



UYGUN OLMAYAN HİZMETİN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_04	02.01.2023	-	-	3

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
Kalite Koordinatörü	Kalite Koordinatörü	Hastaneler Yönetim Kurulu Başkanı



UYGUN OLMAYAN HİZMETİN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_04	02.01.2023	-	-	3

1. **AMAÇ:** Bu prosedürün amacı hastane tarafından TEMOS Akreditasyon standartları ve Hasta Güvenliği Hedeflerine uygun sunulan hizmetlerde ortaya çıkacak uygunsuzlukların tespiti ve kontrol altında tutulması için bir yöntem belirlemektir.
2. **KAPSAM:** Prosedür Uygun Olmayan Hizmetin Kontrolü sürecine ilişkin faaliyetleri kapsar.
3. **KISALTMALAR:-**
4. **TANIMLAR:**
41. **Uygunsuzluk:** Kalite dokümanlarında belirlenen şartlara, yasal mevzuata ve TEMOS Akreditasyon Standartlarına uygun olmayan veya şartlardan meydana gelen sapmaları gösteren hizmetlerdir.
5. **SORUMLULAR:** Kalite Konseyi, komiteler, yöneticiler ve tüm birimlerin sorumluluğundadır.
6. **FAALİYET AKIŞI**
61. **Uygunsuzluğun Tespiti**
611. Hastanede tüm çalışanlar uygunsuzluk tespitinde bulunabilirler. Ancak birim yöneticileri, kendi birimleri ile ilgili uygunsuzlukların tespitinden birinci derecede sorumludurlar.
612. Hastanede verilen hizmetin tüm aşamalarında, sınırlı olmamakla birlikte aşağıda belirtilen durumlarla uygunsuzluk tespiti yapılabilir.
 - İç ve dış denetimler,
 - Hasta şikâyetleri,
 - Uygun olmayan ürün tespiti (cihazlarla ilgili izleme ve ölçüm sonuçları gibi)
 - Kalite kontrol sonuçları
 - Cihaz kalibrasyon sonuçları,
 - Satın alma sonrası yapılan ürün kontrol sonuçları,
 - Personel gözlem ve değerlendirmeleri,
 - Süreç ve veri analizleri,
613. Dış denetimler haricinde tespit edilen uygunsuzluklar tespit eden tarafından “**Düzeltilici/ Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü**” ne göre yazılır.
614. Hastane öz değerlendirme sürecinde saptanan uygunsuzluklar “**İç Tetkik Prosedürü**” kapsamında belirtildiği şekilde hastane personeli arasından seçilerek sertifikalandırılmış değerlendiriciler vasıtası ile tespit edilir.
615. Denetimler dışında hastanın, refakatçinin, ziyaretçinin veya çalışanın zarar gördüğü ya da görebileceği uygunsuz bir duruma maruz kaldığına şahit olduğunda “**Olay Bildirim Prosedürü**”ne göre hareket edilir.
616. Hasta şikâyetlerinden ve anketlerden de uygunsuzluk tespit edilebilir. Hasta ve yakınlarının şikâyetleri “**Hasta Hakları İşleyiş Prosedürü**”ne göre kayıt edilir.
617. Biyomedikal/ Teknik/ Bilgi Sistemleri ile ilgili tespit edilen aksaklıklar ve/veya arızalar ilgili otomasyon sistemi üzerinden talep olarak iletilir, ancak iletilmediği halde süregelen bir aksaklık var ise “**Düzeltilici/ Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü**”ne göre hareket edilir.



UYGUN OLMAYAN HİZMETİN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_04	02.01.2023	-	-	3

62. Uygunsuzluğun Düzeltilmesi

- 621.** Uygunsuzluğun tespit edilmesinden sonra, uygunsuzlukların giderilmesinden birinci derecede sorumlu olan kişiler, uygunsuzluğun tespit edildiği bölümün sorumlularıdır. Bölüm sorumlusu, gerekli gördüğü durumlarda ya da prosedür gereği olan durumlarda bir üst yöneticinin görüş ve önerilerini alır. Süreç **“Düzeltilici/Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü”** ne göre takip edilir.
- 622.** Hastanın, refakatçinin, ziyaretçinin veya çalışanın zarar gördüğü ya da görebileceği uygunsuz bir duruma maruz kaldığına şahit olduğunda bildirilen uygunsuzluklar, **“Olay Bildirim Prosedürü”**ne göre hareket edilerek iyileştirmeler planlanır.
- 623.** Süreç sırasında uygunsuzluk tespit edildiğinde, bölümün sorumlusu tarafından düzeltilmesi mümkün olan uygunsuzluklar, hizmetin aksamaması için kısa sürede yapılabilecek olası pratik çözümlerle yerinde derhal düzeltilir. Ancak, uygunsuzluğun hemen düzeltilmesi mümkün olsa bile **“Düzeltilici/Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü”**nde belirtilen hususlar ile **“İç Tetkik Prosedürü”** nde belirtilen hususlar yerine getirilir.
- 624.** Kaydedilerek kontrol altına alınan uygunsuzluklar **“Düzeltilici/Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü”**, **“Olay Bildirim Prosedürü”**, **“Hasta Hakları İşleyiş Prosedürü”** doğrultusunda düzeltilir ve bir daha tekrarlanmaması sağlanır. Tüm çalışanlarımızın, uygunsuzlukları tespit ederek Nucleus sisteminden Düzeltilici/ Önleyici Faaliyet isteğinde bulunarak bu uygunsuzlukları düzeltmek için istek ve hevesli olmaları hastanemizin kalite iyileştirme sürecine yapacakları en önemli katkı olacaktır.
- 625.** Çalışanların Görev, Yetki ve Sorumluluklarında kurumun belirlemiş olduğu kalite politikalarına uygun davranacağı belirtilmiştir. Bu kapsamda tespit edilen uygunsuzluk kişisel hatalardan kaynaklanıyorsa, uygunsuzluğun üst üste iki defa tekrarı durumunda, personel uyarılır ve ilgili uygunsuzluğu gidermesini sağlayacak eğitim verilir. Eğitim sonrası değerlendirmede bir gelişme kaydedilememişse, ilgili müdürlüğün talimatına istinaden, **“Disiplin Prosedürü”** ne göre hareket edilir.
- 626.** Tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesi için ilgili komitelerde görüşülerek iyileştirme çalışmaları başlatılır. Tespit edilen uygunsuzluğa göre Kök Neden Analizi, PUCO yapılır. Hataların olmaması için uygunsuzlukların giderilmesine yönelik aksiyonlar alınır ve izlenir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 71.** Düzeltilici /Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü
72. İç Tetkik Prosedürü
73. Olay Bildirim Prosedürü
74. Hasta Hakları İşleyiş Prosedürü
75. Disiplin Prosedürü