



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME KOMİTESİ**  
**GÖREV TANIMI**



## 1. GÖREV TANIMI

Kurumumuzda; “Türkiye Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Sistemi” çerçevesinde gerçekleştirilen uygulamaları izlemek, değerlendirmek ve koordine etmek ve gerektiğinde iyileştirme faaliyetleri düzenlemek. Hasta bakımı sürecinde bulunan tüm çalışanların katılım ve ortak çabaları ile oluşturulan klinik bakımda en üst seviyeyi hedeflemek.

## 2. GÖREV, YETKİ VE SORUMLULUKLARI

**2.1.** Hastanemizde gerçekleştirilen klinik kalite çalışmalarının Sağlık Bakanlığı tarafından yayınlanan “Klinik Kalite Ölçme ve Değerlendirme Rehberleri” ve “Klinik Kalite Uygulama ve Veri Kalitesi İyileştirme Rehberi” doğrultusunda gerçekleştirilmesini sağlamak.

**2.2.** Sağlık olgusu bazında izlenen klinik kalite göstergeleri ile ilgili veri kalitesini değerlendirmek, veri kalitesi ile ilgili gerekli düzeltici önleyici faaliyetleri belirlemek ve bu faaliyetlerin gerçekleştirilmesini sağlamak,

**2.3.** Klinik kalite göstergeleri ile ilgili Bakanlık tarafından gönderilen geri bildirim raporlarına Klinik Kalite Karar Destek Sistemi (K3DS) ve HBYS’ den elde edilen sonuçları karşılaştırarak gösterge bazında analizler yapmak,

**2.4.** Gösterge bazında ulusal hedeflere ulaşma düzeyini değerlendirmek, hedefe ulaşmak için gerekli faaliyetleri planlamak,

**2.5.** Gösterge bazında belirlenen iyileştirme faaliyetlerini başlatmak,

**2.6. Klinik Denetim:** Hastanemizde izlenen her bir Klinik Kalite sağlık olgusu ilgili üst yönetim, klinik sorumlusu ve kalite yönetim direktörü ile hasta güvenliği komitesi tarafından gerçekleştirilen izleme ve değerlendirme sonuçları, yapılan çalışmalar ve gerçekleştirilmesi gereken iyileştirme faaliyetleri planlamak ve uygulamak.

**2.7. Klinik Risklerin Denetim:** Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan, Sağlıkta kalite standartları hasta bakımı bölümünde yapılması istenen hasta bakım risklerinin (düşme riski, nutrisyon riski, bası yarası riski vb) değerlendirilmesi ve gerçekleşmesinin önüne geçilmesine yönelik önlemler alınmasını sağlamak.

**2.8. Kalite Güvencesi:** Sağlıkta hizmet kalitesinin sağlanması ile birlikte klinik kalite süreçlerinin iyileştirilmesi kalite güvencesini oluşturur. Bunun sağlanması için düzenli analizler ve iyileştirmeler ile klinik süreçlerin daha güvenli ve kaliteliye doğru ilerleme çalışmalarının yapılmasını organize etmek.

**2.9. Klinik Etkinlik:** Klinik kalite göstergelerini takip ederek, hedef değerlere ulaşma durumu, veri kalitesi, kurumsal ya da ulusal düzeyde analiz, sonuçların gerçek değeri taşıma durumu, sonuç değerlerinde sapma ya

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.YD.71</i>	<i>09.06.2017</i>	<i>01</i>	<i>07.03.2022</i>	<i>1 / 2</i>



**Özel EKOL HASTANESİ**  
**KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME KOMİTESİ**  
**GÖREV TANIMI**



da uygunsuzluk durumunda kök neden analizi ve gerekli iyileştirme faaliyetleri planlayıp uygulamak.

**2.10. Kurumsal ve Bireysel Gelişim:** Kurum içinde ilgili çalışanların yapılan analiz ve geri bildirimleri ile belirlenen eğitim ihtiyaçlarının belirlenip, karşılanması, hizmet içi eğitim ve tecrübe paylaşımı, sağlık personelinin mesleki gelişimi için iç ve dış eğitimlere, seminer ve kongrelere katılımını sağlamak.

**2.11. Hasta Bakım Prosedürleri:** Bakanlık ve kurum tarafından hazırlanmış olan hasta bakım protokollerinin uygulanmasının sağlanması. Yoğun bakım entübasyon, extübasyon kriterleri, acil servis kritik vaka algoritmaları, ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, güvenli doğum uygulamaları, bebek izlem protokolü, düşme riski, bası yarası riski, nutrisyon riski, el hijyeni ve klinik protokollerin uygulanmasının sağlanması ve denetiminin yapılması, ilgili protokollerin çalışanlar tarafından bilinirliğinin sağlanması için eğitimlerinin yapılması ve ilgili rehberlerin alanlarda bulunmasının sağlanması.

### **3. TOPLANTI SIKLIĞI**

Üç ayda bir toplanır. İhtiyaç duyulduğunda daha sık toplanır. Gerekliğinde hastane yöneticileri ve diğer hastane çalışanları toplantıya davet edilebilir.

Toplantı tarihi Kalite Yönetim Direktörü tarafından planlandıktan sonra Komite Toplantı Duyurusu ile Komite üyelerine toplantı çağrısı yapılır. Toplantıda alınan kararlar Toplantı Tutanağına kaydedilir ve Üst Yönetime ve Komite üyelerine Kalite Yönetim Direktörü tarafından bildirilir. Toplantı tutanağı komite üyeleri tarafından imzalanarak Kalite Birimi'nde arşivlenir.

### **4. KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME EKİBİ ÜYELERİ**

Yönetim Kurulu Başkanı

Başhekim

Kalite Yönetim Direktörü

Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü

İdari ve Mali Hizmetler Müdürü

Kalite & Akreditasyon Birim Sorumlusu

Bilgi İşlem Sorumlusu

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KU.YD.71</i>	<i>09.06.2017</i>	<i>01</i>	<i>07.03.2022</i>	<i>2 / 2</i>