

 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Farabi Hastanesi	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği			
	ÖZ DEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ			
Dok. Kod.: KU.PR.04	Yayın Tarihi:05.11.2015	Revizyon Numarası: 04	Revizyon Tarihi:26.04.2023	Sayfa Sayı: 5

1.0 AMAÇ

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca yürütülen Sağlıkta Kalite Standartları Hastane doğrultusunda kurum içerisinde uygulanan işlemlerin ve sistem etkinliğinin değerlendirilmesi, rapor edilmesi ve gerektiğinde düzeltici veya önleyici faaliyetlerin başlatılması esaslarını belirlemektedir.

2.0 KAPSAM

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde hizmet veren tüm alanları ve çalışanları kapsar.

3.0 KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

SKSH: Sağlık Kalite Standartları Hastane

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

K: Karşılıyor

KK: Kısmen Karşılıyor

KM: Karşılanmıyor

4.0 TANIMLAR

Öz Değerlendirme: Hastane Kalite Koordinatörünün sorumluluğunda Sağlıkta Kalite Standartları esas alınarak kurum içinde gerçekleştirilen değerlendirme faaliyetidir.

Öz Değerlendirme Planı: Kalite Yönetim Koordinatörlüğü tarafından hazırlanan ve öz değerlendirmenin, hangi bölümleri kapsayacağı, hangi zaman aralığında yapılması gerektiğinin belirtildiği dokümandır.

Öz Değerlendirme Ekibi: Öz değerlendirme Ekibi Kalite Koordinatörü tarafından belirlenen ve görevlendirmeleri Hastane yönetimi tarafından onaylanan bölüm/birim sorumlusu ve bölüm/birim kalite temsilcilerinden oluşan ekip.

Öz Değerlendirme Raporu: Öz değerlendirme ekibi tarafından, değerlendirme sonucunda değerlendirilen birim ile ilgili bulguların yazıldığı dokümandır.

Düzeltici Önleyici Faaliyet İstek Formu (DÖF): Öz değerlendirme sırasında tespit edilen uygunsuzlukların (düzeltici faaliyet) veya uygunsuzluk olma riskinin bulunduğu (önleyici faaliyet) durumlarda, öz değerlendirme ekibi tarafından doldurulan dokümandır

5.0 SORUMLULAR

• Başhekimlik
• Anabilim/Bilim Dalı/Bölüm Başkanları
• Hastane Başmüdürü
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemşirelik
• Birim Kalite Temsilcileri
• Bölüm Sorumluları
• Tüm Çalışanlar

6.0 FAALİYET AKIŞI

6.1 ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTELERİNİN HAZIRLANMASI

6.2 ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİNİN OLUŞTURULMASI

6.3 ÖZ DEĞERLENDİRME TAKVİMİNİN DUYURULMASI

6.4 ÖZ DEĞERLENDİRME UYGULAMASI

6.5 ÖZ DEĞERLENDİRMENİN RAPORLAMASI

6.6 ÖZ DEĞERLENDİRME DÖNEM GRAFİKLERİN HAZIRLANMASI

6.7 ÖZ DEĞERLENDİRME SONUÇLARININ YÖNETİMLE DEĞERLENDİRİLMESİ

KONTROLLÜ KOPYA

6.8 ÖZ DEĞERLENDİRME SONUÇLARININ BİRİM KALİTE TEMSİLCİLERİ VE BÖLÜM SORUMLULARIYLA PAYLAŞIMI

6.1 ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTELERİNİN HAZIRLANMASI

- Öz değerlendirme standart soru listeleri hastanenin büyüklüğü ve yapısı göz önünde bulundurularak SKS-Hastane Sürüm 6 baz alınıp Kalite Koordinatörlüğü tarafından hazırlanır.
- Öz değerlendirme soru listelerine HBYS **Kalite Modülünden** ulaşılabilir.
- Öz değerlendirme soru listeleri tüm SKS-Hastane bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır.

KURUMSAL HİZMETLER	
1	Kurumsal Yapı
2	Kalite Yönetimi
3	Doküman Yönetimi
4	Risk Yönetimi
5	Kurumsal Verimlilik
6	İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi
7	Afet ve Acil Durum Yönetimi
8	Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer (KBRN) Tehlikelerin Yönetimi
9	Eğitim Yönetimi
10	Sosyal Sorumluluk
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	
1	Hasta Deneyimi
2	Hizmete Erişim
3	Yaşam Sonu Hizmetler
4	Sağlıklı Çalışma Yaşamı
SAĞLIK HİZMETLERİ	
1	Hasta Bakımı
2	İlaç Yönetimi
3	Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü
4	Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri
5	Transfüzyon Hizmetleri
6	Terapötik Aferez Hizmetleri
7	Radyasyon Güvenliği
8	Acil Servis
9	Ameliyathane
10	Yoğun Bakım Ünitesi
11	Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi
12	Doğum Hizmetleri
13	Diyaliz Ünitesi
14	Psikiyatri Hizmetleri
15	Toplum Ruh Sağlığı Hizmetleri (TRSH)
16	Biyokimya Laboratuvarı
17	Mikrobiyoloji Laboratuvarı
18	Patoloji Laboratuvarı
19	Doku Tipleme Laboratuvarı
20	Kemoterapi Hizmetleri
21	Organ ve Doku Nakli Hizmetleri
22	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri
23	Palyatif Bakım Kliniği
24	Evde Sağlık Hizmetleri
DESTEK HİZMETLERİ	
1	Tesis Yönetimi
2	Otelcilik Hizmetleri
3	Bilgi Yönetim Sistemi
4	Malzeme ve Cihaz Yönetimi
5	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri
6	Atık Yönetimi
7	Dış Kaynak Kullanımı
GÖSTERGE YÖNETİMİ	
1	Göstergelerin İzlenmesi

Tablo 1. SKS-6 Hastane Boyut ve Bölümler

6.2 ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİNİN OLUŞTURULMASI

- Kalite Koordinatörlüğü tarafından Öz Değerlendirme ekibinde görev alacak çalışanlar, bölüm/birim kalite temsilcisi listesi ve organizasyon şeması göz önünde tutularak belirlenir.
- Kalite Koordinatörlüğü tarafından Öz Değerlendirme ekibine değerlendirme hakkında bilgilendirme toplantısı yapılır.
- Öz değerlendirme ekibinde Kalite Koordinatörlüğü çalışanları, Bölüm/Birim sorumluları, Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri yer alır.
- Değerlendirilme yapılacak bölüm/birime; sorumlular, bölüm/birim kalite temsilcileri eşlik edecek şekilde plan hazırlanır.
- Bölüm/birim sorumlusu ve kalite temsilcileri Kalite Koordinatörlüğünün planladığı Bölüm/Birimde dışarıdan gözlemci olarak değerlendirmeye eşlik eder.
- Öz değerlendirme ekibinde görev alan personel kendi birim/bölmelerinde görevlendirilmez.

6.3 ÖZ DEĞERLENDİRME TAKVİMİNİN HAZIRLANMASI VE DUYURULMASI

- Kalite Koordinatörlüğü tarafından hastanenin büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak öz değerlendirme takvimi yılda 2 kez hazırlanır.
- Yapılan planlama Kalite Koordinatörlüğü tarafından hastane yönetimi ile paylaşılarak imzaya çıkartılır.
- Oluşturulan Öz Değerlendirme Takvimi hakkında tüm hastane Bölüm/Birimleri bir hafta öncesinden bilgilendirilir.
- Bilgilendirme hastane Web sitesi. HBYS ve Kalite Modülü üzerinden ilan edilir.

6.4 ÖZ DEĞERLENDİRME UYGULAMASI

- Öz Değerlendirme, hastanenin büyüklüğü, yapısı gibi faktörler göz önünde bulundurularak yılda en az 2 kez Kalite Koordinatörlüğü tarafından planlanır.
- Yılın ilk 6 aylık döneminde Öz değerlendirme Kalite Koordinatörlüğü ve öz değerlendirme ekibi tarafından yapılır.
- Yılın ikinci 6 aylık dönemindeki öz değerlendirme kalite koordinatörlüğü iş birliği ile Birim/Bölüm kalite temsilcileri ve sorumluları tarafından kendi birim/bölmelerinde yapılarak Kalite Koordinatörlüğüne gönderilir.
- Değerlendirmenin yapılacağı tarihlerden önce Kalite Koordinatörlüğü tarafından Öz Değerlendirme ekibinde görev alacak personeller ve değerlendirme yapılacak alanlar belirlenir
- Kalite Koordinatörlüğünün planladığı tarihlerde, oluşturulan öz değerlendirme ekipleri tarafından ilgili Birim/Bölüm sorumlusu ve kalite birim temsilcileri ile birlikte değerlendirme yapılır.
- Birimde görülen uygunsuzluklar için Düzeltici Önleyici Faaliyet açılıp açılmamasına değerlendirme ekibi tarafından karar verilir.
- Düzeltici Önleyici Faaliyet açılmasına karar verilirse işleyiş **“Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürü”** ne uygun olarak devam eder.

6.5 ÖZ DEĞERLENDİRME RAPORLAMA

- İlk 6 aylık dönemdeki öz değerlendirme raporları, değerlendirme ekibinin ortak kararları ile sonuçlandırılır.
- İkinci 6 aylık dönemdeki bölüm/birimlerden gönderilen öz değerlendirme raporlarının sonuçlandırılması kalite koordinatörlüğü tarafından yapılır.
- Her dönem için değerlendirilen bölüm/birime ait Öz Değerlendirme puanı hesaplanır.
- Öz Değerlendirme sürecinde değerlendirme dışı olarak belirlenen standart maddelerine puanlandırma yapılmaz.
- Raporlar, son inceleme yapıldıktan sonra Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı onayına sunulur.
- Hazırlanan raporlar sonuç paylaşım toplantıları yapıldıktan sonra bölüm/birimlere iletilir, aynı zamanda HBYS Kalite Modülü üzerinden tüm birimlerle paylaşılır.
- Standartlarının puanlandırılması sistematığı: Puanlamada 10'luk puanlama sistemi kullanılmıştır. Standart ve göstergeler; SKS ve Bakanlık stratejik hedefleri ile uygulamanın emek yoğunluğu göz önünde bulundurularak 10 – 50 puan aralığında puanlandırılmaktadır. Bu puan aralığında 50 puan değerindeki standartlar çekirdek, 40 puan değerindeki bazı standartlar ise opsiyonel standartlardır.

- Çekirdek standartlar, sağlık hizmet sunum süreçleri ile hasta ve çalışan güvenliği açısından kritik öneme sahip, Bakanlık politikaları açısından öncelikli olan standartlardır. Bu standartların karşılanmaması durumunda Hastane Kalite Puanı doğrudan etkilenir. Set içinde yer alan çekirdek standartlar, ilgili standardın başında yer alan (Ç) harfi ile ifade edilmektedir.
- Opsiyonel standartlar ise uygulanması zorunlu olmayan standartlardır. Bu standartların karşılanması durumunda Hastane Kalite Puanı pozitif yönde etkilenir. Set içinde yer alan opsiyonel standartlar, ilgili standardın başında yer alan (O) harfi ile ifade edilmektedir.
- Daha önceki SKS sürümlerinde “Bölüm Bazlı Kalite Göstergeleri” başlığı altındaki göstergeler Sürüm 6 ile kitaptan çıkarılmış ve **Gösterge Yönetim Rehberi** ile **Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı** internet sitesinde yayınlanmıştır. Rehber ve gösterge listesi gerektiğinde Bakanlıkça güncellenebilecektir. Her bir göstergenin sağlıkta kalite değerlendirmeleri kapsamındaki puansal değeri 20 olarak belirlenmiştir.
- Standartların karşılanma düzeyi belirlenirken amaçsal yorumlama yapılarak standart ve değerlendirme ölçütleri birlikte bir bütün olarak ele alınır.

KOD	STANDART	KOD	DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜ	PUAN	SONUÇ	PUAN
DTY01	Bina turları yapılmalıdır. (Bkz: Tesis Güvenliği Rehberi)	DTY01.01	Bina turlarını yapacak bir ekip oluşturulmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> • Ekip, hastanenin büyüklüğü ve hizmetlerin çeşitliliği dikkate alınarak oluşturulmalıdır. • Ekipte hastane yönetiminden en az bir kişi bulunmalıdır. 	40	K → KK → KM →	40 20 0
		DTY01.02	Bina turları en az üç ayda bir ve gerektiğinde yapılmalıdır.			
		DTY01.03	Bina turuna ilişkin kayıtlar tutulmalı, tespit edilen uygunsuzluk veya iyileştirmeye açık alanlara yönelik faaliyetler için bir eylem planı hazırlanmalıdır. <ul style="list-style-type: none"> • İş takibi kontrolüne yönelik süreçler tanımlanmalıdır. • Eylem planı kapsamında alınan kararlar hastane yönetimi ve tesis güvenliği komitesine sunulmalıdır 			

Tablo2. Standardın Karşılanma Düzeyine Göre Puanlama Örneği

6.6 ÖZ DEĞERLENDİRME DÖNEM GRAFİKLERİN HAZIRLANMASI

- Değerlendirme sonucunda tüm Birim/Bölüm Öz Değerlendirme Raporları analiz edilerek dönem grafikleri hazırlanır.
- Dönem grafikleri “**Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Sürüm 6**” bölümleri dikkate alınarak hazırlanır.

6.7 ÖZ DEĞERLENDİRME SONUÇLARININ YÖNETİMLE DEĞERLENDİRİLMESİ

- Kalite Koordinatörlüğü raporlar doğrultusunda analiz yaparak sonuçları ve dönem grafiklerini üst yönetime paylaşmak üzere sunum hazırlar.
- Hastane üst yönetimi;
 - Başhekim
 - Başhekim Yardımcıları
 - Hastane Başmüdürü
 - Başhemsireliğin katılımıyla toplantı gerçekleştirilir.
- Dönem grafikleri bir önceki dönem grafikleri ile bir araya getirilerek karşılaştırmalı değerlendirme yapılır.
- Güçlü ve zayıf yönler tekrar değerlendirilir, çözüm önerilerinin kararı verilir ve bir sonraki dönem için öncelikli hedefler belirlenir.
- Toplantı gündemi, katılımcılar ve toplantı akışı rapor edilerek kalite koordinatörlüğü tarafından arşivlenir.

6.8 ÖZ DEĞERLENDİRME SONUÇLARININ BİRİM KALİTE TEMSİLCİLERİ VE BÖLÜM SORUMLULARIYLA PAYLAŞIMI

- Kalite Koordinatörlüğü, yapılan Öz Değerlendirmenin sonuçlarını yönetimle paylaştıktan sonra Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı, Hastane Başmüdürü ve Kalite Koordinatörlüğü katılımı ile Bölüm/ Birim sorumluları ve Kalite Temsilcileri ile bir bilgilendirme toplantısı düzenler.
- Toplantının saati ve yeri ile ilgili bilgilendirme Kalite Koordinatörlüğü tarafından yapılır.
- Toplantı, yönetim Öz Değerlendirme toplantısında olduğu gibi sunum olarak hazırlanır.
- Hazırlanan sunum grafiklerle karşılaştırılmalı şekilde tüm çalışanlarla paylaşılır.
- Bölüm/birim sorumluları ve kalite temsilcilerinin de görüş önerileri alınır.
- Toplantı katılımcıları ve akış rapor edilir.

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1 SKS-Hastane Sürüm 6

7.2 Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürü