



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ**  
ARAŞTIRMA ÜNİVERSİTESİ

**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ**  
**SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**  
2022 Yılı Birim İç Değerlendirme Raporu

# 1 - ÖZET

## 1.1- ÖZET

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (SUAM) olarak yürürlükte bulunan uygulamaya yönelik süreçlerin Kalite Yönetim sistemi içerisinde tanımlı olarak çalışanlara ulaştırılan dokümanların (görev tanımı, proses, prosedür, talimat vb.) ve kalite çalışmalarının sürekli iyileştirme çerçevesinde kanıta dayalı olarak izlenmesi takip edilmesi, değerlendirilmesi doğrultusunda; Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde verilen hizmetlerle kaliteyi bir yaşam tarzı olarak benimsemeyi, hastayı tatmini, doğru ve prensipli kararlarla maksimum kalitede hizmet vermeyi amaç edinmiştir. Toplam Kalite Yönetim Sistemi ilkeleri doğrultusunda çalışmalarını sürdürmeye başlamış olan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 2003 yılı başından itibaren TSE-EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi oluşturmaya başlamıştır. Hastalarımıza en iyi teşhis ve tedavi hizmeti verme ilkesini prensip edinerek uygulamakta olduğu teşhis ve tedavi yöntemlerini hasta memnuniyetini ön planda tutma ilkesi ile yürütmeyi hedeflemiştir.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde teşhis ve tedaviye yönelik olarak oluşturulan hizmet alanlarındaki proseslerin teçhizat ve çalışan yeterliliği dikkate alınarak prosesler sürekli gözden geçirilerek sürekli iyileştirme yapılmakta olup, belirlenen kriterlere uygunluk kontrol edilmektedir. 2022 yılı içerisinde 08-09 Ağustos 2022 tarihlerinde TSE-EN ISO 9001:2015 Gözetim Tetkiki ile 28-29 Kasım 2022 tarihlerinde Sağlık Bakanlığı SKS(Sağlıkta Kalite Standartları) değerlendirilmesi başarı ile gerçekleşmiştir.

Sağlık Bakanlığı Kalite Akreditasyon Daire Başkanlığı ve Sağlık Kalite Standartları(SKS) gereği; Kurumumuz Kalite Direktörlüğünün koordinasyonu ile 2022 yılı öz değerlendirme organizasyonunu, öz değerlendirme planına uygun olarak tüm bölümlerin değerlendirilmesi 31 Ekim - 07 Kasım 2022 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir. Elde edilen sonuçlar yılda 2 kez yapılan yönetim gözden geçirme toplantısında değerlendirilmiştir. Değerlendirmeye Kalite Direktörü yönetiminde toplamda 32 değerlendirici ile beraber birimleri ilgilendiren tüm SKS bölümleri değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

## 2 - KURUM HAKKINDA BİLGİLER

### 2.1- 1. İletişim Bilgileri

Prof. Dr. Fatih HOROZOĞLU : Sağlık uygulama ve Araştırma Merkez Müdürü/Başhekim

e-mail: fatihhorozoglu@erciyes.edu.tr

#### İletişim Bilgileri

Adres: Köşk Mah. Prof. Dr. Turhan Feyzioğlu Cad. No:42 38039 Melikgazi/Kayseri

Bilgi Danışma Hattı (Hafta içi 08:00 - 17:00 saatleri arasında ulaşabilirsiniz.)

Telefon: 444 38 83 WhatsApp : (0 530) 353 65 13 Santral Telefon : (0 352) 207 66 66 Telefon : (0 352) 203 02 03

Tıp Fakültesi Hastaneleri Başhekimliği Telefon : (0 352) 437 49 12 Faks : (0 352) 437 52 73

Tıp Fakültesi Hastaneleri Başmüdürlüğü Telefon : (0 352) 437 49 48 Faks : (0 352) 437 52 70

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/tr/iletisim/1/15>

### 2.2- 2. Tarihsel Gelişimi

#### Tarihsel Gelişim ve Tanıtım

Tarihsel Gelişim ve Tanıtım Hacettepe Üniversitesi bünyesinde, 9 Aralık 1968'de kurulan Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi, 1969 - 1970 öğretim yılında Gevher Nesibe Medresesinin adı ve hatırasını yaşatmak için Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi adı altında ve 25 öğrenciyle eğitim / öğretime başlamıştır. Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile yapılan protokol gereğince, 4 Ağustos 1975 yılında Kayseri Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniğine taşınan Fakültemizin ilk akademik kadrosunda 4 doçent, 23 öğretim görevlisi, 3 uzman ve 39 asistan bulunmaktaydı. 18 Kasım 1978 tarih ve 2175 sayılı kanunla Kayseri Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi adını alırken 26 Haziran 1982 tarih ve 41 sayılı Kanun Hükmünde Karamame ile Tıp Fakültesi bugünkü statüsüne kavuşmuştur. 22 Aralık 2013 tarih, 28859 sayılı yönetmelik ile Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi adını almış ve halen çalışmalarına devam etmektedir.

Talas yolu üzerindeki yeni binasına 1981 yılında taşınmıştır. Artan sağlık hizmetleri ihtiyacının karşılanması için kısa zamanda ana binasına ilave olarak özel dal hastaneleri yapılmıştır. 26 Kasım 1998 tarihinde Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi ile Semiha - Asım Kıbar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, 11 Kasım 1999 tarihinde ise Mehmet - Yılmaz Öztaşkın Kalp Hastanesi hizmete açılmıştır. 2008 yılı içerisinde de Fevzi Mercan ve Mustafa Eraslan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi ve Eylül 2008 Gülser - Dr. Mustafa Gündoğdu Merkez Laboratuvarı Binası, 2009 yılı Haziran ayında Şahinur Dedeman Kemik İliği ve Kök Hücre Tedavi Merkezi, Nisan 2015 Nazende - Nuri Özkaya Onkoloji Gündüz Tedavi Merkezi, Mayıs 2015 yılında Naciye Mercan Anne Evi hizmete girmiştir.

Kanser teşhisi almış ve/veya kemik iliği nakline ihtiyaç duyan çocukların faydalanması için planlanan, kendi ameliyathanesi olan, talasemi ve hemofili hastaları için hizmet verecek toplam 105 yataklı kapasiteli KANKA Pediatrik Hematoloji Onkoloji ve Kemik İliği Nakli Merkezi 2022 yılında hizmete açılmıştır.

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz 2002 yılında Kalite Güvence Belgesi almış, sağlık hizmetlerini dünya standartlarına taşıyan uygulamaları ile 6 Kasım 2003 tarihinde de Kalite Yönetim Sistemi Belgesini almıştır. Gevher Nesibe Hastanesi 4 Ekim 1988 tarihinde hizmete açılmıştır ve 674 yatak kapasitesi ile hizmet vermektedir. Bu hastanemizin 2 katlı A, B, C bloklarında poliklinik hizmetleri, 14 katlı (D blok) ana hastane binasında ise klinikler ve idari birimler hizmet vermektedir. Yine 2 katlı E, F, G ve H bloklarında ise Radyoterapi Ünitesi, PET CT Ünitesi, radyolojik girişimlerin yapıldığı Anjiyografi Ünitesi, Fizik Tedavi Ünitesi, Radyoloji Üniteleri (Direkt Röntgen, Tomografi, Manyetik Rezonans, Skopi Üniteleri), Nükleer Tıp Ünitesi ve Hormon Laboratuvarı, Acil Servis, Kan Bankası, Tüp Bebek Ünitesi, Patoloji Laboratuvarı, 25 adet ameliyathane ve 94 yatak kapasiteli 11 adet Yoğun Bakım Ünitesi yer almaktadır.

Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi 52 yatak kapasitelidir. Bu hastanemizde erişkin hematoloji ve onkoloji hastaları tedavi görmekte olup, Radyasyon Onkoloji Anabilim Dalı, Medikal Onkoloji Bilim Dalı, Hematoloji Bilim Dalı ve Kemik İliği Nakli ve Kök Hücre Tedavi Merkezi, Kemoterapi Ünitesi, Flowcytometri Laboratuvarı ve Aferez Ünitesi ile hizmet vermektedir.

Semiha - Asım Kibar Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi 84 yatak kapasitelidir. Ayrıca 31 adet hemodiyaliz poliklinik yatağı mevcuttur. Bu hastanemizde erişkin ve çocuk hemodiyaliz ve nefroloji hastalarının ayakta ve yatarak tedavileri yapılmaktadır. Yılmaz - Mehmet Öztaşkın Kalp ve Damar Hastalıkları Hastanesi 121 yatak kapasitelidir. Bu hastanemizde erişkin kardiyoloji hastalarının ayakta ve yatarak tetkik ve tedavileri yapılmakta olup, EKO, Efor, Hipertansiyon polikliniği, Koroner Anjiyografi, Koroner Yoğun Bakım ve Koroner klinikleri hizmet vermektedir. Ayrıca, bu hastanenin 6 ve 7 inci katlarında Kalp - Damar Cerrahisi Klinikleri ve Yoğun Bakım Üniteleri ve kalp ameliyatlarının yapıldığı 3 ameliyathane bulunmaktadır. Fevzi Mercan ve Mustafa Eraslan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi 2 blok halinde ve 184 yatak kapasitesiyle hizmet vermektedir.

Acil, Radyoloji, Genel Pediatri, Enfeksiyon Hastalıkları, Nöroloji, Kardiyoloji, İmmünoloji, Endokrinoloji, Hematoloji - Onkoloji, Nefroloji - Romatoloji, Gastroenteroloji, Alerji Adölesan, Süt Çocuğu, Sosyal Pediatri, Yeni doğan ve Yoğun Bakım Üniteleri bulunmaktadır. Gülser - Dr. Mustafa Gündoğdu Merkez Laboratuvarı Biyokimya, Bakterioloji, Seroloji, Metabolizma, İmmünoloji ve Hematoloji laboratuvarlarından oluşmaktadır. Ayrıca Ömek Kabul ve Tasnifleme Birimleri de mevcuttur. Şahinur Dedeman Kemik İliği Nakli ve Kök Hücre Tedavi Merkezi 35 yatak kapasiteli olup, Allogeneik ve otolog kemik iliği transplantasyonları başarıyla yapılmaktadır.

Bütün işlemler Avrupa ve Dünya standartlarına JACIE (JointAccreditationsCommittee of ISCT and EBMT) uygun şekilde gerçekleştirilmektedir. İşlem bakımından Türkiye'de birinci, Avrupa ülkelerinde ise 5. Sırada yer almaktadır. Yatak sayısı itibari ile merkez, Türkiye'nin en büyük merkezi konumundadır. Nazende - Nuri Özkaya Onkoloji Gündüz Tedavi Merkezi 3 katta toplam 2 bin 500 metre kare kullanım alanına sahiptir. Ünitelerde 70 adet hasta tedavi koltuğu, 10 adet özel oda, 3 adet hastalar için eğitim odası, 1 adet eczane ve robotik sistem ile kemoterapi ilaç hazırlama ünitesi mevcut.

Merkezimizde Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Hematoloji ve Pediatrik Hematoloji - Onkoloji hastaları ilaç hazırlama ve kemoterapi uygulama hizmeti verilmektedir. Gerek ünite içerisinde hastalar için, gerekse hasta yakınlarının bekleme alanlarında geçirdikleri süreyi konforlu kılmak amacıyla 16 adet LCD ekranla uydu yayını yapılmakta, merkezi ses ve müzik sistemi bulunmaktadır. Güncel olaylardan uzak kalmamaları için günlük gazeteleri temin edilmektedir. Ayrıca hastalar için sosyal faaliyetlerin yürütüleceği alanlar mevcuttur.

Naciye Mercan Anne; Evi Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Melikgazi Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı arasında düzenlenen protokol kapsamında, refakatçi annelerin günübirlik ihtiyaçlarının karşılandığı ve her türlü konforun sağlandığı bir şekilde hizmet vermektedir. Yeni doğan ve çocuk hastaların, özellikle şehir dışından gelen refakatçi annelerinin barınmaları, anne sütüyle çocuklarını beslemeleri ve yanlarından ayrılmadan bu hizmetlerden faydalanmaları için kullanılmaktadır.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/c/2-1/tarihce>

## 2.3- 3. Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri

### MİSYONUMUZ

Hasta ve çalışan haklarını gözeterek, toplumun sağlık alanındaki ihtiyaç ve beklentilerini ulusal ve uluslararası standartlarda karşılamak, hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutmak hastanemizin misyonudur.

### VİZYONUMUZ

Mesleki standartlar ve etik ilkeler doğrultusunda, güncel bilgi ve teknolojiyi kullanarak nitelikli sağlık hizmeti sunan, uluslararası düzeyde tanınan ve tercih edilen lider sağlık kuruluşu olmaktır.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/c/65-1/misyon-vizyon>

### DEĞERLERİMİZ

**Hesap Verebilirlik:** Kaynaklarını etkin, ekonomik, verimli ve şeffaf bir şekilde kullanır.

**Güvenilirlik:** İnsan onuruna, özel hayata ve mahremiyete önem verir.

**İşbirliğine Açıklık:** İç paydaşlarının (çalışanlar) ve dış paydaşlarının (tedarikçiler, hasta ve hasta yakınları) görüşlerini dikkate alarak planlama yapar, hizmet modelleri geliştirir ve sunar.

**Müşteri Odaklılık:** Müşterilerimiz için değer yaratma, müşteri istek, beklenti ve ihtiyaçlarının ne olduğunun bilincindedir ve bu yönde hareket eder.

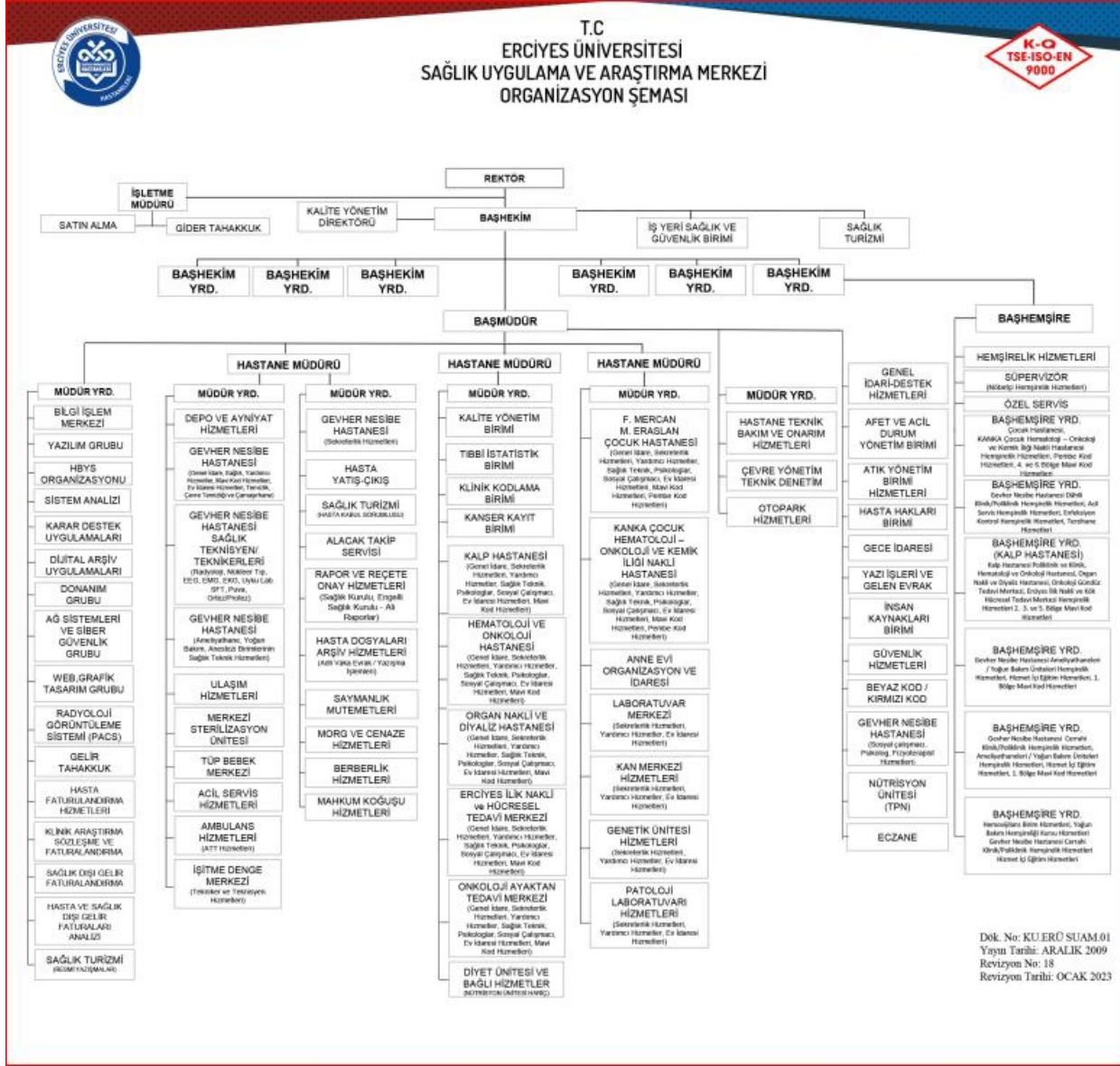
**Yenilikçi ve Gelişime Açık:** Yeni Teknoloji, Ürün, Hizmet ve bilgilere açıktır; en iyi çözümlerle hareket etmek için inovasyon yaparak ve farklı yaklaşımları deneyerek mevcut bilginin sürekli iyileştirilmesini hedefler.

**Hukuka ve Millî Manevî Değerlere Bağlılık:** İnsan haklarına, evrensel hukuk ilkelerine bağlı, millî ve manevî değerlere önem vererek ürün ve hizmetlerini sunar.

**Yönetim Sistemlerine İnanmışlık:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak, ürün, hizmet, faaliyetleri ve hayatı yönetmenin bir sistem işi olduğunun bilinciyle sürekli gelişen dünyamızda var olmamıza katkı sağlayacak yönetim sistemlerini oluşturmanın, uygulamanın ve sürekli iyileştirmenin önemine inanırız.

**Verilerle Konuşmak:** Üst Yönetimimiz ve çalışanları her türlü kararlarında her türlü bilgiyi kullanırlar ve gerçekleri veri analizlerinden elde edilen bilgiler yoluyla ifade etmeyi önemserler. En etkin kararların kanıt / verilere dayalı olduğunun bilincindedirler.

**Tarafsızlık:** Tüm çalışanlara eşit uzaktır; önyargısız, somut, veri ve bilgiye dayanan bir yaklaşım sergiler.



<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/EditorUpload/Files/2d097eab-7ea4-410c-8a39-b533614ca9d9.pdf>

## İYİLEŞTİRME ALANLARI

Kurumumuz iyileştirme için fırsatları tayin etmiş, müşteri şartlarını karşılamak ve gelecekteki ihtiyaçlarını belirlemek, hizmetlerimizi iyileştirmek, istenmeyen etkileri azaltmak veya yok etmek, müşteri memnuniyetini ve Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini arttırmak için gerekli faaliyetleri düzenleme, düzeltici önleyici faaliyetler veya Yönetimin Gözden Geçirme Faaliyetlerini kullanarak iyileştirmeleri sağlamaktadır.

**Uyumsuzluk ve Düzeltici Faaliyet:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz uyumsuzlukların nedenlerini giderek ve tekrarlarını önlemek için karşılaşılan uyumsuzlukların etkilerine göre tedbirler almaktadır. Tüm uyumsuzluklar izlenebilirlik amacıyla kaydedilir. Bunlar gözden geçirilerek sonuçlar sistemdeki zayıflıkların nerede olduğunun belirlenmesinde kullanılarak düzeltici önleyici işlemlerin temel girdilerini sağlar. Düzeltilemeyecek bir uyumsuzluk bulunduğu anda işlem tekrarlanır. Uygun olmayan hizmetlerin kontrolü sürekli olarak tekrar edilir. Ayrıca Kurumumuzda, uyumsuzlukların gözden geçirilmesi (hasta şikâyetleri dâhil olmak üzere), nedenlerinin belirlenmesi, tekrarlanmasını önlemek için faaliyete olan ihtiyacın değerlendirilmesi, gerekli faaliyetin belirlenmesi ve uygulanması, başlatılan faaliyetin sonuçlarının kayıtları, başlatılan düzeltici faaliyetin etkinliğinin gözden geçirilmesi için gerekli olan düzeltici faaliyet talep değerlendirme, düzeltici faaliyet gerçekleştirme faaliyetlerini belirlemiş ve uygulamaktadır. Ayrıca "Düzeltilici Faaliyet Prosedürü"nü oluşturmuş ve sürekliliğini sağlamaktadır.

## İlgili Dokümanlar:

- Düzeltici Faaliyet Prosedürü

## Sürekli İyileştirme:

Sürekli olarak iyileştirme Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin Kalite Yönetim Sisteminin temelidir. Sürekli olarak iyileştirmeyi de taahhüt eden kalite politikasını, kalite amaçlarını (hedeflerini), tetkik sonuçlarını, verilerin analizini, düzeltici - önleyici faaliyetleri, performansların izlenmesi ve ölçülmesini iç tetkikler ve yönetimin gözden geçirmesi yolu ile Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini sürekli olarak takip ederek iyileştirmek için hizmetleri gerçekleştirmektedir. Proseslerde performans göstergesi Hastane Bilgi Yönetim Sisteminde kayıtlı olan "Proses Kartı Kriterleri Takip Formu" üzerinden takip edilmektedir. Sürekli iyileştirmelerde bu göstere önceliklidir. Ayrıca oluşturulan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi kurulları, ilgi alanlarına göre oluşan problemlerin çözümünü

alınan kararlarla birlikte yönetime sunar, sonuçlarını denetler ve böylece alanıyla ilgili sürekli iyileşme sağlar.

Tespit edilen sorunlar ilgili kurullarda görüşülerek çözüme kavuşturulmaktadır. Kurulun görev yetki ve sorumlulukları Yönergelerle tanımlanmıştır.

İlgili Kurullar;

- Yönetim Kurulu,
- Danışma Kurulu,
- Akılcı İlaç Kullanım Kurulu,
- Bilgi İşlem Kurulu
- Beyin Ölümü Kurulu
- Döner Sermaye Hizmetleri Değerlendirme Üst Kurulu,
- Eğitim Kurulu,
- Enfeksiyon Kontrol Kurulu,
- Hasta Beslenme Kurulu,
- Hasta Güvenliği Kurulu,
- İlaç - Tıbbi Malzeme Kurulu,
- İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu,
- Kalite Kurulu,
- Kan Transfüzyon Kurulu,
- Klinik Kalite İyileştirme Kurulu
- Merkez Laboratuvarı Üst Kurulu,
- Organ ve Doku Nakli Kurulu
- Pandemi İzleme Kurulu
- Radyasyon Sağlığı ve Güvenliği Kurulu,
- Risk Yönetim Kurulu,
- Sağlık Kayıtları Kurulu
- Tesis Güvenliği Kurullarından oluşmaktadır.

Temel yaşam fonksiyonları (solunum, dolaşım) riski altında olan veya durmuş olan bireylere gerekli müdahalenin Cardio - Pulmoner Resuscitation (CPR) yapılabilmesi için Mavi Kod Prosedürü oluşturulmuştur. 11100 nolu telefondan Mavi Kod ekibi aranarak hastaya müdahale edilmesi sağlanır. Yenidoğan, bebek ve çocukların kaçırılmaları veya kaybolmaları durumlarına karşı önlem almak ve güvenliği sağlamak amacıyla "Pembe Kod Prosedürü" oluşturulmuştur. 11113 nolu telefondan Pembe Kod ekibi aranarak olaya müdahale edilir. Hastane çalışanlarının fiziksel saldırı, cinsel taciz ve şiddete maruz kalmaları durumunda alınacak güvenlik önlemlerini, uygulanacak stratejileri belirlemek ve güvenlik görevlisinin en hızlı biçimde durumdan haberdar edilip, olay yerine yönlendirilmesini sağlamak, çalışana destek olmak amacıyla "Beyaz Kod Prosedürü" oluşturulmuştur. 11155 nolu telefondan Beyaz Kod ekibi aranarak olaya müdahalesi sağlanır. Hastanelerimizde meydana gelebilecek yangın, sel, deprem, kimyasal sızıntı gibi acil afet durumunda tüm çalışanların haberdar edilmesi, gerekli önlemlerin alınması; hasta, çalışan ve binaların en az hasarla kurtarılması için "Kırmızı Kod Prosedürü" oluşturulmuştur. 15400 - 22423 nolu telefondan "Kırmızı / Turuncu Kod Ekibi" aranarak olaya müdahalesi sağlanır.

**İlgili Dokümanlar:**

- Veri Analiz İşlemleri Prosedürü
- Kurul Kararları

## 3 - A. LİDERLİK, YÖNETİŞİM VE KALİTE

### 3.1- A.1. Liderlik ve Kalite

**Liderlik ve kalite güvencesi kültürü**

Kurumumuzda kalite kültürü ; Toplam Kalite Yönetim Sistemi ilkeleri doğrultusunda çalışmalarını sürdürmeye başlamış olan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 2003 yılı başından itibaren ISO - 9001 Kalite Yönetim Sistemi oluşturmaya başlamıştır. Hastalarımıza en iyi teşhis ve tedavi hizmeti verme ilkesini prensip edinerek

uygulamakta olduğu teŖhis ve tedavi yöntemlerini hasta memnuniyetini ön planda tutma ilkesi ile yürütmeyi hedeflemiştir.

Kurumumuzda liderlik ilkesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin amacını ve yönünü, çalışanına ve hastalarına güveni, Kalite Yönetim Sistemimiz için gerekli kaynakların sağlanması sorumluluğunu, açık ve dürüst iletişimi destekleyen, politika ve amaçlarını (hedeflerini) belirleyen ve amaçlara ulaşmak için stratejilerin uygulanmasını gerçekleştirme yetkinliğine sahip olmak olarak düşünülmektedir.

Üst Yönetim; Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması, uygulanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi ile ilgili aşağıda tanımlanan liderlik ve taahhütlerde bulunmaktadır.

- Kalite yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirlik,
- Kalite politikası ve kalite amaçlarının oluşturulacağı ve bunların kuruluşumuzun stratejik yönü ve iç / dış unsurları (bağlamı) ile uyumluluğun güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sistemi şartlarının, kuruluşumuzun prosesleri ile entegre olduğunu güvence altına alınacağını,
- Proses yaklaşımı ve risk temelli düşünmenin kullanımının teşvik edileceğini,
- Kalite Yönetim Sistemi için gerekli kaynakların varlığının güvence altına alınacağını,
- Etkin kalite yönetimi ve Kalite Yönetim Sistem şartlarına uygunluğun öneminin paylaşılacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin amaçlanan çıktılara ulaşmasının güvence altına alınacağını,  Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin istihdam edileceğini, yönlendirileceğini ve destekleneceğini,  İyileştirmenin teşvik edileceğini,
- Tüm çalışanlarımızın liderliğini göstermek için destekleneceğini taahhüt eder. |

**İlgili Dokümanlar** : - Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Prosedürü

- Düzeltici Faaliyet Prosedürü - Önleyici Faaliyet Prosedürü

- Hasta Dosyaları

## **KALİTE POLİTİKAMIZ**

Sağlık Hizmeti Sunumunda İhtiyaç Ve Beklentileri Karşılama, Hasta Ve Çalışan Memnuniyetini Ön Planda Tutmak Üniversite Hastanemizin Temel Politikasıdır. Bu Hizmeti Verirken Hasta Ve Çalışan Haklarını Gözetmek, İş Sağlığı Ve Çevre Güvenliğini Sağlamak Ana Prensbimizdir.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/c/64-1/kalite-politikamiz>

## **YÖNETİM POLİTİKASI**

Kurumumuzda liderlik ilkesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin amacını ve yönünü, çalışanına ve hastalarına güveni, Kalite Yönetim Sistemimiz için gerekli kaynakların sağlanması sorumluluğunu, açık ve dürüst iletişimi destekleyen, politika ve amaçlarını (hedeflerini) belirleyen ve amaçlara ulaşmak için stratejilerin uygulanmasını gerçekleştirme yetkinliğine sahip olmak olarak düşünülmektedir.

Üst Yönetim; Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması, uygulanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi ile ilgili aşağıda tanımlanan liderlik ve taahhütlerde bulunmaktadır.

- Kalite yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirlik,
- Kalite politikası ve kalite amaçlarının oluşturulacağı ve bunların kuruluşumuzun stratejik yönü ve iç / dış unsurları (bağlamı) ile uyumluluğun güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sistemi şartlarının, kuruluşumuzun prosesleri ile entegre olduğunu güvence altına alınacağını,
- Proses yaklaşımı ve risk temelli düşünmenin kullanımının teşvik edileceğini,
- Kalite Yönetim Sistemi için gerekli kaynakların varlığının güvence altına alınacağını,
- Etkin kalite yönetimi ve Kalite Yönetim Sistem şartlarına uygunluğun öneminin paylaşılacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin amaçlanan çıktılara ulaşmasının güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin istihdam edileceğini, yönlendirileceğini ve destekleneceğini,
- İyileştirmenin teşvik edileceğini,
- Tüm çalışanlarımızın liderliğini göstermek için destekleneceğini, taahhütlerinde bulunmaktadır.

## **Kurumsal performans yönetimi**

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi, hizmet şartlarına uygunluğu göstermek, Kalite Yönetim Sisteminin uygunluğunu sağlamak ve Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini sürekli iyileştirmek için gerekli olan izleme, ölçme, analiz ve geliştime işlemlerini planlamakta ve yerine getirmektedir. Birimlerimizde kalite üzerinde önemli etkileri olan belli başlı işlem ve faaliyetleri izlemek, periyodik olarak ölçmek ve gözlemek amacıyla gerekli dokümanlar oluşturulmuştur. Kalite performansının izlenmesi; amaç ve hedeflerle uyum içinde bulunmasını temin etmek amacıyla veriler düzenli olarak kaydedilmektedir. Prosesler için yetki ve sorumlulukları belirlenen çalışanlar tarafından proseslerle ilgili ölçme ve değerlendirmeler gerçekleştirilmektedir.

Otomasyondan alınan verilerle birimlerinde uygulanan süreçlerin ölçümleri yapılmakta ve gerektiğinde düzeltici ve önleyici faaliyetlerle sürekli iyileştirmeye gidilmektedir. İzleme, ölçme, analiz ve iyileştirme ile; proseslerin etkin olarak kullanılması, proseslerin ve hizmetin kontrollü şartlar altında yürütülmesi ve sürekli olarak iyileştirilmesi sağlanır.

Hizmet gerçekleştirme proseslerinin ve sonuçlarının, planlanmış düzenlemelere uygun olarak yerine getirildiğinin tespiti; izleme, lme analiz ve iyileştirme prosesleri olan müşteri memnuniyetini ölçmeye yönelik olarak yapılan anketler, dilek ve Őikyetler, iç tetkikler, süreçler ile hizmetlerin izlenmesi ve llmesi, sürekli iyileştirme, düzeltme, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin sonuçlarının değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır. Ayrıca planlanan sonuçların başarlanmadığı durumlarda gerektiğinde düzeltmeler ve düzeltici faaliyetler başlatılır.

Hizmet gerçekleştirme proseslerimizin uygun aşamalarında kontrol formları, proses performans ölümleri, hasta dosyaları, müşterilere yapılan anketler ve proseslerle ilgili tutulan kayıtlardan izleme ve lme işlemlerini yapar. Hasta hizmetlerini gerçekleştirmeden önce hasta veya hasta yakınından rıza belgesi alınarak kayıtları saklanır. Hizmetin son kontrolleri hekimler tarafından yapılır. Kurumumuzda sürekli iyileştirme ve Kalite Sisteminin uygulanabilirliğini kontrol için yılda en az 1 (bir) kez iç tetkik planlanmaktadır. Ayrıca Kalite Yönetim Sisteminin performansı ve etkinliği yılda en az 1 (bir) kez yapılan Yönetimin Gözden Geçirme Toplantıları ile değerlendirmektedir. st Yönetim, mevcut Kalite Yönetim Sistemi'nin sürekli iyileştirilmesi için birimlere her türlü gerekli mali kaynakları ve vasıflı insan gücünü sağlar ve sonuçların kanıtı olarak uygun dokümante edilmiş bilgiyi muhafaza eder.

## 3.2- A.2. Misyona ve Stratejik Amaçlar

### MİSYONUMUZ

Hasta ve çalışan haklarını gözeterek, toplumun sağlık alanındaki ihtiyaç ve beklentilerini ulusal ve uluslararası standartlarda karşılmak, hasta memnuniyetini en st düzeyde tutmak hastanemizin misyonudur.

### VİZYONUMUZ

Mesleki standartlar ve etik ilkeler doğrultusunda, güncel bilgi ve teknolojiyi kullanarak nitelikli sağlık hizmeti sunan, uluslararası düzeyde tanınan ve tercih edilen lider sağlık kuruluşu olmaktadır.

### KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz TS EN ISO 9001:2015 Standardının Şartlarına uygun olarak, ihtiyaç duyuduğumuz prosesleri (süreçleri) ve bunların birbiri ile etkileşimlerini belirleyerek Kalite Yönetim Sistemini kumuş, uygulamakta, sürekli liğini sağlamakta ve sürekli iyileştirmektedir. Kurumumuz Kalite Yönetim Sistemi için ihtiyaç duyulan prosesleri ve bunların uygulamalarını belirlemiş ve;

- Bu proseslerin istenen girdileri ile beklenen çıktılarını tayin etmiş,
- Bu proseslerin sırası ve birbiriyle etkileşimini tayin etmiş,
- Proseslerin etkili işletimini ve kontrolünü güvence altına almak için ihtiyaç duyulan kriter ve yöntemleri (izleme, lme ve ilgili performans kriterleri dahil) tayin etmiş ve uygulamakta,
- Prosesler için ihtiyaç duyulan kaynakları tayin etmiş ve varlığını güvence altına almış,
- Prosesler için yetki ve sorumlulukları belirlemiş,  Risk fırsatlarını belirlemiş,
- Bu prosesleri değerlendirmekte ve bu proseslerin istenen sonuçlara erişmesini güvence altına almak için ihtiyaç duyulan herhangi bir değerliği uygulamakta,
- Prosesleri ve Kalite Yönetim Sistemini iyileştirmektedir. Arzulanan sonuç, faaliyetler ve ilgili kaynaklar bir proses olarak yönetilmesi durumunda daha fazla verim elde edilecektir. Etkin yönetmemiz gereken, verimli olmasını istediğimiz faaliyetler sistemimizin parçaları proses olarak yönetilmiş ve istenilen sonuçlara daha etkin olarak ulaşılması amaçlanmıştır.

Bu faaliyetlerin her biri için etkinlik ve verimlilik kriterleri belirlenmiştir. Faaliyet sorumlular bu değerlere ulaşmak adına faaliyetleri sürekli izleyerek uygulanabilen durumlarda ölçmüşlerdir. Bir bütün olarak bakıldığında birbiriyle ilişki ve etkileşim içerisinde olan birçok faaliyetimiz olduğu görülmektedir. Proses Kartlarında proseslerin birbirleri ile etkileşimlerinin tanımlanmasıyla hizmetimizin karakteristiğinin kontrol altına alınması sağlanmıştır. Bir faaliyetimizde olumsuzluk görülmesi durumunda biz nasıl müdahale etmeliyiz yaklaşımı ile faaliyetlerin birbirlerine olan etkileri de yönetilmektedir.

Sonuçta bu yaklaşım felsefesiyle birbirlerini etkileyen her bir faaliyet etkin, verimli ve etkilerin olumsuzlukları minimize edilecek Şekilde yönetilmektedir. Proseslerin istenilen sonuca ulaşabilmesi için, aktivitelere, eğitim ihtiyaçlarına, teħizata, metotlara, bilgi, malzeme ve diğer kaynaklara önem verilmiştir. Birbiri ile etkileşim içinde olduğu ifade edilen Kalite Yönetim Sistemi Proseslerinin lme ve izleme sonuçlarının analiz edilerek gerektiğinde iyileştirme planlarının ve düzeltici faaliyetlerin yapılması gözden geçirilerek gerektiğinde Politika ve Amaçlarda (Hedeflerde) iyileştirilmeye gidilmesi ve ilaveten gerekli kaynakların st Yönetim tarafından sağlanması suretiyle Kalite Yönetim Sistemi sürekli iyileştirilmektedir.

İlgili Dokümanlar: - Proses Kartları

### İç kalite güvencesi mekanizmaları

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz hizmetin gerçekleştirilmesi için gerekli olan süreçlerin planlamasını yapmakta ve gelişimlerini sağlamaktadır. Tespit edilen süreçlerin belirleyicisi, kalite politikası, kalite amaçları (hedefleri), hizmet alanlarının ihtiyaç ve beklentileri ile yasalarca hizmet için belirlenmiş olan Őartlardır. Hizmetler, yukarıda belirlenen Őartları karşılayacak biçimde prosesler olarak tanımlanmıştır. Belirlenen prosesler için hizmet tanımlı Őartları belirtir bir doküman varsa (rnek: Yasa, Tüzük, Yönetmelik vb.) bunlara atıfta bulunulur.

Hizmetin gerçekleştirilmesine yönelik her bir faaliyet sahası için Kalite Yönetim Sisteminde prosesler oluşturulmuş, planlanmış ve sürekli iyileştirme için peyodik olarak izlenmektedir. Hizmet gerçekleştirme PUKÖ (Planla, Uygula, Kontrol Et, nlem Al) döngüsüne uygun olarak sağlanmış ve bu doğrultuda yapılan faaliyetler için yetki ve sorumluluklar belirlenmiştir.

Ayrıca hizmetlere yönelik gerekli doğrulama, geçerli klima, izleme metod ve kriterleri belirlenmiş olup, kayıtları düzenli olarak tutulmakta ve muhafaza edilmektedir.

### PLANLA-UYGULA-KONTROL ET-ÖNLEM AL

Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinde poliklinik, klinik, acil servis, laboratuvarlar ve diğer hizmet birimlerinde gerçekleştirilen hizmetler her bir ünite için düzenlenmiş olan proses kartları ile kontrol altına alınmıştır. Proseslerin planlanması ve geliştirilmesi için sürekli iyileştirme anlayışının bütün birimlerde

uygulanacak şekilde geliştirilmesi sağlanmıştır. Verilen hizmetler nihai aşamadaki hizmete özgü gerekli doğrulama, geçerli kılma, izleme, ölçme ve değerlendirme ve hizmet kabulü için gerekli kriterler ve hizmet gerçekleştirmede oluşturduğumuz proseslerin bütünü ve bunun sonucunda ortaya çıkan hizmet şartlarımızı karşıladığımızı dair bütün kayıtları kapsayacak şekilde planlanmıştır. Hizmetin ilk giriş basamağı olan poliklinik hizmetleri gerçekleştirilirken hangi miktarda talebi karşılayacağı hizmeti üretmekten sorumlu ilgili Anabilim Dallarınca belirlenmekte olup Proses Kartlarında gösterilmiştir. Ayrıca bu faaliyetlerin kontrol altına alınması için kontrol edilmesi gereken proses adımları Proses Kartlarında tanımlanmıştır.

### Liderlik ve kalite güvencesi kültürü

Kurumumuzda kalite kültürü ; Toplam Kalite Yönetim Sistemi ilkeleri doğrultusunda çalışmalarını sürdürmeye başlamış olan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi 2003 yılı başından itibaren ISO - 9001 Kalite Yönetim Sistemi oluşturmaya başlamıştır. Hastalarımıza en iyi teşhis ve tedavi hizmeti verme ilkesini prensip edinerek uygulamakta olduğu teşhis ve tedavi yöntemlerini hasta memnuniyetini ön planda tutma ilkesi ile yürütmeyi hedeflemiştir. Kurumumuzda liderlik ilkesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin amacını ve yönünü, çalışanına ve hastalarına güveni, Kalite Yönetim Sistemimiz için gerekli kaynakların sağlanması sorumluluğunu, açık ve dürüst iletişimi destekleyen, politika ve amaçlarını (hedeflerini) belirleyen ve amaçlara ulaşmak için stratejilerin uygulanmasını gerçekleştirme yetkinliğine sahip olmak olarak düşünülmektedir.

Üst Yönetim; Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması, uygulanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi ile ilgili aşağıda tanımlanan liderlik ve taahhütlerde bulunmaktadır.

- Kalite yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirlik,
- Kalite politikası ve kalite amaçlarının oluşturulacağı ve bunların kuruluşumuzun stratejik yönü ve iç / dış unsurları (bağlamı) ile uyumluluğun güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sistemi şartlarının, kuruluşumuzun prosesleri ile entegre olduğunu güvence altına alınacağını,
- Proses yaklaşımı ve risk temelli düşünmenin kullanımının teşvik edileceğini,
- Kalite Yönetim Sistemi için gerekli kaynakların varlığının güvence altına alınacağını,
- Etkin kalite yönetimi ve Kalite Yönetim Sistem şartlarına uygunluğun öneminin paylaşılacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşmasının güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin istihdam edileceğini, yönlendirileceğini ve destekleneceğini,
- İyileştirmenin teşvik edileceğini,
- Tüm çalışanlarımızın liderliğini göstermek için destekleneceğini taahhüt eder.

## 3.3- A.3. Yönetim Sistemleri

### YÖNETİM POLİTİKASI

Kurumumuzda liderlik ilkesi Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezinin amacını ve yönünü, çalışanına ve hastalarına güveni, Kalite Yönetim Sistemimiz için gerekli kaynakların sağlanması sorumluluğunu, açık ve dürüst iletişimi destekleyen, politika ve amaçlarını (hedeflerini) belirleyen ve amaçlara ulaşmak için stratejilerin uygulanmasını gerçekleştirme yetkinliğine sahip olmak olarak düşünülmektedir. Üst Yönetim; Kalite Yönetim Sisteminin oluşturulması, uygulanması ve etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi ile ilgili aşağıda tanımlanan liderlik ve taahhütlerde bulunmaktadır.

- Kalite yönetim sisteminin etkinliği için hesap verilebilirlik,
- Kalite politikası ve kalite amaçlarının oluşturulacağı ve bunların kuruluşumuzun stratejik yönü ve iç / dış unsurları (bağlamı) ile uyumluluğun güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sistemi şartlarının, kuruluşumuzun prosesleri ile entegre olduğunu güvence altına alınacağını,
- Proses yaklaşımı ve risk temelli düşünmenin kullanımının teşvik edileceğini,
- Kalite Yönetim Sistemi için gerekli kaynakların varlığının güvence altına alınacağını,
- Etkin kalite yönetimi ve Kalite Yönetim Sistem şartlarına uygunluğun öneminin paylaşılacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşmasının güvence altına alınacağını,
- Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğine katkı sağlayacak kişilerin istihdam edileceğini, yönlendirileceğini ve destekleneceğini,
- İyileştirmenin teşvik edileceğini,
- Tüm çalışanlarımızın liderliğini göstermek için destekleneceğini, taahhütlerinde bulunmaktadır.

## 3.4- A.4. Paydaş Katılımı

### Paydaş:

Bir akar veya faaliyetle kendilerini etkileyebilen, etkilenebilen ya da bir kara ya da faaliyetle kendilerinin etkileneceğini düşünen kişi veya kuruluş. İç paydaşlarının (çalışanlar) ve dış paydaşlarının (tedarikçiler, hasta ve hasta yakınları) görüşlerini dikkate alarak planlama yapar, hizmet modelleri geliştirir ve sunar.



Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Üst Yönetimi Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini dikkate alarak, Kalite Politikasını, Kalite Amaçlarını (Hedeflerini) ve başarılarını duyurmak ve paydaşlar tarafından anlaşılmasını sağlamak amacıyla uygun iç ve dış iletişim kanallarını belirlemiş ve aşağıdaki yöntemlerle sağlamaktadır.

- Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS)
- Elektronik Posta
- Telefon / Fax
- Dilek, Öneri ve Şikâyet Kutuları
- Elektronik Ekran
- İlan Panoları
- İtranet (Kurumsal İletişim Platformu)
- Belgenet (Hasta İhtiyaçları Doğrultusunda Teknolojik Gelişme)
- HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)

Ayrıca gelen - giden evraklar, yapılan toplantılar, seminerler, eğitimler, belgeler, raporlar, yazılı genelgeler, basılı yayın organları, broşürler, el kitapları, afişler, posterler, anketler, prosedürler ve formlar vb. de birer iletişim unsurlarıdır.

<https://www.erciyes.edu.tr/tr/1/hayirseverler>

### 3.5- A.5. Uluslararasılaşma

Misyonumuzda ve vizyonumuzda belirtildiği gibi uluslararası sağlık gelişimini yakından takip etmek uluslararası düzeyinde sağlık hizmeti sunmak kalite yönetimi sisteminin bir gereği olarak uygulanmaktadır.

## 4 - B. EĞİTİM VE ÖĞRETİM

4.1- B.1. Program Tasarımı, Değerlendirmesi ve Güncellenmesi

4.2- B.2. Programların Yürütülmesi (Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme)

4.3- B.3. Öğrenme Kaynakları ve Akademik Destek Hizmetleri

4.4- B.4. Öğretim Kadrosu

## 5 - C. ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME

5.1- C.1. Araştırma Süreçlerinin Yönetimi ve Araştırma Kaynakları

5.2- C.2. Araştırma Yetkinliği, İş birlikleri ve Destekler

5.3- C.3. Araştırma Performansı

## 6 - D. TOPLUMSAL KATKI

## 6.1- D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları

### Toplumsal katkı politikası, hedefleri ve stratejisi

Çalışanlara yönelik kutlama, tebrik ve bilgilendirme mesajları gönderilmiştir. Melikgazi Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı ile yapılan protokol çerçevesinde, Ahmet Karamancı Misafirhanesinde, il dışından hastanelerimize başvuran hasta ve yakınlarına ücretsiz olarak barınma, yemek ve banyo imkânı sunulmuştur. Türkiye’de ücretsiz olarak hizmet veren ilk anne evi uygulamasına sahip olan hastanelerimizde doğum yapan annelerin barınmaları, anne sütüyle çocuklarını beslemeleri ve yanlarından ayrılmadan bu hizmetlerden faydalanmaları için Naciye Mercan Anne Evinden hizmet almıştır. Ayrıca ihtiyaç sahibi hastalara giyim yardımında bulunulmuştur. Hastanelerimizde sosyal sorumluluk kapsamında gerçekleştirilen faaliyetler hastanelerimiz web sayfasında yer almaktadır. Hastanelerimiz 3.basamak bir hastane olup toplumun sağlık konusunda ihtiyaç duyulan alanlara yönelik farkındalığı artırıcı faaliyetler düzenlemek. Hastanemizde hizmet alan hasta ve hasta yakınlarının sosyal ihtiyaçlarına destek sağlamak hastanemizin hedefleri arasındadır.

### Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı

Hayırsver Ahmet Karamancı tarafından yaptırılarak üniversitemize başlanmıştır. Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Melikgazi Sağlık ve Sosyal Yardım Vakfı arasında düzenlenen protokol kapsamında, hastanelerimize il dışından gelen hasta ve yakınlarına, Ahmet Karamancı Misafirhanesinde ve Ali İhsan Erbil ve Gül Sevim Erbil Hasta Yakınları Misafirhanesinde ücretsiz barınma, yemek ve banyo hizmetleri verilmektedir.

### Toplumsal Katkı Kaynakları

İl dışından gelen hasta ve yakınlarının, Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Melikgazi Sağlık Kültür ve Sosyal Yardım Vakfı arasında imzalanan protokolle faaliyetini yürütmekte olan, Ahmet Karamancı Misafirhanesinde ve Ali İhsan Erbil ve Gül Sevim Erbil Hasta Yakınları Misafirhanesinde ücretsiz barınmaları sağlanır. Ekonomik durumu iyi olan hasta ve hasta yakınlarını Erciyes Üniversitesi Turizm Fakültesi Hızıroğlu Uygulama Oteli ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığı Sosyal İşletmeler Şube Müdürlüğü Kızılay Konuk evine yönlendirilir.

Özellikle Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Yeni doğan Servisinde yatmakta olan hastaların refakatçi annelerinin günübirlik ya da ihtiyaca göre tedavi süresince barınmaları için kampüs içerisinde bulunan Naciye MERCAN Anne Konaklama Evinde Kalmaları ilgili formlar (Ahmet Karamancı Misafirhanesi, Ali İhsan Erbil ve Gül Sevim Erbil Hasta Yakınları Misafirhanesi, Turizm Fakültesi Uygulama Oteli, Kızılay Konuk Evi, Anne Konaklama Evi) düzenlenerek sağlanır. Bu hizmet sosyal çalışmacılar tarafından planlanarak yapılır.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/tr/haberler>

## 6.2- D.2. Toplumsal Katkı Performansı

Toplumsal Katkı Kaynakları İl dışından gelen hasta ve yakınlarının, Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Melikgazi Sağlık Kültür ve Sosyal Yardım Vakfı arasında imzalanan protokolle faaliyetini yürütmekte olan, Ahmet Karamancı Misafirhanesinde ve Ali İhsan Erbil ve Gül Sevim Erbil Hasta Yakınları Misafirhanesinde ücretsiz barınmaları sağlanır. Ekonomik durumu iyi olan hasta ve hasta yakınlarını Erciyes Üniversitesi Turizm Fakültesi Hızıroğlu Uygulama Oteli ve Erciyes Üniversitesi Sağlık Kültür Spor Daire Başkanlığı Sosyal İşletmeler Şube Müdürlüğü Kızılay Konuk evine yönlendirilir.

Özellikle Mustafa Eraslan ve Fevzi Mercan Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi Yeni doğan Servisinde yatmakta olan hastaların refakatçi annelerinin günübirlik ya da ihtiyaca göre tedavi süresince barınmaları için kampüs içerisinde bulunan Naciye MERCAN Anne Konaklama Evinde Kalmaları ilgili formlar (Ahmet Karamancı Misafirhanesi, Ali İhsan Erbil ve Gül Sevim Erbil Hasta Yakınları Misafirhanesi, Turizm Fakültesi Uygulama Oteli, Kızılay Konuk Evi, Anne Konaklama Evi) düzenlenerek sağlanır. Bu hizmet sosyal çalışmacılar tarafından planlanarak yapılır.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/tr/haberler>

# 7 - SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

## 7.1- SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Erciyes Üniversitesi Hastanelerinde (ERÜ), TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi “Gözetim Tetkiki” başarıyla tamamlandı. ERÜ Hastanelerinin, Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından 2022 yılı gözetim tetkiki 08-09 Ağustos 2022 tarihlerinde gerçekleştirildi. Hastanelerimiz T.C. Sağlık Bakanlığının 28-29 Kasım 2022 tarihlerinde yapmış olduğu Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) denetimde 100 tam puan üzerinden 94,23 puan almıştır. Türk Standartları Enstitüsü’nün, TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi; Liderlik katılımı, organizasyonel riskler ve fırsatlara değinme, çevre, iş sağlığı ve güvenliği, iş sürekliliği, sadeleştirilmiş bir dil, alışılmış bir yapı ve terimleri kullanma, tedarikçi zincirini etkin kullanma ve kullanıcı dostu olarak rehberlik etmektedir.

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/tr/haber-detay/eru-hastanelerinde-ts-en-iso-90012015-kalite-yonetim-sistemi-gozetim-tetkiki-basariyla-tamamlandi/2ead20fc-8a18-ed11-811d-005056bd5b5f>

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/tr/haber-detay/eru-hastaneleri-sks-degerlendirmesinden-basariyla-gecti/fc6405f-9274-ed11-811e-005056bd5b5f>