyanús mérési adatot, értéket mutató eszközt felhasználni tilos!

### **8.2.5. A környezetvédelmi teljesítmény mérése**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.2.5.** Környezetvédelmi teljesítmény mérése fejezeténél.

A **Klinika** a Semmelweis Egyetem irányítása alatt környezeti teljesítményét folyamatosan nyomon követi a rendelkezésre álló anyagi keretekhez mérten.

A **Klinika** a Semmelweis Egyetem irányításával évente méri a levegő emissziós értékeit, legalább 3 évente szennyvíz-kibocsátási méréseket végeztet. A veszélyes hulladékok mennyiségét nyilvántartja és azokról az adatszolgáltatások keretében értesíti a hatóságokat.

Mérésnek minősül a dolgozóktól érkezett visszajelzések folyamatos értékelése, az ellenőrzések és felülvizsgálatok tapasztalatainak elemzése is.

### **8.3. A NEM-MEGFELELŐ SZOLGÁLTATÁS KEZELÉSE**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.3.** A nem-megfelelő szolgáltatás kezelése fejezeténél.

A szolgáltatás nyújtás folyamatának különböző lépéseinél jelentkezhetnek nem megfelelőségek. Ezek lehetnek:

Eltérésnek tekintünk a betegellátáshoz tartozó

- vizsgálatokkal, vizsgáló berendezésekkel, orvostechnikai eszközökkel,
- ellátási, ápolási tevékenységgel,
- a betegellátás feltételeit biztosító, azt kiszolgáló folyamatokkal,
- szállítói / alvállalkozói szolgáltatásokkal

kapcsolatos minden olyan jellegű és mértékű hiányosságot vagy mulasztást, vagy a követelmények nem teljesülését, amely a betegellátás minőségére, a beteg egészségi állapotára, illetve gyógyulására az adott időszakban és/vagy a jövőre vetítve káros következményekkel járhat.

A graduális- postgraduális képzéshez kapcsolódóan minden olyan eseményt vagy mulasztást eltérésként kezelünk, amely az oktatási terv megvalósulását, a program minőségét negatív irányban befolyásolja.

A nem-megfelelőségek felismerését követően törekedni kell azok azonnali kijavítására. Amennyiben ez nem vagy csak később lehetséges, helyesbítő tevékenységet kell bevezetni.

Az eltérést mutató folyamatot, terméket átvizsgáljuk abból a célból, hogy meghatározzuk a további teendőket, melyek lehetnek pl.:

- újabb teljes vagy kiegészítő vizsgálat elrendelése,
- az orvostechnikai eszköz, berendezés javítása, cseréje,
- oktatástechnikai eszköz javítása, cseréje,
- a meghatározott kezelési rend módosítása,
- a személyzet képzése.





A nem-megfelelő anyagokat, berendezéseket, eszközöket megkülönböztető jelzéssel kell ellátni. Amennyiben lehetséges, elkülönítve kell tárolni a további intézkedésig. Ezek felhasználása, alkalmazása tilos mindaddig, amíg a továbbengedésről igazolt intézkedés nem történik.

A nem-megfelelőnek minősített gyógyító- és kiszolgáló tevékenységeket le kell állítani, ennek tényét és okait feljegyzésbe foglalni, az így kapott információt a további terápiás és egyéb tevékenységekhez visszacsatolva hasznosítani kell.

A nem-megfelelőségek sorsáról a lehető legrövidebb időn belül dönt a felelős osztály, szervezeti egység, vagy részleg vezetője, aki gondoskodik arról is, hogy minden nem-megfelelő gyógyító, kiszolgáló tevékenységet, szolgáltatási feladatot, vagy anyagot, berendezést, eszközt és mérési eredményt azonosítsanak, jelöljenek, és ahol erre szükség és/vagy lehetőség van, külön válasszanak.

Azok a vezetők, akiknél a nem-megfelelőség keletkezett, kötelesek azok okainak kivizsgálását kezdeményezni, a szükséges változtatásokról írásban intézkedni, vagy intézkedésre a felső vezetésnek javaslatot tenni.

## **8.4. ADATELEMZÉS**

### **8.4.1. Általános követelmények**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.4.** Az adatok elemzése fejezeténél.

### **8.4.2. A megfigyelt adatkör**

A betegelégedettség megfigyeléséből és a kérdőíves felmérésből, valamint a reklamációkból és a betegforgalmi adatokból készített célirányos elemzések, levont következtetések szolgáltatnak információt a betegelégedettségről.

Ugyanez az adatkör egyes szakterületek munkájának és a folyamatok értékelésére is alkalmas információkat biztosíthat.

A finanszírozás alapjául szolgáló teljesítmény-elszámolások, a bevételek és kiadások értékelése eredményezheti az erőforrásokkal való gazdálkodás megfelelőségének, az elosztás helyességének igazolását, vagy a felülvizsgálat szükségességét és az elosztás módosítását.

A kötelező adatszolgáltatásokból elvégzett elemzések a működés meghatározott területeiről adnak információkat.

A hallgatók szűrőpróbaszerűen előadások után és egy-egy tantárgy és gyakorlat befejeztével értékelik az előadókat, és gyakorlatvezetőket.

A beszállítókról, alvállalkozókról készített értékelés, teljesítésük folyamatos megfigyelése a **Klinika** minőségképességére való hatásuk szempontjából fontos.

Az osztályok indikátorokat képeznek, és ezek mutatószámait dolgozzák fel a fejlesztési irányok meghatározásánál.

Az adatokat, elemzéseket, az ezekből készült kimutatásokat, diagramokat az érintettek tudomására kell hozni, akár a számítógépes hálózaton, akár írott/nyomtatott formában elérhetővé kell tenni. (Kifüggesztés, megbeszéléseken történő közlés.)



## **8.5. FEJLESZTÉS**

### **8.5.1. Folyamatos fejlesztés**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.5.1.** Folyamatos fejlesztés fejezeténél.

### **8.5.2. Helyesbítő tevékenység**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.5.2.** Helyesbítő tevékenység fejezeténél.

Az észlelt hiányosságokat ki kell vizsgálni, az eljárás módját, határidőket és a felelősöket jegyzőkönyvben kell rögzíteni. A vizsgálatot a minőségirányítási vezető végzi és őrzi a vizsgálati dokumentumokat.

### **8.5.3. Megelőző tevékenység**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.5.3.** Megelőző tevékenység fejezeténél.

### **8.5.4. Felkészülés és reagálás a környezeti vészhelyzetekre**

Szabályozást lásd **SE-MK 8.5.4.** Környezetvédelmi vészhelyzetek kezelése fejezeténél.

## **8.6. FELELŐSSÉG**

A mérés, elemzés és megfigyelés szervezése, módszereinek alkalmazása, eredményeinek elemzése elsősorban azoknak a vezetőknek a felelőssége, akik a szervezeti felépítés szerint vezetői funkciót viselnek.

A betegek, a hozzátartozók és a partnerek reklamációit az illetékes szervezeti egységek vezetői, meghatározott esetben a **Klinika** igazgatója, vagy kijelölt helyettese intézik, akik felelősek a kivizsgálásért, az intézkedésekért, vagy azok kezdeményezéséért. Az intézkedésre jogosult köteles a feljegyzés (egyéb dokumentum) egy példányával a minőségirányítási vezetőt tájékoztatni.

A belső auditok tervezése, szervezése, értékelése a minőségirányítási vezető feladata. Munkájában támaszkodik a belső auditorokra.

A gyógyítási, ápolási folyamatokban az ellenőrzések, értékelések, intézkedések megtételéért a részleg/osztályvezető orvosok felelősek. Munkájuk ellenőrzéséért, az értékelések összegezéséért és ezeknek a minőségirányítási vezetőhöz történő eljuttatásáért az igazgató általános helyettese és az intézetvezető főnövér felelős.

Az anyagok, eszközök figyelemmel kíséréséért, a felmerülő problémák elhárításáért, a feljegyzések elkészítéséért az érintett osztályvezetők felelősek. Ellenőrzésükért a **Klinika** gazdasági vezetője felelős.

A környezetvédelmi teljesítmények értékeléséért a környezetvédelmi felelős és a Semmelweis Egyetem környezetvédelmi vezetője felel. Ellenőrzési kötelezettséggel a **Klinika** gazdasági vezetője tartozik.



A nem-megfelelő „termék” kezeléséért az érintett részleg/osztályvezetők felelősek. A feladatok ellenőrzéséért az igazgató általános helyettese, az intézetvezető főnövér és a **Klinika** gazdasági vezetője felelős, akik gondoskodnak arról, hogy az átvizsgált feljegyzések a minőségirányítási vezetőhöz eljussanak.

Az adatok elemzése és ezek közzététele az igazgató általános helyettesének feladata.

A betegelégedettség felmérése, értékelése, illetve a feladatok szervezése és ellenőrzése az intézetvezető főnövér feladata. Az értékelésekről a minőségirányítási vezetőt tájékoztatja.

A helyesbítő intézkedéseket a nem-megfelelőség előfordulása szerinti vezetők kötelesek megtenni, akik gondoskodnak arról, hogy a feljegyzések egy példányával a minőségirányítási vezető tájékoztatást kapjon.

A megelőző intézkedések az egységvezetők, illetve a felügyeletet ellátó vezetők feladata, akik tájékoztatást nyújtanak a minőségirányítási vezetőnek.

A minőségirányítási vezető felelőssége a mérés, elemzés és megfigyelés adatainak értékelése, a vezetőségi átvizsgálás elé terjesztése és a szükséges intézkedések kezdeményezése. Felelős az előírt folyamatok, vizsgálatok minőségirányítási szempontok szerinti teljesítéséért, a keletkezett bizonylatok kezeléséért, a helyesbítő, megelőző intézkedések átvizsgálásának ellenőrzéséért, a rendszer fejlesztéséért.

## **8.7. KAPCSOLÓDÓ ELJÁRÁSOK**

A mérés, elemzés, továbbfejlesztés részleteit szabályozó, a fejezetben hivatkozott eljárások:

- **SE-ME-01** Dokumentumok és feljegyzések kezelése
- **SE-ME-02** Belső audit
- **SE-ME-03** Nem-megfelelő tevékenységek kezelése, helyesbítő és megelőző előírások, reklamáció kezelése
- **SE-ME-06** Felkészülés és reagálás vészhelyzetekre
- **SE-SZEM-ME-01** Fekvőbeteg-ellátás felügyelete
- **SE-SZEM-ME-02** Járóbeteg-ellátás felügyelete



## **9. MINŐSÉG- ÉS KÖRNYEZETKÖZPONTÚ IRÁNYÍTÁS ELJÁRÁSOK**

### **A Szemészeti Klinika Eljárásai**

**SE-SZEM-ME-01** Fekvőbeteg-ellátás felügyelete

**SE-SZEM-ME-02** Járóbeteg-ellátás felügyelete

**SE-SZEM-ME-03** Oktatási tevékenység felügyelete

**SE-SZEM-ME-04** Kutatási tevékenység felügyelete

A többi eljárást lásd **SE-MK 9.** fejezetnél.

## **10. MELLÉKLETEK**

**SE-SZEM-MK-M01** Organogram