



Változtatás átvezetésére

kötelezett példány:

nem kötelezett példány:

Példány sorszám:

## Eltérések kezelése

### MF 20

Készítette:

*Dr. Balatoni Ildikó*  
Dr. Balatoni Ildikó  
folyamatgazda

Jóváhagyta:

*Prof. Dr. Hegedűs Csaba*  
Prof. Dr. Hegedűs Csaba  
FOK dékán

*Prof. Dr. Berényi Ervin*  
Prof. Dr. Berényi Ervin  
KK elnök

*Dr. Vecsernyés Miklós*  
Dr. Vecsernyés Miklós  
GYTK dékán

*Prof. Dr. Mátyus László*  
Prof. Dr. Mátyus László  
ÁOK dékán

*Prof. Dr. Balázs Margit*  
Prof. Dr. Balázs Margit  
NK dékán

*Dr. Semsei Imre*  
Dr. Semsei Imre  
EK dékán

*Prof. Dr. Jenei Attila*  
Prof. Dr. Jenei Attila  
NOKK igazgató

#### Módosítások

Sorszám	Dátuma	Leírása
11.	2014.10.01.	Teljes körű aktualizálás
12.	2015.10.30.	Név változás
13.	2017.10.30.	Név változás, 5.6.; 5.10.7. pontok aktualizálása

## 1. A folyamatleírás célja

A DE ISO 9001:2008 szabvány szerinti minőségirányítási rendszert működtető szervezeti egységeiben ez a folyamat gondoskodik az eltérések azonosításáról és ellenőrzés alatt tartásáról. Célja, hogy megakadályozza a szolgáltatás során keletkezett eltérések nem kívánt hatásait az egészségügyi szolgáltatást igénybevevőkre, a hallgatókra, a munkatársakra, illetve az egész társadalomra. A DE érintett szervezeti egységei a belső minőségügyi felülvizsgálatok mellett, ezen folyamatszabályozással kívánják biztosítani, hogy a minden munkatárs törekedjen az eltérések következményeinek megszüntetésére, korrigálására és megelőző tevékenység alkalmazásával elkerülje a hibák ismételt előfordulását. Mindezekkel a vevői elégedettség folyamatos javulását, továbbá tevékenységének és minőségirányítási rendszerének folyamatos fejlődését kívánja elérni.

## 2. Alkalmazási területek

A folyamatleírás vonatkozik a DE minőségirányítási rendszerébe tartozó valamennyi folyamatra, szervezeti egységre és minden munkatársra.

## 3. Hivatkozások

MF 01 Minőségirányítási rendszer irányítása

MF 16 Belső felülvizsgálat

MF 11 Graduális képzés

MF 12 Posztgraduális képzés

EN ISO 9001:2008 A minőségirányítási rendszerek. Követelmények

EN ISO 9000:2005 Minőségirányítási rendszerek Alapok és szótár.

A hallgatói jogorvoslati kérelmek benyújtásának és elbírálásának eljárási rendje a Debreceni Egyetemen

## 4. Meghatározások és rövidítések

*Belső felülvizsgálat (Belső rendszer audit):* Rendszerezett vizsgálat annak meghatározására, hogy a minőségirányítási rendszerrel kapcsolatos tevékenységek és a rájuk vonatkozó eredmények megfelelnek-e a tervezett intézkedéseknek, ezeket az intézkedéseket hatásosan megvalósították-e, és alkalmasak-e ezek a célok elérésére.

*Egészségügyi szolgáltatást igénybevevők:* Betegek, más egészségügyi intézmények (Szakrendelők, Kórházak, Diagnosztikai központok), családorvosok.

*Folyamatos fejlesztés:* Ismétlődő tevékenységek a követelmények teljesítési képességének növelésére.

*Helyesbítő tevékenység:* tevékenység egy észlelt nemmegfelelőség vagy más nem kívánatos

helyzet okának kiküszöbölésére.

*Eltérés/Nemmegfelelőség:* Egy követelmény nem teljesülése.

*Javító intézkedés:* Olyan intézkedés, amelyet egy észlelt eltérés vagy más nemkívánatos helyzet okának megszüntetésére végeznek

*Indikátor:* viszonyszám, amely az idő függvényében jelzi egy folyamat teljesítményének vagy egy kimenet elérésének helyzetét vagy irányát. Az indikátor mérhető változó (vagy jellemző), annak meghatározására, hogy mennyire sikerült megfelelni egy standardnak vagy minőségi célnak.

*Kockázatkezelés (Rizikómenedzsment):* A kockázat csökkentése, a betegellátás minőségének és költséghatékonyságának biztosítás érdekében alkalmazott folyamatok összessége, amely magába foglalja a kockázat felmérést / kockázat kezelést, a kockázatkezelés stratégiájának kialakítása és implementálását, és a kockázatkezelés eredményességének mérését.

*Kritérium:* Olyan szisztematikusan kifejlesztett jellemző, amely alapján valamilyen előre meghatározott kategóriába történő sorolás megvalósítható.

*Megelőző tevékenység:* tevékenység egy lehetséges nemmegfelelőség vagy más nem kívánatos lehetséges helyzet okának kiküszöbölésére.

*Minőségügyi Tanács (MT):* A DE KK/Kar minőségirányítási rendszerét irányító és a vezetőségi átvizsgálást végző testület.

*Szakmai irányelv:* Olyan szisztematikusan kifejlesztett állásfoglalás sorozat, amely tudományos bizonyítékokra (evidenciákra) és szakértői véleményekre támaszkodva, jól meghatározott ellátási körülmények fennállása esetén, speciális betegkörre vonatkozóan tesz javaslatot az ellátás egyes lépéseire mind az ellátók, mind az ellátottak számára.

*Termék:* A diagnosztikus, terápiás, ápolási, gondozási, szűrési folyamat során a beteg / kliens állapotában bekövetkezett állapot változást (gyógyulás, életminőség, betegség megelőzés stb.) és a diagnosztikus folyamatok során a diagnózist (fizikális, laboratóriumi, mikrobiológiai, szövettani, radiológiai, illetve egyéb műszeres vizsgálat eredményét), továbbá e folyamatok végén képződött dokumentumokat (leletek, vélemények, zárójelentések) létrehozó szolgáltatás. A kutatással foglalkozó egészségügyi szolgáltatóknál új szellemi termék, orvos-technológiai eredmények. Az oktatásban az oktatást végzők által nyújtott oktatási tevékenység, mint szolgáltatás.

*Vevői megelégedettség:* A belső vagy a külső vevő észlelése arról, hogy milyen mértékben teljesültek a vevő követelményei.

---

## 5. A folyamatleírás tartalma

5.1. A folyamatleírás elkészítéséért és karbantartásáért a DE KK Operatív Igazgató, működtetéséért a KK Elnök/az érintett Karok Dékánjai/NOKK Igazgató felelősek.

### 5.2. Az eltérések kezelésének általános szempontjai

5.2.1. A DE ISO 9001:2008 szabvány szerinti minőségirányítási rendszert működtető szervezeti egységei gondoskodnak arról, hogy minden dolgozó a munkája során előforduló nem megfelelő termékkel vagy szolgáltatással kapcsolatos lényeges, a működésre és a dolgozókra, illetve a betegekre károsító következménnyel járó folyamatot, eseményt, tevékenységeket, - eltérést - képes legyen felismerni, szükség szerint rögzíteni.

5.2.2. Az Intézmény ezt a kötelességét rendszeres képzések, illetve a tevékenységekre vonatkozó folyamatok szabályozásának formájában valósítja meg.

5.2.3. A nem megfelelő termékek és szolgáltatások - eltérések - kezelésének részleteit az adott tevékenységet szabályozó folyamatleírás tartalmazza. Szolgáltatási nemmegfelelőség észlelésekor haladéktalanul értesíteni kell a szakmai felettest, aki azonnali intézkedést, vagy amennyiben szükséges vizsgálatot rendel el. A vizsgálat célja a nemmegfelelőség tényének igazolása vagy kizárása, a nemmegfelelőség bizonyíthatósága esetén az ehhez vezető okok feltárása, a felelőségek megállapítása és a szükséges hibajavító intézkedésre vonatkozó javaslatok és intézkedések meghozatala.

5.2.4. Jelen folyamatleírásában szabályozza azokat az általános tennivalókat, amelyeket annak érdekében alakítottunk ki, hogy az egyes folyamatokra vonatkozóan az eltérések időben felismerésre, azonosításra, dokumentálásra - szükség esetén jelölésre - feljegyzésre és értékelésre kerüljenek a hatékony kijavítás, helyesbítés, továbbá a megelőzés és a folyamatos fejlődés érdekében.

### 5.3. Az eltérések kezelésének lépései

5.3.1. Az eltérés észlelője az F 0836.C számú formanyomtatvány I. és II. pontjában írásban rögzíti az eltérést és a kitöltött feljegyzést a MICS vezetőnek vagy a KK Operatív Igazgatóságra adja át: MICS vezetőnek akkor, ha szervezeti egységen belül hozható intézkedés az eltérés javítására, helyesbítésére, ha nem, akkor a KK Operatív Igazgató kapja meg a nyomtatványt.

5.3.2. A MICS vezető vagy a KK Operatív Igazgató kivizsgálja az eltérés okát és a III. rovatban javaslatot tesz a szükséges intézkedésre, a felelős és a határidő megjelölésre, amelyet az intézet vezetője/az Elnök/ Dékán/NOKK Igazgató aláírásával elrendel.

---

Ezt követően a MICS vezető/KK Operatív Igazgató továbbítja a feljegyzés eredeti példányát az intézkedésért felelős személynek, egy másolatot pedig az erre rendszeresített dossziében elhelyez.

- 5.3.3. A hibajavító, helyesbítő intézkedés megtörténte után a feljegyzés IV. rovatát kitölti az intézkedésért felelős és eljuttatja a MICS vezetőnek/KK Operatív Igazgatóságnak.
- 5.3.4. Az eltérésekről, az okokról, és a megtett intézkedésekről készült feljegyzéseket a MICS vezető/KK Operatív Igazgató gyűjti és elemzést, értékelést készít, melyet a vezetőségi átvizsgálásokon, - a MICS üléseken és a Minőségügyi Tanácsüléseken - az MF 01 „Minőségirányítási rendszer irányítása” című folyamatleírásban leírt módon megtárgyalnak és a szükséges intézkedéseket, meghatározzák.

#### **5.4. Helyesbítő tevékenység**

- 5.4.1. A minőségirányítási rendszerben szisztematikus, az eltérés okok elemzésére kiszűrésére, épülő helyesbítő tevékenységet kell végezni, amely megakadályozza a nem megfelelés ismételt előfordulását.
- 5.4.2. A helyesbítő tevékenységnek ki kell terjednie:
- az eltérések felülvizsgálatára (beleértve a beteg- és munkatársi panaszokat is),
  - az eltérések okainak megállapítására,
  - az eltérés ismételt előfordulásának megakadályozására szolgáló intézkedés szükségességének értékelésére,
  - a szükséges intézkedés meghozatalára és bevezetésére,
  - a megtett intézkedések eredményeinek feljegyzésére,
  - az elvégzett helyesbítő intézkedések eredményeinek vizsgálatára.
- 5.4.3. A helyesbítő tevékenység arányban kell álljon a fellépő problémák által okozott hatással. Amennyiben nem egyedi eltérésről van szó, gondoskodni kell egy olyan adatgyűjtésről, amely lehetővé teszi a probléma okának megtalálását. Az okok rangsorolását követően meg kell határozni a megoldásra váró feladatokat és ezeket intézkedési tervbe kell foglalni. A megoldások bevezetésére a szervezeti kultúrával összhangban lévő és az érintettek által ismert, elfogadott módszert kell alkalmazni. A bevezetett megoldás hatékonyságát és eredményességét ellenőrizni, és rendszeresen értékelni kell. A megtett intézkedések eredményeit fel kell jegyezni, és biztosítani kell az elvégzett helyesbítő tevékenység átvizsgálását. A változások bevezetése előtt gondoskodni kell az oktatásról és a helyesbítő tevékenységek eredményeit ismertetni kell az érintettek körében.
- 5.4.4. A helyesbítő tevékenységek a Minőségügyi Tanács (MT) ülésein és a MICS üléseken rendszeresen értékelésre kerülnek.

---

## 5.5. Megelőző tevékenység

- 5.5.1. A megelőző tevékenység folyamata gondoskodik arról, hogy a minőségirányítási rendszerben és a minőségirányítási rendszert működtető szervezeti egységek szolgáltatásaiban lehetséges eltérések okait időben észleljük, elemezzük és gondoskodjunk ezek felmerülésének megakadályozásáról.
- 5.5.2. A következőkre kitérve végezzük a megelőző tevékenységeket:
- a lehetséges eltérések okainak megállapítására,
  - az eltérés előfordulásának megelőzésére szolgáló intézkedés szükségességének értékelésére,
  - a szükséges intézkedés meghozatalára és bevezetésére,
  - a megtett intézkedések eredményeinek feljegyzésére,
  - az elvégzett megelőző intézkedések felülvizsgálatára.
- 5.5.3. A szolgáltatás megtervezése és szabályozottsága, a beszállítók megfelelő kiválasztása, a személyi állomány, a folyamatok, a feltételek, a minőségirányítási rendszer, a vevői elégedettség és az elért egyéb eredmények minősítése lehetővé kell, hogy tegye a kockázatok időben történő felismerését.
- 5.5.4. Megelőző tevékenységek területei
- A prevenció tevékenységek az egészségügyi szolgáltatásban, az oktatásban és a kutatás - fejlesztés területén.
  - Munkahelyi beavatkozások káros hatásának megelőzése.
  - Tűzvédelemi előírások.
  - Munkavédelmi előírások.
  - Veszélyes hulladék gyűjtés szabályzata.
  - A dolgozók és a betegek szempontjából fontos környezeti károsodás kialakulásának megelőzése.
  - A folyamatok figyelemmel kísérése alapján kapott adatok elemzéseit, értékeléseit követően.
- 5.5.5. A megtett intézkedések eredményeit fel kell jegyezni, és biztosítani kell az elvégzett megelőző tevékenység átvizsgálását. A megelőző tevékenységek az MT ülések során kerülnek értékelésre.

## 5.6. Munkatársi elégedettség

- 5.6.1. A DE törekszik a munkatársi elégedettség növelésére és a felmerült panaszok gyors és hatékony kezelésére.
- 5.6.2. A munkatársi elégedettséget a DE minőségirányítási rendszerébe tartozó szervezeti egységekben előzetes vezetői döntést követően mérjük. Az egységes kérdőívet (F 13010.C) egy, az Elnök/Dékán/NOKK igazgató által megbízott szakértői csoport készíti el, és a KK Operatív Igazgató hagyja jóvá. A munkatársi elégedettségi felmérés gyakorlati kivitelezését a KK Operatív Igazgató koordinálja.

5.6.3. A felmérés gyakorisága: DE Elnök/Dékán/NOKK Igazgató döntése alapján.  
A felmérés köre: minden dolgozó.  
Megvalósításáért felelős: a szervezeti egység vezetője.  
A kérdőívek feldolgozását végzi: KK Operatív Igazgatóság.

5.6.4. A munkatársi elégedettség helyzete a MT ülésein kerül értékelésre.

## **5.7. A minőségirányítási rendszer működésével kapcsolatos munkatársi panaszok**

5.7.1. A DE munkatársai panaszaikkal, a panaszok jellegétől függően több szinten fordulhatnak a vezetéshez.

- A klinikák igazgatóihoz,
- A DE KK Elnökhöz/ az érintett Kar Dékánjához/NOKK Igazgatójához,
- A Debreceni Egyetem rektorához.

5.7.2. A betegellátó egységek vezetőinek biztosítani kell az egységek működését. A működés során észlelt eltéréseket az 5.2 és az 5.3 pont szabályozza. Amennyiben ez nem megfelelő munkatársaknak lehetőségük van arra, hogy észrevételüket, panaszukat külön is jelezzék.

5.7.3. Egyéni panaszok

A DE KK Elnök/Karok Dékánjai/NOKK Igazgató, az Etikai Bizottság és a szervezeti egységek igazgatói a munkatársi jogok érvényesítése során figyelembe veszik a munkajogi kérdésekkel kapcsolatos törvényi előírásokat.

## **5.8. Betegelégedettség**

5.8.1. A DE KK és FOK törekszik a betegelégedettség növelésére és a felmerült panaszok gyors és hatékony kezelésére.

A betegelégedettséget a DE KK/FOK betegellátó egységeiben rendszeresen mérik. Az egységes kérdőívet (F 13002.C, F 13025.C) az Ápolási és Szakdolgozói Alelnök, vagy az általa megbízott szakértői csoport készíti, a DE KK Minőségügyi Tanácsa véleményezi és a KK Operatív Igazgató hagyja jóvá.

5.8.2. A betegelégedettségi felmérés gyakorlati kivitelezését a KK Operatív Igazgatóság koordinálja.

A felmérés gyakorisága: járóbetegek és fekvőbetegek körében valamennyi érintett egységben évente egyszer.

A felmérés köre: minden, az adott időszakban a betegellátó egységnél ambulanter vizsgált beteg és az elbocsátott fekvőbetegek.

Felmérés értékelését végzi: DE KK Ápolási és Szakdolgozói Alelnök.

A vizsgálat végrehajtásáért felelős: az egység vezetője.

- 5.8.3. A kérdőíveket a KK Operatív Igazgatóság küldi meg a szükséges példányszámban az egyes intézmények klinikai vezető ápolói részére. A klinikai vezető ápoló vagy az általa megbízott személy a távozás előtti napon adja át a kérdőívet a betegnek és felkéri annak kitöltésére. Tájékoztatja a beteget, hogy a kérdőív kitöltése önkéntes és névtelen és hogy amennyiben a beteg azt igényli, segít annak kitöltésében.  
A kérdőíveket a betegek a Klinika folyosóján elhelyezett gyűjtőládába dobhatják be. Az összegyűjtött kérdőíveket a klinikai vezető ápoló küldi meg a KK Operatív Igazgatóságnak.
- 5.8.4. A betegelégedettség helyzete az MT/MICS üléseken kerül értékelésre. Az értékelés, a tendenciák figyelembe vételével, a MICS ülések kötelező napirendi pontját kell, hogy képezze. A betegelégedettségi vizsgálatok szöveges észrevételeinek elemzésére is sor kerül, mint például: köszönetnyilvánítások, visszatérő észrevételek. A Minőségügyi Tanács/MICS szükség esetén határozatot hoz a szükséges hibajavító-megelőző intézkedésekre a „Minőségirányítási rendszer irányítása” (MF 01) folyamatleírás szerint.

## 5.9. Hallgatói elégedettség

Hallgatói elégedettség mérést végzünk a graduális és posztgraduális képzésben résztvevő hallgatók körében kérdőíves módszerrel. A felmérés eredményét a dékánok kapják meg, valamint az ÁOK-n a Feed-Back Albizottság elnöke, aki tájékoztatásra és intézkedésre megküldi azokat az intézetvezetők részére. Az adatokról a hallgatókat a Dékán tájékoztatja. A részleteket az MF 11 Graduális képzés és az MF 12 Posztgraduális képzés folyamatleírások, valamint a Karok vonatkozó szabályzatai tartalmazzák. A kérdőív kidolgozása a Dékán által megbízott szakértői csoport feladata.

## 5.10. Beteg vagy hozzátartozói panaszok kezelése

- 5.10.1. A járóbetegek vagy fekvőbetegek panaszainak kezelését a DE KK az 1997. évi CLIV. egészségügyről szóló törvény alapján szabályozza. A DE KK Elnök, a Klinikai Etikai Bizottság és a klinikák igazgatói a betegjogok érvényesítése során figyelembe veszik a betegjogokkal kapcsolatos törvényi előírásokat.
- 5.10.2. A betegek és a hozzátartozók panaszaikkal fordulhatnak:
- A klinikák igazgatóihoz,
  - A Klinikai Etikai Bizottsághoz,
  - A DE KK Elnökhöz,
  - Betegjogi képviselőhöz,
  - A KK Operatív Igazgatóhoz,
  - Debreceni Egyetem rektorához.
- 5.10.3. A klinikákon írásban bejelentett panaszokat a klinika igazgatójának/orvosszakmai igazgatójának nyilvántartásba kell vennie, és szakvéleményével, továbbá a panasz jogosságára vonatkozó állásfoglalásával ellátva 5 munkanapon belül meg kell küldenie az Egészségügyi Jogi- és Humánpolitikai Iroda vezetőjének.



- 
- 5.10.4. A klinikán szóban bejelentett panaszokat az igazgatónak/orvosszakmai igazgatónak haladéktalanul jegyzőkönyveztetnie kell a klinika titkárságán, és az előző bekezdésben leírt módon kell továbbítania.
- 5.10.5. A klinika igazgatójának hatáskörébe tartozó panaszokat az érintettek bevonásával véleményeznie kell és a szakvélemény és állásfoglalás ismeretében haladéktalanul, de legkésőbb a bejelentés érkezésétől számított 10 munkanapon belül írásban kell tájékoztatnia a panaszost a kivizsgálás eredményéről.  
Az írásbeli panaszokat, továbbá a panasszal, illetve annak kivizsgálásával összefüggő iratokat 5 évig kell megőrizni a klinika titkárságának irattárában.
- 5.10.6. Az Elnöki Hivatalba írásban érkező panaszokat az Elnökhöz továbbítják, aki 2 munkanapon belül megküldi – szakvélemény és állásfoglalás céljából – az illetékes jogi képviselőnek, aki írásbeli javaslatát 5 munkanapon belül köteles visszajuttatni, miután egyeztetett a panasszal érintett szervezeti egység vezetőjével.  
Az Elnöki Hivatalban szóban bejelentett panaszokat az Egészségügyi Jogi és Humánpolitikai Iroda ügyintézője jegyzőkönyvezi. A jegyzőkönyvet az írásban bejelentett panaszokkal azonos módon kell kezelni. A közvetlenül a Debreceni Egyetem rektorához címzett panaszok intézésének módja megegyezik az Elnöki Hivatalban bejelentett panaszok kivizsgálásának módjával.  
Az Elnök a szakvélemény és állásfoglalás ismeretében haladéktalanul, de legkésőbb a bejelentés érkezésétől számított 10 munkanapon belül írásban tájékoztatja a panaszost a kivizsgálás eredményéről.
- 5.10.7. A DE KK területén, a törvényi előírásoknak megfelelően betegjogi képviselő dolgozik. A betegjogi képviselő irodája az Orvosi Rehabilitáció és Fizikális Medicina Klinika I. emeletén található.
- 5.10.8. A betegek panaszainak jellege, számának alakulása, a megtett intézkedések az MT ülésein kerülnek értékelésre az Egészségügyi Jogi és Humánpolitikai Iroda vezető, a Jogi Képviselő az Etikai Bizottság elnöke beszámolója alapján. Az előterjesztés alapján a Minőségügyi Tanács szükség esetén határozatot hoz a szükséges hibajavító-megelőző intézkedések megtételére az MF 01 „Minőségirányítási rendszer irányítása” című folyamatleírás szerint.
- 5.10.9. Amennyiben a munkatárs tudomására jut médián keresztül ismertté vált betegpanasz, köteles azt jelezni az Elnöki Hivatal titkárságán. Az 5.10. pont szerint a panasz kivizsgálását követően a titkárság megadja a sajtóreferens részére a szükséges információkat, hogy tájékoztatást adjon annak a médiának, mely a panaszt nyilvánosságra hozta.
- 5.10.10. Hallgatói panaszok kezelése *„A hallgatói jogorvoslati kérelmek benyújtásának és elbírálásának eljárási rendje a Debreceni Egyetemen”* című szabályzat szerint történik.
- 5.10.11. Esélyegyenlőségi panaszok kezelésére a DE Esélyegyenlőségi Tervben leírtak szerint kerül sor.

### 5.11. Belső audit nemmegfelelőségei

A belső audit során tapasztalt eltérések esetén az MF 16 „Belső felülvizsgálat” című folyamatleírásban foglaltak szerint járunk el.

### 6. Melléklet

Nem alkalmazható.

### 7. Hivatkozott formanyomtatványok

Azonosító	Cím
F 0836.C	Feljegyzés eltérésről
F 13010.C	Munkatársi elégedettségi kérdőív
F 13002.C	Betegelégedettségi kérdőív (fekvőbeteg)
F 13025.C	Betegelégedettségi kérdőív (járóbeteg)

### 8. A folyamat működésére jellemző mutatók

Sorszám	Mutató megnevezése	Mutató számítása	Számítás gyakorisága
1.	Munkatársi elégedettség mértéke	Szöveges áttekintő értékelés	évente
2.	Betegelégedettség mértéke	Szöveges áttekintő értékelés	évente
3.	Hallgatói elégedettség mértéke	Szöveges áttekintő értékelés	évente
4.	Panaszok száma	Összes panasz	évente