

ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ

SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

KALİTE YÖNETİMİ HİZMET YÖNERGESİ

AMAÇ:

Çağdaş sağlık hizmeti ve hastane yönetim ilkeleri doğrultusunda Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin insan sağlığıyla ilgili tüm birimlerinin koordinasyon içerisinde eğitim ve sağlık hizmetlerini, yürütülen tüm faaliyetleri kaliteli ve uluslar arası akreditasyon standartlarına uygun olarak gerçekleştirilmesini sağlamaktır.

KAPSAM:

Bu yönerge Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde Kalite ve Akreditasyon çalışmaları çerçevesinde gerçekleştirilen tüm faaliyetleri, sağlık meslek mensuplarını ve hizmete katılan diğer bütün personeli kapsar.

Uluslar arası standartlar doğrultusunda verilecek hizmetin organizasyonu için uygulamada ihtiyaç duyulacak organizasyon yapısı aşağıdaki şekilde belirlenmiştir.

1-Kalite Konseyi (KK)

2-Kalite İyileştirme Birimi (KİB)

3-Kalite temsilcileri (KT)

4-Dokümantasyon Birimi (DB)

5-Komiteler.

6-Problem Çözme Ekibi (PÇE)

7-İç denetçiler

1- KALİTE KONSEYİ (KK)

UNVAN VE TANIM:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi üst yöneticilerinin (Rektör , Dekan, Başhekim, Hastane Müdürü, Hemşirelik Hizmetleri Müdürü, Sözleşmeli Personelden Sorumlu Şb. Müdürü, Kalite temsilcisi) oluşturduğu yapıdır.

SORUMLULUK SAHASI:

KİB sorumluluğunda çalışan tüm personel ve çalışmaları.

KALİTE KONSEYİNİN TOPLANMASI:

Kalite konseyi en az yılda bir Rektör başkanlığında toplanarak kurumun kalite ve akreditasyon politikalarını belirler, belirlenen bu politikaların uygulamaya geçirilmesini sağlar. Uygulama sonuçlarını değerlendirerek hizmetin sürekli iyileştirilmesini izler.

Kararlar üye tam sayısının salt çoğunluğu ile alınır. Oylarda eşitlik halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış sayılır. Kalite Konseyi üyeleri gerekli görmeleri halinde KİB toplantılarına da aktif olarak katılabilirler.

KALİTE KONSEYİNİN GÖREV ve SORUMLULUKLARI

1.1) Kurumun kalite yönetimi konusundaki misyon, vizyon ve ilkelerini belirlemek. Hizmet sunumuna yönelik politikalar geliştirerek bu politikalara uygun stratejik planlar yapmak.

1.2) Mevcut durumu etkinlik, verimlilik ve hizmet kalitesi yönünden değerlendirerek, kurumun kaynaklarını, belirlenen politika ve hazırlanan planlar doğrultusunda harekete geçirmek, uygulamaya koymak, izlemek ve yeni durumlara göre hizmet kalitesinin sürekliliği sağlamak üzere gerekli tedbirleri almak.

1.3) KİB' nin yapacağı çalışmalara kurumun kaynakları ve potansiyelini göz önüne alarak destek vermek, kaynaklarını temin etmek ve çalışma ortamları sağlamak.

1.4) KİB' nin hazırlamış olduğu faaliyet planlarını inceleyerek onaylamak.

1.5) Gerektiğinde KİB içinden seçilen kişilerden oluşan eğitici ekibin faaliyetleri konusundaki çalışmaları başlatmak. Eğitimlerin alınması için gerekli kaynak ve çalışma ortamını sağlamak.

1.6) Bütün çalışanların bilgi ve beceri düzeyini arttırmak, yönetime katılımlarını sağlamak, iş ve görev tanımına uygun olarak çalıştırmak, birim içi koordinasyonu sağlamak, çalışanlar arasında güvene ve sürekli gelişmeye dayalı bir ortam hazırlamak.

- 1.7) Bütün çalışanlar tarafından, analiz, problem çözme ve karar verme tekniklerinin sistematik bir şekilde kullanılmasını ve verilerle yönetim anlayışının kurumda yerleşmesini sağlamak.
- 1.8) KİB bildirimlerini değerlendirerek kurum uygulama planında ulaşılan son durumu tespit ederek sonuçlara göre yeni kararlar alıp uygulamaya koymak.
- 1.9) Kalite ile ilgili faaliyetlerin kaydedilmesini ve kalite el kitabı, prosedürler iş akış talimatları gibi bilgilendirici metinlerin hazırlanmasını sağlamak.
- 1.10) İç denetçileri görevlendirmek, çalışma raporlarını değerlendirmek ve arşivlemek.
- 1.11) İç denetçilerin çalışma raporları doğrultusunda KİB çalışmalarını yönlendirmek.
- 1.12) Kalite uygulamalarına yönelik maliyetleri denetlemek.
- 1.13) Kurumun kalite yönetimi uygulama planıyla ilgili gelişmeleri izlemek.
- 1.14) Kalite temsilcisi tarafından, doldurulan “kalite çalışmaları değerlendirme formu” nu değerlendirmek.
- 1.15) Toplantılarını ve çalışma esaslarını belirlenen talimatlara ve işleyiş prosedürlerine göre yürütmek.
- 1.16) Toplantı kararlarını toplantı tutanağına işlemek.

2-KALİTE İYİLEŞTİRME BİRİMİ (KİB)

UNVAN VE TANIM

Birim amirleri tarafından önerilen, kalite ve akreditasyon konularında ilgili, iletişime ve eğitime açık, insan sağlığına yönelik hizmeti etkileyen birimlerden seçilen ve Kalite Konseyinin onayı ile görevlendirilen en az 11, en fazla 21 kişiden oluşur.

SORUMLULUK SAHASI

Tüm komiteler, dokümantasyon ekibi, problem çözme ekibi.

SORUMLU OLDUĞU BİRİM

Kalite konseyi, Kalite Temsilcileri.

KALİTE İYİLEŞTİRME BİRİMİNİN GÖREVLERİ

- 2.1)Kalite ve akreditasyon çalışmalarına yönelik yönerge hazırlamak Üniversitenin senatosuna sunulmak üzere Kalite Konseyine vermek. Senatonun onayından sonra başlatılan uygulamaları planlamak ve izlemek.
- 2.2)Her toplantıyı ve alınan kararları KİB toplantı tutanağı ile kayıt altına almak ve arşivlemek.
- 2.3) Kurumun hizmet alanları ile ilgili insan kaynakları ile eğitim konularındaki mevcut durumunu ve ihtiyaçları tespit etmek.
- 2.4) Kurumun olanakları doğrultusunda; kalite iyileştirme modelini ve akreditasyon çalışmalarını planlamak, eğitim, uygulama, çalışma takvimi, maliyet gibi konularda uygulama planı hazırlayarak Kalite Temsilcisi aracılığı ile Kalite Konseyinin onayına sunmak.
- 2.5) Kalite konseyi tarafından onaylanan çalışma planını uygulamaya koymak. Kurum çalışanlarını bilgilendirmek.
- 2.6) Kalite çalışma komitelerini oluşturmak. Çalışmalarına destek vermek. Hedeflere ulaşıp ulaşılamadığını kontrol etmek. Komiteleri, gerektiğinde yönlendirmek.
- 2.7) Personel eğitimi için ekip oluşturmak. İlgili komitelerle eğitim planı hazırlanmasını ve uygulamaya konmasını sağlamak. Değerlendirmesini yapmak.
- 2.8) Komitelerin çalışma raporlarını her ay değerlendirmek.
- 2.9) Komitelerin belirlediği sorunlara yönelik Problem çözme ekiplerinin oluşturulmasını sağlamak.
- 2.10) Problem çözme ekiplerinin çalışmalarına destek vermek. Çalışma sonuçlarını değerlendirmek. Görev tamamlandığında Problem çözme ekiplerinin sona erdirilmesi ve ihtiyaçlar doğrultusunda yeni ekiplerin oluşturulması ile ilgili çalışmaları yürütmek.
- 2.11) Kalite uygulamaları ve akreditasyon süreçlerinde gerekli gördüğü hususlara müdahale etmek.
- 2.12) Kalite çalışmalarında elde edilen ve kalite konseyi tarafından onaylanan sonuçları standartlaştırmak, uygulamaya hazır hale getirmek.
- 2.13) Ayda en az bir defa toplanarak, yapılan çalışmaların analiz ve değerlendirilmesini yapmak, hedeflerin gerçekleşme düzeyini belirlemek ve sonuçlara göre yeni kararlar almak.
- 2.14) Uygulamaya yönelik politikalar oluşturmak (kalite el kitabı, prosedürler, talimatlar, iş akış şemaları vb.) Uygulama sonuçlarına göre dokümanların güncelleştirilmesini sağlamak.

- 2.15) Kurumdaki kalite çalışmalarına ilişkin kayıtları tutmak. İş talimatları, prosedürler, kalite el kitabı hazırlayarak kalite konseyine sunmak
- 2.16) Kalite bilincinin kuruluşun her noktasında hissedilmesini ve herkes tarafından anlaşılmasını sağlamak. Tüm kurum çalışanlarının, kalite ve akreditasyon çalışmalarında yer alması için, kalite ve akreditasyon çalışmaları hakkında bilgilendirici düzenleme ve faaliyetler gerçekleştirmek.
- 2.17) Ana hizmet süreçlerinin belirlenmesini sağlamak. Sorumlularını belirlemek ve iyileştirilme süreçlerini çalışanların fikirlerini de alarak oluşturmak.
- 2.18) Toplanan verilerin analizine yönelik politikalar oluşturmak (veri tabanlarının oluşturulması, verilerin doğru ve zamanında toplanması, veri kaynaklarından birimlerin yararlanmasının sağlanması vs.)
- 2.19) Tüm çalışmalara liderlik etmek. Komiteleri, sorumluluk alanlarına yönelik bilgilendirmek ve gerektiğinde çalışmalarını yönlendirmek.
- 2.20) Komitelerin çalışmalarına yönelik gerekli birimlerle işbirliği yapmak üzere yazışmalar yapmak
- 2.21) Toplanan verileri tüm üyelerle paylaşmak ve faaliyetleri planlamak üzere ayda en az bir toplantı yapmak.
- 2.22) Üç ayda bir Kalite ve Akreditasyon Komite temsilcileri ile toplantı yapmak.
- 2.23) Toplantılarını ve çalışma esaslarını belirlenen talimatlara ve işleyiş prosedürlerine göre yürütmek
- 2.24) İç denetim planının yapılmasını sağlamak.
- 2.25) İç denetim sonucunda çıkan düzeltici önleyici faaliyetleri takip etmek.

3-KALİTE TEMSİLCİSİ

UNVAN VE TANIM

Kalite Konseyi ile Kalite İyileştirme Birimi arasındaki işleyişi ve iletişimi koordine etmek üzere, kurum içinde çalışanlardan, sağlıkta kalite uygulamaları konusunda eğitimli ve deneyimli, tercihen yabancı dil bilen ve kalite konseyi tarafından görevlendirilen kişidir.

Kalite temsilcisi Kalite konseyinin ve Kalite iyileştirme biriminin daimi üyesidir.

SORUMLULUK SAHASI

KİB elemanları, tüm komite üyeleri, dokümantasyon ekibi, problem çözme ekibi üyeleri ve çalışmaları,

SORUMLU OLDUĞU BİRİM

Kalite konseyi.

GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

- 3.1) Kalite konseyi ile KİB arasındaki iletişimi ve koordinasyonu sağlamak
- 3.2) Kalite konseyinin belirlediği politika ve hedefleri KİB iletmek.
- 3.3) Kalite ve akreditasyon çalışmalarına yönelik raporları KK'ne sunmak.
- 3.4) Gerektiğinde KİB'nin almış olduğu işleyişe yönelik kararların uygulamaya konması için KK'ni bilgilendirmek ve yazılı olur almak
- 3.5) KİB ve komitelerin belirlenen politika ve hedefler doğrultusunda takım / ekip ruhu ile çalışmasını sağlamak.
- 3.6) Tüm görev ve sorumluluklarını yerine getirmesini izlemek ve denetlemek.
- 3.7) Üç/dört ayda bir tüm komite çalışmalarını toparlayarak kalite çalışmalarında ulaşılan noktayı gösteren "Kalite Çalışmaları Değerlendirme formu" ile Kalite Konseyi'ne sunmak.

4- DOKÜMANTASYON EKİBİ (DE)

UNVAN VE TANIM

KİB tarafından kurum çalışanlarından, Kalite ve akreditasyon çalışmaların da görev almak isteyen, bilgisayar kullanabilen, araştırma ve yenilikçi ruha sahip, KK onayı ile gerekli sayıda kişiden oluşan ekiptir. Sistemin standartlara göre dokümente edilmesi ve takibinden sorumludur.

SORUMLULUK SAHASI

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde, Kalite Konseyi tarafından belirlenmiş olan Kalite ve akreditasyon hedeflerine ulaşılabilmesi için mevcut ve yeni düzenlenecek olan tüm dokümanların değerlendirilmesi, geliştirilmesi ve düzenlenmesinden sorumludur.

SORUMLU OLDUĞU BİRİM

Kalite temsilcisi.

GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

- 4.1) İlk toplantıda başkan ve raportörü belirlemek.
- 4.2) Dokümantasyon politikalarının belirlenmesinde öneriler geliştirmek.
- 4.3) Komitelerle birlikte, kurumun mevcut durumunu belirlemek. Planlanan faaliyetleri göz önüne alarak dokümanları hazırlamak. (Kalite kitabı, iş akış şemaları, vb.)
- 4.4) Hizmet süreçleri ile ilgili gerekli formları komitelerle işbirliği yaparak hazırlamak.
- 4.5) Gelen verileri standartların istediği formata uygun olarak düzenlemek.
- 4.6) Dokümanlara yönelik gerekli süreçleri izlemek ve revizyonları yapmak.
- 4.7) Toplantılarını ve çalışma esaslarını belirlenen talimatlara ve işleyiş prosedürlerine göre yürütmek.
- 4.7) dokümanların kontrol takibini(yayınlanma, revizyon, iptal, vb) yapmak

5- KALİTE VE AKREDİTASYON KOMİTELERİ

UNVAN VE TANIM

OMÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kalite Konseyi tarafından belirlenmiş olan Kalite ve akreditasyon hedeflerine ulaşılabilmesi için eğitim, araştırma ve uygulamalara yönelik tüm faaliyetleri planlayan, gerçekleştiren ve kayıt altına alan yeterli sayıda kişiden oluşan çalışma gruplarıdır.

KİB Komitelerinde görev alacak kişiler KİB tarafından önerilerek, Kalite temsilcisinin onayı ile belirlenir.

SORUMLULUK SAHASI:

Tüm kurum çalışanları, Kalite ve Akreditasyon çalışmalarının tümü.

SORUMLU OLDUĞU BİRİM:

Kalite temsilcisi.

Komiteler, **Hasta odaklı ve organizasyon odaklı** olmak üzere iki gruba ayrılırlar.

I-Hasta odaklılar

- 1- KİB hasta bakımı (KİBHB)
- 2- KİB hasta değerlendirilmesi (KİBHD)
- 3- KİB bakıma ulaşım ve bakımın sürekliliği (KİBBUS)
- 4- KİB hasta ve yakınlarının eğitimi (KİBHYE)
- 5- KİB hasta ve yakınlarının hakları (KİBHYP)

II-Organizasyon odaklılar

- 1- KİB kalite iyileştirme ve hasta güvenliği (KİBKİHG)
- 2- KİB tesis güvenliği ve yönetimi (KİBTGY)
- 3- KİB bilgi yönetimi (KİBBYB)
- 4- KİB çalışanların niteliği ve eğitimi (KİBÇNE)
- 5- KİB enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü (KİBEÖK)
- 6- KİB yönetim, yöneticilik ve yönlendirme (KİBYYY)

GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI

- 5.1) Çalışma grubunu oluşturmak, başkan ve raportörü belirleyerek toplantı tutanağı ve alınan kararlarla birlikte KİB'e sunmak.
- 5.2) KK ve KİB hedefleri doğrultusunda komite adlarına göre, görev yetki ve çalışma alanlarını belirlemek.

- 5.3) Her komite sorumlu olduğu alanlar içerisinde kurumun mevcut hizmet süreçlerini belirlemekle yükümlüdür.
- 5.4) Mevcut süreçleri iyileştirici faaliyetler gerçekleştirmek. İhtiyaç halinde yeni süreçler oluşturmak.
- 5.5) Pilot servislerde, geliştirilen süreçlerin uygulanabilirliğini değerlendirip sonuçları KİB'e rapor etmek.
- 5.6) Çalışma esaslarını belirlemek ve görev dağılımı yapmak için toplantılar düzenlemek.
- 5.7) Üç ayda bir KİB tarafından yapılacak genel komite toplantısına katılmak.(komite başkanı veya tayin edeceği temsilci olabilir.)
- 5.8) İyileştirilmesi veya oluşturulması düşünülen yeni süreçlere yönelik gerektiğinde KİB onayını alarak PÇE'ni oluşturmak. Çalışmaların takibi ve planlanan hedefler doğrultusunda yürütülmesi için en az bir komite üyesini sorumlu olmak üzere görevlendirmek.
- 5.9) Komite çalışmaları ve sonuçlarına göre oluşturulacak dokümanlar için dokümantasyon komitesi ile işbirliği yapmak.
- 5.10) Her komite; çalışmalarını raporlandığı bir toplantı tutanağını, KİB'e vermek ve tarih sırasına göre arşivlemekle yükümlüdür. Bu konudan başkan ve raporör birinci derece sorumludur.
- 5.11) Her komite çalışmaları kapsamında; KİB ile işbirliği yapmakla yükümlüdür.
- 5.12) Toplantılarını ve çalışma esaslarını belirlenen talimatlara ve işleyiş prosedürlerine göre yürütmek
- 5.13) her komite, kendi alanı ile ilgili standart maddelere göre gerekli dokümanları(dokümantasyon komitesi ile işbirliği yaparak) hazırlamakla yükümlüdür.

6-PROBLEM ÇÖZME EKİBİ (PÇE)

UNVAN VE TANIM

Komitelerce belirlenen ve komite dışından çalışanların bilgi ve tecrübelerine ihtiyaç duyulan sorunlara uygulanabilir çözümler üretmek üzere, en az bir komite üyesinin sorumluluğunda soruna yönelik konuda yetkin, en az beş geçici üyeden oluşan ve kalite temsilcisince görevlendirilen küçük çalışma gruplarıdır. Sorun çözümlendiğinde sorumlulukları sona erer.

SORUMLULUK SAHASI

KİB 'nin belirlediği konular, ilgili çalışma alanı ve çalışanlar.

SORUMLU OLDUĞU BİRİM

Kalite temsilcisi

GÖREV TANIMI VE SORUMLULUKLARI

- 6.1) KİB tarafından belirlenen çalışanlar arasından ekip üyelerini oluşturmak.
- 6.2) KİB tarafından görevlendirilmiş olduğu konuda, yaşanan problemleri tespit edip, çözüm önerileri geliştirmek.
- 6.3) Toplantılarını ve çalışma esaslarını belirlenen talimatlara ve işleyiş prosedürlerine göre yürütmek
- 6.4) Sorumlu olduğu konu ile ilgili iyileştirme faaliyetlerini planlamak uygulanabilirliğini izlemek.

7- İÇ DENETÇİ

UNVAN VE TANIM

Kalite Konseyi tarafından kalite ve akreditasyon çalışmalarını denetlemek, raporlamak üzere eğitilmiş ve yetkilendirilmiş kişiler olup KİB tarafından önerilerek doğrudan KK tarafından atanırlar.

SORUMLULUK SAHASI

Tüm kalite ve akreditasyon çalışmaları.

SORUMLU OLDUĞU BİRİM

Kalite konseyi.

GÖREV TANIMI VE SORUMLULUKLARI

- 7.1) Kurum içi denetim standartları oluşturmak.
- 7.2) Tüm hizmet süreçlerini, kalite ve akreditasyon çalışmalarının denetimini önyargısız incelemeye tabi tutmak ve bunu gerçekleştirirken belirlenen denetim standartlarına uymak.

7.3) Denetim sonuçları ile ilgili rapor düzenlemek. Raporları kalite konseyine sunmak ve arşivlemek.

TOPLANTI TALİMATLARI

AMAÇ:

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde KİB komitelerinin toplantı esaslarını, prensiplerini, sıklığını belirlemek, toplantıların verimliliğini arttırmak ve toplantı kayıtlarının tutulmasını sağlamak.

KAPSAM

Bu talimat KİB Komiteleri, dokümantasyon ekibi, problem çözme ekibi üyelerini, görev yetki ve sorumluluklarını, işleyiş prosedürlerini kapsar.

SORUMLULAR

- 1-Her komite Kalite Konseyinin belirlediği misyona uygun olarak belirlenen görev, yetki ve sorumluluklarını yerine getirmekle, diğer ekip çalışmalarına destek vermekle yükümlüdür.
- 2- Bu talimatın uygulanmasında komite başkanları ve raportörleri sorumludur.

TOPLANTI İŞLEYİŞ PROSEDÜRLERİ

1- Toplantılar aşağıda belirlenen şekilde yürütülür.

Her çalışma yılının başında, kurulmuş olan komitelerin üyeleri kendi aralarında başkan ve raportör seçimini yapar.

2-**Toplantı gündemi;** Komitelerin önceden belirlenmiş bir toplantı gündeminin olması esastır. Gündem maddeleri önceki toplantıda belirleneceği gibi, komite başkanı tarafından da tespit edilebilir. Gündem raportör tarafından "**Kalite Toplantı Çağrı Formu**" ile toplantı tarihinden en geç 3 gün önce katılımcılara ve Kalite temsilcisine bildirilir.

3- Komite başkanı ve raportör toplantının yapılacağı yer ve saatte gerekli tüm malzeme, vb temin etmek ve toplantının gerektirdiği uygun çalışma ortamını sağlamakla görevlidir.

4- Katılımcılar yine en geç 2 gün önce ilave etmek istedikleri konuları raportöre iletir. Son toplantı gündemini Komite başkanına sunar. Zaman ve gündemin içeriğine uygun düşen konular gündeme ilave edilebilir.(Gündeme ilave edilmediği halde toplantı sırasında gündem dışı olarak konuşulmak istenen konular toplantıya katılanların görüşleri alınarak kabul edildiği takdirde gündeme ilave edilir.)

5- Toplantı sırasında görüşülecek yazılı dokümanlar varsa gündemle beraber önceden katılımcılara verilir.

6- **Toplantı sıklığı;** Komiteler ayda en az iki kere olmak üzere toplantı sıklığını kendileri belirler. Bu konuda komite başkanı birinci derecede sorumludur.

7- Toplantılar belirlenen yer ve saatte başlatılır. Başkanın bulunamadığı toplantılara raportör başkanlık eder.

8- Toplantılara tüm üyelerin aktif olarak katılımı esastır. Toplantı tutanaklarına toplantıya katılan her üyenin imza atma sorumluluğu vardır. Toplantılara 3 kere üst üste mazeretsiz katılmayan üyelerin üyeliğinin devamı, komite başkanının önerileri doğrultusunda KİB tarafından değerlendirilerek Kalite Konseyi onayına sunulur.

9- Toplantı da alınacak kararlarda, oylarda eşitlik halinde başkanın bulunduğu taraf çoğunluğu sağlamış kabul edilir. Tüm üyeler, alınan kararın aleyhine oy kullanmış olsalar dahi bu çalışmalar da aktif görev almakla yükümlüdür.

10- Toplantıya başlamadan önce gündemden çıkarılacak, eklenecek veya ilave edilecek konuların olup olmadığı konusunda görüş birliği sağlanır.

11- Katılım üye sayısının yarısından az ise toplantı iptal edilir. Toplantı tutanağı ile KİB'e rapor edilir.

12- Her komite toplantıları doğrultusunda yaptığı değerlendirme, varsa öneri ve çalışmalarına ilişkin bilgileri KİB'e yazılı olarak (toplantı tutanağı ile) bildirmekle yükümlüdür.

13- Üç ayda bir KİB ile tüm komitelerin sorumlularının katılacağı bir durum değerlendirme, koordinasyon toplantısı yapılır.

14-Toplantının yer, saat ve tarihi KİB raportörü tarafından Komite başkanlarına 3 gün önceden Kalite toplantı çağrı formu ile bildirilir.

15-Toplantı tutanaklarının aslı, toplantılara sunulan dokümanlar komitelerin raportörleri tarafından “.....KOMİTESİ” yazılı bir dosyada tarih sırasına göre 5 Yıl süre ile muhafaza edilirler.

KULLANILACAK DÖKÜMANLAR

- 1-Kalite ve Akreditasyon toplantı çağrı formu
- 2-KK toplantı tutanağı
- 3-KİB toplantı tutanağı
- 4-Kurum içi kalite ve akreditasyon öncesi birimleri değerlendirme formu
- 5- Görev-iş tanımı bilgi toplama formu
- 6-Kalite yönetimi çalışmaları değerlendirme formu
- 7-KİB Komiteleri çalışma değerlendirme formu
- 8-Kalite ve Akreditasyon Çalışma takvimi

- Kalite ve Akreditasyon Örgüt Şeması



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
KALİTE VE AKREDİTASYON TOPLANTI ÇAĞRI FORMU

...../...../2007 Tarihinde Saat:.....	
.....salonunda	
Toplanacaktır.Toplantı gündemi için aşağıda belirlenen konular belirlenmiştir.İlave edilecek veya değiştirilecek gündem maddeleri konusundaki düşüncelerin toplantıdan en az bir gün öncesinde komite başkanına, bu form ile ilgili bölüm doldurularak bildirilmesi rica olunur.	
KOMİTE BAŞKANI	
Belirlenen gündem maddeleri	
1	
2	
3	
4	
Önerilen yeni gündem maddeleri	
1	
2	
	Komite Üyesinin Adı Soyadı İmzası



KALİTE KONSEYİ TOPLANTI TUTANAĞI

Toplantı Tarihi:...../...../ 2007 Saat:.....		Toplantı Rapor No:
TOPLANTI KONULARI : GÜNDEM MADDELERİ		
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
KONSEY ÜYELİRİNİN UNVAN VE GÖREVLERİ	ÜYELERİN İSİMLERİ	İMZA
1-Kalite Konseyi Başkanı (REKTÖR)		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7- Kalite temsilcisi		



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

KALİTE İYİLEŞTİRME BİRİMİ (KİB) KOMİTE TOPLANTI TUTANAĞI

KOMİTE:		
Toplantı Tarihi: / / 2007 Saat:		Toplantı Rapor No:
TOPLANTI KONULARI: GÜNDEM MADDELERİ		
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
KİB ÜYELERİNİN UNVAN VE GÖREVLERİ	KİB ÜYELERİNİN ADI SOYADI	İMZA
1-		
2-		
3-		
4-		
5-		
6-		
7-		
8-		
9-		
10-		
11-		
12-		
13-		



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
KURUM İÇİ KALİTE VE AKREDİTASYON ÇALIŞMALARI ÖNCESİ
BİRİM DEĞERLENDİRME FORMU

BÖLÜM :		TARİH:... / / 2007 FORM NO:.....		
REVİZYON NO:		REVİZYON TARİHİ:..... / / 2007		
	SORGULANACAK KONULAR	EVET	HAYIR	AÇIKLAMALAR
1	Kalite politikası var mı?			
2	Kalite politikası tüm çalışanlar tarafından biliniyor mu?			
3	Organizasyon şeması var mı?			
4	Hedefleri var mı?			
5	Hedefler tüm çalışanlar tarafından biliniyor mu?			
6	Sistem prosedürü var mı?			
7	Toplantı tutanakları tarih sırasına göre mi?			
8	Birim prosedürü var mı?			
9	Birim kalite planları ve hedefleri var mı?			
10	İş akış şemaları var mı?			
11	Birimlerde çalışan elemanların görevlendirme yazıları var mı?			
12	Birimle ilgili dış kaynaklı doküman var mı?			
13	Birimle ilgili istatistiksel çalışma kayıtları var mı?			
14	Birimde şikayetlerle ilgili dosya var mı?			
15	Birimle ilgili formlar var mı?			
16	Birimle ilgili talimatlar var mı?			
17	Birimle ilgili formlar, talimatlar vb. listesi var mı?			
18	Hasta ve yakınlarının eğitimi yapılıyor mu?			
19	Yapılan eğitime yönelik yazılı doküman var mı?			
20	Hasta onam formu kullanılıyor mu?			
HAZIRLAYANLAR		ONAY		
..... KOMİTESİ BAŞKANI	KALİTE TEMSİLCİSİ	KALİTE KONSEYİ BAŞKANI		



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

GÖREV / İŞ TANIMI BİLGİ TOPLAMA FORMU

BÖLÜM :	BÖLÜM İÇERİSİNDEKİ GÖREVİNİZ:
<p>.....</p> <p>✓ Mesai saatleri içerisinde yerine getirdiğiniz görevler (örn. Hasta yatışı, tedavi, dosya hazırlama, hasta taşıma, malzeme isteği, temizlik, vb.)</p>	<p>.....</p> <p>✓ Büyük kutularda yazdığınız her görevi açık , anlaşılabilir ve kısa şekilde aşağıdaki satırlara her bir adımı numaralandırarak hizmet akış sırasına göre yazınız.</p>



ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi

KALİTE YÖNETİMİ ÇALIŞMALARI DEĞERLENDİRME FORMU SAYI NO:

1-Kalite ve Akreditasyon Çalışmaları Kapsamında Yapılan Eğitimler				
EĞİTİM	Eğitimi Veren Kurum/Kişi	Eğitim Süresi	Katılan Kişi Sayısı	Maliyet
1-				
2-				
3-				
4-				

2-Kalite ve Akreditasyon Çalışmaları Kapsamında Yapılan Çalışmalar					
Memnuniyet Anketleri	Uygulanan Kişi Sayısı	En Yüksek Oran		En Düşük Oran	
		KONUSU	(%)	KONUSU	(%)
1-Poliklinik Anketleri					
2-Yatan Hasta Anketleri					
3-Çalışan Memnuniyet Anketleri					
4-Hasta Şikayet Değerlendirmesi					
5-					
6-					
7-					

3-Oluşturulan Dokümanlar		
Dokümantasyon	Konusu	Sayısı
Prosedür		
Talimat		
İş Akış Şeması		

4-Oluşturulan Problem Çözme Ekipleri			
Problem Çözme Ekibi	Üye Sayısı	Süresi	Sonucunda Yapılan İşlem
1-			
2-			
3-			
4-			

5-Kalibrasyon Çalışmaları			
Konusu	Sayısı	Yapıldığı Yer (hastane içi-dışı)	Maliyeti
1-			
2-			
3-			
4-			

6-Geleceğe Yönelik Planlanan Çalışmalar		
Konusu	Amacı	Gerçekleşmesi İçin Hedeflenen Süre
1-		
2-		
3-		

Hazırlayan
Kalite Temsilcisi
...../...../20...

Onaylayan
Kalite Konseyi Başkanı
...../...../20...

KİB FORM - 7 – Açıklamalar

1. Bölüm:

Eğitim; Kalite ve akreditasyon kültürünün kurumda oluşturulması için verilen eğitimler yazılacaktır.

Eğitimi Veren Kurum/Kişi; eğitimin kurum içinden ve dışından kim tarafından verildiği belirtilecektir. Örn.Dr. M.Kaya (kalite temsilcisi) gibi.

Eğitim Süresi; toplam saat olarak belirtilecektir.Örn. 12 saat gibi.(bir günden fazla sürmüş ise parantez içinde bu süre belirtilecektir.Örn. 20 saat (3 gün) gibi.

Katılan Kişi Sayısı; eğitime katılan kişiler, meslek grubu olarak belirtilerek yazılacaktır. Örn.26 hemşire,13 Dr., 18 (idari)

Maliyet

2.Bölüm:

Memnuniyet anketleri hasta şikayetleri değerlendirmeleri; kurumun memnuniyet anketleri ve hasta şikayetlerine yönelik yaptığı çalışmalar, olabileceği gibi bunların dışında da diğer bölümüne (örn. lab. acil. Ameliyathane gibi spesifik konulara yönelik varsa uyguladığı memnuniyet veya şikayet konuları belirtilecek.)

Uygulana kişi sayısı bölümüne, ankete katılan ya da şikayette bulunan kişi sayısı yazılacak. (örn. 235 kişi gibi)

Yüksek oran bölümüne, yapılan anket ve değerlendirmeler sonucu ilgili memnuniyet ve şikayet konularına yönelik çıkan sonuçlara göre oranlardan en yüksek memnuniyet ya da şikayet konusu yazılacaktır. (örn. Muayene süresi gibi)

Yüzdesi (%) bölümüne, en yüksek şikayet yada memnuniyet konusu belirlenen faaliyetin anket ya da şikayet sonucu çıkan yüzdesi yazılacaktır.(örn. % 82 gibi)

Düşük oran bölümüne, yapılan anket ve değerlendirmeler sonucu ilgili memnuniyet ve şikayet konularına yönelik çıkan sonuçlara göre oranlardan en düşük memnuniyet ya da şikayet konusu yazılacaktır. (örn.kabul işlemlerini yapan görevlinin ilgisi)

3. Bölüm:

Prosedür, hazırlanan süreç ve faaliyetlere yönelik Prosedürler yazılacaktır.Örn. dokümantasyon kontrolü prosedürü vb. Revize edilenler yanına büyük (R) harfi konularak belirtilecektir.

Talimat, süreç ve faaliyetlere yönelik hazırlanan talimatlar yazılacaktır. Örn. Hasta kabul talimatı vb. Revize edilenler yanına büyük (R) harfi konularak belirtilecektir.

İş akış şeması, süreç ve faaliyetlere yönelik hazırlanan iş akış şemaları yazılacaktır. Örn. Poliklinik hizmetleri iş akış şeması, satınalma iş akış şeması vb. Revize edilenler yanına büyük (R) harfi konularak belirtilecektir.

Boş bırakılan bölümlere, dokümantasyon çerçevesindeki belirtilmek istenen çalışmalar yazılacaktır. Örn. Kontrol planları, formlar, tutanaklar vb.

4. Bölüm:

Dört aylık dönem içerisinde oluşturulan problem çözme ekiplerinin isimleri yazılacaktır. Örn. Poliklinik hizmetleri iyileştirme ekibi gibi.

Üye sayısı, her problem çözme ekibinin üye sayısı yazılacaktır. Örn. 5kişi (Dr. N.K.,hemş. Y.T., tek. F.H. VB.)

Süresi, Problem çözme ekibinin göreve başlaması ile alınan karardan, görevini sonuçlandırmasına kadar geçen süre belirtilecektir. Örn. İki ay (12 mayıs- 15 haziran 2006)vb.

Sonucunda yapılan işlem, PÇEkibinin çalışması sonucu konsey tarafından alınan karar sonucu yazılacaktır.Örn. PÇE çalışmaları sonucunda yeniden düzenlendi (20 haziran 2006 tarihli Kalite Konseyi kararı) vb.

5. Bölüm:

Konusu, Kalibrasyona yönelik hastane içinde yapılan yada kurum dışından alınan hizmetin konusu yazılacaktır.Örn. tansiyon aletleri,oksijen sağlayan aparatlar, elektrikli hasta yatağı vb.

Sayısı, kalibrasyon yapılan her bir cihazın sayısı belirtilecektir.

Hastane içinde yapılan, kurumun hastane içinde kendi personeli ve teknik imkanları ile gerçekleştirdiği çalışmalar kaydedilecektir.

Hastane dışında yaptırılan, kurumun hastane içinde kendi personeli ve teknik imkanları ile gerçekleştiremedikleri ve dışardan aldıkları kalibrasyon hizmetine ilişkin çalışmalar kaydedilecektir.

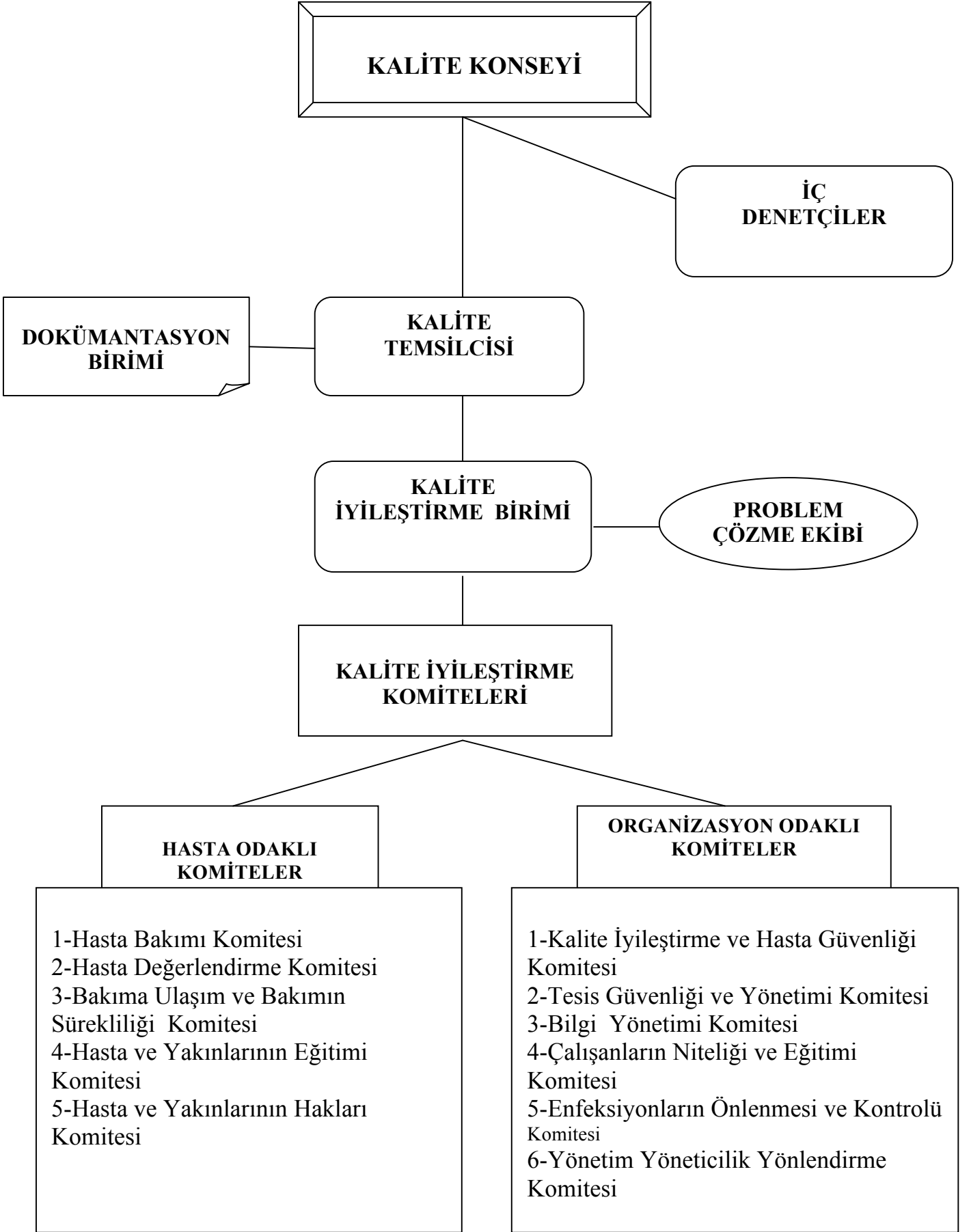
6.Bölüm:

Konusu bölümüne, bir sonra ki 4 aylık dönemde planlanan konular yazılacaktır. Örn. Motivasyon eğitimi verilecek, vb.

Amacı, hazırlanan planın amacı yazılacaktır. Örn. Personelin motivasyonunun artırılması vb.

Gerçekleştirilmesi için hedeflenen süre, hazırlanan planın gerçekleşmesi için öngörülen süre belirtilecektir. Örn. 2ay içinde, yad mayıs 2007 de vb.

Kalite ve Akreditasyon Örgüt Şeması



KALİTE KONSEYİ

	ÜN VAN	ADI SOYADI
1	REKTÖR	
2	REKTÖR YARDIMCISI	
3	DEKAN	
4	BAŞHEKİM	
5	BAŞMÜDÜR	
6	HEMŞİRELİK HİZMETLERİ MÜDÜRÜ	
7	SÖZLEŞMELİ PERSONELDEN SORUMLU ŞUBE MÜDÜRÜ	
8	KALİTE TEMSİLCİSİ	

KALİTE İYİLEŞTİRME BİRİMİ

	ÜN VAN	ADI SOYADI
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		

DOKÜMANTASYON BİRİMİ

	ÜNVAN	ADI SOYADI
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

KOMİTELER
I—Organizasyon Odaklı Komiteler

1-KİB YÖNETİM YÖNETİCİLİK ve YÖNLENDİRME KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		

2-KİB KALİTE İYİLEŞTİRME ve HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

3-KİB TESİS GÜVENLİK ve YÖNETİMİ KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		
16		
17		
18		
19		
20		

4-KİB ÇALIŞANLARIN NİTELİĞİ ve EĞİTİMİ KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

5-KİB ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ ve KONTROLÜ KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	KOMİTE BAŞKAN YARD.	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

6-KİB BİLGİ YÖNETİMİ KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		

II-Hasta Odaklı Komiteler

1-KİB HASTA BAKIMI KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		

2-KİB BAKIMA ULAŞIM ve BAKIMIN SÜREKLİLİĞİ KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		
13		
14		
15		

3-KİB HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		
11		
12		

4-KİB HASTA ve YAKINLARININ EĞİTİMİ KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		

5-KİB HASTA ve YAKINLARININ HAKLARI KOMİTESİ

	KOMİTE BAŞKANI	
	RAPORTÖR	
	ÜYELER	
1		
2		
3		
4		
5		
6		
7		
8		
9		
10		