

Revizyon No	Yapılan Revizyon	Rev. Sayfası	Revizyon Tarihi	Revizyonu Yapan
01	Düzeltilici Önleyici Faaliyet Formunun içeriğinin değişmesi	3.sayfa	10.03.2011	Kalite Yönetim Direktörü Süleyman Yılmaz
02	4.1.1 No'lu bölüme anket kutusunun açılması ve hasta hasta hakları komitesi ile ilgili bilgi eklenmesi.	4.sayfa	02.05.2012	Serap EKEN Kalite Asistanı
03	4.1.1 Hasta Şikayetleri ve Hasta Memnuniyeti Anket Sonucu Oluşan Düzeltici/ Önleyici Faaliyetler bölümünün eklenmesi	4.sayfa	09.06.2012	Kalite Serap GÖKBAŞ
04	Yapılan faaliyetler bölümünün altına yapılan etkinliğin ölçülmesi bölümünün ilave edilmesi.	9.sayfa	09.06.2012	Kalite Serap EKEN
05	ISO 14001 VE OHSAS 18001Kapsamındaki uygunsuzlukların kayıtları.	3.sayfa	15.11.2012	KYD Süleyman YILMAZ
06	06 Olay Bildirim Formu'nun adının Hasta Güvenliği Güvenlik Raporlama Formu olarak değiştirilmesi	Tüm Sayfalar	01.08.2014	KYD Süleyman YILMAZ
07	4.1. Bölümüne sağlık kalite standartlarına atıf yapılması 4.1.3.Sağlıkta Kalite Standartları Kapsamında Yapılan Öz değerlendirme Sonuçları kısmı eklenmesi 4.1. Güvenlik Raporlama kısmına çalışan güvenliği ile ilgili bilgiler eklenmesi 4.1.10 Tesis Güvenliği Kısmı eklenmesi 4.1.11 Çalışan güvenliği kısmının iş kazaları durumunda olarak değiştirilmesi 4.2, DÖF Açılması 4.3. Onaylanması 4.4.Planlanması 4.5. Sonlandırılması kısımlarında Kalite Programı ile ilgili atıfların yapılması ve program görüntülerinin eklenmesi	Tüm sayfalar	03.02.2017	Kalite Yönetim Direktörü
08	Dokümanın adı değiştirildi, kalite yönetim yapısı tanımlandı ve yeni uygulanmaya başlayan iyileştirme yöntemleri tanımlandı	8.sayfa	17.07.2019	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi
09	Kalite politikası revize edildi, Öz Değerlendirme (İç Tetkik) bilgisi eklendi. Birden fazla bölümü ilgilendiren durumlarda DÖF ya da PUKÖ; yüksek riskli hasta güvenliğini etkileyen durumlarda kök neden analizi ve iyileştirme rapor formu ile toplantılar yapılır.	4. ve 8. sayfa	16.04.2020	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi
10	Kalite Yönetim Yapısı Şeması oluşturularak prosedüre eklendi.	2. sayfa	01.06.2020	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi
11	Kalite Yönetim Yapısına iç tetkik ekibi eklendi. Kurul üyeleri hakkında bilgi eklendi. Risk analizi planının kontrolü hakkında bilgi eklendi. İyileştirme Faaliyetlerinin Belirlenmesi başlığına bilgi eklendi.	3. 4. 5. 8.sayfa	04.11.2020	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi
12	4.4. bölümüne Kalite Hedefleri ve Stratejik Planı'nda belirtilen hedeflerin üç aylık periyotlar halinde süreç sorumluları tarafından, altı ayda bir kalite departmanı tarafından Hastane Yöneticileri Toplantısı'nda gözden geçirilmesi bilgisi eklendi.	6. ve 8. sayfa	02.02.2021	Filiz ALBAYRAK Kalite Yöneticisi

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No:14 Revizyon Tar.:25.07.2025 Sayfa No :2/11

13	Kalitenin sorumluluğunda olan alanlara; kalite hedefi ve stratejik planının gözden geçirilmesi, takibi ve Yönetim Kurulu'na verilerin sunumu, risk analizinin belirli periyodlarla gözden geçirilmesi, hastane afet planının hazırlanması ve hastane afet planı kapsamındaki tatbikatların takibi, bölüm toplantılarının takibi, tedarikçi değerlendirmelerinin takibi, sosyal sorumluluk projelerinin takibi eklendi. Risk Yönetimi kuruluna dair bilgi eklendi. Hasta Güvenliği Kültürü ve İstenmeyen Olay Bildirim Anketi yapıldığı eklendi. Hastane Afet Planının Hazırlanması ve Tatbikatlar ile Sosyal Sorumluluk Projelerinin Takibi başlıkları eklendi.	5., 8. ve 9. sayfalar		
14	Kalite Yönetim Yapısı Organizasyon Şeması güncellendi.	4. sayfa	25.07.2025	Filiz ALBAYRAK
Gözden geçirme	Gözden geçirildi.	Tüm Sayfalar	12.05.2024	Filiz ALBAYRAK Kalite Yönetim Direktörü
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI		ONAY
KALİTE YÖNETİCİSİ		KALİTE YÖNETİCİSİ		BAŞHEKİM

1. AMAÇ ve KAPSAM

Üst yönetimden bölüm çalışanlarına kadar tüm çalışanların kalite iyileştirme çalışmalarındaki rol ve sorumluluklarının tanımlanarak kalite yönetim yapılanmasının oluşturulması, yönetmelik ve standartlar çerçevesinde kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonu ile sunulan hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesinin sağlanmasını amaçlamaktır. Bu prosedür tüm Optimed çalışanlarını kapsar.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

DÖF : Düzeltici ve Önleyici Faaliyet
PUKÖ : Planla, Uygula, Kontrol et, Önlem al
KNA : Kök Neden Analizi

3. REFERANS DOKÜMANLAR

Kalite Planı
İş Takip Listesi
Yıllık Kurul ve Toplantı Planı Tablosu
Organizasyon Şeması ve Kurullar
Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Planı

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No:14 Revizyon Tar.:25.07.2025 Sayfa No :3/11

Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Raporu

İç Tetkik ve Öz Değerlendirme Prosedürü

Gösterge Yönetimi Prosedürü

Kalite Hedefleri ve Stratejik Planı

Dış Kaynaklı (Tedarikçi) Hizmetler Prosedürü

Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyet Sistemi İşleyiş Prosedürü

İnsan Kaynakları İşleyiş Prosedürü

Motivasyon Prosedürü

Risk Yönetimi Prosedürü

Risk Analiz Planı

Doküman Yönetimi Prosedürü

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi İşleyiş Prosedürü

Kök Neden Analizi Ve İyileştirme Rapor Formu

Düzeltilici ve Önleyici Talep Formu

Alan Ziyareti Kontrol Formu

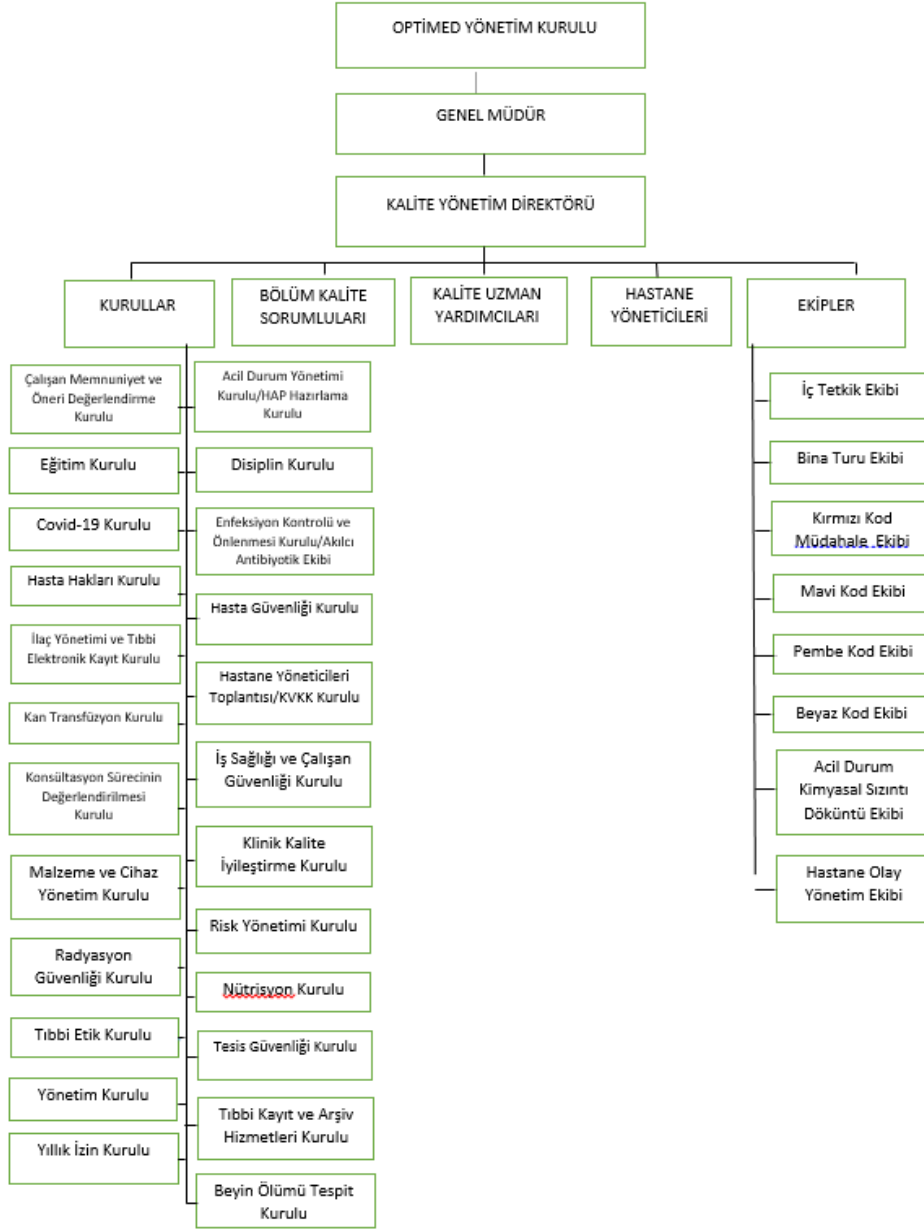
Yönetim ve Organizasyon İşleyiş Prosedürü

Kurumsal İletişim Prosedürü

4. UYGULAMA

Hastanede kalite iyileştirme çalışmalarının planlanmasını, yürütülmesini, koordinasyonunu ve sürekliliğini sağlamak üzere kalite politikası oluşturulmuştur ve üst yönetim tarafından onaylanmıştır. Kurumun misyonu, vizyonu ve değerleri paralelinde hedefler belirlenerek Yönetim ve Organizasyon İşleyiş Prosedürü'nde tanımlanmıştır. Uygulamaların sahaya yansımaları için Kalite Yönetim Yapısı Şeması oluşturulmuş ve bu kapsamda her bölümün sorumlusu, aynı zamanda bölümün kalite sorumlusu olarak tanımlanmıştır.

Kalite Yönetim Yapısı, kurumun web sitesinde (<https://optimedhastanesi.com/>) ve intranet/ sayfasında bulunmaktadır.



Kurumun misyon, vizyon, değerleri ve kalite politikası aşağıdaki gibi tanımlanmıştır;

Misyonumuz:

Sağlık sektöründeki bilimsel ve teknolojik gelişmeleri yakından takip ederek, bu gelişmeleri hastalarımızın sağlıklı kalabilmeleri ve yaşam kalitelerini artırmak amacıyla;

- Hastalarımızın güvenini kazanarak sağlık sorunlarına en kısa sürede, doğru ve güncel çözümler üretmek,
- Etik değerlere sahip çıkarak, hasta güvenliği ve memnuniyetini önemseyen, kendilerini mesleklerine

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No:14 Revizyon Tar.:25.07.2025 Sayfa No :5/11

adamış hekimler ve sağlık profesyonelleri ile hizmet vermek,

- Son olarak hastalar ve çalışanlar tarafından daima tercih edilen bir kurum olmak için varız.

Vizyonumuz:

Optimed Sağlık Grubu; sunduğu sağlık hizmetleriyle hasta ve hasta yakınlarının memnuniyetini sağlamayı, güçlü hekim kadrosu, sağlık çalışanları ve altyapısıyla uluslararası kalite standartlarında hizmet vermeyi ve bölgede birçok konuya öncülük ederek, referans hastane olmayı hedeflemektedir.

Değerlerimiz:

- Hastalarımıza her zaman yüksek kalitede ve ulaşılabilir ücretle nitelikli hizmet sunarız.
- Hasta memnuniyeti vazgeçilmez önceliğimizdir.
- Ulusal ve uluslararası sağlık sektörüne özgü standartlarla çalışır, hasta güvenliğini önemseriz.
- Hasta ve yakınlarının haklarına daima saygılı hizmet sunarak, hasta sorumlulukları konusunda eğitici ve yol gösterici anlayışla hizmet sunarız.
- Sağlık hizmetini; nitelikli, etkin, zamanında, güvenilir, güncel, bilimsel ve bölgenin sürekli ihtiyacını karşılayacak şekilde sunarız.
- Ekip çalışmasını önemser, hizmet sunumunda multidisipliner bir yaklaşım sergileriz.
- Karşılıklı düşünce, bilgi ve görüşlerin alışverişine dayanan katılımcı bir ortamda, eğitim ve gelişim fırsatlarını kullanarak tüm çalışanlarımızın potansiyellerini açığa çıkarmalarını destekleriz.
- İnsana değer veren ve saygı duyan bir yaklaşımla hizmet sunarız.
- Çalışanlarımızın memnuniyeti ve güvenliğine önem veririz.
- Etik ilkelerimiz ve iş ahlakımızla, saygın ve güçlü iletişim yöntemlerini kullanırız.
- Süreçlerimizi düzenli periyodlarla gözden geçirerek; riskleri öngören ve yöneten, öğrenen, iyileştiren, verilerle ve performans göstergeleri ile çalışan bir yaklaşım sergileriz.
- Teknolojiyi ve dünyadaki gelişmeleri yakından takip ederiz.
- Çevreye ve topluma duyarlı bir yaklaşım sergileriz.
- Kurum içi ve dışı ilişkilerde; sağlıklı, güvene dayalı, anlayışlı ve saygın bağlar kurar ve sürdürürüz.

Kalite Politikamız:

Kalite anlayışımız ulusal ve uluslararası standartlar ve yönetmelikleri dikkate alarak; hasta güvenliği ve memnuniyetini merkezde tutan bir yaklaşımla nitelikli sağlık hizmetini sürekli sunmaktır. Sürekli iyileştirme anlayışı ile süreçlerin performansını düzenli olarak gözden geçirmek, riskleri öngörmek, hatalardan öğrenmek, multidisipliner bir yaklaşımla eğitim ve gelişimi önemseyerek güvenli, verimli ve sürdürülebilir bir ortam oluşturmaktır. Bu doğrultuda hedeflerimiz; hasta memnuniyetini %95 ve üzerinde tutmak, çalışan memnuniyetini %80 ve üzerinde tutmak, hasta ve çalışan güvenliği uygulamalarını olay bildirimlerle sayısal olarak takip etmek ve iyileştirmek, sürdürülebilirlik açısından da gelir, gider dengelerini sayısal olarak ve karşılaştırmalı takip etmektir.

Kalite departmanı;

- Kurulların koordinasyonu ve takibi,

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No:14 Revizyon Tar.:25.07.2025 Sayfa No :6/11

- İç tetkik (öz değerlendirme) planlaması, gerçekleştirilmesi ve bulguların takibi,
- Alan ziyaretlerinin gerçekleştirilmesi,
- Göstergelerin ve hedeflerinin belirlenmesi ve takibi,
- Hastanede ilişkin gerçekleştirilen dış değerlendirmelere sonuçların izlenmesi,
- Hasta memnuniyet anketlerinin uygulanması, görüş- önerilerin alınması ve değerlendirilmesi,
- Çalışan memnuniyet anketlerinin uygulanması, görüş- önerilerin alınması ve değerlendirilmesi,
- Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin yönetimi,
- Bölüm kalite sorumluları ile iş birliği içinde kalite çalışmalarının izlenmesi ve koordinasyonu
- Kalite hedefi ve stratejik planının gözden geçirilmesi, takibi ve Yönetim Kurulu'na verilerin sunumu,
- Risk analizinin belirli periyodlarla gözden geçirilmesi,
- Hastane Afet Planının hazırlanması ve Hastane Afet Planı kapsamındaki tatbikatların takibi,
- Bölüm toplantılarının takibi,
- Tedarikçi değerlendirmelerinin takibi,
- Sosyal sorumluluk projelerinin takibi,
- Hasta ve çalışan güvenliğine yansıyan ve bildiri yapılan olayları değerlendirilmesi, yüksek riskli ve sık tekrar eden bildirimler için iyileştirme çalışmalarının yürütülmesinden sorumludur.

Belirtilen faaliyetlerin takibi Kalite Planı ile sağlanır. Kalite Planı dahilinde elektronik takvim üzerinden kalite departmanı çalışanlarına hatırlatmalar gelir. Tüm bu faaliyetler sonucunda alınan kararlar ve planlanan iyileştirme faaliyetleri iş takip listeleri üzerinden takip edilir. Gerçekleştirilen iyileştirme çalışmaları, ile ilgili on beş günde bir tüm çalışanlara kalite bilgilendirme mesajı e-posta yoluyla kalite departmanı tarafından gönderilir.

İyileştirme faaliyetlerinin kapsamını:

- İstenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında yapılan bildirimler,
- Risk değerlendirmesi ve öz değerlendirmelerde (iç tetkik) saptanan bulgular,
- Kalite departmanı tarafından gerçekleştirilen alan ziyaretlerinde saptanan bulgular,
- Göstergelerde hedef değere ulaşmayan bulgular,
- Dış denetimlerde ve tedarikçi değerlendirme toplantılarında iletilen bulgular,
- Hasta/hasta yakını ve çalışan geri bildirimleri sonucu yapılan çalışmalar oluşturur. Tespit edilen bulgularda kullanılacak iyileştirme yöntemleri kalite departmanı tarafından belirlenerek kayıt altına alınır. Yapılan iyileştirme çalışmaları tüm çalışanlara duyurulur.

4.1.Kurulların ve Toplantıların Koordinasyonu ve Çalışmalarının İzlenmesi

Kalite iyileştirme çalışmaları kapsamında hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak yürütülen çalışmaların etkililiğini, sürekliliğini ve sistematikliğini sağlamak amacıyla kurullar belirlenerek Organizasyon Şeması ve Yıllık Kurul ve Toplantı Planı Tablosu'nda belirtilmiştir. Multidispliner çalışma, iç iletişim, standartların sahaya yayılması kurullar aracılığıyla sağlanır.

Kurullar, Yıllık Kurul ve Toplantı Planı Tablosu'nda belirtilen periyodlarda toplanarak hizmet kalitesini

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No:14 Revizyon Tar.:25.07.2025 Sayfa No :7/11

artırmak amacıyla, ilgili süreçleri kalite standartları açısından gözden geçirir. Gerekli durumlarda iyileştirme çalışmalarını gerçekleştirirler. Yapılan toplantılar kalite programı üzerinden kayıt altına alınır. Kurul amacının, ilgili standartların, ilgili göstergelerin hedef ve sonuçlarının takibi aksiyon raporları ile yapılır. Kurul toplantılarında belirlenen işler, iş listesine kaydedilerek paylaşılır ve takibi yapılır. Kurumun organizasyon şeması kurulları da kapsamaktadır. Kurullar gerektiğinde entegre olarak çalışabilmektedir. Kalite departmanı, kurulların belirlenen periyotlarda toplanmasını ve iş takip listesinin kontrolünü sağlar. Kurullar arası bilgi akışı, her kurulda üye olan kalite departmanı aracılığı ile sağlanır. Kurulların amacına uygun görev tanımları oluşturularak kurul üyelerine tebliğ edilir. Kurul üyelerinin revizyonu kalite departmanı, kurul başkanı ve kurul sekreteri tarafından her yıl ve gerektiğinde gözden geçirilerek yönetimin onayına sunulur. Kurul üyeliği iptal edilen kişi ile hemfikir olunur.

Kurulların dışında operasyonel süreçlerin değerlendirilmesi için hastane üst yönetiminin ve tüm yöneticilerin katılımı ile haftalık toplantılar gerçekleştirilir. Toplantılarda yöneticilerin aksiyon raporları incelenerek süreçlerin etkin yürütülüp yürütülmediği değerlendirilir. Ayrıca yöneticiler sistemin yayılımını sağlamak üzere kendi ekipleriyle düzenli aralıklarla toplanarak iş listesi ve aksiyon raporlarıyla çalışır. Hizmet sunumunu aksatacak veya olumsuz etkileyecek durumlar için önlemler alınır.

4.2.İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Planlaması, Gerçekleştirilmesi ve Bulguların Takibi

Kalite standartları kapsamında yürütülmekte olan tüm süreçlerin ölçme, değerlendirme, iyileştirme ve izleme çalışmalarının planlanması amacı ile İç Tetkik ve Öz Değerlendirme Prosedürü oluşturulmuştur. İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Planı'nda belirtildiği üzere yılda 2 kez öz değerlendirme (iç tetkik) yapılır. İç tetkik sonucunda tespit edilen tüm bulgular İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Raporu ile yöneticilere ve ilgili sorumlulara iletilir. Uygunsuzlukların takibi İç Tetkik ve Öz Değerlendirme Prosedürü'nde belirtildiği şekilde yapılır. Ayrıca genel bulgular Hastane Yöneticileri Toplantısı'nda görüşülür. Kalite departmanı, yapılan ya da planlanan iyileştirme çalışmalarının kontrolünü sağlar.

4.3.Alan Ziyaretlerinin Gerçekleştirilmesi

Kalite departmanı, güncel prosedürlerin sahaya yansıyıp yansımadığının ölçülmesi ve değerlendirilmesi amacıyla on beş günde bir süreç ve/veya bölüm bazında alan ziyaretleri yapar. Yapılan alan ziyaretlerinde saptanan bulgular, yöneticilere ve ilgili bölüm kalite sorumlularına mail ile iletilerek iyileştirme ve düzenleme yapmaları talep edilerek iyileştirilmesini sağlar.

4.4.Gösterge ve Hedeflerin Belirlenmesi, Takibi

İşleri doğru yapabilme kabiliyeti kazandırılması, hedeflere en az kaynak kullanımı ile ulaşılması ve sunulan hizmet kalitesinin artırılması amacı ile Gösterge Yönetimi Prosedürü kapsamında, izlenecek göstergeler ve hedef değerleri belirlenmiştir. Veriler üç ayda bir kalite departmanı ve ilgili süreç sorumluları ile birlikte analiz edilerek ilgili kurullara gündem yapılır, aksiyon raporları ile takip edilir. Gösterge sonuçları tüm çalışanlara duyurulur. Kurullarda alınan kararlar için gerekli iyileştirme çalışmaları planlanır, ilgili prosedürlere yansıtılarak tüm çalışanlar bilgilendirilir.

4.5.Kalite Hedefleri ve Stratejik Planı

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No:14 Revizyon Tar.:25.07.2025 Sayfa No :8/11

Kurum, hasta memnuniyeti, hasta güvenliği, çalışan memnuniyeti, çalışan güvenliği, eğitime katılım oranı, eğitim başarısı, kaynakların doğru ve etkin kullanımı ile israfın azaltılması ve gelir-gider için belirlediği operasyonel göstergelere paralel olarak, hedefler ve bütçeler belirlemiştir. Kalite Hedefleri ve Stratejik Planı'nda belirtilen hedefler üç aylık periyotlar halinde süreç sorumluları tarafından, altı ayda bir kalite departmanı tarafından Hastane Yöneticileri Toplantısı'nda gözden geçirilerek nitelik ve verimlilik için aksiyon alınır.

5.6.Dış Değerlendirmelerin İzlenmesi

Kurumun ruhsata esas şartları taşıyıp taşımadığının tespiti ve hizmet kalitesini artırmaya yönelik katkı sağlamak amacıyla dış kurumlar tarafından denetimler gerçekleştirilir. Denetimlerde tespit edilen bulgular ilgili yöneticiler ile paylaşarak en kısa sürede iyileştirilmesine yönelik çalışmalar yapılır ve hastane yönetimi toplantısında paylaşılır, iş listesine eklenerek süreç takip edilir.

4.6.1 Tedarikçi Değerlendirmeleri

Hastanemizde hizmet sunumunun mümkün olmadığı durumlarda tedarikçiler tarafından yerine getirilen hizmet süreçlerinin belirlenmesi, standardize edilmesi amacı ile Dış Kaynaklı (Tedarikçi) Hizmetler Prosedürü oluşturulmuştur. Tedarikçi firmalar ile Sözleşmeler Tablosu'nda belirtilen periyotlarda toplantılar yapılarak karşılıklı performans değerlendirmesi yapılır ve süreçler gözden geçirilir. Kalite departmanı, toplantıların zamanında yapılmasını ve iletilen bulguların giderilip giderilmediğini kontrol eder.

4.7. Hasta Memnuniyeti ile Görüş Önerilerinin Değerlendirilmesi

Hastaların hastanemizden aldığı hizmetleri değerlendirmek amacıyla Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyet Sistemi İşleyiş Prosedürü'nde belirtildiği üzere belirli periyotlarda, Sağlık Bakanlığı'nın yayınladığı soruları içeren ayaktan, yatan ve acil hasta memnuniyet anketi uygulanır ve telefon ile aramalar gerçekleştirilir. Aynı zamanda hasta/hasta yakınlarının görüş ve önerilerini almak üzere teşekkür ve öneri kutuları oluşturulmuş olup web sitesi üzerinden görüş ve önerilerini iletebilecekleri alanlar oluşturulmuştur. Ayrıca Hasta Hakları bölümüne direkt olarak müracaat edebilmeleri için hastane içinde ulaşımı kolaylaştırmaya yönelik yönlendirmeler mevcuttur. Gelen geri bildirimler ilgili yöneticilere iletilir, iyileştirme yapılarak hastalara geri dönüş sağlanır. Tüm geri bildirimler Hasta Hakları Kurulu ile paylaşılır, analizi yapılarak değerlendirilir. Kalite departmanı anketlerin yapılıp yapılmadığı, kurulların zamanında toplanarak sonuçların değerlendirilip değerlendirilmediği ve planlanan iyileştirme faaliyetlerinin gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini kontrol eder.

4.8. Çalışan Memnuniyeti ile Görüş Önerilerinin Değerlendirilmesi

Çalışanların kurumdan ihtiyaç ve beklentilerinin tespit edilmesi amacı ile İnsan Kaynakları İşleyiş Prosedürü'nde belirtildiği üzere yılda iki kez tüm çalışanlara çalışan memnuniyet anketi uygulanır. Ayrıca yemekhane ve mola alanında bulunan görüş öneri kutusundan, kalite programı görüş öneri bildirim sisteminden, intranet üzerinden ve web sitesinden görüş ve önerilerini iletebilecekleri alanlar oluşturulmuştur. Gelen geri bildirimler ve uygulanan anket sonuçları üst yönetimin de katılımıyla Çalışan

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No:14 Revizyon Tar.:25.07.2025 Sayfa No :9/11

Öneri Değerlendirme Kurulu'nda değerlendirilerek gereken maddeler için gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır. Gerçekleşen iyileştirme çalışmaları ve iyileştirmeler tüm çalışanlar ile paylaşılır. Çalışanların performansını sürekli yüksek tutmak, mesleki yetkinliğini geliştirmek ve desteklemek üzere yöneticisi ile yüz yüze 6 ayda bir performans görüşmesi yapılarak geri bildirimler alınır. Çalışanların motivasyonları için Motivasyon Prosedürü'nde belirtilen uygulamalar yürütülür.

4.9. Tehlikelerin Tanımlanması ve Risklerin Değerlendirilmesi

Hastanede karşılaşılabilecek doğal afetler, acil durumlar, tesis kaynaklı tehlikeler ve hizmet sunumunda oluşabilecek tehlikeler Risk Yönetimi Prosedürü kapsamında Risk Analizi Planı'nda yılda bir kez gözden geçirilir. Risk yönetimine yönelik politika, strateji ve ana hedeflerin belirlenmesi, risk yönetim süreçlerinin gözden geçirilmesi, yönetsel düzeyde etkin ve koordineli bir çalışma ve karar alma ortamı oluşturulması, iyileştirme sağlanamayan alan ve süreçlerin gözden geçirilmesi amacıyla altı aylık periyodlar ile Risk Yönetimi Kurulu toplanır. Kalite departmanı aylık olarak risk analizi planını kontrol eder ve belirlenen risklerin gerçekleşme oranını dönemler arası karşılaştırarak izler.

4.10. Kalite Faaliyetlerine İlişkin Dokümantasyon Süreçlerinin Yönetimi

Kalite faaliyetlerine ilişkin dokümantasyon süreçlerinin tanımlanması, dokümantasyon sisteminin oluşturulması ve takibi amacı ile Doküman Yönetimi Prosedürü oluşturulmuştur. Kalite departmanının periyodik olarak yaptığı toplantılarda süreç ve dokümanlar gözden geçirilir, sürekli iyileştirme faaliyetleri kapsamında değişen süreçler ile ilgili dokümanlar revize edilerek kalite programı ve intranet üzerinden yayınlanır, çalışanlara bilgisi ayda bir e-posta yoluyla paylaşılır. Ayrıca değişen uygulamaların sahaya hızlı yansması için revize edilen ve yeni yayınlanan dokümanlar, hizmet içi eğitimlerde ve bölüm toplantılarında gündem yapılır. Takibi, eğitim departmanı tarafından yapılır. Kalite departmanı tarafından yapılan alan ziyaretlerinde, değişen uygulamalar yerinde gözlemlenir, tespit edilen bulgular yöneticiler ve bölüm kalite sorumluları ile maille paylaşılır.

4.11. Hastane Afet Planının Hazırlanması ve Tatbikatlar

Kurumun afet ve acil durumlara ilişkin risklerini önlemeyi ve azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı kılmayı amaçlamak adına her yıl Acil Durum Yönetimi Kurulu/Hap Hazırlama Kurulu tarafından Hastane Afet Planı revize edilir. Kalite Departmanı Hastane Afet Planı'nın güncel süreçler doğrultusunda zamanında yapılmasını ve etkinliğini kontrol eder. Hastane Afet Planı'nda belirtilen tatbikat programı doğrultusunda kurumda tatbikatların gerçekleştirilmesini organize eder.

4.12. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

Hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili gerçekleşme potansiyeli olan (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, izlemek ve bildirimlerin sonucunda olaylara yönelik gerekli önlemleri almak amacıyla İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi İşleyiş Prosedürü oluşturulmuştur. Bildirimler, kalite programı üzerinden olay bildirim formu doldurularak yapılır. Gelen bildirimlerin kalite departmanı tarafından risk değerlendirmesi yapılarak ilgili kurullarda görüşülmek üzere kurullara gündem yapılır.

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No:14 Revizyon Tar.:25.07.2025 Sayfa No :10/11

Değerlendirme sonucu yüksek riskli çıkan bildirimler ve sık tekrar eden bildirimler için ilgili süreç sorumluları ile kök nedeni çözmeye yönelik toplantılar yapılır. Çalışanlara, oryantasyon eğitiminde ve yılda bir kez olmak üzere kalite eğitiminde olay bildirim sistemi ile ilgili eğitim verilir. Çalışanların bildirim sistemi ile ilgili görüş ve önerilerinin alınması ve bu kapsamda çalışanlara düzenli aralıklarla geri bildirimlerde bulunulması amacıyla yılda bir kez Hasta Güvenliği Kültürü ve İstenmeyen Olay Bildirim Anketi yapılır.

4.13. Bölüm Kalite Sorumluları ile İş birliği

Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi ve koordinasyonunun sağlanması amacıyla kalite departmanı ile koordineli çalışacak şekilde bölüm bazında kalite sorumluları belirlenmiştir. Her bölüm sorumlusu aynı zamanda o bölümün kalite bölüm sorumlusudur. Bölüm kalite sorumluları, tüm kalite süreçlerinden sorumlu olduğu gibi uygulamaların standardize edilmesi ve sahaya yansımından sorumludur. Bu kapsamda bölüm kalite sorumluları ve üst yönetimin katılımı ile altı aylık periyotlarda toplantılar yapılır ve tüm kalite süreçleri gözden geçirilir, gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları yapılır. Aynı zamanda bu toplantılar bilgilendirme toplantıları olarak kullanılır.

4.14.Eğitim

Sürekli kalite bilincinin oluşması ve sürekliliğin sağlanması için kalite departmanı tarafından yönetici ve çalışanlara düzenli olarak ve gerektikçe eğitim verilir.

4.15.Sosyal Sorumluluk Projelerinin Takibi

Toplumsal sağlık yapısı ve genel sağlık sorunlarını dikkate alarak sağlığın teşviki/geliştirilmesini sağlamak ve çevreye duyarlı bir toplum oluşturulmasını desteklemek üzere kaynakların doğru kullanımı ile ilgili sosyal sorumluluk projeleri belirlenmektedir. Bu kapsamda Kurumsal İletişim Prosedüründe belirtilen sosyal sorumluluk projeleri yürütülmekte ve gerçekleştirilen her bir proje Sosyal Sorumluluk Projesi Takip Listesi ile kayıt altına alınarak takibi yapılmaktadır. Kalite departmanı sosyal sorumluluk projelerinin zamanında yapılmasını ve sürecin etkinliğini kontrol eder.

4.16.İyileştirme Faaliyetlerinin Belirlenmesi

Birden fazla bölümü ilgilendiren uygunsuzluklarda DÖF ya da PUKÖ; yüksek riskli, sık tekrar eden hasta güvenliğini etkileyen uygunsuzluklarda Kök Neden Analizi Ve İyileştirme Rapor Formu ile toplantılar yapılır. Gerektikçe çalıştay ve süreç iyileştirme toplantıları ile desteklenir. Kalite Planı dahilinde elektronik takvim üzerinden kalite departmanı çalışanlarına hatırlatmalar gelir. Tüm bu faaliyetler sonucunda alınan kararlar ve planlanan iyileştirme faaliyetleri hakkında iş takip listesi oluşturularak, takibi bu listeler üzerinden yapılır.

4.16.1. İyileştirme Yöntemleri;

- **DÖF:** Düzenleyici, önleyici faaliyet olarak tanımlanabilir. Kurumun faaliyetleri sırasında uygunsuzluğa yol açan ana nedenleri belirlemek, nedenleri ortadan kaldırmak için düzeltici faaliyetleri planlamak, uygulamak, yürütmek ve kontrol etmek, hataya yol açan konuların ortadan kaldırılması ile muhtemel uygunsuzlukların önlenmesi için yapılacak önleyici faaliyetler konularında bir sistem bütünü sağlamak

OPTIMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: KY-PR-03 Yayın Tarihi : 01.03.2009
	KALİTE YÖNETİM YAPISI VE SÜREKLİ KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ	Revizyon No:14 Revizyon Tar.:25.07.2025 Sayfa No :11/11

ve sorumluları belirlemektir.

- **PUKÖ:** PUKÖ Döngüsü olarak bilinen; “planla”, “uygula”, “kontrol et” ve “önlem al” ilkelerine dayanır. İş disiplinini, verimliliğini ve kalitesini arttırmak amacıyla maliyet ve iş kazalarını düşürmeye yönelik uygulanan PUKÖ döngüsü “daha iyiye” ulaşmak amacıyla uygulanan bir sistem olarak tanımlanabilir.
- **KNA:** Kök neden analizi yalnızca hata veya uygunsuzluk olarak tanımlanması yaklaşımından farklı olarak, sorunun neden ortaya çıktığını belirlemek şeklinde tanımlanabilir. Kök neden analizi, karşılaşılan bir sorunun altında yatan nedenlerini belirleyerek kuruma yarar sağlar.
- **Eğitim:** Kişilere belli bir konuda bilgi ve beceri kazandırma, yetiştirme ve geliştirme olarak tanımlanabilir.
- **Kurul toplantıları ve bölüm toplantılarına gündem:** bir gündeme bağlanmış, gündemde bulunan konuları görüşmek için ilgililerin katılmasıyla yapılan birleşim.
- **Hatırlatma mesajları:** Revize edilen prosedür, iyi uygulama, sık tekrar eden konular, teşekkürler, farkındalık için düzenli periyotlarda çalışanlara gönderilen metinler.
- **Performans görüşmeleri:** Bir çalışanın potansiyelinin, yeteneklerinin, işteki davranışlarının ve işle ilgili tüm niteliklerinin diğer çalışanlarla karşılaştırılarak ölçülerek geliştirilmesi
- **Aksiyon raporları:** Var olan gerçek durumu görerek harekete geçmek, tedbir almak
- **İş istemler:** Özel teknik ve uzmanlık gerektiren yapılacak işler için talepte bulunma
- **Göstergeler:** İdari, finansal ve tıbbi süreçler başta olmak üzere hizmet sunumuna yönelik olası sorunların zamanında belirleyerek düzeltmek için takip edilen veriler.
- **Alan ziyaretleri:** Uygulamaları yerinde görmek, gözlemlemek ve eğitim için yapılan ziyaretler
- **Hekim ve yöneticilere gönderilen kişisel mektuplar:** Uygulamalarda kişisel ve departman bazlı farkındalık yaratarak iyileştirme yapılmasını sağlamak üzere iyi uygulamaların yazıldığı metin.
- **İş listesi:** Yapılacak işlerin takibinin yapılabilmesi için oluşturulan liste

5. Sorumlular

Bu prosedürün uygulanmasından hastane yöneticileri, bölüm kalite sorumluları, kalite departmanı sorumludur.