

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	KY.PR.01
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	1 / 3

1. AMAÇ: Necmettin Erbakan Üniversitesi Tıp Fakültesi Hastanesinde; Sağlıkta Kalite Standartları ve Türk Standartlar Enstitüsü çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.

2. KAPSAM: Kalite yönetim birimini ve tüm hastane çalışanlarını kapsar.

3. KISALTMALAR:

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

KYB: Kalite Yönetim Birimi

TSE: Türk Standartları Enstitüsü

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

YS: Yönetim Sistemleri

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR:

- Başhekim
- Başhekim Yardımcısı
- Müdür Yardımcısı
- Hemşirelik Hizmetleri Müdürü
- Hemşirelik Hizmetleri Müdür Yardımcısı
- Kalite Yönetim Direktörü
- Birim Memuru

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. SKS, TSE ve YS uygulamalarını yürütmek üzere hastanemizde kalite yönetim birimi kurulmuştur. İdare tarafından belirlenen müdür yardımcısı kalite yönetim direktörü olarak görevlendirilir. Kalite yönetim direktörü kalite yönetim biriminin sorumlusudur.

6.2. KYB, SKS, TSE ve YS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.

6.3. Hasta ve çalışan anket sonuçlarını değerlendirir.

6.4. SKS, TSE ve YS çerçevesinde hazırlanan; yazılı düzenlemeleri kontrol eder, yazılı düzenlemelerin revizyonunu takip eder.

6.5. Dökümanları yılda en az bir defa gözden geçirerek, değişmesinde fayda görülen dökümanların revizyonunu sağlar.

6.6. SKS, TSE ve YS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılır.

6.7. Düzeltici ve önleyici faaliyetlerin takibini yapar.

6.8. Komisyonların yaptığı toplantıların takibini yapar.

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	KY.PR.01
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	2 / 3

- 6.9.** Yeni çıkacak ve yürürlükteki standartlarda olabilecek değişikliklerin izlenmesi faaliyeti Türk Standartlar Enstitüsüne yıllık abonelik yoluyla izlenir. Standartların güncelliğinin takibini sağlar.
- 6.10.** Kurumun kalite yönetimi konusundaki misyon, vizyon ve ilkelerini belirleyerek, hizmet sunumuna yönelik politikalar geliştirir ve bu politikalara uygun stratejik planlamaları yapar.
- 6.11.** Kurumun performans ve kalite hedeflerini belirlemek, bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli çalışmaları planlar, organize eder, izler ve değerlendirir.
- 6.12.** Bölüm tarafından belirlenen bölüm hedeflerine yönelik analiz sonuçlarının değerlendirir.
- 6.13.** Kurumdaki mevcut sorunları tespit eder, öncelik sırasına koyar ve bu doğrultuda süreç iyileştirme çalışmaları yapar ve yapılmasını sağlar.
- 6.14.** Sağlıkta kalite standartlarının uygulanmasını sağlar ve değerlendirmek amacıyla yılda en az bir kez öz değerlendirmeleri planlar, yürütür ve yönetir.
- 6.15.** Kalite birim sorumlularının ihtiyacı olan eğitimleri planlar ve bu eğitimleri almalarını sağlar.
- 6.16.** Bölüm kalite sorumlularının çalışmalarının koordinasyonunu sağlar.
- 6.17.** Kurumun ulaştığı kalite düzeyini saptamak amacıyla kriterler geliştirir ve elde edilen veriler sonucunda çalışmaları yönlendirir.
- 6.18.** Kurum çalışanlarının faaliyetlere katılımını sağlamak amacıyla gerekli teşvik mekanizmaları oluşturur.
- 6.19.** İstatistiksel çalışmalar sonucu ile ortaya çıkan uygunsuzlukların üst yönetime raporlanması, gerektiğinde düzeltici ve/veya önleyici faaliyetlerin planlanması ve takibi işlemlerini yürütür ve denetler.
- 6.20.** Çalışan anket sonuçlarını değerlendirir.
- 6.21.** Dış kaynaklı dokümanların güncelliğini takip eder.
- 6.22.** Bütün çalışanların bilgi ve beceri düzeyinin yükseltilmesi, iş ve görev tanımına uygun olarak çalıştırılması, birim içi koordinasyonun sağlanması ve sürekli gelişmeye dayalı bir ortamın yaratılmasının sağlar.
- 6.23.** Olağan toplantı gününden en az 3-10 gün önce toplantı yerini, saatini ve gündemini katılımcılara iç haberleşme formu ile duyurur.
- 6.24.** Olağan YGG toplantılarının öncesinde veya gerektiği zaman üst yönetime KYS ve istenen konularda performans raporu verir.
- 6.25.** YGG toplantısında alınan kararlar içinde düzeltici ve önleyici faaliyet gerektiren konular varsa bu kararlar için tamamlama süreleri ve sorumlular belirleyerek birim sorumlularına dağıtılır.
- 6.26.** Tetkik edilecek birimi veya tetkikçileri tetkikten önce bilgilendirir.
- 6.27.** Öz değerlendirmeye katılacak ekibi görevlendirir.
- 6.28.** İç tetkiklere ilişkin bilgileri düzeltici önleyici faaliyet formu ile takip eder ve sonuçlarını bu forma işler.
- 6.29.** İç tetkiklerde tespit edilen uygunsuzlukları konularına ve sayısına göre tetkik dönemlerinden sonra toplar ve sonuçları YGG toplantılarına sunar.

“Kalite Yönetim Sistemi” Klasöründe bulunan belge güncel ve kontrollü olup, baskı alınmış KONTROLSUZ belgedir.

ELEKTRONİK NÜSHA. BASILMIŞ HALİ KONTROLSUZ KOPYADIR.

	T.C NECMETTİN ERBAKAN ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ HASTANESİ	DOKÜMAN KODU	KY.PR.01
		YAYIN TARİHİ	01.04.2013
		REVİZYON NO	03
	KALİTE YÖNETİM BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ	REVİZYON TARİHİ	01.01.2024
		SAYFA NO	3 / 3

6.30. Öz değerlendirme sonucu tespit edilen uygunsuzlukları öz değerlendirmeden sonra toplan ve sonuçları YGG toplantılarına sunar.

6.31. Kendisinde toplanan verileri bilgisayar ortamında, yüzde analizi, sütun, çizgi, çubuk, pasta vb. istatistik tekniklerden biri veya birkaçını kullanarak değerlendirir ve sonuçlardan acil olanları veya üst yönetimin istediklerini hemen, diğerlerini ise YGG toplantılarında üst yönetime sunar.

6.32. Yıl bazında hangi konularda ve ne kadar zamanda kaç adet iyileştirme yapıldığını tespit eder ve YGG toplantılarında üst yönetime sunar.

6.33. Güvenlik raporlama sistemi ve gösterge yönetiminin; bildirim, analiz ve raporlama sürecini takip eder.

6.34. SKS de belirlenen gösterge verilerini aylık ve üç aylık olarak analiz eder. Hedefleri tutmayan göstergelerle ilgili DÖF başlatır.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- **KY.FR.01 Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu**
- **KY.FR.04 İç Haberleşme formu**
- **Sağlıkta Kalite Standartları**
- **TSE Yönetim Sistemi Standartları**