
	KALİTE YÖNETİM ÇALIŞMALARINAYÖNELİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ			
DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KY.PR.02	01.01.2024	0	-	Sayfa:1/3

1. AMAÇ: Kalite Yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşik yapıların ve işleyişin tanımlanması.

2. KAPSAM: Tüm Tıp Merkezi birimleri

3. KISALTMALAR

4. SORUMLULAR: Başhekim/Kurum Yöneticisi, Kalite Yönetim Direktörü, Başhemşire, Kalite Yönetim Birimi Çalışanları,

Bölüm Kalite Sorumluları, sorumlu hemşireleri, sağlık çalışanları, tetkik odası çalışanları sorumluları.

5. 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 intranet 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, Tıp merkezi Tarihçesi, İdari Kadromuz, Hastane İletişim Bilgileri, Eğitim Birimi Oryantasyon Programı, Tıp Merkezi Kalite Yönetim Sistemi Rutin Uygulamaları, Tıp merkezi Eğitimleri, Oryantasyon Eğitimi, Kuruma Oryantasyon Programı, Hasta Eğitimleri, Özlük Haklarımız, Hasta Ve Çalışan Güvenliği, Tıp merkezini Tanıyalım, Tıp Merkezi İdari Birimleri, Tıp Merkezi Poliklinik Hizmetleri, kurumumuz Teşhis Tedavi Destek Üniteleri, Komite Ve Birimler, Kat Yerleşim Planı, organizasyon, Rehberde bulunmaktadır.

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

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. DÖF'le ilgili işlemler Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürüne göre yapılır.

Hasta Güvenliği



KALİTE YÖNETİM ÇALIŞMALARINAYÖNELİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KY.PR.02	01.01.2024	0	-	Sayfa:2/3

Sağlık bakım hizmetlerinin hastalara vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır.

6. FAALİYET AKIŞI

Hastanemiz de kalite yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey hiyerarşik yapılar

- ✓ Tıp Merkezi Yöneticisi/Başhekim,
- ✓ Mesul Müdür,
- ✓ Başhemşire,
- ✓ Kalite Yönetim Direktörü
- ✓ Kalite Yönetim Birimi,
- ✓ Bölüm Kalite Sorumluları,
- ✓ Komite ve Ekipler.

Kalite Yönetim Birimi;

- ✓ 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.
- ✓ SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.
- ✓ Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.

SKS KAPSAMINDA KURDUĞUMUZ EKİPLER VE KOMİTELER

KOMİTELER	EKİPLER
Hasta Güvenliği	Bina Turu Ekibi
Çalışan Güvenliği	İlaç Yönetim (Akılcı İlaç) Ekibi,
Eğitim Komitesi	Öz Değerlendirme Ekibi
Tesis Güvenliği	Acil Durum ve Afet Yönetim Ekibi,
Enfeksiyon Kontrol Komitesi	Mavi Kod Yönetim Ekibi
	Pembe Kod Yönetim Ekibi
	Beyaz Kod Yönetim Ekibi,
	Kırmızı Kod Yönetim Ekibi,
	Hasta/Hasta Yakınları Görüş, Öneri Ve Şikayetleri Değerlendirme Ekibi,
	Çalışan Görüş, Öneri Ve Şikayetleri Değerlendirme Ekibi

Sorumluluk, İlişkiler ve Yetki Devri

- Her birimin asil sorumluları ve yardımcıları belirlenmiş olup başhekim oluru ile resmi olarak yazılıp görevlendirmeleri kişilere tabiiğ edilmiştir. Görevlendirmeler ihtiyaca göre revize edilip, yeni görevlendirmeler yapılmaktadır. Asil sorumlular, yardımcılarına gerektiğinde yetki devrini yapmaktadır.
- Sorumlular Kalite Yönetim Direktörü ile koordineli çalışmalıdır.



KALİTE YÖNETİM ÇALIŞMALARINAYÖNELİK İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
KY.PR.02	01.01.2024	0	-	Sayfa:3/3

- Sorumlular Bölümleri ile ilgili kalite standartlarını ve yürütülen düzeltici önleyici faaliyetleri takip etmelidir.

7. İLGİLİ DÖKÜMANLAR

1. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ PROSEDÜRÜ
2. TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ PROSEDÜRÜ
3. HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ PROSEDÜRÜ
4. EĞİTİM KOMİTESİ PROSEDÜRÜ
5. TOPLANTI TUTANAK FORMU
6. DÖF FORMU
7. TOPLANTI CAGRI FORMU
8. KOMİTE VE EKİPLER LİSTESİ
9. ÖZ DEĞERLENDİRME PLANI
10. EĞİTİM KOMİTESİ PLANI

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Yönetim Birimi	Kurum Müdürü	Başhekim