



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HAKKARİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ŞEMDİNLİ DEVLET HASTANESİ
KALİTE YÖNETİMİNİN SİSTEMİ PROSEDÜRÜ



KOD:	KY/PR/28
YAY. TARİHİ:	25.03.2019
REVİZYON No.	0
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA No.	1

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

Kalite Yönetim Direktörü
Kalite birimi çalışanları
Kalite Bölüm Sorumluları

FAALİYET AKIŞI

Dikey Hiyerarşik yapılar (Boyutlar)

1. Kurumsal Hizmetler
2. Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler
3. Sağlık Hizmetleri
4. Destek Hizmetler
5. Gösterge Yönetimi

Yatay Hiyerarşik yapılar (Bölümler)

1. Kurumsal Yapı
2. Kalite Yönetimi
3. Doküman Yönetimi
4. Risk Yönetimi
5. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
6. Acil Durum ve Afet Yönetimi
7. Eğitim Yönetimi
8. Sosyal Sorumluluk
9. Hasta Deneyimi
10. Hizmete Erişim
11. Sağlıklı Çalışma Yaşamı
12. Enfeksiyonların Önlenmesi
13. Sterilizasyon Hizmetleri
14. İlaç Yönetimi
15. Hasta Bakımı
16. Radyasyon Güvenliği
17. Protez Laboratuvarı Hizmetleri
18. Tesis Yönetimi
19. Otelcilik Hizmetleri
20. Malzeme ve Cihaz Yönetimi
21. Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
22. Atık Yönetimi
23. Bilgi Yönetimi
24. Dış Kaynak Kullanımı
25. Göstergelerin İzlenmesi
26. Hizmet Kalite Göstergeleri



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HAKKARİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ŞEMDİNLİ DEVLET HASTANESİ
KALİTE YÖNETİMİNİN SİSTEMİ PROSEDÜRÜ



KOD:	KY/PR/28
YAY. TARİHİ:	25.03.2019
REVİZYON No.	0
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA No.	2

KALİTE YÖNETİM YAPISINA İLİŞKİN GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLAR

- 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, hastave çalışan geribildirimlerinin alınması gibi.) yönetmelidir.
- SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.
- SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmalıdır.

SKS KAPSAMINDA KURDUĞUMUZ EKİPLER VE KOMİTELER

KOMİTELER	EKİPLER
HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	BİNA TURU EKİBİ
ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	
TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	
EĞİTİM KOMİTESİ KOMİTESİ	

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 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 prosedürlerin de 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.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HAKKARİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ŞEMDİNLİ DEVLET HASTANESİ
KALİTE YÖNETİMİNİN SİSTEMİ PROSEDÜRÜ



KOD:	KY/PR/28
YAY. TARİHİ:	25.03.2019
REVİZYON No.	0
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA No.	3

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 nedir: 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. DÖF' 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.

Hastanemiz Kalite Yönetim Biriminde Kalite Direktörü olarak Emin ÇELİK, Kalite Yönetim Birim Çalışanı Feyzullah ATILGAN , Aslan MAMUK ve Berivan DURMAZ görev yapmaktadır. Kalite Yönetim Birimi olarak Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü Emin ÇELİK 'in odası kullanılmaktadır. .Kalite Yönetim Biriminde SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonu sağlanmaktadır.

- Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip eder.
- Öz değerlendirmeleri 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, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi.) yönetir.



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HAKKARİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ŞEMDİNLİ DEVLET HASTANESİ
KALİTE YÖNETİMİNİN SİSTEMİ PROSEDÜRÜ



KOD:	KY/PR/28
YAY. TARİHİ:	25.03.2019
REVİZYON No.	0
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA No.	4

- SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlar.
- Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.
- SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılır.
- Hizmet içi ,SKS, uyum ve hastalara yönelik eğitimleri takip eder.

Kurumsal Amaç Ve Hedeflere Yönelik Çalışmalar:

Hastanemizde mevcut olan klinikler, laboratuvarlar, poliklinikler ve idari birimler yıllık olarak hedeflerini belirler ve 6 ay sonra geri bildirimle ne aşamada olduğu tespit edilir. Yıl sonunda belirlenen hedeflerin sonuçları tespit edilir ve birimlerin hedeflerinin ne kadarının gerçekleşip gerçekleşmediği, ne kadarının devam ettiği kalite yönetim birimi tarafından analiz edilir ve sonuçlar çalışanlara duyurulur.

Öz Değerlendirme Çalışmaları:

Hastanemizde **yılda 2 defa** öz değerlendirme yapılır. Bu öz değerlendirme süreçleri önceden planlanır. Öz değerlendirmeyi yapacak olan ekip kalite birimi tarafından önceden tespit edilir. Öz değerlendirme takvimi hazırlanır ve bu takvim tüm bölümlere duyurulur. Öz değerlendirmede tüm SKS standartları yer alır. Hastanemizde bütün birimler öz değerlendirmeye gidilmekte uygunsuzluk durumunda Düzeltici Önleyici Faaliyet (DÖF) başlatılmaktadır.

Düzeltici Önleyici Faaliyet (DÖF)ler kalite birimi tarafından yürütülmekte mevcut sorun düzelmişse DÖF'ün etkinliği değerlendirildikten sonra kapatılmaktadır. Sorun devam ediyorsa ek süre verilir ve DÖF tarihi uzatılarak sorunun devam etme nedenleri araştırılır.

Öz değerlendirme yapıldıktan sonra sonuçları yönetime ve tüm çalışanlara duyurulur.

Güvenlik Raporlama Sistemine İlişkin Çalışmalar:

Hastanemizde Güvenlik Raporlama Sistemi, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlenmiştir. Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlanmaktadır. Sistem, "Hasta Güvenliği" ve "Çalışan Güvenliği" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmaktadır. Sisteme yapılan bildirimler sadece kalite yönetim birimi direktörü tarafından görülmekte olup gizlilik sürecinde yürütülmektedir. Bu bildirimler değerlendirilip olay bazında kök neden analizi yapılır. Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri haftada bir kez tekrarlanıp raporlanır ve değerlendirilir. Bildirimler hastanemizde mevcut olan komitelerden hangi komiteyi ilgilendiriyorsa o komitede görüşülür ve gerekli önlemler alınıp ,gerekiyorsa düzenlemeler planlanır. Ayrıca ilgili idari birim amirine olay anominleştirilerek anlatılıp gerekli düzenlemeler yapılır. Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici-faaliyetler gerçekleştirilip çalışanlara bilgi verilir.

Risk Yönetimi Çalışmaları:

Hastanemizdeki mevcut riskler dış hizmet alımıyla gelen iş yeri uzmanı tarafından belirlenmiş olup bu risklere yönelik gerekli çalışmalar yapılmakta ve planlanmaktadır. Hastanemiz iş yeri hekimi ve iş yeri hemşiresi tarafından riskler takip edilmekte, bu risklere yönelik düzeltici-önleyici-faaliyetler başlatılmakta ve kök neden analizi yapılmaktadır. Risk analizleri düzenli aralıklarla veya gerektiğinde güncellenmektedir.

Hasta Ve Çalışan Memnuniyetinin Ölçülmesine Yönelik Çalışmalar:

Hastanemizde ayaktan ve yatan hastalarda aylık olarak memnuniyet anketleri uygulanmaktadır. Ayrıca çalışanlara yönelik anketler 6 ayda bir tekrarlanır. Anketler Sağlık Bakanlığı tarafından verilen soruları içerir. Anket sonuçları Kalite Yönetim Birimi tarafından analiz edilir ve yorumlanır. Olumsuz olan sonuçlarda iyileştirme çalışmaları planlanır. Anket sonuçları yönetim ekibi tarafında değerlendirilip sonuçlar tüm hastaneye ilan edilir, duyurulur.

SKS Çerçevesinde Dokümanların Yönetimi :



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
HAKKARİ İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ
ŞEMDİNLİ DEVLET HASTANESİ
KALİTE YÖNETİMİNİN SİSTEMİ PROSEDÜRÜ



KOD:	KY/PR/28
YAY. TARİHİ:	25.03.2019
REVİZYON No.	0
REVİZYON TARİHİ	-
SAYFA No.	5

Hastanemizde kullanılan tüm dokümanlara kod verilir. Tüm çalışanlar, dökümanlara hastanemiz intranet sistemi üzerinden ortak ağ ile ulaşmaktadır. Sistemde formlar, talimatlar, rehberler, rıza belgeleri, listeler, dış kaynaklı formlar, yardımcı dökümanlar yer alır. Ayrıca çalışanlara yönelik duyurular yer almaktadır.

Hastanemizde tüm panolara asılan dökümanlar belirli bir kontrol ve düzen çerçevesinde asılmaktadır. Dokümanların kontrolü, Kalite Yönetim Birimi tarafından sağlanır.

Kalite Göstergelerine Yönelik Süreçler:

Hastanemizde 53 adet göstergenin takibi yapılmaktadır. Her birim takip ettiği gösterge için yıllık hedef belirler ve 3'er aylık dönemlerde ne aşamada olduğunu görür. Sonuçlar Kalite Yönetim Birimi tarafından takip edilir. Kalite Yönetim Birimi gösterge sonuçlarını değerlendirir, yorumlar, analiz eder, sonuçları yönetime sunar. Hedefin altında kalan göstergeler için iyileştirme çalışmaları başlar. Gösterge sonuçları daha sonra tüm çalışanlara duyurulur.

SKS Çerçevesinde Belirlenen Komiteler:

Hastanemizde SKS standartları gereği bulunan komiteler şunlardır:

- Hasta Güvenliği Komitesi
- Çalışan Sağlığı Ve Güvenliği Komitesi
- Eğitim Komitesi
- Tesis Güvenliği Komitesi
- Bina Turu Ekibi
- Öz Değerlendirme Ekibi

Hasta Güvenliği Komitesi:

Hastane yönetiminde oluşturulan komite, hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini ve sürekliliğini sağlayacak şekilde çalışmalarını sürdürür. Komite 3 ayda bir olmak üzere yılda 4 kez toplanır. Bunun haricinde gereken durumlarda tekrar toplantı planlanır. Komite hasta için sorun olabilecek her türlü konu hakkında çözüm bulmak, sorun olabilecek olaylarla ilgili olarak gerekli önlemleri almak ,yaşanmış olaylarda tekrar olmaması için gereken tedbirleri almak komitenin başlıca görev alanları içinde yer alır.

Öz Değerlendirme Ekibi Toplantısı:

Kalite Yönetim Biriminin öncülüğünde öz değerlendirme ekibi toplanır. SKS'ye yönelik süreçler planlanır ve uygulanır.

Öneri Şikayet Değerlendirme Kurulu :

Ayda bir toplanan ekip hastalardan gelen öneri ve şikayetleri değerlendirir. Gerekli iyileştirmeleri planlar.

Bina Turu Ekibi:

Bina turu ekibi hastanemizi 3 ayda bir dolaşarak hastanenin aksayan yönlerini tespit eder. Daha sonra kalite yönetim birimi tarafından rapor hazırlanarak hastane yönetimine sunulur.

Kalite Yönetim Birimi tarafından gerçekleştirilen diğer bir süreçte poliklinik kan alma sürelerinin ölçülmesidir. Ayda bir kez yapılır. Hastaya verilen barkod kağıdını aldığı saat ile hastanın kanının alınmaya başlandığı süre ölçülür. Bu süre prosedürde belirlenen süreyi geçer ise düzeltici önleyici faaliyet başlanır.

Yönetim Gözden Geçirme:

Kalite yönetim birimi hastane yönetimi ile beraber, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile değerlendirme toplantıları yapmaktadır. Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler , göstergeler, düzeltici önleyici faaliyetler gibi kalite çalışmaları değerlendirilmektedir.