



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
GR.PR.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 1 / 4

**1. AMAÇ:** Bu prosedürün amacı, hastanede meydana gelen veya gelme ihtimali olan uygunsuzlukların nedenlerin giderilmesi, tekrarının önlenmesi ve sürekli iyileştirmenin etkinliğinin sağlanması için yetki, sorumluluk ve yöntemleri tanımlamaktır.

**2. KAPSAM:** Kalite Yönetim Birimi ve tüm çalışanları kapsar.

### 3. KISALTMALAR

**3.1 DÖF:** Düzeltici Önleyici Faaliyet

### 4. TANIMLAR

**4.1 Düzeltici Faaliyet:** Saptanan uygunsuzlukların sebeplerini ortadan kaldırmak için yürütülen planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

**4.2 Önleyici Faaliyet:** Bir sapma veya uygunsuzluk meydana gelmeden, olası sapma ve uygunsuzlukların tespit edilmesi, meydana gelmelerini engellemek için yapılan planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

**4.3 İyileştirici Faaliyet:** Hastane işleyiş ve kalite standartlarını etkileyen herhangi bir durumun iyileştirilmesi amacıyla yapılan planlı ve sistematik faaliyetlerdir.

**4.4 Uygunsuzluk:** Belirtilen şartların yerine getirilmemesidir.

**4.5 Sapma:** Belirlenen özelliklerden uzaklaşma derecesidir.

**4.6 Risk:** Bir uygunsuzluğun veya sapmanın meydana gelme olasılığıdır.

**5. SORUMLULAR:** Kalite Yönetim Birimi ve tüm çalışanlar.

### 6. FAALİYET AKIŞI

Düzeltici ve önleyici faaliyetlerde,(DÖF) mevcut ve potansiyel uygunsuzlukların temeldeki nedenlerini ortadan kaldırmak için düşünülen çözüm önerilerinin karşılaşılan problemin büyüklüğüne ve taşıdığı riske uygun boyutta olması esas alınır. Düzeltici ve önleyici faaliyetler sonucunda alınması öngörülen tedbirler uygulanırken, bunların dokümantasyona etkileri dikkate alınır ve dokümantasyon güncellenir.

#### 6.1 Düzeltici Önleyici Faaliyetin (DÖF) Tespiti

Hastanemizde sunulan hizmetin iç denetim, hasta şikâyetleri, hasta anketleri, Web sayfası bildirim, gözleme dayalı sözel bildirim, hedeflerdeki sapmalar, kalite yönetim sistemi uygulamaları, istatistiksel uygulamalar, yönetimin gözden geçirme ve kalite yönetim birimi ekibi toplantıları, komite toplantıları, olağan yönetim toplantıları gibi faaliyetler sonucunda tespit edilen uygunsuzluklar veya kusurlar düzeltici, önleyici faaliyetler ve iyileştirme fırsatları olarak kabul edilir.

#### 6.2 DÖF'ün Açılması

**6.2.1** Tüm personel Hastanemizin sunduğu hizmette veya kalite standartlarına uygunsuzluk



DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
GR.PR.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 2 / 4

ve kusur tespiti nedeni ile **Düzeltilici ve Önleyici Faaliyet Formu** düzenleyerek kalite yönetim birimine iletir.

**6.2.2** DÖF'ü talep edenin Adı Soyadı, Görevi ve Uygunluğuna/ riski / iyileştirmeyi tespit ettiği tarih, saat, bölümü / birimi belirtmeli ve DÖF formunda imzası bulunmalıdır.

**6.2.3** Uygunluksuzluk / Risk ve iyileştirme olarak tanımlanabilecek tespitler ve bu tespitlerin ortaya çıkmasına neden olan unsurlar DÖF formunda tanımlanır. Hangi faaliyet kapsamında olduğu belirtilir.

### 6.3 DÖF'ün Uygulanması

**6.3.1** Faaliyetin başlatılması ve faaliyeti yapacak Bölüm ya da Birime ilişkin karar kalite yönetim direktörü tarafından alınır.

**6.3.2** kalite yönetim direktörü tarafından başlatılmasına karar verilerek onaylanan **DÖF formu, DÖF Takip Listesi**'ne kaydedilir.

**6.3.3** Faaliyeti yapacak Bölüm ya da Birimin amiri Uygunluğuna/ riskin / iyileştirmenin nedenlerini, faaliyet planlanmadıysa gerekçesini, faaliyet planını, sorumlularını ve planlanan bitiş tarihini belirler. DÖF formunu en **geç beş iş günü** içinde Kalite Yönetim Birimi Temsilcisine iletilmesini sağlar.

**6.3.4** Teknik, mali, iş gücü vb. nedenlerden dolayı faaliyet planlaması yapılamıyorsa formda belirtilmelidir.

**6.3.5** kalite direktörü faaliyet planlanmadıysa gerekçesini, Uygunluğuna /riskin / iyileştirmenin nedenlerini, faaliyet planı aşamalarını ve bitiş tarihini kontrol ederek uygun gördüğü takdirde onaylar. Kalite yönetim direktörü planlanan bitiş tarihini gerekirse yeniden belirleyerek onaylayabilir.

**6.3.6** Kalite direktörü DÖF Nedenlerini/Planlanan faaliyeti/Gerekçeyi uygun görmeyebilir. Bu durumda kalite yönetim direktörü tarafından onaylanan DÖF formunun kopyası tekrar faaliyeti yapacak Bölüm ya da Birim amirine iletilir.

**6.3.7** Kalite yönetim direktörü DÖF'ü takip etmek için görevlendirdiği çalışanı formda belirterek onaylar.

**6.3.8** Onaylanan DÖF formunun bir kopyası(fotokopisi) faaliyeti yapacak Bölüm ya da Birime verilir.

**6.3.9** Uygunluğuna / riskin / iyileştirmenin sebebinin araştırılması ve faaliyetin gerçekleştirilmesi faaliyeti yapacak Bölüm ya da Birimin amiri ve çalışanlarının sorumluluğundadır.

### 6.4 Döf'ün Doğrulanması (Takibi)

**6.4.1** DÖF'ün takibi kalite yönetim direktörünün görevlendirdiği kalite yönetim birimi temsilcisi tarafından yapılır.

**6.4.2** DÖF doğrulama amacı ile takip edilir ve etkinliği değerlendirilir.

**6.4.3** Faaliyeti yapacak Bölüm ya da Birim sorumluları kendi bölümlerinde veya gerekiyorsa



## DÜZELTİCİ ve ÖNLEYİCİ FAALİYETLER PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
GR.PR.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 3 / 4

diğer bölümlerin de katılımı ile düzeltici ve önleyici faaliyeti yapar.

**6.4.4** Planlanan bitiş tarihi süresi içinde yapılan faaliyetler DÖF'ü takip eden tarafından değerlendirilir. Yapılan faaliyet yeterli ise bu durum formda belirtilerek tarihi yazılır ve onaylanarak faaliyetin kapatılması için kalite yönetim Birimine ulaştırılması sağlanır.

**6.4.5** Planlanan bitiş tarihi süresi içinde yapılan faaliyetler yetersiz ve tamamlanmamış ise Kalite yönetim direktörü onayı ile ek süre verilir bu süre DÖF formunda uzatma tarihi alanında belirtilir.

**6.4.6** Belirtilen ek süre tarihi sonunda yapılan faaliyet yeterli ise bu durum formda belirtilerek tarihi yazılır ve onaylanarak faaliyetin kapatılması için kalite yönetim birimine ulaştırılması sağlanır.

**6.4.7** Belirtilen ek süre tarihi sonunda yapılan faaliyetler yetersiz ve tamamlanmamış ise bu durum belirtilerek DÖF formunun kalite yönetim Birimine ulaştırılması sağlanır.

### 6.5 Döf'ün Kapatılması

**6.5.1** DÖF'ün kapatılması kalite yönetim direktörü tarafından yapılır.

**6.5.2** kalite yönetim direktörü tarafından faaliyet başlatılmaması kararı alınmış ise gerekçesi forma yazılarak DÖF onaylanıp kapatılır.

**6.5.4** Kapatılmama ve yeni DÖF açılması kararı verildiği takdirde yeni DÖF kalite yönetim direktörü tarafından açılır ve takip edilir.

### 6.6 Döflerin Kaydedilmesi ve Dosyalanması

**6.6.1** Bu formlar kalite yönetimi kaydı olup kalite yönetim Birimi tarafından saklanır.

**6.6.2** Uygunsuzluğun/ riskin / iyileştirmenin çözümlenip çözümlenmediği Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Takip Listesinden her ay sonunda kalite yönetim direktörü tarafından takip edilir.

**6.6.3** Çalışmaların tamamlanmasını takiben ilgili taraf (hasta şikâyetleri ise hasta) bilgilendirilir.

**6.6.4** Hastanemizde düzeltici önleyici faaliyetin kayıtları **dokümanların kontrolü Prosedüründe** tanımladığı şekilde saklanır.

## 7. İLGİLİ DOKÜMANLAR

**7.1** DÖF takip Formu

**7.2** Düzeltici ve Önleyici Faaliyet Formu

**7.3** dokümanların Kontrolü Prosedürü

HAZIRLAYAN BÖLÜM KALİTE SORUMLUSU	KONTROL EDEN KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN BAŞHEKİM



ÖZEL ORDU  
**Sevgi**  
HASTANESİ

## DÜZELTİCİ ve ÖNLEYİCİ FAALİYETLER PROSEDÜRÜ

DOKÜMAN KODU	YAYIN TARİHİ	REVİZYON NO	REVİZYON TARİHİ	SAYFA /NO
GR.PR.02	01.01.2019	0	-	Sayfa 4 / 4