



Doküman No	KY.PR.01
Yayın Tarihi	17.05.2017
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	21.05.2021
Sayfa No	1/8

1. AMAÇ

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

Bu prosedür Kalite Yönetim Sisteminin tüm aşamalarını ve çalışanlarını kapsar.

3. KISALTMALAR

SKS: Sağlıkta Kalite Standartları

KYB: Kalite Yönetim Birimi

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu

4. TANIMLAR

Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) ADSH (Versiyon 3): Sağlık Bakanlığınca, 27.06.2015 tarih ve 29399 sayılı **Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik** kapsamında hazırlanan ve Türkiye'de tüm kamu, özel ve üniversite statüsünde yer alan Ağız ve Diş Sağlığı Merkezleri ile Ağız ve Diş Sağlığı Hastanelerinin kullanımına sunulmuş olan standartlardır.

Öz Değerlendirme: Uygulanan faaliyetlerin ve sonuçlarının Hizmet Kalite Standartlarına uyup uymadığının, yapılması gereken düzenlemelerin etkin olarak uygulanıp uygulanmadığının, amaca ulaşmak için izlenen yolun uygun olup olmadığının sistematik, tarafsız bir şekilde gözlemlere, dokümanlara ve beyanlara dayanılarak incelenmesidir.

Öz Değerlendirme Ekibi: Fakülte İdaresi ve Kalite Yönetim Birimi tarafından öz değerlendirmede görevlendirilen en az iki çalışandan oluşan ekiptir.

Öz Değerlendirme Planı: Kalite Yönetim Birimi tarafından hazırlanan ve öz değerlendirmenin, hangi bölümleri kapsayacağı, hangi zaman aralığında yapılması gerektiği ve öz değerlendirme ekiplerinin görev yerlerinin belirtildiği dokümandır.

Düzeltici Faaliyet: Saptanmış bir uygunsuzluğun sebebinin veya istenmeyen diğer durumların ortadan kaldırılması için yapılan faaliyet (Önleyici faaliyet uygunsuzluğun oluşumunu önlemek için yapılırken, düzeltici faaliyet uygunsuzluğu gidermek ve tekrarını önlemek için yapılır.)

Önleyici Faaliyet: Potansiyel bir uygunsuzluğun sebebinin veya istenmeyen diğer potansiyel durumların ortadan kaldırılması için yapılan faaliyet.

5. SORUMLULAR

Üst Yönetim, Kalite Yönetim Ekibi ve Bölüm Kalite Sorumluları ve Fakültemizde görev yapan tüm çalışanlar sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

6.1. Kalite Yönetim Sisteminin Yapısı;

Kalite, Fakültemiz içerisinde verilen hizmet süreçlerinde görev alan herkesin sorumluluğudur. Bu sorumluluk yerine getirilirken; Fakültenin misyon, vizyon, amaç ve hedeflerini, hizmet kalitesini, hasta/çalışan güvenliği ve memnuniyetini uluslararası ve sağlıkta kalite standartları kapsamında belirlenecek olan tüm süreçleri etkin bir şekilde tasarlayarak uygulamak, denetlemek, koordinasyon sağlamak ve memnuniyet oranını en üst seviyeye çıkartmak temel hedeftir.

6.1.1. Fakültemizde kalite yönetim çalışmalarına ilişkin tüm dikey ve yatay hiyerarşik yapılar **Kalite Yönetim Sistemi Yapısı** dokümanında tanımlanmıştır.

6.1.2. Kalite Yönetim Yapısına ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar;

Kalite Yönetim Ekibi oluşturulmuş; görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır.

SKS Bölüm Kalite Sorumluları belirlenmiş ve görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır. Ayrıca anabilim dallarında kalite çalışmalarına yardımcı Kalite Temsilcileri belirlenmiş; görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmıştır.

6.2. Kalite Yönetim Birimi;

6.2.1. Fakültemizde Kalite Yönetim Birimi bulunmaktadır. Kalite Yönetim Birimi'nde çalışacak personel sayısı Fakültenin büyüklüğü ve özelliğine göre üst yönetim tarafından belirlenmiş olup; bir Kalite Yönetim Direktörü ve iki Kalite Yönetim Birimi personelinden oluşmaktadır.

6.2.2. Kalite Yönetim Birimi'nin çalışma ofisi bulunmaktadır.

6.2.3. Kalite Yönetim Birimi'nin görev alanı şöyledir;

- SKS uygulamalarını yürütmek üzere fakültemizde Kalite Yönetim Birimi kurulur ve bir personel Kalite Yönetim Direktörü olarak görevlendirilir.
- Kalite Yönetim Direktörü, Kalite Yönetim Biriminin sorumlusudur.
- SKS çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlar.
- Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip eder.
- Öz değerlendirmeleri yönetir.
- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine ilişkin süreçleri yönetir.
- Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetir.
- Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları (anket uygulamaları, anket sonuçlarının değerlendirilmesi, anket sonuçlarına yönelik iyileştirme çalışmaları, hasta ve çalışan geri bildirimlerinin alınması gibi) yönetir.
- SKS çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlar. Hazırlanan dokümanları kontrol eder, dokümanların gerektiğinde revizyonunu takip eder.
- Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.
- SKS çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılır.

Kalite Yönetim Birimi'nin bazı görevleri kapsamında yürüttüğü çalışmalar şöyledir;

a. Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri çerçevesinde yürütülen çalışmaların koordinasyonunu sağlamak;

- Sağlıkta Kalite Standartları çalışmaları Kalite Yönetim Birimi tarafından yerine getirilir.
- Sağlıkta Kalite Standartlarının fakülteye uyumu, iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmeti sunulması ve kalite geliştirme uygulamaları konusunda; politikalar, hedefler ve iletişim stratejilerini belirlemek, iyileştirme çalışmalarını yapmak.
- Kurum faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturmak, kurumda çalışanların yetki ve sorumluluklarını tanımlamak ve birimler için belirlenen sorumlulara görevlendirme yazılarının tebliğ edilmesini sağlamak.
- Kurum yönetimi tarafından oluşturulan misyon, vizyon ve değerleri hazırlamak, onaylatmak ve kamuoyu ile paylaşılmasını sağlamak.
- Komiteleri ve ekipleri belirlemek, çalışma alanlarına yönelik bilgilendirmeler yapmak, toplantı tarihlerini belirlemek ve alınan kararları raporlamak, yapılması planlanan çalışmaları, düzeltici önleyici faaliyetleri, uygunsuzlukları üst yönetimin onayı ile kalite birimi tarafından gerekli dokümantasyonları kullanılarak takip etmek.
- Hastaya sunulan hizmetin kalitesinin, hasta ve çalışan güvenliğinin geliştirilmesi ve korunması amacıyla gerekli tüm kaynakların planlanması, temini ve yönetilmesini sağlamak.
- Kurumdaki mevcut sorunları tespit etmek, öncelik sırasına koymak ve bu doğrultuda süreç iyileştirme çalışmaları yapmak ve yapılmasını sağlamak.
- Fakültede çalışan personelin ihtiyacı olan ve kalite standartlarının yerine getirilebilmesi için gerekli olan kalite eğitimlerini planlamak ve gerçekleştirilmesini sağlamak.
- Kurum çalışanlarına kalite eğitimleri vererek kalite kültürünün oluşturulması ve gerekli teşvik mekanizmalarını oluşturmak.

- Kalite yönetimi çalışmaları konusunda il koordinatörlüğü, diğer kamu kuruluşları ve Sağlık Bakanlığı yetkilileri ile iletişim sağlamak.

b. Kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmek;

- Kurumun kalite çalışmalarının birimlerde koordinasyonunun sağlanması amacıyla bölüm kalite sorumlularını ve temsilcilerini üst yönetimin onayı ile belirlemek.
- Bölüm kalite sorumlularının katılımı ve üst yönetimin onayı ile yıllık amaç ve hedefleri belirlemek, bu amaç ve hedeflerin gerçekleşmesine yönelik eylem planının hazırlanmasını sağlamak.
- Hedef sorumlularının ve hedeflerin gerçekleştirilme zamanlarının belirtildiği bu planları analiz etmek, hedeflerin gerçekleşme düzeylerine yönelik değerlendirme toplantıları yapmak, kurumsal amaç ve hedeflere yönelik çalışmaları takip etmek.
- Bölüm kalite sorumluları ile koordineli çalışarak, sorumluların bölümlerde takip ettiği düzeltici-önleyici faaliyetleri kontrol etmek.
- Bölüm kalite sorumluları ile birlikte kurum çalışanlarına kalite yönetim sistemi ile ilgili gelişmelerin ve yeniliklerin iletilmesini sağlamak.

c. Öz değerlendirmeleri yönetmek;

- Sağlıkta Kalite Standartları Ağız Diş Sağlığı Hizmetleri setine ilişkin yılda en az bir defa standartların birimlerde uygunluğunun değerlendirilmesi amacı ile bölüm kalite sorumluları ve kalite yönetim direktörü ile birimlere geziler düzenleyerek öz değerlendirmelerin yapılmasını sağlamak.
- Öz değerlendirme öncesi süreçleri planlamak; öz değerlendirme yapacak ekip/ekipleri belirlemek, öz değerlendirme takvimi hazırlamak, takvim hakkında bölümler önceden bilgilendirmek.
- Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik Üst Yönetimi bilgilendirmek ve gerekli iyileştirme çalışmalarını yapmak.
- Gerekli dokümanlarla kayıtları tutmak.

d. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine ilişkin süreçleri yönetmek;

- İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin işlevselliğinin sağlamak.
- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili çalışanları bilgilendirmek.
- Sistem üzerinden kalite birimine yapılan bildirimleri değerlendirmek, ilgili komitelere iletmek.
- Komite tarafından yapılan kök neden analizi ve başlatılan DÖF'leri takip etmek, raporlarını düzenlemek.
- Başlatılan DÖF ve sonuçları ile ilgili çalışanları bilgilendirmek.

e. Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetmek;

- Risk Yönetimi çalışmalarının koordinasyonunu sağlamak için Risk Yönetim Ekibi oluşturmak.
- Kurumda gerçekleşebilecek fiziksel, kimyasal, ergonomik ve biyolojik risklerin yönetimine ilişkin hizmet kaynaklı tüm risklere yönelik dokümanları hazırlamak.
- Risk yönetimi kapsamında riskleri bir plan dahilinde belirlemek ve analiz etmek.
- Risk Yönetimi çalışmalarını bölüm kalite sorumluları ve ilgili komitelerle entegre biçimde yürütmek.
- Belirlenen risk düzeylerine göre bölüm, meslek ve/veya süreç bazında önlemler almak ve iyileştirme çalışmaları yapmak.
- Yılda en az bir kez risk analizi yapmak.

f. Hasta ve çalışan memnuniyetinin ölçülmesine yönelik çalışmaları yönetmek;

- Kalite Yönetim Biriminin belirlediği anketör tarafından Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen standart ADSM Hasta Memnuniyet Anketlerini her ay, Çalışan Geri Bildirim Anketlerini yılda iki kez uygulamak.
- Anket sonuçlarını raporlamak ve Anket Değerlendirme Ekibine sunmak.
- Anket Değerlendirme Ekibinin anket sonuçlarını değerlendirilmesini sağlamak ve ihtiyaç dahilinde gereken iyileştirme çalışmalarını başlatmak.
- Anket sonuçlarının Kurumsal Kalite sistemine girişini yapmak.
- Fakültemizde mevcut olan görüş-öneri-şikayet kutularına gelen formların her ay takibini yapmak

ve yine Anket Değerlendirme Ekibi tarafından değerlendirilerek gereken çalışmaları yapmak.

- Teşekkür ve tebrik alan çalışanlarımıza olumlu geribildirimde bulunmak.
- Kalite Yönetim Birimi olarak bu çalışmaların takip ve kontrolünü yapmak.

h. Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde dokümanların yönetimini sağlamak;

- Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde belirlenen ve ilgili bölüm tarafından hazırlanan dokümanları kontrol etmek, dekan/dekan yrd. onaylatmak.
- Dokümanların güncelliğini sağlamak, belirli aralıklarla gözden geçirmek, gözden geçirme tarihini ve dokümanda yapılan değişiklikleri kayıt altına almak.
- Bölümlerden gelebilecek yeni doküman taleplerini değerlendirmek.
- Dış kaynaklı dokümanlara yönelik düzenleme yapmak.
- Panolara asılan dokümanlara yönelik düzenleme yapmak.
- Üst Yönetim tarafından onaylanmış tüm dokümanları muhafaza etmek.
- Tüm dokümanların güncel doküman listesini tutmak.
- Dokümanların uygun şekilde arşivlenmesini sağlamak.

i. Kalite göstergelerine yönelik süreçleri yönetmek;

- Göstergelerin izlenmesine ilişkin süreçleri koordine etmek.
- Kurumda SKS de yer alan göstergelerin dışında izlenecek göstergeleri bölüm yöneticileri ve bölüm kalite sorumluları ile belirlemek.
- Göstergelere ilişkin veri toplama, verilerin analizi, analiz sonuçlarına göre iyileştirme faaliyetlerinin planlanması ve uygulanması süreçlerini yönetmek.
- Bu çalışmaları yürütürken Gösterge Yönetiminden Sorumlu Ekip ile entegre çalışmak.
- Göstergelere ilişkin sonuçları Bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına göndermek.

i. SKS ADSH çerçevesinde belirlenen komitelere üye olarak katılmak;

- Kalite Yönetim Birimi komitelere üye olarak katılır.
- Komite toplantılarını planlamak ve üyeleri önceden toplantı hakkında bilgilendirmek.
- Toplantıların raportörlüğünü yapmak.
- Komitelerde toplantılarında alınan kararları değerlendirmek.
- Kalite Yönetim Direktörünün kontrolü ve Dekanın onayı ile başlatılan iyileştirme çalışmalarını takip etmek.

6.3. SKS'nin Uygulanmasına Yönelik Bölüm Kalite Sorumlularının Belirlenmesi;

6.3.1. SKS Bölüm Kalite Sorumluları ve anabilim dallarında yürütülen kalite çalışmalarına yardımcı olmak üzere Kalite Temsilcileri belirlenmiş olup Kalite Yönetim Direktörü ile koordileli olarak çalışırlar.

6.3.2. Sorumlular bölümlerde yürütülen düzeltici-önleyici faaliyetleri takip ederler.

6.4. SKS ADSH Setine İlişkin Öz Değerlendirmelerin Yapılması;

6.4.1. Öz değerlendirme, Fakültenin büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak, bir yıllık zaman dilimi içinde en az 1 kez olacak şekilde yapılır.

6.4.2. Öz Değerlendirme Öncesi Süreçlerin Planlanması;

- **Ekiplerinin Belirlenmesi:** Öz değerlendirmeyi gerçekleştirecek değerlendiriciler; Kalite Yönetim Birim çalışanları, Kalite Yönetim Direktörü ve üst yönetim veya kurumun kalite çalışmalarında yer alan Sağlıkta Kalite Standartlarına hâkim kişilerden oluşturulur.
- Belirlenen ekipler **Öz Değerlendirme Planı**nda belirtilir.
- **Öz Değerlendirme Takviminin Hazırlanması:** Kalite Yönetim Birimi tarafından, tüm SKS ADSH bölümlerini kapsayacak şekilde her dönem **Öz Değerlendirme Planı** oluşturulur.
- Öz Değerlendirme Planı'nda; öz değerlendirme yapılacak birimler/bölümler, birimlerin Bölüm Kalite Sorumluları, öz değerlendirme tarihleri ve değerlendirmeyi gerçekleştirecek ekipler tanımlanır.

- **Öz Değerlendirme Takvimi Hakkında Bilgilendirme:** Kalite yönetim birimi tarafından bölüm kalite sorumluları bölümlerinde yapılacak öz değerlendirme hakkında en az 1 hafta önce olacak şekilde bilgilendirilir.
- **Öz Değerlendirmenin Kapsamı:** Yılda en az 1 kez yapılmak üzere planlanan öz değerlendirme süreci ADSH SKS'de tanımlanan bütün bölümleri kapsar. Hazırlanan Öz Değerlendirme Takvimi'nde bu bölümler belirtilir.

6.4.3. Öz Değerlendirmenin Yapılması:

- Görevlendirilen Öz Değerlendirme Ekipleri planda yer alan tarih ve saatte değerlendirilecek birime gider.
- Değerlendirilecek birimin ekip üyeleri birimde hazır bulunur. Öz değerlendirmesi yapılacak birimin Birim/Bölüm Kalite Sorumlusu kullandıkları dokümanları ve kayıtları ulaşılabilir veya hazır bir şekilde bulundurur.
- Öz değerlendirme ekibinden seçilen bir sözcü tarafından birim çalışanlarına öz değerlendirmenin amacı açıklanır.
- O bölüme ait Sağlık Kalite Standartlarını içeren **Öz Değerlendirme Formu** üzerinden iş akışını bozmayacak şekilde öz değerlendirme gerçekleştirilir.
- Değerlendirilen bölümün standartları; Karşılıyor (K) ise standart için belirlenen tam puan, Kısmen Karşılıyor (KK) ise standart için belirlenen puanın yarısı, Karşılanmıyor (KM) ise 0 (Sıfır) puan verilerek puanlama yapılır.
- Öz değerlendirme ekipleri tarafından standart maddelerinin bölümlerdeki uygulamalarına ait bulgular kayıt altına alınır ve bölüm kalite sorumlusu ile birlikte imzalanır.
- Daha sonra bulunan uygunsuzluklar **Öz Değerlendirme Rapor Formu** ile kayıt altına alınarak kalite yönetim birimine iletilir.

6.4.4. Öz Değerlendirme Sonucunda:

- Öz değerlendirme sonuçlarına ilişkin hazırlanan rapor, değerlendirme ekibi tarafından kalite yönetim birimine teslim edilir. Kalite yönetim birimi raporlar doğrultusunda analiz yaparak sonuçları üst yönetime sunar.
- Birimde görülen uygunsuzluklar için Takip Denetim Tarihi verilmesine, Düzeltici veya Önleyici Faaliyet açılıp açılmamasına Kalite Yönetim Birimi tarafından karar verilir ve takip edilir.
- Takip değerlendirme tarihi verilen süre sonunda Kalite Yönetim Birimi birim sorumlusu ile iletişime geçerek yapılan iyileştirmeyi yerinde görmek için birime gider.
- Yapılan iyileştirme Sağlıkta Kalite Standartlarına uygunsa öz değerlendirme raporuna kayıt edilerek değerlendirme sonuçlandırılır ve rapor Fakülte Yönetimine sunulur dosyalanır.
- Düzeltici veya Önleyici Faaliyet, açılan birim sorumlusuna teslim edilir. Kalite Yönetim Birimi iyileştirme yapılmışsa kontrolünü yapar. İyileştirme için süre verilmişse, sürenin dolduğu tarihte yine kalite birim sorumlusu tarafından takip değerlendirmesi yapılır. Uygunsuzluk tamamen giderilmişse faaliyeti doğrularak kapatılır.
- İyileştirme Sağlıkta Kalite Standartlarına uygun değilse açılmış olan DÖF yetersiz olarak değerlendirilip tamamlanma süresi uzatılır ve sorun giderilinceye kadar işleme devam edilir.
- Kapatılan DÖF formları Kalite Yönetim Direktörüne onaylatılır. Sonuçtan Fakülte Yönetimi bilgilendirilir.

6.5. Kurum Yönetimi, Hizmet Sunumuna Yönelik Tüm Bölüm Kalite Sorumluları ve Bölüm Yöneticileri ile Değerlendirme Toplantıları;

6.5.1. Düzenli aralıklarla (yılda en az bir kez) ve işleyişe bağlı olarak ihtiyaç duyulduğunda değerlendirme toplantıları yapılır.

6.5.2. Değerlendirme toplantılarında kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar gibi kalite çalışmaları değerlendirilir.

6.5.3. Değerlendirme toplantıları sonucunda gerekli iyileştirme çalışmaları yapılır.

6.6. Fakültemizde Hasta Güvenliği Komitesi bulunmaktadır. Komite, **Hasta Güvenliği Komitesi Görev Tanımı**'nda belirtilen görevlerini **Hasta Güvenliği Talimatı** doğrultusunda yürütmektedir.

6.7. Fakültemizde Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi bulunmaktadır. Komite, **Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi Görev Tanımı**'nda belirtilen görevlerini **Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Talimatı** doğrultusunda yürütmektedir.

6.8. Fakültemizde **Eğitim Komitesi** bulunmaktadır. Komite, **Eğitim Komitesi Görev Tanımı**'nda belirtilen görevlerini **Eğitim Talimatı** doğrultusunda yürütmektedir.

6.9. Fakültemizde Tesis Güvenliği Komitesi bulunmaktadır. Komite, **Tesis Güvenliği Komitesi Görev Tanımı**'nda belirtilen görevlerini **Tesis Güvenliği Talimatı** doğrultusunda yürütmektedir.

6.10. Komite Toplantılarının Yönetimine İlişkin Düzenlemeler;

Komiteler, sağlıkta kalite standartları ve kalite politikalarının kurumun bütününde uygulanmasını, uygunsuzlukların belirlenmesini ve düzeltici faaliyetleri planlayarak uygunsuzlukların giderilmesini sağlar.

6.10.1. Katılımcıların toplantı öncesi bilgilendirilmesi;

- Kalite Yönetim Direktörü tarafından belirlenen toplantı gündemine ek olarak Komite Başkanı ve komite üyelerince, çalışanlardan gelen talep ve isteklerde değerlendirilerek görüşülmesi istenen konular toplantı başlamadan önce komite başkanına sunulur. Toplantı günü gelen konulardan gündemin içeriğine uygun olan konular, yeterli zaman var ise gündeme ilave edilebilir.
- Komiteler; ilgili mevzuatlarda belirlenen süreler saklı kalmak üzere, belirlenen zaman aralıklarında toplanırlar. Ancak, ihtiyaç halinde komiteler toplantı sıklığını çoğaltabilir. Toplantı süreleri toplantıda görüşülecek gündem maddelerine göre belirlenir.
- Komite toplantıları toplantı bilgilerinin yer aldığı **Toplantı Duyuru Formu** ile üyelere duyurulur.
- Komite görev listelerinde belirtilen üyeler toplantılara katılır. Mazereti olanların durumlarını toplantıdan önce Komite Başkanına iletmeleri gerekir.
- Her toplantıda, ilk gündem maddesi olarak bir önceki toplantıda alınan kararların durumları hakkında görüşme yapılması olmalıdır. Komite Başkanının liderliğinde gündemdeki ve görüşülmesi onaylanan diğer gündem maddeleri görüşülür.

6.10.2. Toplantıya dair kayıtlar;

- Toplantı esnasında görüşülen konular Kalite Yönetim Birimi tarafından **Toplantı Tutanağı Formu**'na yazılır.
- Tüm toplantı raporları ve görüşülen konular Komite Başkanı tarafından onaylanır, Kalite Yönetim Birimi tarafından muhafaza edilir ve ilgili kişilere duyurulur.
- Komite Başkanı tarafından komite toplantılarında alınan kararlar takip edilir.
- Komitelerde alınan raporlar bir sonraki toplantıya getirilir. Komite başkanı ve üyeler kararların gerçekleştirilip gerçekleştirilmediğini analiz ederler.
- Toplantıya geç gelenler veya gelmeyenler alınan kararlar hakkında bilgilendirilir.
- Komite üyelerinin komiteden ayrılmak istemeleri durumunda, bu isteklerini bir dilekçe ile yönetime bildirirler. Bu talepleri yönetim tarafından karara bağlanır.

6.11. SKS ADSH Kapsamında Tespit Edilen Uygunsuzluklara Yönelik İyileştirme Çalışmaları:

Fakültemiz ile ilgili mevcut ve potansiyel uygunsuzluğun tespit edildiği hallerde, uygunsuzlukların sebeplerini ortadan kaldırmak, tekrarını önlemek için düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanır, uygulanır ve sonuçları izlenir.

- Fakültemizdeki çalışanların tamamı **Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Formu** aracılığıyla düzeltici ve önleyici faaliyet (DÖF) talebinde bulunabilirler. Tüm çalışanlar taleplerini kalite yönetim birimine istedikleri zaman bildirirler.
- Gelen DÖF talepleri kalite yönetim birimi tarafından değerlendirilir. Kalite yönetim birimi uygun

bulursa DÖF talebi için Düzeltici ve Önleyici faaliyet başlatabilir.

- Tüm DÖF'ler **Düzeltici Önleyici Faaliyet Takip Formu** aracılığıyla takip edilir. Bu formdaki DÖF numarası düzeltici veya önleyici faaliyete verilen numaradır.
- Düzeltici faaliyet başlatılması aşağıdaki basamaklar takip edilerek gerçekleştirilir.
 - ✓ Düzeltici Önleyici Faaliyet Formunda düzeltici faaliyet işaretlenir.
 - ✓ Uygunsuzluğun nedeni kalite yönetim birimi ve ilgili komiteler tarafından değerlendirilerek kayıt edilir. Uygunsuzluğun nedeni belirlenirken gerekirse ilgili birimlerden yardım alınabilir.
 - ✓ Uygunsuzluk nedenlerinin ortadan kaldırılması için düzeltici faaliyet ihtiyaçları belirlenir. Uygulanacak düzeltici faaliyet kayıt altına alınır.
 - ✓ Düzeltici faaliyet belirlendikten sonra faaliyeti gerçekleştirecek bir sorumlu atanır. Bu sorumlu ile görüşülerek planlanan başlangıç ve bitiş tarihleri belirlenir.
 - ✓ Düzeltici faaliyet kapatılacağı zaman elde edilen sonuç kayıt altına alınır. Kalite yönetim birimi tarafından düzeltici faaliyetten elde edilen sonuç görüşülür. Gerek görülür ise ek faaliyet başlatılabilir. Yeterli bulunur ise düzeltici faaliyet kapatılır.
 - ✓ Düzeltici faaliyet sonuçlandırılırken Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler Takip Formu'na faaliyetin sonuçları kayıt altına alınır.
- Önleyici faaliyet başlatılması aşağıdaki basamaklar takip edilerek gerçekleştirilir.
 - ✓ Düzeltici Önleyici Faaliyet Formunda önleyici faaliyet işaretlenir.
 - ✓ Potansiyel uygunsuzluğun nedeni kalite yönetim birimi tarafından değerlendirilerek kayıt edilir. Potansiyel uygunsuzluğun nedeni belirlenirken gerekirse ilgili birimlerden yardım alınabilir.
 - ✓ Potansiyel uygunsuzluk nedenlerinin ortadan kaldırılması için önleyici faaliyet ihtiyaçları belirlenir. Uygulanacak önleyici faaliyet kayıt altına alınır.
 - ✓ Önleyici faaliyet belirlendikten sonra faaliyeti gerçekleştirecek bir sorumlu atanır. Bu sorumlu ile görüşülerek planlanan başlangıç ve bitiş tarihleri belirlenir.
 - ✓ Önleyici faaliyet kapatılacağı zaman elde edilen sonuç kayıt altına alınır. Kalite Yönetim Birimi tarafından önleyici faaliyet den elde edilen sonuç görüşülür. Gerek görülür ise ek faaliyet başlatılabilir. Yeterli bulunur ise önleyici faaliyet kapatılır.
 - ✓ Önleyici faaliyet sonuçlandırılırken Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler Takip Formu'na faaliyetin sonuçları kayıt edilir.
 - ✓ Fakültemizdeki düzeltici ve önleyici faaliyetler kalite yönetim biriminin sorumluluğundadır.
- Sonuca ulaşmayan düzeltici ve önleyici faaliyetler ilgili toplantılarda değerlendirilerek karara bağlanır.
- Kalite Birimi kabulü yapılan faaliyetlerle ilgili verilmiş olan dönemleri takip edebilmek amacı ile DÖF Takip Listesi'ne kaydeder ve verilen bu dönemler doğrultusunda takipleri gerçekleştirir.

6.12. Komite Çalışmalarında Görev Alacak Kişilerin Görev Tanımları, Sorumluluk ve Yetki Alanları;

- ADŞH SKS kapsamında ve ilgili mevzuat çerçevesinde Fakülte Üst Yönetim tarafından komite üyeleri belirlenerek görevlendirmeleri yapılır ve görevlendirme yazıları EBYS ile tebliğ edilir.
- Komite üyeleri kurum web sayfası aracılığı ile çalışanlara duyurulur.
- Komite çalışmalarında yer alacak kişilerin unvan bazında görev dağılımları yapılmıştır.
- SKS çerçevesinde oluşturulan komiteler (Hasta Güvenliği, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği, Eğitim, Tesis Güvenliği, Enfeksiyon Kontrol Komiteleri) ilgili mevzuatlar kapsamında kurulan diğer komite, komisyon, kurul gibi yapılarla gerektiğinde entegre çalışır.

6.13. Çalışanların Tanıtım Kartı Kullanması;

- Fakülte çalışanlarının tanıtım kartları (personel kimlik kartı); standart bir tasarımda ve fotoğraflı, çalışanın adı, soyadı, unvanı, kurum adı ve birimini içerecek şekilde tasarlanmıştır.
- Tanıtım kartları çalışma süresince takılması zorunludur.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- Kalite Yönetim Sistemi Yapısı
- Öz Değerlendirme Planı

- Öz Değerlendirme Formu
- Öz Değerlendirme Rapor Formu
- Hasta Güvenliği Komitesi Görev Tanımı
- Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi Görev Tanımı
- Eğitim Komitesi Görev Tanımı
- Tesis Güvenliği Komitesi Görev
- Toplantı Duyuru Formu
- Toplantı Tutanağı Formu
- Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu
- Düzeltici Önleyici Faaliyet Takip Formu

