

REVİZYON TARİHİ	REVİZYON NO	AÇIKLAMA

**HAZIRLAYAN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****KONTROL EDEN
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN
GENEL MÜDÜR**

1.AMAC

Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Standartları ve Sağlık bakanlığının yayınladığı uygulama rehberleri doğrultusunda yeterli düzeyde güvence ve hizmet vermek için yürütülen tüm faaliyetleri tasarlamak, uygulamak, denetlemek, geliştirmek ve takip etmektir.

2. KAPSAM

Sağlık Bakanlığı Performans Yönetimi Kalite Geliştirme Daire Başkanlığının hazırlamış olduğu Sağlıkta Kalite Standartlarını kapsamaktadır.

3.SORUMLULAR

Kalite Yönetim Direktörü, Kalite Birim Sorumlusu

4.KISALTMALAR

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

SAS: Sağlıkta Akreditasyon Standartları

DÖF: Düzeltici/ Önleyici Faaliyetler

5.FAALİYET AKIŞI**5.1.KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ**

- Acil Durum Yönetimi
- Destek Hizmetler
- Hasta Deneyimi
- Performans ve Kalite İyileştirme
- Sağlık Hizmetleri
- Sağlıklı Çalışma Yaşamı
- Yönetim ve Organizasyon olmak üzere 7 boyuttan oluşur.

1.Acil Durum Yönetimi**2.Destek Hizmetler**

- ✓ Atık Yönetimi(AY)
- ✓ Bilgi Yönetimi(BY)
- ✓ Dış Kaynak Kullanımı(DK)
- ✓ Malzeme ve Cihaz Yönetimi(MC)
- ✓ Otelcilik Hizmetleri(OH)
- ✓ Tesis Yönetimi(TY)

3.Hasta Deneyimi

- ✓ Hasta Geri Bildirimleri(GB)
- ✓ Hizmete Erişim(HE)
- ✓ Temel Hasta Hakları(HH)
- ✓ Yaşam Sonu Hizmetleri(YS)
- ✓ Hasta Güvenliği(HG)

4.Performans ve Kalite İyileştirme

- ✓ Göstergelerin İzlenmesi

5.Sağlık Hizmetleri

- ✓ Acil Sağlık Hizmetleri(AS)
- ✓ Enfeksiyonların Önlenmesi(EÖ)
- ✓ Güvenli Cerrahi(GC)
- ✓ Hasta Bakımı(HB)
- ✓ İlaç Yönetimi(İY)
- ✓ Laboratuvar Hizmetleri(LH)
- ✓ Radyasyon Güvenliği(RG)
- ✓ Sterilizasyon Yönetimi(SY)
- ✓ Transfüzyon Yönetimi(TY)

6.Sağlıklı Çalışma Yaşamı

- ✓ Çalışan Sağlığı ve Güvenliği(ÇG)
- ✓ İnsan Kaynakları Yönetimi(İK)

7.Yönetim ve Organizasyon

- ✓ Doküman Yönetimi(DY)
- ✓ Eğitim Yönetimi(EY)
- ✓ İstenmeyen Olay Bildirimi(OB)
- ✓ Kalite Yönetim Yapısı(KY)
- ✓ Kurumsal İletişim(Kİ)
- ✓ Organizasyon Yapısı(OY)
- ✓ Risk Yönetimi(RY)
- ✓ Sosyal Sorumluluk(SS)
- ✓ Temel Politika ve Değerler(PD) 32 Bölümden oluşmaktadır.

5.2.KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNDE YATAY VE DİKEY HİYERARŞİK YAPI

- ✓ Çorlu Vatan Hastanesi 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 Genel Müdürlüğe 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 Genel Müdüre sunulur. Genel Müdür tüm raporları ve çalışmalarını denetleyerek gereken birimlere ve müdürlüklere dikey hiyerarşik yapıyla gönderimini yapar ve sistemde aksayan yönler varsa yapılması için görevlendirir.
- ✓ Çorlu Vatan Hastanesinde 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.

5.3.KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ ÇALIŞMA YAPISI

- Kalite Yönetim Birimi; Kalite Yönetim Direktörü ve Kalite Birim Sorumlusundan oluşmaktadır.
- Kalite birimine ait Çalışma Ofisi bulunmaktadır.(2.kat)
- 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 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, bölüm eğitimlerini düzenler. Gösterge sorumluları gösterge verilerini toplar ve analizlerini yaparak değerlendirilmek üzere Kalite Yönetim Birimine gönderir.
 - ✓ SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu yapar.
 - ✓ Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip eder.
 - ✓ Doküman Yönetim Sistemini kurar.
 - ✓ Öz değerlendirmeleri ve Bina Turlarını yönetir.
 - ✓ Güvenlik Raporlama Sistemine ilişkin süreçleri 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 çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlar.
 - ✓ Kurum ve Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.
 - ✓ SKS çerçevesinde belirlenen komiteleri planlar ve üye olarak katılır.
- **Kalite Hedefleri**
 - ✓ Çorlu Vatan Hastanesi üst yönetimi, çalışanlar ile birlikte Sağlıkta Kalite Standartları ve bakanlığımızın yayınladığı uygulama rehberlerine ve faaliyetlerine uygun olarak kalite hedeflerini belirlemiştir.
 - ✓ Bir önceki dönemin hedefleri, gözden geçirilir ve bu hedeflere ulaşılma durumu analiz edilir.
 - ✓ Bir sonraki dönemin hedefleri aynı şekilde belirlenir ve onaylanır.
 - ✓ Hedefler takip edilerek, gerekiyor ise güncelleştirilir.
 - ✓ Ayrıca Kalite Yönetim Birimi tarafından tüm birimler için ayrı ayrı birim hedefleri belirlenmiş olup bu hedefler sürekli kontrol edilip gerekli analizleri yapılmakta ve dönemsel olarak birimin işleyişine göre revize edilmektedir.

5.3.1.SKS Çerçevesinde Yürütülen Çalışmaların Koordinasyonu;

SKS ve SAS kapsamında yürütülen tüm çalışmaların koordinasyonunu sağlar. Standartlar ve kuruma özel kurulan komitelerin ve ekiplerin yıllık toplanması gereken planlamaları yaparak tüm çalışanlarla intranet ortamında paylaşılmasını sağlar.

5.3.2.Kurumsal Amaç ve Hedeflere Yönelik Çalışmalar;

Kurumun kalite yönetimi konusundaki misyon, vizyon ve ilkelerini belirleyerek, hizmet sunumuna yönelik politikalar geliştirir ve bu politikalara uygun stratejik planlamaları yapar. Mevcut durumu etkinlik, verimlilik ve hizmet kalitesi yönünden değerlendirerek, kurumun kaynaklarını, belirlenen politika ve hazırlanan planlar doğrultusunda harekete geçirir, uygulamaya koyar, izler ve yeni durumlara göre hizmetin kalite ve verimliliğinde sürekliliği sağlamak üzere gerekli tedbirleri alır.

5.3.3.Özdeğerlendirmeler;

SKS ve SAS Kapsamında yıllık olarak hastanenin Öz değerlendirme planını hazırlar. Öz değerlendirme ekiplerini, eğitimleri ve değerlendirme süreçlerini yönetir. Öz değerlendirme sonuçlarını üst yönetime sunar. Tespit edilen eksiklik olması durumunda düzeltici önleyici faaliyetleri başlatır ve takibini yapar.

5.3.4.Güvenlik Raporlama Sistemi(olumsuz olayların bildirim sistemi)

Hasta ve çalışan güvenliği kapsamında ki tüm süreçlerle ilgili oluşabilecek olumsuz olayların bildirimlerinin yapılması KNA süreçlerinin başlatılması ve analizlerinin yapılarak Üst Yönetimle paylaşılması süreçleri direk olarak Kalite Birimi tarafından yönetilir ve takip edilir.

5.3.5.Risk Yönetimi;

Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili tesis ve çevre güvenliğine ilişkin süreçleri (hastanede karşılaşılabilen fiziksel, kimyasal, biyolojik, ergonomik ve psikososyal ilişkin unsurlar ile tüm riskler) iş güvenliği uzmanı ile birlikte yönetir. Risk yönetim çalışmalarını ilgili komitelerle ve bölüm kalite sorumlularıyla işbirliği içerisinde yürütür.

5.3.6.Doküman Yönetimi

SKS ve SAS kapsamında kurumda ortak bir dil oluşmasını sağlamak amacı ile hastanede de kullanılan tüm dokümanların belirli standartlar çerçevesinde kodlanarak kullanılmasını ve takibini yapar. Dokümanları kontrol eder ve yeni doküman eğitimlerini verir.

5.3.7.Hasta ve Çalışan Memnuniyet Anketleri;

Aylık olarak Hasta Memnuniyet anketlerinin yapılmasından ve sonuçların komitede değerlendirme düzeltici/önleyici faaliyetlerin planlanması süreçlerini ve kurumsal kalite girişlerinin yapılmasını takip eder. Yılda 2 defa (mart-eylül ayları) Çalışan memnuniyet anketlerinin yapılmasını ve Kurumsal Kalite Sistemine girişlerinin yapılması süreçlerini yönetir.

5.3.8.Kalite Göstergelerine Yönelik Süreçler;

Kalite göstergelerini takibini yapar. Gösterge sorumluları ile işbirliği içerisinde gösterge analizlerini yapar. Analiz sonuçlarına göre gerektiğinde DÖF takibi yapar.3 aylık periyotlar halinde veri sonuçlarını Kurumsal Kalite Sistemine girişini yapar.

5.3.9.SKS Çerçevesinde Belirlenen Komite Üyeliği;

- ✓ Hasta Güvenliği Komitesi,
- ✓ Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi,
- ✓ Enfeksiyon Kontrol Komitesi,
- ✓ Eğitim Komitesi
- ✓ Tesis Güvenliği Komitesinin mutlak üyesidir.

6.İLGİLİ DOKÜMANLAR

- Sağlıkta Akreditasyon Standartları Rehberi
- Sağlıkta Kalite Standartları Rehberi
- Memnuniyet Anketi Uygulama Rehberi
- Kurumsal Kalite Sistemi