



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_05	02.01.2023	-	-	6

REVİZYON DURUMU

“Revizyon Tarihi”

“Açıklama”

“Revizyon No”

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



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_05	02.01.2023	-	-	6

- AMAÇ:** Bu prosedürün amacı hastane TEMOS Akreditasyon Standartları ve Uluslararası Hasta Güvenliği hedeflerine göre oluşturulmuş kalite yönetim sistemi dokümanlarına uyulup uyulmadığını, etkin olarak uygulanıp uygulanmadığını ve sürdürülüp sürdürülmediğini değerlendirmek için iç tetkik çalışmalarının yapılmasına ilişkin yetki, sorumluluk ve yöntemleri tanımlamaktır.
Öz değerlendirme (İç Tetkik) Faaliyetlerinin Amacı:
 - Hastanenin yazılı prosedürlere uygun çalışıp çalışmadığının doğrulanması,
 - Var olan dokümantasyonun yeterliliğinin değerlendirilmesi,
 - Uygun olmayan durumlar için düzeltici faaliyet isteğinde bulunulması,
 - Çalışanların iyileştirme ve geliştirme çalışmalarına katılımının sağlanması,
 - Kalite sisteminin etkinliğinin, TEMOS Akreditasyon Standartları ve Uluslararası Hasta Güvenliği Hedeflerine göre sürekli iyileştirilmesi
 - Tüm süreçlerle ilgili uygulama sonuçları hakkında üst yönetime bilgi sağlaması olarak belirlenmiştir.
- KAPSAM:** Prosedür hastane iç tetkik sürecine ilişkin faaliyetleri kapsar.
- KISALTMALAR:-**
- TANIMLAR:**
- 41. Kalite Yönetim Temsilcisi:** Hastanenin kalite yönetiminden sorumlu kişidir. Kalite Yönetim sistemi için gerekli süreçlerin oluşturulmasını, uygulanmasını ve sürdürülmesini güvence altına almak, kalite yönetim sisteminin performansı ve herhangi bir iyileştirilme ihtiyacı hakkında üst yönetime rapor vermek, bütün kuruluştaki müşteri şartlarının farkındalığının yaygınlaştırılmasını güvence altına almak için üst yönetim tarafından yetki ve sorumluluk verilen kişidir. Aynı zamanda hastanede belirli periyotta yapılan İç Tetkik Denetim Sorumlusu'dur.
- 42. İç Tetkik:** Kalite ile ilgili faaliyetlerin ve sonuçlarının planlanmış olan düzenlemelere uygun olup olmadığına, bu düzenlemelerin etkinliğine ve hedeflere uygunluğuna dair tarafsız ve nesnel kanıtların ortaya çıkarılması, varsa uygunsuzlukların iyileştirilmesinin ve tekrarının önlenmesinin sağlanmasıdır.
- 43. Kalite Sistem Tetkikçisi:** Tetkiki planlandığı şekilde gerçekleştiren bu amaçla yetkilendirilmiş çalışanlardır.
- 44. Düzeltici Faaliyet:** Değerlendirme süresince saptanan uygunsuzlukların düzeltilmesi için kalite değerlendiricilerin talep ettiği, birim sorumlusu tarafından düzeltici faaliyet planı ve uygulama tarihi verilmek sureti ile kararlaştırılan ve gerçekleştirilen faaliyettir.
- 45. Önleyici Faaliyet:** Değerlendirme süresince saptanan olası uygunsuzlukların düzeltilmesi için kalite değerlendiricilerinin talep ettiği, birim sorumlusu tarafından düzeltici faaliyet planı ve uygulama tarihi verilmek sureti ile kararlaştırılan ve gerçekleştirilen faaliyettir.
- 46. DÖFİ:** Düzeltici Önleyici Faaliyet İsteği.
- SORUMLULAR:** Kalite Konseyi, komiteler, yöneticiler ve tüm birimlerin sorumluluğundadır.



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_05	02.01.2023	-	-	6

6. FAALİYET AKIŞI

6.1 Kalite Tetkikçi Seçimi

6.1.1 Kalite Değerlendiricileri, Kalite Yöneticisi tarafından ilgili bölüm yöneticileri ile mutabık kalınarak belirlenmiş personeldir. Değerlendiricilerin, TEMOS Akreditasyon Standartları, T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Hizmet Kalite Standartları ve İç Tetkik Eğitimi görmüş olmaları esastır. Değerlendiriciler eğitim sonrası yapılan sınavdaki başarılarına göre seçilirler ve sertifikalandırılırlar.

6.1.2 Değerlendiricilerin, değerlendirmeye gidecekleri bölümler belirlenirken, bağımsız bölümlerden olmaları esastır. Kendi bölümlerini değerlendiremezler.

6.2 Kullanılan Dokümanlar

Değerlendirmelerde; kalite sistem dokümantasyonunu oluşturan standartlar (TEMOS Akreditasyon Standartları, Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları), yazılı plan, prosedür, talimat, yardımcı doküman, formlar, dış kaynaklı dokümanlar, hekim yetkilendirme formları, hastane bilgi yönetim sisteminden takip edilen veriler, el kitabı, görev-yetki-sorumluluklar, organizasyon şemaları, yönetmelikler ve yasal gereklilikler dikkate alınır. Kullanılan soru listeleri bu dokümantasyon ile uyumlu olarak hazırlanır.

6.3 İç Tetkik Aşamaları

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

6.3.1 Planlama

- İç tetkik takvimi, periyodu yılda 1 kez olacak şekilde belirlenir.
- Kalite Yöneticisi tarafından hangi bölümlerin kimler tarafından değerlendirme yapılacağını gösteren “İç Tetkik Planı Formu” hazırlanarak mail yoluyla üst yönetimin onayına sunulur.
- Onaylar alındıktan sonra Kalite Yöneticisi tarafından bu plan tüm hastaneye mail yoluyla duyurulur.
- Denetim Planı yapılırken “İç Tetkik Planı Formu”nda “Değerlendirme Tarihi” alanı boş bırakılarak duyurulur, duyuru sonrasında değerlendiriciler/tetkikçiler bölümle mutabık kalarak belirledikleri tarihi Kalite Yöneticisi’ne mail yoluyla bildirdiğinde kayıt edilir.
- İç tetkik planının duyurulmasından sonra sorumlu tetkikçi veya yetkilendireceği kişi plana göre, ekibindeki diğer tetkikçilerle ve denetleyeceği bölüm sorumlusu ile iletişime geçerek denetim haftasında o bölüme gideceği günü ve saati önceden belirler ve belirlediği tarihi mail yoluyla Kalite Yöneticisi’ne bildirir.
- Sorumlu tetkikçi denetimden önce tetkik ekibini bir araya getirerek bir planlama yapar, soru listesine eklenecek soruları, bölümün doküman incelemesi yapılacaksa dokümanların



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_05	02.01.2023	-	-	6

paylaşılması gibi konuları görüşerek verimli bir denetim olması için süreci organize eder.

g) Tetkikçiler, planlama yaparken, tetkik yapılacak bölümlerin durumu, önemi ve önceki tetkik sonuçlarını göz önüne alınırlar.

h) Bunun dışında, değerlendirmelerde iyi performans göstermeyen süreçler, kalite yöneticisinin değerlendirmesi ile aynı dönem içerisinde plan dışı değerlendirmeye tabi tutulabilir.

632. Hazırlık

a) Her bölüm için tüm personeli ilgilendiren standart sorular ve bölüme özgü sağlık bakanlığı sağlıkta kalite standartları ile bölüme özgü yasal mevzuatları içeren “**İç Tetkik Soru Listesi**” hazırlanmıştır. Soru Listeleri tüm Sağlıkta Kalite Standartları bölümlerini kapsamaktadır. İç Tetkikçi tarafından standart soru listelerine eklemeler yapılabilir.

b) İç Tetkik Soru Listeleri, iç tetkik tarihinden en geç 1 hafta önce değerlendirici ekibe ve değerlendirilecek bölümlere mail yoluyla iletir.

c) İç tetkik ekipleri, planda gözüken tetkik edeceği bölümün tüm dokümanlarını (prosedür, talimat) okur ve bölümün işleyişi hakkında bilgi edinir.

d) Tetkikçiler “**İç Tetkik Soru Listeleri**”nde mevcut olan sorular dışında da sorular sorabilir ve gözlem yoluyla edindiği bulguları İç tetkik Soru Listelerine kaydeder.

633. İç Tetkik Gerçekleştirilmesi

6.3.3.1. Açılış Toplantısı

a) Tetkik; önceden mutabık kalınan tarih ve saatte tetkik ekibinin ilgili bölüme gitmesi ve değerlendirilen birimin sorumlusu ve değerlendirmeye eşlik eden diğer personelin de katılacağı bir ön görüşme /açılış toplantısı ile başlar. Bu görüşmede değerlendirmenin kapsamı, nasıl yürütüleceği, hangi alanların gezileceği ve belli ise kimlerle görüşüleceği Değerlendirme Sorumlusu tarafından açıklanır ve planın her iki taraf için uygunluğu sağlanır. Açılış konuşmasını Değerlendirme Ekibi yönlendirir ve 10-15 dakika ile sınırlıdır.

6.3.3.2. Tetkik

a) Tetkik sırasında bölüme özgü hazırlanan “**İç Tetkik Soru Listesi Formu**” kullanılır. Soru listesinde “Uygun Değil” veya “Kısmen” olarak işaretlenen her soru için Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) isteğinde bulunulur. Soru listesinde bulunmayan ancak denetim sırasında gözlemlenen uygunsuzluklar soru listesindeki boş alanlara ayrıca yazılır ve DÖF açılır.

b) Sorulara yeterli cevap alınamayan konular, doğrulanamayan ve varlığı somut olarak kanıtlanamayan durumlar uygunsuzluk olarak değerlendirilmez ve “İç Tetkik) Raporu” nda görüş olarak belirtilir.

c) Tetkikçi, tetkik sırasında sorduğu soru ve araştırdığı dokümanların ilgili standart, akreditasyon gereklilikleri, ilgili plan, prosedür, talimat, görev tanımları, kalite el kitabı, müşteri isteği, yasa, tüzük, yönetmelik vb. referanslarla bağlantısını kurmalıdır. Sorular iş yapana ve / veya sorumlu çalışana yöneltilerek;

- Personelin iş tariflerini, görev, yetki ve sorumluluklarını tam bilip bilmediği,
- Prosedür ve talimatların uygun olarak uygulanıp uygulanmadığı ve etkinliği,
- İlgili standart, prosedür ve talimatların son revizyonlarının kullanılıp kullanılmadığı ve kolay erişilir olup olmadığı,
- Kayıtların tam ve doğru tutulup tutulmadığı ve etkinliği araştırılır.



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_05	02.01.2023	-	-	6

6.3.3.3. Kapanış Toplantısı

- a) Değerlendirme sonunda kapanış toplantısı yapılır. Toplantıyı Sorumlu Değerlendirici yönetir. Bu toplantıda, sonuçlar ve saptanan uygunsuzluklar ile ilgili olarak ilgili birim sorumlusuna bilgi verilir ve uygunsuzluklar üzerinde mutabık kalınır.
- b) Değerlendirici, uygulamanın etkinliğini değerlendirmeli; saptadığı uygunsuzlukları mutlaka objektif verilerle kanıtlamalı, ihtimale dayalı ve subjektif yargılarla, gözlem niteliğinde uygunsuzluklar yaratmamalıdır.
- c) Denetim sonrasında tetkikçiler, Sorumlu Değerlendiricinin belirlediği alanda bir araya gelerek denetim uygunsuzluklarını Nucleus sistemi üzerinden DÖF Takip Sistemine kaydedilir. Saptanan her uygunsuzluk için ayrı DÖF açılır. Uygunsuzlukların yazımı tamamlandıktan sonra, **“İç Tetkik Raporu Formu”** doldurulur.

634. Raporlama

- 6.3.4.1. Uygunsuzlukların yazımı tamamlandıktan sonra, gerçekleştirilen her denetim için **“İç Tetkik Raporu”** formu doldurulur. Değerlendirilen bölüm/süreç ile ilgili tespit edilen uygunsuzluk/eksiklikler raporda belirtilir.
- 6.3.4.2. **“İç Tetkik Raporu”** formu doldurulurken, denetime katılan tüm kişilerin isim ve soy isimleri “Değerlendirmeye Katılanlar” bölümüne ayrıntılı olarak yazılır.
- 6.3.4.3. “Tetkikte Kullanılan Dokümanlar” bölümüne, ilgili prosedür, talimat, yardımcı doküman, yasal mevzuat vb. dokümanlar yazılır.
- 6.3.4.4. “Sonuç ve Değerlendirme” bölümüne denetim boyunca yapılan gözlemler, bölümün değerlendirmedeki aktifliği, tutumları vb. notlar yazılmalıdır.
- 6.3.4.5. Son olarak toplam uygunsuzluk sayısı DÖFİ bölümüne yazılmalıdır ve Yeniden değerlendirme gerekli olup olmadığı işaretlenerek gerekli ise yeni bir değerlendirme tarihi belirlenerek ilgili alana yazılmalıdır.
- 6.3.4.6. Hazırlayan bölümünü sorumlu değerlendirici veya yetkilendirdiği kişi imzalamalıdır. Sonraki imzalar ilgili bölüm sorumlusu ve İç Tetkik Sorumlusu tarafından atılmalıdır.

635. Takip

- 6.3.5.1. Tetkik sonrasında **“İç Tetkik Raporu”** formu bir kopyası ilgili bölüm sorumlusuna verilir aslı ise Kalite Bölümü’ne iletilir. DÖFİ’lerin bölüme iletilmesi, kaydı ve kapatılması süreci **“Düzeltilici/ Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü”**ne göre takip edilir.
- 6.3.5.2. DÖFİ Aksiyon planı uygunsuzluğun etkin olarak giderilmesini sağlayacak ve tekrarını önleyecek şekilde belirlenmeli, uygunsuzlukların kapsamına uygun ve ortaya çıkan etkiyle orantılı olmalıdır. Tamamlanma süreleri ise gerçekçi süreleri içermelidir. DÖFİ ve gözlem olarak belirtilen uygunsuzluk ve eksiklikler tamamlanma süreleri içinde giderilmelidir.
- 6.3.5.3. Nucleus sisteminden açılan DÖF’lerin aksiyon planı ve termin tarihleri 3 gün içerisinde belirlenerek DÖFİ açılan kişiye geri gönderilir. Aksiyon planı termin süresi incelenir, aksiyon alındıktan uygunsuzluk/eksiklik giderildikten sonra DÖFİ açan kişi tarafından kapatılır.

6.4. Düzeltilici/ Önleyici Faaliyetlerin Doğrulanması ve İzlenmesi

- 6.4.1. Kalite Yöneticisi (İç tetkik Sorumlusu), saptanan uygunsuzlukları ve buna karşı planlanan önlemleri Nucleus sistemi üzerinden takip eder.
- 6.4.2. Değerlendirilen birim sorumlusu saptanan uygunsuzluklar için düzeltilici ve önleyici



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Doküman No:	İlk Yayın Tarihi:	Revizyon Tarihi:	Revizyon No:	Toplam Sayfa Sayısı:
KYB_P_05	02.01.2023	-	-	6

faaliyetlerin ve uygulama tarihlerinin belirlenmesinden ve uygulanmasından sorumludur. Tespit edilen uygunsuzluklar önem derecesine göre hemen veya en geç 2 hafta içerisinde kapatılır. Planlanan önlem tarihinde kapatılamayan uygunsuzluklar için değerlendiriciler yeni bir tarih belirleyebilirler yeni belirlenen tarih sisteme kayıt edilir.

6.4.3. Nucleus sistemi üzerindeki DÖFİ İzleme Tablosu aracılığı ile hangi hataların giderildiği, hangilerinin giderilmediği ve yeni termin tarihleri topluca izlenir.

6.4.4. Kalite değerlendiricileri DÖF'lerin aslını doğrulama işleminden sonra onay için Kalite Yöneticisine sunarlar.

6.4.5. Bölümü değerlendiren "İç Tetkik Sorumlusu" uygunsuzluğun tekrarlanmaması için alınan önlemleri gerekirse önceden bildirmeksizin tekrar denetleyebilir.

6.5. Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından "İç Tetkik Raporu"nun hazırlanması

6.5.1. İç Tetkik Raporu aşağıdaki bilgileri içerecek şekilde hazırlanır:

- Uygunsuzlukların tespit edildiği bölüme göre dağılımı
- Uygunsuzlukların sorumlu bölüme göre dağılımı

6.6. İç tetkik Raporunun Yönetime Sunumu

6.6.1. Kalite Yöneticisi raporu tüm hastaneye mail ortamında duyurur. Aynı zamanda rapor Yönetim Kurulu'na duyurulur.

6.6.2. İç Tetkik sonucunda elde edilen bulgular hastane içinde; sistemin mevcut durumu hakkında genel görüşler ve tüm birimler bazında tespit edilen uygunsuzluklar, Kalite Konseyi Toplantılarına gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatılması için raporlanarak sunulur.

6.6.3. Karşılanamayan standartların iyileştirilmesi için açılan DÖF'lerin takibi yapılır.

6.6.4. Denetimlerde tespit edilen uygunsuzlukların, acil olarak üst yönetim desteği ile giderilmesi gerekiyor ise gözden geçirme toplantıları haricinde, yazılı olarak üst yönetime bildirilir.

6.7. Kayıtların Saklanması:

6.7.1. İç Tetkik ile ilgili her türlü kayıt (tetkik duyurusu, İç Tetkik Soru Listesi, denetim planı gibi) **İÇ TETKİK** isimli klasörde saklanır.

6.7.2. Bu prosedürde bahsedilen tüm form ve raporların asılları Kalite Bölümü tarafından ilgili dosyada 2 yıl süre ile muhafaza edilir. Saklama süresi biten kayıtlar, yırtılarak imha edilir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 71.** İç Tetkik Planı Formu
- 72.** İç Tetkik Soru Listesi
- 73.** İç Tetkik Raporu Formu
- 74.** Düzeltici/ Önleyici Faaliyetler İşleyiş Prosedürü