# AMAÇ

Sağlıkta Kalite Standartları ve uluslararası standartlar doğrultusunda kurumsal her unsuru içine alan politikalar, düzenlemeler ve uygulamaları düzenlemek, yürütülen tüm faaliyetleri tasarlamak, uygulamak, denetlemek, geliştirmek ve takip etmektir.

# KAPSAM

Bu prosedür Kalite Yönetim Sisteminin tüm aşamalarını ve çalışanlarını kapsar.

# SORUMLULAR

Kalite Yönetim Direktörü

# KISALTMALAR

**SKS :** Sağlıkta Kalite Standartları

**KYB :** Kalite Yönetim Birimi

**DÖF :** Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu

**YGG :** Yönetimi Gözden Geçirme

# FAALİYET AKIŞI

Kalite Yönetim Biriminin sorumluluğunda olan 5 boyut bulunmaktadır.

* + Kurumsal Hizmetler
	+ Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
	+ Sağlık Hizmetleri
	+ Destek Hizmetleri
	+ Gösterge Yönetimi

# Yatay ve Dikey Hiyerarşik Yapı:

Kalite Yönetim Birimi dış dikey yapılanma da Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığına bağlıdır.

Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığı yılda bir kez kendi belirlediği zaman diliminde hastanemizi değerlendirir ve kalite yönetim sisteminde gelinen nokta puanlanır.

* + Kalite Yönetim Birimi en üst yönetim olarak Dekana bağlıdır.
	+ Tüm üst yönetim kalite yönetim sisteminin bir parçasıdır.
	+ Kalite Yönetim Biriminden çıkan tüm raporlar ve çalışmalar dikey hiyerarşik yapıya bağlı olarak ilk önce üst yönetim olarak Başhekime sunulur. Başhekim, tüm raporları ve çalışmaları denetleyerek gereken birimlere ve müdürlüklere dikey hiyerarşik yapıyla gönderimini yapar ve sistemde aksayan yönler varsa yapılması için görevlendirir.
	+ Birimler kalite yönetim sisteminde eşit yatay yapıya sahiptir.
	+ Tüm birimler sistem içerisinde kendi birimini ilgilendiren standartlara uygun çalışmak zorundadır.
	+ Uyulması gereken standartlar Sağlık Bakanlığının SKS ve ilgili mevzuatlarında belirlenmiştir. Kalite Yönetim Birimi bu standartların uygulanması, sürecin devamlığı ve sürekli iyileştirme için tüm birimlerle yatay iletişim tekniklerini kullanarak çalışır.
	+ Tüm birimler yine aynı yatay iletişimle Kalite Yönetim Birimi ile ilişki kurar. Bu ilişkilerde birim sorumlularına aynı zamanda Kalite Bölüm Sorumlularıdır.
	+ Kalite Yönetim Birimi tüm çalışanlar ile yatay ilişkinin kurulmasından ve kalite yönetim sisteminin uygulanmasından sorumludur. Bölüm Kalite sorumluları kalite sisteminin çalışanlardan sonraki ilk uygulama ayağını oluşturur.

# Kalite Yönetim Sistemi Çalışma Yapısı

Kalite Yönetim Birimi; Kalite Yönetim Direktöründen oluşmaktadır. Kalite birimine ait çalışma ofisi bulunmaktadır. Çalışma yapısında öncelik, Sağlıkta Kalite Standartları ve Sağlıkta Akreditasyon Standartlarını hasta ve çalışan güvenliği için işleyişe geçirerek etkinliğini, verimliliğini ve sürekliliğinin sağlanmak odaklıdır.

Kalite Yönetim Birimi SKS ADSH kapsamında kurulan komiteler, ekipler ve bölüm sorumluları ile koordineli çalışır. Komiteler ve ekipler kendi görev alanları ile ilgili çalışmalar yapar, doküman hazırlar, gösterge analizlerini değerlendirir eğitimler düzenler, DÖF takibi yapar. Bölüm Kalite Sorumluları ilgili oldukları bölüm dokümanlarını hazırlar.

Gösterge sorumluları gösterge verilerini toplar ve analizlerini yaparak değerlendirilmek üzere Kalite Yönetim Birimine gönderir. SKS ADSH kapsamında yürütülen çalışmaların koordinasyonunu yapar. Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip eder.

Doküman Yönetim Sistemini kurar. Öz değerlendirmeleri ve Bina Turlarını yönetir. Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetir. Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi. Anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, kurumsal kalite girişleri) takip eder ve yönetir. SKS ADSH kapsamında dokümanların yönetimini sağlar. Kurum ve Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.

Kalite süreci, Fakültemizde içerisinde verilen hizmet süreçlerinde görev alan herkesin sorumluluğudur. Bu sorumluluk yerine getirilirken; merkezimizin misyon, vizyon, amaç ve hedeflerini, hizmet kalitesini, hasta/çalışan güvenliği ve memnuniyetini Uluslararası ve Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında belirlenecek olan tüm süreçleri etkin bir şekilde tasarlayarak uygulamak, denetlemek, koordinasyon sağlamak ve memnuniyet oranını en üst seviyeye temel hedeftir.

Bu bağlamda Kalite Yönetim Birimi;

# Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır;

* SKS çalışmaları Kalite Yönetim Birimi tarafından yerine getirilir.
* Komisyon, komite ve ekipler belirlenir, çalışma alanlarına yönelik bilgilendirmeler yapılır.
* Toplantı tarihleri belirlenir ve alınan kararları raporlanır, yapılması planlanan çalışmalar, düzeltici önleyici faaliyetler, uygunsuzluklar dekanın onayı ile kalite birimi tarafından gerekli dokümantasyonlar kullanılarak takip edilir.
* Birimler arası yapılacak çalışmalar için yazışmalar, toplantılar vs. Birim Sorumlularının isteği doğrultusunda Kalite Yönetim Koordinatörünün kontrolünde ve Kalite Yönetim Sorumlusunun Raportörlüğünde sürecin başlangıcından bitimine kadar koordine edilir, kayıt tutulur, raporlanır.

# Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir.

* Her yıl birimlerden birimin gelişimine yönelik amaç ve hedefler belirlenmesi istenir.
* Bu amaç ve hedefler Kalite Birimi tarafından raporlanır, kontrol edilir ve dekan tarafından onaylanır.
* Belirlenen tarihlerde bu amaç ve hedeflere yönelik yapılması planlanan çalışmaların gidişatı kontrol edilir.
* Gerekirse Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler, Uygunsuzluk Raporlaması yapılır.
* Yıl sonunda belirlenen amaç ve hedeflerin gerçekleşme durumu kontrol edilir. Başarılı olanlar kapatılır. Başarılı olunamayanlar yapılan YGG toplantıları ile tekrardan değerlendirilir.

# Öz değerlendirmeleri yönetmelidir.

* Öz Değerlendirme yapacak ekip/ekipler belirlenir.
* Öz Değerlendirme takvimi hazırlanır.
* Öz Değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilir.
* Planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirmeler yapılır.
* Üst yönetim öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapar.
* Gerekli dokümanlarla kayıtlar tutulur.

# İstenmeyen Olay Bildirim Süreçlerine İlişkin Süreçleri Yönetmelidir.

Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı kapsayacak şekilde düzenlenmiştir.

* Fakültemizde istenmeyen olaylar olduğunda İstenmeyen Olay Bildirim Formu doldurulur. Bu formlar Hasta güvenliği ve Çalışan güvenliği olmak üzere 2 ayrı modüldedir.

Ör: İlaç güvenliği, hasta düşmeleri, cerrahi güvenlik, kesici delici alet yaralanmaları gibi. Bu formlar Hasta Güvenliği Komitesi tarafından komite toplantılarında değerlendirilir.

* Acil müdahale edilmesi tespit edilen olaylar için gereken önlemler alınır, gerekirse Düzeltici Önleyici Faaliyet (DÖF) başlatılır ve takibi yapılır.

# Hasta ve çalışan memnuniyetine yönelik anketleri değerlendirmelidir.

* Görevlendirilen anketör tarafından 3 ayda bir Hasta Memnuniyet Anketleri uygulanır. Yılda bir kez (aralık ayı) çalışan memnuniyet anketleri uygulanır.
* Kalite Yönetim Birimi bu çalışmaların takip ve kontrolünü yapar.

Hasta ve çalışan memnuniyet anketlerin sonuçları kurumsal kalite sistemine kalite yönetim birimi tarafından girilir.

* Fakültemizde görüş öneri kutuları mevcuttur. Bu kutular her ay Kalite Yönetim Sorumlusu ve yönetim ekibi tarafından açılır, gereken çalışmalar yapılır.
* Teşekkür ve tebrik alan çalışanlarımıza olumlu geribildirimde bulunulur.

# Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde yönetimi sağlanmaktadır.

* Tüm evraklar Kalite Yönetim Ekibinin kontrol ve takibindedir.
* Ayrıca bölümlerden gelebilecek yeni doküman talepleri ile ilgili. Talepler üst yönetim tarafından değerlendirilir, gerekli düzenlemeler yapılır.

# Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.

* Merkezimizde takip edilmesi gereken göstergeler belirlenmiştir.
* Bunların dışında Birim Sorumluları veya Üst Yönetimin takip ve analizine gerek duyduğu göstergeler belirlenir ve Sağlık Bakanlığının hazırladığı Gösterge Kartları kullanılarak hizmetin sunucunda elde edilen çıktıların, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesi sağlanır.

# ğ) Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

* Kalite Yönetim Birimi komitelere üye olarak katılır.
* Raportörlüğünü yapar.
* Komitelerde alınan kararları değerlendirir, Kalite Yönetim Koordinatörünün kontrolü ve Dekanın onayı ile gereken çalışmaları başlatır, Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından takip ve süreç yönetimi yapılır.

# Hasta Güvenliği komitesi kurulmuştur.

**Komitenin Görevleri:**

1- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması. 2- Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması

1. Radyasyon güvenliğinin sağlanması
2. Güvenli Cerrahi uygulamalarının sağlanması 5- Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması

6- Enfeksiyon komitesinin raporlarının sunulması. Komite yılda en az 4 kez toplanmaktadır.

# ı) Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi kurulmuştur. Komitenin Görevleri:

1. Çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması.
2. Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması. 3- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması.
3. Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması.
4. Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması. 6- Sağlık taramalarının yapılması.

Komite yılda en az 4 kez toplanmaktadır.

# Eğitim Komitesi kurulmuştur. Komitenin Görevleri:

1- Hizmet Kalite Standartları Eğitimi 2- Hizmet İçi eğitimler

3- Uyum eğitimleri (yeni başlayanlara yönelik) 4- Hastalara yönelik eğitimleri planlamalıdır.

Komite yılda en az 4 kez toplanmaktadır

# Tesis Güvenliği komitesi kurulmuştur.

**Görev Tanımı**

1.Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi, 2.Kurum alt yapı güvenliğinin sağlanması,

3.Can ve mal güvenliğinin sağlanması, 4.Acil durum ve afet yönetim çalışmaları 5.Atık yönetimi,

6.Tıbbi cihazların bakım onarım ve kalibrasyon planlarının yapılması, 7.Tehlikeli maddelerin yönetimi

Komite yılda en az 4 kez toplanmaktadır.