

Döküman No	KKU.PR.01
Yayın Tarihi	01.01.2015
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	01.01.2020
Sayfa No	1/3

AMAÇ:

Hastanemiz Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite standartlarına uygun olarak Kalite Yönetim Birimini oluşturmuş ve çalışmalarını Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SKS) çerçevesinde sürdürmesini sağlamaktır.

KAPSAM:

Tüm hastane birimlerini kapsamaktadır.

SORUMLULAR:

- Başhekim
- Başhekim Yardımcısı
- Başhemşire
- Kalite Yönetim Direktörü
- Kalite Bölüm Sorumluları

FAALİYET AKIŞI:

Kalite Birimimizin yapılanması

KALİTE YÖNETİM BİRİMİ;

- SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır.
- Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir.
- Öz değerlendirmeleri yönetmelidir.
- Güvenlik Raporlama Sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir.
- Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmelidir.
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi.) yönetmelidir.
- SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.
- SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

SAĞLIK HİZMET KALİTE STANDARTLARI NEDİR?

Hastanemiz Sağlık Bakanlığı Performans Daire Başkanlığınca hazırlanmış olan Sağlık Hizmet Kalite standartlarına uygun olarak çalışmalarını sürdürmekte ve bakanlıkça bu standartlar üzerinden periyodik olarak denetlenmektedir . Sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta

Hazırlayan :
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan:
Başhekim

Döküman No	KKU.PR.01
Yayın Tarihi	01.01.2015
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	01.01.2020
Sayfa No	1/3

memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir.

KALİTE YÖNETİMİ İLE İLGİLİ TANIMLAR

Bölüm Hedefleri:

SKS' deki bölümlerin işleyişlerini iyileştirmeye ve geliştirmeye yönelik olarak belirledikleri ve takip ettikleri hedefler aylık olarak izlenmektedir.

Prosedür:

Bir faaliyetin amacını ve kapsamını tanımlar. Prosedürde ne gerçekleştirilecek? Neden gerçekleştirilecek? Nerede kontrol edilecek? Kim faaliyet/kontrolden sorumludur? Nasıl gerçekleşecek /kontrol edilecek? Ne zaman gerçekleşecek /kontrol edilecek sorularının cevabı yer alır. Birimler iş akış şemalarını ve işleyiş adımlarını prosedürlerinde belirtirler. Prosedürler kalite birimi tarafından intra net ortamda yayınlanır.

Kalite Planları:

Kaynakları ve faaliyet sıralarını ortaya koyan dokümandır. Kontrollü doküman olup kalite birimi tarafından otomasyonda yayınlanır.

Talimat:

Yapılan işle ilgili uygulamaların anlatıldığı dokümandır. Kontrollü doküman olup kalite birimi tarafından intra net ortamda yayınlanır.

Oryantasyon Eğitim Rehberi:

Misyonumuz, Vizyonumuz, Kalite Politikamız, Organizasyon Şeması, Hastane Tarihçesi, İdari Kadromuz, Hastane İletişim Bilgileri, Eğitim Birimi Oryantasyon Programı, Hastanemiz Kalite Yönetim Sistemi Rutin Uygulamaları, Hastanemiz Eğitimleri, Oryantasyon Eğitimi, Kuruma Oryantasyon Programı, Hasta Eğitimleri, Özlük Haklarımız, Hasta Ve Çalışan Güvenliği, Hastanemizi Tanıyalım, Hastanemizin İdari Birimleri, Hastanemiz Poliklinik Hizmetleri, Hastanemiz Teşhis Tedavi Destek Üniteleri, Komite Ve Birimler, Kat Yerleşim Planı, organizasyon el kitabında bulunmaktadır.

Form :

Hazırlayan : Kalite Yönetim Direktörü	Onaylayan: Başhekim
--------------------------------------------------------	--------------------------------------

Döküman No	KKU.PR.01
Yayın Tarihi	01.01.2015
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	01.01.2020
Sayfa No	1/3

Kuruluşun faaliyetlerini yerine getirebilmek için kullandıkları kayıt araçlarıdır. Formlar birimlerin ihtiyaçlarına göre oluşturulur veya revize edilir. Kodsuz form kullanılamaz. Fotokopi ile çoğaltılabilir. Örn: Bina Turu Formu

Uygunsuzluk:

Hizmet kalite Standartlarının öngördüğü bir şartın yerine getirilmemiş olmasıdır.

Düzeltilici Faaliyet:

Saptanan bir uygunsuzluğun sebebini veya diğer istenmeyen durumu yok etmek için yapılan faaliyettir. Kurumumuzda ya da hizmet aldığımız tedarikçide öz değerlendirme, bakanlık değerlendirmesi hasta ve çalışan şikâyetleri, hasta ve çalışan anketleri, kalite ve hedeflerdeki sapmalar, kalite uygulamaları, istatistiksel teknik uygulamalar, yönetimin gözden geçirme toplantıları, haftalık olağan toplantılar gibi faaliyetler sonucu oluşan uygunsuzluklar, önleyici faaliyetler ve iyileştirme fırsatları tespit edilir. DÖF tespit edildiğinde DÖF formu doldurularak kalite Birimine başvurulur. DÖF' le ilgili işlemler Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürüne göre yapılır.

Önleyici Faaliyet:

Önleyici faaliyetler sistematik olarak iyileştirme çalışmalarında uygulanır. Bir diğer önleyici faaliyet ise henüz bir problem çıkmamış bir ürün, hizmet veya serviste benzer bir ürün, hizmet veya servis için yapılmış düzeltici faaliyetlerin yaygınlaştırılmasıdır. ÖF tespit edildiğinde DÖF formu doldurularak kalite Birimine başvurulur. ÖF'le ilgili işlemler Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürüne göre yapılır.

DÜZELTİCİ FAALİYETLE ÖNLEYİCİ FAALİYET ARASINDAKİ FARK

Düzeltilici Faaliyet oluşan problemin kaynaklarının giderilmesi, önleyici faaliyet ise henüz oluşmamış ancak oluşabilecek problemlerin önceden öngörülerek giderilmesidir.

Hazırlayan :
Kalite Yönetim Direktörü

Onaylayan:
Başhekim