

| | | | | |
|---|--|--|-------------------|------------|
|  TÜRK KIZILAYI 1920 Genel Türkiye Kurumu Genel Kurulunun Kararıyla KIZILAY HASTANESİ | KALİTE YÖNETİM BİRİMİ ÇALIŞMA PROSEDÜRÜ |  TC Sağlık Bakanlığı | | |
| DOK.KOD:KY.PR.01 | YAYIN TARİHİ: 02.01.2016 | REVİZYON NO:00 | REVİZYON TARİHİ:- | SAYFA 1 /2 |

1. **AMAÇ:** Hastanemizin hizmet kalite standartları puanını belirlemek ve katkısı olan personelin teşvik edilmesini sağlamak için Özel hastaneler hizmet kalite standartları çerçevesinde 6'şar aylık dönemleri kapsayacak kalite birimi tarafından yapılan iş ve işlemleri tanımlamak.
2. **KAPSAM:** Kalite biriminin faaliyetlerini ve tüm hastane personelini kapsar.
3. **TANIMLAR:**
4. **KISALTMALAR:**
5. **SORUMLULAR:** Tüm birimler bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumludur.
6. **FAALİYET AKIŞI:**
 - 6.1. Kalite komitesi, en az yılda 1 defa kalite hedeflerinin belirlenmesi ve sürekli gelişim için gerekli çalışmaları yapmak üzere toplanır. Tüm personele bilgilendirme toplantıları/eğitimleri düzenler.
 - 6.2. Halkla ilişkiler sorumlusu aynı zamanda Kalite yönetim direktörü / Kalite yönetim temsilcisi olarak görev yapar.
 - 6.3. Kalite yönetim biriminin zemin katta ayrı bir çalışma ofisi bulunmaktadır.
 - 6.4. Kalite yönetim birimi;
 - o SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamalıdır.
 - o Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir.
 - o Öz değerlendirmeleri yönetmelidir.
 - o Güvenlik Raporlama Sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir.
 - o Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmelidir.
 - o Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi.) yönetmelidir.
 - o SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.
 - o Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.
 - o SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.
 - 6.5. SKS'nin uygulanmasına yönelik **bölüm kalite sorumluları** belirlenmiş olup bölüm sorumluları aynı zamanda kalite sorumlusu olarak görev yapar.
 - 6.6. **Sorumlular;** kalite yönetim direktörü ile koordineli çalışmalıdır.
 - 6.7. Bölüm hedeflerine ilişkin analizler sorumlular tarafından yapılmalı ve kalite yönetim birimine bildirilmelidir. Sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip etmelidir.
 - 6.8. SHKS kapsamında hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenir. Hedeflere ilişkin dönemsel değerlendirmeler yapılmalıdır.
 - 6.9. Kalite Birimi DÖF lerin takibini yaparak daha kaliteli hizmet sunumu için gerekli şartların yerine getirilmesini sağlar.
 - 6.10. Yıllık eğitimleri eğitim komitesi ile birlikte planlayarak yıllık eğitim planları oluşturur. Birimlerden gelen eğitim isteklerini de dikkate alarak ilgili eğitimleri verilmesini sağlar.
 - 6.11. SKS'ye ilişkin bir yıllık zaman dilimi için en az bir kez olmak üzere öz değerlendirme yapılır.
 - 6.12. Öz değerlendirme kalite yönetim biriminin yönetiminde yapılmalı,
 - Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsamalı,
 - Öz değerlendirme planı hazırlanmalı,
 - Öz değerlendirme takvimi hazırlanmalı,
 - Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmeli,
 - Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir.
 - Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar kalite yönetim birimi tarafından üst yönetime rapor edilmelidir.

| | | |
|---|---|------------------------|
| HAZIRLAYAN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ | KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ | ONAYLAYAN: BAŞHEKİM |
|---|---|------------------------|

- 6.13.** Hastane yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm sorumluları ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.
- 6.14.** Bölüm bazında belirlenen hedefler ve öz değerlendirme sonuçları değerlendirilmelidir.
- 6.15.** Değerlendirme toplantıları her dönem en az bir kez yapılmalıdır.
- 6.16.** İç tetkik ve öz değerlendirmeleri planlar, duyurur ve gerçekleştirilmesini sağlar. Sonuçların değerlendirilmesi için ilgili birim sorumluları ile toplantı yapılmasını sağlar.
- 6.17.** Hastane bünyesinde oluşturulan tüm komitelerle iş birliği içinde çalışır. Bölüm kalite sorumluları ile koordineli olarak çalışır.
- 6.18.** Kalite dokümanlarının ve kayıtlarının güvenli bir şekilde saklanması ve arşivlenmesini sağlar.
- 6.19.** Kalite standartlarının artırılması için gerekli araştırma ve geliştirme faaliyetlerini yürütür.
- 6.20.** Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesi amacıyla anketlerin uygulanması ve değerlendirilmesi için hasta hakları birimi ile ortak çalışmalara katılır.
- 6.21.** Mevcut durumu, değerlendirerek kurumun kaynaklarını, politika ve hazırlanan planlar doğrultusunda harekete geçirir. Ulaşılan çözümleri standartlaştırarak uygulamaya koyar.
- 6.22.** Hasta ve çalışan güvenliği talimatımız doğrultusunda gerekli faaliyetlerin yürütülmesini sağlar.

6.SORUMLULAR: Tüm birimler bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumludur.

6.İLGİLİ DOKÜMANLAR:

HAZIRLAYAN:
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

KONTROL EDEN:
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN:
BAŞHEKİM