



Özel EKOL HASTANESİ

DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYETLER PROSEDÜRÜ



1. AMAÇ:

Bu prosedürün amacı, hastanede meydana gelen veya gelme ihtimali olan uygunsuzlukların nedenlerin giderilmesi, tekrarının önlenmesi ve sürekli iyileştirmenin etkinliğinin sağlanması için yetki, sorumluluk ve yöntemleri tanımlamaktır.

2. KAPSAM:

Bu prosedür Kalite Yönetim Birimi ve tüm çalışanları kapsar.

3. KISALTMALAR

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

4. TANIMLAR

Düzeltici Faaliyet: Saptanan uygunsuzlukların sebeplerini ortadan kaldırmak için yürütülen planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

Önleyici Faaliyet: Bir sapma veya uygunsuzluk meydana gelmeden, olası sapma ve uygunsuzlukların tespit edilmesi, meydana gelmelerini engellemek için yapılan planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

İyileştirici Faaliyet: Hastane işleyiş ve kalite standartlarını etkileyen herhangi bir durumun iyileştirilmesi amacıyla yapılan planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

Uygunsuzluk: Belirtilen şartların yerine getirilmemesidir.

Sapma: Belirlenen özelliklerden uzaklaşma derecesidir.

Risk: Bir uygunsuzluğun veya sapmanın meydana gelme olasılığıdır.

5. SORUMLULAR:

Bu prosedürün uygulanmasından Başhekim, İdari ve Mali İşler Müdürü, Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü, Kalite Yönetim Birimi ve tüm çalışanlar sorumludur.

6. FAALİYET AKIŞI

Düzeltici ve önleyici faaliyetlerde (DÖF) mevcut ve potansiyel uygunsuzlukların temeldeki nedenlerini ortadan kaldırmak için düşünülen çözüm önerilerinin karşılaşılan problemin büyüklüğüne ve taşıdığı riske

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KY.PR.04</i>	<i>02.06.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>1 / 4</i>



Özel EKOL HASTANESİ

DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYETLER PROSEDÜRÜ



uygun boyutta olması esas alınır. Düzeltici ve önleyici faaliyetler sonucunda alınması öngörülen tedbirler uygulanırken, bunların dokümantasyona etkileri dikkate alınır ve dokümantasyon güncellenir.

6.1 Düzeltici Önleyici Faaliyetin (DÖF) Tespiti

Hastanemizde sunulan hizmetin iç denetim, hasta şikâyetleri, hasta anketleri, Web sayfası bildirim, gözleme dayalı sözel bildirim, hedeflerdeki sapmalar, kalite yönetim sistemi uygulamaları, istatistiksel uygulamalar, yönetimin gözden geçirme ve kalite yönetim birimi ekibi toplantıları, komite toplantıları, olağan yönetim toplantıları gibi faaliyetler sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar veya kusurlar düzeltici, önleyici faaliyetler ve iyileştirme fırsatları olarak kabul edilir.

6.2 DÖF'ün Açılması

6.21 Tüm personel Hastanemizin sunduğu hizmette veya kalite standartlarına uygunsuzluk ve kusur tespiti nedeni ile **Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu** düzenleyerek kalite yönetim birimine iletir.

6.22 DÖF'ü talep edenin Adı Soyadı, Görevi ve Uygunsuzluğu/ riski / iyileştirmeyi tespit ettiği tarih, saat, bölümü / birimi belirtilir ve DÖF formunda imzası bulunur.

6.23 Uygunsuzluk / Risk ve iyileştirme olarak tanımlanabilecek tespitler ve bu tespitlerin ortaya çıkmasına neden olan unsurlar DÖF formunda tanımlanır. Hangi faaliyet kapsamında olduğu belirtilir.

6.3 DÖF'ün Uygulanması

6.31 Faaliyetin başlatılması ve faaliyeti yapacak bölüm ya da birime ilişkin karar kalite yönetim direktörü tarafından alınır.

6.32 Kalite yönetim direktörü tarafından başlatılmasına karar verilerek onaylanan **DÖF Formu, DÖF Takip Listesi**'ne kaydedilir.

6.33 Faaliyeti yapacak bölüm ya da birimin amiri uygunsuzluğun/ riskin / iyileştirmenin nedenlerini, faaliyet planlanmadıysa gerekçesini, faaliyet planını, sorumlularını ve planlanan bitiş tarihini belirler. DÖF formunun Kalite Sorumlusuna iletilmesini sağlar.

6.34 Teknik, mali, iş gücü vb. nedenlerden dolayı faaliyet planlaması yapılamıyorsa formda belirtilir.

6.35 Kalite Direktörü faaliyet planlanmadıysa gerekçesini, uygunsuzluğun /riskin / iyileştirmenin nedenlerini, faaliyet planı aşamalarını ve bitiş tarihini kontrol ederek uygun gördüğü takdirde onaylar. Kalite yönetim direktörü planlanan bitiş tarihini gerekirse yeniden belirleyerek onaylayabilir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KY.PR.04</i>	<i>02.06.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>2 / 4</i>



Özel EKOL HASTANESİ
DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYETLER
PROSEDÜRÜ



636 Kalite direktörü DÖF Nedenlerini/Planlanan faaliyeti/Gerekçeyi uygun görmeyebilir. Bu durumda kalite yönetim direktörü tarafından onaylanan DÖF formunun kopyası tekrar faaliyeti yapacak Bölüm ya da Birim amirine iletilir.

637 Kalite sorumlusu ve koordinatör DÖF'ü takip etmekten sorumludur. İlgili idari amir ile çalışarak planlanan uygulama basamaklarını takip ederler.

638 Onaylanan DÖF formunun bir kopyası(fotokopisi) faaliyeti yapacak Bölüm ya da Birime verilir.

639 Uygunsuzluğun / riskin / iyileştirmenin sebebinin araştırılması ve faaliyetin gerçekleştirilmesi faaliyeti yapacak bölüm ya da birimin amiri ve çalışanlarının sorumluluğundadır.

64 Döf'ün Doğrulanması (Takibi)

641 DÖF'ün takibi kalite yönetim direktörünün görevlendirdiği Kalite Sorumlusu tarafından yapılır.

642 DÖF doğrulama amacı ile takip edilir ve etkinliği değerlendirilir.

643 Faaliyeti yapacak bölüm ya da birim sorumluları kendi bölümlerinde veya gerekiyorsa diğer bölümlerin de katılımı ile düzeltici ve önleyici faaliyeti yapar.

644 Planlanan bitiş tarihi süresi içinde yapılan faaliyetler DÖF'ü takip eden tarafından değerlendirilir. Yapılan faaliyet yeterli ise bu durum formda belirtilerek tarihi yazılır ve onaylanarak faaliyetin kapatılması için kalite yönetim Birimine ulaştırılması sağlanır.

645 Planlanan bitiş tarihi süresi içinde yapılan faaliyetler yetersiz ve tamamlanmamış ise Kalite yönetim direktörü onayı ile ek süre verilir.

646 Belirtilen ek süre tarihi sonunda yapılan faaliyet yeterli ise bu durum formda belirtilerek tarihi yazılır ve onaylanarak faaliyetin kapatılması için Kalite Birimine ulaştırılması sağlanır.

647 Belirtilen ek süre tarihi sonunda yapılan faaliyetler yetersiz ve tamamlanmamış ise bu durum belirtilerek DÖF formunun Kalite Birimine ulaştırılması sağlanır.

65 Döf'ün Kapatılması

651 DÖF'ün kapatılması kalite yönetim direktörü tarafından yapılır.

652 Kalite yönetim direktörü tarafından faaliyet başlatılmaması kararı alınmış ise gerekçesi forma yazılarak DÖF onaylanıp kapatılır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KY.PR.04</i>	<i>02.06.2022</i>	<i>00</i>	<i>-</i>	<i>3 / 4</i>



Özel EKOL HASTANESİ
DÜZELTİCİ ÖNLEYİCİ FAALİYETLER
PROSEDÜRÜ



653 Kapatılmama ve yeni DÖF açılması kararı verildiği takdirde yeni DÖF kalite yönetim direktörü tarafından açılır ve takip edilir.

6.6 Döflerin Kaydedilmesi ve Dosyalanması

661 Bu formlar kalite yönetimi kaydı olup Kalite Birimi tarafından saklanır.

662 Uygunsuzluğun/ riskin / iyileştirmenin çözümlenip çözümlenmediği Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Takip Listesinden her ay sonunda kalite yönetim direktörü tarafından takip edilir.

663 Çalışmaların tamamlanmasını takiben ilgili taraf (hasta şikâyetleri ise hasta) bilgilendirilir.

664 Hastanemizde düzeltici önleyici faaliyetin kayıtları **Doküman Yönetimi Prosedürü** nde tanımladığı şekilde saklanır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
 Kalite & Akreditasyon Sorumlusu Kardelen ASMA	 Kalite Koordinatörü Yeşim İNCİ	 Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
KY.PR.04	02.06.2022	00	-	4 / 4