



TC Sağlık Bakanlığı

ÖZEL BİLGİ HASTANESİ HASTANE KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ YAPISI PROSEDÜRÜ

KY.PR.07

YAYIN TARİHİ: 01.01.2016

REVİZYON NO:

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA :1/3

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:

Başhekim

BaşhekimYardımcısı

Genel Müdür

Başhemşire

Kalite Yönetim Direktörü

Kalite Bölüm Sorumluları

FAALİYET AKIŞI:


Kalite Birimimizin yapılanması

KALİTE YÖNETİM BİRİMİ;

- 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	AKILCI İLAÇ KULLANIMI EKİBİ
RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	BİNA TURU EKİBİ
EĞİTİM KOMİTESİ	İLAÇ YÖNETİM EKİBİ
TESİS GÜVENLİĞİ	NUTRİSYON EKİBİ
ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ	BİLGİ GÜVENLİĞİ EKİBİ
TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ	RADYASYONDAN KORUNMA EKİBİ
KALİTE YÖNETİM	ANKET DEĞERLENDİRME EKİBİ

 TC Sağlık Bakanlığı	ÖZEL BİLGİ HASTANESİ HASTANE KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ YAPISI PROSEDÜRÜ			
KY.PR.07	YAYIN TARİHİ: 01.01.2016	REVİZYON NO:	REVİZYON TARİHİ:	SAYFA :2/3

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 prosedürlerinde belirtirler. Prosedürler kalite birimi tarafından intra net 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, 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



ÖZEL BİLGİ HASTANESİ
HASTANE KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ YAPISI PROSEDÜRÜ

KY.PR.07

YAYIN TARİHİ: 01.01.2016

REVİZYON NO:

REVİZYON TARİHİ:

SAYFA :3/3

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. ÖF'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.

HAZIRLAYAN ENES ARGÜN	KONTROL EDEN DR.HAKAN EVREN	ONAYLAYAN DR.A.HALİM DEMİRAL
KALİTE YÖNETİM TEMSİLCİSİ	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	BAŞHEKİM