1. **AMAÇ**

Bu prosedürün amacı; Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü içinde uygunsuzlukların ve paydaş geribildirimlerinin tanımlanması, değerlendirilmesi ve bu uygunsuzlukların ortadan kaldırılması ve tekrarını önleyecek faaliyetler ile ilgili gerekli yöntem ve sorumlulukları tanımlamaktır.

**2. KAPSAM**

Bu prosedür, Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümüne ilişkin uygunsuz olan, paydaş geribildirimleri oluşmuş tüm faaliyetleri ve çalışanları kapsamaktadır.

**3. TANIMLAR**

**Uygunluk:** Bir standardın (ölçütün) yerine getirilmesi.

**Uygunsuzluk:** Bir standardın (ölçütün) yerine getirilememesi.

**İyileştirici Faaliyet:** Uygunsuzluğun nedeninin veya istenmeyen diğer durumların ortadan kaldırılması için yapılan faaliyet.

**Düzeltici Faaliyet:** Uygunsuzluğun nedeninin veya istenmeyen diğer durumların ortadan kaldırılması için yapılan faaliyet (İyileştirici faaliyet uygunsuzluğun oluşumunu önlemek için yapılırken, düzeltici faaliyet uygunsuzluğu gidermek ve tekrarını önlemek için yapılır).

**DİF:** Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet

**DİFİF:** Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet İzlem Formu

**4. SORUMLULUKLAR**

Bu prosedürün hazırlanmasından Kalite Birimi sorumludur. Düzeltici ve İyileştirici faaliyetlerin uygulanmasına yönelik sorumluluklar prosedürde belirtilmiştir. Açılan DİF’lerin takibi ve kanıtların toplanmasında ilgili taraflar (örn. dekanlık, anabilim dalları, standart çalışma grupları, iç ve dış paydaşlar, kalite birimi) sorumludur. Haziran 2021 tarihinden itibaren yapılan düzeltici ve iyileştirici faaliyetler sonucu DİF’ler, hemşirelik bölümü kurul kararı ile kapatılmaktadır.

**5. UYGULAMA**

**5.1. Uygunsuzluk ve/veya Paydaş Geribildirimleri**

Ondokuz Mayıs Üniversitesi Sağlık Bilimleri Fakültesi Hemşirelik Bölümü Kalite Birimi, iç ve dış paydaşların ihtiyaç ve beklentilerini karşılamayı ve memnuniyet düzeyini arttırmayı amaçlamakta ve bu amaca ulaşabilmek için çeşitli gerekliliklerin yerine getirilmesini sağlamaya çalışmaktadır. Bölümün işleyiş süreçlerinde oluşabilecek uygunsuz durumlar; paydaş geribildirimleri, yönetimin gözden geçirme sonuçları ile paydaş memnuniyet anketi sonuçları yoluyla tespit edilmektedir. Bu uygunsuzluklar ve/veya paydaş geribildirimleri ile iyileşme/düzeltmenin gerçekleşmediği DİF’ler kalite birimi için “uygunsuzluk” olarak tanımlanarak kalite birimi ve DİF istenen birimler tarafından takip edilmektedir.

**5.2. DİF Yönetimi**

**5.2.1. Uygunsuzluk ve/veya Paydaş Geribildirimlerinin Raporlanması**

Mevcut uygunsuzluklar ve paydaş geribildirimleri tüm akademik ve idari personel, anabilim dalları, bölümün tanımlanmış komisyonları ya da akreditasyon standart çalışma grupları tarafından tespit edilebilmektedir. Uygunsuzluğu tespit eden ilgili kişi/birimler, DİF formunu doldurmakta ve Kalite Birimi’ne iletilmektedir. DİF talep eden kişi/birim, uygunsuzluğun tanımını anlaşılır ve somut bir biçimde yazmak ve formu imzalayarak/paraflayarak Kalite Birimi’ne göndermekle sorumludur.

**5.2.2. Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Kaydının Yapılması**

Kalite birimine iletilen DİF’ler/paydaş geribildirimleri;

1. Kalite Birimi tarafından incelenerek, Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet (DİF) Takip Listesi’ne kaydedilmekte ve numaralandırılmaktadır (örn. DİF NO: 85).
2. DİF Takip Listesi’ne kayıt tarihi, DİF’in açılış tarihidir.
3. DİF Takip Listesi, 1 (bir) numarasıyla başlayıp yeni DİF eklendikçe numaralandırılması devam etmekte ve aynı konulu DİF sonraki dönem/yılda tekrar açıldığında alt numaralandırma (Örneğin; DİF No:1.1, DİF No:1.2 vb.) yapılmaktadır. Etkin olarak değerlendirilmeyen faaliyetlerde ise DİF açık kalarak takibi sürdürülmektedir.
4. Kalite Birimi formu inceleyerek mevcut uygunsuzluğun konusunu ve uygunluğunu değerlendirmektedir.
5. DİF’e yönelik uygunsuzluğun giderilmesine ilişkin faaliyet planını gerçekleştirmek üzere çözümden sorumlu olan kişi ve/veya sorumlulara (DİF istenen birim; örn. dekanlık, anabilim dalları, standart çalışma grupları, iç ve dış paydaşlar) iletmektedir.

**5.2.3. Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet Formlarının Analizi, Uygulama Planı ve Faaliyetlerin Uygulanması**

Uygunsuzluk/uygunsuzluk riski/paydaş geribildirimlerini yanıtlamak üzere sorumlu kişi ya da gruplar;

1. DİF formunda belirtilen sorunu analiz ederek sorunun nedenlerini incelemekte ve çözümleyici faaliyetleri başlatmaktadır.
2. Başlatılan faaliyetler DİF formunun “faaliyet tanımı” kısmına yazılmaktadır.
3. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesinden sorumlu kişi/birim, faaliyetlerin gerçekleştirilme tarihini belirtmek sureti ile form üzerine kaydederek imzalamakta ve bir nüshasını en geç 10 iş günü içinde Kalite Birimi’ne iletmektedir (Uygunsuzluk olarak tanımlanan durumun ivedi olarak çözümlenmesi gerekiyorsa bu süre kısaltılabilmektedir).
4. DİF’ler DİFİF’e düzenli olarak kaydedilerek takip edilmektedir.
5. Kalite Birimi DİF’te yer alan uygunsuzluğa ilişkin faaliyetlerin kanıtlarını kontrol ederek arşivlemektedir.
6. DİF istenen birim ya da kişi’nin gerçekleştirdiği düzeltici ve iyileştirici faaliyetler uygunsuzluğu gidermede yetersiz ise “Kalite Birimi ve Hemşirelik Bölümü Kurulu”nun görüşü alınarak takibi sürdürülmektedir.

**5.2.4. Düzeltici ve İyileştirici Faaliyetlerin Kapatılması**

Düzeltici ve İyileştirici Faaliyetin sonlandırılabilmesi için;

1. Kalite birimi ve hemşirelik bölüm kurulu gerçekleştirilen/planlanan düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin ve kanıtlarının uygunluğunu kontrol etmekte ve bu faaliyetler ile uygunsuzluğun çözümlendiğini teyit etmektedir.
2. Kalite birimi ve hemşirelik bölüm kurulu iletilen uygunsuzluğun giderilmesi durumunda yapılan faaliyetleri “etkin” olarak değerlendirmekte ve DİF’i kapatmaktadır.

**5.3. Düzeltici ve İyileştirici Faaliyetlerin İzlenmesi**

Yıl boyunca iletilen tüm düzeltici ve iyileştirici faaliyetler Bölüm Kalite Birimi tarafından izlenerek;

1. Toplam DİF sayısı
2. DİF’ lerin konularına göre dağılımı
3. Kapatılan/etkin olan DİF’ler ve sonuçları
4. Kapatılamayan/etkin olmayan DİF’ler

Bölüm başkanlığına yıllık olarak sunulmakta ve alınan kararlar kalite iyileştirme çalışmalarına esas olarak alınmaktadır.

**6. İLGİLİ DOKÜMANLAR**

**6.1. Dış Kaynaklı Dokümanlar**

DŞ-001-ISO 9001:2008 Standardı

**6.2. İç Kaynaklı Dokümanlar**

SBF- Hemşirelik-Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet (DİF) Formu

SBF-Hemşirelik- Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet İzleme Formu (DİFİF)

SBF- Hemşirelik-Düzeltici ve İyileştirici Faaliyet İş Akış Şeması