



**1.AMAÇ ve KAPSAM**

Bu prosedürün amacı; süreçlerimizi ulusal ve uluslararası akreditasyon standartlarına göre incelemek, varsa prosedürlere uygun olmayan durum ve yaklaşımları saptayarak sürekli iyileştirme fırsatlarını sunmaktır. Prosedür, SAS ve SKS standartlarındaki tüm bölüm ve standartları kapsamaktadır.

**2.TANIMLAR VE KISALTMALAR**

Öz Değerlendirme (İç Tetkik) : Hastane Kalite Yönetim Direktörünün sorumluluğunda Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Standartları esas alınarak kurum içinde gerçekleştirilen değerlendirme faaliyetidir.

SKS : Sağlıkta Kalite Standartları

SAS : Sağlıkta Akreditasyon Standartları

DÖF : Düzeltici ve Önleyici Faaliyet

**3.REFERANS DOKÜMANLAR**

İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Planı

Öz Değerlendirme/ İç Tetkik Soru Listesi

Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Talep Formu

Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Raporu

**4. UYGULAMA****4.1. Değerlendirici (İç Tetkikçi) Seçimi**

Değerlendirici (İç Tetkikçi), kalite departmanı tarafından ilgili bölüm yöneticilerinin görüşleri alınarak belirlenir. Değerlendiricilere, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları, Sağlıkta Akreditasyon Standartları ve Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Eğitimi verilmektedir.

**4.2.Öz Değerlendirme/İç Tetkik Aşamaları**

- Planlama
- Hazırlık
- Öz-değerlendirme /İç tetkik Gerçekleştirilmesi
  - Açılış Toplantısı
  - Değerlendirme/İç tetkik
  - Kapanış Toplantısı
  - Raporlama
  - Takip

**4.2.1.Planlama**

Her yılın başında İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Planı'nda Öz Değerlendirme (İç tetkik) periyodu yılda 2 kez tüm bölüm ve süreçleri kapsayacak şekilde belirlenir.

Belirlenen tarihlerde Kalite Yöneticisi tarafından hangi standartların kimler tarafından değerlendirileceğini gösteren İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Planı Başhekim tarafından onaylandıktan sonra kalite programına ve intranete eklenerek duyurulur.

**4.2.2.Hazırlık**

Kalite departmanı tarafından Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Ve Akreditasyon Standartlarını (SAS-SKS) içeren Öz Değerlendirme/ İç Tetkik Soru Listesi hazırlanmıştır.

Öz Değerlendirme/ İç Tetkik Soru Listesi, Öz değerlendirme (iç tetkik) tarihinden önce değerlendirici ekibe ve tüm çalışanlara mail yoluyla iletilir.

Değerlendirme /İç tetkik ekipleri, planda gözüken tetkik edeceği standartlar ile ilgili tüm dokümanları (prosedür, talimat) okur ve işleyişi hakkında bilgi edinir.

**4.2.3. Öz Değerlendirmenin (İç tetkik) Gerçekleştirilmesi****4.2.3.1.Açılış Toplantısı**

Öz Değerlendirme (İç Tetkik); önceden mutabık kalınan tarih ve saatte öz değerlendirme (iç tetkik) ekibinin katılacağı bir ön görüşme/açılış toplantısı ile başlar. Bu görüşmede değerlendirmenin kapsamı, nasıl yürütüleceği, hangi alanların gezileceği açıklanır.

**4.2.3.2.Değerlendirme/ İç Tetkik**

Öz değerlendirme/İç tetkik sırasında ilgili bölüm çalışanlarına kendini tanıtarak öz değerlendirmenin amacı hakkında kısa bir bilgi verir. Öz Değerlendirme/ İç tetkik sırasında Öz değerlendirme/ İç Tetkik Soru Listesi kullanılır.

Değerlendiriciler/iç tetkikçiler Öz Değerlendirme/ İç Tetkik Soru Listesi'nde mevcut olan sorular dışında da sorular sorabilir ve gözlem yoluyla edindiği bulguları, kayıt altına alır.

Amaç kurumun nitelikli sağlık hizmet sunumunu standartlara uygun ve güncel bir şekilde prosedürlerde belirtildiği gibi verilmesini sağlamaya destek/rehber olmaktır.

**4.2.3.3.Kapanış Toplantısı**

Değerlendirme sonunda kapanış toplantısı yapılır. Bu toplantıda tetkikçiler en sık ve en majör buldukları bulguları ileterek hızlıca giderilmesine vesile olur. Tetkikçilerden tüm bulgularını kalite departmanına 1 hafta içinde mail yolu ile iletmesi istenir.

**4.2.3.4.Raporlama**

Kalite departmanı tespit edilen uygunsuzlukları gözden geçirerek bir İç Tetkik (Öz Değerlendirme) Raporu oluşturur. Bu raporu Hastane Yönetimine ve Bölüm Kalite Sorumlularına termin tarihi erilerek mail yolu ile ileterek kendi bölümündeki uygunsuzluklara dair yapılan iyileştirmeleri talep eder. Tespit edilen tüm genel bulgular başlığı altında geçen maddeler için (birden fazla bölümde görülen bulgulara genel bulgular gözüyle bakılır) kalite departmanı tarafından DÖF açılır.

**4.2.3.5.Takip**

Açılan DÖF'lerde belirtilen iyileştirmelerin planlanan tarihlerde gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği aylık olarak kalite departmanı tarafından takip edilir. Ayrıca alan ziyaretlerinde Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Raporu ile uygunsuzluğun devam edip etmediği kontrol edilir.

**5.SORUMLULAR**

Bu prosedürün uygulanmasından hastane yönetimi ve kalite departmanı sorumludur.