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, Başhekim Yardımcıları, Hastane Müdür/Müdür Yrd., Kalite Yönetim Direktörü, Kalite Yönetim Birimi Sorumluları/Çalışanları**.**

6. 6.FAALİYET AKIŞI:

6.1. Dikey Hiyerarşik yapılar (Boyutlar)

1. KURUMSAL HİZMETLER
2. HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER
3. SAĞLIK HİZMETLERİ
4. DESTEK HİZMETLER
5. GÖSTERGE YÖNETİMİ

6.2. Yatay Hiyerarşik yapılar (Bölümler)

1. KURUMSAL YAPI
2. KALİTE YÖNETİMİ
3. DOKÜMAN YÖNETİMİ
4. RİSK YÖNETİMİ
5. İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ
6. ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ
7. EĞİTİM YÖNETİMİ SOSYAL SORUMLULUK
8. HASTA DENEYİMİ
9. HİZMETE ERİŞİM

10. SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI
11. ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ
12. STERİLİZASYON HİZMETLERİ
13. İLAÇ YÖNETİMİ
14. HASTA BAKIMI
15. RADYASYON GÜVENLİĞİ
16. PROTEZ LABORATUVARI HİZMETLERİ
17. AMELİYATHANE
18. TESİS YÖNETİMİ
19. OTELCİLİK HİZMETLERİ
20. BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ
21. MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ
22. TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ
23. ATIK YÖNETİMİ
24. DIŞ KAYNAK KULLANIMI
25. GÖSTERGELERİN İZLENMESİ

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

1. **KURUMSAL HİZMETLER,** Başhekim, Başhekim Yardımcısı, Hastane Müdürü/Hastane Yardımcıları, Kalite Yönetim Birimi sorumluluğunda olup takibi Kalite 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;

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

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

3. SAĞLIK HİZMETLERİ Hastanemizde sağlık hizmetleri sekiz ayrı klinikte sunulmaktadır. Her bir klinik önce Anabilim Dalı Başkanlarına bağlı olmakla birlikte, eğitim öğretim ve akademik hizmetler bakımından Dekanlık Makamına bağlıdır.
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Sterilizasyon Hizmetleri bölümleri Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Sterilizasyon Birimi tarafından; **İlaç Yönetimi** Farmakovijilans Sorumlusu ve İlaç Yönetim Ekibi tarafından; **Hasta Bakımı,** klinik sorumluları ve yataklı servis sorumlu hemşiresi tarafından; **Radyasyon Güvenliği**, Radyoloji Birim Sorumlusu tarafından; **Protez Laboratuvarı Hizmetleri**, Protez Laboratuvarı Birim Sorumlusu tarafından SKS ADSH kitapçığına uygun olarak takip edilmekte ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır**.**

4. DESTEK HİZMETLERİ; Başhekim, Başhekim Yardımcıları, Hastane Müdürü/Yardımcıları, Teknik Servis Sorumlusu/Personeli, Ayniyat Sorumlusu, Bilgi İşlem Sorumlusu, Kalite Yönetim Birimi sorumluluğunda olup; takibi kalite yönetim direktörü tarafından yapılmaktadır.
Tesis Yönetimi; Başhemşire;
Otelcilik Hizmetleri; Hastane Müdür Yardımcısı tarafından;
Bilgi Yönetim Sistemi; bilgi işlem birimi sorumlusu tarafından;
Malzeme ve Cihaz Yönetimi; Teknik bakım sorumlusu tarafından;
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri; Hastane Müdürlüğü tarafından;
Atık Yönetimi; Başhemşire tarafından;
Dış Kaynak Kullanımı; Satın Alma Birimi tarafından SKS ADSH kitapçığına uygun olarak takip edilmekte ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır.

5. GÖSTERGE YÖNETİMİ Bilgi işlem birimi, ilgili diğer Anabilim Dalları ve kalite yönetim birimi sorumluluğunda olup; takibi kalite yönetim direktörü tarafından yapılmaktadır.
Göstergelerin İzlenmesi ve Kalite Göstergeleri; Kalite yönetim birimi tarafından SKS ADSH kitapçığına uygun olarak takip edilmekte ve gerekli çalışmalar yapılmaktadır.
Yukarıdaki alanlarla ilgili olarak, SKS ADSH kitapçığında tespit edilen eksiklikler ile ilgili Düzeltici İyileştirici Faaliyet Formu doldurulur veya sistemden bildirimi yapılır ve belirtilen sürede tamamlanması istenir. Yılda en az 2 kez Öz değerlendirme yapılır. Tespit edilen uygunsuzluklara yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirilir.

7.İLGİLİ DOKÜMANLAR:
7.1. Sağlıkta Kalite Standartları ADSH Seti