



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Karaman Devlet Hastanesi
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ GÖREV ALANLARI

DOK.KODU: KY.YD.05

YAYINTARİHİ:09.09.2015

REV. NO:0

REV. TARİHİ:

SAYFA NO: 1 / 3

1.AMAÇ

Sağlık bakanlığının ilgili mevzuatları ve sağlıkta kalite standartları çerçevesinde Karaman Devlet Hastanesindeki hizmetlerin ve çalışmaların uygunluğu, sürekliliği, yeterliliği ve etkinliğini sağlamak; hastanemizin tüm süreçlerinde hasta ve çalışan güvenliğini ön plana alarak hizmetlerin devamlılığının sağlanması, ölçülebilirlik, sürekli iyileşme sağlamak ve kaliteli bir sağlık hizmeti sunmaktır.

2.KAPSAM

Kalite Yönetim Birimi çalışanlarını ve birim sorumlularını kapsar.

3.SORUMLULAR

- Başhekim,
- İlgili Başhekim Yardımcısı,
- Kalite Yönetim Direktörü,
- Kalite Yönetim Birimi Çalışanları,
- Birim Sorumluları,

4.KISALTMALAR

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

5.TANIMLAR

Gösterge: Bir konunun sayısallaştırılması ve ölçülebilir hale getirilmesiyle, o konuda iyileştirme faaliyeti yapılmasına katkı sağlayan bir araçtır.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1.Baştabip tarafından belirlenen bir çalışan, Valiliğin teklifi Bakanlığımızın onayı ile Kalite Yönetim Direktörü olarak görevlendirilir.

6.2.Kalite Yönetim Direktörü kurumdaki tüm süreçlerin sorumlusudur.

6.3.Kalite Yönetim Direktörü; Kalite Yönetim Biriminin 1. derece sorumlusudur. Kalite Yönetim Direktörü; Kalite Yönetim Biriminin görevlerini yerine getirebilmesi için kalifiye personel, altyapı, donanım ve eğitim gibi tüm gereksinimlerini belirler. Bu sayede hastane içerisinde kalite yönetiminin sağlam kurulmasını ve ilgili görevlerin yürütülmesinde iyi bir ekip koordinasyonunu sağlar.

6.4.Kalite Yönetim Biriminin öncelikli görevi SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamaktır. Bu koordinasyonu sağlamak için yapması gereken başlıca çalışmalar şunlardır:

a) Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmelidir:

Misyon, vizyon ve değerler paralelinde, kurum amaç ve hedefleri üst yönetim ve çalışanlarla belirlemelidir. Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalı ve üst yönetimle bu uygulama adımlarının yapılmasını takip etmelidir.

b)Öz değerlendirme süreçlerini yönetmelidir.

Öz değerlendirme öncesi süreçleri planlamalıdır. Bu plana göre öz değerlendirme takvimi hazırlanmalı ve öz değerlendirme takvimi hakkında bölümlerin önceden bilgilendirilmesi yapılmalıdır. Öz değerlendirme öncesi öz değerlendirme ile ilgili özdeğerlendirme ekip/ekiplerini belirleyip, ekipdeki kişilerin eğitimini planlamalı ve yapmalıdır.

Öz değerlendirmenin tüm SKS bölümlerini kapsamasına dikkat etmeli ve planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirme yapılmasını sağlamalı ve tüm ekibe destek vermelidir.

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAY
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	BAŞHEKİM



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Karaman Devlet Hastanesi
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ GÖREV ALANLARI

DOK.KODU: KY.YD.05

YAYINTARİHİ:09.09.2015

REV. NO:0

REV. TARİHİ:

SAYFA NO: 2 / 3

Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara üst yönetimin bilgilendirilmesini yapmalı ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması için DÖF açmalıdır.

c)Güvenlik Raporlama Sistemine ilişkin süreçleri yönetmelidir.

Güvenlik Raporlama Sisteminin, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala yada gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlemelidir. İlgili eğitimler tüm kurum çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanmalı ve yapılmalıdır.

Güvenlik raporlama sisteminin yapılan bildirimleri analiz etmeli, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmaları yapılmasını sağlamalıdır. Bununla ilgili komitelere bilgilendirme yapılmasını sağlamalıdır.

d)Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmelidir.

Risk yönetimine ilişkin görev, yetki ve sorumlulukları tanımlamalı, risk yönetim çalışmalarında bölüm kalite sorumluları ile işbirliği yapılmasını sağlamalıdır.

Risk yönetimi kapsamında tüm bölümlerdeki risklerin belirlenmesini ve analiz edilmesini sağlamalıdır.

Risk yönetim çalışmalarını kurumda iş sağlığı ve güvenliği uzmanı ile beraber kalite yönetim biriminin koordinasyonunda ilgili tüm komitelerle entegre biçimde yürütülmesini sağlamalı ve risk yönetiminin etkinliğini izlemelidir.

e)Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geri bildirimlerinin alınması gibi.) yönetmelidir.

Anketleri uygulayacak kişileri belirleyip, anket uygulama ekibi kurlmalı ve eğitimini sağlamalıdır.

Anketlerin asgari belirlenen aralıklarda yapılmasını sağlamalı ve anket sonuçlarını değerlendirmeli ve gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatılması için üst yönetimle çalışmalıdır.

f)SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamalıdır.

Dokümanların formatının uygunluğunun ve güncelliğinin kalite yönetim direktörü tarafından kontrol edilmesi, hazırlanan dokümanların üst yönetim tarafından onaylanmasının sağlanması, onaylanan dokümanların çalışan birimlere duyurulması, dokümanların güncel halinin kullanım alanlarında bulundurulması, dokümanlarla ilgili gerekli eğitimlerin çalışanlara verilmesi görevleri arasındadır.

g) Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmelidir.

Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçler Kalite Yönetim Birimi tarafından koordine edilir. Kalite Yönetim Birimi, tüm sorumlular ve üst yönetimle beraber hastanenin yapısı, hasta profili ve öncelikler dikkate alınarak, SKS içerisinde yer alan bölüm bazlı göstergeler ve klinik göstergeler bölümlerinde yer alan göstergelerin dışında da göstergeler belirlenmesini sağlamalıdır.

Hastanede izlenecek göstergeler için veri toplama süreci, verilerin analizi, analiz sonrası iyileştirme çalışmalarına yönelik dokümanların hazırlanmasını sağlamalı ve ilgili birimlere eğitimlerini vermelidir.

Göstergelerin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, birim sorumlularıyla beraber verilerin analiz edilmesini sağlamalı, göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetlerini planlamalı, uygulamalı yada uygulanmasını sağlamalıdır. Göstergelere ilişkin sonuçların, bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına gönderilmesini sağlamalıdır.

h)SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılarak hasta ve çalışan güvenliği çalışmalarının kontrol-takip ve sonuçlandırma işlemlerini Baştabip adına yürütülmesini sağlamalıdır. SKS çerçevesinde oluşturulan ve Kalite Yönetim Biriminin koordine ettiği kurul, komite ve ekipler:

- ✓ Hasta Güvenliği Ekibi,
- ✓ Tesis Güvenliği Ekibi,
- ✓ Çalışan Güvenliği Ekibi,
- ✓ İş Sağlığı Ve Güvenliği Kurulu,
- ✓ Eğitim Komitesi,

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAY
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	BAŞHEKİM



T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Karaman Devlet Hastanesi
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ GÖREV ALANLARI

DOK.KODU: KY.YD.05	YAYINTARİHİ:09.09.2015	REV. NO:0	REV. TARİHİ:	SAYFA NO: 3 / 3
---------------------------	-------------------------------	------------------	---------------------	------------------------

- ✓ Enfeksiyon Kontrol Komitesi,
- ✓ Tedarikçi Firma Değerlendirme Ekibi,
- ✓ Hasta ve Yakınlarının Görüşlerini Değerlendirme Ekibi,
- ✓ Çalışanların Görüşlerini Değerlendirme Ekibi,
- ✓ Bina Turu Ekibi,
- ✓ Pembe Kod Yönetim Ekibi,
- ✓ Mavi Kod Yönetim Ekibi,
- ✓ Beyaz Kod Yönetim Ekibi,
- ✓ Beyin Ölümü Kurulu,
- ✓ Organ Bağışı Birimi Sorumlu Ekibi,
- ✓ Nutrisyon Komitesi,
- ✓ Dezenfeksiyon, Antisepsi ve Sterilizasyon (DAS) Komitesi,
- ✓ Transfüzyon Komitesi,
- ✓ Tıbbi Cihaz Yönetim Ekibi,
- ✓ Radyasyon Güvenliği Ekibi,

6.5.Yönetimin gözden geçirme toplantısının (YGGT) sekretaryalığını ve sunumunu gerçekleştirmelidir.

6.6.Birimleri adına uygun görülen birim çalışanlarını “Bölüm Kalite Sorumlusu” olarak tanımlamalı ve yedekleri ile beraber SKS kapsamındaki çalışmaların koordineli bir şekilde yürütülmesini sağlamalıdır.

6.7.Hastanemizde yapılan ve yapılması gereken Sağlıkta Kalite Standartları Eğitimlerinin, hizmet içi eğitimlerinin, genel-bölüm uyum eğitimlerinin, hasta / hasta yakınları eğitimlerinin ve planlanan diğer eğitimlerin zamanında yapılmasının kontrolünü – takibini yaparak, eğitimlerin amaçlarına ulaştırılmasını sağlamalıdır.

6.8.Kalite yönetim faaliyetlerinin başarıya ulaşması için; Hastanedeki fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıkları tespit etmek amacıyla üçer aylık periyotlar da yapılan bina turlarını “hastane yönetiminden bir temsilci, kalite yönetim direktörü ve teknik işler sorumlusunun yer aldığı bir ekip ile” organize etmeli, sonuçlarını üst yönetime rapor halinde sunmalıdır.

6.9.Hastanedeki tüm Düzeltici ve Önleyici Faaliyetlerin (DÖF) yönetimini, kontrol-takibini yaparak, açılan tüm DÖF’lerin sonuçlandırılmasını sağlamalıdır.

6.10.Hastanede bulunan acil kodların (Mavi-Pembe-Beyaz) işleyiş süreçlerini sürekli olarak kontrol ve takibini yapmalı, acil kod sistemleri ile ilgili düzenli eğitimlerinin yapılmasını sağlamalıdır. Her dönem tüm acil kod sistemini analiz etmeli, analiz sonuçlarını acil kod yönetim ekipleri ile beraber değerlendirilmesini sağlamalı, sistemde aksayan yönler varsa DÖF açılmasını sağlamalı ve açılan DÖF’lerin takibini yapmalıdır.

6.11.Hizmet sunumuna yönelik istatistikî bilgileri değerlendirmelidir.

6.12.Dilek/öneri, şikayet ve teşekkür kutularını en az ayda bir kez açarak analizini yapmalı, sonuçlarını Başhekimliğe sunmalı, yazıların kontrol-takip ve sonuçlandırma işlemlerini yapmalıdır.

6.13.Hasta, hasta yakınları ve çalışanların görüşlerinin değerlendirmesini ilgili ekip üyeleri ile yaparak sonuçlarını üst yönetime raporlandırmalı ve açılan DÖF’lerin kontrol-takip ve sonuçlandırma işlemlerini yapmalıdır.

7.İLGİLİ DOKÜMANLAR

- YATAKLI TEDAVİ KURUMLAR İŞLETME YÖNETMELİĞİ,
- KURUMSAL PERFORMANS VE KALİTE YÖNERGESİ,
- SAĞLIKTA KALİTE STANDARTLARI,

HAZIRLAYAN	KONTROL EDEN	ONAY
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ	KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	BAŞHEKİM