



TÜSKA AKREDİTASYON DENETİM YÖNTEMİ

Dr. Gülsen KORALAY

Denetim ve Eğitim Yönetimi Birim Sorumlusu



Şubat 2025

Sunum Planı

- 1 **Sağlıkta Akreditasyon Denetçisi Profili**
- 2 **Akreditasyon Denetimi Planlaması**
- 3 **Denetim Takvimi**
- 4 **Denetim Yöntemi**
- 5 **Standart ve Değerlendirme Ölçütlerine İlişkin Karşılama Düzeyi Kararı**
- 6 **Denetim Raporu**
- 7 **Denetimin Tamamlanması**

Sağlıkta Akreditasyon Denetçisi Profili

Sağlıkta Akreditasyon Denetçisi

TÜSKA tarafından düzenlenen Denetçi Eğitim Programına katılım sağlamış, programı başarı ile tamamlamış ve TÜSKA tarafında yeterli olarak değerlendirilerek Sağlıkta Akreditasyon Denetçisi sertifikası almaya hak kazanmış kişilerdir

Denetçi Eğitim Programı ISQua Akreditasyonu

**Türkiye Health Care Quality and Accreditation
Institute (TÜSKA)**

Surveyor Training Programme

Awarded by ISQua EEA
following an independent assessment
against the
Guidelines and Standards for
Surveyor Training Programmes
3rd Edition v1.1

The period of Accreditation of this Programme
is from

August 2023 until **August 2027**


Prof. Jeffrey Skarhwaite, President


Ms. Elaine O'Connor, Head of Operations

Sağlıkta Akreditasyon Denetçisi

- Yönetim Hizmetleri
- Hekimlik Hizmetleri
- Bakım Hizmetleri
- Teknik Hizmetler
- İlaç ve Eczacılık Hizmetleri
- Destek Hizmetler



Sağlıkta Akreditasyon Denetçisi

- ❑ Akreditasyona aday kurumu TÜSKA akreditasyon standartlarına uyum açısından denetleme yetkisine sahip, denetimle görevli kişidir
- ❑ Profesyonel yaşamında edindiği bilgi ve becerisini, SAS kapsamında bütünleştirerek sağlık bakım hizmetleri kalitesinin iyileştirilmesinde kullanabilen kişidir

Özellikleri: Tarafsız ve güvenilir, etik değerlere bağlı, kültürel değer ve inançlara saygılı, ekip çalışmasına uyum gösteren, mantıksal/analitik düşünme yeteneğine sahip, denetim konusu ve yöntemine hakim

Akreditasyon Denetimi Planlaması

DENETİM

TÜSKA Sağlıkta Akreditasyon Denetçisi Eğitim Programını başarıyla tamamlayarak denetçi olmaya hak kazanan Sağlıkta Akreditasyon Denetçileri ile, TÜSKA koordinasyonu ile oluşturulan denetim ekibi tarafından sağlık tesisinin tamamında yapılacak yerinde inceleme, gözlem, görüşme ve iz sürme vb. teknikler kullanılarak elde edilen kanıtlar doğrultusunda, ilgili set kapsamındaki akreditasyon standartlarının, karşılanma düzeylerinin belirlenmesi süreçlerini ifade eder

- **Denetim (İlk Denetim-Reakreditasyon Denetimi)**
- **Yeniden Denetim**
- **Ara Denetim**

DENETİM PLANLAMASI YAPILMASI

Denetim Ekibinin Oluşturulması

Sağlık tesisinde gerçekleştirilecek akreditasyon denetiminde görev almak üzere; sağlık tesisinin büyüklüğü, kapasitesi, türü ve sunduğu hizmetler temel alınarak belirlenen denetçi sayısı doğrultusunda; biri ekip lideri olmak üzere, denetçi ve gözlemcilerden (bir ya da iki kişi) oluşan ekiptir

DENETİM PLANLAMASI YAPILMASI



5 Gün 5 Denetçi

Ekip Lideri

Denetçi

Denetçi

Denetçi

Denetçi

Gözlemci

Gözlemci

Denetim Takvimi

Denetim Takvimi

- ❑ Denetim ekip lideri tarafından hazırlanan denetim takvimi, denetimden en geç 1 ay önce sağlık tesisi ile paylaşılır
- ❑ Denetim takviminde her bir denetim günü için; saat, denetçi ve denetlenecek bölüm bilgisi yer alır

Örnek Denetim Takvimi			
1. GÜN			
Zaman	Hekim	Hemşire	Yönetici
09.00 – 09.15	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (Hastane transferi ve denetim ekibinin ihtiyaçları ile ilgili görüşme)		
09.15 – 09.45	Açılış Toplantısı ve Denetim Takviminin Gözden Geçirilmesi		
09.45 – 10.30	Hastane Hizmetleri Oryantasyonu ve Kalite Yönetim Yapısının İncelenmesi (Hastane organizasyon yapısı ve sunulan hizmetler hakkında sunum)		
10.30 – 12.30	Doküman İncelemesi (Denetim ekibi için bir çalışma odası)		
12.30 – 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)		
13.30 – 13.45	Denetçi Planlama Toplantısı		
13.45 – 15.00	Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği ile ilgili Yönetim Ekibi ile Görüşme		
15.00 – 17.00	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması
17.00 – 17.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)		

Denetim takviminde her bir denetim günü için hangi akreditasyon standartlarının, hangi yöntemlerle, hangi zamanlarda, hangi disiplinden gelen denetçilerle yapılacağı gösterilir

Denetim Takvimi

Denetim Takvimi					
2. GÜN					
Zaman	Hekim	Hemşire	Yönetici	Mühendis	Hemşire/Eczacı/Diğer
09.00 – 09.45	Günlük Brifing (Denetim ekibinin önceki güne ait gözlemlerinin paylaşılması)				
09.45 – 11.00	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Hizmete Erişim)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)	Tesis Yönetimi Toplantısı (4)		Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)
11.00 – 12.30	İlaç Yönetim Toplantısı (5)		Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Hasta İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (12)
12.30 – 13.30	Öğle Yemeği (Denetim ekibi denetim planı için ekip olarak yemek yiyeceklerdir)				
13.30 – 17.00	İlaç Yönetimi Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (6)		Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Otelcilik Hizmetleri)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Tesis Yönetimi)	Sistem İzi Sürme ve Kanıt Toplama Çalışması (Transfüzyon Yönetimi)
17.00 – 17.30	Denetim Koordinatörü ile Toplantı (3) (Bir sonraki denetim günü için gereksinimlerin belirlenmesi)				

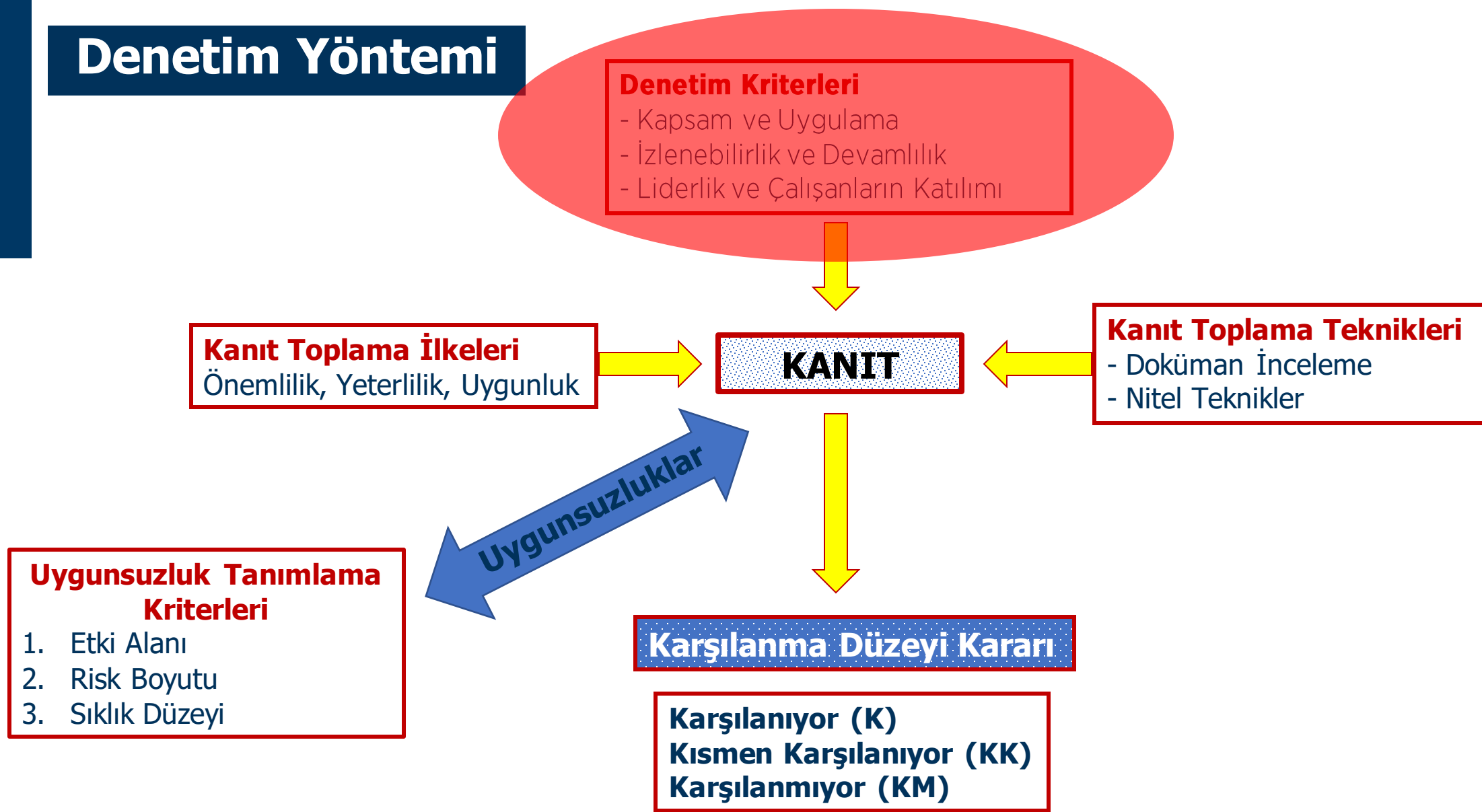
Günlük Brifing

- ☐ Bir önceki güne bakış – kısa bir özet – önemli konulara ilişkin genel yorumlar
- ☐ Kurumun yönetim ekibi ile ziyaret edilen ve denetlenen alanlardaki personelin katılımı
- ☐ Öncesinde hazırlık yapılarak, tüm denetçilerin önceki güne ait bulgularını paylaşması
- ☐ Daha çok denetim bulgusu olabilecek kısımların paylaşılması

Bir önceki denetim gününde gözden kaçırılmış veya yanlış anlaşılmış olabilecek bilgilerin teyit ve temin edilmesi fırsatı

Denetim Yöntemi

Denetim Yöntemi



Denetim Kriterleri (Denetim Yöntemi)

Standartlara ait değerlendirme ölçütlerinin karşılanma düzeyi kararı, standardın amaç ve hedefleri doğrultusundaki “denetim kriterleri”ne göre toplanan kanıtlar kapsamında belirlenmektedir

❑ Kapsam ve Uygulama

Standart/Değerlendirme Ölçütü ile ilgili plan, politika ve süreçlerin tanımlanması, bunlara ilişkin tüm iş ve işlemlerin kurumun ilgili tüm bölümlerinde önceden tanımlandığı şekilde uygulanmasıdır

Denetim Kriterleri (Denetim Yöntemi)

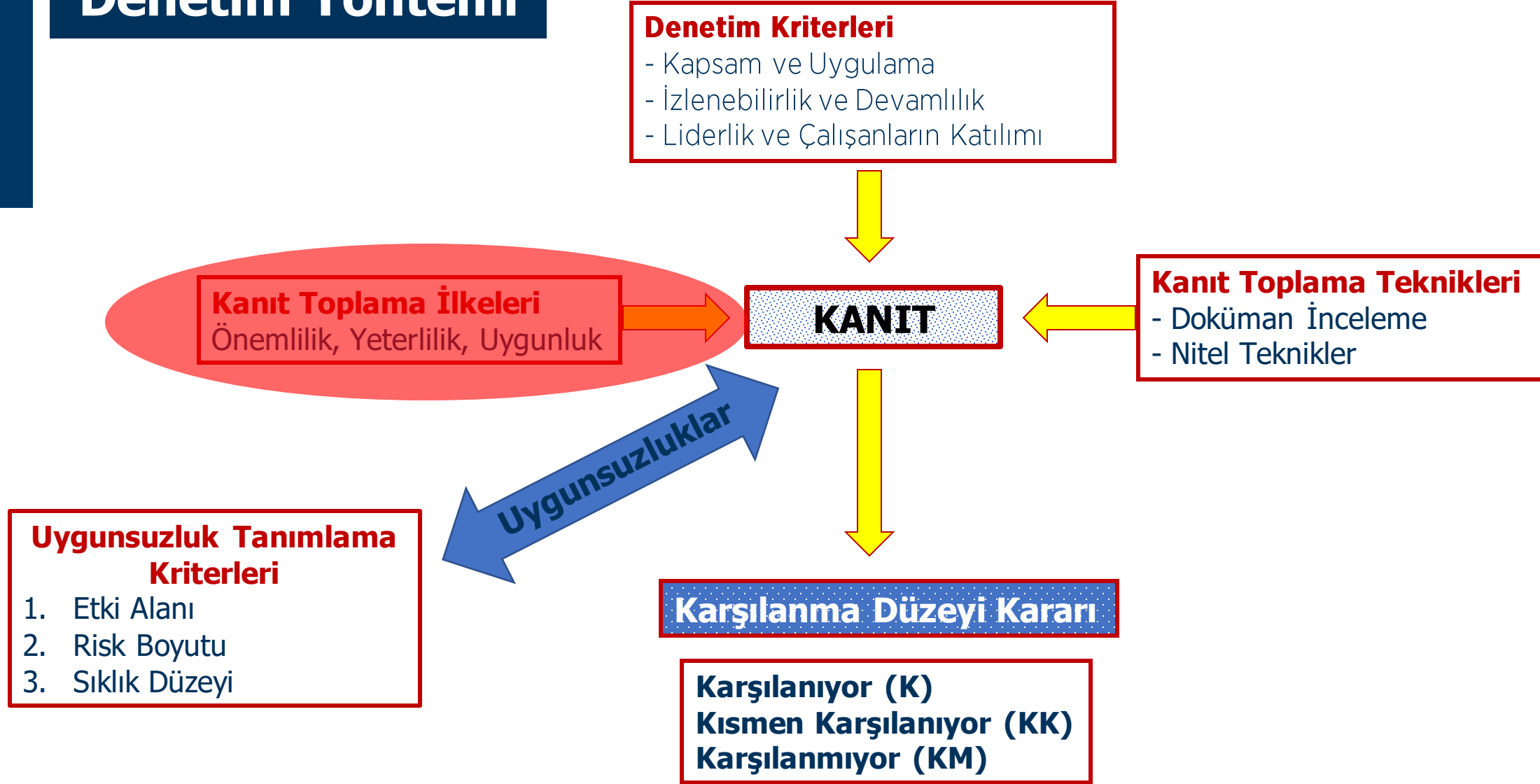
❑ İzlenebilirlik ve Devamlılık

Standart/Değerlendirme ölçütü ile ilgili süreçlerde yer alan iş ve işlemlerin; geriye dönük ve eş zamanlı olarak takip edilebilmesi, sadece belli dönemlerde değil, sürekli olarak uygulanmasıdır

❑ Liderlik ve Katılım

Standardın/Değerlendirme ölçütünün amacını gerçekleştirmeye yönelik, kurumun her düzey yönetim kademesi tarafından çalışanların yönlendirilmesi, çalışanların ilgili uygulamaları bilme, benimseme ve gerçekleştirmesidir

Denetim Yöntemi



Kanıt Toplama İlkeleri (Denetim Yöntemi)

Kanıt toplama ilkelerimizin amacı, denetim riskini minimize etmektir

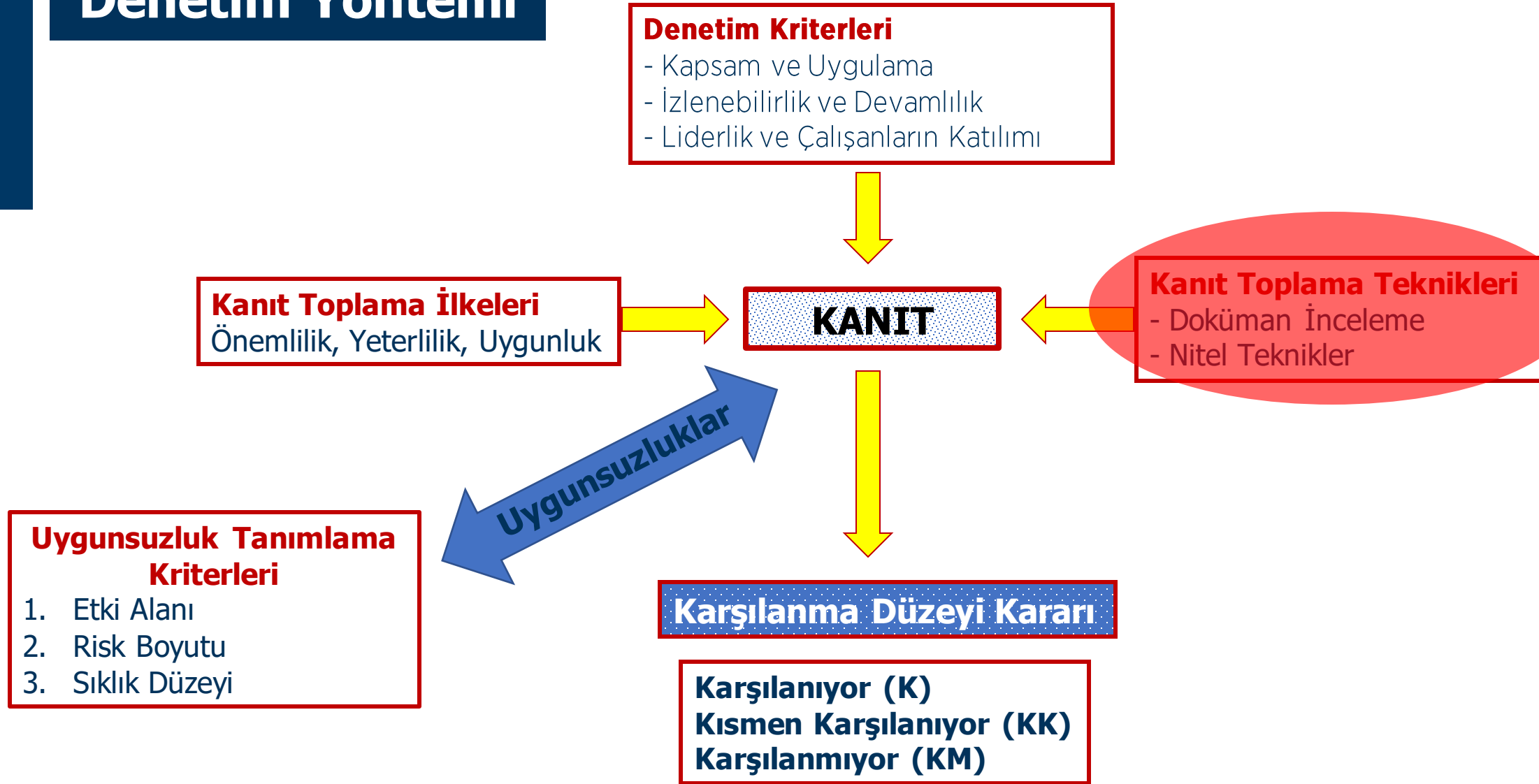
Önemli ve riskli kalemler için çok sayıda kanıt toplanması yapılacak denetim sonucu ulaşılabacak yargı ve sonuçların doğruluğu açısından önem arz etmektedir

Kanıt Toplama İlkeleri (Denetim Yöntemi)

Denetim görüşü oluşturmak için gerekli denetim kanıtı miktarı elde edilen kanıtların uygunluğu/kalitesi ve değerlendirilen hususa ilişkin önemli yanlışlık riskinden etkilenir. Bu nedenle denetim riski arttıkça toplanacak denetim kanıtı miktarı da artırılmalıdır

Uygunluk, denetim kanıtının kalitesinin ölçümüdür. Bir başka deyişle denetim kanıtının uygunluğu; kanıtın güvenilirliği ve ilgili olmasıdır

Denetim Yöntemi



Kanıt Toplama Teknikleri (Denetim Yöntemi)

❑ Doküman İnceleme

Denetime esas olan kanıtlar, kurum tarafından sunulan ya da denetim esnasında fiziki veya elektronik kayıt ve dokümanlar aracılığıyla elde edilir

❑ Nitel Teknikler

Gözlem, görüşme, hasta ve sistem izi sürme

Denetim Yöntemi

Denetim Kriterleri

- Kapsam ve Uygulama
- İzlenebilirlik ve Devamlılık
- Liderlik ve Çalışanların Katılımı

Kanıt Toplama İlkeleri

Önemlilik, Yeterlilik, Uygunluk

KANIT

Kanıt Toplama Teknikleri

- Doküman İnceleme
- Nitel Teknikler

Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri

1. Etki Alanı
2. Risk Boyutu
3. Sıklık Düzeyi

Uygunsuzluklar

Karşılama Düzeyi Kararı

Karşılıyor (K)
Kısmen Karşılıyor (KK)
Karşılanmıyor (KM)

Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri (Denetim Yöntemi)

❑ Sıklık Düzeyi

Değerlendirilen örneklem bağlamında standarda/ölçüte ilişkin uygunsuzluğun örneklem içindeki frekansının oransal ifadesidir. Uygunsuzluğun değerlendirilen örneklem içindeki sıklığı

- Yok ya da nadir ise (Seçilen örneklemde % 5 ve altında): **AZ**
- Az sıklıkta ise (Seçilen örneklemde % 6-15 arasında ise): **ORTA**
- Çok sık ise (Seçilen örneklemde % 16 ve üzerinde ise): **YÜKSEK**

Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri (Denetim Yöntemi)

❑ Etki Alanı

Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların, bireysel ya da kısıtlı bir alanda mı sınırlı olduğu, yoksa kurumsal ve sistemsel düzeyde mi etkili olduğunun belirlenmesini ifade eder

❑ Uygunsuzluk bireysel veya oldukça sınırlı alanda ise: **BİREYSEL**

Genellikle çalışanların dikkatsizliği, ihmalkarlığı, mesleklerinin gereklerinin yerine getirmemeleri veya başka bir dış faktörden kaynaklanan nedenlerle oluşur

❑ Uygunsuzluk kurumsal veya sistemsel düzeyde etkili ise: **SİSTEMSEL**

Kurum ya da kuruluş tarafından uygulanan sistemin planlanması, organizasyonu, yürütülmesi, denetlenmesi ile ilgili uygunsuzluklar bu kapsamda değerlendirilir

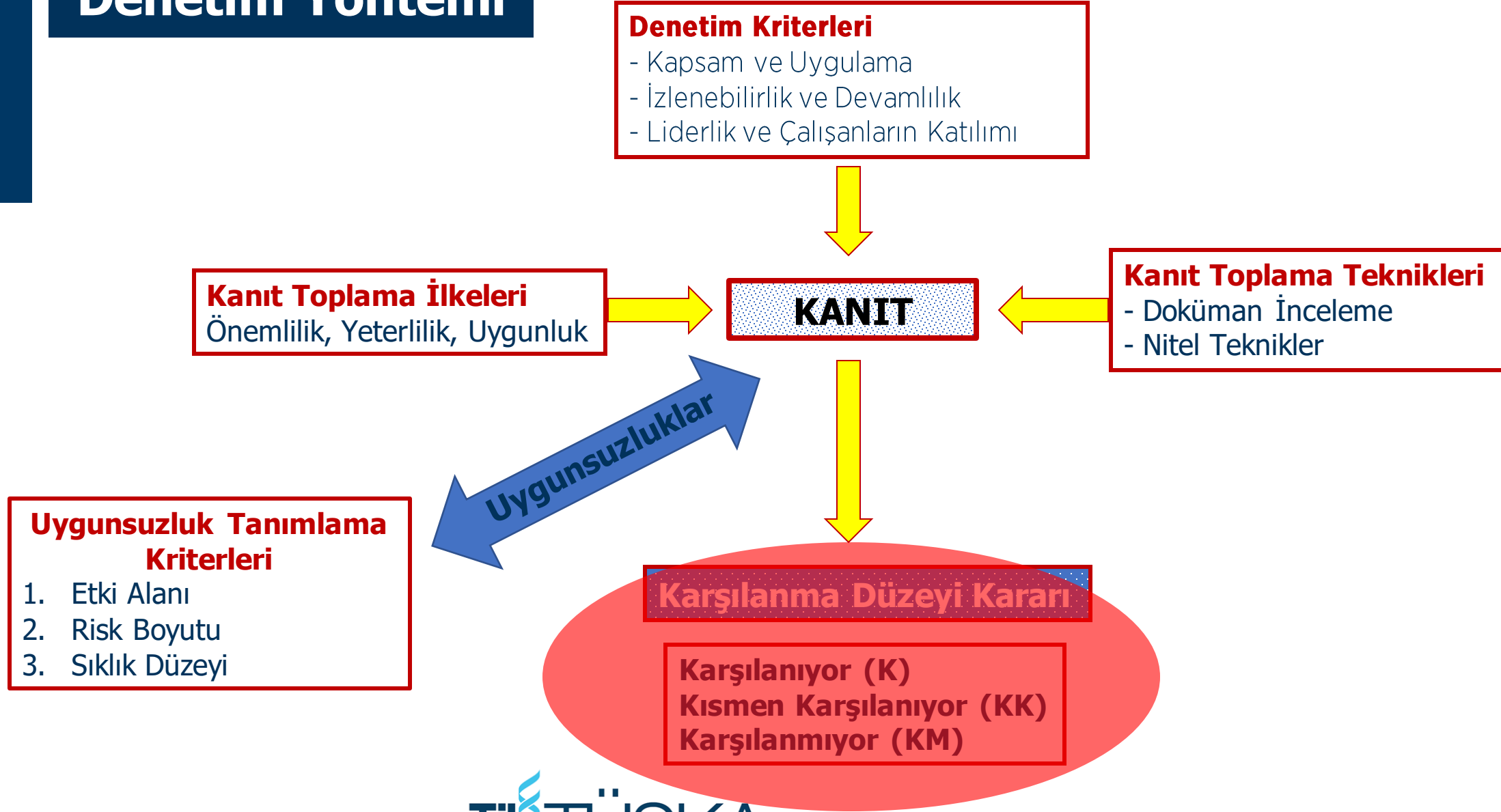
Uygunsuzluk Tanımlama Kriterleri (Denetim Yöntemi)

☐ Risk Boyutu

Standarda ilişkin tespit edilen uygunsuzlukların hasta ve çalışan güvenliği ile ilişkisini ifade etmektedir

- ☐ Hasta ve çalışan güvenliği açısından olumsuzluk yok/çok az (en çok ayakta tedavi edilebilecek olumsuzluklar) ise: **AZ**
- ☐ Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından kısmen olumsuz (ölümcül ya da ciddi olmayan, kronik olumsuzluklara yol açmayacak olumsuzluklar) ise: **ORTA**
- ☐ Uygunsuzluk, hasta ve çalışan güvenliği açısından çok olumsuz (kronik, sekel bırakan, ciddi, ölümcül nitelikte olabilecek olumsuzluklar) ise: **YÜKSEK**

Denetim Yöntemi



Standart ve Değerlendirme Ölçütlerine İlişkin Karşılama Düzeyi Kararı

Karşılama Düzeyi Kararı

Değerlendirme Ölçütü Karşılama Düzeyi Kriterleri Matrisi

FAKTÖR	ŞİDDET	KARŞILANMA DÜZEYİ KARARI*		ŞİDDET	FAKTÖR
RİSK BOYUTU	YÜKSEK	KM	KM	Yüksek	SIKLIK DÜZEYİ
	ORTA	KM/KK	KM	Yüksek	
	AZ	K/KK	KM/KK	Yüksek	
	YÜKSEK	KK/KM	KM	Orta	
	ORTA	K/KK	KM/KK	Orta	
	AZ	K	KK/KM	Orta	
	YÜKSEK	K/KK	KK	Az	
	ORTA	K	KM/KK	Az	
	AZ	K	K/KK	Az	
FAKTÖR	ŞİDDET	BİREYSEL	SİSTEMSEL	ŞİDDET	FAKTÖR
ETKİ ALANI					

Karşılanma Düzeyi Kararı (Değerlendirme Ölçütü)

- Her bir uygunsuzluk için bahsedilen uygunsuzluk tanımlama kriterlerine göre değerlendirme ölçütü karşılanma düzeyi matrisinde bu kararların kesişim bölgeleri bulunur
- Denetçi kararını (matristeki tekli ve ikili kararlar) standardın, standart setinin ilgili bölümünün ve hatta diğer bölümlerin ilişkili olanlarının karşılanma düzeylerini de dikkate alarak bütüncül bir bakış açısıyla verir
- Karşılanma Düzeyi Kararında renksiz bölmeler denetçi kanaati sonucu belirlenir. Matris denetçiye ilk kararı vermesini önceler

Standart Karşılanma Düzeyi Kararı Kuralları

- ❑ Tüm Değerlendirme Ölçütleri Karşılanıyor almış ise **Standart Karşılanıyor (K)**
- ❑ Standardın en az 1 Değerlendirme Ölçütü Karşılanmıyor almışsa **Standart Karşılanmıyor (KM)**
- ❑ Tüm Değerlendirme Ölçütleri Kısmen Karşılanıyor almış ise **Standart Kısmen Karşılanıyor (KK)**

Standart Karşılanma Düzeyi Kararı Kuralları

- ❑ K ve KK olan değerlendirme ölçütleri sayıları eşit veya aralarında tek fark var (fazla olana öncelik verilir) ise denetçi bütüncül yaklaşarak iki karardan birini verebilir. Aradaki fark 2'den fazla ise fazla olan yönünde karar verilir

Karşılanma Düzeyi Kararı

5 DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTÜNE SAHİP BİR STANDARDIN KARŞILANMA DÜZEYİ KARARI OLASILIKLARI					
DEĞERLENDİRME ÖLÇÜTLERİ KARŞILANMA DÜZEYİ KARARI					STANDART KARŞILANMA DÜZEYİ KARARI
1	2	3	4	5	
K	K	K	K	K	K
K	K	K	K	KK	K
K	K	K	KK	KK	K / KK
K	K	KK	KK	KK	KK / K
K	KK	KK	KK	KK	KK
KK	KK	KK	KK	KK	KK
K	K	K	K	KM	KM
KK	KK	KK	KK	KM	KM
K	KK	K	KK	KM	KM

Denetim Raporu

Denetim Raporu

DENETİM
RAPORU

HASTANE
ÖN RAPOR

HASTANE
EK RAPOR

Denetim Ön Raporu

- AKREDİTASYON DENETİM ÖN RAPORU -

Denetim Tarihi

Denetim Ekibi

Rapor Tarihi

Bu rapor, ilgili tarihlerde denetim ekibi tarafından yapılan akreditasyon denetimindeki bulguları içeren bir rapor olup, hastanenin akreditasyon sonucunu belirten bir rapor değildir. TÜSKA Akreditasyon kararını bildiren sonuç raporunu, ön raporun Validasyon Panelinden ve Akreditasyon Yürütme Kurulundan geçmesinin ardından bir ay içinde hastaneye bildirecektir.

DENETİM BULGULARI

Bölüm: Organizasyon Yapısı

Bölüm Kodu: YO.OY

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	D.Ö. Karşılama Düzeyi	Denetim Bulgusu	Standart Karşılama Düzeyi
8		1	1. Organizasyon yapısında			1 LANIYOR

- Denetim tamamlandıktan sonra denetim ekibi tarafından sağlık tesisi ile paylaşılan denetim uygunsuzluk bulgularının yer aldığı rapordur

Denetim Ek Raporu

- AKREDİTASYON DENETİM EK RAPORU -

Denetim Tarihi

Denetim Ekibi

Rapor Tarihi

Bu rapor, ilgili tarihlerde denetim ekibi tarafından yapılan akreditasyon denetimindeki bulguları içeren bir rapor olup, hastanenin akreditasyon sonucunu belirten bir rapor değildir. Karşılıyor kararı verilen değerlendirme ölçütlerine ilişkin denetim bulgularını içerir.

DENETİM BULGULARI

Bölüm: Kalite Yönetim Yapısı

Bölüm Kodu: YO.KY

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	D.Ö. Karşılama Düzeyi	Denetim Bulgusu	Standart Karşılama Düzeyi
KY.01.00	4 - Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliği	KY.01.01	14 - Kalite iyileştirme çalışmalarının planlanması, yürütülmesi, koordinasyonu ve sürekliliğini sağlamak	✓ KARŞILANIYOR	Kalite yönetim yapısı organizasyon şemasında tanımlanmış olup, bir dokümanda farklı bir genel müdüre bağlı olduğu görülmüştür.	KARŞILANIYOR

- Denetimde karşılanıyor kararı verilmekle birlikte, denetim ekibinde iyileştirme ihtiyacı kanaatinin oluşmasına neden olan bulguların yer aldığı rapordur

Denetim Raporu

Denetim Raporu

Denetim Tarihi :

Denetim Ekibi :

Rapor Tarihi :

Bölüm: Organizasyon Yapısı

Bölüm Kodu: YO.OY

Kod	Standart	Kod	Değerlendirme Ölçütü	D.Ö. Karşılama Düzeyi	Döküman İnceleme / Nitel Teknik	TÜSKAnet Özel Alan	Standart Karşılama Düzeyi
		OY.01.01	1 - Organizasyon yapısı, kurumsal ve klinik yönetim ile ilgili sorumlulukları içerecek şekilde	KARŞILANIYOR			

- Denetim ekibi tarafından oluşturulan ve TÜSKA'ya iletilen, validasyon paneli sürecinden geçen rapordur
- Akreditasyon Yürütme Kurulu kararı sonrasında (denetimden en geç 30 gün sonra) sağlık tesisine gönderilir

Denetimin Tamamlanması

Kapanış Toplantısı

- ❑ Standart ve değerlendirme ölçütlerine yönelik bulguların özeti
 - Denetim raporundaki “kısmen karşılanıyor” ve “karşılanmıyor” bulguları
- ❑ Denetim sonrası sürece ilişkin bilgilendirme
 - Akreditasyonla ilgili son kararın denetim ekibi tarafından verilmediğinin vurgulanması
 - Validasyon Paneli
 - Akreditasyon Yürütme Kurulu
- ❑ Ön raporun verilmesi

Akreditasyon Denetim Tutanağı

HASTANE AKREDİTASYON PROGRAMI AKREDİTASYON DENETİMİ TUTANAĞI

.../.../20...
(Tarih)

DENETLENEN KURUM/KURULUŞ:

DENETÇİLER	ADI SOYADI
Ekip Lideri	
Denetçi	
Denetçi	
Denetçi	
Denetçi	

Denetim Gün ve Ekip Sayısı	Gün veDenetçi
Denetim Tarihleri	
Denetim Türü	Denetim ☐ Yeniden Denetim ☐ Ara Denetim ☐
Denetim Kapsamı	SAS Hastane Seti-v3.0/2021
Denetimin Yapılma Durumu	Yapıldı ☐ Yapıl(a)madı ☐ Yapılamadı ise gerekçesi:
Denetim Denetim Takvimine uygun olarak yapıldı mı?	Evet ☐ Hayır ☐ Hayır ise gerekçesi:
Denetim Süreci akreditasyon programına göre yapıldı mı?	Evet ☐ Hayır ☐ Hayır ise gerekçesi:
Denetim Süreci denetim yöntemine göre yapıldı mı?	Evet ☐ Hayır ☐ Hayır ise gerekçesi:
Denetim Süreci ve Denetim Ön Sonuçlar Hakkında Kurum/Kuruluşa Genel Bilgilendirme	Bölüm ve standart kapsamında özellikle güvenlik ile ilgili genel tespitler anlatılır. İyi uygulama örneklerinden bahsedilir. Nihai sonucun TUSKA Akreditasyon Yürütme Kurulu tarafından verileceği belirtilir.

Denetim Ekip Lideri

Adı Soyadı

Tarih

Kurum Yetkilisi

Adı Soyadı

Tarih

Son Söz

- ❑ Denetimleri uygunsuzluk arama-bulma faaliyeti olarak değil, bağımsız bir gözle sağlık hizmetlerinin iyileştirilmesine katkı sağlama hizmeti olarak görüyoruz
- ❑ Bağımsız denetim kuruluşu TÜSKA olarak; bağımsız, standart ve ekip uyumunu destekleyen denetçilerimizle doğru denetim kararları vererek, Sağlık Hizmetlerinde Akreditasyonun gereklerini yerine getirmek için çalışıyoruz

TEŞEKKÜRLER



TÜRKİYE
SAĞLIK
ENSTİTÜLERİ
BAŞKANLIĞI

İletişim:

www.tuseb.gov.tr/tuska
tuskadep@tuseb.gov.tr
gulsen.koralay@tuseb.gov.tr



@tuskatr