	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EKİM 2010
	KALİTE YÖNETİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	MART 2022
		SAYFA NO:	1 / 8

1. AMAÇ: Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde Kalite Yönetim yapılanmasının oluşturulması, Üst Yönetim de dâhil olmak üzere tüm çalışanların kalite iyileştirme faaliyetlerindeki rol ve sorumluluklarının tanımlanması, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu ve kalitenin sürekli iyileştirilmesini sağlamaktadır.

2. KAPSAM: Bu prosedür Kalite Yönetim Birimi ve Tüm Birimleri kapsar.

3. KISALTMALAR:

- SKS** : Sağlıkta Kalite Standartları
KYB : Kalite Yönetim Birimi
HBYS : Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
DÖF : Düzeltici / Önleyici Faaliyet
YGGT : Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısı

4. TANIMLAR:

Kalite Politikası: Bir kuruluşun üst yönetimince resmi olarak beyan edilen kalite ile ilgili amaçları ve amaçlara uygunluğun sürekli olarak sağlanmasına yönelik taahhüdüdür.

Öz Değerlendirme: Kurum kalite yönetim sistemi ve Sağlıkta Kalite Standartlarını karşılamak, Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği uygulamaları, Bölüm hedeflerine ulaşabilme düzeylerini ortaya koymak ve mesleki körlüğü önlemek için kullandıkları bir araçtır.

Uygunsuzluk: Kalite Yönetim Sistemi uygulanmalarındaki bir şartın ve Sağlıkta Kalite Standartlarının yerine getirilmemiş olmasıdır.

Düzeltilici - Önleyici Faaliyet: Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.

5. SORUMLULAR: Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Başmüdür, Müdürler, Müdür Yardımcıları, Başhemşire, Başhemşire Yardımcıları, Kalite Yönetim Direktörü, Sorumlu Müdür ve Müdür Yardımcısı, Kalite Yönetim Birimi Çalışanları ve Tüm Çalışanlar.

6. FALİYET AKIŞI:

6.1. Kalite Politikası, Misyon ve Vizyon:


6.1.1. Hastane Üst Yönetimi aşağıdaki hususlara yönelik taahhütlerini içeren kalite politikasını, misyon ve vizyonunu oluşturmuştur.

- ✓ Hastanın amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygunluğu,
- ✓ Kalite hedeflerinin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi,
- ✓ Kalite Yönetim Sisteminin şartlarının yerine getirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
- ✓ Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi,

6.1.2. Üst Yönetim tarafından oluşturulan kalite politikası, misyon ve vizyon onaylandıktan sonra tüm çalışanlara Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) üzerinden ve hastanenin web sayfasından yayınlanarak duyurulur.

6.1.3. Kalite politikası, misyon, vizyon ve kalite amaçları (hedefler) Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında (YGGT) toplantı gündem maddesi olarak görüşülüp güncelliği sağlanır. Yönetimin değişmesi durumunda da taahhüt gözden geçirilerek gerekirse yenilenir.

HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---	---	--------------------------------------

 ERCIYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EKİM 2010
	KALİTE YÖNETİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	MART 2022
		SAYFA NO:	2 / 8

6.2. Kalite Yönetim Sisteminin Yapısı:

6.2.1. Kalite Yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşik yapılar tanımlanmıştır.

6.2.2. Hastanemiz iç dikey yapılanma da üst yönetime bağlı olarak işlev görür. Tüm hastane yönetimi Kalite Yönetim Sisteminin bir parçasıdır. Kalite Yönetim Sisteminden çıkan tüm raporlar ve çalışmalar dikey hiyerarşik yapıya bağlı olarak üst yönetime sunulur. Başhekimlik tüm raporları ve çalışmalarını denetleyerek gereken birimlere dikey hiyerarşik yapıyla gönderimini yapar ve sistemde aksayan yönler varsa düzeltilmesini sağlar.

6.2.3. Hastanelerimizde tüm birimler Kalite Yönetim Sisteminde eşit yatay yapıya sahiptir. Tüm birimler sistem içerisinde kendi birimini ilgilendiren standartlara uygun çalışmak zorundadır.

6.2.4. Uyulması gereken standartlar Sağlık Bakanlığının Sağlıkta Kalite Standartlarında ve ilgili mevzuatlarında belirlenmiştir.

6.2.5. Kalite Yönetim Birimi bu standartların uygulanması, sürecin devamlığı ve sürekli iyileştirme için tüm birimlerle yatay iletişim tekniklerini kullanarak çalışır.

6.2.6. Tüm birimler yine aynı yatay iletişimle Kalite Yönetim Birimi ile ilişki kurar. Bu ilişkilerde birim sorumlularına aynı zamanda Kalite Birim Sorumluları da denir. Kalite Yönetim Birimi tüm çalışanlar ile yatay ilişkinin kurulmasından ve kalite yönetim sisteminin uygulanmasından sorumludur. Kalite birim sorumluları kalite sisteminin çalışanlardan sonraki ilk uygulama ayağını oluşturur.

6.2.7. Kalite Yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar "Görev Tanımlarında" detaylı bir şekilde belirlenmiştir.

6.2.8. Hastanemizde Sağlıkta Kalite Standartlarını ve TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi uygulamalarını yürütmek üzere Kalite Yönetim Birimi kurulmuştur.

6.2.9. Hastane Üst Yönetiminin belirlediği bir Başhekim Yardımcısı ve / veya bu konuda deneyimli bir Öğretim Üyesi Kalite Yönetim Direktörü olarak görevlendirilir. Kalite Yönetim Direktörü aynı zamanda Kalite Yönetim Biriminin de sorumlusudur.

6.2.10. Üst Yönetim hastanenin büyüklüğü ve özelliğine göre Kalite Yönetim Birimi çalışanlarını belirler ve birim çalışanlarının kalite yönetimi, hasta güvenliği, dokümantasyon vb. konularda eğitim almalarını sağlar.

6.2.11. Kalite Yönetim Birimi;


- ✓ Sağlıkta Kalite Standardı (SKS) çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.
- ✓ Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip eder.
- ✓ Öz Değerlendirmeleri yönetir.
- ✓ İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine ilişkin süreçleri yönetir.
- ✓ Risk Yönetimine ilişkin süreçleri yönetir.
- ✓ Hasta deneyimi ve çalışan geri bildirim anketlerinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları vb.) yönetir.
- ✓ Sağlıkta Kalite Standardı (SKS) çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlar.
- ✓ Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.
- ✓ Sağlıkta Kalite Standardı (SKS) çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılır.

6.3. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Çerçevesinde Yürütülen Çalışmaların Koordinasyonunu Sağlamak:

6.3.1. Sağlıkta Kalite Standartlarının uyumu, iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunulması ve kalite geliştirme uygulamaları konusunda, politikaları, hedefler ve iletişim stratejilerini belirler, iyileştirme çalışmalarını yapar.

6.3.2. Kalite hedeflerini belirler, bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli çalışmaları planlar, organize eder, izler ve değerlendirir.

HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---	---	--------------------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.PR.01
	YAYIN TARİHİ:	EKİM 2010
	REVİZYON NO:	02
	REVİZYON TARİHİ:	MART 2022
	SAYFA NO:	3 / 8
KALİTE YÖNETİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ		

6.3.3. Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturur, kurumda çalışanların yetki ve sorumluluklarını tanımlar ve birimler için belirlenen sorumlulara görevlendirme yazılarının tebliğ edilmesini sağlar.

6.3.4. Kurum yönetimi tarafından oluşturulan kalite politikası, misyon ve vizyonu hazırlar, onaylatır ve kamuoyu ile paylaşılmasını sağlar.

6.3.5. Hastaya sunulan hizmetin kalitesinin, hasta ve çalışan güvenliğinin geliştirilmesi ve korunması amacıyla gerekli tüm kaynakların planlanması, temini ve yönetilmesini sağlar.

6.3.6. Kurumdaki mevcut sorunları tespit eder, öncelik sırasına koyar ve bu doğrultuda süreç iyileştirme çalışmaları yapar ve yapılmasını sağlar.

6.3.7. Kalite süreçleri doğrultusunda eğitim ihtiyaçlarını belirler ve bu faaliyetleri izler.

6.3.8. Kurum çalışanlarına kalite eğitimleri vererek kalite kültürünün oluşturulması ve gerekli teşvik mekanizmalarını oluşturur.

6.3.9. Kalite alanında tespit edilen uygun olmayan hizmetlerle ilgili düzeltici ve önleyici faaliyetlerin başlatılmasını, birimler arası koordinasyonu, görüş alışverişini ve uygunsuzlukların düzeltilinceye kadar kalite iyileştirme faaliyetlerinin takibini yapar ve bu uygunsuzlukların giderilmesine yönelik önerilerini üst yönetime sunar.

6.3.10. Hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi amacıyla şikâyet - öneri ve memnuniyetlerin sonuçlarının “Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında” üst yönetime sunulması ve değerlendirilmesini yapar.

6.3.11. Sağlıkta Kalite Standartlarının ve Kalite Yönetim Sisteminin gerektirdiği öz değerlendirmelerin koordinasyonunu, planlamasını yapar ve bu doğrultuda öz değerlendirmelerin gerçekleştirilmesini sağlayarak sonuçlarını üst yönetime rapor eder.

6.3.12. Birimler tarafından hazırlanan dokümanların Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde uygun şekilde oluşturulmasını, kontrolünü ve onaylanmasını yaparak güncel haliyle Kalite Yönetim Sistemi üzerinden yayımlanmasını sağlar.

6.3.13. Kalite Yönetim Sistemi dokümanlarının dağıtımını ve güncellenmesini, muhafazasını sağlar. Dış kaynaklı dokümanların güncelliğini takip eder.

6.3.14. Belirlenen periyotlarda anketlerin (hasta / hasta yakını ve çalışan) uygulanmasını ve analizlerinin yapılmasını sağlar.

6.3.15. Sağlıkta Kalite Standartları kapsamındaki istatistikî bilgi (İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, Kalite Göstergeleri vb.) süreçlerini yönetir ve değerlendirir.

6.3.16. Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili seminer, kongre vb. toplantılar takip edip, katılımı sağlar.

6.3.17. Belirlenen zamanlarda Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarının (YGGT) yapılmasını sağlar.

6.3.18. Dış tetkiklerin (Sağlık Bakanlığı, Türk Standartları Enstitüsü vb.) koordinasyonunu yapar.

6.3.19. Kalite Yönetimi çalışmaları konusunda koordinatörlük yapar, öneri getirir, diğer hastaneler, kamu kuruluşları uluslararası kurum ve kuruluşların çalışmalarını takip edip, iletişim ve işbirliği yapar.

6.3.20. Kapsamındaki çalışmaları bölüm kalite sorumluları ile koordineli bir şekilde yürütür.

6.3.21. İlgili mevzuata göre oluşturulan klinik kalite iyileştirme komitesinin sekretaryasını yürütür.


6.3.22. Klinik kalite süreçleri ile ilgili mevzuat çerçevesinde uygulamaların sağlık kuruluşunda gerçekleştirilmesini sağlar.

6.3.23. Ulusal sağlık sistemi veri sorumlusu ile koordineli olarak, veri kalitesinin iyileştirilmesine dair süreçleri takip eder.

6.4. Kurumsal Amaç ve Hedeflere Yönelik Yapılan Çalışmaları Takip Etmek:

6.4.1. Kurumun kalite çalışmalarının birimlerde koordinasyonunun sağlanması amacıyla bölüm kalite sorumlularını üst yönetimin onayı ile belirler.

HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---	---	--------------------------------------

 ERCIYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EKİM 2010
	KALİTE YÖNETİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	MART 2022
		SAYFA NO:	4 / 8

6.4.2. Bölüm kalite sorumlularının katılımı ve üst yönetimin onayı ile yıllık amaç ve hedefleri belirler, bu amaç ve hedeflerin gerçekleşmesine yönelik eylem planının hazırlanmasını sağlar.

6.4.3. Hedef sorumlularının ve hedeflerin gerçekleştirilme zamanlarının belirtildiği bu planları analiz eder, hedeflerin gerçekleşme düzeylerine yönelik değerlendirme toplantıları yapar, kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmalarını takip eder.

6.4.4. Bölüm kalite sorumluları ile koordineli çalışarak, sorumluların bölümlerde takip ettiği düzeltici - önleyici faaliyetleri kontrol eder.

6.4.5. Bölüm kalite sorumluları ile birlikte kurum çalışanlarına kalite yönetim sistemi ile ilgili gelişmelerin ve yeniliklerin iletilmesini sağlar.

6.5. Öz Değerlendirmeleri Yönetmek:

6.5.1. Sağlıkta Kalite Standartları uygulamaları kapsamında oluşturulan “Öz Değerlendirme Prosedürüne (İç Tetkik)” göre öz değerlendirmeleri yapar.

6.5.2. Yılda en az 2 (iki) kez standartların birimlerde uygunluğunun değerlendirilmesi amacı ile bölüm kalite sorumluları ve kalite yönetim direktörü ile birimlere geziler düzenleyerek öz değerlendirmelerin yapılmasını sağlar.

6.5.2. Öz değerlendirme öncesi süreçleri planlar ve aşağıda belirtildiği şekilde yapılmasını sağlar.

- ✓ Öz değerlendirme ile ilgili ekip ya da ekipler belirlenir.
- ✓ Öz değerlendirme takvimi hazırlanır.
- ✓ Bölümler öz değerlendirme takvimi hakkında önceden bilgilendirilir.
- ✓ Öz değerlendirme tüm Sağlıkta Kalite Standartları bölümlerini kapsamalıdır.

6.5.3. Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik üst yönetimi bilgilendirir ve gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılmasını sağlar.

6.6. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine İlişkin Süreçleri Yönetmek:

6.6.1. Sağlıkta Kalite Standartları uygulamaları kapsamında oluşturulan “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Prosedürüne” göre çalışmaları yürütür.

6.6.1. Kurum yöneticileri ile birlikte İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin işlevselliğini sağlar.

6.6.2. Sistem üzerinden Kalite Yönetim Birimine yapılan bildirimleri değerlendirerek, ilgili kurullara (komitelere) iletir.

6.6.3. Kurul (Komite) tarafından yapılan kök neden analizi ve başlatılan düzeltici - önleyici faaliyetleri takip eder, raporlarını düzenler.

6.6.4. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi başlatılan “Düzeltilici - Önleyici Faaliyet Formu” ve sonuçları ile ilgili çalışanlar bilgilendirir.

6.7. Risk Yönetimine İlişkin Süreçleri Yönetmek:

6.7.1. Sağlıkta Kalite Standartları uygulamaları kapsamında oluşturulan “İş Sağlığı ve Güvenliği Planlama ve Risk Değerlendirme Prosedürüne” göre çalışmaları yürütür.

6.7.2. Risk Yönetimi çalışmalarının koordinasyonunu sağlar.


6.7.3. Risk Yönetimi çalışmalarını ilgili kurullarla (komitelerle) entegre biçimde yürütür.

6.7.4. Risk Yönetimi çalışmalarında bölüm kalite sorumluları ile işbirliği yapar.

6.8. Hasta ve Çalışan Memnuniyetinin Ölçülmesine Yönelik Çalışmaları Yönetmek:

6.8.1. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen “Anket Uygulama Rehberine” göre hasta ve çalışan anket uygulamalarını yürütür.

HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---	---	--------------------------------------

 <p>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</p> <p>KALİTE YÖNETİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ</p>	DOKÜMAN KODU:	KY.PR.01
	YAYIN TARİHİ:	EKİM 2010
	REVİZYON NO:	02
	REVİZYON TARİHİ:	MART 2022
	SAYFA NO:	5 / 8

6.8.2. Hasta memnuniyet anketlerinin her ay düzenli olarak yapılması ve 3 ayda bir dönemsel analizinin gerçekleşmesi; çalışan memnuniyet anketinin de her yıl aralık ayında yapılmasını ve analiz edilmesini sağlar.

6.8.3. Anket sonuçlarını üst yönetimle paylaşarak gerekli durumlarda buna yönelik iyileştirme çalışmalarını başlatır.

6.8.4. Anket sonuçlarının Kurumsal Kalite Sistemine girişini yapar.

6.8.5. Halkla İlişkiler Birimi ve Şikâyet - Öneri Kutularına yapılan hasta ve çalışan geribildirim analizlerini üst yönetimle paylaşarak gerekli iyileştirilmelerin yapılmasını sağlar.

6.9. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Çerçevesinde Dokümanların Yönetimini Sağlamak:

6.9.1. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen “Doküman Yönetimi Rehberine” ve bu rehberine göre hazırlanan “Doküman Yönetimi Prosedürüne” göre çalışmaları yürütür.

6.9.2. Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde belirlenen ve ilgili bölüm tarafından hazırlanan dokümanları kontrol eder, Başhekim veya Başhekim Yardımcısına onaylatır.

6.9.3. Dokümanların güncelliğini sağlar, belirli aralıklarla gözden geçirmek, gözden geçirme tarihini ve dokümanda yapılan değişiklikleri kayıt altına alır.

6.9.4. Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenlemeleri yapar.

6.9.5. Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenlemeleri yapar.

6.9.6. Üst Yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanların muhafazasını sağlar.

6.9.7. Dokümanların uygun şekilde arşivlenmesini sağlar.

6.10. Kalite Göstergelerine Yönelik Süreçleri Yönetmek:

6.10.1. Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen “Gösterge Yönetimi Rehberine” ve bu rehberine uygun olarak hazırlanan “Gösterge Yönetimi Prosedürüne” göre çalışmaları yürütür.

6.10.2. Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçleri koordine eder.

6.10.3. Kurumda Sağlıkta Kalite Standartlarında yer alan göstergelerin dışında izlenecek göstergeleri bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumluları ile belirler.

6.10.4. Göstergelere ilişkin veri toplama, verilerin analizi, analiz sonuçlarına göre iyileştirme faaliyetlerinin planlanması ve uygulanması süreçlerini yönetir.

6.10.5. Bu çalışmaları yürütürken gösterge yönetiminden sorumlu ekip ile entegre çalışır.

6.10.6. Göstergelere ilişkin sonuçları Bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına gönderir.

6.11. Sağlıkta Kalite Standardı (SKS) Çerçevesinde Belirlenen Kurullara (Komitelere) Üye Olarak Katılmak:

6.11.1. Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde aşağıda belirlenen kurullara (komitelere) üye olarak katılır.

- ✓ Hasta Güvenliği Kurulu (Komitesi)
- ✓ Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurulu (Komitesi) (İSG)
- ✓ Eğitim Kurulu (Komitesi)
- ✓ Tesis Güvenliği Kurulu (Komitesi)


6.11.2. Toplantı sonucu alınan kararları ve başlatılan iyileştirme çalışmalarını takip eder.

6.12. Sağlıkta Kalite Standardının (SKS) Uygulanmasına Yönelik Bölüm Kalite Sorumluları Belirlenmelidir:

6.12.1. Sağlıkta Kalite Standardı çerçevesinde hastanelerimizin bütün bölümlerini kapsayacak şekilde Kalite Yönetim Birimi tarafından bölüm kalite sorumluları belirlenir. Kalite yönetim direktörü tarafından kontrol edilir ve üst yönetim tarafından onaylanır. Her birimin sorumlusu aynı zamanda o birimin bölüm kalite sorumlusudur.

6.12.2. Bölüm kalite sorumluları Sağlıkta Kalite Standartlarının kendi bölümlerini ilgilendiren kısımlarının uygulanmasından sorumlu oldukları gibi, meslek bazında her bölüm için uyum eğitim sorumlusu, hasta başı test cihazı sorumlusu ve bölüm gösterge sorumlusu olarak da görevlidirler.

HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---	---	--------------------------------------

	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EKİM 2010
KALİTE YÖNETİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ		REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	MART 2022
		SAYFA NO:	6 / 8

6.12.3. Sorumlular kalite yönetim direktörü ile koordineli olarak çalışır.

6.12.4. Bölümlerine ait alanlar ve genel hastane alanlarında belirledikleri aksaklık ve eksiklikler için düzeltici - önleyici faaliyetleri başlatır ve takibini yapar.

6.12.5. Bölümlerine yönelik hasta ve çalışan memnuniyet anketlerinin yapılmasını sağlar.

6.12.6. Bölüm hedeflerine ilişkin analizler sorumlular tarafından yapılır ve Kalite Yönetim Birimine bildirilir.

6.12.7. Bölüm kalite sorumluları, Kalite Yönetim Birimi tarafından analiz edilecek gösterge verilerini her ayın sonunda Kalite Yönetim Birimine teslim eder.

6.13. Hastane Yönetimi, Hizmet Sunumuna Yönelik Bölüm Kalite Sorumluları ve Bölüm Yöneticileri İle Değerlendirme Toplantıları Yapmalıdır:

6.13.1. Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapar.

6.13.2. Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılır.

6.13.3. Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibi kalite çalışmaları değerlendirilir.

6.13.4. Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılır.

6.14. Kalite Yönetiminin Etkinliğinin Sağlanması Amacıyla Kurullar (Komiteler) Oluşturulmalıdır:

6.14.1. Kalite yönetiminin etkinleştirilmesi amacıyla aşağıda belirtilen kurullar (komiteler) oluşturulmuştur.

- ✓ Hasta Güvenliği Kurulu (Komitesi)
- ✓ Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurulu (Komitesi) (İSG)
- ✓ Eğitim Kurulu (Komitesi)
- ✓ Tesis Güvenliği Kurulu (Komitesi)

6.14.2. Üst Yönetim hastanede hizmet sunulan alanın büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliğini dikkate alarak kurullarda (komitelerde) görev alacak kişilerin sayısını ve niteliğini belirler.

6.14.3. Her kurulda (komitede) yönetimden en az bir kişi (Başhekim Yardımcısı, Müdür / Müdür Yardımcısı, Başhemşire / Başhemşire Yardımcısı) bulunur.

6.14.4. Kurul (komite) üyelerinin sorumluluk ve yetki alanları görev tanımlarında belirlenmiştir.

6.14.5. Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde oluşturulan kurullar (komiteler), gerektiğinde ilgili mevzuatlar kapsamında kurulan diğer komite, komisyon, kurullarla işbirliği yapar.

6.14.6. Kurullar (komiteler) düzenli aralıklarla yılda en az 4 (dört) kez ve gerektiğinde toplanır.

6.14.7. Kurullar (komiteler) görev alanına ilişkin gerekli iyileştirme çalışmalarının izlenmesini sağlar.

6.14.8. Kurullar (komiteler), görev alanı ile ilgili gerekli eğitim faaliyetlerini belirler.

6.14.9. Kurullar (komiteler) gerektiğinde düzeltici - önleyici faaliyet başlatır ve takibinin yapılıp sonuçlandırılmasını sağlar.


6.14.10. Kurul (komite) toplantıları "Kurul (Komite) Toplantıları İşleyiş Prosedürüne" göre yapılır.

6.14.11. Katılımcılara toplantı öncesi Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) üzerinden aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde bilgilendirme yapılır.

- ✓ Toplantı yöneticisi ve katılımcıları
- ✓ Toplantı gündemi ve süresi
- ✓ Toplantı yeri ve zamanı

6.14.12. Toplantıya dair kayıtlar kurul (komite) sekreteri tarafından raporlanır ve dosyalanarak muhafazası sağlanır.

HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---	---	------------------------

 ERCIYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	EKİM 2010
	KALİTE YÖNETİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	MART 2022
		SAYFA NO:	7 / 8

6.15. Hasta Güvenliği Kurulu (Komitesi):

6.15.1. Sağlıkta Kalite Standardı (SKS) gereği oluşturulan Hasta Güvenliği Kurulu (Komitesi) asgari konuları kapsayacak şekilde tanımlanmıştır.

- ✓ Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- ✓ Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- ✓ İlaç güvenliğinin sağlanması
- ✓ Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- ✓ Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- ✓ Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- ✓ Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- ✓ Hasta mahremiyetinin sağlanması
- ✓ Hastaların güvenli transferi
- ✓ Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- ✓ Bilgi güvenliğinin sağlanması
- ✓ Enfeksiyonların önlenmesi
- ✓ Laboratuvarlarda hasta güvenliğinin sağlanması

6.16. Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurulu (Komitesi) (İSG):

6.16.1. Hastanemizde İş Yeri Sağlık ve Güvenlik Birimi mevcut olduğu için çalışan sağlığı ve güvenliği alanındaki sorumluluklar bu kurul tarafından yürütülür. Kurul (komite) asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmıştır.

- ✓ Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması
- ✓ Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
- ✓ Şiddete maruz kalma risklerinin azaltılması
- ✓ Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
- ✓ Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
- ✓ Sağlık tarama programının hazırlanması, takibi

6.17. Eğitim Kurulu (Komitesi):

6.17.1. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) gereği oluşturulan kurul (komite), eğitim faaliyetlerini planlar ve eğitimlerin gerçekleştirilmesini sağlar. Kurulun (komite) görev alanı asgari aşağıdaki konuları içermektedir.

Sağlıkta kalite standartları eğitimleri

- ✓ Hizmet içi eğitimler
- ✓ Uyum eğitimleri
- ✓ Hastalara yönelik eğitimler

6.18. Tesis Güvenliği Kurulu (Komitesi):

6.18.1. Kurulun (komitenin) görev alanı asgari aşağıdaki konuları kapsayacak şekilde tanımlanmıştır.

- ✓ Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi
- ✓ Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması
- ✓ Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması
- ✓ Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları
- ✓ Atık yönetimi çalışmaları
- ✓ Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planları ve kalibrasyonlarının yapılması
- ✓ Tehlikeli maddelerin yönetimi

HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---	---	--------------------------------------

 ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ	DOKÜMAN KODU:	KY.PR.01
	YAYIN TARİHİ:	EKİM 2010
	REVİZYON NO:	02
	REVİZYON TARİHİ:	MART 2022
	SAYFA NO:	8 / 8
KALİTE YÖNETİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ		

6.19. Tespit Edilen Uygunsuzluklara Yönelik Kalite İyileştirme Çalışmaları:

6.19.1. Hastanelerimizde hizmet sunum süreçlerinde karşılaşılan her hangi bir olumsuzluk durumlarında ve komite, komisyon, kurul gibi yapıların çalışmaları sonucu çıkan uygunsuzlukların iyileştirilmesi için “Düzeltilici - Önleyici Faaliyet Formu” kullanılarak kayıtları tutulur.

6.19.2. Gerekli durumlarda, düzeltici - önleyici faaliyetlerin izlenmesine yönelik düzenlemeler;

- ✓ Olay bildirimleri
- ✓ Gösterge analizleri
- ✓ Bina turları
- ✓ Kurul (komite) toplantıları
- ✓ Öz değerlendirme sonuçları
- ✓ Anketler
- ✓ Şikâyet - memnuniyet ve öneriler
- ✓ Diğer (hizmet sunumunda karşılaşılan uygunsuzluklar) olarak ele alınmaktadır.

6.19.3. Düzeltici - önleyici faaliyet kapsamında ele alınan çalışmalar “Düzeltilici Faaliyet Prosedürüne” göre yürütülür ve aşağıda belirlenen yöntem izlenir;

- ✓ Düzeltici ve önleyici faaliyet talepleri tüm çalışanlar tarafından yapılabilir.
- ✓ Tespit edilen uygunsuzluklarla ilgili iyileştirme talepleri, “Düzeltilici - Önleyici Faaliyet Formu” ile yapılır.
- ✓ Düzeltici – önleyici faaliyet talebinde bulunan kişi; “Düzeltilici - Önleyici Faaliyet Formuna” uygunsuzluğun tanımını, varsa öneri bölümünü doldurur ve imzalar.
- ✓ Talepte bulunan kişi; “Düzeltilici - Önleyici Faaliyet Formu” ile birlikte Kalite Yönetim Birimine başvurur. Kalite Yönetim Direktörü “Düzeltilici - Önleyici Faaliyet Formu” değerlendirir.
- ✓ Kabul edilen “Düzeltilici - Önleyici Faaliyet Formu” ile ilgili gerekli çalışmalar başlatılır.

6.19.4. Hastanelerimizde uygunsuzluklara yönelik açılan düzeltici - önleyici faaliyet formları “Düzeltilici - Önleyici Faaliyet Takip Formu” ile izlenir.

6.19.5. Düzeltici - önleyici faaliyet sonuçlandırma oranı gösterge kartında belirtilen aralıklarla analiz edilir.

6.19.6. Üst yönetim tarafından düzeltici - önleyici faaliyetlerin sonuçları yılda en az 2 (iki) kez yapılan “Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında” görüşülür.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR:

- 7.1. Düzeltici - Önleyici Faaliyet Formu
- 7.2. Düzeltici - Önleyici Faaliyet Takip Formu
- 7.1. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği
- 7.2. Sağlıkta Kalite Standartları
- 7.3. Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik
- 7.4. TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi

HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
---	---	--------------------------------------