



ERCIYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
2024 Yılı Birim İç Değerlendirme Raporu

1 - ÖZET

1.1- 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.

2024 yılı içerisinde 12-14 Ağustos 2024 tarihlerinde TSE-EN ISO 9001:2015 Belge Yenileme Tetkiki değerlendirilmesi başarı ile gerçekleşmiştir. Sağlık Bakanlığı Kalite Akreditasyon Daire Başkanlığı ve Sağlık Kalite Standartları(SKS) gereği; 2024 yılı itibarıyla yılda iki (2) kez düzenlenmiş olup, Kurumumuz Kalite Direktörlüğünün koordinasyonu ile 2024 yılı 1.öz değerlendirme plana uygun olarak tüm bölümlerin değerlendirilmesi 01 Haziran-30 Haziran 2024 tarihlerinde, 2.öz değerlendirme yine plana uygun olarak 01 Aralık-31 Aralık 2024 tarihleri arasında gerçekleştirilmiştir.

Elde edilen sonuçlar, yılda iki (2) kez gerçekleştirilen yönetim gözden geçirme toplantılarında değerlendirilmiştir. Birimleri ilgilendiren tüm SKS bölümleri değerlendirmeye tabi tutulmuştur.

2 - KURUM HAKKINDA BİLGİLER

2.1- 1. Kurum Hakkında Bilgiler

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 Fakültenizin 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 Kibar 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 yatak kapasiteli KANKA Pediatrik Hemotoloji 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 738 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, 22 adet ameliyathane ve 160 yatak kapasiteli 11 adet Yoğun Bakım Ünitesi yer almaktadır.

Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi 59 yatak kapasitelidir. Bu hastanemizde erişkin hematoloji ve onkoloji hastaları tedavi görmektedir. 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 117 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 109yatak 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 118yatak 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 Örnek Kabul ve Tasnifleme Birimleri de mevcuttur. Şahinur Dedeman Kemik İliği Nakli ve Kök Hücre Tedavi Merkezi 35 yatak kapasiteli olup, Allojeneik 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 sistemilekemoterapi ilaç hazırlama ünitesi mevcut. Merkezimizde Medikal Onkoloji, Radyasyon Onkolojisi, Hematoloji ve Pediatrik Hematoloji - Onkoloji hastaları ilaç hazırlama ve kemoterapi uygulama hizmeti yer almaktadır. 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 tenin 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 gününbirlik ihtiyaçlarının karşılandığı ve her türlü konforun sağlandığı bir şekilde hizmet vermektedir. Yeni doğan ve çocuk hastaların, özellikle şehir dışından gelen refakatçi annelerinin barmmaları, anne sütüyle çocuklarını beslemeleri ve yanlarından ayrılmadan bu hizmetlerden faydalanmaları için kullanılmaktadır.

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

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 Prensibimizdir.

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

MİSYONUMUZHasta 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 Milli Manevi Değerlere Bağlılık: İnsan haklarına, evrensel hukuk ilkelerine bağlı, milli ve manevi değerlere önem vererek ürün ve hizmetlerini sunar. Yönetim Sistemlerine İnanışlılık: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak, ürün, hizmet, faaliyetleri ve hayatı yönetmenin bir sistem işi olduğunun bilinci ile sürekli gelişen dünyamızda var olmamıza katkı sağlayacak yönetim sistemlerini oluşturma, uygulamanın ve sürekli iyileştirmenin önemine inanırız.

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

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

ORGANİZASYON ŞEMASI ve İYİLEŞTİRME ALANLARI

<https://hastaneler.erciyes.edu.tr/c/100-1/organizasyon-semasi>

Kurumumuz iyileştirme için fırsatları tayin etmiş, müşteri şartlarını karşılamak ve gelecekteki ihtiyaçlarını belirlemek, hizmetlerinizi iyileştirmek, istenmeyen etkileri azaltmak veya yok etmek, müşteri memnuniyetini ve Kalite Yönetim Sisteminin etkinliğini arttırmak için gerekli faaliyetleri düzeltme, düzeltici önleyici faaliyetler veya Yönetimin Gözden Geçirme Faaliyetlerini kullanarak iyileştirmeleri sağlamaktadır. Uygunsuzluk ve Düzeltici Faaliyet: Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz uygunsuzlukların nedenlerini gidermek ve tekrarlarını önlemek için karşılaşılan uygunsuzlukların etkilerine göre tedbirler almaktadır. Tüm uygunsuzluklar izlenebilirlik amacıyla kaydedilir. Bunlar gözden geçirilerek sonuçlar sistemdeki zayıflıkların nerede olduğunun belirlenmesinde kullanılarak düzeltici önleyici işlemlerin temel girdilerini sağlar.

Düzeltilenmeyecek bir uygunsuzluk bulunduğu anda işlem tekrarlanır. Uygun olmayan hizmetlerin kontrolü sürekli olarak tekrar edilir. Ayrıca Kurumumuzda, uygunsuzlukların 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 gösterele 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;

- ☐ Akılcı İlaç Kullanım Kurulu,
- ☐ Başarı teşvik ve Ödül Komisyonu,
- ☐ Beyin Ölümü Kurulu,
- ☐ Bilgi İşlem Kurulu
- ☐ Böbrek Nakli Konseyi
- ☐ Danışma Kurulu,
- ☐ Döner Sermaye Hizmetleri Değerlendirme Üst Kurulu,
- ☐ Eğitim Kurulu,
- ☐ Enfeksiyon Kontrol Kurulu,
- ☐ Hasta Beslenme Kurulu,
- ☐ Hasta Güvenliği Kurulu,
- ☐ İlaç - Tıbbi Malzeme Kurulu,
- ☐ İnme Ünitesi Kurulu
- ☐ İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu,
- ☐ Kalite Kurulu,
- ☐ Kan Transfüzyon Kurulu,
- ☐ Klinik Kalite İyileştirme Kurulu
- ☐ Merkez Laboratuvar Üst Kurulu,

- ☐ Organ ve Doku Nakli Kurulu
- ☐ Pandemi İzleme Kurulu
- ☐ Radyasyon Güvenliği Kurulu,
- ☐ Risk Yönetim Kurulu
- ☐ Sağlık Kayıtları Kurulu
- ☐ Tesis Güvenliği Kurulu,
- ☐ Yönetim Kurulu,

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.22222 nolu telefondan Mavi Kod ekibi aranarak hastaya müdahale edilmesi sağlanır. Yenidoğan, bebek ve çocukların kaçırılmaları veya kaybolmaları durumlarına karşı önlem almak ve güvenliği sağlanmak amacıyla “Pembe Kod Prosedürü” oluşturulmuştur. 33333 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 durumdaki haberdar edilip, olay yerine yönlendirilmesini sağlamak, çalışana destek olmak amacıyla “Beyaz Kod Prosedürü” oluşturulmuştur. 11111 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. 44444 nolu telefondan “Kırmızı/ Turuncu Kod Ekibi” aranarak olaya müdahalesi sağlanır.

İlgili Dokümanlar:

- Veri Analiz İşlemleri Prosedürü
- Kurul Kararları

2.2- 2. İletişim Bilgileri

KURUM HAKKINDA BİLGİLER İLETİŞİM BİLGİLERİ

Sağlık uygulama ve Araştırma Merkezi

Merkez Müdürü/Başhekim

Prof. Dr. İbrahim Halil KAFADAR:

e-mail: ihkafadar@erciyes.edu.tr

Birim Kalite Komisyon Başkanı

Prof.Dr.Serap DOĞAN

e-mail: serapdogan@erciyes.edu.tr

Birim Kalite Direktörü

Doç.Dr.Arda BORLU

e-mail: ardab@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: 0 352 606 00 38 WhatsApp : (0 530) 353 65 13 Santral Telefon : (0 352) 207 66 66

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>

2.3- 3. Tarihsel Gelişimi

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 Kibar 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 KANKA Pediatrik Hematoloji Onkoloji ve Kemik İliği Nakli Merkezi 2022 yılında hizmete açılmıştır. Son olarak yeni yapılan Acil Ek Binası hasta kabulüne 25 Kasım 2024 itibarıyla başlamıştır.

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 762 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, 22 adet ameliyathane ve 160 yatak kapasiteli 11 adet Yoğun Bakım Ünitesi yer almaktadır.

Mehmet Kemal Dedeman Onkoloji Hastanesi 59 yatak kapasitelidir. Bu hastanemizde erişkin hematoloji ve onkoloji hastaları tedavi görmektedir. 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 60 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 110 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 225 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, Bakteriyoloji, Seroloji, Metabolizma, İmmünoloji ve Hematoloji laboratuvarlarından oluşmaktadır. Ayrıca Örnek Kabul ve Tasnifleme Birimleri de mevcuttur. Şahinur Dedeman Kemik İliği Nakli ve Kök Hücre Tedavi Merkezi 35 yatak kapasiteli olup, Allojenik 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 itibarı 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 yer almaktadır.

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 gıntıbirlik 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>

2.4- 4. 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

Milli Manevi Değerlere Bağlılık: İnsan haklarına, evrensel hukuk ilkelerine bağlı, milli ve manevi değerlere önem vererek ürün ve hizmetlerini sunar.

Yönetim Sistemlerine İnanmışlık: Merkezi olarak, ürün, hizmet, faaliyetleri ve hayatı yönetmenin bir sistem işi olduğunun bilinci ile sürekli gelişen dünyamızda var olmamıza katkı sağlayacak yönetim sistemlerini oluşturma, uygulama ve sürekli iyileştirme önemine inanır.

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 kanıta / verilere dayalı olduğunun bilincindedirler.

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

3 - A. LİDERLİK, YÖNETİŞİM VE KALİTE

3.1- A1. Liderlik ve Kalite

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 Prensimizdir.[1_OD5]

<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 Sisteminiz 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.

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 geliştirme işlemlerini planlamakta ve yerine getirmektedir. Birimlerimizde kalite üzerinde önemli etkileri olan belli başlı işlem ve faaliyetleri izlemek, periyodik olarak ölçmek ve gözlenlemek 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, ölçme analiz ve iyileştirme prosesleri olan müşteri memnuniyetini ölçmeye yönelik olarak yapılan anketler, dilek ve şikâyetler, iç tetkikler, süreçler ile hizmetlerin izlenmesi ve ölçülmesi, sürekli iyileştirme, düzeltme, düzeltici ve önleyici faaliyetlerin sonuçlarının değerlendirilmesi ile mümkün olmaktadır.[2_OD5]

Ayrıca planlanan sonuçların başaranmadığı durumlarda gerektiğinde düzeltmeler ve düzeltici faaliyetler başlatılır. Hizmet gerçekleştirme proseslerimizin uygun aşamalarında kontrol formları, proses performans ölçümleri, hasta dosyaları, müşterilere yapılan anketler[10_OD5] ve proseslerle ilgili tutulan kayıtlardan izleme ve ölçme işlemlerini yapar. Hasta hizmetlerini gerçekleştirirken 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 2 (iki) kez iç tetkik planlanmaktadır.[6_OD5], [7_OD5] Ayrıca Kalite Yönetim Sisteminin performansı ve etkinliği yılda en az 2 (iki) kez yapılan Yönetimin Gözden Geçirme Toplantıları ile değerlendirilmektedir. Üst 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 dokümanite edilmiş bilgiyi muhafaza eder.[4_OD5], [5_OD5]

İlgili Dokümanlar:

-Öz Değerlendirme (İç Tetkik) Prosedürü[2_OD5]

-Yönetim Gözden Geçirme Toplantısı Prosedürü[1_OD5]

- Düzeltici Faaliyet Prosedürü[3_OD5]

-Hasta Dosyaları

1 - ORGANİZASYON ŞEMASI

2 - Öz Değerlendirme Prosedürü[2_OD5]

3 - Düzeltici Faaliyet Prosedürü[3_OD5]

4 - Yönetim Gözden Geçirme Toplantısı Prosedürü[1_OD5]

- 5 - kalite politikası
- 6 - Düzeltici Önleyici Form Örneği
- 7 - Kurumsal Kalite Hedefleri
- 8 - 1.Yönetim Gözden Geçirme Toplantısı Gündemi ve alınan kararlar
- 9 - 2.Yönetim Gözden Geçirme Toplantısı Gündemi ve alınan kararlar
- 10 - 2024 yılı 1.Öz Değerlendirme
- 11 - 2024 yılı 2.Öz Değerlendirme
- 12 - bilgi güvenliği politikası
- 13 - Kalite el kitabı
- 14 - 2024 çalışan memnuniyet anketi
- 15 - 2024 yılı faaliyet raporu
- 16 - 2024 yılı hasta memnuniyet anketi
- 17 - halkla ilişkiler işleyiş prosedürü

3.2- A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz TS EN ISO 9001:2015 Standardının şartlarına uygun olarak, ihtiyaç duyduğumuz prosesleri (süreçleri) ve bunların birbiri ile etkileşimlerini belirleyerek Kalite Yönetim Sistemini kurmuş, uygulamakta, sürekliliğini sağlamak 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, ölçme 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 değişikliği uygulamakta,
- ☐ Prosesleri ve Kalite Yönetim Sisteminin iyileştirmektedir. Arzulan sonuç, faaliyetler ve ilgili kaynaklar bir proses olarak yönetilmesi durumunda daha fazla verim elde edilecektir. Etkin yönetmemiz gereken, verimli olmasını istediğimiz faaliyetler sisteminizin parçaları proses olarak yönetilmiş ve istenilen sonuçlara daha etkin olarak ulaşılması amaçlanmıştır.

Bu faaliyetlerin her biri için etkinlik ve verimlilik kriterleri belirlenmiştir. Faaliyet sorumluları bu değerlere ulaşmak adına faaliyetleri sürekli izleyerek uygulanabilen durumlarda ölçmüşlerdir. Bir bütün olarak bakıldığında birbirleriyle 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, aktivitelerine, eğitim ihtiyaçlarına, teçhizata, metotlara, bilgi, malzeme ve diğer kaynaklara önem verilmiştir. Birbiri ile etkileşim içinde olduğu ifade edilen Kalite Yönetim Sistemi Proseslerinin ölçme 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 Üst Yönetim tarafından sağlanması suretiyle Kalite Yönetim Sistemi sürekli iyileştirilmektedir.[3_OD5]

İlgili Dokümanlar:

- Proses Kartları

İç kalite güvencesi mekanizmaları

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz hizmetin gerçekleştirilmesi için gerekli olan süreçlerin planlamasını yapmak ve gelişimlerini sağlamaktadır. Tespit edilen süreçlerin belirleyicisi, kalite politikası, kalite amaçları (hedefleri), hizmet alanların ihtiyaç ve beklentileri ile yasalara hizmet için belirlenmiş olan şartlardır. Hizmetler, yukarıda belirlenen şartları karşılayacak biçimde prosesler olarak tanımlanmıştır. Belirlenen prosesler için hizmet tanımlı şartları belirtir bir doküman varsa (Örnek: 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 periyodik olarak izlenmektedir. Hizmet gerçekleştirme PUKÖ (Planla, Uygula, Kontrol Et, Önlem Al) döngüsüne uygun olarak sağlanmış ve bu doğrultuda yapılan faaliyetler için yetki ve sorumluluklar belirlenmiştir. Ayrıca hizmetlere yönelik gerekli doğrulama, geçerli kılma, izleme metot 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 gerçekleştirilmede oluşturduğumuz proseslerin bütünlüğünü ve bunun sonucunda ortaya çıkan hizmet şartlarımızı karşıladığımıza dair bütün kayıtları kapsayacak şekilde planlanmıştır. Hizmetin ilk giriş basamağı olan poliklinik hizmetleri gerçekleştirilirken hangi miktarda talebi karşılayacağı hizmeti üretmekten sorumlu ilgili Anabilim Dalları'na 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 Sisteminiz 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.

1 - Kalite politikası

2 - Misyon ve Vizyon

3 - Kurumsal Kalite Hedefleri

4 - 2024 yılı 1.yönetim gözden geçirme toplantısı

5 - 2024 yılı 2.yönetim gözden geçirme toplantısı

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 Sisteminiz 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.

Kalite Yönetim Sistemi ve Prosesler:

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz TS EN ISO 9001:2015 Standardının şartlarına uygun olarak, ihtiyaç duyduğumuz prosesleri (süreçleri) ve bunların birbiri ile etkileşimlerini belirleyerek Kalite Yönetim Sistemini kurmuş, uygulamakta, sürekliliğini 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, ölçme 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 değişikliği uygulamakta,
- ☐ Prosesleri ve Kalite Yönetim Sistenini iyileştirmektedir.

Arzulanan sonuç, faaliyetler ve ilgili kaynaklar bir proses olarak yönetilmesi durumunda daha fazla verim elde edilecektir. Etkin yönetmemiz gereken, verimli olmasını istediğimiz faaliyetler sisteminizin parçaları proses olarak yönetilmiş ve istenilen sonuçlara daha etkin olarak ulaşılması amaçlanmıştır. Bu faaliyetlerin her biri için etkinlik ve verimlilik kriterleri belirlenmiştir. Faaliyet sorumluları bu değerlere ulaşmak adına faaliyetleri sürekli izleyerek uygulanabilen durumlarda ölçmüşlerdir. Bir bütün olarak bakıldığında birbirleriyle ilişki ve etkileşim içerisinde olan birçok faaliyetimiz olduğu görülmektedir. Proses Kartlarında proseslerin birbirleri ile etkileşimlerinin tanımlanmasıyla hizmetimizin karakteristiğinin kontrol altına alınması sağlanmıştır. Bir faaliyetinizde 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, aktivitelerine, eğitim ihtiyaçlarına, teçhizata, metotlara, bilgi, malzeme ve diğer kaynaklara önem verilmiştir. Birbiri ile etkileşim içinde olduğu ifade edilen Kalite Yönetim Sistemi Proseslerinin ölçme 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 Üst Yönetim tarafından sağlanması suretiyle Kalite Yönetim Sistemi sürekli iyileştirilmektedir.

İlgili Dokümanlar:

- Proses Kartları

Risk ve Fırsatları Belirleme Faaliyetleri:

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz Kalite Yönetim Sistemini planlarken, iç / dış hususları ve ilgili tarafların ihtiyaç ve beklentilerini göz önünde bulundurarak yönetsel, bölüm, faaliyet ve süreç tabanlı risk ve fırsatları belirlemiş, tayin etmiş ve değerlendirerek dokümanla etmiştir.

Bunlar belirlenirken aşağıdaki hususlar dikkate alınmıştır.

- ☐ Kalite Yönetim Sisteminin amaçlanan çıktılarına ulaşabileceğine güvence vermek,
- ☐ İstenen etkileri geliştirmek,
- ☐ İstenmeyen etkileri önlemek veya azaltmak,
- ☐ İyileşme faaliyetlerini düzenlemek, Kurumumuz risk ve fırsatları belirlerken; faaliyetlerin sistem prosesleri içerisinde nasıl entegre edileceği, uygulamanın nasıl yapılacağı ve bu faaliyetlerin etkinliğinin nasıl değerlendirileceği hususları göz önünde bulundurulmaktadır. Riskler belirlenirken; riskten kaçınma, fırsat kovalarken risk alma, risk kaynağının yok edilmesi, gerçekleşme veya sonuçların değiştirilmesi, risk paylaşımı veya bilgiye dayanan karar ile risk tespiti dikkate alınmıştır.

İlgili Dokümanlar:

- Risk Değerlendirme Formu[8_OD5]

- Swot Analizi[9_OD5]

1 - BİLGİ GÜVENLİĞİ POLİTİKASI

2 - BİLGİ SİSTEMLERİ

3 - PERSONEL GİZLİLİK SÖZLEŞMESİ

4 - İNSAN KAYNAKLARI İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

5 - 2024 YILI ÇALIŞAN MEMNUNİYET ANKETİ

6 - KALİTE EL KİTABI

7 - SATINALMA İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

8 - döf örneği

9 - swot analizi

10 - klinik yönetim prosedürü

11 - düzeltici önleyici faaliyet formu

12 - risk değerlendirme formu

3.4- A.4. Paydaş Katılımı

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
- ☐ İntranet (Kurumsal İletişim Platformu)
- ☐ Belgenet (Hasta İhtiyaçları Doğrultusunda Teknolojik Gelişme)
- ☐ HBYS (Hastane Bilgi Yönetim Sistemi)[12_OD5]

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.[\[11_OD5\]](#)

- 1 - 2024 çalışan memnuniyet anketi
- 2 - 2024yılı hasta memnuniyet anketi
- 3 - paydaş listesi

3.5- A.5. Uluslararasılaşma

Yürtdışından tedavi amacıyla ülkemize gelen veya ülkemizde turist olarak bulunduğu esnada herhangi bir sebeple sağlık hizmeti almak amacıyla hastanelerimize başvuran veya sevk edilen hastaların; kabul, kayıt, teşhis, tedavi, faturalandırma, taburculuk, tercümanlık ve aracı kuruluşlarla iş ve işlemlerinin koordinasyonunu sağlamak ve Sağlık Turizmi veya Turistin Sağlığı kapsamında hastanelerimize başvuran hastaların iş ve işlemlerinin yürütülmesini kapsar.

- 1 - ULUSLARARASI SAĞLIK TURİZM BİRİMİ İŞLEYİŞ TALİMATI
- 2 - ULUSLARARASI SAĞLIK TURİZM BİRİMİ İŞLEYİŞ TALİMATI

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 yardımıda 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

Hayısever Ahmet Karamancı tarafından yaptırılarak üniversitemize bağışlanmıştır. 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 Otel 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 gütübirlik 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 Otel, Kızılay Konuk Evi, Anne Konaklama Evi) düzenlenerek sağlanır. Bu hizmet sosyal çalışanlar tarafından planlanarak yapılır.

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

6.2- D.2. Toplumsal Katkı Performansı

İl dışından gelen hasta ve yakınlarının, Erciyes Üniversitesi Rektörlüğü ile Melikgazi Sağlık Kültür ve Sosyal Yardım Vakfı arasında imzalanan protokolle faaliyetini yürütmekte olan 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 Otel 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 gütübirlik 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 Otel, Kızılay Konuk Evi, Anne Konaklama Evi) düzenlenerek sağlanır. Bu hizmet sosyal çalışanlar tarafından planlanarak yapılır.

7 - SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

7.1- 1. Sonuç

Erciyes Üniversitesi Hastanelerinde (ERÜ), TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi “Gözetim Tetkiki” başarıyla tamamlandı. ERÜ Hastanelerinin, Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından 2024 yılı gözetim tetkiki 12-16 Ağustos 2024 tarihlerinde gerçekleştirildi. Türk Standartları Enstitüsü’nün, TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi; Liderlik katılımı, organizasyonel riskler ve fırsatlara değınme, 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. Hastanelerimiz T.C. Sağlık Bakanlığının 23-25 Ekim 2024 tarihlerinde yapmış olduğu Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) denetiminde 100 tam puan üzerinden 86,33 puan almıştır.