* Sistem üzerinden dokümanlara ulaşım oranının %100 olmasını sağlamak,
* Başlatılan düzeltici önleyici faaliyetlerin sonlandırma oranının %75’in üzerinde olmasını sağlamak
* Eksiksiz doldurulan mavi kod, beyaz kod, pembe kod olay formunun %100 olmasını sağlamak
* Mavi Kod’a ulaşma süresinin 3 dakika altında olmasını sağlamak,
* Beyaz Kod’a ulaşma süresinin 3 dakika altında olmasını sağlamak,
* Planlanan eğitimlerin gerçekleşme oranını %95 ve üzerinde tutmak
* Planlanan eğitimlerin ilgili çalışanlara verilme oranının %80’in üzerinde olmasını sağlamak,
* Uyum eğitimlerinin ilgili çalışanlara verilme oranının %95’in üzerinde olmasını sağlamak,
* Hasta memnuniyet anketlerinde soru bazı memnuniyet oranının %80 in üzerinde tutmak,
* Çalışan memnuniyet anketlerinde soru bazı memnuniyet oranının %75 in üzerinde tutmak,
* Çalışanlara yönelik şiddet olay sayısını %2’nin altında tutmak
* Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma oranını %1’in altında tutmak
* Kesici delici alet yaralanma oranını %2’in altında tutmak,
* Kurum içi bölüm değiştiren personel oranını %5’in altında tutmak,
* Kurumdan ayrılan personel oranının oranını %5’in altında tutmak,
* Personel sağlık taramalarını tamamlama oranını %85’in üzerinde tutmak
* Düşen hasta oranı %1’in altında tutmak,
* Mesleki eğitimine uygun bölümde çalışmayan personel oranı % 5 in altında tutmak
* Hemşire bölüm değiştirme oranı %5 in altında tutmak
* Basınç yarası oluşma oranını %15’in altında tutmak,
* İlaç hatalarının gerçekleşme sayısı %1 in altında tutmak,
* El hijyeni uyum oranının %70’in üstünde olmasını sağlamak,
* El hilyeni malzemesi tüketim oranını %60’in üstünde olmasını sağlamak,
* Enfeksiyon kontrol demetlerine uyum oranını %60’ın üzerinde tutmak,
* Santral venöz kateter ilişkili kan dolaşımı enfeksiyon hızını %1’ in altında tutmak,
* Üriner kateter ilişkili sistem enfeksiyonunu %2’in altında tutmak,
* Ventilatör ilişkili pnomoni/ ventilatör ilişkili olay oranını %3’ün altında tutmak,
* Cerrahi profilaksi uygun antibiyotik kullanım oranı %70’in üzerinde tutmak,
* Yoğun bakım hastane enfeksiyonu hızı veri analiz formu %5’in altında tutmak,
* İmha edilen kan oranı %10’ un altında tutmak
* Kontrast madde ile çekilen tomografi oranı %10’in altında tutmak
* Röntgen tekrar çekim oranını %5’in altında tutmak,
* Tomografi sonuç verme sürelerinin 3 iş günü altında olmasını sağlamak,
* Acil servise yeniden başvuru oranı %5’in altında tutmak,
* Acil Serviste ortalama müşahede süresini 6 saatin altında tutmak,
* Konsültan hekimin acil servise ulaşma süresinin 30 dk. altında tutmak
* Acil serviste yatışı verilen hastanın yatışa kadar geçen süresi oranı  240 dk’nin altında tutmak
* Acil servisten hasta sevk oranının %1’in altında olmasını sağlamak,
* Güvenli cerrahi kontrol listesi kullanım oranının %95 olmasını sağlamak,
* Ameliyathaneye planlanmamış geri dönüş oranı % 25 in altında tutmak
* Anesteziye bağlı komplikasyon oranını %5’in altında tutmak,
* Ameliyat masası kullanım oranı %40 oranın üzerinde tutmak,
* Yoğun Bakım Ünitesinde bası ülseri oranını %15’in altında tutmak,
* Yoğun bakım ünitesi mortalite oranı % 30’nin altında tutmak,
* Yoğun bakım ünitesi yeniden yatış oranı % 20’nin altında tutmak,
* Beyin ölümü açısında değerlendirilen hasta oranını%0,1 üstünde tutmak,
* Beyin ölümü tespit edilen hastanın Organ ve Doku Nakil Bölge koordinasyonuna bildirim oranının %100 olmasını sağlamak
* Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde doğumdan itibaren ilk 6 saatte kolostrom verilen bebek oranı %70 üstünde tumak
* Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden sadece anne sütü alarak taburcu edilen bebek oranı %70 üstünde tutmak
* Primer Sezaryen oranını %60’ın altında tutmak,
* Düşük riske sahip ilk doğum yapan kadınlarda sezaryen oranı %3’ün altında tutmak,
* Risk düzeyine göre Sezaryen sonrası venöz tromboemboli (VTE) profilaksisinin uygulanma orannıı %90’nın üstünde olmasını sağlamak,
* Risk düzeyine göre Vaginal Doğum sonrası venöz tromboemboli (VTE) profilaksisinin uygulanma oranını %90’nın üstünde olmasını sağlamak,
* Sadece anne sütü alarak taburcu edilen bebek oranını %90’nın üstünde tutmak,
* Güvenli doğum kontrol listesi kullanımı oranının %90’nın üstünde tutmak,
* Doğum sonrası annelerin depresyon riski yönünden değerlendirme oranını%90’nın üstünde tutmak,
* Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmeti sunum sırasında düşen hasta oranını%1’in altında tutmak,
* Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmetileri taburculuğunda ilk 30 gün içerisinde aynı tanı ile tekrar yatış oranını %20’nin altında tutmak,
* Biyokimya laboratuar testlerinde reddedilen  numune oranı %5 in altında tutmak
* Biyokimya laboratuarında kaybolan numune oranı %2 nin altında tutmak,
* Biyokimya laboratuarı iç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk sayısı %2’nin altında tutmak,
* Biyokimya laboratuarında dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk oranı %2’nin altında tutmak,
* Biyokimya laboratuar hizmetlerinde akılcı laboratuar uyum oranını %80’nin üstünde tutmak,
* Biyokimya laboratuvarında zamanında verilmeyen sonuç oranı % 5 in altında tutmak,
* Mikrobiyoloji laboratuvarında zamanında verilmeyen sonuç oranı % 5’in altında tutmak,
* Mikrobiyoloji laboratuar testlerinde reddedilen  numune oranı %1’in altında tutmak,
* Mikrobiyoloji laboratuvarında kaybolan numune oranını %1’in altında tutmak,
* İdrar kültürlerinde kontaminasyon oranını %20’nin altında tutmak,
* Mikrobiyoloji laboratuvarında iç kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk sayısını %10’nun altında tutmak
* Mikrobiyoloji laboratuvarında dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk sayısını %1’in altında tutmak
* Mikrobiyoloji laboratuvarında hizmetlerinde akılcı laboratuar uyum oranını %80’nin üstünde tutmak,
* Kan kültürlerinde kontaminasyon oranını %10’nun altında tutmak,
* Kan kültürlerinde direk gram boyama ve son identifikasyon uyum oranını %10’nun altında tutmak,
* Kan kültüründe pozitif sonuç oranının %60’ın üstünde tutmak,
* İki ve üzeri set alınan kan kültürü oranını %60’ın üstünde tutmak,
* Tek şişe kan kültürü seti oranını %60’ın altında tutmak,
* Alındıktan sonra iki saat laboratuvara teslim edilmeyen kan kültürü seti oranını %2’nin altında tutmak,
* Kan kültüründe yalancı pozitiflik oranını %1’nin altında tutmak,
* Pozitif sinyal anı ile bildirim anı arasında geçen ortalama sürenin 4 saattin altında tutmak,
* Uygun olmayan patolojik materyal oranını %1’in altında tutmak,
* Patoloji aboratuvarında kaybolan numune oranını %1’in altında tutmak,
* Yetersiz sistolojik materyal oranını %3’ün altında tutmak,
* SBYS’nin arızalarına müdahale süresini seviye 1 arıza durumunda 120 dakika, seviye 2 arıza durumunda 240 dakika seviye 3 arıza durumunda 480 dk altında tutmak,
* SBYS’nin ortalama devre dışı kalma süresini seviye 1, 60 dk- seviye 2 ,30 dk -seviye 3, 60 dk altında tutmak
* Sağlık kuruluna geri dönen toplam rapor sayısı oranını %10’nun altında tutmak,
* Eksiksiz doldurulan hasta dosyası oranını %95’in üstünde tutmak,

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **GÖSTERGE, HEDEF BELİRLEME, TAKİP VE GÖZDEN GEÇİRME SORUMLULARI** | | |
| Doç.Dr. Dilek DÜLGER  Başhekim | Dr.Mehmet KARAKOÇ  Başhekim Yardımcısı | Deniz DELİKKAYA Sağlık Bkm. Hzm. Md. |
| Mehmet KAYA  İdari ve Mali İşl. Müdürü | Necdet Şener  İdari ve Mali İşler Müdür Yardımcısı | Rahşan GÜNER GEÇMEZ  Kalite ve Verimlilik  Yönetim Direktörü |
| Uzm. Dr. Özlem HARMAN  Dâhiliye Uzmanı | Uzm. Dr. Saadet İBİŞ  Biyokimya Laboratuarı | Uzm.Dr.Erol ÖNDER Mikrobiyoloji Uzmanı |
| Uzm.Dr.Abdul Ragıp AKANSEL Yenidoğan Sorumlu Hekimi | Uzm.Dr.Emre Nihat ÇULHA Patoloji Uzmanı | Uzm.Dr.Ümmü Sena SARI  Enfeksiyon Hast.Uzmanı |
| Opr.Dr.Gülşen KAYMAK Kadın Hastalıkları ve Doğ.Uzm. | Ayşe YOLCU  Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi | Yasemin Zehra MARAŞ  Eczacı |
| Uzm.Dr.Tülin TEKELİ KAPLUHAN Ameliyathane Sorumlusu | Fadime ARISOY  Ebe | Dilek AKYÜREK  Hemşire |
| Uzm.Dr. Canan KÜÇÜK Palyatif Servis Sorumlu Hekimi | Uzm.Dr.Demet YÜNCÜ Erişkin YB. Sorumlu Hekimi | Uzm.Dr.Emre Can MERMİ  KVC YB Sorumlu Hekimi |
| Uzm.Dr.Ersin DOĞANÖZÜ Koroner YB.Sorumlu Hekimi | Op.Dr. Murat ULUDAĞ  Cerrahi Servis Sorumlu Hekimi | Uzm.Dr.Gonca ÇABUK Radyoloji Uzmanı |
| Dilek KİPER  Eğitim Sorumlusu | Uzm.Dr.Can Bahar SEZGİN  Acil Tıp Uzmanı | Gülgün ÜNLÜ  DÜNDAR  İş Sağlığı ve Güvenliği Sorumlusu |
| Öznur TİBUKOĞLU  Hemşire | Yasemin ÇAKMAK  Organ Doku Bağış Koordinatör  Yardımcısı | Sibel SEĞMEN  Cerrahi Servis Sorumlusu |
| Ülkü BEKDEMİR  Hemşire | Melek Gülşen AYDIN  Hemşire | EMEL TÜRKOĞLU Kalite ve Verimlilik Birimi |
| Derya AKAR Hemşire | Arzu ŞAHİN  Hemşire | YaseminTEPE  Hemşire |
| Ayşegül KAYNAR  Röntgen Teknisyeni | Yasemin BİLGİN  Psikolog | Esra SARI  Sosyal Hizmet Uzmanı |
| Sevcan KOCAER  Laboratuar Teknisyeni | Esra EKER  Anestezi Teknisyeni | Ahmet ÜMÜT  Transfüzyon sorumlu Teknisyeni |
| Serkan YILDIZ  HBYS Bilgi İşlem Sorumlusu | Ahmet PEHLİVANLI Laboratuar Teknisyeni | Tarık ÖZER  Teknik Servis Sorumlusu |
| Gamze GÜNDEŞLİ  Sivil Savunma Birimi | Uzm. Dr.Erol ÖNDER  Transfüzyon Sorumlusu | Ozan ASLAN  Sağlık Kurulu |
| Özlem Funda HOŞCAN  Acil Tıp Teknisyeni |  |  |
|  | | |