**ERCİYES ÜNİVERSİTESİ DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ DIŞ DEĞERLENDİRME RAPORU**

**DEĞERLENDİRME TARİHLERİ**

**-SAĞLIK BAKANLIĞI: 17.12.2014**

Sağlık Hizmetleri Kalite Sistemi fakültemizi aşağıdaki kriterlere göre değerlendirmiş ve Kurumumuza 100 üzerinden **66** puan verilmiştir.

***Sağlık Bakanlığı değerlendirme kriterlerine göre uygulama yapılıyor olsa bile ilgili birim veya komite kurulmamışa, o uygulamanın kurumda tamamen eksik olduğunu kabul edilmektedir.***

**DEĞERLENDİRME SONUÇLARI KURUMDA TESPİT EDİLEN EKSİKLİKLER**

**DEĞERLENDİRME STANDARTLARI**

**GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ**

* Çalışanların radyasyondan korunmasına yönelik tedbirler alınmalıdır.
* Radyasyon dozları dönemsel ve yıllık olarak yasal sınırlarla kıyaslanmalıdır.
* Çalışanların muayene ve tetkikleri yapılmalı,
* Altı ayda bir kez hemogram,
* Altı ayda bir kez periferik yayma,
* Yılda bir kez dermatolojik muayene yapılmalıdır.
* Radyasyon koruyucularının kontrolüne yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Radyasyon koruyucularının etkinliği, en az 6 ayda bir ve hasar gördüğüne dair şüphe varlığında röntgen filmi veya skopi ile kontrol edilmelidir
* Kontrol sonuçları radyoloji uzmanı tarafından onaylanmalıdır.
* Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,
* Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.

**POLİKLİNİK HİZMETLERİ**

* Acil müdahale seti bulunmalıdır.
* İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.
* Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.
* Bebek bakım ve emzirme odası bulunmalıdır.
* Bebek bakım ve emzirme odalarında;
* Emzirmeyi özendirici, doğru emzirmeyi anlatan afiş ve broşürler olmalı,
* Kenarları sivri olmayan malzeme bulunmalı,
* Oyuncak bulundurulmamalı,
* Lavabo, sabun, kâğıt havlu, duvara monte el antiseptiği bulunmalı,
* İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.
* Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,
* Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
* Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Kişisel temizlik alanlarında kapıları dışarı doğru açılmalıdır.

**PROTEZ LABORATUVAR HİZMETLERİ**

* Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.
* Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,
* Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.

**STERİLİZASYON HİZMETLERİ**

* Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Kişisel temizlik alanlarında kapıları dışarı doğru açılmalıdır.
* Kullanımdaki dezenfektan solüsyonlarının kontrolü yapılmalıdır.
* Dezenfektan solüsyonunun Minimal Efektif Konsantrasyonunun (MEK) kontrolü yapılmalı,
* MEK’in belirlenmesi amacıyla pH ölçerler kullanılmamalıdır.
* Dezenfektan solüsyonların üzerine ekleme yapılmamalıdır.

**TESİS YÖNETİMİ**

* Bina turları yapılmalıdır.
* Bina turlarında ADSMde fiziksel durum ve işleyiş ile ilgili aksaklıklar tespit edilmelidir.
* Bina turları bir başhekim yardımcısı, bir müdür yardımcısı, başhemşire, kalite yönetim direktörü ve teknik işler sorumlusunun yer aldığı bir ekip tarafından yapılmalıdır.
* En az 3 ayda bir yapılmalıdır.
* Tespit edilen aksaklıklara yönelik düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.
* Hasta ve çalışanların can ve mal güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Güvenlik kamerası kayıtları en az 2 ay süreyle saklanmalıdır.
* Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Asansör kullanım uygunluk belgesi bulunmalıdır.
* Asansörlerde engellilere yönelik düzenleme yapılmalıdır.

**YÖNETİM HİZMETLERİ**

* Kalite Yönetim Birimi bulunmalıdır.
* Kalite yönetim birimi;
* Bölüm hedeflerine yönelik, bölüm tarafından yapılan analiz sonuçlarını değerlendirmeli,
* Öz değerlendirmeleri yönetmeli,
* Hasta ve çalışan anket sonuçlarını değerlendirmeli,
* SHKS çerçevesinde hazırlanan dokümanları kontrol etmeli,
* Hizmet sunumuna yönelik istatistiki bilgileri değerlendirmeli,
* SKS’nin uygulanmasına yönelik bölüm kalite sorumluları belirlenmelidir
* Bölüm hedeflerine ilişkin analizler sorumlular tarafından yapılmalı ve kalite yönetim birimine bildirilmelidir.
* SKS kapsamında hedefler belirlenmelidir.
* Hedefler üst yönetim, bölüm yöneticilerinin ve bölüm kalite sorumlularının katılımıyla belirlenmelidir.
* Hedeflere ilişkin dönemsel değerlendirmeler yapılmalıdır.
* Sağlıkta Kalite Sistemine ilişkin öz değerlendirme yapılmalıdır.
* Öz değerlendirme kalite yönetim biriminin yönetiminde yapılmalıdır.
* Öz değerlendirme tüm SKS bölümlerini kapsamalı,
* Öz değerlendirme planı hazırlanmalı,
* Öz değerlendirme takvimi hazırlanma
* Öz değerlendirme ile ilgili ekip/ekipler belirlenmeli,
* Öz değerlendirme takvimi hakkında bölümler önceden bilgilendirilmelidir
* Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar kalite yönetim birimi tarafından üst yönetime rapor edilmelidir.
* ADSM yönetimi, hizmet sunumuna yönelik tüm bölüm sorumluları ile değerlendirme toplantıları yapmalıdır.
* Bölüm bazında belirlenen hedefler ve öz değerlendirme sonuçları değerlendirilmelidir.
* Değerlendirme toplantıları her dönem için en az bir kez yapılmalıdır.
* SHKS kapsamında yer alan dokümanlara yönelik düzenleme bulunmalıdır.
* Dokümanlar, ilgili bölüm tarafından hazırlanmalıdır. Dokümanlar güncel olmalıdır.
* Bir önceki versiyon uygulamadan kaldırılmalıdır.
* Komite toplantılarının yönetimine ilişkin düzenlemeler yapılmalıdır.
* Katılımcılar toplantı öncesi bilgilendirilmelidir. Bu bilgilendirme;
* Toplantı yöneticisi ve katılımcılarını,
* Toplantı gündemi ve süresini,
* Toplantı yeri ve zamanını kapsamalıdır.
* Toplantıya dair kayıtlar tutulmalıdır.
* Hasta Güvenliği Komitesi bulunmalıdır.
* Komitenin görev alanı asgari;
* Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması,
* Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması,
* Radyasyon güvenliğinin sağlanması,
* Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,
* Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması konularını kapsamalıdır.
* Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.
* Çalışan güvenliği komitesi bulunmalıdır.
	+ - Komitenin görev tanımı asgari;
		- Çalışan personelin zarar görme risklerinin azaltılması,
		- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması,
		- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması.
		- Kesici delici alet yaralanma risklerinin azaltılması,
		- Sağlık taramalarının yapılması konularını kapsamalıdır.
		- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması,
		- Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.
		- Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.
		- Çalışanlara konu ile ilgili eğitim düzenlemelidir.
* Eğitim Komitesi bulunmalıdır. Komite;
	+ - Hizmet kalite standartları eğitimi,
		- Hizmet içi eğitimler,
		- Uyum eğitimleri,
		- Hastalara yönelik eğitimleri planlamalıdır.
		- Komite, düzenli aralıklarla toplanmalıdır.
* Tesis güvenliği komitesi bulunmalıdır. Komite;
	+ - Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi,
		- ADSM/ADSH alt yapı güvenliğinin sağlanması,
		- Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması,
		- Acil durum ve afet yönetimi çalışmaları,
		- Atık yönetimi çalışmaları,
		- Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planlarının ve kalibrasyonlarının yapılması
		- Tehlikeli maddelerin yönetimi konularını kapsamalıdır.
		- Düzenli aralıklarla toplanmalıdır.
		- Gerektiğinde düzeltici-önleyici faaliyetleri başlatmalıdır.
* Güvenlik raporlama sistemine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Güvenlik raporlama sistemi kurulmalıdır,
	+ - Olay bildirimleri kalite yönetim birimine yapılmalı,
		- Kalite yönetim birimi olay bildirimlerini değerlendirerek ilgili komitelere iletmeli,
		- Komiteler olay bildirimi ile ilgili kök neden analizi yapmalı,
		- Düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalı,
		- Olay bildirimine ilişkin analiz sonuçları ve yapılan faaliyetler kalite yönetim birimine gönderilmelidir.
		- Bildirimi yapılacak olaylar asgari; İlaç güvenliği, Cerrahi güvenlik,
		- Bildirimi yapılan olaylar ile ilgili gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
		- Güvenlik raporlama sistemine yönelik eğitimler verilmelidir.
		- Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.
* Çalışanların sağlık taramaları yapılmalıdır.
* Sağlık tarama programı hazırlanmalı
	+ - Program, bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.
		- Sağlık tarama sonuçları ilgili uzmanlar tarafından değerlendirilmelidir.
		- Çalışanlar sonuçları hakkında bilgilendirilmeli,
		- Sağlık taraması sonuçlarına ilişkin bilgi güvenliği sağlanmalıdır.
* Mavi kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Mavi kod yönetimi ile ilgili;
	+ - Uyarı sistemi oluşturulmalı,
		- Sorumlular belirlenmelidir. Sorumlular;
		- Tıbbi, idari ve hemşirelik hizmetlerinden birer temsilci bulunmalı,
		- Mavi kod ile ilgili tatbikat ve eğitimlerin organizasyonunu yapmalı,
		- Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyet başlatmalıdır.
		- Uygulamalarda kullanılmak üzere acil müdahale seti bulunmalı,
		- Acil müdahale setinin miat ve kritik stok seviyeleri takip edilmelidir.
* Mavi kod uygulamalarını yapmak üzere;
	+ - Ekipte; en az bir hekim, bir sağlık çalışanı bulunmalı,
		- Hekim ve sağlık çalışanı CPR eğitimi almış olmalıdır.
		- Mavi kod ekibi en geç üç dakika içerisinde olay yerine ulaşmalıdır.
		- Yapılan müdahale ile ilgili kayıtlar tutulmalı,
		- Müdahale edilen kişiye ait bilgiler, Yapılan uygulama, Müdahalenin yeri, Çağrının yapıldığı zaman, Ekibin olay yerine ulaşma zamanı, Müdahalenin sonucu, Müdahale ekibinde yer alanların bilgilerini kapsamalı, Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.
* Mavi kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalı,
	+ - Tatbikatta ne kadar süre içinde olay yerine ulaşıldığına dair kayıt tutulmalıdır.
* Çalışanlara mavi kod ile ilgili eğitim verilmelidir.
* Beyaz kod yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Yapılan beyaz kod müdahalesi ile ilgili kayıtlar tutulmalı,
	+ - Olayın olduğu tarih ve saat, Olayın olduğu yer, Olay anında yapılan iş, Olayın başlama nedeni, Olayın oluş şekli, Olayda varsa kullanılan nesne, Olayda çevrede oluşan olumsuzluklar, Olaya karışanların yaş, cinsiyetleri, varsa kişisel bilgileri, Olayı görenlerin kişisel ve iletişim bilgilerini kapsamalı, Kayıtlar kalite yönetim birimine gönderilmelidir.
* Beyaz kod uygulamasına yönelik olarak her dönem tatbikat yapılmalıdır.
* Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılmalıdır.
* Olaya maruz kalan çalışanlara gerekli destek sağlanmalıdır.
* Çalışanlara beyaz kod ile ilgili eğitim verilmelidir.
* Sağlık hizmeti sunum alanlarında acil müdahale seti bulunmalıdır.
* İlaç ve malzemelerin minimum ve maksimum stok seviyeleri belirlenmelidir.
* Minimum ve maksimum stok seviyeleri takip edilmelidir.
* İlaç ve malzemelerin miat takibi yapılmalıdır.
* Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,
* Plan dahilinde cihazların bakım, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.
* Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.
* Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.

**ZORUNLU STANDARTLAR**

* Tedavi oranları takip edilmelidir.
* İndikatör kartı hazırlanmalıdır.
* Fissur sealant uygulama oranı takip edilmelidir.
* İndikatör kartı hazırlanmalıdır.