



## KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN YAPISI

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| Döküman No      | KKU.PR.03   |
| Yayın Tarihi    | 21.02.2018  |
| Revizyon No     | 00          |
| Revizyon Tarihi | --          |
| Sayfa No        | Sayfa 1 / 3 |

**1.AMAÇ:** Kurumumuzun sağlıkta kalite standartları, kalite yönetim sistemi ve mevzuata uygunluğunu, sürekliliğini, yeterliliğini ve etkinliğini sağlamaktır. Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar tüm personelin kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanması, kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması, kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu, kalitenin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.

**2.KAPSAM:** Kalite Yönetim Birimi

**3.KISALTMALAR:**

**SKS:** Sağlıkta Kalite Standartları.

**4.TANIMLAR:**

**5.SORUMLULAR:** Başhekim, Kalite Yönetim Direktörü, Kalite Yönetim Birimi Çalışanları.

**6.FAALİYET AKIŞI:**

**6.1.Dikey Hiyerarşik yapılar (Boyutlar)**

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

**6.2. 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
14. İlaç Yönetimi
15. Hasta Bakımı
16. Radyasyon Güvenliği
17. Protez Laboratuvarı Hizmetleri
18. Tesis Yönetimi
19. Otelcilik Hizmetleri
20. Bilgi Yönetimi
21. Malzeme ve Cihaz Yönetimi
22. Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
23. Atık Yönetimi

Hazırlayan  
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden  
Kalite Yönetim Temsilcisi

Onaylayan  
Başhekim



## KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN YAPISI

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| Döküman No      | KKU.PR.03   |
| Yayın Tarihi    | 21.02.2018  |
| Revizyon No     | 00          |
| Revizyon Tarihi | --          |
| Sayfa No        | Sayfa 2 / 3 |

- |                               |                                |
|-------------------------------|--------------------------------|
| 11. Sağlıklı Çalışma Yaşamı   | 24. Dış Kaynak Kullanımı       |
| 12. Enfeksiyonların Önlenmesi | 25. Göstergelerin İzlenmesi    |
| 13. Sterilizasyon Hizmetleri  | 26. Hizmet Kalite Göstergeleri |

### 6.3.Kalite yönetim yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar:

**1.KURUMSAL HİZMETLER**, Başhekim, Fakülte Sekreteri, Hastane Müdürü ve Yardımcısı, Kalite Yönetim Birimi sorumluluğunda olup takibi Kalite Yönetim Direktörü tarafından yapılmaktadır.

• **Kurumsal Yapı ,Kalite Yönetimi, Doküman Yönetimi, Risk Yönetimi, İstenmeyen Olay Bildirim, Acil Durum ve Afet Yönetimi, Eğitim Yönetimi, Sosyal Sorumluluk** içerikli tüm dokümanlar Kalite Yönetim Birimi tarafından SKS ADSM kitapçığına uygun olarak takip edilmekte ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

**2.HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER** Üst Yönetim ve Halkla İlişkiler Birimi sorumluluğunda olup; takibi kalite yönetim direktörü tarafından yapılmaktadır.

• **Hasta Deneyimi ve Hizmete Erişim, Sağlıklı Çalışma Yaşamı** Hasta Hakları Birimi tarafından SKS ADSM kitapçığına uygun olarak takip edilmekte ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

**3.SAĞLIK HİZMETLERİ** Fakültemizde sağlık hizmetleri sekiz ayrı klinikte sunulmaktadır. Her bir klinik önce Anabilim Dalı Başkanlarına bağlı olmakla birlikte, eğitim öğretim ve akademik hizmetler bakımından Dekanlık Makamına, klinik hizmetleri bakımından Başhekimlik Makamına bağlıdır.

**Enfeksiyonların Önlenmesi ve Sterilizasyon Hizmetleri** bölümleri Enfeksiyon Kontrol Alt Kurulu ve Sterilizasyon Birimi tarafından; **İlaç Yönetimi** sorumlu hemşire tarafından; **Hasta Bakımı**, klinikler ve yataklı servis sorumlu hemşiresi tarafından; **Radyasyon Güvenliği**, Radyoloji Birim Sorumlusu tarafından; **Protez Laboratuvarı Hizmetleri**, Protez Laboratuvarı Birim Sorumlusu tarafından SKS ADSM kitapçığına uygun olarak takip edilmekte ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

**4.DESTEK HİZMETLERİ**; Başhekim, Teknik Servis Personeli, Ayniyat Sorumlusu, Sorumlu Hemşire, Bilgi İşlem Sorumlusu, Kalite Yönetim Birimi sorumluluğunda olup; takibi kalite yönetim direktörü tarafından yapılmaktadır.

Hazırlayan  
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden  
Kalite Yönetim Temsilcisi

Onaylayan  
Başhekim



## KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN YAPISI

|                 |             |
|-----------------|-------------|
| Döküman No      | KKU.PR.03   |
| Yayın Tarihi    | 21.02.2018  |
| Revizyon No     | 00          |
| Revizyon Tarihi | --          |
| Sayfa No        | Sayfa 3 / 3 |

**Tesis Yönetimi;** Teknik Servis Personeli; **Otelcilik Hizmetleri;** yataklı servis sorumlu hemşiresi tarafından; **Bilgi Yönetim Sistemi;** bilgi işlem birimi sorumlusu tarafından; **Malzeme ve Cihaz Yönetimi;** depo ve ayniyat sorumluları tarafından; **Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri;** Fakülte Sekreterliği tarafından; **Atık Yönetimi;** atık yönetiminden sorumlu hemşire tarafından; **Dış Kaynak Kullanımı;** Kalite Yönetim Birimi tarafından SKS ADSM kitapçığına uygun olarak takip edilmekte ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

**5.GÖSTERGE YÖNETİMİ** Başhekim, bilgi işlem birimi, ilgili diğer birimler ve kalite yönetim birimi sorumluluğunda olup; takibi kalite yönetim direktörü tarafından yapılmaktadır.

**Göstergelerin İzlenmesi ve Kalite Göstergeleri;** Kalite yönetim birimi tarafından SKS ADSM kitapçığına uygun olarak takip edilmekte ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

Yukarıdaki alanlarla ilgili olarak, SKS ADSM kitapçığında tespit edilen eksiklikler ile ilgili Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu doldurulur ve belirtilen sürede tamamlanması istenir. Yılda en az 1 kez Öz değerlendirme yapılır. Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilir.

### 7.İLGİLİ DOKÜMANLAR:

#### 7.1. Sağlıkta Kalite Standartları ADSM Seti

Hazırlayan  
Kalite Yönetim Birimi

Kontrol Eden  
Kalite Yönetim Temsilcisi

Onaylayan  
Başhekim