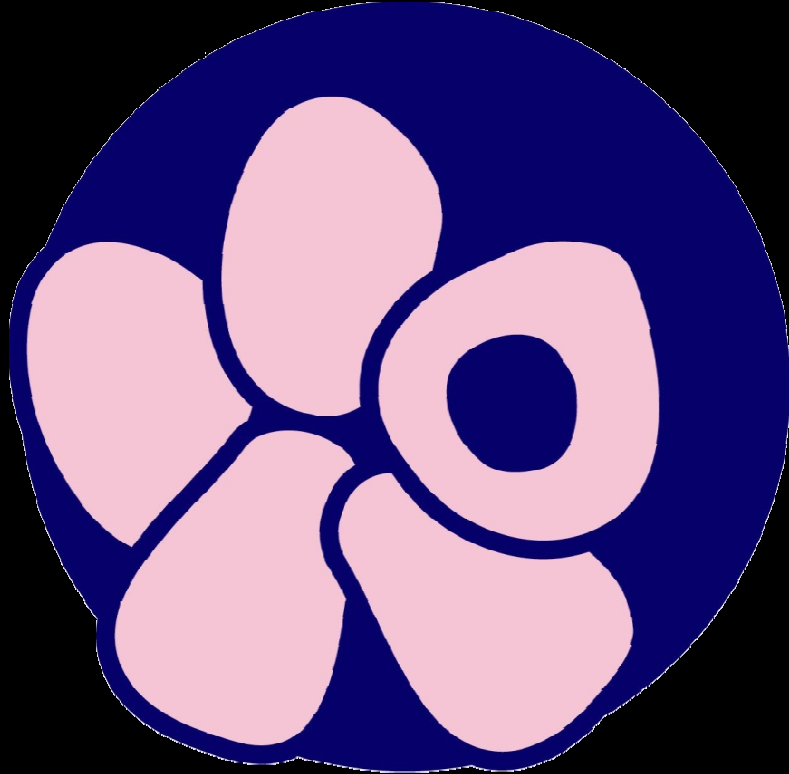


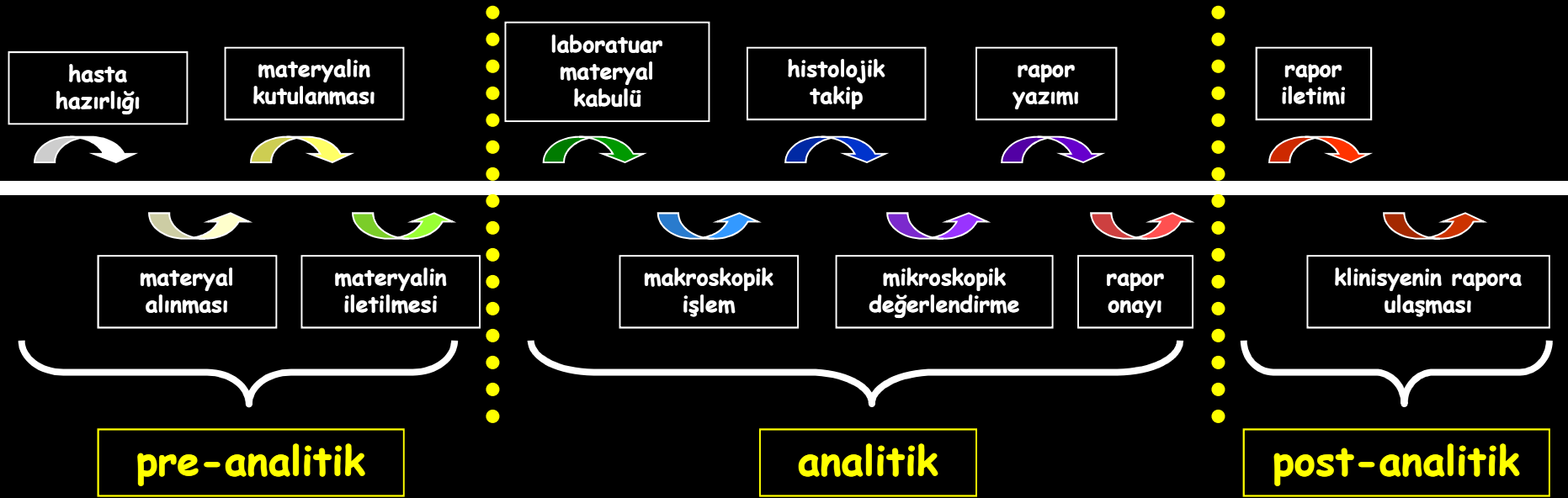
KALİTE HİZMET STANDARTLARI



PATOLOJİ
DERNEKLERİ
FEDERASYONU

3 Mart 2012

Ankara



TERMINOLOJİ

- KALİTE (patolojide toplam kalite)
- KALİTE KONTROLÜ (quality control)
- KALİTE GÜVENCESİ (quality assurance)

KALİTE

Hasta ile ilgili hizmette, beklenen (doğru) sonucu alma ihtimalini artırmak, beklenmeyen (yanlış) sonucu alma ihtimalini azaltmak



KALİTE KONTROLÜ

Patoloğun denetimi altında, laboratuvar personeli tarafından yürütülen günlük bilimsel ve teknik işleri kapsar.

KALİTE GÜVENCESİ

Kalite kontrolüne "tıbbi hüküm uygulanması" sorumluluğunu ekler ve tüm patoloji hizmetlerinde mükemmel tıbbi sonuca ulaşma işlemleri anlamına gelir.

KALİTE PROGRAMI

- Ben ne yapıyorum?
- Doğru-düzgün yaptığımı nasıl bilebilirim?
- Başkalarını doğru yaptığıma nasıl ikna edebilirim?

PATOLOJİDE TOPLAM KALİTE

- Yeterli, eksiksiz, ilgili tıbbi bilgi içeriği olan,
- Zamanında hazırlanmış,
- Standart,
- Ulaşılabilir,
- Uygun maliyetli,
- Doğru,
- Riski yok veya minimum,

PATOLOJİ RAPORU'nun teknik ve profesyonel aşamalarla kontrolü

PATOLOJİDE TOPLAM KALİTE

1. Teknik ve işlemsel elemanlar

- A. Materyal belirleme, kabul, kayıt
- B. Materyal işleme
- C. İşlem kılavuzları
- D. Cihaz bakımı
- E. Arşiv

KK

2. Patologun profesyonel rolü

3. Tanı raporu kalitesi

PATOLOJİDE TOPLAM KALİTE

1. Teknik ve işlemsel elemanlar

2. Patologun profesyonel rolü

A. Önceki materyalin değerlendirilmesi

B. Sitoloji-histoloji korelasyonu

C. İntraoperatif konsültasyon (frozen)

D. Bireysel konsültasyon

E. Kurum dışı konsültasyon

F. Konferanslar, komite gözlemleri

G. Eğitim, performans iyileştirme, kendini değerlendirme aktiviteleri

KG

3. Tanı raporu kalitesi

PATOLOJİDE TOPLAM KALİTE

1. Teknik ve işlemsel elemanlar
2. Patologun profesyonel rolü
3. Tanı raporu kalitesi

A. Klinik bilgi

B. Yazım-sekreterya yeterliliği

C. Zamanlama

D. Tanımlama yeterliliği ve kalitesi

E. Tanısal bilgi yeterliliği

KG+KK

Kalitede sürekli iyileştirme

- Hatalar insanlara değil sisteme aittir
- Veri toplamak, sorunları saptamak demektir
- İyileştirme maliyeti azaltır
- İyi sistem kurgulamak, son ürün kontrolünden daha etkindir
- *Kusur bulmak-cezalandırmak amaçlı olmamalı*

NEREDEN BAŞLAYALIM?

- Kayıt
 - “If it isn't written, it didn't happen”
- KK kuralları
- K programı
 - K Komisyonu
 - Bölüm sorumlusu
 - K sorumlusu
 - Laboratuvar sorumlusu patolog
 - Laboratuvar sorumlusu teknisyen



© *Joint Commission*
INTERNATIONAL

How to Get Started with JCI Accreditation

The Accreditation Journey: General Suggestions

- The importance of leadership commitment: Board, CEO, and clinical leaders
- Leadership's responsibility to assuring systems are designed for quality and safety
- Set a realistic timeframe for preparation, such as 18-24 months
- Allocation of resources: may include facility enhancement, training, recruitment of new staff, and redesign of systems



The Accreditation Journey: Begin with Education

- Education for organizational leaders and managers
 - ◆ Introduction to accreditation philosophy and approach
 - ◆ Accreditation as a quality improvement and risk reduction strategy
 - ◆ Review of the standards and measurable elements
 - ◆ Discussion of the survey process and what to expect
 - ◆ Project planning and next steps



The Accreditation Journey: Team Approach

- Assign oversight of each chapter of standards to a respected champion/leader who will identify team members from throughout the hospital
- Involve those who may also be skeptical of the process
- Look for good people skills, time management skills, and consensus building skills
- Be prepared to change as new champions emerge, and some leaders drop out



The Accreditation Journey: Mid-Point Strategies

- Continue to monitor your progress in meeting the standards, such as through a mini-evaluation of each chapter at regular intervals (e.g quarterly)
- Don't be afraid to adjust your project plan to be more realistic --- change often takes longer than one expects
- Continue to involve as many staff as possible in the process --- make it an organizational quality goal that *together* you are wishing to achieve



Strategies that have Worked

- Importance of physician commitment to the accreditation process
 - ◆ Must see accreditation standards as a framework by which organizational processes will be improved
 - ◆ Care will ultimately be of higher quality and safer for their patients
 - ◆ Reassure physicians that accreditation is not intended to tell them how to practice medicine!



NEREDEN BAŞLAYALIM?

- Standart Uygulamalar Kılavuzu (SUK)
 - Tüm yöntemlerin tanımı
 - Materyal kabul yöntemi, kriterleri
 - Makroskopi alma, standartlar
 - Frozen kesit, değerlendirme, bildirme
 - Otopsi
 - Dökme, kesit, boyama, teslimat
 - Histokimya, immünohistokimya
 - Mikroskopik değerlendirme, rapor etme
 - Raporun kliniğe ulaştırılması
 - Hasta dosyasına girmesi
 - Klinisyenin haberdar edilmesi
 - Raporun tanısal uygunluğu
 - Rapor içeriğinin kullanılabilirliği
 - İletişim ve zamanlaması

NEREDEN BAŞLAYALIM?

- Cihaz kullanma kılavuzları
- Reaktif maddeler ve boyaların test edilmesi
- Cihaz takip, bakım, onarım işlemleri ve kaydı
- Cihaz, ortam ısısı kontrol ve kaydı

NEREDEN BAŞLAYALIM?

- Laboratuvar imkanları
- Çalışma odaları, cihaz istasyonları
- Serbest çalışma alanları
- Yeterli malzeme, doküman, işlem kılavuzu depolama alanı
- Su, elektrik, gaz, v.b.
- Atık kutuları, yeri

GÜVENLİK

- Yazılı güvenlik uygulama yönergesi
 - Genel güvenlik
 - Kan yoluyla bulaş
 - Uluslararası önlemler
 - Tüberküloz önleme
 - Kaza iletişimi ve kaydı
 - Kimyasal hijyen
 - Kişisel koruyucu giysiler
 - Yangın ve elektrik güvenliği
 - Ergonomik önlemler

ORGANİZASYON VE EĞİTİM

- Kalite programının tanıtımı
- Sorumluluklar
- Güvenlik
- Haklar
 - İş yükü
 - Mekan
 - Donanım



Advancing Excellence

COMMISSION ON LABORATORY ACCREDITATION

Laboratory Accreditation Program

ANATOMIC PATHOLOGY CHECKLIST



Every patient
deserves the
GOLD STANDARD

COMMISSION ON LABORATORY
ACCREDITATION
Laboratory Accreditation Program

SAMPLE CHECKLIST



This document contains a sampling of questions that appear in the CAP Accreditation Checklists. This abbreviated version of the Checklists should not be used for inspection purposes.

Accredited laboratories may access master and custom checklists online at www.cap.org as a service provided exclusively to CAP-accredited laboratories.

Guidance on the Role of the Pathology Quality Manager



IBMS guidance

Please post or circulate

EH&S FACT SHEET

Environment, Health and Safety Information for the Berkeley Campus

No. 1
Revised 6/26/08



Biohazardous Waste Management

These guidelines describe how to properly manage biohazardous waste at UC Berkeley. More detailed information can be found on the EH&S web site: www.ehs.berkeley.edu/hazmat/medwaste.html. A related EH&S fact sheet is available for sharps: www.ehs.berkeley.edu/pubs/factsheets/ys sharps.html.

Solid Biohazardous Wastes

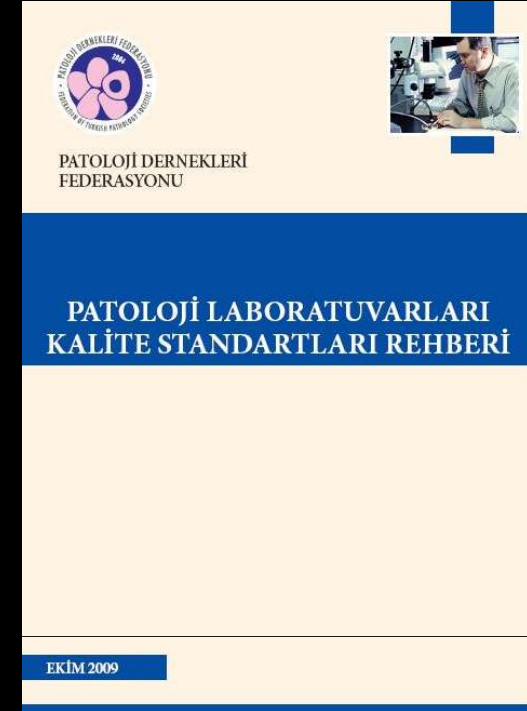
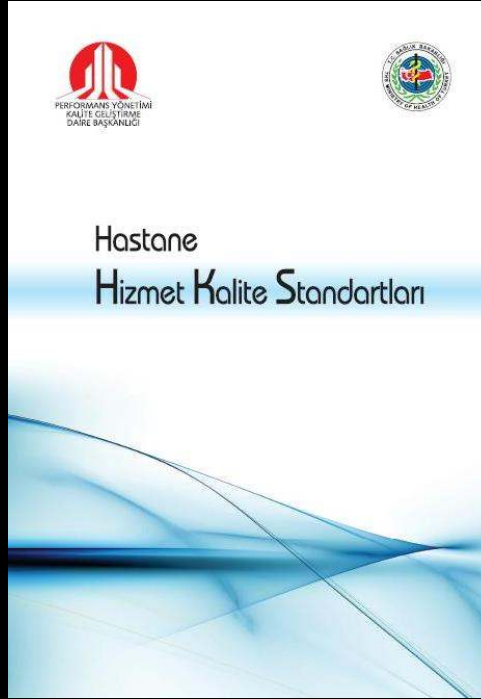
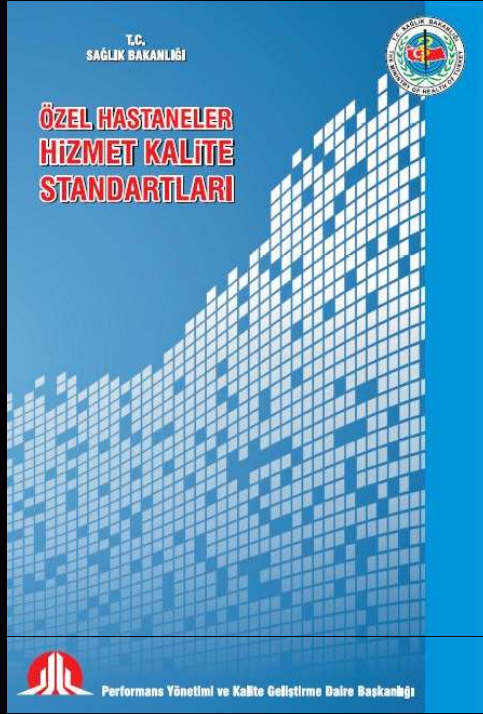
These are solid wastes contaminated with an "infectious agent" www.phac.aspc.gc.ca/midr-ftss/index.html. Examples include: (1) human or animal specimen cultures and stocks; (2) wastes from the production of bacteria, viruses, spores, and discarded live and attenuated vaccines; (3) recognizable human anatomical or animal parts, tissues, fluids, or carcasses; and (4) solid waste saturated with recognizable fluid blood.



Figure 1

Proper Management of Solid Biohazardous Waste

1. Keep your laboratory locked and label your outer door with the international



TÜRK AKREDİTASYON KURUMU

