

# BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU

## SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

*(<http://hastaneler.erciyes.edu.tr/>)*

**38039 Kayseri / Türkiye**

**Ocak 2018**

## İÇİNDEKİLER

<b>A. KURUM HAKKINDA BİLGİLER</b> .....	4
<b>A-1 İletişim Bilgileri</b> .....	4
<b>A-2 Tarihsel Gelişimi</b> .....	4
<b>A-3 Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri</b> .....	4
<b>A-4 İyileştirmeye Yönelik Çalışmalar</b> .....	4
<b>B. KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ</b> .....	4
<b>B-1 Temel Politikalar ve Öncelikler</b> .....	6
<b>B-2 Anketler</b> .....	11
<b>C. EĞİTİM – ÖĞRETİM</b> .....	12
<b>C.1 Programların Tasarımı ve Onayı</b> .....	12
<b>C.2 Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme</b> .....	12
<b>C.3 Öğrencinin Kabulü ve Gelişimi, Tanınma ve Sertifikalandırma</b> .....	12
<b>C.4 Eğitim - Öğretim Kadrosu</b> .....	12
<b>C.5 Öğrenme Kaynakları, Erişilebilirlik ve Destekler</b> .....	12
<b>C.6 Programların Sürekli İzlenmesi ve Güncellenmesi</b> .....	12
<b>Ç. ARAŞTIRMA ve GELİŞTİRME</b> .....	12
<b>Ç.1 Araştırma Stratejisi ve Hedefleri</b> .....	12
<b>Ç.2 Araştırma Kaynakları</b> .....	12
<b>Ç.3 Araştırma Kadrosu</b> .....	12
<b>Ç.4 Araştırma Performansının İzlenmesi ve İyileştirilmesi</b> .....	12
<b>D. YÖNETİM SİSTEMİ</b> .....	13
<b>D-1 Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı</b> .....	13
<b>D-2 Kaynakların Yönetimi</b> .....	13
<b>D-3 Bilgi Yönetim Sistemi</b> .....	13
<b>D-4 Kurum Dışından Tedarik Edilen Hizmetlerin Kalitesi</b> .....	13
<b>D-5 Kamuoyunu Bilgilendirme</b> .....	13
<b>D-6 Yönetimin Etkinliği ve Hesap Verebilirliği</b> .....	13
<b>E. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME</b> .....	14

## TABLO DİZİNİ

Tablo 1: Kalite Hedefleri .....	5
Tablo 2'nin devamı:.....	6
Tablo 3 : Hedef, Strateji ve Performans Göstergeleri.....	9
Tablo 4 : Memnuniyet Anketi Oranları .....	11
Tablo 5 : Örgüt Yapısı (Teşkilat Şeması) .....	13
Tablo 6 : Hizmet İçi Eğitim Alan Gruplar .....	13
Tablo 7 : Satın Alma İş Akış Şeması.....	13
Tablo 8 : Güçlü ve Zayıf Yönler.....	14
Tablo 9 : Fırsatlar ve Tehditler .....	14

## **EKLER**

**Ek1: Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları Deęerlendirmesi**

## **A. KURUM HAKKINDA BİLGİLER**

### **A-1 İletişim Bilgileri**

**Adres:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Köşk Mah. Prof. Dr. Turhan Feyzioğlu Cad. No:42

Telefon: (0 352) 437 49 12

Fax : (0 352) 437 52 73

### **A-2 Tarihsel Gelişimi**

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

### **A-3 Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri**

(“İlk yıl BİDR’ye ek olarak”)

**MİSYON:** Toplumun sağlık alanındaki ihtiyaç ve beklentilerini ulusal ve uluslararası standartlarda karşılamak, bunu yaparken de hasta haklarını gözeterek, hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutmak hastanemizin ana misyonudur.

**VİZYON:** Ulusal ve uluslararası standartlara uygun sağlık hizmeti sunmak.

### **A-4 İyileştirmeye Yönelik Çalışmalar**

Birimin üçüncü iç değerlendirme raporudur.

## **B. KALİTE GÜVENCE SİSTEMİ**

### **Kalite Politikamız:**

(“İlk yıl BİDR’ye ek olarak”)

Sağlık hizmeti sunumunda ihtiyaç ve beklentileri karşılamak, hasta ve çalışan memnuniyetini ön planda tutmak üniversite hastanemizin temel politikasıdır. Bu hizmeti verirken hasta ve çalışan haklarını gözetmek, iş sağlığı ve çevre güvenliğini sağlamak ana prensibimizdir.

### **Kurumun kalite güvencesi süreçleri, iç değerlendirme süreçleri ve eylem planları;**

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

### **Kurumun kalite güvencesi süreçleri ve iç değerlendirme süreçleri kapsamındaki ölçme ve izleme sistemi,**

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

### **Kurumun rekabet avantajını koruyabilmek üzere yaptığı iyileştirmeler;**

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

**Tablo 1: Kalite Hedefleri**

("İlk yıl BİDR'ye ek olarak")

ALAN / KONU	HEDEFLER
Kalite Yönetim Birimi	Proses kartlarında belirtilen kriterlerdeki hedef değerlere ulaşmak.
Sağlık Hizmetlerinde Kullanılan Donanım Altyapısına Yönelik Teknolojik İyileştirmeler	Anjiyo cihaz sayısının artırılması
	Poliklinik ve Kliniklerde tamamlanan elektronik dosya sisteminin kullanım oranını artırmak (%)
	Eski kâğıt dosyaların taranarak elektronik ortama aktarılması.
	Tamamlanan E - Konsültasyonun kullanım oranını artırmak (%)
	Hastane Bilgi İşlem Birimi sistem odası ve PACS sistem odası güvenlik, yangın algılama ve söndürme sisteminin kurulması.
	Network kabin izleme sisteminin kurulması ve fiziksel alanlarının düzenlenmesi.
	Active Directory (Dizin Hizmeti) ve VLAN kurulması.
	Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) yazılımının yeni nesil teknolojiye geçilmesi (JAVA, Web).
	Bilişim donanım alt yapısının (PC, yazıcı, tablet vb.) yenilenmesi.
	Güvenlik kamera sisteminin ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirilmesi.
Sağlık Hizmeti Sunum Alanlarında Alt Yapıya Yönelik Fiziksel İyileştirmeler	Hastane Ayniyat depolarına yangın güvenliği için algılama, alarm, ikaz ve söndürme sisteminin kurulması.
	Hastane morg ünitesi II. bölümünün bakım - onarımının yapılıp, devreye alınması.
	Gevher Nesibe Hastanesi poliklinik koridorlarının (A, B, C blokları) yer - tavan tadilatı yapılması ve VRF (soğutma - ısıtma) sistemi kurulması.
	Gevher Nesibe Hastanesi batı cephelerinde eksik kalan kliniklerin onarımı.
	Acil Tıp Anabilim Dalının ambulans giriş, iç kısım ve acil kafeteryasının düzenlenmesi.
	Kalp Damar Cerrahi ve Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitelerinin onarımı.
	Yılmaz - Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesinin genel tadilatı (yangın merdiveni ve asansör dâhil).
	Nitelikli hasta yatağı oranını artırmak (%).
	Engellilere yönelik düzenlemeleri artırmak (%)
	Kadın Hastalıkları ve Doğum, Yeni Doğan Üniteleri ve Çocuk Cerrahisi Hastanesi yapımını tamamlamak.(%)
Hasta Memnuniyeti	Poliklinik erişkin ve çocuk hasta memnuniyet oranını artırmak (%).
	Klinik erişkin ve çocuk hasta memnuniyet oranını artırmak (%).
Hasta Güvenliği	Düşen hasta oranını azaltmak (Yüz binde).
	Yoğun Bakım Ünitelerinde bası ülseri oranını azaltmak (%).
Çalışan Güvenliği ve Çalışan Memnuniyeti	Çalışanlara verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitim oranını artırmak (%)
	İş sağlığı ve güvenliği sağlık muayeneleri oranını artırmak (%).
	Kesici ve delici alet yaralanması oranını azaltmak (On binde).
	Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalma oranını azaltmak(On binde).
	Çalışan memnuniyeti oranını artırmak (%).

**Tablo 2'nin devamı:**

<b>ALAN / KONU</b>	<b>HEDEFLER</b>
Hasta Sayıları	Poliklinik hizmeti alan hasta sayısının artırılması.
	Klinik hizmeti alan hasta sayısının artırılması.
Yatan Hasta İşlem Sayıları	Ameliyat olan hasta sayısını artırmak.
	Kemik iliği ve böbrek nakil işlemi sayısını artırmak.
	Karaciğer nakli işlem sayısını arttırmak.
	Kornea nakli işlem sayısını arttırmak
Sağlık Turizmi Hasta Sayısı / Geliri	Hizmet sunulan sağlık turizmi hasta sayısını artırmak.
	Yıl içerisinde elde edilen sağlık turizmi gelirlerini artırmak.

## **B-1 Temel Politikalar ve Öncelikler**

### **Politikalar**

("İlk yıl BİDR'de belirtildiği şekildedir")

### **Öncelikler**

("İlk yıl BİDR'ye ek olarak")

1. Nitelikli sağlık personeli sayısını artırmak,
2. Çocuk Hastanesi 3. Bloğunun Yapılması ve aşağıda belirtilen birimlerin bu bloğa taşınması ve yer değişiminin sağlanması;
  - Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinik ve Kliniği
  - Çocuk Cerrahi Poliklinik ve Kliniği
  - Ameliyathaneler
  - Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ve Kliniği
3. Çocuk KİT Merkezi binası yapımı.

Dış değerlendirme sonuçlarına göre gerekli iyileştireler yapılmış olup, çalışmalarımız devam etmektedir. Kurumumuz her yıl TS EN ISO 9001:2008 standardı çerçevesinde denetlenmektedir. Değerlendirme sonucunda "Tetkik Raporu" doğrultusunda üst yönetim tarafından gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı "Sağlıkta Kalite Standartları" çerçevesinde denetlenerek puanlama yapılmaktadır.

### **Kurumun, misyon, vizyon, stratejik hedefleri ve performans göstergelerinin belirlenmesi;**

("İlk yıl BİDR'de belirtildiği şekildedir")

### **Hedef 1. Hasta memnuniyet oranını artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması**

Strateji 1. Hasta memnuniyet anketleri düzenlemek ve izlemek,

Strateji 2.Hasta güvenliğine yönelik uygulamaları ölçmek ve izlemek,

#### **Performans Göstergeleri**

1.1. Erişkin ve çocuk ayakta ve yatan hasta memnuniyet oranı

2.1. Düşen hasta oranı,

2.2. Yoğun bakım ünitesinde bası ülseri oranı

## **Hedef 2. Çalışan güvenliğini sağlamak ve çalışan memnuniyet oranının artırılması**

Strateji 1. İş sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamalar yapmak,

Strateji 2. Çalışanlara yönelik koruyucu işlemler yapmak,

Performans Göstergeleri

1.1. Çalışanlara verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitim oranı,

1.2. İş sağlığı ve güvenliği sağlık muayeneleri oranı,

1.3. Kesici delici alet yaralanması oranı,

1.4. Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalma oranı,

1.5. Çalışan memnuniyeti oranı,

## **Hedef 3. Sağlık hizmeti sunum alanlarında alt yapıya yönelik fiziksel iyileştirmeler yapılması**

Strateji 1. Hastanelerin fiziksel niteliklerini geliştirmek,

Strateji 2. Yeni Hastane binası yapmak,

Performans Göstergeleri

1.1. Nitelikli hasta yatağı oranı,

1.2. Engellilere yönelik düzenleme oranı,

1.3. Kadın Hastalıkları ve Doğum, yeni doğan üniteleri ve çocuk cerrahisi hastanesi yapımı

## **Hedef 4. Sağlık hizmetlerinde kullanılan donanım altyapısına yönelik teknolojik iyileştirmeler yapılması**

Strateji 1. Görüntüleme cihazlarının teknolojisini yenilemek ve sayısını artırmak,

Strateji 2. Bilgi İşlemin teknolojik alt yapısını yenilemek,

Performans Göstergeleri

1.1. MR cihazı sayısı,

1.2. Anjiyo cihazı sayısı,

1.3. Network ağı yenilenme oranı,

## **Hedef 5. Hizmet sunulan yerli hasta sayısının artırılması,**

Strateji 1. Ayakta hizmet sunulan hasta sayılarını artırmak

Strateji 2. Yatan hasta işlem sayılarını artırmak,

Performans Göstergeleri

1.1. Ayakta hizmet alan hasta sayısı,

1.2. Yatan hasta sayısı,

1.3. Ameliyat olan hasta sayısı,



1.4. Kemik iliği ve böbrek nakil sayısı,

### **Hedef 6. Hizmet sunulan sağlık turizmi hasta sayısının artırılması**

Strateji 1. Sağlık turizmi hasta sayısının arttırılmasına yönelik çalışmalar yapmak

Strateji 2. Yıl içinde elde edilen sağlık turizmi gelirlerini izlemek

Performans Göstergeleri

1.1. Sağlık turizmi hasta sayısı,

1.2. Sağlık turizmi gelirleri,

### **Hedef 7. Karaciğer ve kornea nakillerinin başlatılmasını sağlanması**

Strateji 1. Karaciğer ve kornea nakillerinin başlatılması için gerekli çalışmaları yapmak

Performans Göstergeleri

1.1 Karaciğer nakil sayısı

1.2 Kornea nakil sayısı

**Tablo 3 : Hedef, Strateji ve Performans Göstergeleri**  
 (“İlk yıl BİDR’ye ek olarak”)

Amaç	No	Sorumlu Birim	Performans Göstergeleri	Performans Göstergesi Değerlendirme Yılı					
				2016	2017	2018	2019	2020	2021
Bilimselliği, etik değerleri ön planda tutarak, nitelikli ve güvenli sağlık hizmetinin sunulması	1- Hasta Memnuniyet oranının artırılması ve hasta güvenliğinin sağlanması	<b>Strateji 1.</b> Hasta memnuniyet anketleri düzenlemek ve izlemek <b>Strateji 2.</b> Hasta güvenliğine yönelik uygulamaları ölçmek ve izlemek	<b>Performans Göstergeleri</b> 1.1. Ayaktan hasta memnuniyet oranı / Yatan hasta memnuniyet oranı 3.1. Düşen hasta oranı 3.2. Yoğun bakım ünitesinde baskı ölseri oranı	73,6 / 81,3	81,4 / 90,4				90
				0,033	0,035				0,01
				2,45	3,13				3
	2- Çalışan güvenliğini sağlamak ve çalışan memnuniyet oranının artırılması	<b>Strateji 1.</b> İş Sağlığı ve güvenliğine yönelik uygulamalar yapmak <b>Strateji 2.</b> Çalışanlara yönelik koruyucu işlemler yapmak	1.1. Çalışanlara verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitim oranı 1.2. İş sağlığı ve güvenliği sağlık muayeneleri oranı 1.3. Kesici ve delici alet yaralanması oranı 1.4. Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalma oranı 1.5. Çalışan memnuniyet oranı	92,7	89,9				90
				67,6	92,1				100
				0,46	0,46				0,30
				0,036	0,065				0,01
				61,8	66,8				60
	3- Sağlık hizmeti sunum alanlarında alt yapıya yönelik fiziksel iyileştirmeler yapılması	<b>Strateji 1.</b> Hastanelerin fiziksel niteliklerini geliştirmek <b>Strateji 2.</b> Yeni Hastane binası yapmak	1.1. Nitelikli hasta yatağı oranı 1.2. Engellilere yönelik düzenleme oranı 2.1.Kadın Hastalıkları ve Doğum, Yeni doğan Üniteleri ve Çocuk Cerrahisi Hastanesi yapımı (%)	52,2	53,2				90
				60	60				90

Tablo 3'ün devamı:

Amaç No	Sorumlu Birim	Performans Göstergesi Değerlendirme Yılı (Dönem Sonu Ulaşılabilecek Değer)					
		2016	2017	2018	2019	2020	2021
<b>Hedef</b>	<b>Strateji</b>	<b>Performans Göstergeleri</b>					
4- Sağlık hizmetlerinde kullanılan donanım altyapısına yönelik teknolojik iyileştirmeler yapılması	<b>Strateji 1.</b> Görüntüleme cihazlarının teknolojisini yenilemek ve sayısını arttırmak <b>Strateji 2.</b> Bilgi İşlemin teknolojik alt yapısını yenilemek	7	7	8	8	8	8
5- Hizmet sunulan yerli hasta sayısının artırılması	<b>Strateji 1.</b> Ayakta hizmet sunulan hasta sayılarını arttırmak <b>Strateji 2.</b> Yatan hasta sayıları arttırmak	959630	1024550				1200000
6- Hizmet sunulan sağlık turizmi hasta sayısının artırılması	1.1. Ayakta hizmet alan hasta sayısı	169468	253392				220000
	2.2. Ameliyat olan hasta sayısı	35861	36251				50000
	2.3. Kemik İliği ve Böbrek Nakil Sayısı	157/ 0	172/ 1	250/ 15	250/ 20	250/ 20	250/ 20
7- Karaciğer ve kornea nakillerinin başlatılmasının sağlanması	<b>Strateji 1.</b> Sağlık turizmi hasta sayısının artırılmasına yönelik çalışmalar yapmak <b>Strateji 2.</b> Yatan hasta işlem sayıları arttırmak	150	533	100	125	150	200
	<b>Strateji 1.</b> Karaciğer ve kornea nakillerinin başlatılması için gerekli çalışmaları yapmak	1619354	4508157	750	1000	1250	1500
7- Karaciğer ve kornea nakillerinin başlatılmasının sağlanması	1.1. Karaciğer Nakil Sayısı	3	5	15	20	20	20
	1.2. Kornea Nakil Sayısı	0	80	10	20	20	20

**Birim, kurumsal performansının ölçülmesi, değerlendirilmesi ve sürekli iyileştirilmesi;**  
("İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

**Birimin Kalite Komisyonu üyeleri;**  
("İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

**Birimin Kalite Komisyonunun kalite güvencesi sisteminin kurulması ve işletilmesi kapsamındaki yetki, görev ve sorumlulukları, Komisyon, kalite güvencesi sürecindeki rolü;**  
("İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

**Görev, Yetki ve Sorumluluklar**  
("İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

**İç paydaşlar (akademik ve idari çalışanlar) ve dış paydaşların(işverenler, mezunlar, meslek örgütleri, araştırma sponsorları, hasta ve hasta yakınları vb.) kalite güvencesi sistemine katılımı ve katkıları;**  
("İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

## **B-2 Anketler**

("İlk yıl BİDR’ye ek olarak”)

**Tablo 4 : Memnuniyet Anketi Oranları**

Yapılan Anketler	2016		2017	
	Yapılan Anket Sayısı	Memnuniyet (%)	Yapılan Anket Sayısı	Memnuniyet (%)
Çalışan Memnuniyet Anketi	229	61,8	629	66,8
Radyoloji Hizmeti Genel Memnuniyet	336	73,9	336	82,7
· Direkt Röntgen Grafi	84	86,3	84	91,5
· Bilgisayarlı Tomografi	84	76,0	84	83,1
· Ultrason	84	71,5	84	83,5
· MR	84	61,8	84	72,5
Erişkin Poliklinik Hasta Memnuniyet Anketi	2723	73,6	2724	81,4
Erişkin Yatan Hasta Memnuniyet Anketi	2593	81,3	2593	90,4
Çocuk Poliklinik Hizmeti Memnuniyet Anketi	1507	81,9	1393	88,9
Çocuk Klinik Hizmeti Memnuniyet Anketi	745	83,3	744	86,2
Acil Servis Genel Memnuniyet	720	58,8	720	78,5
· Çocuk Acil Memnuniyet Anketi	360	66,8	360	84,3
· Acil Tıp Memnuniyet Anketi	360	50,8	360	72,7
EEG-EMG Hizmeti Memnuniyet Anketi	144	88,4	144	89,1
Tıbbi Genetik Hizmeti Memnuniyet Anketi	144	84,3	144	87,7
Nükleer Tıp Hizmeti Memnuniyet Anketi	120	79,3	120	79,4
Ameliyat Hizmetleri Memnuniyet Anketi	1079	91,4	1074	88,7
Yoğun Bakım Hizmetleri Memnuniyet Anketi	958	89,7	895	90

## **C. EĞİTİM – ÖĞRETİM**

**C.1 Programların Tasarımı ve Onayı**

**C.2 Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme**

**C.3 Öğrencinin Kabulü ve Gelişimi, Tanınma ve Sertifikalandırma**

**C.4 Eğitim - Öğretim Kadrosu**

**C.5 Öğrenme Kaynakları, Erişilebilirlik ve Destekler**

**C.6 Programların Sürekli İzlenmesi ve Güncellenmesi**

## **Ç. ARAŞTIRMA ve GELİŞTİRME**

**Ç.1 Araştırma Stratejisi ve Hedefleri**

**Ç.2 Araştırma Kaynakları**

**Ç.3 Araştırma Kadrosu**

**Ç.4 Araştırma Performansının İzlenmesi ve İyileştirilmesi**

## D. YÖNETİM SİSTEMİ

### Tablo 5 : Örgüt Yapısı (Teşkilat Şeması)

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

#### D-1 Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

#### D-2 Kaynakların Yönetimi

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

**İdari ve destek hizmetleri sunan birimlerinde görev alan personelin eğitim ve liyakatlerinin üstlendikleri görevlerle uyumunu sağlamak üzere;**

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

### Tablo 6 : Hizmet İçi Eğitim Alan Gruplar

(“İlk yıl BİDR’ye ek olarak”)

Hizmet İçi Eğitim Alan Grup	Kişi Sayısı		2016/2017 (%)
	2016	2017	
Doktorlar	93	636	583,9
İntern Doktorlar	405	385	-4,9
Diğer Çalışanlar (Stajyer Hemşire, Danışma, Güvenlik, vb.)	2265	2107	-7,0
Hemşireler	2837	2327	-18,0
Sağlık Teknisyenleri	731	471	-35,6
Temizlik Görevlileri	785	378	-51,8
Hastane Hizmetlileri	785	242	-69,2
Memur - Sekreterler	1753	352	-79,9
<b>GENEL TOPLAM</b>	<b>9654</b>	<b>6898</b>	<b>-28,5</b>

#### ▪ Mali kaynakların yönetimi;

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

### Tablo 7 : Satın Alma İş Akış Şeması

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

#### ▪ Taşınır ve taşınmaz kaynakların yönetimi;

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

#### D-3 Bilgi Yönetim Sistemi

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

#### D-4 Kurum Dışından Tedarik Edilen Hizmetlerin Kalitesi

(“İlk yıl BİDR’de belirtildiği şekildedir”)

#### D-5 Kamuoyunu Bilgilendirme

▪ Bu konuda Kalite yönetim sistemi çerçevesinde bir uygulamamız yoktur.

#### D-6 Yönetimin Etkinliği ve Hesap Verebilirliği

▪ Bu konuda Kalite yönetim sistemi çerçevesinde bir uygulamamız yoktur.

## E. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

### Tablo 8 : Güçlü ve Zayıf Yönler

("İlk yıl BİDR'de belirtildiği şekildedir")

### Tablo 9 : Fırsatlar ve Tehditler

("İlk yıl BİDR'de belirtildiği şekildedir")

İç Değerlendirme Raporu ekinde; Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Raporu sunulmuştur. Rapora yönelik iyileştirme çalışmaları devam etmektedir.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkez Müdürü olarak yetkim dâhilinde;  
Birim Kalite Güvence Komisyonu Üyeleri tarafından hazırlanan bu raporda yer alan  
Bilgilerin güvenilir, tam ve doğru olduğunu beyan ederim.  
(17.01.2018)

Birim Yöneticisi  
Prof. Dr. Kudret DOĞRU

Birim Kalite Güvence Komisyonu Üyeleri  
Başkan  
Prof. Dr. Mustafa ÇALIŞ

Üye  
Tülin FİLİK  
Hastane Müdür Yrd.

Üye  
Özcan ÖZYURT  
Başmüdür

## EK-1:

Değerlendirilecek Bölüm	Değerlendirilecek Toplam Puan	Değerlendirilen Bölüm	Değerlendirilen Puan	Karşılanmıyor	Kısmen Karşılanıyor	Karşılanıyor	Değerlendirme Dışı
Acil Durum ve Afet Yönetimi	210	Acil Durum ve Afet Yönetimi	210			160	50
Acil Servis	130	Acil Servis	130			130	
Ameliyathane	210	Ameliyathane	210	0		80	
Bilgi Yönetim Sistemi	300	Bilgi Yönetim Sistemi	300			300	
Bölüm Bazlı Göstergeler	200	Bölüm Bazlı Göstergeler	200			200	
Diyaliz Ünitesi	100	Diyaliz Ünitesi	100			100	
Doğum Hizmetleri	100	Doğum Hizmetleri	100			100	
Döküman Yönetimi	30	Döküman Yönetimi	30			30	
Enfeksiyonların Önlenmesi	180	Enfeksiyonların Önlenmesi	180		15	150	
Göstergelerin İzlenmesi	170	Göstergelerin İzlenmesi	170		15	140	
Güvenlik Raporlama Sistemi	100	Güvenlik Raporlama Sistemi	100			100	
Hasta Bakımı	360	Hasta Bakımı	360			360	
Hasta Deneyimi	50	Hasta Deneyimi	50		25		
Hizmete Erişim	10	Hizmete Erişim	10			10	
İlaç Yönetimi	120	İlaç Yönetimi	120			120	
Kalite Yönetimi	100	Kalite Yönetimi	100			100	
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	30	Malzeme ve Cihaz Yönetimi	30			30	
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	130	Mikrobiyoloji Laboratuvarı	130			130	
Otelcilik Hizmetleri	110	Otelcilik Hizmetleri	110		15	80	
Radyasyon Güvenliği	80	Radyasyon Güvenliği	80		25	30	
Risk Yönetimi	100	Risk Yönetimi	100	0			
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	50	Sağlıklı Çalışma Yaşamı	50	0			
Sterilizasyon Hizmetleri	100	Sterilizasyon Ünitesi	100			100	
Tesis Yönetimi	150	Tesis Yönetimi	150			150	
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	50	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	50			50	
Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	110	Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi	110			110	
Yoğun Bakım Ünitesi	110	Yoğun Bakım Ünitesi	110			110	
<b>2017 Puan: 88,77 / arı puan 89,27</b>							