



KALİTE BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_01	02.01.2023	-	-	4

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Koordinatörü	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



KALİTE BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_01	02.01.2023	-	-	4

1. **AMAÇ:** Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi'nde akreditasyon standartları ve hasta güvenliği hedefleri çerçevesinde, kalite yönetimi politikalarının uygulanmasının sağlanması, vizyon ve misyonu doğrultusunda kısa, orta ve uzun vadeli hedeflerle, medikal ve non-medikal süreçlerin organize edilmesi, izlenmesi, ölçülmesi, değerlendirilmesi, iyileştirilmesi ve geliştirilmesine yönelik bir program oluşturmaktır.
2. **KAPSAM:** Kalite süreçlerine ilişkin işleyişi kapsar.
3. **KISALTMALAR:** -
4. **TANIMLAR:** -
5. **SORUMLULAR:** Bu prosedür kurumun tüm kalite izleme ve kontrol aktivitelerini takip eden yöneticileri ve tüm çalışanların sorumluluğundadır.
6. **FAALİYET AKIŞI**
 61. **Dokümantasyon Faaliyetleri**
 611. Dokümanlar rutin olarak uygulama, yasa, yönetmelik ve standartlardaki değişikliklerin entegrasyonunun gözden kaçırılmaması amacıyla 2 yılda bir (Bazı planlar yılda bir, görev tanımları 3 yılda bir) gözden geçirilir. Gözden geçirme faaliyeti Kalite Koordinatörü tarafından koordine edilir.
 612. Dokümanlar kopyalanması, kayıt edilmesi engellenmiş olarak tüm çalışanların güncel haline ulaşabilmesi amacıyla Dokümantasyon Linki üzerinde yayınlanır.
 613. Yeni doküman talebi, revizyon, iptal talepleri, dokümanların onaylanması ve yayınlanması süreci "**Kalite Yönetim Sistemi Doküman Yönetimi Prosedürü**"nde tarif edilmiştir.
 62. **Denetim Faaliyetleri**
 621. Tüm hastanelerde, yılda bir defa Kalite Koordinatörü organizasyonu ile "**İç Tetkik Prosedürü**" doğrultusunda haberli denetim yapılır. Plana uygun olarak yapılacak denetim Kalite Koordinatörlüğü tarafından hastane ilgili bölümlerine mail ile duyurulur. Uygunsuzluk tespit edilen durumlarda değerlendirici tarafından ilgili bölüme DÖF açılır ve uygunsuzluğun giderilmesi için takibe alınır. Kapatılan her düzeltici ve önleyici (olası hata) faaliyet kurumun iyileştirilmesi için bir ileri adımdır.
 622. Tüm hastanelerde, Kalite Yöneticisi, Başhekim, Başhemşire, İş Güvenliği Uzmanı ve Teknik Hizmetler Yöneticisi'nin yer aldığı bir ekip **Alan Denetimi Talimatı**'na uygun olarak 3 aylık periyotlar ile binanın genelini kapsayan bir denetim yapar. Tespit edilen uygunsuzluklar için DÖF açılır.
 623. Hastanede gerçekleşen tüm denetimlere Kalite Yöneticisi eşlik eder ve tespitlere yönelik iyileştirme aksiyonlarını hastane yönetimi ile birlikte takip eder. Kurumsal itibar gereği yasa ve yönetmeliklere uyum sağlanması önceliğimizdir.
 63. **Eğitim Faaliyetleri**
 631. Kalite Koordinatörlüğü tarafından hazırlanan sunumlar standart olarak kullanılmak üzere eğitim klasörüne yüklenir.
 632. Yıl içinde sunum içeriğinde değişiklik ihtiyacı oluşursa ve/veya yeni bir sunum eklenmesi



KALİTE BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_01	02.01.2023	-	-	4

gerekirse Kalite birimi tarafından sunum revize edilir. Revize edilen sunum eğitim klasöründe güncellenir.

633. Kalite birimi plana uyumlu olarak belirlenen hedef kitleye yıl içinde eğitimleri verir ve kayıtlarını tutar.

64. Süreç Geliştirme İyileştirme ve Veri Takibi Faaliyetleri

641. İndikatörlerin belirlenmesinde JCI Akreditasyon ve TEMOS Standartları, hasta güvenliği beklentileri ile bölümün öncelikleri dikkate alınır.

642. Kalite Yönetimi İyileştirme veri esaslıdır. İzleme daha çok hastalar için yüksek risk taşıyan büyük hacimli süreçlere ya da problem çıkarmaya yakın süreçlere yönlendirilir. Belirlenecek ölçütlerin aynı zamanda meslek gruplarının performans değerlendirmesine hizmet edecek yönde olmasına dikkat edilir.

643. Bir sonraki yıl için tutulması planlanan indikatör kartlarına ilişkin çalışmalara yılın bitmesine 3 ay kala başlanır.

644. Bölümler tarafından izlemeyi düşündükleri indikatör kartları bölümlerin iç değerlendirmesi sonrasında, bölüm sorumlularının (komite üyesi değilse davet edilir) hastane Kalite Yöneticisinin de katılımıyla ilgili komitelerde bir araya gelerek yapılan değerlendirmelerle belirlenir ve son mutabık kalınanlar hastane kalite koordinatörlüğüne mail yoluyla iletilir.

645. Kalite Koordinatörlüğü belirlenen göstergeleri yılsonunda “**İndikatör Yönetim Planı**”na kayıt eder.

646. Hasta bakım ve tedavisinin eksiksiz olabilmesi için tıbbi kayıtlarda hemşire ve hasta danışmanlarının sorumluluğunu arttırmak ve hasta dosyası bütünlüğünü sağlamak için Açık ve Kapalı dosya kontrolleri yapılır. Bu veriler Kalite Konseyi tarafından değerlendirilir, kalite konseyinde sapma olan veriler ile ilgili iyileştirme faaliyetleri düzenlenir.

647. Hasta memnuniyetini ayaktan, yatan ve acil servis hasta memnuniyet anketleri ile “**Hasta Hakları İşleyiş Prosedürü**”ne göre takip edilir. Çalışan memnuniyeti “**Çalışan Memnuniyet Anketi Uygulama Prosedürü**”ne uygun yapılır. Hasta ve çalışan sonuçları ölçülür, izlenir ve iyileştirilir.

648. Hastanelerde, uygun olmayan tedavi ve işlemlere maruz kalan hastalar ve güvenlik tehdidi ile karşılaşan çalışanlar için izlenecek yolları tanımlamak ve bir daha oluşmaması için gerekli önlemler “**Olay Bildirim Prosedürü**”ne göre yapılır.

649. Yukarıdaki maddelerde tanımlanan tüm ölçüm faaliyetleri entegre olarak “Kalite Yönetim Planı”nda yer almaktadır, iyileştirme çalışmalarında ilgili ölçütler birleştirilerek yorum yapılır. Tüm iyileştirme çalışmalarında PUKÖ (Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al) ve KNA (Kök Neden Analizi) metodu kullanılır. “**İstatistiksel Yöntemler Prosedürü**”ne göre hareket edilir.

65. Diğer Faaliyetler

651. Birim Müdürlük düzeyinde “**Kalite Hedefleri ve Stratejik Planlama Formatı**”na uygun olarak hastane Kalite Hedefleri ve stratejik planları hazırlanır. Birim sorumluları ile o yılki bölüm hedefleri görüşülür. Her yılsonunda bölümlerden, gelecek yıla ait Kalite Hedefleri ve Stratejik Planlamaları toplanır.

652. Komite işleyişleri ve alınan kararlar hastanelerin kalite müdürlükleri tarafından gözden geçirilir. Gereken iyileştirme ve düzeltici faaliyetler Kalite Konseyi toplantılarında değerlendirilir. Tüm komiteler “**Komite Kurul Konsey İşleyiş Prosedürü**”ne göre takip edilir.



KALİTE BİRİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_01	02.01.2023	-	-	4

İLGİLİ DOKÜMANLAR

- 7.1. Kalite Yönetim Sistemi Doküman Yönetimi Prosedürü
- 7.2. İç Tetkik Prosedürü
- 7.3. Alan Denetimi Talimatı
- 7.4. İndikatör Yönetim Planı
- 7.5. Hasta Hakları İşleyiş Prosedürü
- 7.6. Çalışan Memnuniyet Anketi Uygulama Prosedürü
- 7.7. Olay Bildirim Prosedürü
- 7.8. İstatistiksel Yöntemler Prosedürü
- 7.9. Kalite Hedefleri ve Stratejik Planlama Formatı
- 7.10. Komite Kurul Konsey İşleyiş Prosedürü