



**İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**BÖLÜM KALİTE HEDEFLERİ TAKİP FORMU**

Doküman Kodu	KU.FR.02
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	05
Revizyon Tarihi	03.01.2022
Sayfa No	1 / 7

Yıl: 2022

Onay Tarihi: 31/01/2022

BOYUT Bölüm	Sıra NO	AMAÇ/HEDEF	MEVCUT DURUM	EYLEM PLANI	ÖLÇÜM KAYNAĞI	Takip Periyodu / SÜRE	SORUMLU BİRİM	HEDEFİN GERÇEKLEŞME ORANI		SONUÇ
								1.6. Ay	2. 6. Ay	
KURUMSAL HİZMETLER Kurumsal Yapı	1.	TGAP (Tasarruf ve gelir artırıcı programlar) Kapsamında azami ölçüde tasarruf sağlamak amaçlı, çalışmalar yapmak ve tasarrufun sürdürülebilirliği için yöntem geliştirmek	Enerji kontrolsüz kullanımına yönelik uyarılar ve kısıtlamalar yapılmaktadır.	Sağlık tesisinin enerji verimliliğine yönelik çalışmalar yapmak			TGAP Sorumlusu / İdari ve Mali Hizmetler Müdürü			
	2.	2022 Gösterge kartında yer alan 5-14 yaş çocuklarda koruyucu amaçlı olarak yapılan fissür örtücü uygulamalarının oranını % 15 ve üzerinde tutmak	Kalite göstergelerinde yer alan, 2021 yılı Fissür sealent 5-14 yaş uygulama oranı % 6,28 olarak gerçekleşmiştir.	Aylık takip edilerek 3 Aylık analizleri yapılacaktır. Pedodonti klinik sayıları değerlendirilecektir.	(SYPD /Gösterge kartları /HBYS gösterge modülü	6 ay	Hastane Yönetimi			
	3.	0-18 yaş arası Flor uygulama oranını 2022 yılında % 25 ve üzerinde tutmak	2021 yılı flor uygulama oranı %4,85 olarak gerçekleşmiştir.	Aylık takip edilerek 3 Aylık analizleri yapılacaktır. Pedodonti klinik sayıları değerlendirilecektir.	HBYS istatistik modülü	6 ay	Hastane Yönetimi			
	4.	Tedavi oranını yükseltmek Tedavi oranını gösterge kartına istinaden 2022 yılı %55' in üzerinde tutmak	Kalite göstergelerinde yer alan, 2021 yılı tedavi oranı % 66,69 olarak gerçekleşmiştir.	Aylık takip edilerek 3 Aylık analizleri yapılacaktır.	HBYS istatistik modülü	6 ay	Kalite Yönetim Birimi			
	5.	SYPD Gösterge kartlarında yer alan Diş Dolgusu oranının 2022 yılında %45 ve üzerinde olmasını sağlamak	SYPD Gösterge kartlarında yer alan Diş Dolgusu oranı takip edilmektedir.	SYPD / Aylık takip edilerek 3 Aylık analizleri yapılacaktır.	HBYS Yönetici Takip Ekranı/Gösterge /İstatistik Modülü	6 ay	Hastane Yönetimi			
	6.	SYPD Gösterge kartlarında yer alan Kanal Tedavisi oranının 2022 yılında %15 ve üzerinde olmasını sağlamak	SYPD 2021 yılı verileri %32.12 oranında gerçekleşmiştir.	SYPD /Gösterge kartlarında yer alan Kanal Tedavisi oranı aylık takip edilerek 3 Aylık analizleri yapılacaktır.	HBYS istatistik modülü	6 ay	Hastane Yönetimi			
	7.	Süt dişlerinin ileriki dönemlerde oluşabilecek çapraşıklıklardan dolayı tedavi oranını ve maliyetini azaltmak amaçlı Yer Tutucu Yapılan Hasta oranının 2022 yılında %8 ve üzerinde olmasını sağlamak (5-12 yaş hasta)	SYPD Gösterge kartlarında yer alan Yer Tutucu Yapılan Hasta oranı takip edilmektedir.	Tedavi sunum sürecinde sözel olarak daha fazla bilgilendirilmelerini sağlamak SYPD /Gösterge kartlarında yer alan Yer Tutucu oranı aylık takip edilerek 3 Aylık analizleri yapılacaktır.	HBYS istatistik modülü	6 ay	Hastane Yönetimi			
	8.	Hastaların zamanında muayene olabildiğini sağlamak bekleme sürelerini azaltmak amaçlı MHRS 2022 yılı gecikme oranı % 5' in altında tutmak	MHRS 2021 yılı gecikme oranı % 4,03 olarak gerçekleştirilmiştir. (MHRS randevulu hastaların randevu saati ile muayene zaman aralığı 30 dakikayı geçenler)	Aylık takip edilerek 3 Aylık analizleri yapılacaktır.	HBYS istatistik modülü Karne verileri	6 ay	Hastane Yönetimi			
	9.	Merkezin teknik alt yapısına yönelik cihaz ve donanım eksikliklerini gidermek amaçlanmaktadır. Hastanemizin altyapısını, kapasitesini, kalitesini ve donanım eksikliklerini gidermek, iyileştirmek	2020 yılı unit artırımı yapılarak 41 e çıkarılmıştır. 18 adet endodontik döner alet mevcuttur.	Tıbbi cihaz ve donanım ihtiyaçlarının belirlenmesi, temini ve donanımın güçlendirilmesi Her 2 aktif diş hekimine 1 endodontik döner alet temini sağlanması	MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi)	12 ay	Hastane Yönetimi			



**İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**BÖLÜM KALİTE HEDEFLERİ TAKİP FORMU**

Doküman Kodu	KU.FR.02
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	05
Revizyon Tarihi	03.01.2022
Sayfa No	2 / 7

Yıl: 2022

Onay Tarihi: 31/01/2022

BOYUT Bölüm	Sıra NO	AMAÇ/HEDEF	MEVCUT DURUM	EYLEM PLANI	ÖLÇÜM KAYNAĞI	Takip Periyodu / SÜRE	SORUMLU BİRİM	HEDEFİN GERÇEKLEŞME ORANI		SONUÇ
								1.6. Ay	2. 6. Ay	
	10.	Merkezimizin hizmet kalitesini ve donanım eksikliklerini gidermek, iyileştirmek amaçlanmaktadır. Diş tedavilerinde sterilizasyon gerektiren tüm sterilizasyona tabii el aletleri ve dinamik el aletlerinin (aeretör, anguldruva vs.) döngüyü sağlayacak şekilde sayılarının artırılması hedeflenmektedir.	2020-2021 yılında unit sayılarının artırılması ile birlikte diş tedavilerinde sterilizasyon gerektiren el aletleri ve dinamik el aletlerinde (aeretör, anguldruva vs.) sterilizasyonda döngüyü sağlamak için olabilecek gecikmelerde alet sıkıntısı yaşanmaktadır.	Biyomedikal Sorumlusu tarafından tespit çalışması yapılması, hekim başına sterilizasyon döngüsünü sağlayacak düzeye çıkarılması için üst yönetim tarafından alınımın sağlanması,	MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi)		Biyomedikal Sorumlusu/ Sterilizasyon Sorumlusu/ Hastane Yönetimi			
	11.	Bedensel, zihinsel ve sosyal şartları sebebiyle özel ihtiyacı olan kişilerin uygun sağlık hizmetlerine daha kolay erişimini sağlamak amacı ile engelsiz hastane koşullarını sağlamak	2020 yılında giriş katın Merkezimize devredilmesi ile engellilere yönelik düzenlemelerin yenilenmesi gereklidir.	Engelli bireylere yönelik olarak yapılan düzenlemelerin tamamını kılavuza uygun olarak gerçekleştirebilmek	Bina Turu Kayıtları Aylık olarak durumun gözden geçirilmesi	12 ay	Hastane Yönetimi Erişebilirlik Sorumlusu			
Kalite Yönetimi	12.	Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amaçlı istenmeyen olay bildirimlerinin gizlilik ilkeleri çerçevesinde HBYS üzerinden yapılmasını sağlamak	İstenmeyen olay bildirimleri form üzerinden çalışan görüş öneri kutularına atılıyor ve takip çalışması yapılıyor	HBYS yazılım desteğini sağlamak Tüm bildirimlere en kısa sürede değerlendirmek ve çözüm üretmek	HBYS Kayıtları	12 ay	Hastane Yönetimi Kalite Birimi İlgili Komiteler			
	13.	Sağlık hizmeti kalitesini ve güvenliğini arttıracak uygulamaları takip ederek merkezimiz bünyesine kazandırmak ve uygulamaya koymak amaçlı 2022 yılında düzeltici önleyici faaliyet taleplerini % 80' in üzerinde gerçekleştirmek.	2021 yılında düzeltici önleyici faaliyet talepleri % 53 oranında gerçekleştirilmiştir.	Kalite standartlarına uygunluğunu periyodik olarak değerlendirmek Gerekli durumlarda düzeltici önleyici faaliyet başlatmak	Dönemsel Hedef Değerlendirmeleri	12 ay	Hastane Yönetimi Kalite Birimi			
	14.	Hizmet kalitesini yükseltmek amaçlı 2022 yılında Sağlıkta kalite standartları kurum dışı değerlendirilmeden 90 ve üzeri puan almak, (Yapılmazsa kurum özdeğerlendirme sonuçları geçerli olacaktır)	Sağlıkta hizmet kalite standartları kapsamında yapılan kurum içi özdeğerlendirmeden 96,88 puan alınmıştır.	Kalite standartlarına uygunluğunu periyodik olarak değerlendirmek	Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Sonuçları	12 ay	Hastane Yönetimi Kalite Birimi			
Eğitim Yönetimi	15.	Hasta bilgilendirilmelerinin artırılması amaçlı, hastaların hastane hizmetleri ve sağlık problemleriyle ilgili bilgilendirilmelerini sağlamak	Hizmetlerin sunum ortamında yayınlamak amaçlı bulunan ortak TV Yayını Ekranları her katta mevcut değil. Hasta eğitimleri eğitim sorumlusu ve hekimi tarafından konferans salonunda ve ilgili hekim tarafından tedavi sonrası broşürler üzerinden veriliyor fakat hasta katılımı yeterli değil.	Tüm katlara TV Yayını Ekranları temin etmek TV sisteminden yayınlanacak programlar hazırlamak	Bina Turu /Gözlem /Kurum İçi Değerlendirmeler	12 ay	Eğitim Sorumlusu Eğitim Komitesi			
	16.	Yapılan eğitimlere sağlık personelinin %90'ın üzerinde tutmak.	2021 yılı içinde yapılan eğitimlere sağlık personelinin %100 katılımı sağlanmıştır.	Eğitimlerin HBYS HES ve yüzyüze eğitimlerin plan dahilinde verilmesini sağlamak, tüm personelin katılımını sağlayarak, verilen eğitimlerin analiz ve değerlendirmelerini yapmak	Eğitim Kayıtları	12 ay	Eğitim Sorumlusu Eğitim Komitesi			



**İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**BÖLÜM KALİTE HEDEFLERİ TAKİP FORMU**

Doküman Kodu	KU.FR.02
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	05
Revizyon Tarihi	03.01.2022
Sayfa No	3 / 7

Yıl: 2022

Onay Tarihi: 31/01/2022

BOYUT Bölüm	Sıra NO	AMAÇ/HEDEF	MEVCUT DURUM	EYLEM PLANI	ÖLÇÜM KAYNAĞI	Takip Periyodu / SÜRE	SORUMLU BİRİM	HEDEFİN GERÇEKLEŞME ORANI		SONUÇ
								1.6. Ay	2. 6. Ay	
	17.	Mavi kod uygulamasına yönelik hasta güvenliğini sağlamak amaçlı, CPR eğitimlerini yılda 1 kez vermek ve katılımı %100 sağlamak	2021 yılında tüm çalışanlara yüzyüze verilmiştir.	Eğitim planlaması yapmak ve plan dahilinde tüm personele verilmesini sağlamak	Eğitim Kayıtları		Eğitim Sorumlusu Eğitim Komitesi			
	18.	İş Sağlığı Güvenliği sertifikalı eğitimlerini tüm personelin (İşe yeni başlayanlar öncelikli) almasını sağlamak	Eğitim katılım oranı 2021 yılında %100 sertifikalı eğitim verilmiştir.	İş Sağlığı Güvenliği sertifikalı eğitimi planlayarak, tüm çalışanların tıbbi ve teknik konularda İSG eğitimi almasını sağlamak.	Üst Yönetim İSG Kurulu Eğitim Komitesi	12 ay	Eğitim Sorumlusu İSG Sorumlusu			
Acil Durum Afet Yönetimi	19.	Acil durum planına yönelik eğitim verilmesini sağlayarak, tesis tahliye ve Yangın tatbikatlarını en az yılda 1 kez yapmak	2020 yılında HAP ile ilgili krize müdahale ve afet yönetimi eğitimi yapılmış olup katılım yüzdesi %100'dur.	Eğitimlerin takibi ve tatbikat raporlarını takip etmek	Eğitim Kayıtları	12 ay	Acil Durum Afet Birim Sorumlusu			
	20.	Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amaçlı, acil durum ve afet yönetimi değerlendirmelerden tam puan almak. (Yapılmazsa kurum özdeğerlendirme sonuçları geçerli olacaktır)	2021 yılında Sağlıkta hizmet kalite standartları kapsamında yapılan özdeğerlendirmesinden 390 tam puan üzerinden 335 puan olarak değerlendirilmiştir.	SKS ve verimlilik özdeğerlendirmeleri yapmak, birim ile ilgili eksikleri tamamlamak	Değerlendirme Sonuçları	12 ay	Acil Durum Afet Birim Sorumlusu			
	21.	Hasta ve çalışan güvenliğini sağlamak amaçlı acil durum kodları için belirlenen periyotlarda tatbikat yapmak	Pandemi süreci sebebi ile 2021 Haziran ayı itibarı ile hizmet verilmiştir.	Beyaz kod, mavi kod, pembe kod ve kırmızı kod tatbikatlarını belirlenen periyotlarda yapmak	Eğitim Kayıtları/ Tatbikat raporları		Acil Durum Afet Birim Sorumlusu/ Eğitim Sorumlusu			
HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER Hasta Deneyimi Hizmete Erişim	22.	Hasta memnuniyetini yükseltmek amaçlı ayaktan hasta geri bildirim anket oranını % 80' in üzerinde tutmak.	2021 yılı Ayaktan Hasta Memnuniyet anketleri kategori bazında karşılama oranı yıllık % 89,9 oranında gerçekleştirilmiştir.	Ayda bir hasta memnuniyet anketlerini uygulamak -Dilek şikâyet ve önerileri değerlendirmek	Anket sonuçları	6 ay	Poliklinik Birim Sorumlusu			
	23.	Hasta mağduriyetini önlemek memnuniyeti yükseltmek amaçlı tüm protezlerin zamanında teslim edilmesini minimum % 93 oranında sağlamak.	2021 yılı istatistiklerinde protez işlemleri % 70,05 oranında zamanında teslimi sağlanmıştır.	2022 yılında hastaların tüm protetik işlemlerini (Ağız Protez İçin Uygun Hale Geldikten Sonra) hastanın müracaat tarihinden sonraki kron köprü-15 iş günü/total-22 iş günü/parsiyel-25 iş günü içerisinde tamamlanmasını minimum % 93 oranında sağlamak	HBYS Kayıtları	6 ay	Poliklinik Birim Sorumlusu / Kalite Birimi			
	24.	Hasta mağduriyetini önlemek ve ve memnuniyeti yükseltmek amaçlı görevli hekimin poliklinik hizmetlerine geç başladığının bildirim SMS ile ilgili sorumlulara yapılmasını sağlamak	SMS alımı yeterli değil ve bilgilendirmeler sürekli yapılmıyor	SMS alımının yapılarak, işleyişi sağlamak ve gerekli takip sistemini oluşturmak	SMS Kayıtları HBYS Kayıtları	6 ay	Sorumlu Hekim			
	25.	Hasta memnuniyetini yükseltmek amaçlı Evde sağlık hizmetlerine başvuran hastaların %100'üne ulaşmak	Başvuru yapan tüm hastalara evde sağlık ekibi belirlenen sürede ulaşabilmektedir.	Evde sağlık hizmetlerine başvuran hastaların takibini yapmak	Evde sağlık birimi istatistikleri		Evde sağlık ekibi-kalite birimi-üst yönetim			



**İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**BÖLÜM KALİTE HEDEFLERİ TAKİP FORMU**

Doküman Kodu	KU.FR.02
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	05
Revizyon Tarihi	03.01.2022
Sayfa No	4 / 7

Yıl: 2022

Onay Tarihi: 31/01/2022

BOYUT Bölüm	Sıra NO	AMAÇ/HEDEF	MEVCUT DURUM	EYLEM PLANI	ÖLÇÜM KAYNAĞI	Takip Periyodu / SÜRE	SORUMLU BİRİM	HEDEFİN GERÇEKLEŞME ORANI		SONUÇ
								1.6. Ay	2. 6. Ay	
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	26.	Çalışan memnuniyetini yükseltmek amaçlı çalışanların motivasyon düzeylerinin yükseltilmesine yönelik çalışmalar başlatmak	Pandemi süreci sebebi ile de çalışan memnuniyeti düşüktür. Yükseltmek, iletişim ve motivasyonu arttırmak için katılımlar yeterli değil.	Emekli olanlara teşekkür, plaket vb. verilmesine, İl Sağlık Müdürlüğü 10/01/2018 tarih, 16867222-419-E.11 Sayılı yazıya istinaden çalışma başlatılması	Çalışan Hakları Sorumlusu Kalite Birimi	12 ay	Üst Yönetim Kalite Birimi Çalışan hakları sorumlusu			
	27.	Çalışan güvenliğini sağlamak için çalışanların Sağlık Tarama Programı/planı dahilinde takip ve kontrollerini sağlamak	İşyeri Hekimi mevcuttur, sağlık tarama planı ve programı mevcuttur, Anlaşmalı hastanelerin randevuları programı aksatabilmektedir.	İşyeri hekimi hizmetinin sürekliliğini sağlamak (sözleşme, protokol vb), tüm çalışanların periyodik muayene ve takiplerini yapmak.	İşyeri Hekimi Kayıtları / Sağlık Tarama Sonuçları ve satın alma kayıtları	12 ay	Üst Yönetim İSG Sorumlusu İş Yeri Hekimi			
	28.	Çalışan Memnuniyetini yükseltmek amaçlı Çalışan Geri Bildirim anket oranını % 70' in üzerinde tutmak.	Çalışan Geri Bildirim 2021 yılı anket oranı %58,37 olarak gerçekleşmiştir.	Yılda bir memnuniyet anketlerini uygulamak -Dilek şikâyet ve önerileri değerlendirmek	Çalışan Memnuniyet Anket Sonuçları	12 ay	Üst Yönetim Kalite Birimi			
SAĞLIK HİZMETİ YÖNETİMİ Enfeksiyon Kontrolü Ve Önlenmesi	29.	Yaralanmaları minimize etmek amaçlı Kesici Delici alet yaralanmaları oranının % 5' in altında olmasını sağlamak	2021 yılı kesici delici alet yaralanma oranı %0,23 olarak gerçekleşmiştir.	Aylık takip ve dönemsel sonuçları analiz etmek	Kesici Delici Alet Yaralanması Gösterge Sonuçları	6 ay	Enfeksiyon Komitesi			
	30.	Temas yoluyla geçebilecek, çapraz kontaminasyonlara engel olmak amaçlı 2022 yılında El hijyeni 5 EN durumunun uygunluğu oranının % 85 ve üzerinde tutmak	2021 yılı El Hijyeni 5 Durum uygunluğunun oranı % 90,25 olarak gerçekleşmiştir.	Merkezimizde genel ve birim bazlı eğitimlerin düzenli olarak verilmesi Öncelikle kliniklerde olmak üzere tüm birimler düzenli gözlemlerin yapılması	Gözlem Sonuç Kayıtları Periyodik kontrol 3 aylık veri analiz	6 ay	Enfeksiyon Sorumlusu /Enfeksiyon Komitesi			
	31.	Kan ve vücut sıvılarıyla kontaminasyonla bulaşacak hastalıkları minimize etmek amaçlı, Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı %1' in altında tutmak	2021 Kan Ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı %0 olarak gerçekleşmiştir.	Tüm personele gerekli eğitimlerin verilmesi Koruyucu donanım kullanımının denetlenmesi	Gösterge Kayıtları/ Kan Ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	6 ay	Enfeksiyon Komitesi			
Sterilizasyon Hizmetleri	32.	Güvenli sterilizasyonun sağlanması amaçlı sterilizasyon alanlarının DAS Rehberine uygun olarak düzenlenmesine	Sterilizasyon alanları (Kirlili alan, steril depo) DAS Rehberine uygun değildir, hasta ve çalışan güvenliği açısından risk oluşturmaktadır.	MSÜ bulunmayan merkezimizde, hizmetler İstanbul Eğitim Araştırma Hastanesi ile ortak yürütülmektedir. Mevcut alanların başkanlığın belirlediği sürece göre değerlendirilerek gerekli çalışmanın başlatılması	Bina Turu Özdeğerlendirme Sonuçları	12 ay	Üst Yönetim Sterilizasyon Sorumlusu			
	33.	Güvenli sterilizasyonun sağlanması amaçlı DAC cihazı sayısının üçe çıkarılmasına,	Dinamik el aletlerinin (aerötör, anguldruva vs) sterilizasyonu için iki adet DAC cihazı mevcuttur.	Aerötör ve Anguldruva Başlıkları için dezenfeksiyon, sterilizasyon ve bakım işlemlerinin gerçekleştirilmesini sağlayan DAC cihazının alınmasını sağlamak.	MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi)	12 ay	Biyomedikal Sorumlusu Sterilizasyon Sorumlusu			
	34.	Sterilizasyon hizmetini çağımızın gerektirdiği şekilde en iyi makine ve malzemeleri kullanarak vermek. DAS Rehberine uygunluğu sağlamak	Alet dağıtımları için gerekli sterilizasyon temiz ve kirlili taşıma arabaları mevcut değildir.	Çalışmaları standartlara uygun olarak yapmak için gerekli malzemeyi temin etmek ve uygunluğunu sağlamak.	MKYS (Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi)	12 ay	Biyomedikal Sorumlusu Sterilizasyon Sorumlusu			



# İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ

## BÖLÜM KALİTE HEDEFLERİ TAKİP FORMU

Doküman Kodu	KU.FR.02
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	05
Revizyon Tarihi	03.01.2022
Sayfa No	5 / 7

Yıl: 2022

Onay Tarihi: 31/01/2022

BOYUT Bölüm	Sıra NO	AMAÇ/HEDEF	MEVCUT DURUM	EYLEM PLANI	ÖLÇÜM KAYNAĞI	Takip Periyodu / SÜRE	SORUMLU BİRİM	HEDEFİN GERÇEKLEŞME ORANI		SONUÇ
								1.6. Ay	2. 6. Ay	
İlaç Yönetimi	35.	İlaçların, tıbbi sarf malzemelerinin kliniklerde miat ve miktar kontrol ve takiplerinin HBYS üzerinden ve fiziki olarak sağlanması.	İlaçların, Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve DHBS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde rutin olarak miat ve miktar kontrollerinin ve düşüşlerin aksatıldığı izlenmiştir.	Alanda uygulama kolaylığı açısından HBYS üzerinde stok modülünde gerekli yazılım desteğinin sağlanması ve tüm kliniklerde uygulamanın başlatılması	İlaç Ve Tıbbi Sarf Taşınır Kayıt Yetkilisi HBYS Kayıtları	6 ay	Sorumlu Hekim TKY ve Poliklinik Hizmet Takip Sorumlusu			
Hasta Bakımı	36.	Hastaların sabit protez yapımı sırasında yaşayabilecekleri hassasiyet ağrı ve kanal tedavisine kadar gidebilen komplikasyonların önüne geçmek için geçici kron oranını % 70'in üzerinde tutmak	2021 yılı geçici kron oranı %5,13 olup sökülen kronlar da geçici kron olarak kullanılmaktadır.	Yapılan sabit protez sayısına oranla yapılan geçici kron sayısını hedef değere yükseltmek	HBYS istatistik ve Laboratuvar Kayıtları	6 ay	Poliklinik Sorumlu Hekimi			
Görüntüleme Hizmetleri	37.	Hasta ve çalışan güvenliğinin korunması amaçlı tekrar çekilen röntgen sayısını % 0,5' in altında tutmak	2021 yılında tekrar çekilen röntgen oranı %0,17 olarak gerçekleşmiştir.	Tekrar çekim sayısını ve nedenlerini tespit edip düzeltici faaliyet yapmak	HBYS istatistik kayıtları	6 ay	Radyasyon Güv. Sorumlusu ve Çalışanları, Hasta ve Çalışan Güv Komite			
	38.	Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması ve korunması amaçlı ilgili mevzuat dahilinde radyasyon alanlarının belirlenen periyotlarda radyasyon alan ölçümlerinin yapılması	Merkezimiz lisanslama sırasında yapılan ölçümler haricinde yıllık olarak denetimli, gözetimli alan radyasyon ölçümleri yapılmamıştır.	Nükleer Düzenleme Kurumu ve İl Sağlık Müdürlüğü ile iletişime geçilerek radyasyon alan ölçümlerinin yaptırılması,	Radyasyon alanları ölçüm kayıt sonuçları ve üst yazılar		Radyasyon Güv. Sorumlusu / Kalite Birimi			
	39.	Hasta ve çalışan güvenliğinin sağlanması amaçlı ilgili mevzuat ve SKS kapsamında fiziksel donanımların değerlendirilerek, düzenlenmesi veya yenilenmesi	Radyasyon alanlarının TAEEK lisansı mevcuttur. Ancak ışıklı uyarı sistemi, hasta çağırma monitörlerinde yazılım düzenleme vs. eksikler mevcuttur.	2022 yılı SKS kapsamında fiziksel donanımların (bilgisayar kasası, monitörleri, giriş kapısının ışıklandırılması, sesli komut vs.) yapılması veya yenilenmesi	Bina Turları Özdeğerlendirme	6 ay	Görüntüleme Hizm. Birim Sor. ve Üst Yönetim			
	40.	Hasta memnuniyetini yükseltmek amaçlı istemi yapılan film çekimlerinin 30 dk içinde tamamlanmasının min. % 93 oranında gerçekleştirmek ve ortalama çekim süresinin max. 30 dk. içinde tamamlamak	2021 yılı dahilinde istemi yapılan film çekimlerinin 30 dk içinde tamamlanması % 99,57 oranında gerçekleşmiştir.	Gerekli sayıda röntgen teknikeri bulundurulması ve HBYS ve fiziki teknik alt yapı ile ilgili olabilecek arıza ve aksamalara en hızlı şekilde çözüm üretilmesi	HBYS verileri	6 ay	Radyasyon Güv. Sorumlusu ve Bilgi Yön. Sor.			
Protez Labr. Hizmetleri	41.	Hasta mağduriyetini önlemek, memnuniyeti ve hizmetin kalitesini artırmak amaçlı yapılan protezlerde Laboratuvar kaynaklı R.P.T. oranını iş alımına ait şartnameye istinaden % 2'nin altında tutmak	2021 yılı RPT uygunsuzluk oranı yıllık % 3,26 olarak gerçekleşmiştir.	Aylık takip edilerek 3 aylık periyotlarda analiz edilecektir.	RPT kayıtları	6 ay	Poliklinikler Diş Protez Lab. (Hastane Ve Özel)			
	42.	Sağlıkta Kalite standartları değerlendirmesinden tam puan almak,	2021 özdeğerlendirmeden 270 tam puan olarak değerlendirilmiştir.	Tüm işleyiş ve çalışmaları etkin şekilde yürütmek ve takip etmek	Bina Turları Özdeğerlendirme	6 ay	Protez Labr. Sor. Protez Labr.Sor. Hekimi /Kalite Birimi			



**İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**BÖLÜM KALİTE HEDEFLERİ TAKİP FORMU**

Doküman Kodu	KU.FR.02
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	05
Revizyon Tarihi	03.01.2022
Sayfa No	6 / 7

Yıl: 2022

Onay Tarihi: 31/01/2022

BOYUT Bölüm	Sıra NO	AMAÇ/HEDEF	MEVCUT DURUM	EYLEM PLANI	ÖLÇÜM KAYNAĞI	Takip Periyodu / SÜRE	SORUMLU BİRİM	HEDEFİN GERÇEKLEŞME ORANI		SONUÇ
								1.6. Ay	2. 6. Ay	
DESTEK HİZ. YÖNETİMİ Bilgi Yönetimi Bilgi Güvenliği	43.	Bil güvenliğinin sağlanması amaçlı, veri kurtarma testini yılda iki kez yapmak ve en fazla % 0.05 hata payı ile gerçekleştirilmek	2021 yılında veri kurtarma testi %0 hata payı ile tamamlanmıştır.	2022 Veri kurtarma testini yılda iki kez yetkili kişiler eşliğinde yapılması	HBYS Kayıtları / Kayıt formları	12 ay	Üst Yönetim / Bilgi Yönetim Sorumlusu			
	44.	HBYS kullanıcılarından gelen istek, değişiklik ve yazılım desteği taleplerinin hizmet alım şartnamesinde belirlenen sürelerde tamamlanması, yazılım ve donanım talebi gerektirmeyen arızaların çözüm sürelerini maksimum <20dk altında gerçekleştirmek	2021 yılı içinde HBYS kullanıcılarından gelen yazılım ve donanım talebi gerektirmeyen arızaların çözüm süreleri 17dk olarak gerçekleştirilmiştir.	Aylık takip edilerek 3 aylık periyotlarda analiz edilmesi	HBYS Kayıtları	6 ay	Bilgi Yönetim Sorumlusu			
	45.	Bilgi Güvenliği kapsamında Sağlık hizmeti kalitesini ve güvenliğini arttıracak uygulamaları takip ederek Sağlık verilerinin gizliliği ve güvenliğini sağlayacak mekanizmaları güçlendirmek	HBYS Kullanan tüm personelin kendine ait giriş şifresi mevcut olup, kurumdan ayrılan personelin üzerindeki kullanıcı yetkileri kaldırılmaktadır. Güncellemelere bağlı eğitimler ilgili birim personeli tarafından yapılmaktadır.	HBYS Kontrolleri (şifreleme sistemi, kullanıcı kontrolü, eğitimler, logların takibi, gizlilik sözleşmesi vb), İşe giriş ve ayrılış formlarının uygulanması, gizlilik sözleşmesi kontrolleri ve yetkilendirme kontrolleri yapılması	HBYS Kayıtları Bina turları Özdeğerlendirme Sonuçları	6 ay	Hastane Yönetimi Bilgi İşlem Personeli			
	46.	Web sayfasının tüm yenilikleri içerecek şekilde sürekli kontrol edilmesi ve minimum sürede güncellenerek aktif kullanımının sağlanması	2021 yılı içinde web sayfasının güncellenmesi sağlanmıştır.	Bilgi işlem yetkilileri ve kurum HBYS Sorumlusu tarafından sürekli takip edilmesi	HBYS Kayıtları Bina turları Özdeğerlendirme Sonuçları	6 ay	Bilgi Yönetim Sorumlusu			
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	47.	Malzeme kullanımının en verimli düzeyde olmasını sağlamak amaçlı Stok gün seviyesinin 60 gün ve altında olmasını sağlamak	2021 yılı için stok miktarı pandemi süreci sebebi ile aktif çalışma olmadığından 60 günün üzerinde sonuçlandırılmıştır.	Gerekli takip ve kontrol mekanizmaları işletilerek üç aylık periyotlarda kontrol edilmesi	İş Zekası Karar Destek Sistemleri ve HBYS kayıtları	6 ay	Üst Yönetim Taşınır Kayıt Yetkilileri			
	48.	Malzeme cihaz güvenliğini sağlamak amaçlı metroloji faaliyetlerini etkin yürütmek (Tıbbi cihaz kullanıcı eğitimleri, bakım, onarım ve kalibrasyonlar)	Klinik mühendislik ve biyomedikal sorumluları tarafından yürütülmektedir.	Klinik mühendislik sorumlusu tarafından eğitim verilmesi Bakım, onarım ve kalibrasyonların belirlenen periyotlarda yapılması	Satın Alma Kayıtları Bakım Takip ve Kalibrasyon Kayıtları	6 ay	Üst Yönetim Taşınır Kayıt Yetkilileri			
Arşiv Hizmetleri	49.	2022 Sağlıkta Kalite standartları değerlendirmesinden tam puan almak.	2021 özdeğerlendirmeden 220 tam puandan 205 puan olarak değerlendirilmiştir.	Tüm standartlar gözden geçirilmesi Nem dengesinin sağlanması için nem cihazı temin edilmesi	Bina Turları Özdeğerlendirme	6 ay	Arşiv Birimi			
Atık Yönetimi	50.	Atık yönetimine uygun şekilde atıkların ayrıştırılarak, hem kurumsal anlamda maddi kaybı azaltmak, hem de geri dönüşümle çevresel faktörleri gözetmek amaçlı atık minimizasyonunu sağlamak	Atıkların kaynağında ayrıştırılması ve birim bazlı toplanması sağlanıyor. (Pandemi süreci sebebi ile 2021 yılı 6. aydan itibaren hizmet verilmeye başlanmıştır.)	Atık minimizasyonuna yönelik çalışmaları yürütmek Tüm personele atık yönetimi konusunda eğitimlerin verilmesi Atık kova ve poşetlerinin denetimi	HBYS/ Tıbbi Atık Kayıtları	6 ay	Atık Yönetimi Sorumlusu			



**İSTANBUL TOPÇULAR AĞIZ VE DİŞ SAĞLIĞI MERKEZİ**  
**BÖLÜM KALİTE HEDEFLERİ TAKİP FORMU**

Doküman Kodu	KU.FR.02
Yayın Tarihi	09.09.2017
Revizyon No	05
Revizyon Tarihi	03.01.2022
Sayfa No	7 / 7

Yıl: 2022

Onay Tarihi: 31/01/2022

BOYUT Bölüm	Sıra NO	AMAÇ/HEDEF	MEVCUT DURUM	EYLEM PLANI	ÖLÇÜM KAYNAĞI	Takip Periyodu / SÜRE	SORUMLU BİRİM	HEDEFİN GERÇEKLEŞME ORANI		SONUÇ
								1.6. Ay	2. 6. Ay	
	51.	Sağlıkta Kalite Standartları değerlendirilmesinden tam puan almak.	Birim bazlı toplanması sağlanıyor fakat pandemi süreci sebebi ile de etiketleme yapılmamış. İlgili mevzuata göre de eksikler mevcuttur.	Tıbbi ve tehlikeli atık toplayıcılarının sertifikalı/mesleki yeterlilik eğitimleri alınmasını sağlanması Tıbbi atıkların etkin takibinin etiketleyerek ve atık modülüne kayıt edilerek sağlanması	HBYS Kayıtları Tıbbi ve Tehlikeli Atık Kayıtları	6 ay	Atık Yönetimi Sorumlusu			
Tesis Yönetimi	52.	Hastane elektrik, ısınma, su depoları, asansörler, jeneratör, klimalar, yangın alarmı ve kameraların bakım ve kontrollerini %100 plana uygun olarak gerçekleştirmek,	Hastane elektrik, ısınma, su depoları, asansörler, jeneratör, klimalar, yangın alarmı ve kameraların bakım ve kontrollerini 2020 yılı içinde plana uygun olarak gerçekleştirilmiştir,	Hizmet alım usulü yapılanlar ve kurum elektrik teknisyenleri yeterliliğinde yürütülen tüm periyodik bakım, kontrol ve muayenelerin yapılması	Bina Turları İSG Turları	12 ay	Tesis Yönetimi Sorumlusu			

2022	BELİRLENEN HEDEF SAYISI	GERÇEKLEŞTİRİLEN HEDEF SAYISI	GERÇEKLEŞTİRİLEMİYEN HEDEF SAYISI	HEDEF GERÇEKLEŞTİRME ORANI	HEDEF DEĞERLENDİRME TARİHİ
1. ALTI AY					
2. ALTI AY					
YILLIK					

**AÇIKLAMA:** Hedefler ilgili bölümlerde her yıl Ocak ayında Bölüm Kalite Sorumluları ve tüm bölüm çalışanlarca Kalite Yönetim Biriminin koordinasyonuyla ile belirlenir. Bölüm kalite sorumlularınca üst yönetim ve kalite yönetiminin katıldığı dönemsel değerlendirme toplantısına sunularak hazırlanır. Üst Yönetimin onayından sonra Ocak ayında yayınlanarak çalışanlara duyurulur. Hedeflerin değerlendirilmesi yılda 2 kez (Temmuz-Ocak aylarında) olacak şekilde yapılır ve her dönem değerlendirme toplantılarında görüşülür.

\*\*Hedef gerçekleştirme oranı hesaplanırken altı aylık değerlendirmede, tam veri alınmayan ve 12 aylık (yıllık) belirlenerek değerlendirilecek hedefler olumlu - gerçekleştirilmiş kabul edilerek yüzde hesaplaması yapılır.

Kalite ve Verimlilik Yönetim Temsilcisi Kalite Göstergeleri Sor. Sevgi Cansu KORKMAZ	Eğitim Yönetimi /Enfeksiyon Kontrol Sor. Aygül ÖZDEMİR	İSG Sor. /Çalışan Hak. Sor./ HBYS Sor. Ahmet Burak AYKANAT	Acil Durum ve Afet Yönetimi ve Atık Yönetimi Sor. Zehra AKIN	Hasta Hakları Birim Sorumlusu Hilal ER	Evde Sağlık Hekimi Eda ÇELİK
Protez Laboratuvarı Hizmetleri Hatice GÖKCÜ	Sterilizasyon Birim Sor. Yeşim YARDIMCI	Röntgen Birim Sor. Durdane KÖKBUDAK	Tıbbi Sarf/İlaç Yönetimi Taşınır Kayıt Yetkilisi ve Böl. Kal. Sor. Ebru BEDİ	Taşınır Kayıt Yetkilisi/Malzeme ve Cihaz Yönetimi Böl. Kal. Sor. Ünal KAHRIMAN	MHRS/Bilgi İşlem Firma Yetkilisi Mehmet CİBO
Tesis Yönetimi Böl. Kal. Sor. Enes YARAŞ	Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri Gülen TAŞ	Kalite ve Verimlilik Yönetim Direktörü Ayşe ŞEN	Hasta Deneyimi/ Hasta Bakımı Böl. Kal. Sor. Dt. Kübra MEMİŞ	İdari ve Mali İşler Müdürü/İdari Hizm. Sor. Bekir Sıtkı BATUR	Başhekim Uzm. Dt. İrem YAVUZ BAŞOĞLU

\*Satur sayıları ve yükseklikleri belirlenen hedef sayısı ve konularına ve birim sorumluları sayılarına ve göre artırılabilir, değiştirilebilir.