

	KALİTE YÖNETİM PROSEDÜRÜ				
DOKÜMAN NO:KY.PR.08	YAY.TAR:15.06.2023	REV.TAR:00	REV.NO:00	GGT:00	SAYFA NO:1/1

1.AMAÇ

Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar sağlık tesisinde tüm personelin kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanması, kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu, kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

2. KAPSAM

Kalite Yönetim Birimi ve tüm Sağlık Tesisleri çalışanlarını kapsar.

3. KISALTMALAR

- 3.1. **BKS:** Bölüm Kalite Sorumlusu
- 3.2. **SKS:** Sağlıkta Kalite Standartları
- 3.3. **DÖF:** Düzeltici Önleyici Faaliyet

4.TANIMLAR:

- 4.1. **Öz değerlendirme:** Kurum kalite yönetim sistemi ve Sağlık Hizmet Kalite Standartlarını karşılamak, Hasta ve Çalışan Güvenliği Yönetmeliği uygulamaları, Bölüm hedeflerine ulaşabilme düzeylerini ortaya koymak ve mesleki körlüğü önlemek için kullandıkları bir araçtır.
- 4.2. **Uygunsuzluk:** Kalite Yönetim Sistemi uygulanmalarındaki bir şartın ve Sağlıkta Kalite Standartlarının yerine getirilmemiş olmasıdır.
- 4.3. **Düzeltici-Önleyici Faaliyet:** Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.
- 4.4. **SKS:** Sağlıkta Kalite Standartları
- 4.5. **BKS:** Bölüm Kalite Sorumlusu

5.SORUMLULAR

Mesul Müdür/Başhekim
Muhasebe
Mesul Müdür Yardımcısı
Kalite Yönetim Direktörü
Kalite Yönetim Birimi Çalışanları
Tüm Birim/Bölüm Kalite Sorumluları

6.FAALİYET AKIŞI

6.1. KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN YAPISI:

Kalite Yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşik yapılar 'Kalite Yönetim Birimi Organizasyon Şemasında' tanımlanmıştır.

6.2. KALİTE YÖNETİM YAPISINA İLİŞKİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLAR:

6.2.1. Mesul Müdür/Başhekim

- SKS çalışmaların başarıya ulaşması için destek olmaktır.

6.2.2. Kalite Yönetim Direktörü:

- SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamak,
- Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmek,
- Öz değerlendirmeleri yönetmek,
- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine ilişkin süreçleri yönetmek,
- Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmek,

	KALİTE YÖNETİM PROSEDÜRÜ				
DOKÜMAN NO:KY.PR.08	YAY.TAR:15.06.2023	REV.TAR:00	REV.NO:00	GGT:00	SAYFA NO:1/1

- Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi) yönetmek,
- SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamak,
- Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmek,
- SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmak,
- Sorumlular ile koordineli çalışmaktır.

6.2.3. Kalite Yönetim Birimi Çalışanı(lar):

- Kalite Yönetim Direktörüne SKS ile ilgili iş ve işlemleri yerine getirebilmesinde yardımcı olmak,
- Bölüm kalite sorumlularının çalışmalarının koordinasyonu sağlamak,
- Anket sonuçlarının değerlendirilmesi, bölüm hedeflerine yönelik analiz sonuçlarının değerlendirilmesi,
- Doküman yönetimini,
- Öz değerlendirme sürecinin yönetimi ve düzeltici önleyici faaliyet sürecinin yönetimi, kalite yönetim biriminin sorumluluğundadır.
- SKS ile ilgili görevleri yerine getirmekle yükümlüdür.

6.2.4. Bölüm Kalite Sorumluları:

- Hizmetin verildiği bölümlerde Sağlıkta Kalite Standartlarının uygulanmasından sorumludur.
- Bölüm kalite sorumluları; bölümleriyle ilgili SKS'yi uygulamak,
- Eğitim ihtiyaçlarını kalite yönetim birimine bildirmek,
- Bölüm hedeflerinin belirlenmesi için yapılan çalışmalara katılmak,
- Bölüm hedeflerine ilişkin analizleri kalite yönetim birimine bildirmek gibi önemli görevleri yerine getirmek.

6.2.5. Komiteler:

- Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tanımlanan komiteler, SKS kapsamında çerçevesi çizilen çalışma alanlarıyla ilgili görevleri yerine getirmek,
- Komiteler faaliyetlerini Kalite Yönetim Direktörünün koordinasyonunda yürütmek ve birlikte bağımsız birer organ gibi çalışmak,
- Görev alanına giren faaliyetlerle ilgili plan hazırlamak ve plan doğrultusunda faaliyetlerini yürütmek,
- Faaliyetlerin gözden geçirilmesi amacıyla belirli aralıklarla toplantılar düzenlemek ve gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmak,
- Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçlarını ve yapılan faaliyetlerle ilgili belgeleri kalite yönetim birimine göndermektir.

6.2.6. Ekipler:

- Sağlık Tesisi yönetimi tarafından oluşturulan ekipler; Sağlık Tesisi büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliğini dikkate alarak, SKS ile ilgili çalışmalarının etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlar.

6.3. KALİTE YÖNETİM BİRİMİ:

- 6.3.1. Kalite Yönetim Direktörü:** Başhekim tarafından görevlendirilen kişi İl Sağlık Müdürlüğüne resmi yazı ile bildirilir. İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Koordinatörlüğü tarafından onaylanan görevlendirme sonrası SBKKS sistemine Kalite Yönetim Direktörü olarak tanımlanır.

	KALİTE YÖNETİM PROSEDÜRÜ	
DOKÜMAN NO:KY.PR.08	YAY.TAR:15.06.2023	REV.TAR:00
	REV.NO:00	GGT:00
		SAYFA NO:1/1

6.3.2. Kalite Yönetim Biriminde Çalışacak Personel Sayısı:Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında yapılan değişiklik ile yatak sayısı 150 ve altında olan sağlık kuruluşları için kalite biriminde çalışacak kişi sayısı en az 2 olarak belirlenmiştir.Bu kapsamda kuruluşumuz tarafından gerekli görevlendirmeler yapılmıştır.

6.3.3. Kalite Yönetim Biriminde Çalışan Personelin Alması Gereken Eğitimler: Kalite Yönetim Biriminde çalışan kişiler “Kalite Yönetimi, Hasta Güvenliği, Dokümantasyon” konularında eğitim almalıdır.Bu bağlamda kalite yönetim biriminde bu eğitimi almış kişiler görevlendirilmiştir.

6.3.4. Kalite Yönetim Birimi’nin Görev Alanı:

- 6.3.4.1. SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.
- 6.3.4.2. Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip eder.
- 6.3.4.3. Öz değerlendirmeleri yönetir.
- 6.3.4.4. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine ilişkin süreçleri yönetir.
- 6.3.4.5. Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetir.
- 6.3.4.6. Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi) yönetir.
- 6.3.4.7. SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlar.
- 6.3.4.8. Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.
- 6.3.4.9. SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye gönderir.

6.3.5. Bölüm Kalite Sorumluları:

SKS çerçevesinde sağlık tesisimizin bütün bölümlerini kapsayacak şekilde Kalite Yönetim Birimi tarafından Bölüm Kalite Sorumluları belirlenir. Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edilir ve üst yönetim tarafından onaylanır.

6.3.6. Bölüm Kalite Sorumluları

- Sorumlular Kalite Yönetim Direktörü ile koordineli çalışır.
- Sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip eder.
- Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapar.
- Düzenli aralıklarla ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılır. Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibikalite çalışmaları değerlendirilir.
- Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır.

6.4. ÖZ DEĞERLENDİRME

Öz Değerlendirmeler ve sonuçlarının analizi,üst yönetime sunulması,sonuçların değerlendirilmesi ve üst yönetim kararıyla iyileştirme çalışmaları yapılması sağlanmaktadır.Bu süreç ayrıntılı bir şekilde KY.PR.04 doküman numaralı ÖZDEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜNDE bahsedilmiştir.

6.5.BİNA TURU: Tesis Yönetimi ve Güvenliği kapsamında hastane üst yönetimi tarafından hastanedeki işleyişin denetimi, aksaklıkların tespiti ve giderilmesi amacıyla bina turları organize edilmektedir.Hastanemizde belirlenen sorumlular tarafından bina turları 3 ayda 1 periyodlarıyla yapılmaktadır.Bina Turunda tespit edilen aksaklık ve eksiklikler anında müdahale edilebilir düzeyde ise hemen halledilmektedir.Anında çözülemeyen eksiklikler için TY.FR.29 doküman numaralı uygunsuzluk tespit formu doldurularak iyileştirme faaliyeti başlatılır.Bina Turları süreci TY.PR.02 doküman numaralı TESİS YÖNETİMİ PROSEDÜRÜNDE ayrıntılı bahsedilmektedir.

6.5. İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ:

İstenmeyen Olay Bildirimi Hastanede; hasta ve çalışanlara zarar veren, zarar verme ihtimali olan veya zarar oluşmadan önce fark edilen istenmeyen olayların bildirimini sağlayarak, olayları analiz etmek, gerekli tedbirleri almak ve hataların tekrarlanmasını önlemektir.Kalite yönetim birimi olarak hastanemize yeni işe başlayan tüm çalışanlara İstenmeyen olay bildirim sistemi anlatılmaktadır.Kurumsal amaç ve hedeflerimiz arasında tüm kurum personelinin bu sistemi benimsemesi ve eğitimlerine yüzde 100 katılım sağlaması da bulunmaktadır.İstenmeyen olay Bildirim sistemi ve süreçleri İO.PR.02 doküman numaralı OLAY BİLDİRİM PROSEDÜRÜNDE ayrıntılı olarak çalışanlara anlatılmıştır.

6.6.RİSK YÖNETİMİ: İşyerindeki mevcut çalışma koşullarından kaynaklanabilecek ve işyerinin faaliyetleri sırasında

	KALİTE YÖNETİM PROSEDÜRÜ				
DOKÜMAN NO:KY.PR.08	YAY.TAR:15.06.2023	REV.TAR:00	REV.NO:00	GGT:00	SAYFA NO:1/1

oluşabilecek her türlü potansiyel tehlikenin tanımlanması, bunlara ilişkin risklerin belirlenmesi ve değerlendirilmesi, olası risklerle ilgili kontrol tedbirlerinin alınmasına ilişkin yöntem ve esasların belirlenmesi, her türlü tehlike ve sağlık riskini insan sağlığını etkilemeyen minimum seviyeye düşürmektir. Kalite yönetim birimi tarafından yapılan Risk değerlendirmesi sonucunda, işyerindeki tüm tehlikelerin ne olduğuna karar verilmiş kaza olma olasılığı ile olası kazaların boyutu/büyükliği hakkında bilgi sahibi olunmuş olacaktır. Bu süreçler İSG birimi ile Kalite yönetim Birimi koordinasyon içerisinde risk planlarını ayrı ayrı oluşturmaktadırlar. Risk yönetim süreçleri ve yapılan analiz süreçleri RY.PR.01 doküman kodlu RİSK YÖNETİM PROSEDÜRÜ ile tanımlanmıştır.

6.7.HASTA DENEYİMİ:

Hastanede sunulan hizmetlere hasta perspektifinden bakılarak, temel hasta haklarının ve hasta memnuniyetinin sağlanması ile hizmet alınan tüm süreçlerde; hasta/hasta yakının saygı görmesi ve özenle hizmet almasının temin edilmesidir. Hastanemizde Hasta hakları birimi oluşturulmuş olup kalite birimi ile 15 günde 1 periyodlarla dilek ve şikayet kutuları tutanakla açılmaktadır ve kutulardan gelen şikayet ve dilekler doğrultusunda iyileştirme toplantıları yapılmaktadır. Hasta deneyimi süreci HD.PR.05 doküman numaralı HASTA DENEYİMİ VE HİZMETE ERİŞİM prosedüründe ayrıntılandırılmıştır.

6.8.DÖKÜMAN YÖNETİMİ:

Doküman yönetimi Kalite Yönetim Sistemleri dokümanlarının nasıl hazırlanacağını, kim tarafından onaylanacağını, nasıl yayınlanacağını, doküman değişikliklerin nasıl yapılacağını ve dokümanlarının nasıl kontrol altına alınacağını, kayıtların tanımlanması, tasnifi, toplanması ve imha edilmesi açıklamaktadır. Bu sürecin ayrıntılandırılması DY.PR.01 doküman numaralı DOKÜMAN YÖNETİMİ prosedüründe yapılmıştır.

6.9.KALİTE GÖSTERGELERİ: Kalite göstergeleri hastanemizde analiz ve iyileştirme faaliyetleri için bir aynadır. SKS Kapsamında belirlenen göstergeler haricinde kurumumuzun belirlemiş olduğu göstergelerde bulunmaktadır. Bölüm bazlı ve klinik bazlı göstergeler Kalite yönetim Birimi tarafından takip edilmektedir. Hastanemiz gösterge yönetiminin nasıl olduğu ve süreçlerinin nasıl tanımlanıp izlendiği Gİ.PR.01 doküman numaralı GÖSTERGELERİN İZLENMESİ prosedüründe anlatılmıştır.

	KALİTE YÖNETİM PROSEDÜRÜ				
DOKÜMAN NO:KY.PR.08	YAY.TAR:15.06.2023	REV.TAR:00	REV.NO:00	GGT:00	SAYFA NO:1/1

7.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- 7.1. KY.PR.04 ÖZDEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ
- 7.2. Gİ.PR.01 GÖSTERGELERİN İZLENMESİ PROSEDÜRÜ
- 7.3. DY.PR.01 DOKÜMAN YÖNETİM PROSEDÜRÜ
- 7.4.HD.PR.05 HASTA DENEYİMİ VE HİZMETE ERİŞİM PROSEDÜRÜ
- 7.5. RY.PR.01 RİSK YÖNETİM PROSEDÜRÜ
- 7.6. İO.PR.02 OLAY BİLDİRİM PROSEDÜRÜ
- 7.7. TY.FR.29 UYGUNSUZLUK TESPİT FORMU
- 7.8. TY.PR.02 TESİS YÖNETİMİ PROSEDÜRÜ