



## **E-1 Grubu Hastaneler ve Diyaliz Merkezleri Sağlıkta Kalite Değerlendirmesi**

Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri sürecinde E-1 grubu hastaneler ve Diyaliz Merkezlerinin Kalite Değerlendirmeleri İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Koordinatörlüğü organizasyonunda gerçekleştirilecektir.

Bu kapsamda;

- E-1 grubu hastanelerde SKS Hastane, Diyaliz Hizmeti sunan müstakil ünitelerde ve merkezlerde SKS Diyaliz seti ile sağlıkta kalite değerlendirmeleri gerçekleştirilecektir.
- Sağlıkta kalite değerlendirmelerinde ilgili setin tamamı esas alınacaktır.
- Karşılanmayan, kısmen karşılanan ve değerlendirme dışı tutulan standartlara ilişkin açıklama bölümleri mutlaka doldurulmalı, açıklamalar yazılırken anlaşılır ve net ifadeler kullanılmalıdır.
- SKS Diyaliz seti “Kalite Göstergeleri” bölümünün değerlendirilmesinde, “Hizmet Kalite Göstergeleri” başlığından 3 ve “Klinik Kalite Göstergeleri” başlığından 7 adet olmak üzere değerlendirici tarafından belirlenen toplam 10 gösterge değerlendirilecektir.
- SKS Hastane seti “Bölüm Bazlı Göstergeler” bölümünün değerlendirilmesinde, bir SKS bölüminden en fazla 2 gösterge olacak şekilde değerlendirici tarafından belirlenen 10 gösterge değerlendirilecektir.
- Değerlendirme sonucunda veri girişleri Kurumsal Kalite Sistemi üzerinden yapılacaktır.
- Değerlendirmeleri gerçekleştirmek üzere İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Koordinatörlüğü ve ilde görev yapan Sertifikalı Sağlıkta Kalite Değerlendiricileri görevlendirilmiştir.
- Değerlendirme programının organizasyonu İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Koordinatörlüğü tarafından gerçekleştirilecektir.
- Sertifikalı Sağlıkta Kalite Değerlendiricileri, görev yaptığı sağlık kuruluşunun değerlendirme programına katılmayacaktır.
- E-1 grubu hastaneler ve Diyaliz Merkezleri Sağlıkta Kalite Değerlendirmelerinin en geç 17 Mayıs 2019 tarihine kadar tamamlanması ve veri girişlerinin bu tarihe kadar yapılması gerekmektedir.



Kurumsal Kalite Sistemi üzerinden yapılacak veri girişleri ile ilgili olarak;

## 1. Giriş

İl Koordinatörlüğü kullanıcıları Kurumsal Kalite giriş sayfasına <https://kks.saglik.gov.tr> adresi ile ulaşabilirler.

Daire Başkanlığı tarafından tanımlanan Kurumsal Kalite Sistemi Kullanıcı adı ve şifresi ilgili alanlara yazılarak sisteme giriş yapılır.

Açılan sayfanın sol tarafında yer alan menü alanından “İl koordinatörü” menüsü seçilir.



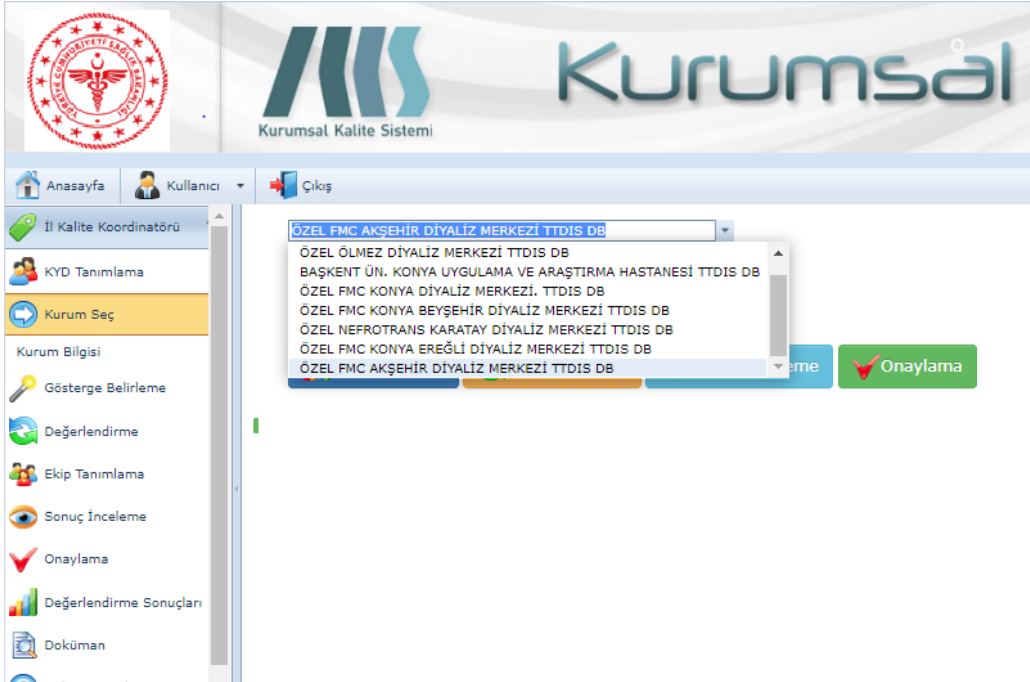
İl Koordinatörü menüsü altında;

- Kurum seç
- Kurum Bilgileri
- Gösterge Belirleme
- Değerlendirme
- Sonuç İnceleme
- Onaylama
- Ekip Tanımlama
- Değerlendirme Sonuçları
- Doküman,

seçenekleri bulunmaktadır.

## **2. Kurum Seçme**

Bu menü ile İl Koordinatörlüğünün değerlendireceği kurumlara ulaşılabilir. Menü alanı tıklanır ve sağ üst kısımda bulunan ok işaretinin seçilmesi ile il genelinde o yıla ait değerlendirilecek kurum listesine ulaşılabilir.





Değerlendirme planı çerçevesinde değerlendirilecek kurum tıklanır ve o kurumun değerlendirme sürecine ilişkin iş ve işlemlere ulaşılır.

The screenshot shows the 'Kurumsal Kalite Sistemi' (Institutional Quality System) web application. The interface includes a navigation menu on the left with the following items: 'İl Kalite Koordinatörü', 'KYD Tanımlama', 'Kurum Seç', 'Kurum Bilgisi', 'Gösterge Belirleme', 'Değerlendirme', 'Ekip Tanımlama', and 'Sonuç İnceleme'. The main content area displays a dropdown menu with 'ÖZEL FMC KONYA DİYALİZ MERKEZİ. TTDİS DB' selected, a 'Seç' button, and a confirmation message 'ASP:Label ÖZEL FMC KONYA DİYALİZ MERKEZİ. TTDİS DB'. Below this, there are four buttons: 'Kurum Bilgisi', 'Değerlendirme' (highlighted with a red circle), 'Sonuç İnceleme', and 'Onaylama'.



### 3. Kurum Bilgileri

Kurum bilgileri menüsünün tasarlanmasında temel amaç değerlendirme öncesinde kuruma ait teknik bilgi ve detayların değerlendirici tarafından bilinmesi ve ön inceleme yapılmasıdır. Bu menü ile yukarıda belirtildiği üzere seçilen kurumun bilgileri açılır.

Kurum bilgileri TSİM kaynaklı olup “**Kurumsal**” “**Hizmet**” ve “**Cihaz**” olmak üzere üç kategoride kullanıcılara sunulur.



#### 4. Gösterge Belirleme

Değerlendirilecek setin gösterge belirleme yöntemine uygun olarak bu alan üzerinden göstergeler seçilir ve “Kaydet” butonuna basılır.

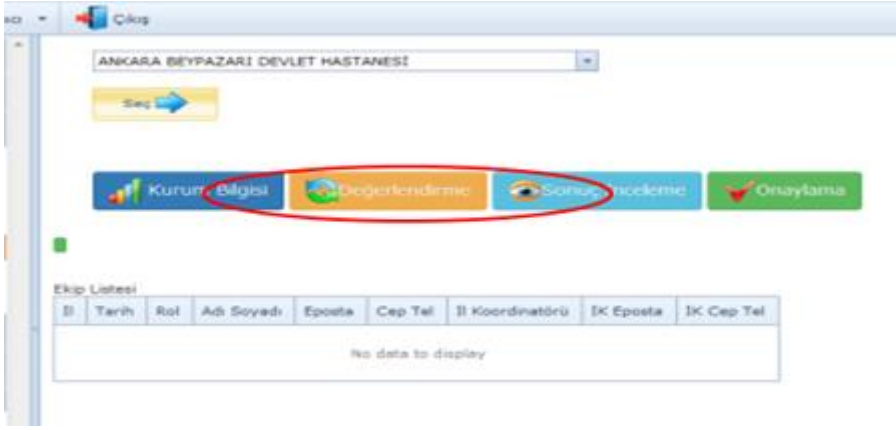
GÖSTERGE BELİRLEME					
ÖZEL FMC KONYA DİYALİZ MERKEZİ. TTDİS DB					
Aşağıdaki gösterge listesinden 10 tane seçerek Kaydet düğmesine basarak kaydediniz. Bir bölümden en fazla iki adet gösterge seçebilirsiniz.					
<input type="checkbox"/>	Bölüm	Zorunluluk	Gösterge Kodu	Gösterge	Puan
<input type="checkbox"/>	Kalite Yönetimi		GBKY01	Düzeltilici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Acil Durum Yönetimi		GBAD01	Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Acil Durum Yönetimi		GBAD02	Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Acil Durum Yönetimi		GBAD03	Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Acil Durum Yönetimi		GBAD04	Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	20
<input type="checkbox"/>	Eğitim Yönetimi		GBEY01	Personelin Eğitimlere Katılma Oranı	20
<input checked="" type="checkbox"/>	Eğitim Yönetimi		GBEY02	Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Hasta Deneyimi		GBHD01	Hasta Memnuniyet Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Sağlıklı Çalışma Yaşamı		GBSÇ01	Çalışan Memnuniyet Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Sağlıklı Çalışma Yaşamı		GBSÇ02	Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı	20
<input checked="" type="checkbox"/>	Sağlıklı Çalışma Yaşamı		GBSÇ03	Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Sağlıklı Çalışma Yaşamı		GBSÇ04	Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Sağlıklı Çalışma Yaşamı		GBSÇ05	Personelin Devir Hızı	20
<input checked="" type="checkbox"/>	Sağlıklı Çalışma Yaşamı		GBSÇ06	Mesleki Eğitimine Uygun Bölümde Çalışmayan Personel Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Sağlıklı Çalışma Yaşamı		GBSÇ07	Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Sağlıklı Çalışma Yaşamı		GBSÇ08	Hemşire Bölüm Değişirme Oranı	20
<input type="checkbox"/>	Hasta Bakımı		GBHB01	Düşen Hasta Oranı	20
<input type="checkbox"/>	İlaç Yönetimi		GBIY01	İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı	20
<input type="checkbox"/>	Enfeksiyonların Önlenmesi		GBEN01	El Hijyeni Uyumu	20



## **5. Değerlendirme**

İl Sağlık Müdürlüğü Kalite Koordinatörlüğü tarafından Değerlendirilecek kuruma yönelik değerlendirme ekibini (il koordinatörü ve koordinatör tarafından belirlenen iki üye) oluşturulur. Değerlendirme Ekibi, ön inceleme çalışmalarını yapar ve akabinde kurumun değerlendirme faaliyetini SKS değerlendirme sistematığı ve etik ilkeler çerçevesinde gerçekleştirir.

Kurumun değerlendirmesinin tamamlanmasının ardından ekip bir araya gelerek veri girişini gerçekleştirir. Veri girişi için kurumun seçilmesi ile alt kısımda yer alan Değerlendirme menüsü tıklanır.



Değerlendirme menüsü altında kurumda değerlendirilecek standartların bulunduğu ekran yer almaktadır.



Çıkış

**T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI ÜNYE DEVLET HASTANESİ**

Kurum **0 Puan**

Standart  Değerlendirilenleri getirme.

Kurum bu standartta **Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır.**

Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.  
Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.  
Hastanenin misyon, vizyon ve değerleri açık ve anlaşılır şekilde belirlenmelidir.  
Kurumsal amaç ve hedefler belirlenmelidir.  
Kurumsal amaç ve hedeflerin gerçekleştirilmesine yönelik uygulama adımlarını içeren eylem planı hazırlanmalıdır.  
Kurumsal iletişim stratejileri tanımlanmalıdır.

Evet

← Geri İleri →

**ÇEKİRDEK**

Kurumsal Yapı KKU01

Hastane faaliyetlerinin tamamını kapsayacak şekilde bir organizasyon yapısı oluşturulmalıdır. **50**

Organizasyon yapısında en üst yönetim kademesinden en alt birime kadar dikey ve yatay tüm ilişkiler tanımlanmalıdır. Organizasyon yapısı ile ilgili aşağıdaki konular tanımlanmalıdır:  
Sorumluluk ve ilişkiler  
Dikey ve yatay koordinasyon ve entegrasyon noktaları  
Gerektiğinde yetki devrinin nasıl yapılacağı  
Hastane organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren bir organizasyon şeması oluşturulmalıdır.

**REHBERLİK**  
Organizasyon yapısı, kurumun amaç ve hedeflerine ulaşmasını sağlayacak şekilde tasarlanmalı ve hastane faaliyetlerinin tamamını kapsamalıdır.

Her bir standart ekip kararı ile puanlanır. Puanlama üç kategoride gerçekleştirilir. Bu kategoriler "Evet" "Hayır" "Değerlendirme Dışı" dır. Ayrıca ekranın alt kısmında yer alan alanda standardın alt ölçüt ve rehberlik kısmına ulaşılabilir.





Kurum **0 Puan**

Standart **Güvenlik Raporlama Sistemi kurulmalıdır.**

Kurum bu standardı karşılıyor mu? **Henüz değerlendirilmedi**

Evet  Hayır  Değ. Dışı

**Güvenlik Raporlama Sistemi kurulmalıdır. 50**

Güvenlik Raporlama Sistemi, hasta ve çalışanları zehirlenme, düşme, kesilme, her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlenmelidir. Müşük vakasına idare edilen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması esastır. Sistem, Hasta Güvenliği ve

#### a. Evet Alanı

Ekibin kararı standardın karşılandığı yönünde ise evet alanı tıklanarak kaydedilir ve standarda tam puan verilir. “Evet” alanının tıklanmasının akabinde sistem otomatik olarak bir diğer standarda geçiş yapar.

#### b. Hayır Alanı

Ekibin kararı standardın karşılanmadığı ya da kısmen karşılandığı yönünde ise sistem değerlendirme ekranı üzerinden “Hayır” alanı tıklanır. “Hayır” alanının tıklanmasının akabinde açılan ekranda standarda ilişkin “Sıklık Düzeyi” Etki Alanı” ve “Güvenlik” alanlarının ekip kararı ile işaretlenmesi gerekmektedir. İşaretleme sonrasında sistem otomatik olarak “Karşılanıyor” “Kısmen Karşılanıyor” “Karşılanmıyor” sonuçlarından birine ulaşır.

Ayrıca ekibin ortak kararı ile “Açıklama” bölümü doldurulur ve kaydedilir.



## T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI UNYE DEVLET HASTANESİ

Kurum

0 Puan

Standart

Değerlendirilenleri getirme.

Organizasyon yapısı kapsamında tüm birimlerin ve çalışanların görev, yetki ve sorumlulukları tanımlanmalıdır.

Kurum bu standardı karşılıyor mu? **Henüz değerlendirilmedi**

Evet  Hayır  Değ. Dışı

Sıklık Düzeyi	Etki Alanı	Güvenlik	Sonuç
<input type="radio"/> Çok sık <input type="radio"/> Az sıklıkta <input type="radio"/> Nadir	<input type="radio"/> Sistemsel <input type="radio"/> Sistemsel değil <input type="radio"/> Sınırlı	<input type="radio"/> Orta veya yüksek risk <input type="radio"/> Düşük risk <input type="radio"/> Risk yok	<input type="radio"/> Karşılamiyor <input type="radio"/> Kısmen Karşılıyor <input type="radio"/> Karşılıyor

Açıklama

### c. Değerlendirme Dışı Alanı

Ekip tarafından standardın kurum tarafından uygulanamayacağı kararı verilir ise ekran üzerinden "Değerlendirme dışı" alanı tıklanır. Açılan ekranda Değerlendirme dışı tutulma nedenleri açıklama bölümüne yazılır ve kaydedilir.

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI UNYE DEVLET HASTANESİ

Kurum

0 Puan

Standart

Değerlendirilenleri getirme.

Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir.

Kurum bu standardı karşılıyor mu? **Henüz değerlendirilmedi**

Açıklama

Kaydet  İptal

Geri  İleri

Kurumsal Yapı KKU03

Organizasyon yapısında tanımlanan birimler için sorumlular belirlenmelidir. **30**

REHBERLİK



## 6. Sonuç İnceleme

Bu ekranda ekibinde yeniden değerlendirme yapabilmesi ve puanlanan standartları kontrol edebilmesi için puanlanan standartların tamamı görülebilmektedir.

Bölüm	Standart	Kategori	Etkinlik	Sıklık	Güvenlik	Sonuç	Puan
Acil Servis	Konsültasyon işlemlerinin etkin şekilde yürütülmesi sağlanmalıdır.		Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	30
Acil Servis	Özellik altına alınan hastaların güveni ve etkili sağlık hizmeti alınması sağlanmalıdır.	ÇOK İZDEK	Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	50
Acil Servis	Yetip, sevi ve taburculuk süreçlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	30
Ameliyathane	Ameliyathane, sıcaklık ve nem değerleri izlenmelidir.		Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	30
Ameliyathane	Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.		Sistemsel	Çok Sık	Orta veya Yüksek Risk	Karşılamıyor	0
Ameliyathane	Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.	ÇOK İZDEK	Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	50
Ameliyathane	Anestezi uygulamalarının güvenliği sağlanmalıdır.	ÇOK İZDEK	Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	50
Ameliyathane	Tam amaçla alınan doküman güvenliğine yönelik düzenleme bulunmalıdır.	ÇOK İZDEK	Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	50
Ameliyathane	Cerrahi süreçte gerçekleşen hatalar ve ramak hata olaylar cerrahi hata önlemlerine sistemine (CHSSTR) göre kodlanmalıdır.		Sistemsel	Çok Sık	Orta veya Yüksek Risk	Karşılamıyor	0
Biyokimya Laboratuvarı	Panik değerlerin zamanında ve etkin şekilde bildirimi sağlanmalıdır.	ÇOK İZDEK	Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	50
Biyokimya Laboratuvarı	Laboratuvar süreçlerinde gerçekleşen hatalar ve ramak hata olaylar laboratuvar hata önlemlerine sistemine (LHSTR) göre kodlanmalıdır.		Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	50
Bölüm Bazı Göstergeler	Personelin Devir Hızı		Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	20
Bölüm Bazı Göstergeler	Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı		Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Kısmen Karşıyor	10
Bölüm Bazı Göstergeler	Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi		Sınırlı	Nadir	Risk Yok	Karşıyor	20



## 7. İl Koordinatörü Onaylama

Standartların puanlanmasının akabinde Ekip sorumlusu olan il koordinatörü tarafından ilk onay verilir. Menü üzerinden “Onaylama” ekranına giriş yapılır. Açılan ekran üzerinden “Kod Gönder” alanı tıklanır. İl Koordinatörü cep telefonuna gelen sms kodu yazılır ve onaylama gerçekleşir.

97,66 - / An Puan:99,41

Değerlendirilece Bölüm	Değerlendirilece Toplam Puan	Değerlendirilen E	Değerlendirilen Puan	Karşılanmıyor	Kısmen Karşılanıyor	Karşılanıyor	Değerlendirme Dışı
Acil Servis	110	Acil Servis	110			110	
Ameliyathane	220	Ameliyathane	220			220	
Biyokimya Laboratuvarı	80	Biyokimya Laboratuvarı	80			80	
Bölüm Bađlı Göstergeler	120	Bölüm Bađlı Göstergeler	120			120	
Eğitim Yönetimi	50	Eğitim Yönetimi	50			50	
Göstergelerin İzlenmesi	250	Göstergelerin İzlenmesi	250			190	60
Güvenlik Raporlama Sistemi	100	Güvenlik Raporlama Sistemi	100			100	
Hasta Bakımı	340	Hasta Bakımı	340			340	
Hasta Deneyimi	160	Hasta Deneyimi	160			160	
İlaç Yönetimi	130	İlaç Yönetimi	130		50		30
Kalite Yönetimi	50	Kalite Yönetimi	50			50	
Klinik Göstergeler	80	Klinik Göstergeler	80			80	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	50	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	50			50	
Otelcilik Hizmetleri	130	Otelcilik Hizmetleri	130			130	
Radyasyon Güvenliği	50	Radyasyon Güvenliği	50			50	
Risk Yönetimi	50	Risk Yönetimi	50			50	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	60	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	60			60	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	50	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	50			50	
Transfüzyon Hizmetleri	50	Transfüzyon Hizmetleri	50			50	
Yođun Bakım Ünitesi	100	Yođun Bakım Ünitesi	100			100	

Daha önce onaylanmış  Başkanlığa Gönder

## 8. Ekip Tanımlama

İl Koordinatörü tarafından ilk onay verilmesinin akabinde diğer ekip üyelerinin onay verebilmesi için ekip üyelerine ait iletişim bilgilerinin ilgili alanlara girişi yapılır.

Anasayfa | Kullanıcı | Çıkış

Kurum: ANKARA ULUS DEVLET HASTANESİ  
Tarih: 20.07.2016

1. Üye  
Adı Soyadı: Ali SERT  
Cep Tel: 0999 999 99  
Eposta: Ali@Ahmet.com.tr

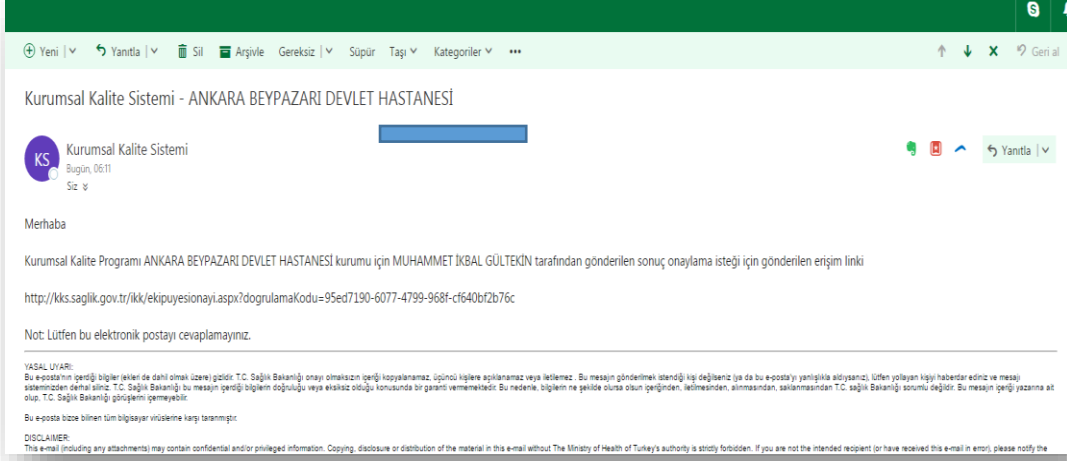
2. Üye  
Adı Soyadı: Ahmet ATESSİZ  
Cep Tel: 0999 999 99 99  
Eposta: Ahmet@Ahmet.com.tr

Ankara Ulus Devlet Hastanesi Değerlendirmesi  
Onaya Gönder

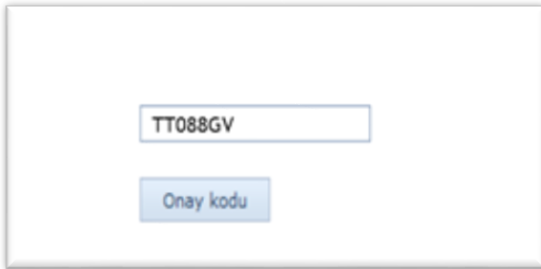


## 9. Ekip Üyeleri Onayı

İl Koordinatörünün ekip üyelerini Kurumsal Kalite Sistemine tanımlanmasının akabinde, Kurumsal Kalite Sistemi tarafından onaylama ekranı giriş linki, üyelere e-posta olarak gönderilir.



Ekip üyeleri epostalarına gelen link üzerinden KKS Onaylama ekranına giriş yaparlar ve ekranda üzerinden “Kod Gönder” alanını tıklayarak cep telefonlarına gelen SMS kodunu yazar ve onaylama işlemini tamamlarlar



## 10. İl Koordinatörü Son Onay (Başkanlığa Gönder butonu)

Her iki ekip üyesinin onay vermesinin ardından İl Koordinatörü tarafından son onay verilir. İl Koordinatörü “Onaylama” menüsüne giriş yapılır. Yeniden “Kod Gönder” alanına tıklanarak SMS kodu girişi yapılır ve son olarak “Başkanlığa Gönder” butonu tıklanır.

Bu işlemin tamamlanmasının ardından Değerlendirme sonucu Başkanlığa gönderilir ve sonuçlar üzerinde her hangi bir değişiklik yapılamaz