1.AMAÇ: Bu prosedürün amacı, Kalite Yönetim Sistemleri dokümanlarının nasıl hazırlanacağını, kim tarafından onaylanacağını, nasıl yayınlanacağını, doküman değişikliklerin nasıl yapılacağını ve dokümanlarının nasıl kontrol altına alınacağını, kayıtların tanımlanması, tasnifi, toplanması ve imha edilmesi açıklamaktadır

2. KAPSAM: Tüm iç ve dış kaynaklı dokümanlar

3. TANIMLAR:

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

Kayıt: Yazılı doküman

Prosedür: Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.

Talimat: Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

Form: İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

Dış Kaynaklı Doküman: Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanılan dokümandır.

Plan: Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; neyi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

Rehber: Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.

Dokümanın Adı: Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder.

Dokümanın Kodu: Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum ve kuruluş tarafından doküman yönetim sistemi rehberinde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

Revizyon Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Revizyon Numarası: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

4. SORUMLULAR:

- **Kalite Yönetim Sorumlusu**
- **Kalite Yönetim Birimi**
- **Bölüm KaliteSorumluları**
- **Üst Yönetim**

5.KISALTMALAR:

KYS: Kalite Yönetim Sistemi

SAS: Sağlıkta Akreditasyon Standartları

Tablo 1:SAS Bölüm Kısaltma Tablosu

BÖLÜM ADI	**KODU**	**BÖLÜM ADI**	**KODU**
Kurumsal Yapı	**KU**	**Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü**	**EN**
Kalite Yönetimi	**KY**	**Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri**	**DS**

Doküman Yönetimi	**DY**	**Radyasyon Güvenliği**	**RG**
Risk Yönetimi	**RY**	**Acil Servis**	**AS**
Kurumsal Verimlilik	**KV**	**Doğum Hizmetleri**	**DH**
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	**İO**	**Biyokimya Laboratuvarı**	**BL**
Afet ve Acil Durum Yönetimi	**AD**	**Tesis Yönetimi**	**TY**
Eğitim Yönetimi	**EY**	**Otelcilik Hizmetleri**	**OH**
Sosyal Sorumluluk	**SS**	**Bilgi Yönetim Sistemi**	**BY**
Hasta Deneyimi	**HD**	**Malzeme ve Cihaz Yönetimi**	**MC**
Hizmete Erişim	**HE**	**Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri**	**TA**
Yaşam Sonu Hizmetleri	**YS**	**Atık Yönetimi**	**AY**
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	**SÇ**	**Dış Kaynak Kullanımı**	**DK**
Hasta Bakımı	**HB**	**Göstergelerin izlenmesi**	**Gİ**
İlaç Yönetimi	**İY**		

Tablo 2:Doküman Türleri Kısaltma Tablosu

Prosedür	**PR**	**Rehber**	**RH**
Talimat	**TL**	**Liste**	**LS**
Form	**FR**	**Rıza Belgesi**	**RB**
Plan	**PL**	**Yardımcı Dokuman**	**YD**

6. FALİYET AKIŞI:

6.1. Doküman Hazırlama Kararının Verilmesi:

Kalite Yönetim Temsilcisi ve Bölüm Sorumluları birlikte KYS'nin tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir.

6.2. Dokümanların Hazırlanması:

Dokümanlar aşağıdaki kurallara uygun hazırlanırlar:

- Doküman ilgili bölüm/komite/ekipte çalışanlar tarafından birlikte hazırlanır.
- Dokümanlar anlaşılır, öz bilgileri içeren açık ve net şekilde hazırlanır.
  - Kalite Yönetim Birimi ve Bölüm Kalite Sorumluları ile birlikte SAS'ın tüm standartları incelenir ve hangi standart için hangi dokümanın hazırlanması gerektiğine karar verilir .Hastanedeki tüm dokümanlar, ilgili personel, birim ya da komite tarafından hazırlanır, Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından kontrol edilerek Başhekime onaylatılır. Yürürlüğe giren tüm dokümanlar "Hastane doküman Listesi" ne işlenir. Yürürlüğe girecek dokümanların orijinali Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilir. Dokümanların Kontrollü Kopya olarak dağıtımı Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından yapılır. Hizmet kalite standartları kapsamında hazırlanan dokümanların aslı veya kontrollü kopyası asılmaz.
  - Bakanlıkça gönderilen kayıtların güncelliği; Bakanlık tarafından yapılan bilgilendirmeler neticesinde Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından yapılır.

Prosedür Hazırlama:

Prosedürler kurumda icra edilmekte olan ve bir dizi faaliyetten meydana gelen bir işin işlem basamaklarını anlatan dokümanlardır. Bu dokümanın hazırlanmasında amaç, aynı işin farklı şekillerde icra edilmesini engellemek ve yapılan iş için en uygun yöntemin belirlenerek yürürlüğe girmesini sağlamaya yardımcı olmaktır. Bir yönüyle işin icra edilmesinde uyulacak kurallar da belirlenmiş olur. Prosedürlerde 6 temel başlık bulunur:

1. Amaç: Bu bölümde prosedürün hangi amaçla hazırlandığı yazılır.

2. Kapsam: Bu bölüm hazırlanan prosedürün sınırlarını belirler. Prosedürün hangi faaliyetleri veya hangi hizmet bölümlerini kapsadığı belirlenir.

3. Tanımlar: Prosedürün faaliyet akışı bölümünde yer alan ve açıklanmasında fayda olacağı düşünülen kavramlar tanımlanır.

4. Sorumlular: Prosedürü bilme, uygulama ve prosedür ile belirlenen faaliyetleri kontrol etme görevi olan tüm sorumlular sıralanır.

5. Kısaltmalar: Prosedürde geçen ve kısaltması kullanılan kavramların listesi sıralanır.

6. Faaliyet Akışı: Prosedürün faaliyet akışı bölümünde aşağıdaki işlem basamakları izlenir:

Adım 1: İşin başladığı andaki ilk faaliyetten başlanarak tüm faaliyetler sıralanır,

Adım 2: Her faaliyet için; "Ne? Neden? Ne zaman? Nerede? Nasıl? Kim?" sorularından uygun olanların cevabı aranır,

Adım 3: Alınan cevaplar bir anlam bütünlüğü içerisinde cümlelere dönüştürülerek prosedür hazırlanmış olur. **Adım 4:** İşlem basamakları içerisinde yer alan bir faaliyet başka bir doküman yazmayı gerektirecek kadar uzunsa veya bu faaliyet için daha önce bir doküman hazırlandıysa, prosedürde bu dokümana atıf yapılır.

7. İlgili Dokümanlar. Prosedürün faaliyet akışı esnasında kullanılan dokümanlar berlirtilir.

Talimat Hazırlama: Talimatlar tek bir faaliyetin nasıl gerçekleştirildiğini anlatan dokümanlardır. Hazırlanması Prosedür ile aynıdır.

Plan Hazırlanma: Planlar aşağıdaki soruların cevapları uygun formatlarda oluşturulur.

- Ne
- Ne zaman
- Nasıl
- Nerede
- Kim tarafından
- Hangi sürede

Dış Kaynaklı Dokümanlar: Bilgisayar ağı üzerinden kullanım alanlarında güncel dokümanın bulunması sağlanır. Dış kaynaklı dokümanların değişmesinden kaynaklanan sistem farklılıklarını ve revizyonları gerçekleştirmeden KYT sorumludur. KYT, dış kaynaklı dokümanlarla ilgili revizyonların takibini İnternet adresleri üzerinden yapar. Mevzuatlarla ilgili kanun, yönetmelik ve yönergeleri resmi gazete yayımından takip eder. ISO 9001 KYS standartlarını ise TSE üzerinden takip eder, revizyon yapılanların güncellemelerini yapar.

6.3. Dokümanların formatı: Dokümanlar aşağıdaki formata uygun hazırlanırlar:

a. Adı

b. Kodu

c. Yayın Tarihi

d. Revizyon Tarihi

e. Revizyon Numarası

f. Sayfa No/Sayfa Sayısı

g. Kurum Logosu

h. Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunur.

Dokümanlarda Hazırlayan, Kontrol Eden ve Onaylayan bilgileri; kişi (ler) in, unvan ve imzalarını içerir. Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgilerinin dokümanın en son sayfaların üzerinde bulunur.

Prosedür ve Talimat: Kurumunun tüm prosedür ve talimatları yukarıda belirtilen format şartlarına uygun olarak hazırlanır.

Form: Basılı olarak kullanılan tüm formlar için belirtilen format şartları geçerlidir. Birtakım bilgileri kaydetmek için oluşturulmuş formların orijinal nüshalarında Hazırlayan- Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunur. Ancak kullanım alanlarında bulunan formlarda Hazırlayan-Kontrol Eden-Onaylayan bilgileri bulunmaz.

Plan: Hazırlanan tüm planlarda yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir.

Süreç: Plan formatı geçerlidir. Liste: Hazırlanan tüm listelerde yukarıda belirlenen format şartları geçerlidir. **Dış Kaynaklı Dokümanlar**: Dış kaynaklı dokümanlar için format şartı yoktur. Dış kaynaklı dokümanlar orijinal formatında ve güncel haliyle kullanıcıların erişimine sunulur.

6.4. Dokümanların Kodlanması:

Yazılı düzenlemeler kurumumuzun “Sağlıkta Akreditasyon Standartları” çerçevesinde belirlediği ait olduğu bölüm kodlama sistemine göre kodlandırılırken öncelikle SAS bölüm kısaltması, doküman tür kısaltması, doküman sıra numarası arasında ayıraç olarak (.) işareti kullanılır. **Tablo 2** de kısaltmalar belirtilmiştir.

Örnek: ML.RH. 01

ML: Mikrobiyoloji Laboratuvarı , RH: Rehber, 01: Rehbere verilen sıra numarası yukarıdaki açıklamalar doğrultusunda “ML.RH.01” kodu bize dokümanın, mikrobiyoloji Laboratuvarı 1 numaralı rehberi olduğunu göstermektedir.

6.5.Doküman Kontrolü ve Dağıtımı:

Kuruluşumuzda iki tip Kayıt (Form) kullanılmaktadır. Bunlar Sağlık Bakanlığınca gönderilen kayıtlar ve hastanemiz bünyesinde oluşturulan kayıtlardır. Sağlık Bakanlığınca gönderilen kayıtların dağıtımı ve yürürlükten kaldırılan formların toplanması Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından yapılır. Hastanemiz bünyesinde oluşturulan formlar ise yeteri kadar basılır ve dağıtımı ile ilgili imza alınmaz. Basımı yapılmayan formlara Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Kalite Yönetim Modülünden dijital ortamdan ulaşılır.Kalite Yönetim Biriminde tutulan kayıtlara sadece ilgili birimin elemanı ulaşabilir, başka birim elemanı ulaşmak istediğinde Kalite Yönetim Sorumlusuna müracaat eder.Eğer doküman elden kontrollü kopya olarak teslim edilecekse **Doküman Dağıtım Formu’ na kaydedilir.**

6.6. Dokümanların Duyurulması:

- Doküman yayın ve dağıtımından Kalite Yönetim Sorumlusu sorumludur.
- Yeni dokümanları alan birimler, aynı dokümanın ellerinde bulunan eski kopyalarını Kalite Yönetim Birimine iade ederler. Dokümanlar bilgisayar ortamında veya elden dağıtılabilir.
- Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından yürürlükten kalkan dokümanlar için toplanıldıklarında **İPTAL** kaşesi basılır. Geri toplanan dokümanların orijinali **"iptal"** dokümanlar dosyasına takılır diğerleri imha edilir. İptal edilerek sistem dışına alınan dokümanların kod numaraları yeni hazırlanan herhangi bir dokümana verilmez
- Dokümanların güncellenmesi ihtiyaç durumunda ve hizmet kalite standartlarında yapılan revizyonlara göre yapılır.Hazırlanan yeni dokümanlar HBYS de **Kalite Yönetim Modülünde** yayınlanır.Yeni dokümanlarla ilgili bölüm kalite sorumlularına eğitim verilir.
- Eğitim alan bölüm kalite sorumlularının da kendi çalışanlarına eğitim vermesi sağlanır.
- Dokümanların Hastane dışına çıkarılmalarını engellemek, habersiz çoğaltılmasını önlemek amacıyla Kalite Yönetim Sorumlusundan çıkan tüm dokümanlara "kontrollü kopya" kaşesi basılır. Dokümanlara kaşe basma yetkisi sadece Kalite Yönetim Sorumlusuna aittir.
- Hazırlanan dokümanın duyurulmasının yanı sıra, ilgililere dokümanlarla ilgili olarak eğitim verilir.

6.7. Dokümanların Muhafaza Edilmesi:

Elektronik ve / veya Islak imzalı tüm orijinal dokümanlar kalite yönetim biriminde muhafaza edilir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde dosyalanır ve içeriğinin okunabilir kalması açısından dış etkilerden korunur. KYS doğrultusunda yapılan çalışmaları gösterir kayıt nitelikli dokümanlar da (Düzeltici Faaliyet Formları, Toplantı Tutanakları gibi) orijinal nitelikteki dokümanlar gibi düzenli bir şekilde muhafaza edilir.

6.8. Dokümanların Revizyonu:

- Kurumun herhangi bir sürecinde değişiklik söz konusu olduğunda güncelleme hemen gerçekleştirilir. Güncellemede, dokümanın ilk hazırlanmasında uyulması gereken tüm kurallara uyulur.
- Dokümanlar ile ilgili değişiklik ve revizyon istekleri Kalite Yönetim Sorumlusuna **Doküman Değişiklik Talep Formu** ile bildirilir. Doküman Değişiklik talebi birim sorumluları tarafından yapılacaksa "Doküman Revizyon Talep Formu" kullanılarak yapılır. Bu talep Kalite Yönetim Sorumlusu tarafından gözden geçirilir ve uygun görülürse Başhekimin onayıyla ilgili doküman değiştirilir. Hastanenin, birim sorumlusu olmayan çalışanları (varsa) değişiklik önerilerini birim sorumlularına bildirirler, doküman değişiklik talebi ile ilgili işlemler Kalite Yönetim Biriminde takip edilir.
- ilgililere duyurulması sağlanır ve en kısa zamanda güncellenen doküman ilgililere bir eğitim faaliyeti kapsamında anlatılır.
- Güncellenen dokümana revizyon no ve revizyon tarihi yazılır. Dokümanın ilk yayınında revizyon numarası sıfır (0,) revizyon tarihi ise boş şekildedir. Dokümanın eski versiyonları değişimin takip edilebilmesi açısından Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından arşivlenir. Kurumda kullanılan tüm dokümanın bir listesi bulunur ve bu liste güncellemelerin izlenmesini de sağlar. Doküman listesi aşağıdaki bilgileri içerir.

• Doküman Adı

• Doküman Kodu

• Yayın Tarihi

• Revizyon Tarihleri

• Revizyon Numarası

6.9. Dokümanların Gözden Geçirilmesi:

- KYS kapsamında hazırlanan dokümanlar, KYS'de değişiklik olması veya yeni standart yayınlanması durumunda, hizmetlerimizde yenilik ve / veya değişiklik olması durumunda, bunlardan hiçbiri olmasa dahi yılda bir kez Kalite Yönetim Temsilcisi tarafından gözden geçirilir ve kayıt altına alınır.
- Dokümanlarda yapılan gözden geçirme tarihi ' '**Güncel Doküman Takip Listesine''** kaydedilir.

6.10 Kullanımdan Kaldırılması:

KYT tarafından yürürlükten kalkan dokümanın orijinalinin her sayfasına **"İPTAL"** kaşesi basılarak arşivde saklanır. Dokümanların yürürlükteki revizyonları 'Güncel Doküman Listesi' ile takip edilir. Ayrıca **Doküman İptal Takip Formu ile takip edilr.**

6.11.Dış Kaynaklı Dokümanların Düzenlenmesi:

- Tüm birimlerin Kalite Sorumluları, birimlerini ilgilendiren dış kaynaklı dokümanları belirleyerek Kalite Koordinatörlüğüne bildirir.
- Kalite Yönetim sistemi için gerekli dış kaynaklı dokümanlar ''Dış Kaynaklı Doküman Listesi" ne işlenir.Dış kaynaklı dokümanların güncel kopyası yayınlayan kurum/makamdan temin edilerek web sitesinde tüm birimlerin kullanımına sunulur.Tüm birimler, ilgili tüm faaliyetlerini dış kaynaklı dokümanların güncel revizyonlarında tanımlanan kurallara uygun olarak yürütürler.
- Dış kaynaklı dokümanlarda yapılan değişikliklerin, ilgili kurum/makam tarafından resmi olarak kuruma bildirilmesi durumunda, ilgili birim kalite Sorumlusu değişikliği Kalite Yönetim Birimine bildirir. Kalite Yönetim Birimine tarafından ''Dış Kaynaklı Doküman Listesi" güncellenir,
- Bununla birlikte tüm dış kaynaklı dokümanların güncelliği 6 ayda bir Kalite Birimi tarafından periyodik olarak kontrol edilir. Revizyon durumları dokümanın aslında yer alan tarih ve revizyon bilgisi ile kaydedilir. Bu bilgiler bulunmayan durumlarda (web sitesi gibi) "-" işareti kullanılır.
- Dış kaynaklı doküman bir mevzuatsa www.mevzuat.gov.tr web adresine link verilerek dokümana ulaşım sağlanabilir.

6.12.Panolara Asılacak Dokümanların Düzenlenmesi:

- Hastanemizde hasta ve çalışanlara yönelik panolarımız mevcut olup hasta panolarımız, poliklinik katında, acil serviste ve kliniklerde, personel panolarımız yemekhane, idari katında ve birimlerde ilgili birime ait personel bilgilendirme panoları bulunur.Sendikalara ait panolar hastane giriş katında bulunur.

Hasta Bilgilendirme panoları:

1 nolu pano: Poliklinik 1. kat

2 nolu pano: Poliklinik 2. kat

3 nolu pano: Poliklinik 3. kat

4 nolu pano: Acil servis girişi

Personel Bilgilendirme Panoları:

1 Nolu pano: İdari Kat Girişinde

2 Nolu Pano: Yemekhane Girişi

Sendika 1, 2 ve 3 nolu panolar:

Hastane zemin katında bulunmaktadır

- Hastane dışından gelen dokümanlar asılacağı zaman, dokümanda belirtilen süre kadar asılı tutulur, eğer süre belirtilmemişse uygun gördüğü tarihi (gün ay yıl) ilgili dokümanda belirtir ve başhekimliğin onayından sonra uygun olan panoya asılır. Süre sonunda ilgili dokümanlar panolardan kaldırılır.
- Tanımlanan dokümanlar görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde asılır. Bu dokümanlar belirlenen alanlar dışına asılmaz.
- Sağlık Bakanlığından resmi yazı ile gelen afişler; yazıda tanımlanmış alanlara, başhekimin görevlendirdiği ilgili Müdür yardımcısının onayından sonra çerçevelenerek asılır.
- Genel Panolara afiş ve posterlerin astırılmasından, takibinden, süresi dolan dokümanların panodan kaldırılmasından ve panolarda asılı dokümanların estetik ve düzenli bir şekilde dizayn edilmesinden eğitim Hemşiresi sorumludur.
- Bölüm Kalite Sorumluları kendi birimlerinde yer alan panoların düzeni ve takibinden sorumludurlar.
- Poliklinik ve acil serviste yer alan hasta bilgilendirme panolarına hastaları bilgilendirme ya da farkındalık yaratma amaçlı hastanemizce hazırlanan ya da Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen afiş, poster, yazılı belge gibi dokümanlar başhekim tarafından görevlendirilen ilgili Müdür Yardımcısının onayından sonra asılmalıdır.
- Dokümanlar, belirlenen yasal süresi varsa sürenin bitimine kadar panolarda kalacaktır.
- İlgili dokümanın yasal süresi yoksa 2. (ikinci) haftanın sonunda panolardan kaldırılır.
- Başhekimin görevlendirdiği ilgili Müdür yardımcısı asılacak dokümanın hangi tarihe kadar asılı kalacağını belirterek dokümanı onaylamalıdır.
- İlgili doküman; onaylandıktan sonra Eğitim Hemşiresi tarafından panolara asılacaktır.
- Hastanemizde hastaların hizmet aldığı alanlarda hastaların bilgilendirilmesi dışında hizmet kalite standartlarında hazırlanan talimat, personele ait duyuru, belgeler, form vs. gibi dokümanlar asılmamalıdır.
- Hastanemizde asılacak herhangi bir iç ya da dış kaynaklı banka, sempozyum, kongre panel gibi bilgilendirme afiş ve duyurular hastanemizin yemekhane ve idare kısımdaki personel bilgilendirme panolarına ilgili Müdür Yardımcısının onayından sonra Eğitim Hemşiresi tarafımdan asılmalıdır.

- Hastanemizde Sendikalara ait olarak hazırlanan panolara sendikal faaliyetlerle ilgili afiş, duyuru ve belgeler sendika temsilcisi tarafından usulüne uygun olarak asılmalıdır.
- Birimlerdeki personel bilgilendirme panolarında güncel nöbet listeleri Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü onaylı olarak asılabilecektir. Personel bilgilendirme panolarının güncelliği birim sorumluları tarafından sağlanacaktır.
- Panolardaki dokümanlar rastgele asılmamalı; estetik tarzda ve görüntü kirliliği oluşturmayacak şekilde düzenlenerek asılmalıdır
- Duyurular güncel olmalı geçerliliğini yitiren duyurular panolardan kaldırılmalıdır.

6.13 Dokümanların Muhafaza Edilmesi:

Dokümanlar 3 yıl süre ile bölümde ve 2 yıl süre ile arşivde olmak üzere 5 yıl süre ile muhafaza edilir. Tüm üniteler, birimlerdeki dokümantasyonun düzenli ve güncel olarak muhafazasından sorumludur. Yürürlüğe giren ıslak imzalı tüm orijinal dokümanlar Kalite Yönetim Biriminde muhafaza edilir. Orijinal dokümanlar, sistemli bir dosyalama planı çerçevesinde raflanır ve içeriğinin okunabilir kalması açısından gereken tedbirler alınır.

7.İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7.1. Doküman Değişiklik Talep Formu

7.2. Güncel Doküman Takip Listesi

7.3. Dış Kaynaklı Doküman Listesi (Formlar)

7.4. Dış Kaynaklı Doküman Listesi (Mevzuat)

7.5. Doküman Dağıtım Formu

7.6. Doküman İptal Takip Formu