Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Kalite Yönetim Direktörü	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1.Görev Unvanı	: Kalite Yönetim Direktörü
2.Çalıştığı Bölüm/Birim	: Kalite Yönetim
2.1. Bağlı Olduğu Bölüm Yöneticisi	: Yönetim Kurulu Başkanı, Hastane Direktörü
2.2. Kendisine Bağlı Birimler	: Birim Kalite Sorumluları
2.3. Yerine Vekâlet Edecek Kişi /Görev Devri	: Yetkilendirdiği Birim Kalite Sorumlusu
2.4. Çalışma Saatleri	: Mevzuatta Belirtildiği şekilde
3. Görev Amacı	: Kurumun tüm kalite süreçlerini oluşturmak ve yönetmek
4.Yetkinlik Bilgileri	
4.1. Öğrenim	: En az Ön Lisans / Lisans mezunu olmak, tercihen sağlık mesle mezunu olmak
4.2.Deneyim	: En az 3 yıl
4.3.Uzmanlık / Sertifika	: Kalite Yönetimi, dokümantasyon yönetimi, hasta güvenliği eğiti almak, ofis programları, otomasyon kullanabilme
4.4. Kullanması Gereken Cihaz ve Ekipmanlar	: Bilgisayar ve ofis cihazları
4.5. İşinde Gizlilik Gerektiren Durumlar	: Hastane ve birimi ile ilgili tüm bilgiler.
5.Görev Tanımı	
Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesindeki Kalite Yönetim Sistemlerinin planlanmasını, kurulmasını, uygulanmasını, sürekliliğini sağlamak, sürekli iyileştirmek ve bu sistemin öngördüğü faaliyetlerin yürütülmesi için gerekli organizasyonları sağlamak ve bu sorumluluğu yerine getirirken sağlıkta etik, ahlaklı yaklaşımla eksiksiz, hatasız yapılmasını sağlamaktır.	
6.Temel İş ve Sorumluluklar	

6.1. Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesi'nde ''Kalite Yönetim Birimi''nde çalışacak personel sayısı ve yetkinliğini belirler.

6.2. Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde yürütülen çalışmaların ve ISO Kalite Standartları çalışmalarının koordinasyonunu sağlar.

6.3.Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesi'nde kalite amaçlarının, hedeflerinin ve politikalarının belirlenmesinde üst yönetime öncülük eder.

6.4. Belirlenen hedef ve politikaları Kalite Yönetim Sistemlerine uygun olarak kalite sisteminde tanımlar, uygular, denetler ve korunmasını sağlar.

6.5.Öz değerlendirmeleri yönetir.

6.5.1.Öz değerlendirme öncesi süreçleri planlar.

6.5.2. Öz değerlendirme ile ilgili ekipleri belirler.

6.5.3. Öz değerlendirme takvimini hazırlar.

6.5.4.Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümleri önceden haberdar etmek için öz değerlendirme duyurularını yapar,

6.5.5.Tüm bölümlerin planlanan süreçler doğrultusunda öz değerlendirmesini bölüm kalite sorumluları ile yapar.

6.5.6. Öz değerlendirme sonucunda belirlenen uygunsuzlukları raporlar ve üst yönetime sunar.

6.6.İstenmeyen olay bildirimlerin güvenli raporlama sistemine ilişkin süreçleri yönetir.

6.6.1.İstenmeyen olay bildirimi için güvenli raporlama sistemini kurar, yapılan raporlamaları ilgili yönetici ve komitelerde kök neden analizi yapılmasını sağlar ve gerekli iyileştirmeleri organize eder.

6.6.2. Bakanlık sistemine hata bildirimlerin girişlerini yapar.

6.6.3.İstenmeyen olay bildirimleri için düzeltici önleyici faaliyetleri planlar, uygulanmasını sağlar.

6.7. Hastane risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetir. İş Güvenliği Uzmanı ile beraber bölüm bazlı risklerin belirlenerek risk analizinin yapılması, belirlenen risklere yönelik iyileştirmelerin planlanması ve uygulanmasını sağlar.

6.8. Hasta deneyimleri ve çalışan geri bildirimlerinin değerlendirilmesi, ölçülmesine yönelik çalışmaları yönetir.

6.8.1. Uygulanacak anketleri Sağlık Bakanlığı Anket Uygulama Rehberi doğrultusunda hazırlar, anket uygulamaları yaptırır, sonuçları raporlar, üst yönetime sunar, gerekli iyileştirmeleri planlar

6.8.2. Hasta ve çalışanlardan gelen öneri ve şikayetleri değerlendirir, üst yönetime raporlar, gerekli iyileştirmelerin yapılmasını sağlar.

6.8.3. Hasta ve çalışan memnuniyetinin artırılması için gerekli aktivite planlarının ve çalışmaların hazırlanması için ilgili birimlerle işbirliği yapar.

6.9. Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda dokümantasyon yönetimini sağlar.

6.9.1. Kalite Birimi dokümantasyon yapısının oluşturulmasını, güncelliğini ve sistem uygunluğunu sağlar.

6.9.2.Bölümlere ilişkin tanımlanmış yazılı dokümantasyonu Kalite ve Hastane Yönetim Sistemlerine olan uygunluk açısından değerlendirir ve onaylar.

6.9.3. Yeni dokümantasyon tasarılarının ulusal ve uluslararası standartlara uygunluğunun tespiti ve kontrolünü sağlar.

6.9.4. Kalite Birimi tarafından hazırlanan tüm Kalite Sistem dokümantasyonunu uygulamaya geçirir, uygulamayan çalışanları gerektiğinde uyarır.

6.9.5.Kalite dokümanlarının ilgili çalışanlar tarafından ulaşılabilir yöntemi belirler ve uygular.

6.9.6. Kalite dokümanlarının orijinal nüshalarının muhafazasını sağlar.

6.9.7.Geçerliliği kalmayan dokümanların revizyonunu yaptırır, kontrolünü yapar ve iptal edilecek dokümanın iptalini yapar, yeni dokümantasyonu uygulamaya koydurur.

6.10. Kalite indikatör/göstergelerine yönelik süreçleri yönetir.

6.10.1. Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği kalite indikatör/göstergelerinin takibi için gerekli dokümantasyon ve alt yapı süreçlerini hazırlar.

6.10.2. Belirlenen sürelerde indikatör/gösterge verilerini toplar, analizini yapar, üst yönetime raporlar.

6.10.3. İlgili komitelerde indikatör/gösterge veri analizlerinin görüşülmesini sağlar ve gerekli iyileştirmeleri planlar.

6.10.4. Gerekli periyotlarda Sağlık Bakanlığı'nın sistemine indikatör/gösterge verilerinin girişini yapar.

6.11. Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde belirlenen komitelerin süreçlerini yönetir

6.11.1. Kurumda bulunması gereken komite ve ekipleri oluşturur.

6.11.2. Komite ve ekiplerin görev tanımlarını hazırlar.

6.11.3. Komite ve ekiplerde bulunması gereken çalışanları belirler, atamalarını yapar.

6.11.4. Komite ve ekiplerin yıllık toplantılarını planlar, plan doğrultusunda toplantıların yapılmasını sağlar.

6.11.5. Tüm komite ve ekiplerde üye olarak katılır.

6.11.6. Komite ve ekiplerin toplantı kararlarını yazar, toplantı tutanaklarını ilgili birimlere ve üst yönetime gönderir.

6.12. Bölüm kalite sorumlularını belirler ve bölüm kalite sorumluları ile koordineli çalışır. Bölümlerde planlanan düzeltici önleyici faaliyetlerin bölüm kalite sorumluları tarafından takibini yaptırır.

6.13. Hastane yönetimi ile bölüm kalite sorumluları ve bölüm yöneticileri ile hizmet sunumuna yönelik değerlendirme toplantılarının yapılmasını sağlar.

6.13.1. Kalite Birimi Toplantılarını organize eder.

6.13.2. Kurumsal amaç ve hedefler, öz değerlendirmelere ilişkin sonuçlar, hasta ve çalışan geri bildirimleri kalite değerlendirme toplantılarında görüşülmesini sağlamalıdır.

6.14. Tasarlanan bölüm süreçlerinin Kalite Yönetim Sistemlerinin gereklerine ve Özel Mecidiyeköy Çevre Hastanesi işleyiş yapısına uygunluğunu denetler ve onaylar.

6.15. Kurumun Kalite Politikası ve ilkeleri doğrultusunda yaratılan, yeniliklere açık, çağdaş ve yardımsever bir çalışma ortamını sürekli kalite iyileştirme çalışmaları ile daha da geliştirmeyi amaç edinir.

6.16. Kalite sorunlarının belirlenmesi, iyileştirme önerilerinin geliştirilmesi ve seçim mekanizmalarının yürütülmesinin sağlar.

6.17.Bölüm Sorumlularından gelen yeni kalite yaklaşımları ve uygulama önerileri konusunda üst yönetime öneri ve teklif götürür.

6.18. Kalite iyileştirme planlarının hazırlanması, koordinasyonu ve uygulanmasını sağlar.

6.19. Kalite sorunlarının çözümü için üst yönetime danışmanlık yapar.

6.20. Hastane kalite iyileştirme ve hasta ve çalışan güvenlik programlarının oluşturulması, uygulanması ve denetlenmesini sağlar.

6.21. Kurumun hasta güvenliği hedef ve politikalarına yönelik çalışmaları destekler ve bu konuda kendine verilen görevleri yerine getirir.

6.22. Kurumun eğitim süreçlerini yönetir.

6.22.1. Kalite Yönetim Sistemlerinin iyileştirilmesi ve geliştirilmesi için yıllık Eğitim Planlarını hazırlar ve onaylar.

6.22.2. Yıllık eğitim planı doğrultusunda bölümlerin yapması gereken eğitimleri bölümlere bildirir ve yapılmasını sağlar.

6.22.3. Yeni işe başlayan çalışanların kalite süreçlerine yönelik oryantasyonlarını planlar ve yapar.

6.22.4.Yıllık eğitim planı doğrultusunda verilecek eğitimlerin eğiticileri belirler ve ilgili kişilere bildirir.

6.22.5. Aylık eğitim planlarının yapılmasını organize eder ve eğitimlerin gerçekleşmesini sağlar.

6.22.6. Eğitimlerin kalite indikatör/göstergelerinin analizini yapar.

6.22.6.Eğitim analizlerine, performans geliştirme sonuçlarına ve taleplere göre yeni eğitimlerin planlanmasını sağlar.

6.23. Kalite Performans Raporu'nu dönemsel olarak hazırlar ve üst yönetime sunar.

6.24. Kalite bilincinin tüm çalışanlarca anlaşılması için çalışmalarda bulunur.

6.25. Sorumlu oldukları tüm cihazların zamanında ve eksiksiz bir şekilde bakımlarının ve/veya kalibrasyonlarının yapılması / yaptırılması konusunda hassas olmak için ve ilgilileri uyarır.

6.26. Kalite Yönetim Sisteminin korunması ve belgelendirilmesi için danışman ve denetim firmaları ile işbirliğinin yürütülmesini sağlar.

6.27. Tespit edilen uygunsuzlukların ortadan kaldırılması hususunda bölüm sorumlularına liderlik eder.

6.28. Kurumun yayınlamış olduğu hasta güvenliği ile ilgili politika ve prosedürlere uyar, kendisine bağlı kadrolara benimsetir ve bu konudaki olayları raporlar.

6.29. Kalite Yönetim Sistemlerinin denetim planlarını onaylar ve denetim sonuçlarını üst yönetime raporlar.

6.30. Sistem altyapı denetimlerini planlar, denetler ve sonuç raporlarını üst yönetime sunar.

6.31. Hasta güvenliği programları ile ilgili olarak yeni araştırmalar ve çalışmalar yapar, kuruma ve bölümlere uygun olarak planlar, uygular ve değerlendirir. Sonuç raporlarını üst yönetime sunar.

6.32. Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu tebliğ ve Hizmet Kalite Standartlarını takip eder, gerekli düzenlemelerin yapılması için üst yönetim ile irtibata geçer. Onaylanan değişikliklerinin takibini sağlar.

7.Yetkiler

Görevini en iyi şekilde yerine getirmek amacıyla, Yönetim Kurulu tarafından kendisine verilen gerekli olan yetkileri kullanma hakkına sahiptir.

7.1. Birim/Bölüm Kalite Sorumlularını belirleyerek görevlendirme.

7.2. Komite ve ekipleri kurma, ekip üyelerini belirleme, komite ve ekip toplantılarını planlayarak, üyeleri toplantıya davet etmek.

7.3. Yıllık Eğitim Planlarını oluşturma ve eğitim yapacak ekibi belirleyerek görevlendirmek.

7.4.Düzeltici önleyici faaliyetler ile ilgili takip sorumlularını belirlemek

7.5. Risk yönetimin uygulamalarını yönetmek, iyileştirme çalışmalarında ilgili çalışanları görevlendirmek.

7.6. Hasta ve çalışan güvenliği risklerinin giderilmesini talep etmek.

8.Sağlık Meslekleri Etik İlkeler

Meslek etiği (Deontoloji): Bir mesleği uygularken, uyulması gereken ahlaki değer ve etik kuralları inceleyen bilimdir. Yönetici ve çalışanlar yetkilerini kullanırken, kurumların amaçlarını ve toplumun yararını gözetmeleri, etik ilkelere bağlı kalarak hareket etmeleri beklenmektedir.

8.1.Özerkliğe Saygı İlkesi (Otonomi): Hasta haklarına saygı göstererek, tıbbi bakım ile ilgili kararlara katılımlarını sağlamak. Hastanın ya da hizmeti alanın özerk seçimlerine saygı duyulmalıdır. Herhangi bir işlem ya da tedaviye başlamadan önce hastaya gereken bilgiyi verip kendisinden onay alınmalıdır.

8.2.Yararlılık İlkesi: Sağlık çalışanı hastanın yaşamına destek verir, onu tedavi ederek ağrı ve acısını dindirir. Her durumda hastaya yararlı olmak hedeflenmelidir. Hastaya zarar verilmemelidir.

8.3. Aydınlatılmış Onam İlkesi: Hastanın sağlık durumu ile ilgili bilgiler kendisine yasa ve yönetmeliklerin belirttiği şekilde bilgilendirme yapılarak aydınlatılmalıdır. Yapılan aydınlatma sonrasında hukuken uygun rıza alınarak uygulama yapılmalıdır.

8.4. Adalet İlkesi: Mevcut tıbbi kaynakları ihtiyaç doğrultusunda dürüstçe ve hakça paylaştırılmasıdır. Bakmakla yükümlü olunan tüm hastalara adil bakım yapmakla yükümlü olunmalıdır.

8.5.Eşitlik İlkesi: Yararların, sıkıntıların, hizmetlerin dağılmasında uygulanacak sınırların belirlenmesidir.

8.6.Dürüstlük ve Doğruluk İlkesi: Hasta ve ailesine gerçeği söyleme, dürüst olma zorunluğu getirir. İnsanlar kendileri hakkında gerçeği öğrenme hakkına sahiptir. Dürüst olma ve sözünde durma tüm iş ve insan ilişkilerinde yerine getirilmesi gereken bir ilkedir.

8.7.Sadakat ve Sözünde Durma İlkesi: Hasta ile kurulan ilişkinin güven temelini sadakat ve sözünde durma oluşturur. Verilen sözlerin yerine ve getirilmesi ve sadakat tüm ilişkilerde önemini sürdürür. Verilen söz önemli bir mazeret nedeniyle yerine getirilemeyecekse, mutlaka önceden ulaşılarak karşı taraf bilgilendirilmelidir.

8.8.Sır Saklama İlkesi: Sağlık kurumlarında hastalar hakkında ve kurum hakkında öğrenilen tüm bilgilerin gizli tutulması durumudur.

8.9.Gerçeğe Uyma İlkesi: Ahlaken ve yasal açıdan gerçeğe bağlılık ilkesidir. Bu ilke ile akılcı gerçeği araştıran ve hizmeti belgeleyen davranışlarla doğruya yönelir.

8.10.Sözcülük İlkesi: Kendi adına konuşup karar veremeyen hasta adına konuşabilecek kimse bulunmadığı durumlarda; hastanın bu becerileri yerine gelene kadar, hastanın çıkarlarını korumak amacıyla yapılan sözcülük görevidir.

8.11.Tarafsızlık İlkesi: Yönetici olarak çalışanlara ve hizmet alanlara ilişkilerinde yansız olarak davranmak ve hizmet sunmakla mükelleftir.

8.12.Sorumluluk İlkesi: Bir şeyi yapma zorunluluğu veya belirli bir görevin istenilen nitelik ve nicelikte yerine getirilmesidir.

8.13.İnsan Hakları İlkesi: Sadece insan olma ile kazanılmış haklar olan; dokunulamaz, vazgeçilemez ve devredilemez nitelikteki kişiye bağlı olan haklara saygılı olup, uygun davranmayı gerektirir.

8.14. Bağlılık İlkesi: Yönetici bir lider olarak kendi mesleki bağlılık ve gelişmesi ile beraberinde astlarının mesleki bağlılık ve gelişmesini sağlamaya çalışmalıdır. Mesleğe bağlılık, meslekte gelişme ve ilerlemeye istekli olmayı ve bu amaçla alana ilişkin yayınları izlemeyi, eğitim programlarına katılmayı gerektirir.

8.15. Hukukun Üstünlüğü İlkesi: Hukuk düzeni tarafından konmuş kuralların uygulanmasıdır.

8.16.Hoşgörü İlkesi: Sevilmeyen ya da onaylanmayan bir şeyin varlığına tahammül etmektir. Hoşgörü, insanı, insanlığı anlamak, bilmek ve saygı duymaktır. İnsanları birbirinden farklı duygu, düşünce, davranış, tutum ve eylem biçimleri olduğunun kabulüdür.

8.17.Saygı İlkesi: Bir insanı bir kişi olarak, olduğu gibi görmek, onun kişiliği ve tekliğini fark etmektir. İnsan olduğu için bir değer olan insan her durumda varlığına saygı göstermeyi gerektirir.

8.18.Sevgi İlkesi: Çalışanlar yöneticinin kendi amaçlarına ulaşmasını sağlayan araç değil, örgütsel amaçların birlikte gerçekleştirildiği, aynı takımın üyeleri olarak algılanmasıdır. Yönetici astlarına karşılıksız sevdiği, saydığı zaman çalışanlarının güven duymalarına, kendilerini emniyette hissetmelerine, temel değerleri ve dürüstlüklerinin doğrulanmış ve onaylanmış olduğunu düşünmelerine yardım etmeyi sağlar.

8.19.Tutumluluk İlkesi: Kıt kaynakları verimli kullanılması ve kullanılan kaynakların topluma ve doğaya yararlı olarak değerlendirilmesinin sağlanmasıdır.

8.20. Açıklık İlkesi: Açıklık, karşılıklı iletişim, bilgi üretme, aktarma ve anlamlandırma sürecidir. Yöneticilerin açık davranabilmesi için eleştiriye açık olmaları gerekir. Bunun yanı sıra eleştiri yaparken amaçlı, anlamlı, gerçekçi, inandırıcı ve güven verici, yapıcı, esnek, nesnel, çıkarsız ve kişiye özel eleştiriler yapmalıdırlar. Yöneticiler, astlarını eleştirirken bu ilkelere uygun davranmalı ve astlar da kendi eylem ve düşüncelerine ilişkin eleştirileri saygı ve

hoşgörü içinde değerlendirmelidir. Yönetici yapılan işlerde de açık olmalıdır. Verilen kararlarda ve eylemlerde gizli kapaklı davranmamalıdır. Çünkü bu durum çalışanlarda güvensizlik ve kuşku yaratır. Yönetici eylemlerinde açık olmak kadar, eylemleri hakkında ilgili kişi ya da gruplara hesap verme açıklığını da gösterebilmelidir.

8.21. Hak ve Özgürlükler İlkesi: Özgürlük, bireyin bir şeyi yapma ya da yapmama serbestliğidir. Her hangi bir güç tarafından zorlanmamayı, baskı altında tutulmamayı ifade eder. Hak ise, özgürlükten daha geniş bir anlam taşır. Yalnızca serbest olmayı değil, bunun yanı sıra bazı istemlerde bulunmayı içerir. Çalışanların belli bir özgürlük alanı olmalıdır. Çalışanlar örgütten ve yöneticilerden bazı şeyleri isteme hakkına sahiptirler.

8.22. Emeğin Hakkını Verme İlkesi: Çalışanın üretim ya da hizmet için emekle yarattığı değer artışı karşılığında hak ettiği değerin kendisine ücret olarak döndürülmesidir. Yöneticiler, başkalarına ait mal, hizmet ya da düşünce şeklinde yaratılmış ürünleri, sahibinin iznini almadan kullanmamalıdırlar. Emeğe saygılı olmak, başkalarının emek verdiği şeyleri kendine mal etmemeyi de gerektirir

8.23.Yasa Dışı Emirlere Karşı Direnme: Yasalarda açıkça belirtilmesine karşın, çalışanlar zaman zaman yasa dışı ancak, üstler tarafından yerine getirilmesi istenen emirlerle karşı karşıya kalmakta ve bunları yerine getirmektedirler. Emrin yasalara aykırılığının, üst yöneticilere hatırlatılması, yönetimde keyfiliğin ortadan kaldırılması ve hukukun üstünlüğünün sağlanmasında açısından önemlidir.

9.Görev Dağılımında Çatışma Yaşanması Durumunda İzlenecek Yol

Çatışmaya neden olan etmenlerin çok boyutlu olduğu, biyolojik, psikolojik ve sosyal etmenlerin, çalışanların davranışını şekillendirmede etkin rol üstlendiği kabul edilmektedir. Çatışma yönetimi sürecinde, bireyin kendi psikolojik ve sosyal özelliklerini tanıması, olası çatışma tepkilerini öngörebilmesi ve gerektiğinde davranışlarını değiştirmesi, çatışmanın çözüme kavuşturulmasında etkili olabilecek bireysel katkıyı göstermektedir. Hastanede görev dağılımında çatışmanın sebepleri sistem yaklaşımı etrafında ele alınır ve çözüm önerileri de bu yönde geliştirilir. Kişisel iletişim eğitimleri, hizmet içi eğitimlerin arttırılması, hiyerarşik mesafe, etkin performans yönetimi, sosyal faaliyetlerin arttırılması gibi konular, çatışma yaşanmasının önüne geçecek yöntemlerden bazılarıdır.

Görev dağılımında çatışma yaşanması durumunda bağlı bulunulan üst yöneticiye konu iletilerek, üst yöneticinin konunun özelliğine göre belirleyeceği yol izlenir.

TESLİM ALAN	**TESLİM EDEN**
Tarih :……/……20.....	Tarih :……/……20.....
Adı Soyadı :…….	Adı Soyadı :…….
İmza :	İmza :