 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Farabi Hastanesi	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği			
	KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ			
Dok. Kod: KY.PR.09	Yayın Tarihi:26.11.2021	Revizyon No:00	Revizyon Tarihi:00	Sayfa Sayısı:8

1.0 AMAÇ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak **Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Seti** kapsamında uygulanmakta olan politikaları ve uygulamaları düzenlemek, yürütülen tüm faaliyetleri tasarlamak, uygulamak, denetlemek, geliştirmek ve takip etmek, yürütülen çalışmaların koordinasyonunun sağlanması için kurulan **Kalite Koordinatörlüğünün** görev yetki ve sorumluluklarının belirlenmesi amaçlanmaktadır.

2.0 KAPSAM

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Kalite Koordinatörlüğü ve tüm çalışanları kapsar.

3.0 KISALTMALAR

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

4.0 TANIMLAR

Öz Değerlendirme: Hastane Kalite Koordinatörünün sorumluluğunda Sağlıkta Kalite Standartları esas alınarak kurum içinde gerçekleştirilen değerlendirme faaliyetidir.

Düzeltici Önleyici Faaliyet: Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında tespit edilen uygunsuzlukları, oluşan problemin kaynağını veya uygunsuzluk gelişme potansiyeli olan durumları ortadan kaldırmaya yönelik faaliyetlerdir.

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

İstenmeyen Olay: Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya sağlık hizmeti verilen kuruluştaki bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır.

Kök Neden Analizi: Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizi, gerçek sebeplerin tespit edilmesine yönelik yapılan çalışmalardır. Yaşanan problemlerin görünen nedenlerini ortadan kaldırmak yerine kalıcı bir şekilde çözüm üretmeye odaklanan bir süreç uygulamasıdır.

5.0 SORUMLULAR

• Başhekim
• Hastane Başmüdür V.
• Kalite Koordinatörlüğü
• Tüm Çalışanlar

6.0 FAALİYET AKIŞI

6.1 KALİTE POLİTİKASININ BELİRLENMESİ

6.2 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN YAPISI

6.3 SKS'NİN UYGULANMASINA YÖNELİK BÖLÜM/BİRİM KALİTE TEMSİLCİLERİNİN BELİRLENMESİ

6.4 ÖZDEĞERLENDİRME

6.5 KOMİTE VE EKİPLER

6.6 KOMİTE TOPLANTILARININ YÖNETİMİ

6.7 KALİTE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARI

6.8 KOMİTEDE GÖREV ALAN KİŞİLERİN GÖEV TANIMLARI VE SORUMLULUKLARI

6.9 TANITIM KARTLARI

6.1 KALİTE POLİTİKASININ BELİRLENMESİ

Kalite Politikamız, üst yönetim tarafından kalite ile ilgili amaçlar ve bu amaçlara uygunluğun sürekli sağlanması göz önünde bulundurularak belirlenmiştir.

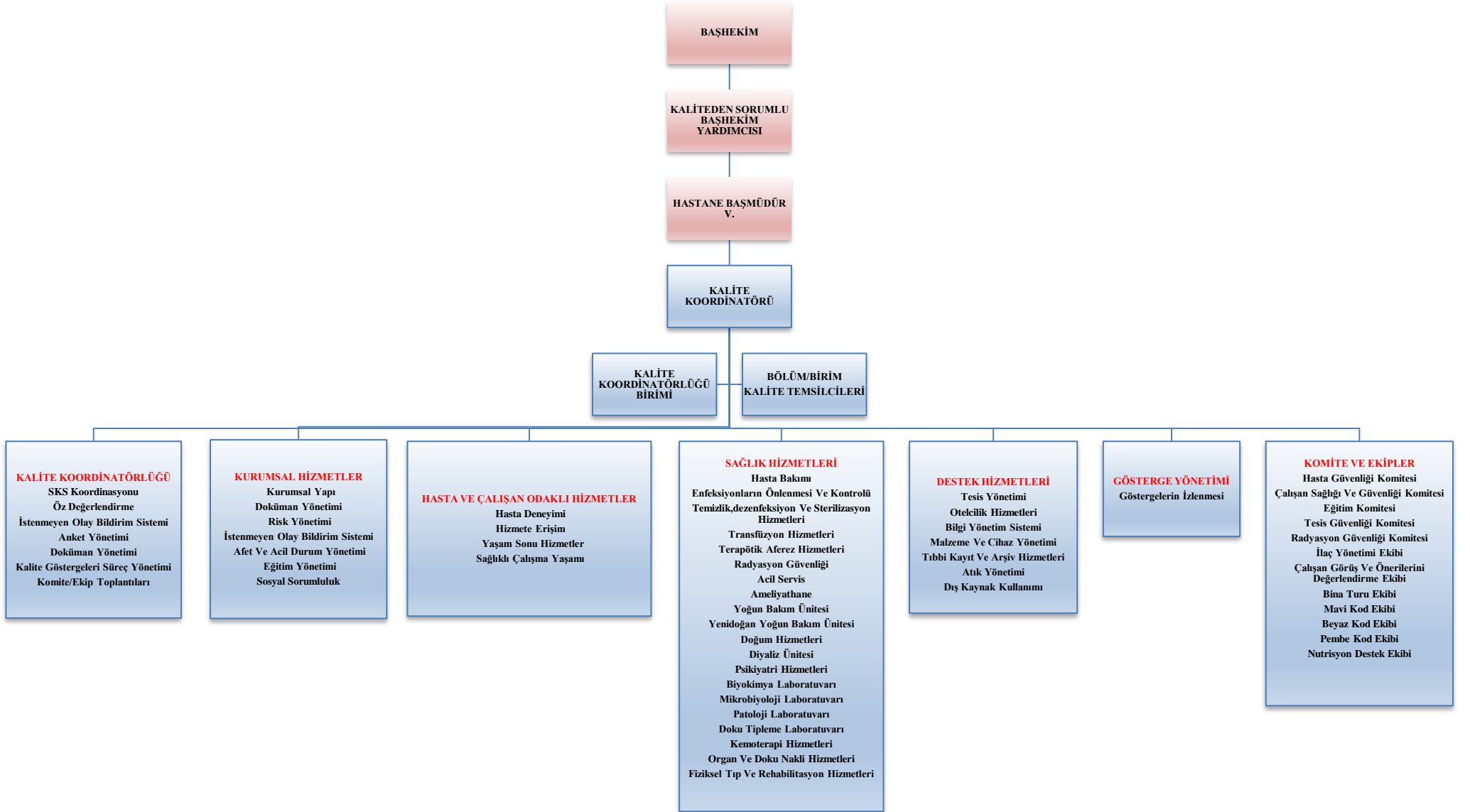
Hasta ve çalışan güvenliğini ön planda tutarak;

- Hastane hizmetlerinin ve klinik tıp hizmetlerinin yapılanmasını ulusal ve uluslararası standartta sunmak,
- Hasta ve yakınlarının haklarını korumak, ihtiyaç ve beklentilerini karşılayarak hasta memnuniyetini sağlamak
- Katılımcı bir yönetim anlayışıyla tüm çalışanların deneyim, emek, bilgi, duygu ve düşüncelerini değerlendirerek çalışanlarımızın memnuniyetini artırmayı sağlamak
- Ekip çalışması ile sürekli iyileştirme faaliyetleri yaparak hizmet kalitesini artırmayı sağlamak

6.2 KALİTE YÖNETİM SİSTEMİNİN YAPISI

Kalite yönetimine ilişkin dikey ve yatay hiyerarşik ilişkiler KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Kalite Koordinatörlüğü Organizasyon Şemasında tanımlanmıştır.

KTÜ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ FARABİ HASTANESİ
KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ ORGANİZASYON ŞEMASI



Kalite Yönetim Sisteminin yapısı Başhekim, Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı, Kalite Koordinatörü, Kalite Koordinatörlüğü Birimi Çalışanları, Bölüm/Birim Kalite Sorumluları, Komiteler ve Ekiplerden oluşmaktadır.

6.2.1 Kalite Yönetim Yapısına İlişkin Görev, Yetki ve Sorumluluklar

- **Başhekim;** SKS çalışmalarının başarıya ulaşması için destek olmak,
- **Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı;** SKS çalışmalarının başarıya ulaşması için destek olmak,
- **Kalite Koordinatörü;**
 - SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamak.
 - Kurumun amaç ve hedeflerine uygun kalite çalışmalarını yürütmek ve takip etmek.
 - Öz değerlendirme süreçlerini yönetmek.
 - İstenmeyen olay bildirim sistemine ilişkin süreçleri yönetmek.
 - Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmek.
 - Hasta deneyimi ve çalışan geri bildirim anketlerinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları gibi) yönetmek.
 - SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamak.
 - Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmek.
 - SKS çerçevesinde belirlenen komiteleri organize etmek ve doğal üyesi olarak katılmak.
- **Kalite Koordinatörlüğü Birimi;**
 - SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamak,
 - Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmek.
 - Öz değerlendirmeleri yönetmek.
 - İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine ilişkin süreçleri yönetmek.
 - Düzeltici önleyici faaliyetlere ilişkin süreçleri yönetmek.
 - Gerekliğinde düzeltici- önleyici faaliyet başlatır, takibini yapar ve sonuçlandırmasını sağlamak.
 - Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geribildirimlerinin alınması gibi.) yönetmek.
 - SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamak.
 - Yazılı düzenlemeleri kontrol etmek.
 - Yazılı düzenlemelerin revizyonunu takip etmek
 - Kalite göstergelerine yönelik süreçlerinin yönetilmesi ve aylık verilerin takip edilmesi,
 - SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmak.
 - SKS çerçevesinde belirlenen Komite ve ekiplerin düzenli aralıklarla toplanmasını sağlamak.
 - Hizmet sunumuna yönelik istatistikî bilgileri değerlendirmek
 - Yeni çıkacak ve yürürlükteki standartlarda olabilecek değişikliklerin takibini yapmak.

6.3 SKS'NİN UYGULANMASINA YÖNELİK BÖLÜM/BİRİM KALİTE TEMSİLCİLERİNİN BELİRLENMESİ

“Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” kapsamında yayımlanan Sağlıkta Kalite Standartları SKS-Hastane setinin uygulanmasını, işlerliğinin kontrolünü, güncel tutulmasını ve sürekli iyileştirilmesi için kurum içi çalışmalarda kalite koordinatörlüğüne bağlı olarak bölümü/birimi adına çalışmalara katılmak amacıyla gönüllülük esas alınarak bölüm/birim kalite temsilcileri Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince belirlenerek görevlendirilmeleri yapılmıştır.

- **Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Temel İş ve Sorumlulukları;**
 - Sağlıkta Kalite Standartları çalışmaları çerçevesinde kalite koordinatörlüğü ile koordineli çalışmak
 - Sağlıkta kalite standartları çerçevesindeki çalışmaları Bölüm/Birimi adına takip etmek
 - Bölümü/Birimi ile ilgili yazılı dokümanları kalite koordinatörlüğü ile birlikte belirlemek, dokümanların hazırlanması, kullanımı sırasında bölüm/birim çalışanlarının bilgilendirilmesi ve eğitimlerin verilmesi
 - Bölüm/Birimi içerisinde oluşabilecek uygunsuzlukların takibini yapmak, bölüm/birim sorumlusuna ya da kalite koordinatörlüğüne bildirimini yapmak
 - Bölüm/birimi ile ilgili açılacak düzeltici önleyici faaliyetlerin başlatılması, takip edilmesi, sonuçlandırılması,

- Öz değerlendirme sürecinde kalite koordinatörlüğü ile iş birliği yaparak değerlendirmelere eşlik etmek,
- Bakanlık değerlendirmelerinde Bölüm/Birimi adına katılmak,
- Bölüm/birim kalite temsilcileri yıl içerisinde SHKS zorunlu eğitimleri ve hizmet içi eğitimlerin eksiksiz yapılmasını sağlamak.
- Bölüm/birimine ait kalite göstergelerinin takibin yapılması, dönem analizinin yapılması, Kalite Koordinatörlüğüne ulaştırılması,
- Biriminde yapılacak olan hasta ve çalışan güvenliği konusundaki çalışmalara eşlik etmek, takibini yapmak,
- Öz değerlendirme sonuç paylaşım toplantılarına katılmak.

6.4 ÖZDEĞERLENDİRME

Öz Değerlendirme; Kalite Koordinatörünün sorumluluğunda Sağlıkta Kalite Standartları esas alınarak Hastane içinde gerçekleştirilen değerlendirme faaliyetidir.

Öz Değerlendirme Uygulaması:

- Öz Değerlendirme, hastanenin büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak yılda en az 2 kez Kalite Koordinatörlüğü tarafından planlanır.
- Yılın ilk 6 aylık döneminde Öz değerlendirme Kalite Koordinatörlüğü ve öz değerlendirme ekibi tarafından yapılır.
- Yılın ikinci 6 aylık dönemindeki öz değerlendirme kalite koordinatörlüğü iş birliği ile Birim/Bölüm kalite temsilcileri ve sorumluları tarafından kendi birim/bölmelerinde yapılarak Kalite Koordinatörlüğüne gönderilir.
- Değerlendirmenin yapılacağı tarihlerden önce Kalite Koordinatörlüğü tarafından Öz Değerlendirme ekibinde görev alacak personeller ve değerlendirme yapılacak alanlar belirlenir
- Kalite Koordinatörlüğünün planladığı tarihlerde, oluşturulan öz değerlendirme ekipleri tarafından ilgili Birim/Bölüm sorumlusu ve kalite birim temsilcileri ile birlikte değerlendirme yapılır.
- Birimde görülen uygunsuzluklar için Düzeltici Önleyici Faaliyet açılıp açılmamasına değerlendirme ekibi tarafından karar verilir.
- Düzeltici Önleyici Faaliyet açılmasına karar verilirse işleyiş **“Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürü”** ne uygun olarak devam eder.

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde Öz Değerlendirme işleyişi **“Öz Değerlendirme Prosedürü”** ne uygun olarak gerçekleştirilmektedir.

6.5 KOMİTEL VE EKİPLER

Kalite koordinatörlüğü ve hastane yönetimince oluşturulan komite ve ekipler, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlayacak şekilde tanımlanmıştır.

Komiteler oluşturulurken: **“Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik”** te belirlenen standartlar göz önüne alınmıştır.

Kalite koordinatörlüğü ve hastane yönetimince oluşturulan komite ve ekiplerin listesi “Hastane Yürütme Kurulu’nun onayına sunulurken kurum içerisinde resmiyet kazanır. Hastane Yürütme Kurulu tarafından onaylanan komite ve ekiplerin görevlendirme yazıları ilgili kişilere görev tanımları ile birlikte yazılı olarak tebliğ edilir.

Sağlıkta kalite standartları çerçevesinde oluşturulan komiteler yılda en az 4 (dört) kez ve gerektiğinde toplanır.

SKS kapsamında oluşturulan Komite ve Ekipler,

- Hasta Güvenliği Komitesi
- Çalışan Güvenliği Komitesi
- Eğitim Komitesi
- Tesis Güvenliği Komitesi
- Radyasyon Güvenliği Komitesi
- Klinik Kalite İyileştirme Komitesi
- İlaç Yönetimi Ekibi
- Nutrisyon Destek Ekibi
- Bina Turu Ekibi

- Mavi Kod Ekibi
- Beyaz Kod Edibi
- Pembe Kod Ekibi
- Çalışan Görüş ve Önerilerini Değerlendirme Ekibi olarak belirlenmiştir

Hastanemizde oluşturulan diğer Komite ve Ekipler;

- Transfüzyon Komitesi
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi
- Hasta Görüş ve Öneri Değerlendirme Ekibi
- Kırmızı Kod Ekibi
- İş Sağlığı ve Güvenliği Risk Değerlendirme Ekibi

6.5.1 Hasta Güvenliği Komitesi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite; Tıbbi idari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Cerrahi, Dahili, Pediatri, Ameliyathane, Laboratuvar, Eczane, Kan Bankası, Radyoloji, Enfeksiyon, Bilgi İşlem gibi birimleri temsilen en az 1(bir) kişi ve bölüm/birim kalite temsilcilerinden en az 1(bir) temsilci olacak şekilde oluşturulmuştur.

Komitenin Görev Alanı:

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- İlaç güvenliğinin sağlanması
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- Hasta mahremiyetinin sağlanması
- Hastaların güvenli transferi
- Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- Bilgi güvenliğinin sağlanması
- Enfeksiyonların önlenmesi
- Laboratuvarda hasta güvenliğini sağlamak.

6.5.2 Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite; İş sağlığı ve Güvenliği Birimi temsilcileri, Tıbbi İdari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Anabilim Dallarından Temsilciler, Enfeksiyon Komitesi, Radyasyonlu Alan Temsilcisi, Personel İşleri, Tesis Güvenliği Sorumlusu, Gıda Mühendisi gibi birimleri temsilen en az 1(bir) kişi ve bölüm/birim kalite sorumlularından en az 1(bir) temsilci olacak şekilde oluşturulmuştur.

Komitenin Görev Alanı:

- Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması
- Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
- Sağlık tarama programının hazırlanması, takibini yapmak

6.5.3 Eğitim Komitesi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite; Tıbbi İdari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Öğretim Üyeleri, Psikolog gibi birimleri temsilen en az 1(Bir) kişi ve Bölüm/Birim Kalite sorumlularından en az 1(bir) temsilci olacak şekilde oluşturulmuştur.

Komitenin Görev Alanı:

- Sağlıkta kalite standartları eğitimleri
- Hizmet içi eğitimler
- Uyum eğitimleri
- Hastalara yönelik eğitimleri yapmak

6.5.4 Tesis Güvenliği Komitesi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite; Tıbbi İdari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Eczane, Sivil Savunla, Tesis Güvenliği Sorumlusu, Depo, Bilgi İşlem, Enfeksiyon Komitesi, Laboratuvar, Biyomedikal gibi birimleri temsilen en az 1(bir) kişi ve bölüm/birim kalite sorumlularından en az 1(bir) temsilci olacak şekilde oluşturulmuştur.

Komitenin Görev Alanı:

- Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi
- Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması
- Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması
- Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları
- Atık yönetimi çalışmaları
- Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planları ve kalibrasyonlarının yapılması
- Tehlikeli maddelerin yönetimini sağlamak

6.5.5 İlaç Yönetimi Ekibi

Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimince oluşturulan komite; Tıbbi İdari ve Hemşirelik Hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci, Kalite Koordinatörü, Dahili, Cerrahi, Eczane, Farmakoloji, Mikrobiyoloji Laboratuvarı, Enfeksiyon gibi birimleri temsilen en az 1 (bir) kişi olacak şekilde oluşturulmuştur.

Ekibin Görev Alanı:

- İlacın dahil olduğu tüm süreçlerin düzenlenmesi ve denetimini sağlamak,
- Hastane formülerinin hazırlanması ve formüler ile ilgili gerekli güncellemelerin yapılmasını sağlamak,
- Akılcı ilaç kullanımı ile ilgili ilkelerin belirlenmesi ve uygulanmasını sağlamak,
- "Antibiyotik Kullanım Kontrolü ve Antibiyotik Profilaksi Rehberi" hazırlanması sağlamak.

Diğer komite ekiplerin SKS kapsamında standartlara uygun kurulması ve işleyişi **“Komite/Ekiplerin İşleyiş ve Toplantı Prosedürü”** ne uygun olarak gerçekleştirilmektedir.

6.6 KOMİTE TOPLANTILARININ YÖNETİMİ

- Komite/Ekiplerin toplantı periyoduna göre Kalite Koordinatörlüğü ve Hastane Yönetimi ile birlikte toplantı gündemi, tarihi, saati ve yeri belirlenir.
- Toplantıların gündem maddelerini, yeri, zamanı ve süresi Kalite Koordinatörlüğü tarafından komite üyelerine iletilmek üzere Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı imza onayına sunulur.
- İmzadan çıkan toplantı yazısı komite üyelerine en az 1(bir) hafta öncesinden EBYS üzerinden yazılı, sözlü veya e-mail olarak Kalite Koordinatörlüğü tarafından bildirilir.
- Toplantı akışı, konuşulanlar ve alınan kararlar **“Toplantı Tutanağı Formu”** na Kalite Koordinatörlüğü sekreteri tarafından kayıt edilir.
- Toplantı tutanağı Kalite Koordinatörlüğünden Sorumlu Başhekim Yardımcısı imzası ile başhekimliğe gönderilir. Başhekimlik tarafından değerlendirilerek gerekli görülen çalışmalar başlatılır.
- Toplantıda alınan kararlar gereği yapılması gereken görevlendirmeler;
 - Komite üyelerine, komite başkanının imzası ile tebliğ edilebilir
 - Komite üyesi olmayan akademisyenlere, başhekimliğin teklifi ile dekanlığın onayı sonrası, dekanlık tarafından tebliğ edilir.
 - Komite üyesi olmayan idari personellere, Hastane Müdürü tarafından tebliğ edilir.
- Toplantılarda bir önceki toplantıda alınan kararların takibi toplantının ilk gündem maddesi olarak değerlendirilir, sonuçlanmamışsa yeniden gündeme getirilir sonuçlanamıyorsa gerekçesiyle birlikte kayıt altına alınır.
- Toplantılarda tüm üyelerin görüşleri alınır ve toplantı tutanağına Kalite Koordinatörlüğü sekreteri tarafından kayıt edilir.

6.7 KALİTE İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARI

SKS kapsamında hastanemizde kalite iyileştirme çalışmaları;

- Bina Turları,
- Öz Değerlendirme,

- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi,
- Düzeltici Önleyici Faaliyetler,
- Gösterge analiz sonuçları kapsamında ele alınmaktadır.

Bina Turlarında tespit edilen uygunsuzlukların iyileştirme çalışmaları türüne göre sözel olarak veya DÖF olarak planlanmaktadır.

Öz Değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar Kalite Koordinatörlüğü tarafından DÖF sistemi üzerinden ilgili bölüm/birimlere yönlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmalarının uygulanması sağlanır.

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi üzerinden gelen bildirimler sonucu gerekli olan iyileştirme çalışmaları ilgili birimler ile iletişime geçilerek planlanması ve uygulanması sağlanır.

Düzeltici Önleyici Faaliyetler; Hastane bölüm/birimlerinden açılan DÖF' ler ilgili bölümlere yönlendirilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması sağlanır.

Gösterge Analiz Sonuçlarına göre planlanan iyileştirme çalışmaları;

- Sorun verinin çekildiği alan ile ilgili ise bilgi işlem ile iletişime geçilerek,
- Hizmet kalitesini arttırmak ile ilgili ise birimler ile kök neden analizi yapılarak iyileştirme çalışmalarının planlanması

Tüm yapılan iyileştirme çalışmaları kalite koordinatörlüğü tarafından kayıt altına alınmaktadır.

6.8 KOMİTEDE GÖREV ALAN KİŞİLERİN GÖREV TANIMLARI VE SORUMLULUKLARI

Kalite koordinatörlüğü ve hastane yönetimince oluşturulan komite ve ekipler, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak hastanede yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematiğini sağlayacak şekilde tanımlanmıştır.

Komiteler oluşturulurken: **“Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik”** te belirlenen standartlar göz önüne alınmıştır.

Kalite koordinatörlüğü ve hastane yönetimince oluşturulan komite ve ekiplerin listesi **“Hastane Yürütme Kurulu”** nun onayına sunulurken kurum içerisinde resmiyet kazanır. Hastane Yürütme Kurulu tarafından onaylanan komite ve ekiplerin görevlendirme yazıları ilgili kişilere görev tanımları ile birlikte yazılı olarak tebliğ edilir.

6.9 TANITIM KARTLARI

Hizmet verilen hasta profili göz önüne alınarak tanıtım kartları hastanemiz **Bilgi İşlem Merkezi** tarafından hazırlanmakta olup göreve başlayan tüm personele verilerek mesai saatleri içerisinde kullanılması gerektiği bildirilmektedir.



7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1 Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürü

7.2 Öz Değerlendirme Prosedürü

7.2 Komite ve Ekiplerin Toplantı Prosedürü