



Özel EKOL HASTANESİ

ÖZ DEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KY.PR.02</i>	<i>30.05.2013</i>	<i>05</i>	<i>14.12.2023</i>	<i>1 / 5</i>

1. AMAÇ

Hastanemizde 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. KAPSAM

Bu prosedür hastanemizde hizmet veren tüm alanları ve çalışanları kapsar.

3. KISALTMALAR

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

SKSH: Sağlık Kalite Standartları Hastane

DÖF: Düzeltici Önleyici Faaliyet

K: Karşılıyor

KK: Kısmen Karşılıyor

KM: Karşılanmıyor

4. 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.

Düzeltilici 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. SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından Başhekim, Kalite Direktörü, Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü, Bölüm Kalite Sorumluları Ve Tüm Hastane Çalışanları sorumludur.



Özel EKOL HASTANESİ

ÖZ DEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ



<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KY.PR.02</i>	<i>30.05.2013</i>	<i>05</i>	<i>14.12.2023</i>	<i>2 / 5</i>



6. FAALİYET AKIŞI

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 listeleri tüm SKS-Hastane bölümlerini kapsayacak şekilde hazırlanmıştır.

KURUMSAL HİZMETLER	HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER	SAĞLIK HİZMETLERİ	DESTEK HİZMETLER	GÖSTERGE YÖNETİMİ
Kurumsal Yapı	Hasta Deneyimi	Hasta Bakımı	Tesis Yönetimi	Göstergelerin İzlenmesi
Kalite Yönetimi	Hizmete Erişim	İlaç Yönetimi	Otelcilik Hizmetleri	Bölüm Bazlı Göstergeler
Doküman Yönetimi	Yaşam Sonu Hizmetler	Enfeksiyonların Önlenmesi	Bilgi Yönetim Sistemi	Klinik Göstergeler
Risk Yönetimi	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	Sterilizasyon Hizmetleri	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	
Güvenlik Raporlama Sistemi		Transfüzyon Hizmetleri	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	
Acil Durum ve Afet Yönetimi		Radyasyon Güvenliği	Atık Yönetimi	
Eğitim Yönetimi		Acil Servis	Dış Kaynak Kullanımı	
Sosyal Sorumluluk		Ameliyathane		
		Yoğun Bakım Ünitesi		
		Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi		
		Doğum Hizmetleri		
		Diyaliz Ünitesi		
		Psikiyatri Hizmetleri		
		Biyokimya Laboratuvarı		
		Mikrobiyoloji Laboratuvarı		
		Patoloji Laboratuvarı		
		Doku Tipleme Laboratuvarı		

Tablo 1: SKS-Hastane Boyut ve Bölümler Tablosu

	Özel EKOL HASTANESİ ÖZ DEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ			
<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>KY.PR.02</i>	<i>30.05.2013</i>	<i>05</i>	<i>14.12.2023</i>	<i>3 / 5</i>

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 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.

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 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/bölümlerinde yapılarak Kalite Koordinatörlüğüne gönderilir.
- Değerlendirmenin yapılacağı tarihlerden önce Kalite Koordinatörlüğü tarafından Öz Değerlendirme ekibinde görev alacak personeller ve değerlendirme yapılacak alanlar belirlenir

	Özel EKOL HASTANESİ ÖZ DEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ			
<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
KY.PR.02	30.05.2013	05	14.12.2023	4 / 5

- 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.
- Standartlarının puanlandırılması sistemi: 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.

	Özel EKOL HASTANESİ ÖZ DEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ			
<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
KY.PR.02	30.05.2013	05	14.12.2023	5 / 5

- Standartların karşılanma düzeyi belirlenirken amaçsal yorumlama yapılarak standart ve değerlendirme ölçütleri birlikte bir bütün olarak ele alınır.

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. Başhekim, Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü , İdari Mali Hizmetler Müdürü 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 Kalite Direktörü, Başhekim, Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari Mali Hizmetler Müdürü, Bölüm/ Birim sorumluları ve Kalite Temsilcileri ile bir bilgilendirme toplantısı düzenler.
- Bölüm/birim sorumluları ve kalite temsilcilerinin de görüş önerileri alınır.

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
 Kalite Direktörü Sude BAKIR	 Tedavi ve Sağlık Hizmetleri Müdürü Yeşim İNCİ	 Kaliteden Sorumlu Başhekim Yardımcısı Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR