



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
(Farabi Hastanesi)
2021 Birim Faaliyet Raporu



Ocak 2022 Trabzon



İÇİNDEKİLER

ÜST YÖNETİCİ SUNUŞU.....	4
I- GENEL BİLGİLER	
A- Misyon ve Vizyon.....	5
B- Yetki, Görev ve Sorumluluklar.....	5
C- İdareye İlişkin Bilgiler.....	5
1- Fiziksel Yapı.....	6
1.1 Karadeniz Teknik Üniversitesi Taşınmazlarının Dağılımı	-
1.2 Karadeniz Teknik Üniversitesi Kapalı Alanlar	7
1.3 Eğitim Alanlarının Teknolojik Donanımı	-
1.4 Taşıtlar	-
1.5 Sosyal Alanlar	-
1.6 Hizmet Alanları	8
1.7 Hastane Alanları	8
2- Örgüt Yapısı.....	9
3- Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar	10
3.1 Kullanılan Bilişim Sistemleri	10
3.2 Yazılımlar ve Bilgisayarlar	10
3.3 Kütüphane Kaynakları	-
3.4 Diğer Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar	10
4- İnsan Kaynakları	-
4.1 Akademik Personel	-
4.2 Öğretim Elemanına Düşen Öğrenci Sayısı	-
4.3 Yabancı Uyruklu Akademik Personel	-
4.4 Diğer Üniversitelerde Görevlendirilen Akademik Personel	-
4.5 Birimler Düzeyinde Öğretim Elemanı Sayıları	-
4.6 Başka Üniversitelerden Üniversitemizde Görevlendirilen A.Personel	-
4.7 Akademik Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı	-
4.8 İdari Personel	11
4.9 İdari Personelin Eğitim Durumu	11
4.10 İdari Personelin Hizmet Süresi	11
4.11 İdari Personelin Yaş İtibarı ile Dağılımı	12
4.12 Personelin Cinsiyet Dağılımı	12
4.13 Sözleşmeli Personel ve İşçiler	12
4.14 Yıllar İtibarı ile Personel Sayılarının Dağılımı	13
5- Sunulan Hizmetler	13
5.1 Eğitim Öğretim Hizmetleri	-
5.2 Sağlık Hizmetleri	13
5.3 Sosyal Hizmetler	-
5.4 Araştırma Hizmetleri	-
5.5 Kültür Hizmetleri	-
5.6 Bilgi İşlem ve Kütüphane Hizmetleri	-
5.7 Spor Hizmetleri	-



5.8 Öğrenci Kulüpleri Faaliyetleri	-
5.9 Eğitim Öğretimle İlgili Diğer Faaliyetler	-
6- İç Kontrol ve Kalite Güvence Sistemi	17
6.1 Yönetim ve İç Kontrol Sistemi	17
6.2 Kalite Güvence Sistemi	31
II- AMAÇ ve HEDEFLER	85
A- İdarenin Amaç ve Hedefleri	85
III- FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER	87
A- Mali Bilgiler	87
1- Bütçe Uygulama Sonuçları	87
1.1 Bütçe Giderleri	87
1.2 Bütçe Giderlerine İlişkin Açıklamalar	87
2- Mali Denetim Sonuçları	88
2.1 İç Denetim	88
2.2 Dış Denetim	88
IV- KURUMSAL KABİLİYET ve KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ	
A- Üstünlükler	88
B- Zayıflıklar	89
C- Fırsatlar	89
D-Tehditler.....	89
V- ÖNERİ VE TEDBİRLER	90



BİRİM YÖNETİCİSİ SUNUŞU

Bütün gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de tüm bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesi en temel haklardandır. Sağlık alanındaki gelişmelerle sağlanan yalnızca daha uzun bir yaşam süresi değil, sağlıklı yaşam yoluyla hayat kalitesinin giderek yükseltilmesidir. Sağlıklı yaşam aynı zamanda sürdürülebilir kalkınmaya ulaşmanın en güçlü yoludur. Bütün bunlara rağmen; enfeksiyonlar, kaza ve yaşlanma sonucu akut ve kronik hastalıklar kaçınılmazdır.

Bir sağlık araştırma ve uygulama merkezi olarak KTÜ Farabi Hastanesi, ilimiz ve bölgemiz düzeyinde ve de sağlık turizmi yoluyla uluslararası satıhta koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini, deneyimli çalışanları ve güçlü alt yapısı ile sürdürmektedir. Bu vesileyle kurum performansına katkıları olan tüm paydaşlarımıza teşekkür eder, sağlıklı yıllar dilerim.

Saygılarımla,

Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ

Başhekim



I- GENEL BİLGİLER

A- Misyön ve Vizyon

Misyön

Uluslararası standartlarda başta hekim olmak üzere sağlık profesyonellerinin mesleki eğitim görmelerine ve bilimsel araştırma yapmalarına uygun alt yapı desteğini sağlamak; aynı zamanda hasta odaklı çağdaş sağlık hizmeti sunumu anlayışı doğrultusunda insanımızın ruh ve beden sağlığını koruyup geliştirmek; hastalarımıza en üst düzeyde kaliteli sağlık hizmetini en son bilgi ve teknolojiyle vermektir

Vizyon

Ulusal ve uluslararası düzeyde sağlık sektöründeki gelişmeler ve ihtiyaçlar doğrultusunda hekim, uzman hekim ve diğer sağlık profesyonellerinin etkin mesleki eğitimlerini gerçekleştirebilmeleri ve Tıp bilimi alanında uluslararası literatüre katkı sağlayacak, bilimsel proje ve yayınların planlanıp yürütülmesi için gerekli olan alt yapıyı sağlamaktır. Sağlık hizmetlerinde; ileri tıp teknolojisini kullanarak, meslek etiği ilkeleri ve hasta haklarına uygun, kanıta dayalı tıbbi uygulamalarla, hasta ve çalışan memnuniyetini sağlayan, bölgesel ve ulusal düzeyde tercih edilen sağlık kurumu olmaktır.

B- Yetki, Görev ve Sorumluluklar

Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi), 2547 sayılı Yükseköğretim Kanunu'nun amir hükümlerine ve "Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) İşletme Yönetmeliği"ne dayanılarak, Üniversitemiz Rektörü tarafından atanan Hastane Başhekim, Başhekimin önerisiyle Rektör tarafından atanan 4 Başhekim Yardımcısı, Hastane Başmüdürü Vekili, 3 Müdür Yardımcısı ve görevlendirme 2 Müdür Yardımcısı tarafından yönetilmektedir. Görev ve sorumluluklar anılan Yönetmelikte belirtilmiştir.

Farabi Hastanesi 3. basamak düzeyde sağlık hizmeti sunan bir sağlık kurumudur. Hastanemizde tedavi hizmetleri yanı sıra, Tıpta Uzmanlık Eğitimi, Sağlık Yüksek Okulu ve Sağlık Hizmetleri Meslek Yüksek Okulu öğrencilerine staj ve uygulama olanaklarının sağlanması gibi eğitim hizmetleri de verilmektedir. Bu hizmetler hastanemizdeki klinik ve laboratuvar imkânlarıyla yerine getirilmektedir. Hizmetlerin yerine getirilmesinde tüm akademik personel ile diğer sağlık personeli ve idari personel görev almaktadır.

Hastanemiz, sağlık sektöründeki baş döndürücü gelişmeler doğrultusunda deneyimli kadrosu ve 38 yıllık tecrübesiyle bölgemiz ve ülkemiz insanına hizmet sunmaktadır.

C- İdareye İlişkin Bilgiler

KTÜ'nün Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi konumundaki Farabi Hastanesi, ülkemizin merkezden uzak bir coğrafi alanında Artvin, Rize, Trabzon, Giresun, Ordu, Gümüşhane, Bayburt ve Erzincan gibi bölge illerimizde yaşayan yaklaşık 4 milyon nüfusa sağlık hizmeti veren ve Doğu Karadeniz bölgesinde tam donanımlı tek 3. Basamak referans merkezidir.

İlk olarak 1980 yılında Trabzon Soğuksu-Çamlık mevkiinde 225 yataklı binada hizmete başlayan Farabi Hastanesi, 1986 yılında KTÜ Merkez Kanuni Kampusundaki yeni ve modern binalarına (A Blok) taşınmıştır. Bu tarihten sonra akademik ve idari kadro ile fiziksel imkanlar bakımından hızlı bir gelişme gösteren Farabi Hastanesi 2004 yılında ek hastane binasını da (B Blok) hizmete açmıştır. Bunu takiben A blok tadile edilerek 2005 itibarıyla yeniden hizmete sokulmuştur. A ve B blok klinik binalar, 2015 yılında hizmete sokulan ek poliklinik binası ve diğer hizmet birimlerinde yaklaşık 95.000 m²'lik kapalı alanda (37 yataklı erişkin Acil servis ve 20 yataklı Çocuk Acil servis hariç) tescilli 831 yatak kapasitesine sahip olup, hastanemizde 2017 yılı içinde B Blok



klirik binada başlatılan tadilat ve onarım çalışmalarının tamamlanmasının ardından yatak sayısı 810 olarak hizmet vermeye başlamıştır.

Üniversitemiz kampüs sınırları dahilinde ve Farabi Hastanesi'nin A blok klinik bina güney-doğu cephesinde 12.000 m² arsa üzerinde 36.400 m² kapalı alana sahip olacak olan "225 Yataklı Çocuk Hastanesi"nin yapımı yüklenici firma tarafından devam etmektedir.

Farabi Hastanesi 34 Anabilim Dalı, 7 Laboratuvar, 32 Tanı Tedavi Ünitesi, 2 Ameliyathane, 54 farklı poliklinik, 241 Öğretim Üyesi, 532 Araştırma Görevlisi ve 987 idari personel ve 887 sürekli İşçi olmak üzere toplam 1874 personel ile modern tıbbın tüm uzmanlık alanlarında insan kaynakları ve güncel teknoloji ürünü ekipmanıyla tam donanımlı olarak koruma, teşhis, tedavi ve rehabilitasyon amaçlı tıbbi uygulamaların hemen tümünü gerçekleştirmektedir. Ülkemizin en üstün teknoloji ürünü Radyoterapi merkezine; en modern tüp bebek merkezine; kemik iliği nakli merkezine; en modern yanık merkezine sahibiz. Ayrıca, Sigara Bırakma, Ağrı, Bronşit, Hepatit, Aşı, Migren, Diyabet Eğitim, Diyet Poliklinikleri gibi çok farklı ihtiyaçlara cevap veren ayaktan hasta hizmetleri de vermekteyiz.

Bu yıl içerisinde, 04.03.2021 tarihinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları yetki belgesi olarak, Ozon Terapi Ünitesi'ni hizmete açmış bulunmaktayız. 19.02.2021 tarihinde ise Pediatrik Kemik İliği Nakli Merkezimiz hizmete açıldı. Ayrıca Sağlık Bakanlığı'ndan alınan yetkiye dayanarak 2021 yılı içerisinde hastanemiz bünyesinde Sağlık Turizmi Birimi oluşturulmuştur. Bununla ilgili olarak hasta transferi için ilgili firmalarla sözleşme yapılmıştır ve bu birim mali anlamda hastaneye katkı sağlamak üzere sağlıklı bir şekilde işletilmeye başlanmıştır.

Bölgemizdeki diğer sağlık kurumlarında sorunu çözilemeyen, teşhis konulamayan veya tedavi edilemeyen hastaların sevk edildiği 3. Basamak ileri tetkik ve tedavi merkezi olarak 2021 yılında 721.604 poliklinik düzeyinde (ayaktan) hastaya ve 54.854 yatan hastaya hizmet vermiştir.

Modern ve uluslararası standartlarda, 3. derece yoğun bakım koşullarına sahip; Çocuk Hastalıkları Yoğun Bakım (7 yatak), Yeni Doğan 1-2 Yoğun Bakım (20 yatak), Yoğun Bakım Ünitesi-1 (10 yatak), Yoğun Bakım Ünitesi-2 (8 yatak), Yoğun Bakım Ünitesi-3 (16 yatak), Koroner Yoğun Bakım (10 yatak), Kardiyovasküler (KVC) Yoğun Bakım (8 yatak) olmak üzere toplam 79 yoğun bakım yatağıyla bölgemizde tıbbi durumu ağır ve yakın takibi gereken ağır, komplike ve sorunlu hastaların bakım ve tedavisini üstlenmiş durumdayız. Endoskopik, bronkoskopik işlemler, ileri cerrahi uygulamalar, organ nakilleri, yanık tedavisi, yoğun bakım tedavileri gibi modern tıbbın her türlü teşhis ve tedavi işlemi hastanemizde yapılmaktadır.

Farabi hastanesi, tüm birimleriyle tam donanımlı olarak 365 gün 7/24 saat kesintisiz bizzat hekim kontrolünde vermekte olduğu bu sağlık hizmetleri yanında; ülkemize hekim, uzman hekim, hemşire, ebe ve diğer sağlık profesyonellerinin (*hemşire, laborant, röntgen teknisyeni, tıbbi sekreter, vb.*) eğitimleri için bir Uygulama Merkezi konumundadır.

1- Fiziksel Yapı

Farabi Hastanesi A ve B klinik bloklar ile 2 adet poliklinik binasından oluşmaktadır. Binaların birbiri içerisinden geçişleri vardır. A blok 11 kattan, B blok 6 kattan; eski ve yeni poliklinik binaları 3'er kattan oluşmaktadır. 4 kattan oluşan yeni acil servis ve yoğun bakımlar binası ise Mart 2015 tarihinde hizmete sokulmuştur.

Hastane kampüsü içerisinde bir adet (2 katlı) öğretim üyesi ve öğrenci yemekhanesi ile mülkiyeti Rektörlüğe bağlı olan ve özel sektör tarafından işletilen 1 otel ve restoran, ayrıca Farabi İş Merkezi adı altında 4 adet büfe ve kantin işletmesi bulunmaktadır.

Hastanenin A blok güney-doğu cephesinde 12.000 m² açık alan üzerinde inşasına başlanılan 36.400 m² kapalı alanlı "225 Yataklı Çocuk Hastanesi"nin inşaat çalışmaları yüklenici firma tarafından devam etmektedir.



1.1 Karadeniz Teknik Üniversitesi Taşınmazlarının Dağılımı (*)

1.2 Karadeniz Teknik Üniversitesi Kapalı Alanların Dağılımı

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)	MEVCUT FİZİKİ KAPALI ALANLAR m ²								
	İDARİ ALANLAR (Akademik ve İdari Personel alanları) (Akademik) (İdari)		EĞİTİM ALANLARI		SOSYAL ALANLAR m ²	SİRKÜLASYON ALANI m ²	SPOR ALANLARI		TOPLAM m ²
			DERSLİK m ²	LABORA. m ²		Diğer Alanlar	AÇIK SPOR TESİS. m ²	KAPALI SPOR TES. m ²	
	7.815	3.216	-	2.640	-	80.684	-	-	94.355 m ²

KTÜ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)		İDARİ ALANLAR				EĞİTİM ALANLARI				ARAŞTIRMA ALANLARI					
		AKADEMİK		İDARİ		DERSLİK		AMFİ		LABORATUVARLAR				KÜTÜPHANE (Okuma Salonu)	
		Mekan Sayısı	m2	Mekan Sayısı	m2	Mekan Sayısı	m2	Mekan Sayısı	m2	Eğitim Labor.		Tematik Labor.			
										Mekan Sayısı	m2	Mekan Sayısı	m2	Mekan Sayısı	m2
		404	7.815,28	47	3216	20	992	6	732	2	240	7	2400	2	386
SOSYAL ALANLAR								SAĞLIK ALANLARI		DİĞER HİZMET ALANLARI				DİĞER ALANLARI	
YEMEKHANE		ÖĞRENCİ KULÜPLERİ		KANTİN KAFETERYA		KONGRE-KONFERANS		SAĞLIK		DEPO		ARŞİV-ATÖLYE-AMBAR		SİRKÜLASYON-TEŞİSAT -wc	
Mekan Sayısı	m2	Mekan Sayısı	m2	Mekan Sayısı	m2	Mekan sayısı	m2	Mekan sayısı	m2	Mekan sayısı	m2	Mekan Sayısı	m2	Mekan Sayısı	m2
2	668	-	-	5	500	1	225	99	71080	7	1930	6	3171	6	1000

1.3 Eğitim Alanlarının Teknolojik Donanımı

1.4. Taşıtlar

1.5- Sosyal Alanlar

1.5.1 Yemekhaneler, Kantinler ve Kafeteryalar (*)

1.5.2 Eğitim ve Dinlenme Tesisleri / Misafirhaneler (*)

1.5.3 Öğrenci Yurtları (*)

1.5.4 Lojmanlar (*)

1.5.5 Spor Tesisleri



1.5.6 Kongre ve Kültür Merkezleri/Çok Amaçlı Salonlar

Birimin Adı	Kampüs Adı	Toplantı Salonu, Konferans Salonu, Eğitim Salonu		
		Salon Adı	Alan (m ²)	Kapasite (Kişi)
Farabi Hastanesi	KANUNİ Y.	AYDIN İNAL Amfisi	255,750	240

1.6- Hizmet Alanları

1.6.1 Akademik/İdari Personel Hizmet Alanları

	Sayısı (Adet)	Alanı (m ²)	Kullanan Sayısı (Kişi)
Akademik Çalışma Odası	241	3.460	241
İdari Çalışma Odası	47	3.216	140
Toplam	288	6.676	381

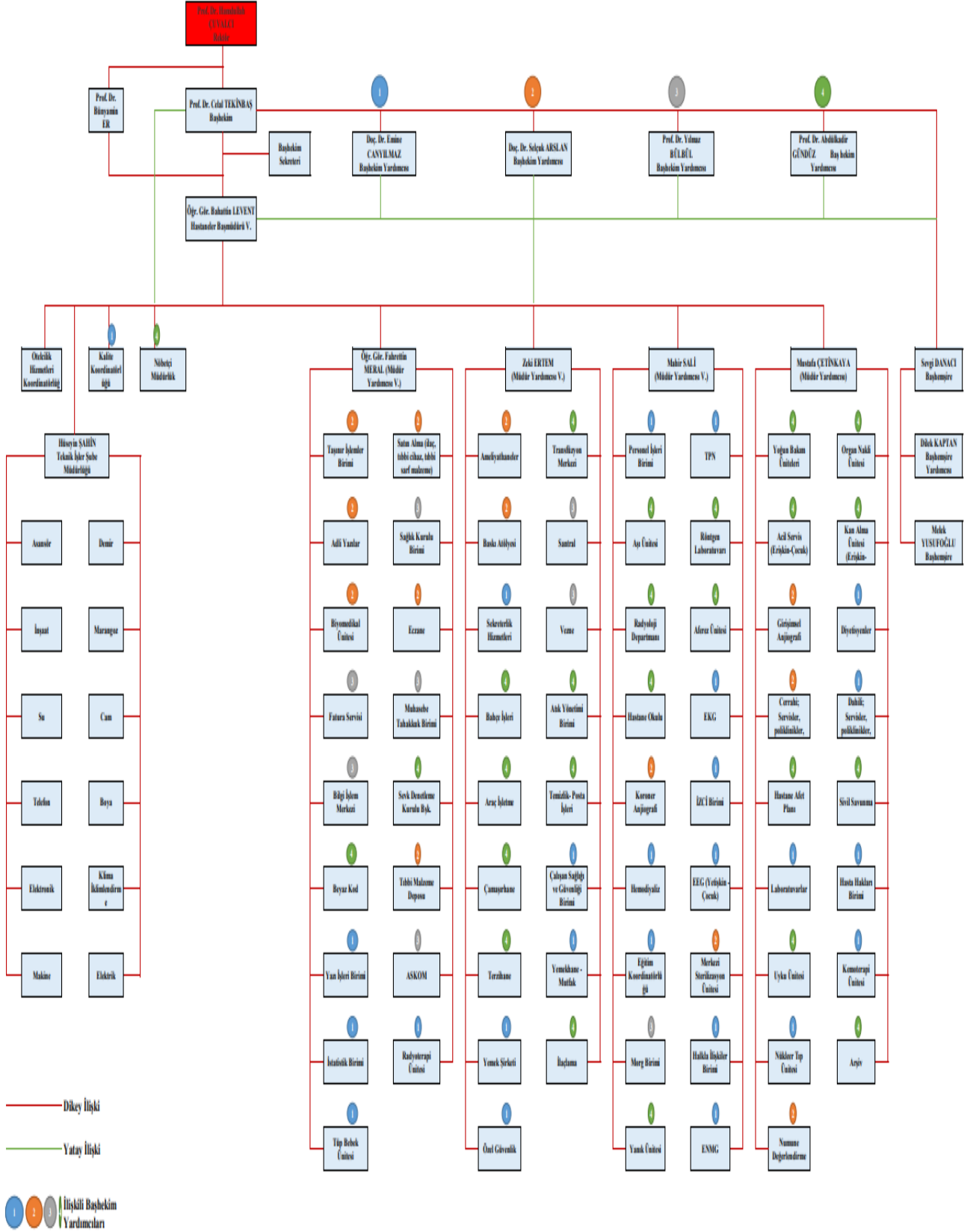
1.6.2 Kütüphane Hizmet Alanları (*)

1.7 Hastane Alanları

Hastane Alanları		
Birim	Sayı (Adet)	Kapalı Alan (m ²)
Yoğun Bakım	8	1785
Yanık Merkezi	1	815
Ameliyathane	2	3.000
Klinik	36	18.500
Laboratuvar	7	2.400
Radyoloji Alanı	1	1.100
Eczane	1	330
Nükleer Tıp Alanı	1	980
Mutfak	1	600
Çamaşırhane	2	800
Teknik Servis	1	600
Kazan Dairesi	2	1.200
Poliklinikler (235 oda)	40	10.100
Muhtelif İdari Bürolar	46	1.670
Klima Daireleri	6	1.000
Radyasyon Onk.Ünitesi	1	1.150
Hemodiyaliz	1	200
Yemekhaneler	2	668
Depo	6	1.600
Temel Tıp Bilimleri Eski Binası	1	7.200
Ortak Alanlar	-	9756
Radyoloji Departmanı	1	2.000
Mrk.Sterilizasyon Ünit+Tüp Bebek Ünit+Mrk.Otomasyon Depo Binası	1	1.855
Yeni Poliklinik Binası	1	9.500
Yeni Acil Servis ve Yoğun Bakımlar Binası	1	14.000
Başhekimlik Departmanı	1	1.546
TOPLAM		94.355



2- Örgüt Yapısı



3- Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar

Farabi Hastanesi'nde Hastane otomasyon sistemi ve Laboratuvar otomasyon sistemi mevcuttur. Bu sistemlerle hastaneye giriş yapan her hastanın kimlik ve tıbbi verilerinin kayıt edilmesi, ilgili kişilerce paylaşılması ve aynı zamanda bu bilgilerin MEDULA sistemi üzerinden Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile de entegrasyonu yapılmaktadır. Ayrıca, e-devlet uygulaması çerçevesinde MEDULA ile tam bir otomasyon sağlanmıştır.

3.1 Kullanılan Bilişim Sistemleri

Birimler	Bilişim Sisteminin Adı	Kullanıcı Sayı
Mali İşler	Kamu Hesapları	-
	Kamu Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemi (KBS)	8
	Bütçe ve Satınalma (e-bütçe)	3
	Mali Yönetim Sistemi (MYS)	12
	Döner Sermaye Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemi (DMİS)	14
Yönetim İşleri	Farabi hastaesi otomasyon sistemi	2500
Eğitim İşleri	-	-

3.2 Yazılımlar ve Bilgisayarlar

Hesap Kodu	I. Düzey Kodu	II. Düzey Kodu	Cinsi	İdari Amaçlı (Adet)	Eğitim Amaçlı (Adet)	Araştırma Amaçlı (Adet)	Toplam
255	02	01	Yazılım	3	-	-	3
255	02	01	Masa Üstü Bilgisayar	1.280	-	-	1.280
255	02	01	Yazıcı	302	-	-	302
255	02	02	Barkot Yazıcı	186	-	-	186

3.3 Kütüphane Kaynakları (*)

3.4 Diğer Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar

Cinsi	İdari Amaçlı (Adet)	Eğitim Amaçlı (Adet)	Araştırma Amaçlı (Adet)	Cinsi	İdari Amaçlı (Adet)	Eğitim Amaçlı (Adet)	Araştırma Amaçlı (Adet)
Akıllı Tahta				Faks	5	1	1
Projeksiyon	10	11	23	Fotoğraf mak.	2	3	3
Slayt makinesi	2	-	-	Kameralar	10	6	1
Tepegöz	2	2	-	Televizyonlar	352	10	8
Episkop	-	-	-	Tarayıcılar	70	-	-
Barkot Okuyucu	120	10	-	Müzik Setleri	2	-	-
Baskı makinesi	1	-	-	Mikroskoplar	68	-	-
Fotokopi makinesi	20	-	-	DVD'ler	-	7	-
Optik Okuyucu	-	-	-	Güç Kaynağı	26	-	-



4- İnsan Kaynakları

4.1 Akademik Personel

4.2 Öğretim Elemanına Düşen Öğrenci Sayısı

4.3 Yabancı Uruklu Akademik Personel

4.4 Diğer Üniversitelerde Görevlendirilen Akademik Personel

4.5 Birimler Düzeyinde Öğretim Elemanı Sayıları

4.6 Başka Üniversitelerden Üniversitemizde Görevlendirilen Akademik Personel

4.7 Akademik Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı

4.8 İdari Personel

İdari Personel (Kadroların Doluluk Oranına Göre)			
SINIFI	Dolu	Boş	Toplam
Genel İdari Hizmetleri Sınıfı	89	89	178
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	454	303	757
Teknik Hizmetleri Sınıfı	36	23	59
Eğitim ve Öğretim Hizmetleri Sınıfı	-	-	-
Avukatlık Hizmetleri Sınıfı	-	-	-
Din Hizmetleri Sınıfı	2	1	3
Yardımcı Hizmetler Sınıfı	22	54	76
Toplam	603	470	1073

(*) Dolu olan 603 kişilik kadronun 63'ü dışarda görevli olup, ekstra dışardan gelip hastanemizde görevli olan 184 kişi ile birlikte toplamda 724 idari personelimiz bulunmaktadır.

Hizmet Sınıfları	Birimde Kadrolu Çalışan	13/b-4 ile Gelen	13/b-4 ile Giden
Genel İdari Hizmetleri	80	31	86
Teknik Hizmetleri Sınıfı	49	17	8
Yardımcı Hizmetler Sınıfı	27	9	4
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	547	107	14
Din Hizmetleri Sınıfı	2	-	-
Diğer	19	-	-
Toplam	724*	164	112

4.9 İdari Personelin Eğitim Durumu

İdari Personelin Eğitim Durumu					
Kişi Sayısı	İlköğretim	Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek L.ve Doktora
	28	116	189	621	32
Yüzde (%)	2,84	11,76	19,16	62,98	3,26

4.10 İdari Personelin Hizmet Süreleri

İdari Personelin Hizmet Süresi						
	1 – 3 Yıl	4 – 6 Yıl	7 – 10 Yıl	11 – 15 Yıl	16 – 20 Yıl	21 - Üzeri
Kişi Sayısı	83	72	160	210	165	297
Yüzde (%)	8,41	7,29	16,21	21,28	16,72	30,09



4.11 İdari Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı

İdari Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı						
Kişi Sayısı	21-25 Yaş	26-30 Yaş	31-35 Yaş	36-40 Yaş	41-50 Yaş	51- üzeri
	61	152	120	192	320	142
Yüzde (%)	6,18	15,40	12,16	19,45	32,42	14,39

4.12 Personelin Cinsiyet Dağılımı

Kadın Erkek Personel Dağılımı Sayıları					
	Kadın	Erkek	Toplam	K %	E %
İdari Personel	700	287	987	70,92	29,08

4.13 Sözleşmeli Personel ve İşçiler

Sürekli İşçi Eğitim Durumu					
Kişi Sayısı	İlköğretim	Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek L. ve Doktora
	154	449	210	70	4
Yüzde (%)	17,36	50,62	23,68	7,89	0,45

Sürekli İşçi Hizmet Süresi						
	1 – 3 Yıl	4 – 6 Yıl	7 – 10 Yıl	11 – 15 Yıl	16 – 20 Yıl	21 - üzeri
Kişi Sayısı	95	100	216	256	132	88
Yüzde (%)	10,71	11,27	24,35	28,86	14,88	9,93

Sürekli İşçi Yaş İtibariyle Dağılımı						
Kişi Sayısı	21-25 Yaş	26-30 Yaş	31-35 Yaş	36-40 Yaş	41-50 Yaş	51- üzeri
	111	118	167	225	236	30
Yüzde (%)	12,51	13,30	18,83	25,37	26,61	3,38

Kadın Erkek Personel Dağılımı Sayıları					
Sürekli İşçi	Kadın	Erkek	Toplam	K %	E %
	450	437	887	50,73	49,27



4.14 Yıllar İtibarı ile Personel Sayılarının Dağılımı

Kadın Erkek Personel Dağılımı Sayıları					
Personel Sınıfı	2017 Yılı	2018 Yılı	2019 Yılı	2020 Yılı	2021 Yılı
Akademik Personel	-	-	-	-	-
Yabancı Uyraklı Akademik Personel	-	-	-	-	-
İdari Personel	829	809	785	753	724
Sözleşmeli Personel	209	211	212	249	263
Sürekli İşçiler	3	3	2	3	3
Sürekli İşçiler (696 KHK)	898	877	853	914	884
TOPLAM	1939	1900	1852	1919	1874

5-Sunulan Hizmetler

Hastanemiz üçüncü basamak tedavi hizmeti veren eğitim ve araştırma hastanesidir. Bu kapsamda hastanemiz servisleri, poliklinikleri ve tıbbi tetkik ünitelerinde hastalara sağlık hizmeti verilmektedir. Verilen sağlık hizmetleri değişik başlıklar altında aşağıda sunulmuştur.

5.1 Eğitim Öğretim Hizmetleri

5.1.1 Eğitim Öğretim Hizmeti Sunan Birimler

5.1.2 Öğrenci Sayıları

5.1.3 Yabancı Dil Hazırlık Sınıfı Öğrenci Sayıları

5.1.4 Öğrenci Kontenjanları ve Doluluk Oranları

5.1.5 Öğrenim Düzeyinde Program Sayıları

5.1.6 Yüksek Lisans ve Doktora Programları

5.1.7 Yabancı Uyraklı Öğrenciler

5.1.8 Engelli Öğrenci Sayıları

5.1.9 Alanlarına göre öğrenci sayıları

5.1.10 Mezun Öğrenci Sayıları (2018-2021)

5.1.10.1 Kuruluşundan Bugüne Kadar Mezun Öğrenci Sayıları

5.1.11 Yatay Geçiş Sayıları

5.2- Sağlık Hizmetleri

5.2.1- Hizmet Birimleri:

	YATAK SAYISI	HASTA SAYISI	TETKİK SAYISI
Acil Servis Hizmetleri	57	87.551	
Yoğun Bakım	79	3677	
Klinik	731	51.177	
Ameliyat Hasta Sayısı (Ameliyathane İçi)		27.251	
Ameliyat İşlem Sayısı (Ameliyathane İçi)		33.564	
Ameliyat İşlem Sayısı (Ameliyathane Dışı)		24.094	
Poliklinik Hasta Sayısı		634.053	
Laboratuvar Hizmetleri		667.661	7.728.496
Radyoloji Ünitesi Hizmetleri		195.105	377.790
Nükleer Tıp Bölümünde Verilen Hizmetler		3045	3062
Mediko Sosyal Poliklinik Hasta Sayısı		-	-



5.2.2- Yoğun Bakım Hizmetleri

Yoğun Bakım Üniteleri (*)	Mevcut Yatak	Yatan Hasta	Taburcu Sayısı	Yatılan Gün Sayısı	Ortalama Yatış Gün Sayısı	Yatak İşgal Oranı (%)
YB Ünitesi - 1	10	351	266	3350	9	91,8
YB Ünitesi - 2	8	339	259	2625	7	89,9
YB Ünitesi - 3	16	392	252	3482	9	59,6
KVC	8	623	588	1355	2	46,4
Koroner	10	1209	1118	3298	2	90,3
Pediyatri YB	7	307	275	2078	6	81,3
Yenidoğan YB 1,2	20	456	420	6239	14	85,5
TOPLAM	79	3.677	3.178	22.427	7	77,8

(*) Bu veriler “Klinik ve Poliklinik Hizmetleri” başlıklı 5.2.4 tablosuna giydirilmiştir.

(**) YB Ünitesi-4 dönem dönem açıldığı ve yatan hasta sayısı az olduğu için bu kısma dahil edilmemiştir.

5.2.3- Ameliyat Hizmetleri / Doğum Vakaları

Ameliyat Hizmetleri					
Ameliyat Türü	Ameliyathane İçi			Ameliyathane Dışı	
	(a)	Hasta Sayısı	İşlem Sayısı (c)	(b)	İşlem Sayısı (d)
A Grubu	Ameliyat Edilen Hasta Sayısı	2491	2893	Ameliyat Edilen Hasta Sayısı	1407
B Grubu		6733	7541		1510
C Grubu		6271	7041		5183
D Grubu		4920	5669		2053
E Grubu		6836	10420		13941
TOPLAM	27.251	(a)	33.564	21.551	24.094
AMELİYAT EDİLEN TOPLAM HASTA SAYISI (a+b)				48.802	
GENEL İŞLEM SAYISI (c+d)				57.658	

Doğum Vakaları	
Doğum Türü	Sayısı
Müdahaleli Doğum (*)	672
Normal Doğum	110
Toplam	782

(*) 5.2.3. maddede yer alan C Grubu ameliyat hasta sayısına giydirilmiştir.

5.2.4- Klinik ve Poliklinik Hizmetleri

	Yatak Sayısı	Poliklinik Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Taburcu Hasta Sayısı	Yatış Gün Sayısı	Ort. Yatış (Gün)	Doluluk (%)
Beyin Cerrahi	43	15748	1757	1729	10417	6	66,37
Çocuk Cerrahisi	20	4565	1698	1689	3940	2	53,97
Cildiye	4	21015	929	928	1121	1	76,78
Dahiliye - Endokrin	17	21184	661	652	2880	4	46,41
Dahiliye - Gastroenteroloji	17	19555	1526	1496	4911	3	79,15
Dahiliye - Hematoloji	17	23372	481	453	5818	12	93,76
Dahiliye - İmmünoloji	13	11089	926	917	2947	3	62,11
Dahiliye - Nefroloji	18	9666	1062	1039	6026	5	91,72
Dahiliye - Onkoloji	25	18104	1299	1165	8087	11	88,62
Genel Dahiliye	5	15707	568	553	1633	7	89,48
Enfeksiyon Hastalıkları	15	8800	540	519	4804	9	87,74



Fizik Tedavi ve Reh.	4	18780	1791	1791	2509	1	171,85
Göğüs Cerrahisi	17	4480	1296	1289	3018	2	48,64
Genel Cerrahi+Organ Nakli	85	17307	3131	3042	13784	4	85,97
Göğüs Hastalıkları	25	20989	1165	1127	4486	3	49,16
Göz Hastalıkları	17	34910	6581	6570	9175	1	147,86
Kadın Hast.ve Doğum	40	29853	4582	4574	8093	2	65,21
Kardiyoloji	21	28638	1628	1610	4839	3	63,13
Kulak-Burun-Boğaz	43	25455	2470	2449	7963	3	50,74
Kalp-Damar Cerrahisi	20	4596	769	759	2869	3	39,30
Kemik İliği Transplantasyon	8	-	86	83	1486	17	50,89
Koroner Bakım	10	-	1209	1118	3298	2	90,36
Kardiyovasküler	8	-	623	588	1355	2	46,40
Nöroloji	19	23544	2446	2435	5224	2	75,33
Nükleer Tıp	2	3062	41	41	43	1	-
Ortopedi	43	18942	2010	1965	10019	5	63,84
Pediyatri (Adölesan)	16	-	2417	2405	5223	2	89,43
Pediyatri Enfeksiyon	17	3577	636	624	2979	6	48,01
Pediyatri Hematoloji ve Onkoloji	17	7571	386	377	3549	9	57,20
Pediyatri (Süt Çocuğu)	17	-	508	496	3193	6	51,46
Yenidoğan Yoğun Bakım 1,2	20	-	456	420	6239	14	85,47
Pediyatri Yoğun Bakım	7	-	307	275	2078	6	81,33
Plastik Cerrahi	13	11012	1839	1825	3249	1	68,47
Psikiyatri	16	14212	279	279	279	1	-
Radyasyon Onkolojisi	8	5909	94	90	-	-	-
Üroloji	41	21281	3259	3228	9618	2	64,27
YB Ünitesi- 1	10	-	351	266	3350	9	91,78
YB Ünitesi- 2	8	-	339	259	2625	7	89,90
YB Ünitesi- 3	16	-	392	252	3482	9	59,62
YB Ünitesi- 4	4	-	59	36	365	6	25,00
Yanık Merkezi	12	499	281	262	2070	7	47,26
Adli Tıp	0	1527					-
Aile Hekimliği Polik.	0	4170					-
Algoloji Polikliniği	0	1344					-
Anesteziyoloji Polik.	0	14722					-
Çocuk Ürolojisi Polik.	0	2677					-
Çocuk Psikiyatri Polik.	0	8778					-
Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi	0	309					-
Diş Polikliniği	0	-					-
Organ Nakli Polikliniği	0	2172					-



Romatoloji Polikliniği	0	4955					-
Girişimsel Radyoloji	0	1918					-
Personel Periyodik Muayene Polikliniği	0	1396					-
Korona Erişkin Polik.	0	25807					-
Korona Pediatri Polik.	0	3499					-
Covid Sonrası İzlem P.	0	284					-
Pediatri İmmünoloji ve Allerji Polik.	0	5462					-
Pediatri Endokrin Polik	0	9429					-
Pediatri Gastroenteroloji Polik.	0	6770					-
Genel Pediatri Polik.	0	9362					-
Pediatri Kardiyoloji Polik.	0	9486					-
Pediatri Nefroloji Polikliniği	0	9195					-
Pediatri Nöroloji Polikliniği	0	10029					-
Pediatri Romatoloji Pol	0	4082					-
Yenidoğan Polikliniği	0	3298					-
Perinatoloji Ünitesi	0	652					-
Radyoloji Ünitesi	0	3637					-
Sigara Bırakma Polik.	0	116					-
Genetik Laboratuvarı	0	7008					-
Hemodiyaliz Ünitesi	0	472					-
Kan Bankası	0	22					-
Kemoterapi Ünitesi	0	14003					-
Periton Diyaliz Ünitesi	0	199					-
Tüp Bebek Ünitesi	0	330					-
Rehabilitasyon Ünitesi	0	276					-
Sağlık Kurulu	0	3245					-
Korona-1 Servisi	16	-	599	554	4215	7	72,17
Korona-2 Servisi	16	-	404	369	3515	9	60,19
Toplam	810	634.053	53.881	52.598	186.774	5,11	%70
Erişkin Acil	37	66768	561	502	709	1	5,25
Pediatri Acil	20	20783	412	406	567	1	7,77
Acil Toplam	57	87.551	973	908	1276	1	6,51
Genel Toplam	867	721.604	54.854	53.506	188.050	-	-

(*) Covid 19 pandemisi nedeniyle 2021 yılında toplam doluluk oranı pandemi öncesi dönemlere nazaran düşük (%70) seyretmiştir.

(**)YB Ünitesi-4, Nükleer Tıp, Radyasyon Onkolojisi, Doğumhane servislerine ait yatak sayıları ve kapalı olan Genel Cerrahi -1, Organ Nakli ve Psikiyatri Servisine ait yatak sayıları toplam doluluk oranı hesabına dahil edilmemiştir.



5.3 Sosyal Hizmetler

5.3.1 Barınma Hizmetleri

5.3.2 Beslenme Hizmetleri

5.4 Bilimsel Araştırma Faaliyetleri

5.4.1 2021 Yılı BAP Proje Bilgileri

5.4.2 2021 Yılında Kabul Edilen BAP Projelerinin Birimlere Göre Dağılımı

5.4.3 2021 Yılında Kabul Edilen BAP Projelerinin Gruplara Göre Dağılımı

5.4.4 2021 Yılında Kabul Edilen BAP Projelerinin Türlerine Göre Dağılımı

5.4.5 2021 Yılı Kurum Dışı Proje Bilgileri

5.5 Kültür Hizmetleri

5.6 Bilgi İşlem ve Kütüphane Hizmetleri

5.6.1 2021 Yılı WEB Ziyaretçi Sayıları ve 2021 Yılı Destek Talepleri

5.7 Spor Hizmetleri

5.8 Öğrenci Kulüpleri Faaliyetleri

5.9 Eğitim Öğretim ve Diğer Faaliyetler

5.9.1 Talep, Şikayet ve İhbarlar

6- İç Kontrol ve Kalite Güvence Sistemi

6.1 Yönetim ve İç Kontrol Sistemi

Hastanemizin yönetim kadrosu;

- Rektör tarafından, Tıp Fakültesi Dekanının görüş ve önerileri alınarak Tıp Fakültesinde tam gün statüsünde çalışan Tıp Doktoru Profesör ve Doçent unvanlı öğretim üyeleri arasından üç yıl süre için atanan Başhekim;
- Rektör tarafından, Başhekimin önerisi ile Tıp Fakültesinde tam gün statüsünde çalışan tıp doktoru öğretim üyeleri arasından seçilen 4 (dört) Başhekim Yardımcısı;
- Hastanenin düzenli işlemlerini ve iyi hizmet vermesini, kayıtların düzgün tutulmasını ve benzeri hizmetlerin görülmesini sağlama görevi bulunan Hastaneler Başmüdür Vekili;
- Başhekimin önerisi ile 2547 sayılı yasanın amir hükümlerine göre Rektör tarafından atanan Hastaneler Başmüdür Vekili;
- Başhekimin önerisi ile 2547 sayılı yasanın amir hükümlerine göre Rektör tarafından atanan 3 (üç) Hastane Müdür Yardımcısı 2 Başhekim görevlendirme Müdür Yardımcısından oluşmaktadır.

6.1.1 Düzenlenen Eğitimler



6.1.2 İç Kontrol Standartlarına Yönelik Yapılan Çalışmalar

BİLEŞENLER	STANDARTLAR	GERÇEKLEŞTİRİLEN EYLEMLER
KONTROL ORTAMI	Standart 1: Etik Değerler ve Dürüstlük	- Yıl içerisinde yeni atanarak göreve başlayan idari personele “Etik Sözleşme” imzalatılarak özlük dosyalarına konuldu. - Etik İlkeler güncellenerek WEB sayfasına konuldu.
	Standart 2: Misyon, Organizasyon Yapısı ve Görevler	- Ünvan bazlı görev tanımları hastane Kalite Koordinatörlüğü tarafından hazırlanarak İdari amirlere imzalatıldı, ilgililere imza karşılığı tebliğ aşamasına getirildi. - Organizasyon yapısı, güncellenerek duyuruldu.
	Standart 3: Personelin Yeterliliği ve Performansı	Personelin yeterliliği ve performansını arttırmak amacıyla genel sekreterlik tarafından düzenlenen memur akademisi afet bilinci, iç kontrol, bütçe hazırlık, resmi yazışma usul ve esasları, doğrudan temin satın alma işlemleri, taşınır mal düşümü, faaliyet raporunun hazırlanmasında dikkat edilecek hususlar, ayrıntılı finans programı, 2914 ve 2547 sayılı kanunların açıklanması, iş ahlakı ve memur etiği eğitim programlarına personelin tamamına yakınının katılımı sağlandı.
	Standart 4: Yetki Devri (Yetki Devretme, İmza Yetkisi)	Yetki Devri: Başhekim yardımcılara tevdi edilen görev ve sorumluluk alanları ile ilgili resmi yazışmaların yapılması adına Başhekim tarafından yazılı olarak yetki devri yapıldı. İmza Yetkisi: Hastane Müdür Yrd. V. Öğr. Gör. Fahrettin MERAL’e, Hastane Müdür Yrd V. Mahir SALI’ye, Hastane Müdür Yrd. Mustafa ÇETİNKAYA’ya, Hastane Müdür Yrd. Zeki ERTEM’e ve ayrıca Orhan KELEŞ’e, Yakup YAZICI’ya, Öğr. Gör. Necmettin BÜYÜKBİNGÖL’e, Gülay ÇAKMAK’a bilimüm belgelerin aslı gibidir yazılıp imzalanması yetkisi verildi.
RİSK DEĞERLENDİRME	Standart 5: Planlama ve Programlama	Stratejik plan için, veri girişi düzenli olarak yapılmaktadır.
	Standart 6: Risklerin Belirlenmesi ve Değerlendirilmesi	- Genel Sekreterlik tarafından hazırlanan bir risk değerlendirmesi paylaşılmaktadır. - Kontrol formları ile risklere karşı önleyici tedbirler alınmakta ve sonuçları raporlanmaktadır.
KONTROL FAALİYETLERİ	Standart 7: Kontrol Stratejileri ve Yöntemleri	- Bütçe hazırlandı. - Süreç ve risk değerlendirme çalışmalarını desteklemek amacıyla iş akışı hazırlanarak WEB sayfasına konuldu.
	Standart 8: Prosedürlerin Belirlenmesi	- Hastanemiz birimlerinde yürütülmekte olan faaliyetler ile ilgili olarak her birim için iş akış şemaları oluşturulmuş ve web sayfamızda da yayınlanmıştır. - Görev tanımları ve iş akış şemaları doğrultusunda faaliyetlerimizin uygulanması, kaydedilmesi ve kontrol edilmesine otokontrollü olarak devam edilmiştir. - Hastanemizin tüm faaliyetler ile ilgili yazılı prosedürler ve bunlara dayanılarak hazırlanan dokümanlar web sayfamızda güncel olarak personelin erişimine sunulmuştur. - Personelin yaptığı faaliyetler periyodik aralıklarla kontrol edilmiş, tespit edilen olumsuzluklar personel ile paylaşılmış; olumsuzlukların giderilmesi için bilgilendirme faaliyetleri ve lüzumu halinde hizmet içi eğitimleri yapılmıştır. - Personel yetersizliğinden kaynaklanan durumlarda faaliyetlerin yürütülmesinde süreklilik sağlanması için mevcut personel branj ve görev alanlarını kapsayan bütün görevleri öğrenmelerini sağlayacak



		tedbirler alınmış, bu amaçla belli aralıklarla görev yerlerinin değiştirilmesi sağlanmıştır.
	Standart 9: Görevler Ayrılığı	2021 yılında mali karar ve işlemlerin onaylanması, uygulanması, kaydedilmesi ve kontrol edilmesi görevleri mevcut personel arasında paylaştırılarak, Demirbaş ve Sarf Malzemesi Muayene ve Kabul Komisyonu ile Taşınır Sayım Kurulları oluşturuldu.
KONTROL FAALİYETLERİ	Standart 10: Hiyerarşik Kontroller	2021 yılı içerisinde hastanemizin Hasta Hakları Birimi'ne toplamda 761 yazılı başvuru yapılmıştır. Bunlardan 107'si doğrudan dilekçe başvurusunu, 77'si e-posta yoluyla yapılan bildirim sayısını, 577'si dilek ve şikayet kutusuna yapılan başvuru sayısını içermektedir. Tüm bu yazılı başvuruların 515'i şikayet başvurusunu oluşturmaktadır.
	Standart 11: Faaliyetlerin Sürekliliği	- Vekil Personel Listesi güncellendi, personele duyuruldu. - Personelin yaptığı faaliyetler periyodik aralıklarla kontrol edildi, tespit edilen olumsuzluklar personele bildirildi; olumsuzlukların giderilmesi için bilgilendirme faaliyetleri ve lüzumu halinde hizmet içi eğitimleri yapıldı. - Personel yetersizliğinden kaynaklanan durumlarda faaliyetlerin yürütülmesinde süreklilik sağlanması için mevcut personelin bütün görevleri öğrenmelerini sağlayacak tedbirler alındı, bu amaçla belli aralıklarla görevlerin değiştirilmesi sağlandı.
	Standart 12: Bilgi Sistemleri Kontrolleri	- Bilgi sistemlerini kullanacak, veri girişi yapacak uygun personele görevleri resmi yazı ile bildirildi. - Görevden ayrılan veya görev yeri değişen personelin yetkileri kaldırıldı, yeni göreve başlayanlara yetki verildi. - Yeni uygulamaya giren bilgi sistemleri için uygun personele yetki verildi.
BİLGİ VE İLETİŞİM	Standart 13: Bilgi ve İletişim	Üniversitemiz tarafından ve diğer kamu kurumları tarafından geliştirilen lisanslı yazılımların yetki verilen kişiler tarafından kullanılması sağlandı.
	Standart 14: Raporlama	Stratejik plan, faaliyet raporu web sayfasından yayımlanarak, kamuoyu ile paylaşıldı.
	Standart 15: Kayıt ve Dosyalama Sistemi	ELEKTRONİK BELGE YÖNETİM SİSTEMİ (EBYS) ile 2021 yılı içerisinde hastanede kurum içi ve kurum dışı olmak üzere toplamda 23.775 yazışma yapıldı.
	Standart 16: Hata, Usulsüzlük ve Yolsuzlukların Bildirilmesi	2021 yılı içerisinde usulsüzlük ve yolsuzluklarla ilgili yazılı ya da sözlü bir ihbar olmadı.



İZLEME	Standart 17: İç Kontrolün Değerlendirilmesi	- Personelin memnuniyeti ve iç kontrolün işleyişi ile ilgili 2021 yılı içerisinde 1 (bir) kez anket uygulandı. - Hasta memnuniyeti anketi 2021 yılında her ay düzenli olarak yapılmıştır. - Uyum eylem planı kapsamında yürütülen faaliyetler bu raporla paylaşıldı. - Hastanemiz yöneticilerimiz, görev ve sorumlulukları dahilinde Sağlıkta Kalite Standartları çalışmaları ile entegre olan iç kontrol sistemimiz sürekli izlendi ve izlem sonuçları Kalite birimi tarafından “Öz Değerlendirme Raporu” adı altında kayıt altına alındı.
	Standart 18: İç Denetim	- İÇ DENETİM: 2021 yılı içerisinde hastanemizde herhangi bir denetim veya izleme faaliyeti yapılmadı. - DIŞ DENETİM: 2021 yılında Sayıştay Başkanlığı tarafından Üniversitemiz bünyesinde yapılan denetimler kapsamında, hastanemizle ilgili bulguların tamamlanması yönünde idareci işlem tesis edilmesi yoluna gidildi.

6.1.3 Ön Mali Kontrol

2021 yılında hastanemizde, 19/08/2021 tarihinde “Radyoloji ünitesi için renkli doppler alımı”, 28/07/2021 tarihinde “Portable röntgen cihazı alımı”, 22/06/2021 tarihinde “Radyoloji ve Yenidoğan Yoğun Bakım için tıbbi cihaz alımı”, 27/07/2021 tarihinde hastanemiz birimleri için “6 kısım 2 kalem tıbbi cihaz ve tıbbi gereç alımı” ihaleleri ile ilgili ihale dosyaları ve ayrıca 04/05/2021 tarihinde “Birimler için 7 kısım tıbbi cihaz alımı” ihalesi ile ilgili ihale dosyası ön mali kontrol için Üniversitemiz Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı’na gönderilmiştir.

	MAAŞ	EK DERS	YOLLUK	MESAI	SATIN ALMA	HAKEDİŞ	TELEFON	DÖNER SERMAYE	JÜRİ ÖDEMESİ	TOPLAM
İŞLEM SAYISI	-	-	-	-	5	-	-	-	-	5

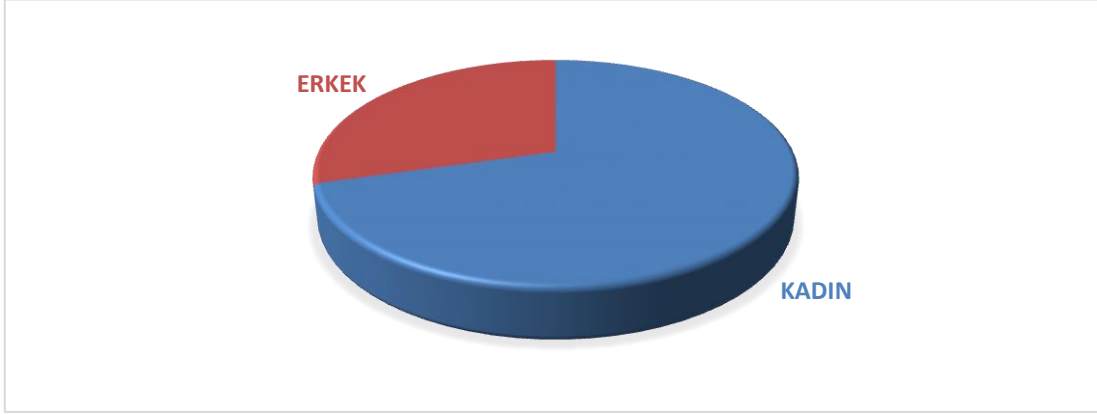
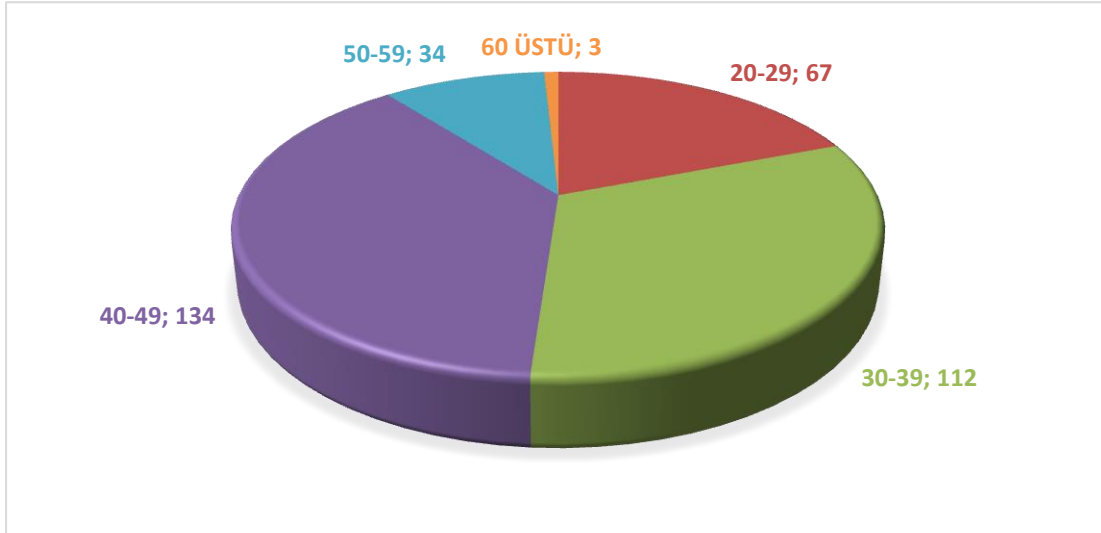
6.1.4 Personel Memnuniyet Anketi

2021 YILI ÇALIŞAN DENEYİMİ ANKETİ SONUÇLARI
GENEL MEMNUNİYET ORANI: %56
ÇALIŞANLARIN GÖRÜŞ ÖNERİLERİ
• PERFORMANS VE EK ÖDEMELERDE DÜZENLEME YAPILMASI
• PERSONEL MUAYENE ÖNCELİĞİ
• PERSONEL OTOPARK YETERSİZLİĞİ
• DEĞERSİZ VE MUTSUZLUK, MOTİVASYON DÜŞÜKLÜĞÜ
• PERSONEL EKSİKLİĞİ
• HEMŞİRE EKSİKLİĞİ YÜZÜNDEN FAZLA MESAI YAPILMASI
• MOBİNG UYGULANDIĞI

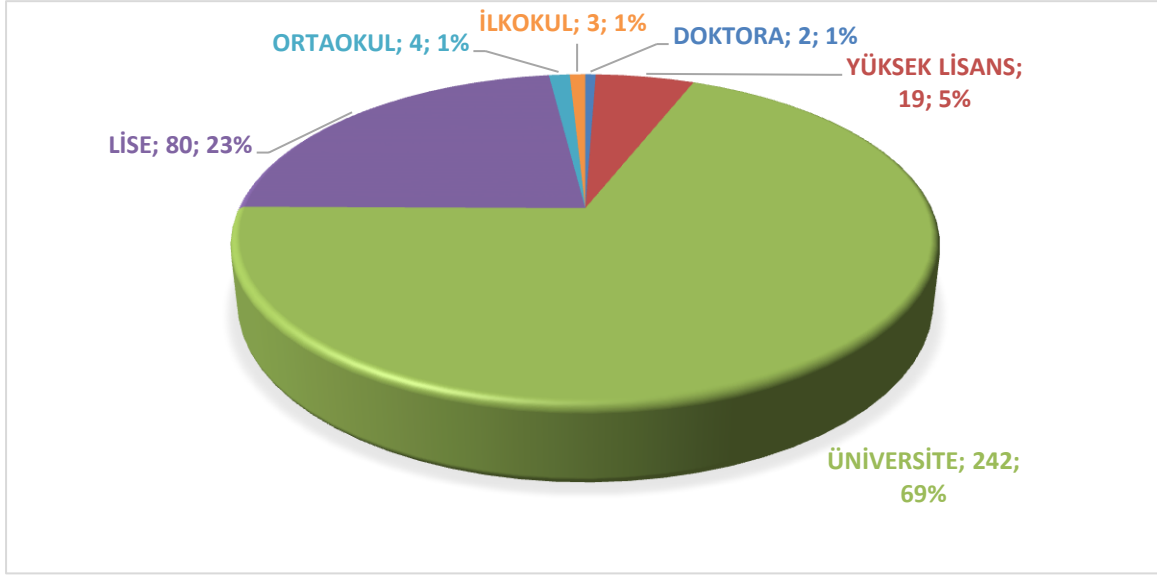


2021 YILI ÇALIŞAN DENEYİMİ ANKETİ SONUÇLARI
GENEL MEMNUNİYET ORANI: %56**CİNSİYETE GÖRE**

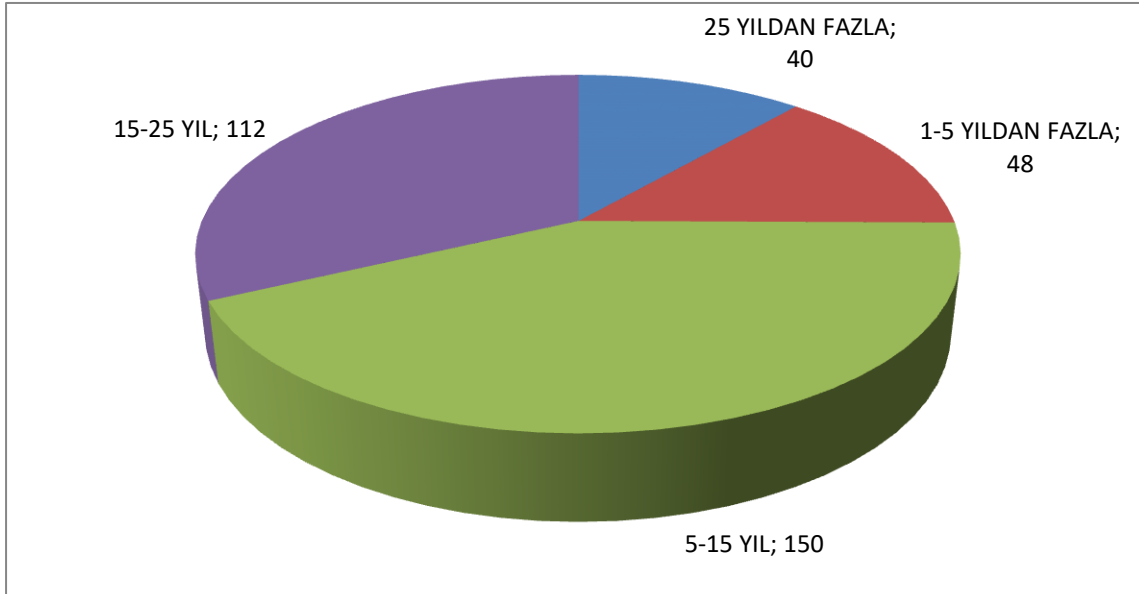
TOPLAM	350
Kadın	247
Erkek	103

**AİT OLDUĞUNUZ YAŞ KATEGORİSİ**

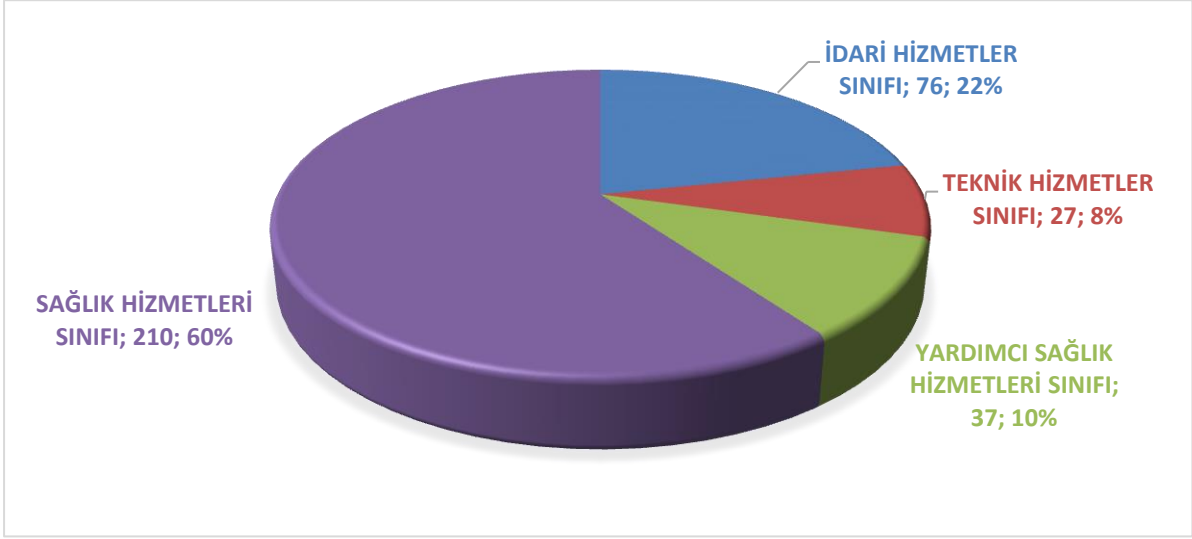
EĞİTİM DURUMUNUZ



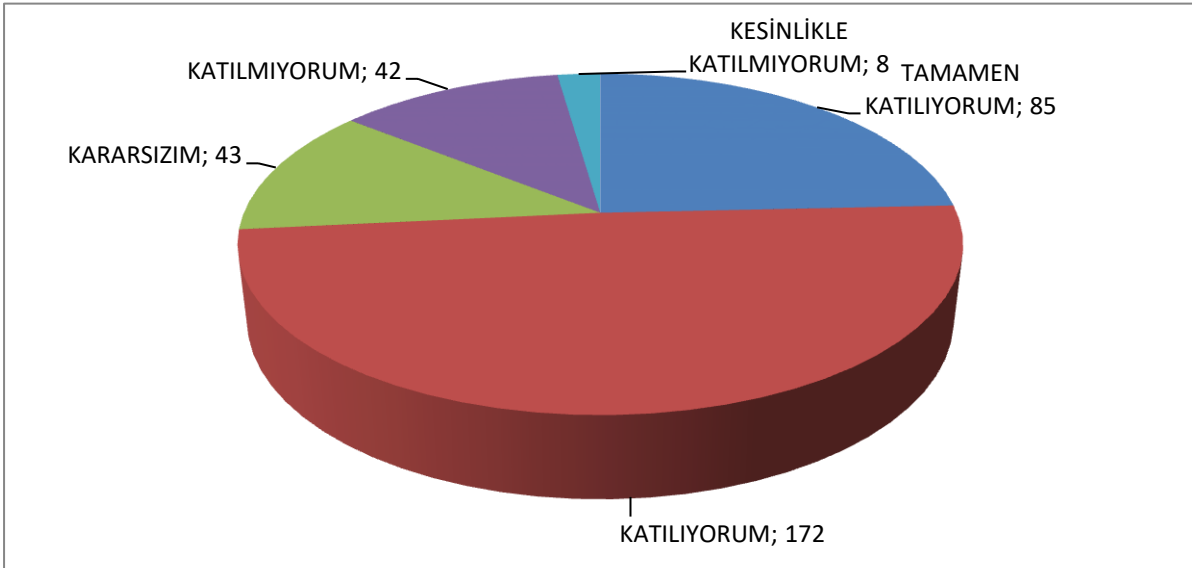
SAĞLIK KURULUŞUNDA ÇALIŞTIĞI SÜRE



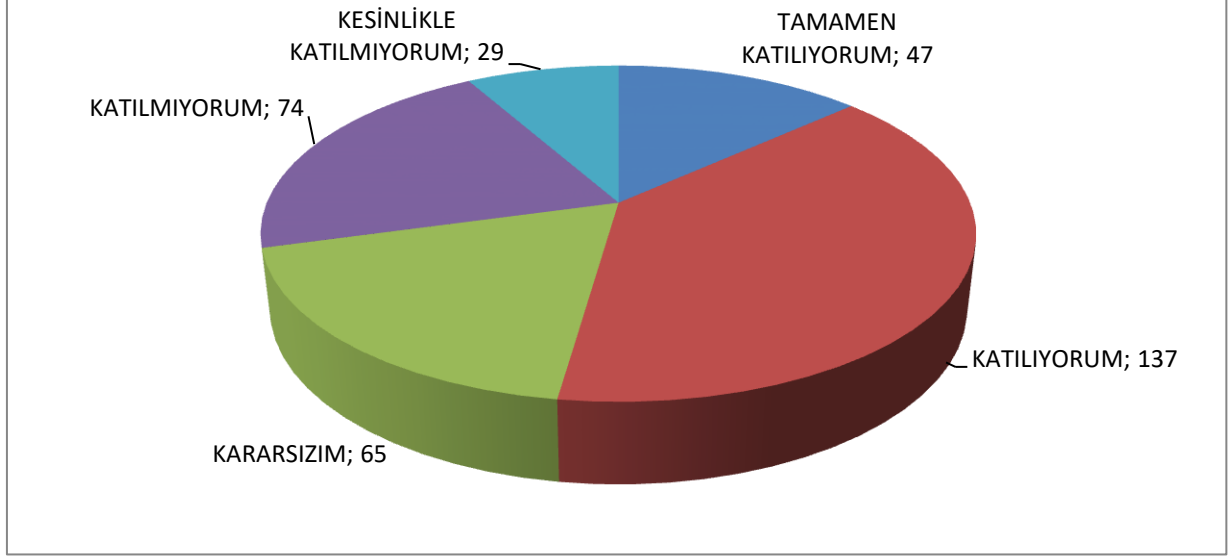
MESLEĞİ



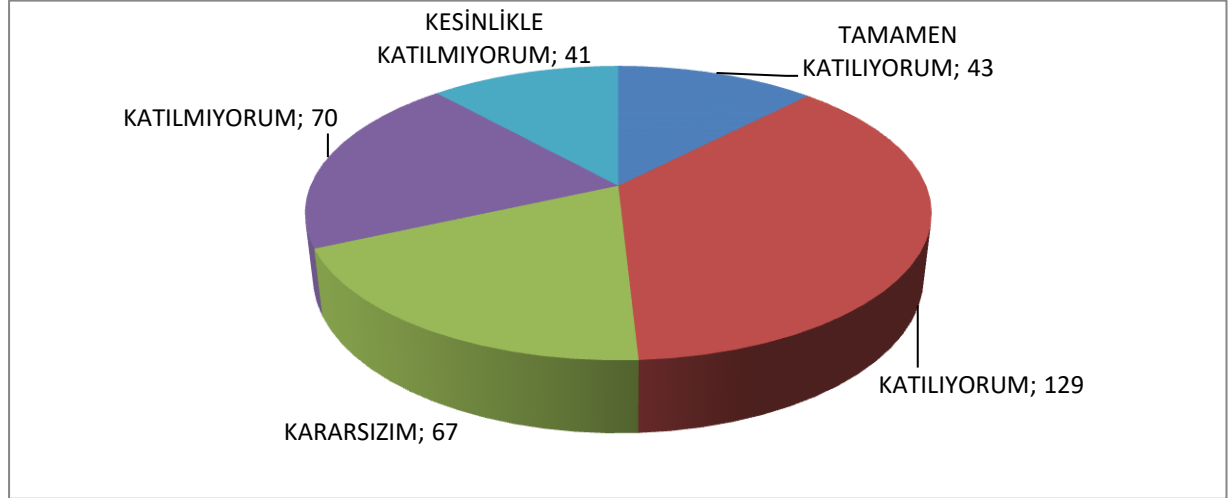
1. ALDIĞIM EĞİTİME UYGUN BİR BÖLÜMDE ÇALIŞIYORUM



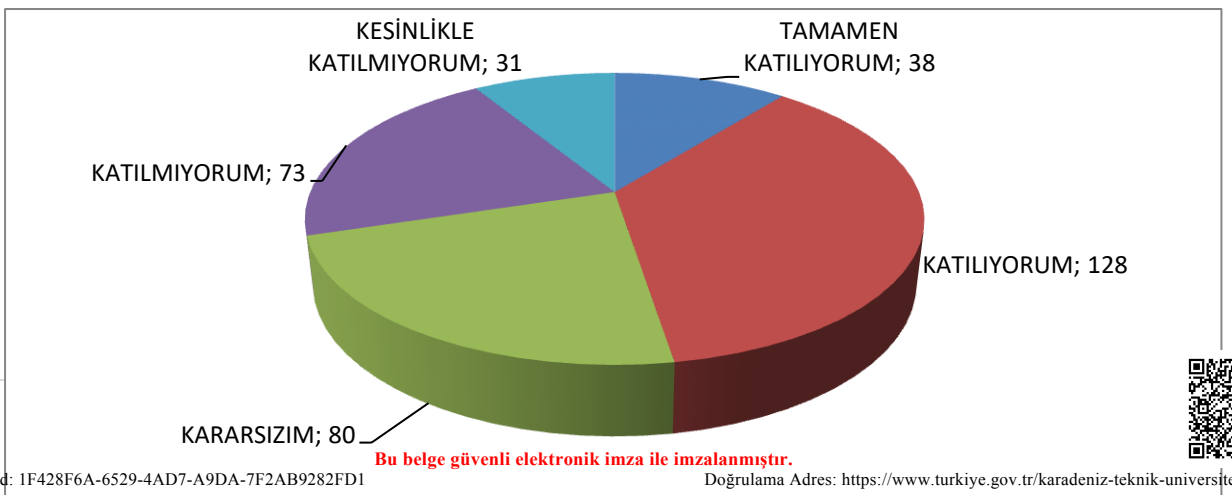
2. ÇALIŞMA ORTAMIM VE ÇALIŞMA KOŞULLARIM İLE İLGİLİ YAPILACAK DÜZENLEMELERDE GÖRÜŞÜME BAŞVURULUR



3. ÇALIŞMA ORTAMIM RAHAT ÇALIŞABİLECEĞİM BİÇİMDE DÜZENLENMEŞTİR



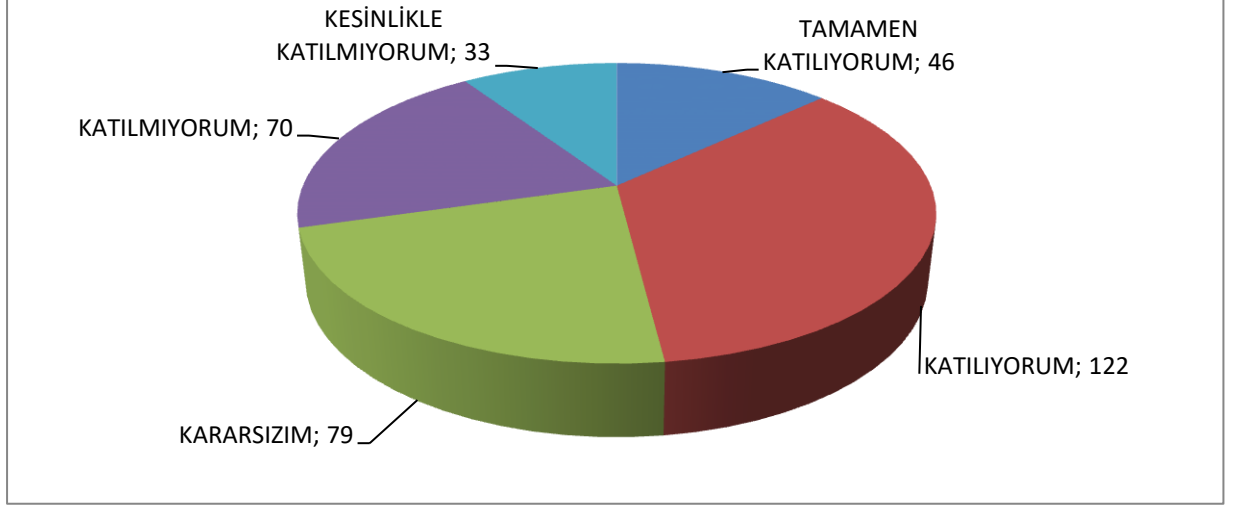
4. ÇALIŞTIĞIM BÖLÜMDE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ TADBİRLER ALINMIŞTIR



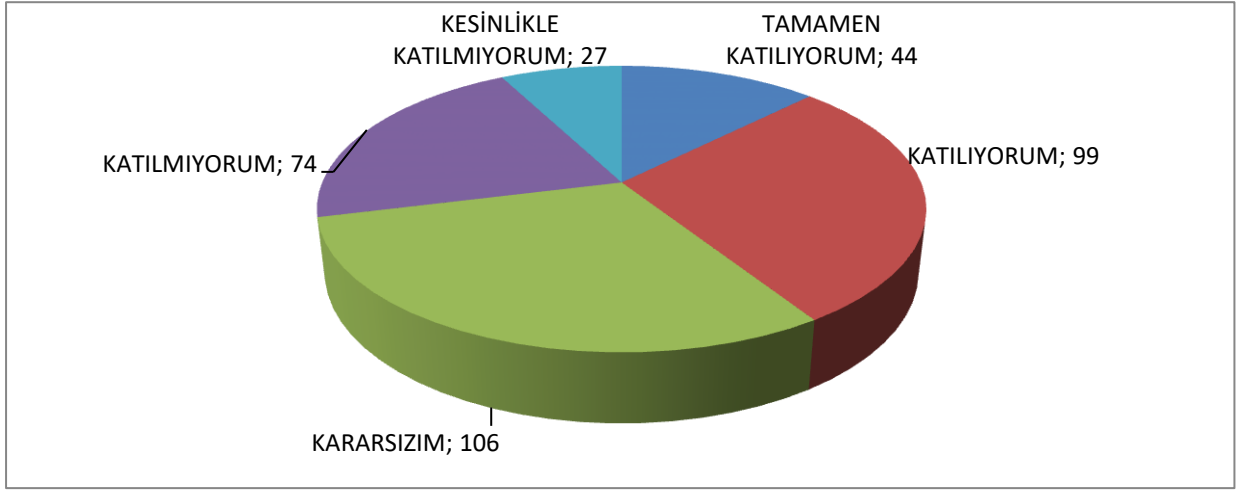
Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

5. ÇALIŞTIĞIM ORTAMDA KENDİMİ GÜVENDE HİSSEDERİM

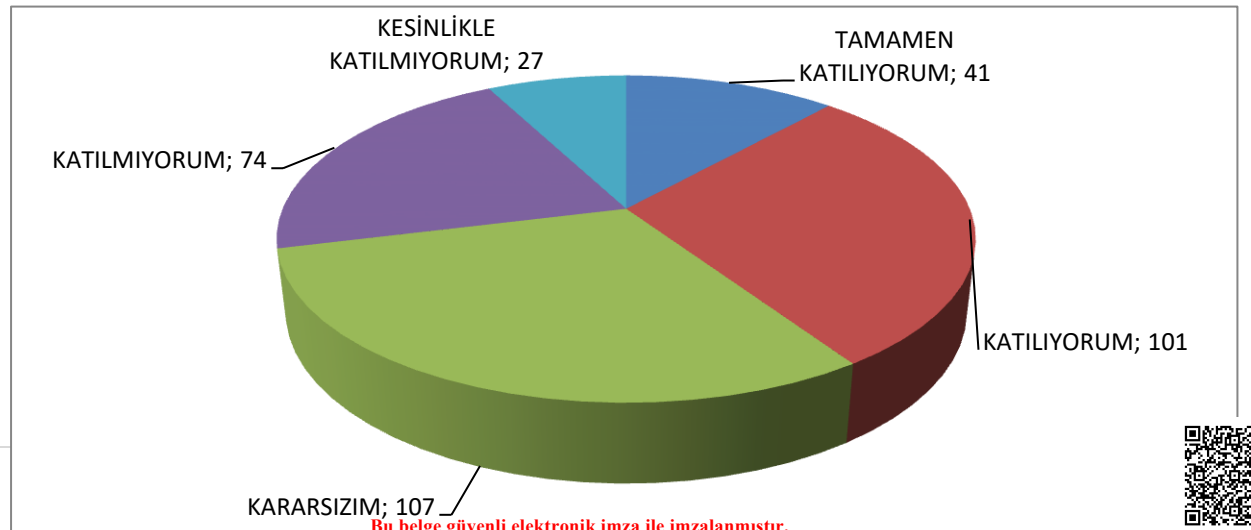
5. ÇALIŞTIĞIM ORTAMDA KENDİMİ GÜVENDE HİSSEDERİM



6. YÖNETİM ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KONUSUNDA İYİLEŞTİRME FAALİYETLERİ YAPMAKTADIR.

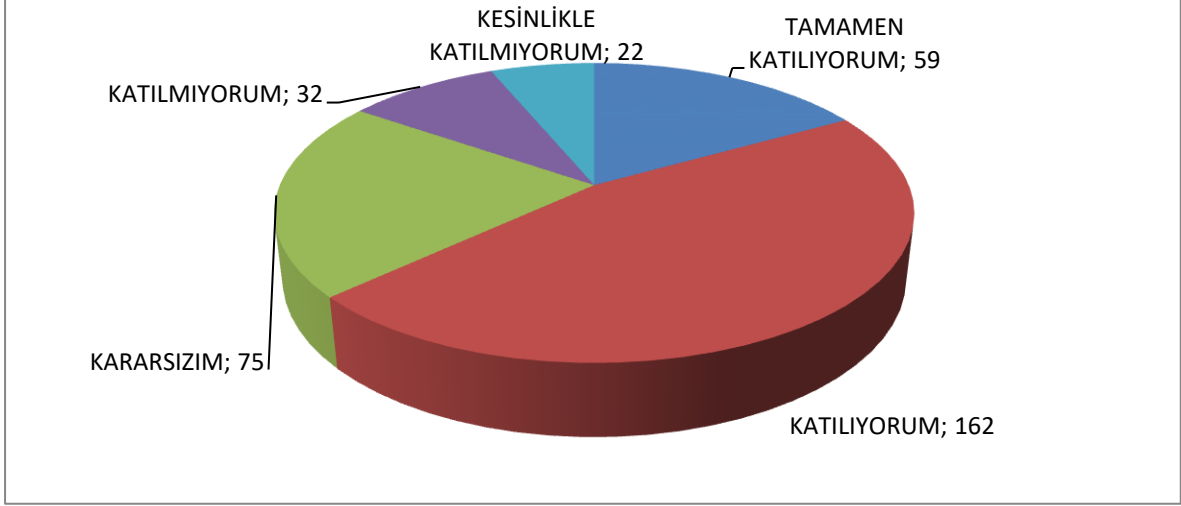


7. YÖNETİM, ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ İLE İLGİLİ UYGUNSUZLUKLARIN GİDERİLMESİ İÇİN ÇALIŞANLAR İLE İŞ BİRLİĞİ YAPMAKTADIR.

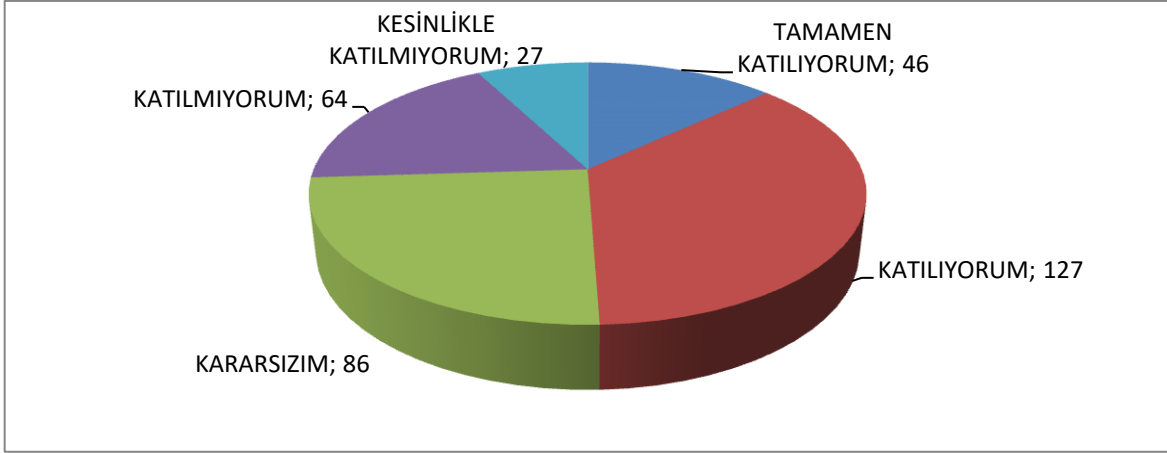


Bu belge güvenli elektronik imza ile imzalanmıştır.

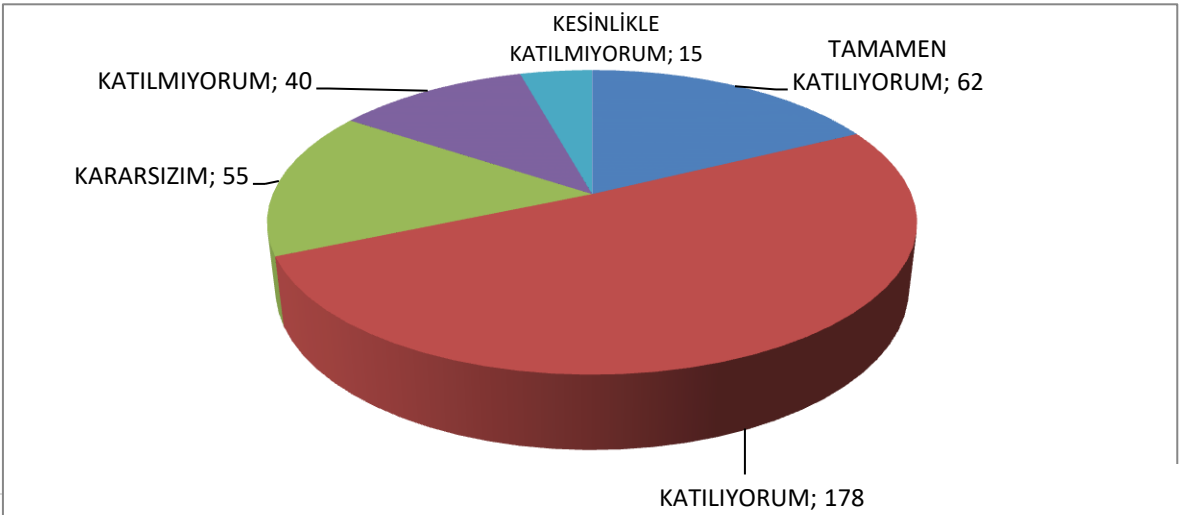
8. YÖNETİCİLERE SORUN, GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİMİ İLETME İMKANI BULURUM



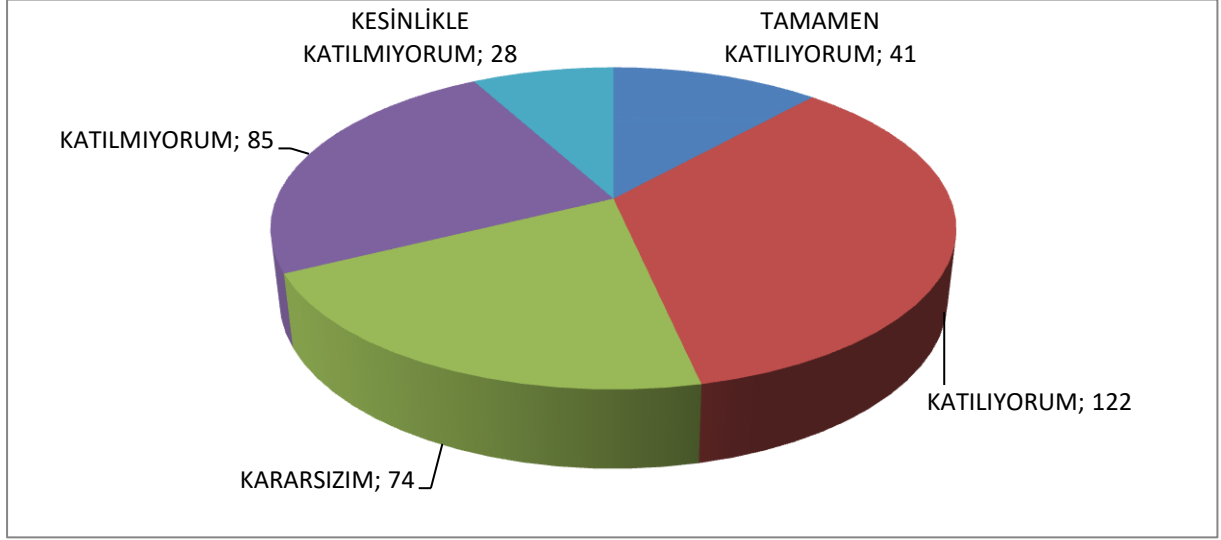
9. GÖREV ALANIM İLE İLGİLİ GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİM DİKKATE ALINIR



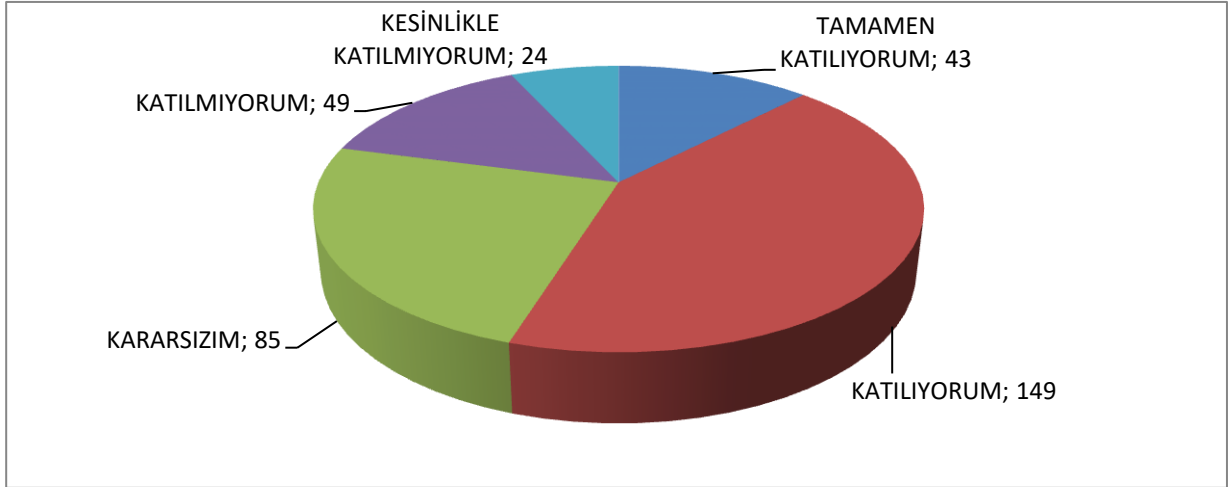
10. İHTİYACIM OLDUĞUNDA İZİN ALABİLİRİM



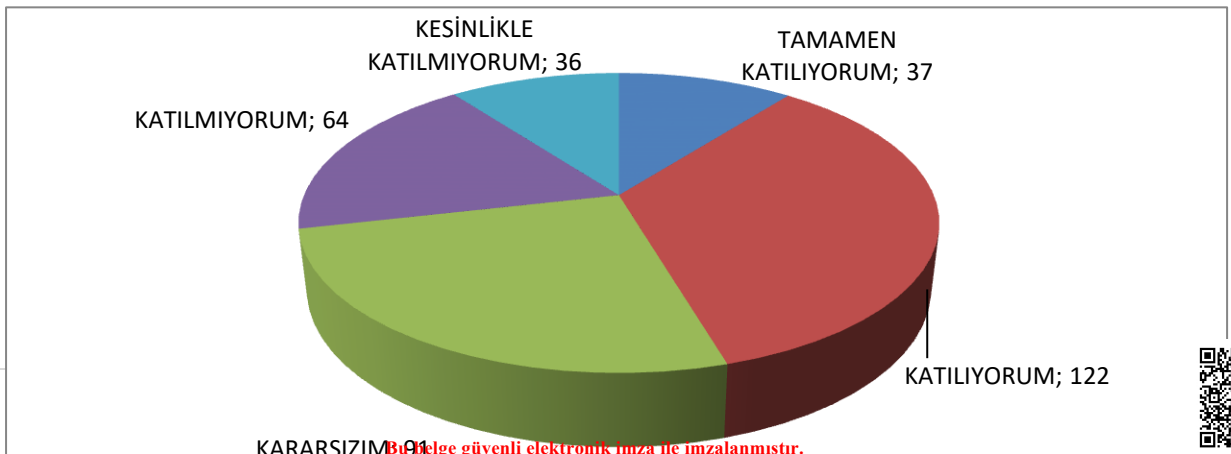
11. PERFORMANSIM HAKKINDA GERİBİLDİRİM ALIRIM



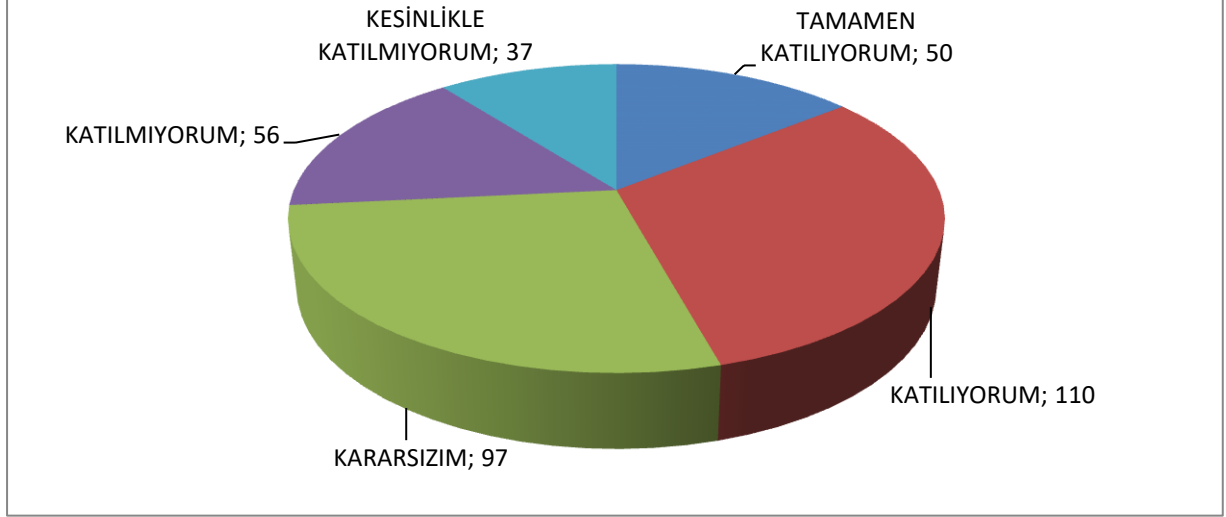
12. İŞİMİ EN İYİ ŞEKİLDE YAPABİLMEM İÇİN GEREKLİ MALZEME VE CİHAZ TEMİZ EDİLİR.



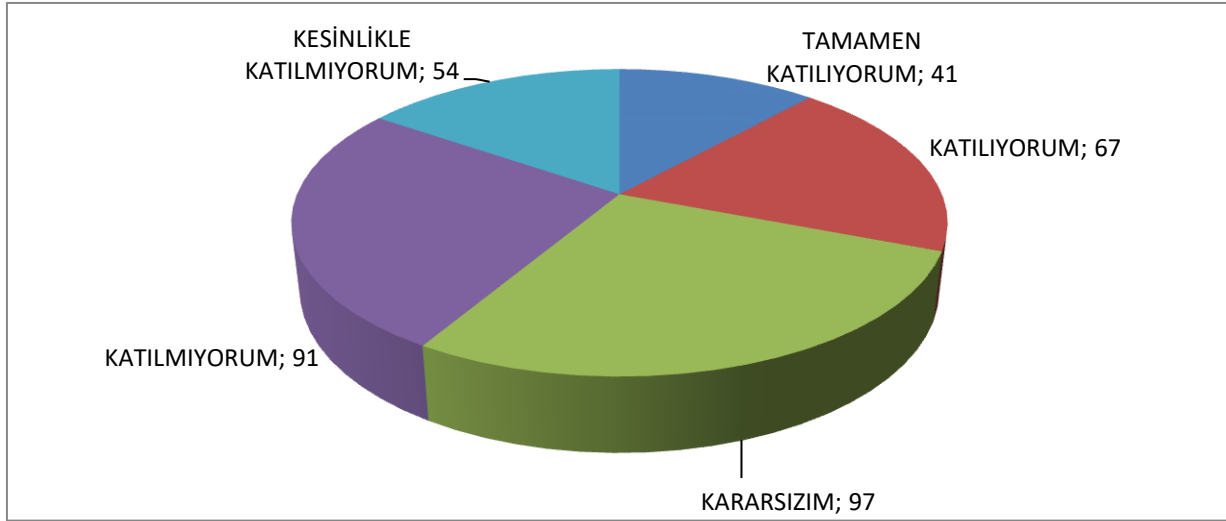
13.İŞİMDE KENDİMİ GELİŞTİREBİLMEM İÇİN EĞİTİM FIRSATLARI SUNULUR.



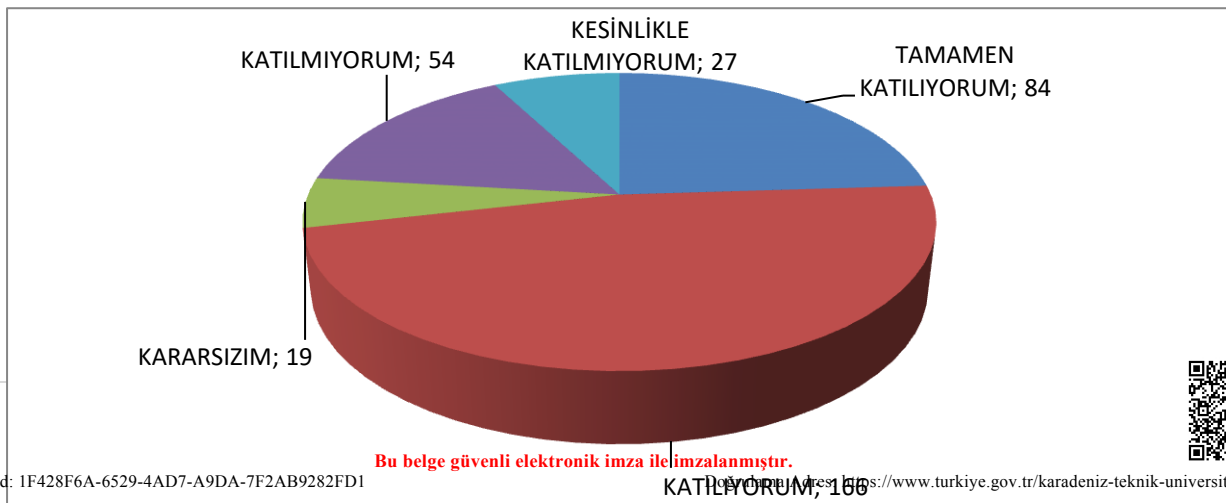
14. ÇALIŞTIĞIM ORTAMDA KENDİMİ DEĞERLİ HİSSEDİYORUM



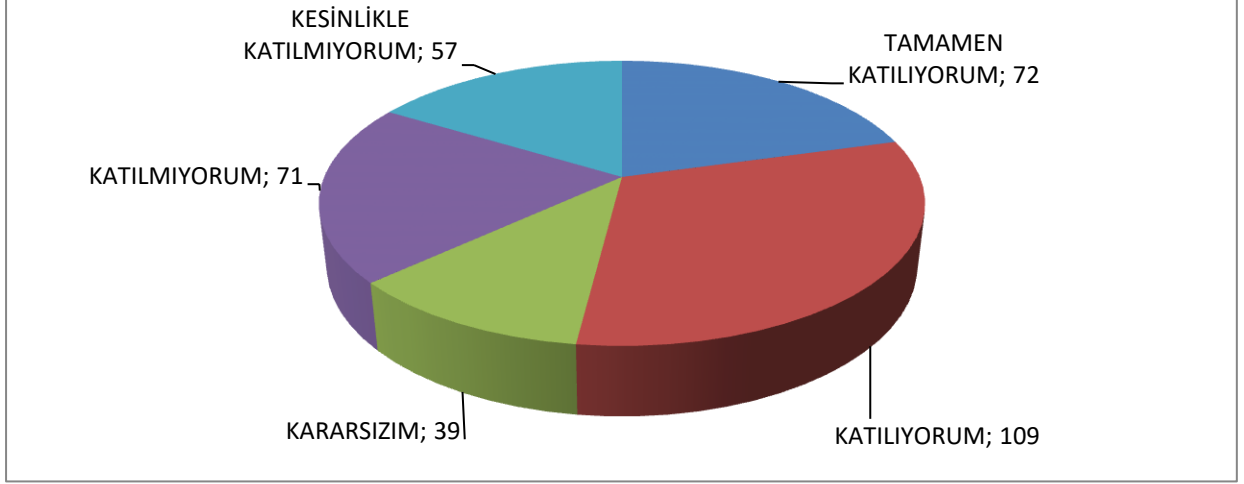
15. YÖNETİM, ÇALIŞANLARIN MOTİVASYONU KONUSUNDA DUYARLIDIR



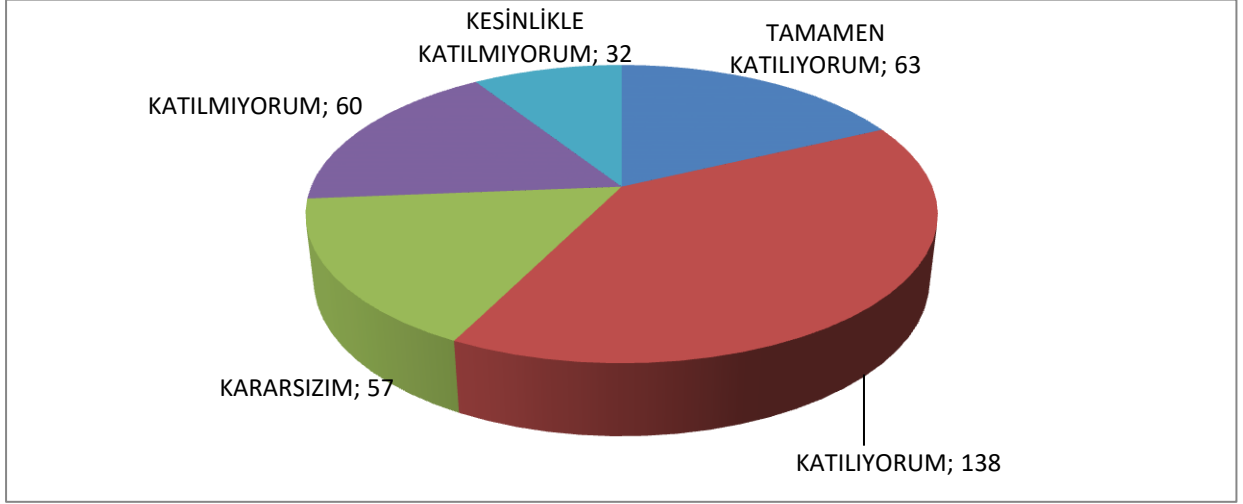
16. SON BİR YIL İÇİNDE FİZİKSEL ŞİDDETE MARUZ KALMADIM



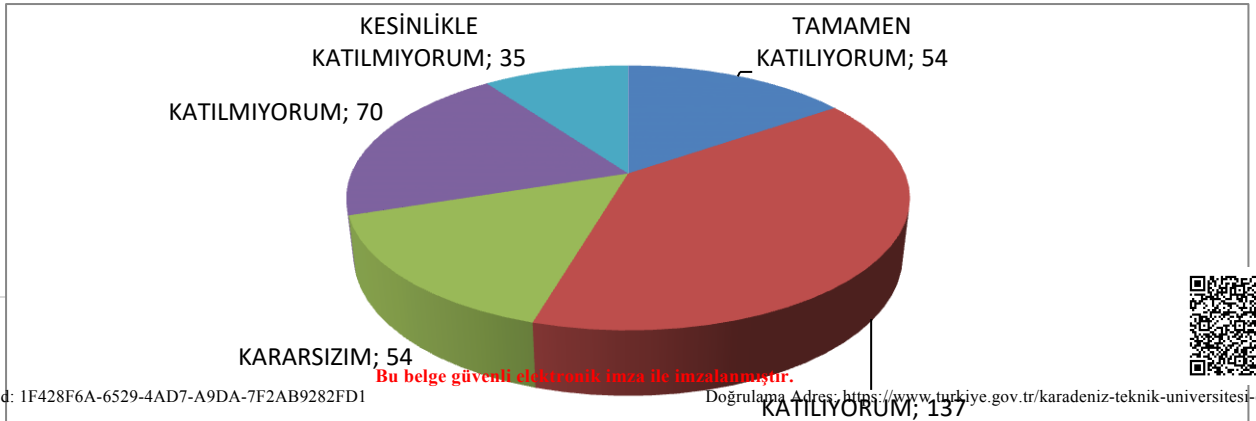
17. SON BİR YIL İÇİNDE SÖZEL ŞİDDETE MARUZ KALMADIM



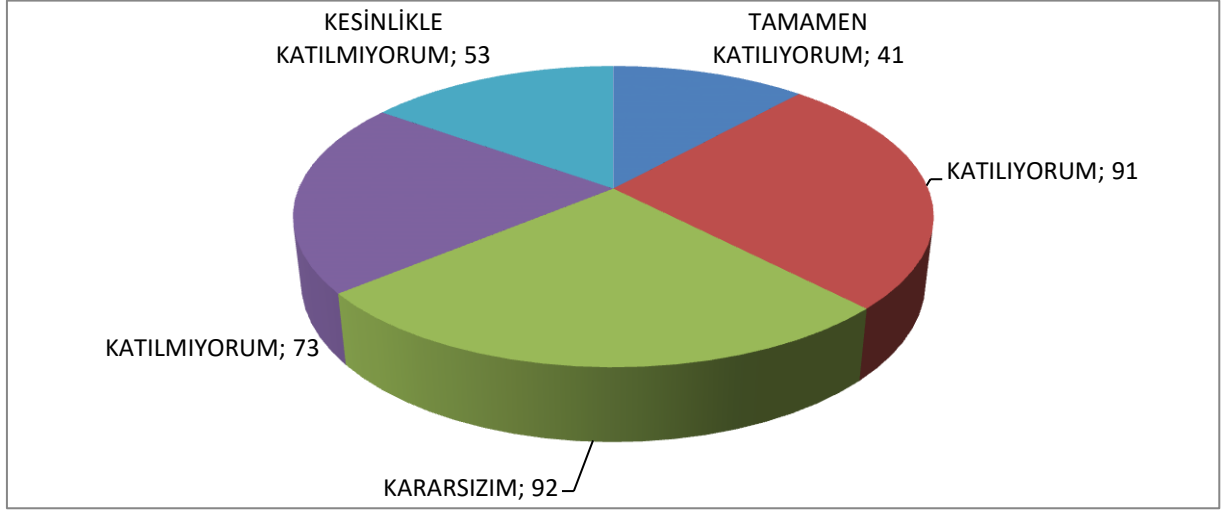
18. SON BİR YIL İÇİNDE YÖNETİCİ KAYNAKLI PSİKOLOJİK ŞİDDETE (MOBBİNG) MARUZ KALDIM



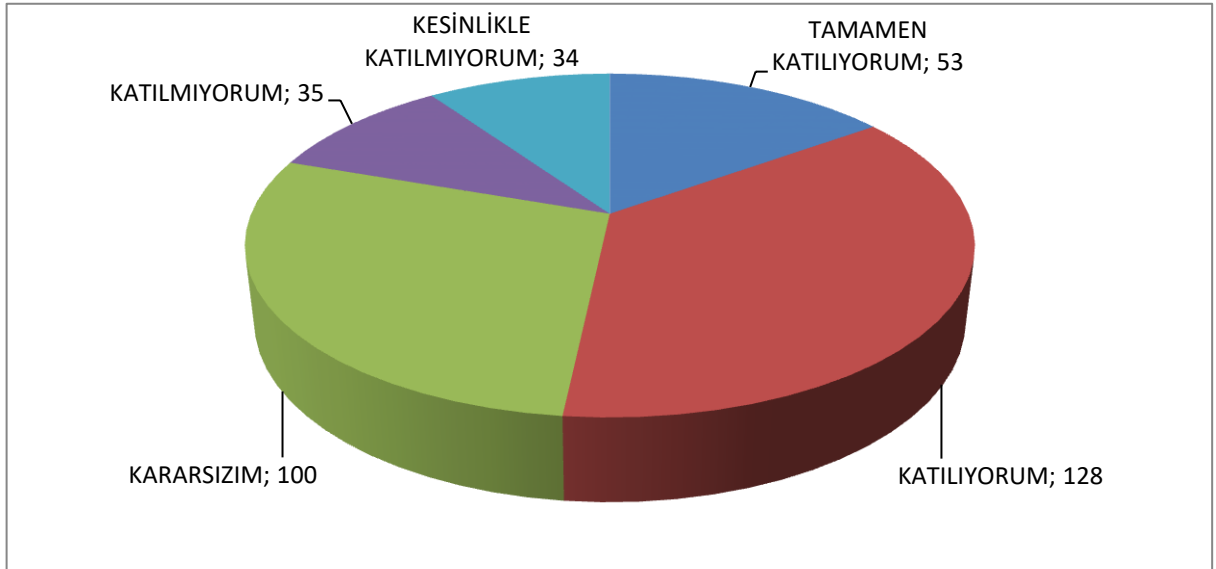
19. SON BİR YIL İÇİNDE PERSONEL KAYNAKLI PSİKOLOJİK ŞİDDETE (MOBBİNG) MARUZ KALDIM



20. ÇALIŞIĞIM SAĞLIK KURULUŞUNU ARKADAŞLARIMA ÇALIŞMA ORTAMI OLARAK TAVSİYE EDERİM



21. TEDAVİ OLABİLMELERİ İÇİN AİLEME VE ARKADAŞLARIMA TAVSİYE EDERİM



6.2- Kalite Güvence Sistemi

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTE FAALİYET RAPORU

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak SKS kapsamında “**Çalışan Güvenliği Komitesi**” çalışanların güvenliği ile ilgili risklerin azaltılması, çalışan güvenliği kültürünün geliştirilmesi ve Çalışan güvenliği konusunda geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması, hizmet içi eğitim yoluyla personelin farkındalığının ve niteliklerinin artırılması, çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemeyi amaç edinmiş olup bu kapsamda yılda en az 4 kez toplanarak aktif olarak çalışmalarını sürdürmektedir.

Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermektedir:

- Çalışanların zarar görme risklerinin azaltılması
- Riskli alanlarda çalışanlara yönelik gerekli önlemlerin alınması
- Fiziksel şiddete maruz kalınma risklerinin azaltılması
- Kesici delici alet yaralanmasına yönelik risklerin azaltılması
- Kan ve vücut sıvılarıyla bulaşma risklerinin azaltılması
- Sağlık tarama programının hazırlanması, takibi.

Hastane Yürütme Kurulu tarafından Komite üyeleri iki yılda bir güncellenmekte olup, üyeler:

ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

- Doç. Dr. Emine CANYILMAZ (Başhekim Yardımcısı)
- Prof. Dr. Turan SET (Dekan Yardımcısı)
- Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL (Başhekim Yardımcısı)
- Prof. Dr. Cihan ÖREM (Kardiyoloji AD.)
- Prof. Dr. Gürdal YILMAZ (Enfeksiyon Hastalıkları ve Klinik Mikrobiyoloji AD.)
- Öğr. Gör. Bahattin LEVENT (Hastane Başmüdür V.)
- Zeki ERTEM (Hastane Müdür V.)
- İbrahim ÇUVALCI (Hastane Müdür V.)
- Öğr. Gör. Ufuk DOĞRU (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi)
- Öğr. Gör. Hüseyin GÜZELCİK (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi)
- Öğr. Gör. Yüksel AY (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi)
- Çiğdem YAVUZ (Kalite Koordinatörü)
- Fatma SÜMER (Kalite Koordinatörlüğü)
- Semra HEYAL (Kalite Koordinatörlüğü)
- Gülay KESKİN (Kalite Koordinatörlüğü)
- Sevgi DANACI (Başhemşire)
- Hüseyin ŞAHİN (Teknik Bakım Sorumlusu)
- Mahir SALİ (Personel Büro Sorumlusu)
- Bedia BİLGİÇ (İşyeri Hemşiresi)



SKS kapsamında “Çalışan Güvenliği Komitesi” 2021 yılı içerisinde 4 kez olağan toplantısını gerçekleştirebilmiştir. Alınan toplantı kararları Başhekimliğe yazılı olarak bildirilmiş ve Başhekimlik tarafından kararların gerçekleştirilebilmesi için ilgili Bölüm/Birimlere iletilmesi sağlanmıştır.

23.02.2021 tarihli **Çalışan Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 1. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Mutfak memnuniyet anketinin yılın başında ve sonunda olacak şekilde yılda iki defa yapılması:** Mutfak anketi 2021 yılı için tamamlanmıştır.
2. **Pandemi sonrası beyaz kod eğitiminin personele verilmesi;** Beyaz kod eğitimi güvenlik vardiya amirlerine yüz yüze, diğer personele online olarak verilmiştir.
3. **Beyaz kod formunun güvenlik görevlisi tarafından doldurulması:** Beyaz kod formunun güvenlik görevlileri tarafından eksiksiz doldurulması sağlandı.

28.05.2021 tarihli **Çalışan Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 2. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Teknik bakım personelinin ve başhekimlik İdari personelinin görev tanımlarının çalıştığı bölüm/birime sorumluları tarafından yapılması:** İlgili birimlere komite kararı iletilmiş idari personelin görev tanımı tamamlanmış, teknik bakım personelinin görev tanımlarının yapılma çalışmaları devam etmektedir.
2. **Sağlıklı çalışma yaşamının sağlanmasına yönelik yıllık hedefler belirlenmesi için koordinasyon kurullarından birer temsilcinin seçilerek görüşlerinin;** Kalite Koordinatörlüğü ve Koordinasyon Kurullarından birer temsilci seçilerek yapılan toplantıda görüşler alınarak 2021 yılı hedefleri belirlenmiştir.

19.08.2021 tarihli **Çalışan Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 3. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Teknik Bakım personeline ortak bir görev tanımı yapılması:** Teknik Bakım Birim görev tanımı çalışmaları devam etmektedir.
2. **Temizlik Görevlileri ve Güvenlik Görevlilerine şifre temin edilmesi gerekliliğinin yönetime iletilmesi:** Talep yönetime iletilmiştir.

18.11.2021 tarihli **Çalışan Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 4. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Aralık ayının sonuna kadar Teknik Bakım personelinin görev tanımının tamamlanması:** Teknik Bakım Birim görev tanımı tamamlanmıştır.
2. **HBYS için 4D personelinin Bilgi işlem den şifre tanımlanması ve bunun için duyuru yapılması:** Duyuru yapılmış, talep doğrultusunda 4D personeline şifre tanımlaması yapılmıştır.
3. **Personel poliklinik muayenede önceliği için kırmızı renk kodunun kullanılması ve personel olarak belirtilmesi, sıralamanın otomatik öne atılması, tüm Anabilim Dalı Başkanlarına ve sekreterlere konu ile ilgili bilgilendirme yapılması:** Çalışmalar devam etmektedir.

2021 yılı **Çalışan Güvenliği Komitesinde** 10 karar alınmıştır. Bu kararların 9 tanesi tamamlanmış, 1 kararın tamamlanma çalışmaları devam etmektedir.

EĞİTİM KOMİTESİ FAALİYET RAPORU

Yürütmekte olduğumuz sağlıkta kalite standartları, kalite iyileştirme ve hasta çalışan güvenliğinin sağlanması, çalışanların standartların gerektirdiği bilgiyle donatılmasını zorunlu kılmaktadır. Bu sebeple hastanemizde göreve yeni başlayan ve görevleri devam eden personelimiz için Kalite Koordinatörlüğü ve Eğitim Koordinatörlüğü tarafından eğitim programları yürütülmektedir. Söz konusu eğitim programları kalite standartları kapsamında zorunlu eğitimler, kurumun belirlediği eğitimler ve gelen eğitim talepleri doğrultusunda yıllık planlanmaktadır.



Oluşturulan eğitim programlarındaki temel amaç; tüm çalışanların işlerini belirli standartlar çerçevesinde, bilinçli, profesyonelce, özenle, severek, güvenle ve güler yüzle yapmalarını sağlamaktır.

Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermektedir:

- Sağlıkta kalite standartları eğitimleri,
- Hizmet içi eğitimler
- Uyum eğitimleri
- Hastalara yönelik eğitimler

Hastane Yürütme Kurulu tarafından Komite üyeleri iki yılda bir güncellenmekte olup, üyeler:

EĞİTİM KOMİTESİ

- Prof. Dr. Turan SET (Dekan Yrd.)
- Doç. Dr. Emine CANYILMAZ (Başhekim Yrd.)
- Doç. Dr. Selçuk ARSLAN (Başhekim Yrd.)
- Prof. Dr. Selçuk KAYA (Enfeksiyon Hastalıkları AD)
- Doç. Dr. Elif ATEŞ (Halk Sağlığı AD)
- Dr. Öğr. Üyesi Sevil TURHAN (Aile Hekimliği AD)
- Öğr. Gör. Bahattin LEVENT (Hastane Başmüdür V.)
- Öğr. Gör. Fahrettin MERAL (Hastane Müdür Yrd. V.)
- Fatma SÜMER (Kalite Koordinatörlüğü)
- Çiğdem YAVUZ (Kalite Koordinatörü)
- Sevgi DANACI (Başhemşire)
- Öğr. Gör. Elif KILIÇ GÜNER (Eğitim Koordinatörlüğü)
- Gülay KESKİN (Kalite Koordinatörlüğü)

SKS kapsamında “**Eğitim Komitesi**” 2021 yılı içerisinde 4 kez olağan toplantısını gerçekleştirmiştir. Alınan toplantı kararları **Başhekimliğe** yazılı olarak bildirilmiş ve **Başhekimlik** tarafından kararların gerçekleştirilebilmesi için ilgili **Bölüm/Birimlere** iletilmesi sağlanmıştır.

06.04.2021 tarihli **Eğitim Komitesi** salt çoğunluk ile 1. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Araştırma görevlilerinin uzatma dosyası ile birlikte eğitim katılım belgelerinin istenmesi:** Araştırma görevlilerinden uzatma dosyası ile birlikte eğitim katılım belgeleri de istenmesi sağlanmıştır.
2. **Eğitim katılım belgelerinin e-sertifika şeklinde verilmesi:** Eğitim katılım belgeleri e-sertifika şeklinde verilmesi sağlandı.
3. **Eğitimlerin yıl boyunca sistemde kalması:** Eğitimlerin yıl boyunca sistemde kalması sağlandı.
4. **Yoğun bakım1, Yoğun bakım 2 sağlık çalışanlarına ve Anestezi Mavi Kod Ekibine CPR eğitimlerinin Anestezi Anabilim Dalı ve Anestezi Yoğun Bakım Bilim Dalı tarafından verilmesi:** Uygulanması sağlandı.
5. **Eğitim katılımlarının artırılması için personele SMS ile 2 ayda bir bilgilendirme yapılması.** Personel_SMS ile 2 ayda bir bilgilendirme yapılması sağlandı.
6. **Dekanlık personeline iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin eğitim koordinatörü tarafından tanıtılması:** Tanımlama sağlandı.

17.06.2021 tarihli **Eğitim Komitesi** salt çoğunluk ile 2. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Memur akademisi eğitimleri için duyuru atılması:** Memur akademisi eğitimleri için duyuru atılması sağlandı.



2. **Motivasyon, İletişim, stresle baş edebilme ve Tasarruf hakkında eğitimlerin öneri olarak memur akademisine sunulması:** Belirlenen eğitimler memur akademisine sunuldu.
3. **Temizlik personeline bilinç düzeyini yükseltmek için uygulamalı eğitim yapılması:** Temizlik personeline bilinç düzeyini yükseltmek için uygulamalı eğitim yapılması sağlandı.
4. **Bölüm uyum eğitimi ve iş başı eğitimi formunun birleştirilmesi:** Bölüm Uyum Eğitimi formu ile İş Başı Eğitim form içeriklerinin birleştirmeye uygun olmamasından ayrı ayrı düzenlenmesine karar verildi.
5. **Eğitimlerin tamamlanması için MEDU üzerinden mesaj atılması kararı alındı:** MEDU üzerinden mesaj atılması sağlandı.

16.12.2021 tarihli **Eğitim Komitesi** salt çoğunluk ile 3. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Bölüm değiştirme yapıldığı zaman, görevlendirme yazısına ek olarak Bölüm Uyum Kontrol Listesinin gönderilmesi:** Bölüm değiştirme yapıldığı zaman, görevlendirme yazısına ek olarak Bölüm Uyum Kontrol Listesi gönderilmeye başlandı.
2. **2022 yılı eğitim planının eğitim koordinatörlüğü tarafından yapılması:** 2022 yılı eğitim planının eğitim koordinatörlüğü tarafından tamamlandı.
3. **2022 SKS zorunlu eğitimlerin online ve yüz yüze olarak yapılması:** Çalışmalar devam ediyor
4. **SKS zorunlu on-line eğitimlerin belirli başlıklar altında toplanması ve slayt sayılarının azaltılması:** Çalışmalar devam ediyor.
5. **Bölüm Uyum Eğitim ile İş Başı Eğitimi formunun birleştirilmemesi:** Bölüm Uyum Eğitimi formu ile İş Başı Eğitim form içeriklerinin birleştirmeye uygun olmamasından ayrı ayrı düzenlenmesine karar verildi.

23.12.2021 tarihli **Eğitim Komitesi** salt çoğunluk ile 4. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Ameliyathane Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programına başvuran 10 kursiyerin başvuruları kabul edildi:** Başvurular değerlendirilerek kabul edildi.

2021 yılı **Eğitim Komitesinde** 17 karar alınmıştır. Bu kararların 14 tanesi tamamlanmış, 2 kararın tamamlanma çalışmaları devam etmektedir.

KOMİTENİN ADI	KOMİTE ÜYELERİ (26.08.2021)
HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	
HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	1. Prof. Dr. Ümit ÇOBANOĞLU 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ 4. Prof. Dr. Atilla TÜRKİYILMAZ 5. Prof. Dr. Şükran SAATÇI 6. Doç. Dr. Ayşenur BAHADIR 7. Dr. Öğr. Üyesi Esra ÖZKAYA 8. Dr. Öğr. Melih İMAMOĞLU 9. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 10. Öğr. Gör. Fahrettin MERAL 11. Zeki ERTEM 12. Mustafa ÇETİNKAYA 13. İbrahim ÇUVALCI 14. Çiğdem YAVUZ 15. Fatma SÜMER 16. Semra HEYAL 17. Sevgi DANACI



	18. İskender DÜZCAN 19. Erol AYATA 20. Eczacı Merve KILIÇ 21. Öğr. Gör. İsmail ÇEBİ 22. Handan ŞAHİN 23. Zeynep ŞAHİN 24. Emel TOR 25. Gülay KESKİN
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	1. Prof. Dr. Turan SET 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL 4. Prof. Dr. Cihan ÖREM 5. Prof. Dr. Gürdal YILMAZ 6. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 7. Zeki ERTEM 8. İbrahim ÇUVALCI 9. Çiğdem YAVUZ 10. Fatma SÜMER 11. Semra HEYAL 12. Öğr. Gör. Ufuk DOĞRU 13. Öğr. Gör. Hüseyin GÜZELCİK 14. Öğr. Gör. Yüksel AY 15. Sevgi DANACI 16. Hüseyin ŞAHİN 17. Mahir SALİ 18. Bedia BİLGİÇ 19. Gülay KESKİN
TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	
TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	1. Prof. Dr. Ümit ÇOBANOĞLU 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL 4. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 5. Zeki ERTEM 6. İbrahim ÇUVALCI 7. Fatma SÜMER 8. Çiğdem YAVUZ 9. Öğr. Gör. Ufuk DOĞRU 10. Öğr. Gör. Hüseyin GÜZELCİK 11. Öğr. Gör. Yüksel AY 12. Sevgi DANACI 13. Erdal DANACI 14. Hüseyin ŞAHİN 15. Yılmaz YAGAN 16. Eşref GEDİKLİ 17. Semra HEYAL 18. Öğr. Gör. İsmail ÇEBİ 19. Seyhan AKTAŞ 20. Gülay KESKİN
EĞİTİM KOMİTESİ	
EĞİTİM KOMİTESİ	1. Prof. Dr. Turan SET 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Doç. Dr. Selçuk ARSLAN 4. Prof. Dr. Selçuk KAYA



	5. Doç. Dr. Elif ATEŞ 6. Dr. Öğr. Üyesi Sevil TURHAN 7. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 8. Öğr. Gör. Fahrettin MERAL 9. Fatma SÜMER 10. Çiğdem YAVUZ 11. Sevgi DANACI 12. Öğr. Gör. Elif KILIÇ GÜNER 13. Gülay KESKİN
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME KOMİTESİ	1. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 2. Prof. Dr. Hidayet ERDÖL 3. Prof. Dr. Atilla TÜRKYILMAZ 4. Prof. Dr. Turhan ARAN 5. Doç. Dr. Sibel GAZİOĞLU 6. Dr. Öğr. Üyesi Mürsel ŞAHİN 7. Dr. Öğr. Üyesi Arif Burak ÇEKİÇ 8. Dr. Öğr. Üyesi Hülya COŞKUN 9. Dr. Öğr. Üyesi Olcay AYÇİÇEK 10. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 11. Çiğdem YAVUZ 12. Sevgi DANACI 13. Okyay GENÇALİOĞLU 14. Tuğba KURT 15. Rüstem ÖKSÜZ 16. Gülay KESKİN

DİĞER KOMİTELER

RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	1. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 2. Prof. Dr. Merih KUTLU 3. Prof. Dr. Ersagun KARAGÜZEL 4. Doç. Dr. Bircan SÖNMEZ 5. Doç. Dr. Özlen BEKTAŞ 6. Dr. Öğr. Üyesi Sami FİDAN 7. Dr. Öğr. Üyesi İlker EYÜBOĞLU 8. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 9. Fatma SÜMER 10. Çiğdem YAVUZ 11. Semra HEYAL 12. Sevgi DANACI 13. Dr. Öğr. Üyesi Emel HACİİSLAMOĞLU 14. İskender DÜZCAN 15. Bedia BİLGİÇ 16. Gülay KESKİN
ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ KOMİTESİ	1. Prof. Dr. Turan SET 2. Prof. Dr. Gürdal YILMAZ 3. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 4. Prof. Dr. Mehmet SÖNMEZ 5. Doç. Dr. Ali GÜNER 6. Dr. Öğr. Üyesi Firdevs AKSOY 7. Dr. Öğr. Üyesi Esra ÖZKAYA



	8. Dr. Öğr. Üyesi Zeynep Gökçe Gayretli AYDIN 9. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 10. Sevgi DANACI 11. Merve Sağlam KILIÇ 12. Seyhan AKTAŞ 13. Serhat AKBULUT 14. Handan ŞAHİN 15. Derya ŞENSES ÇULHAOĞLU 16. Pınar ÇINAR
--	--

EKİPLER

EKİBİN ADI	EKİP ÜYELERİ
İLAÇ YÖNETİM EKİBİ	1. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 2. Prof. Dr. Nazım Ercüment BEYHUN 3. Prof. Dr. Gürdal YILMAZ 4. Prof. Dr. Mehmet SÖNMEZ 5. Prof. Dr. Ali GÜNER 6. Prof. Dr. Ersin YARIŞ 7. Doç. Dr. Mine DUMAN KADIOĞLU 8. Dr. Öğr. Üyesi Firdevs AKSOY 9. Dr. Öğr. Üyesi Esra ÖZKAYA 10. Doç. Dr. Zeynep Gökçe GAYRETLİ AYDIN 11. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 12. Çiğdem YAVUZ 13. Semra HEYAL 14. Sevgi DANACI 15. Merve KILIÇ 16. Gülay KESKİN
HASTA GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ DEĞERLENDİRME EKİBİ	1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 4. Öğr. Gör. Fahrettin MERAL 5. Emel TOR 6. Çiğdem YAVUZ 7. Sevgi DANACI 8. Semra HEYAL 9. Zeynep ŞAHİN 10. Gülay KESKİN
ÇALIŞAN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİ DEĞERLENDİRME EKİBİ	1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 4. Çiğdem YAVUZ 5. Fatma SÜMER 6. Semra HEYAL 7. Bedia BİLGİÇ 8. Sevgi DANACI 9. Gülay KESKİN
BİNA TURU EKİBİ	1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL 4. Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ 5. Doç. Dr. Selçuk ARSLAN 6. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 7. Öğr. Gör. Fahrettin MERAL

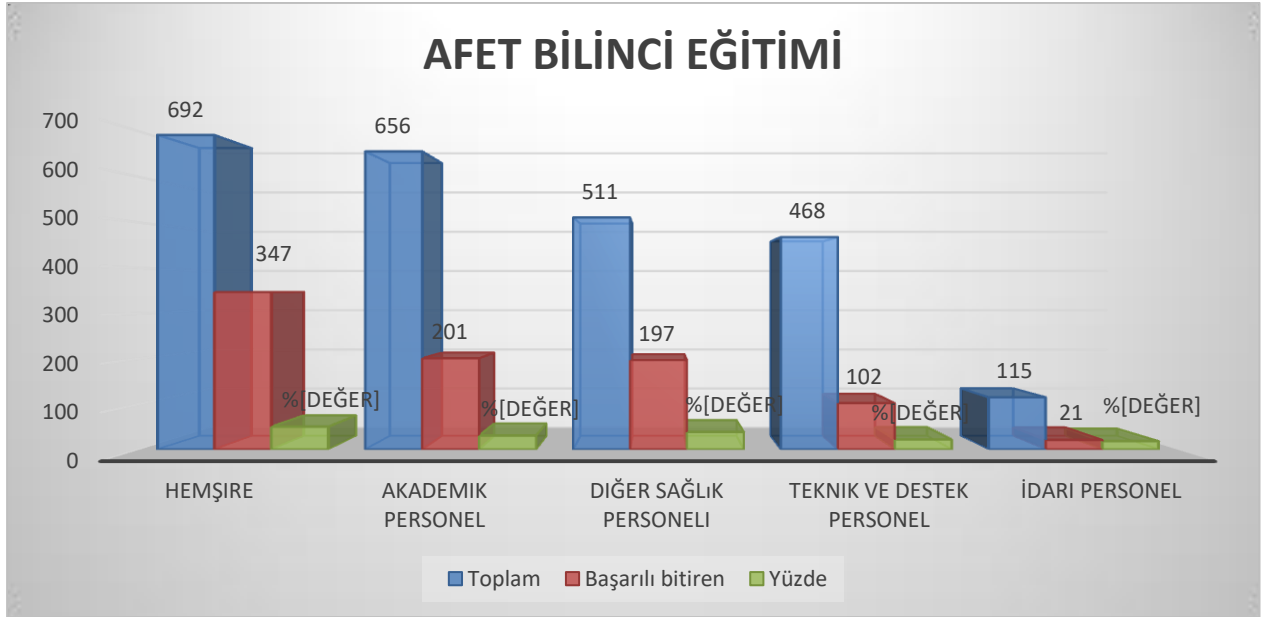


	8. Öğr. Gör. Ufuk DOĞRU 9. Öğr. Gör. Yüksel AY 10. Öğr. Gör. Hüseyin GÜZELCİK 11. İbrahim ÇUVALCI 12. Zeki ERTEM 13. Çiğdem YAVUZ 14. Fatma SÜMER 15. Semra HEYAL 16. Sevgi DANACI 17. Bedia BİLGİÇ 18. Hüseyin ŞAHİN 19. Erdal DANACI 20. Mine HAMARAT
MAVİ KOD EKİBİ	1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Prof. Dr. Erdem Nail DUMAN 4. Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ 5. Prof. Dr. Orhan ÖZGÜR 6. Yrd. Doç. Dr. Aynur ŞAHİN 7. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 8. İbrahim ÇUVALCI 9. Çiğdem YAVUZ 10. Fatma SÜMER 11. Semra HEYAL 12. Sevgi DANACI
BEYAZ KOD EKİBİ	1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ 4. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT 5. Öğr. Gör. Fahrettin MERAL 6. İbrahim ÇUVALCI 7. Çiğdem YAVUZ 8. Fatma SÜMER 9. Semra HEYAL 10. Sevgi DANACI 11. Abdülkadir KAYHAN 12. Temel TÜYSÜZ 13. Ahmet IŞIK 14. Orhan KELEŞ 15. Yakup YAZICI 16. Mustafa BAKİ 17. Zeki ERTEM 18. Turgay YILMAZ 19. Bedia BİLGİÇ 20. Güvenlik Amiri
PEMBE KOD EKİBİ	1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ 2. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 3. Öğr. Gör. Fahrettin MERAL 4. İbrahim ÇUVALCI 5. Çiğdem YAVUZ 6. Semra HEYAL 7. Sevgi DANACI
NUTRİSYON DESTEK	1. Doç. Dr. Emine CANYILMAZ 2. Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ



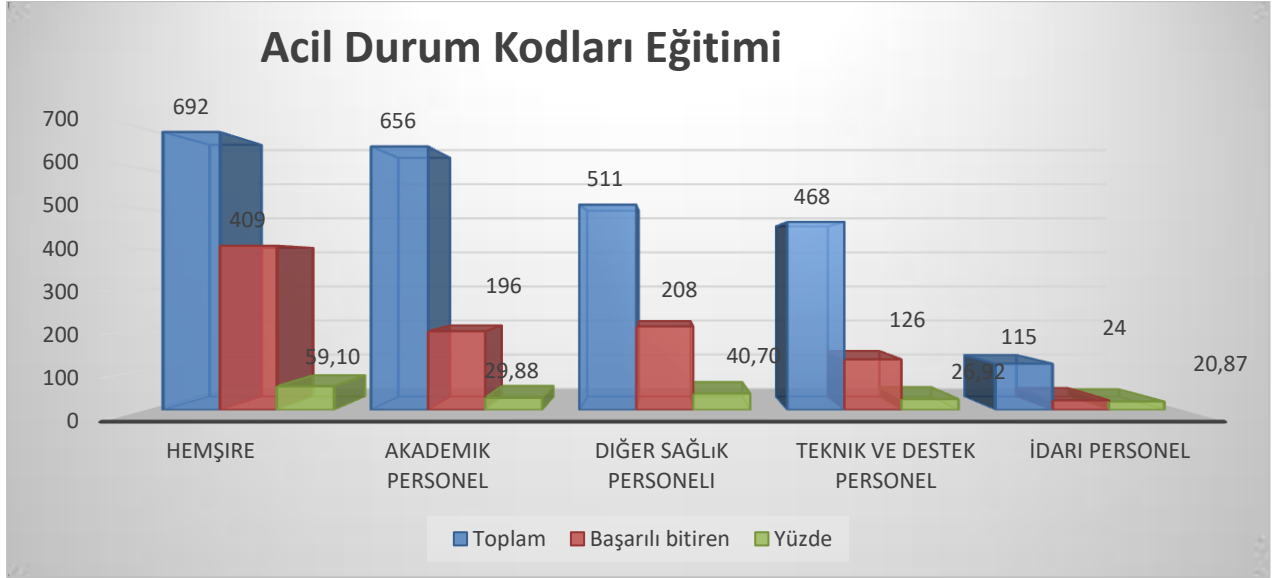
EKİBİ	3. Prof. Dr. Hülya ULUSOY 4. Prof. Dr. Murat ÇAKIR 5. Prof. Dr. Serdar TÜRKYILMAZ 6. Doç. Dr. Osman YEŞİLBAŞ 7. Doç. Dr. Evren FİDAN 8. Dr. Öğr. Üyesi Şükriye TAŞÇI KARAGÖL 9. Dr. Öğr. Üyesi Muammer CANSIZ 10. Dr. Öğr. Üyesi Arif Mansur COŞAR 11. Dr. Öğr. Üyesi Mehtap PEHLİVANLAR KÜÇÜK 12. Çiğdem YAVUZ 13. Sevgi DANACI 14. Öğr. Gör. Yalçın ŞENEL 15. Filiz KANSIZ 16. Uğur BAYRAMOĞLU 17. Mukaddes AYYILDIZ 18. Aslıhan YILMAZ 19. Serpil KANBEROĞLU 20. Gülay KESKİN
--------------	---

- 2021 yılı Online ve yüz yüze eğitim programında 42 eğitim tanımlanmıştır. Bu eğitimlerin katılım oranları aşağıdaki grafiklerde belirtilmiştir.

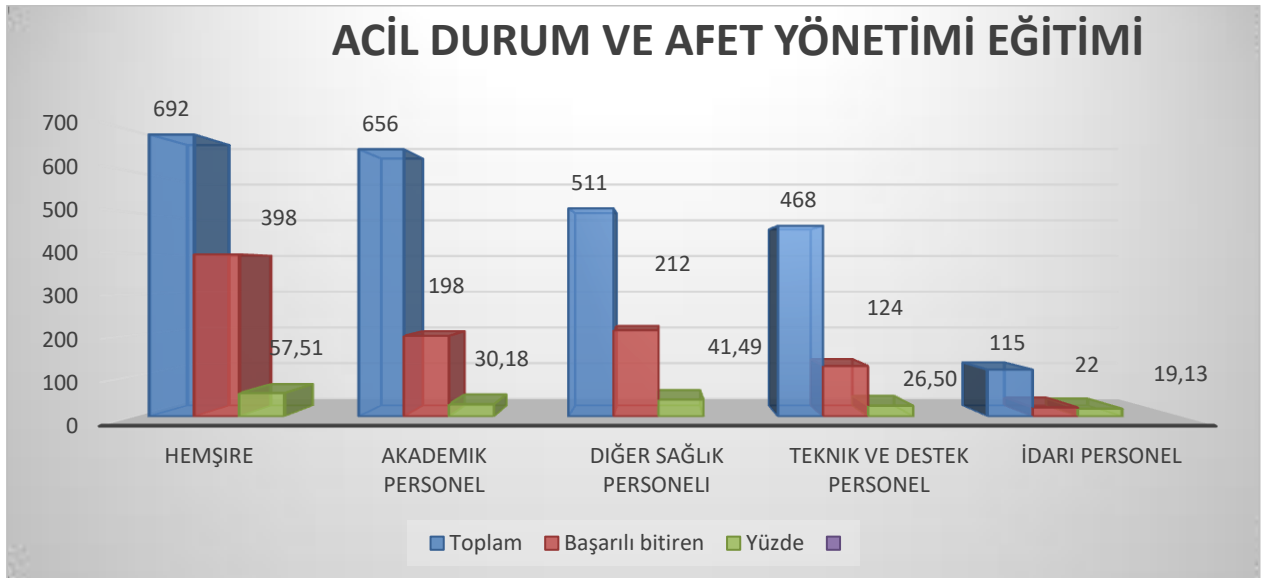


- AFAD tarafından hazırlanan Afet Bilinci eğitimi 2670 kişiye tanımlanmış olup 931 kişi eğitimi tamamlamıştır. Eğitim katılım oranı 34,86 olarak belirlenmiştir.





- Kalite Koordinatörlüğü tarafından verilen Acil durum kodları eğitimine 2637 çalışana tanımlanmış olup 1030 kişi katıldı, katılım oranı %39,05'dir.

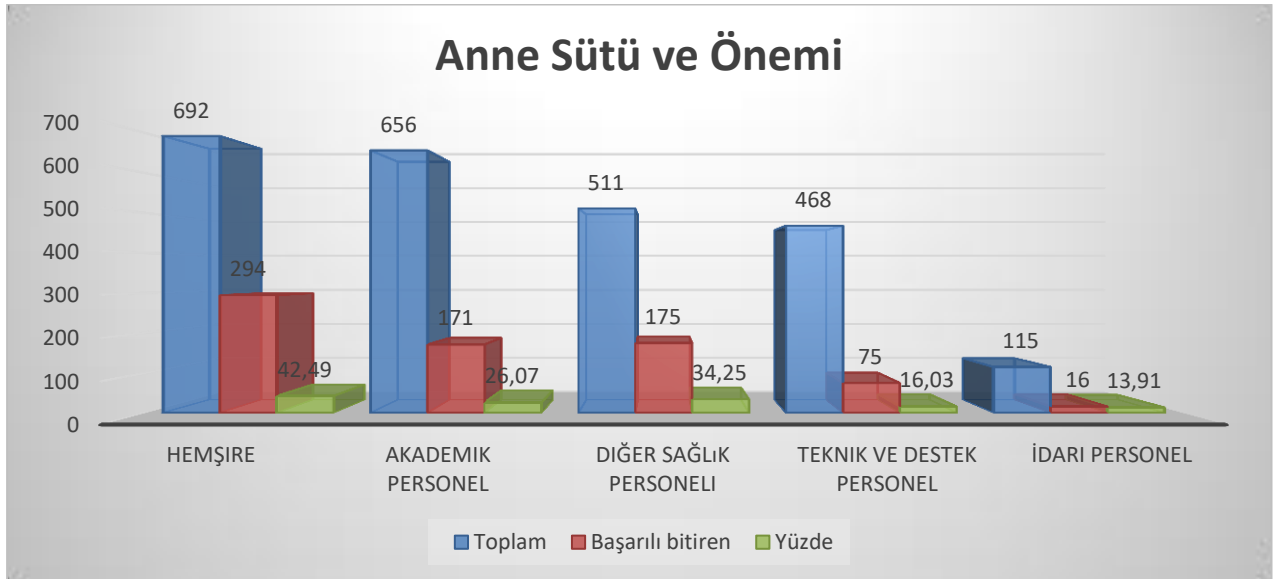


- Acil ve Afet Durumu Yönetimi Eğitimine 2680 çalışana tanımlanmış olup 1020 kişi katıldı, katılım oranının %38,05 olduğu belirlenmiştir.



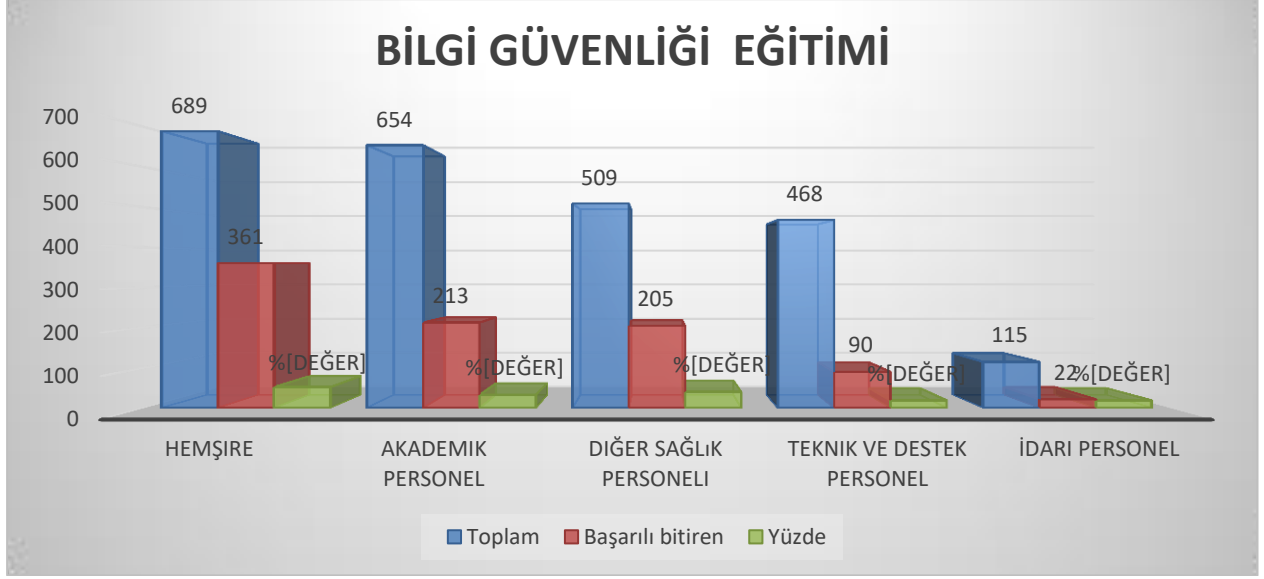


- Atık Yönetim Birimi tarafından verilen Atık Yönetim eğitimine 2760 kişiye tanımlanmış olup 1017 çalışan katıldı. Eğitim katılım oranı %40 olduğu belirlenmiştir.

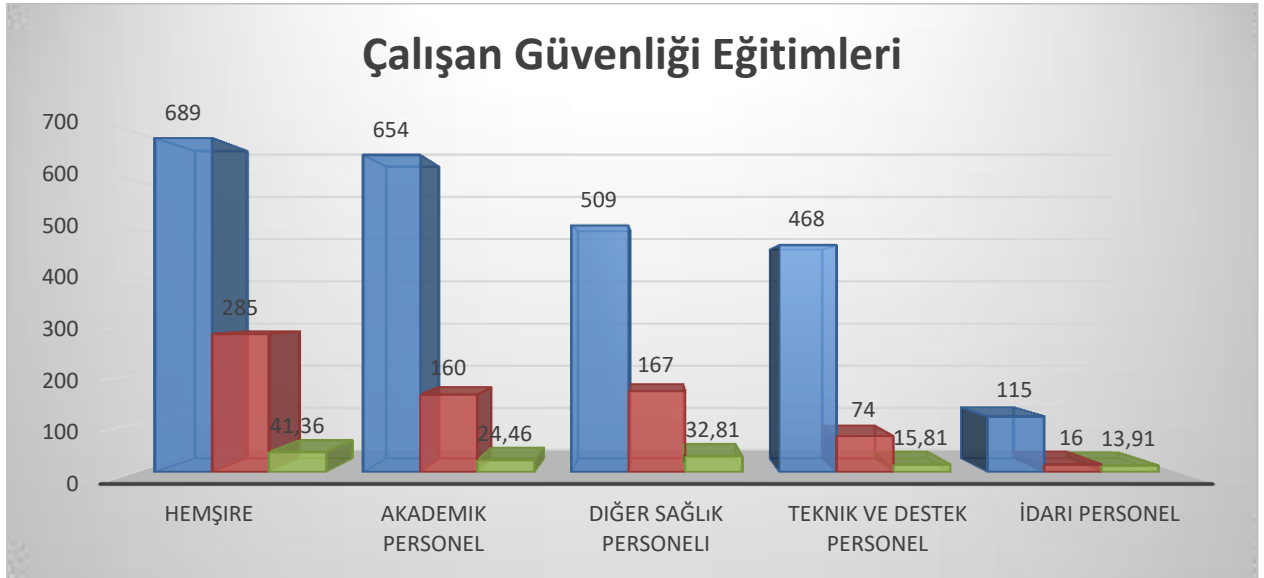


- Eğitim koordinatörlüğü tarafından hazırlanan bebek dostu hastane kapsamında hazırlanan anne sütü eğitimleri 2447 kişiye tanımlanmış 787 çalışan tamamlamış olup, eğitim katılım oranı %32'dur.



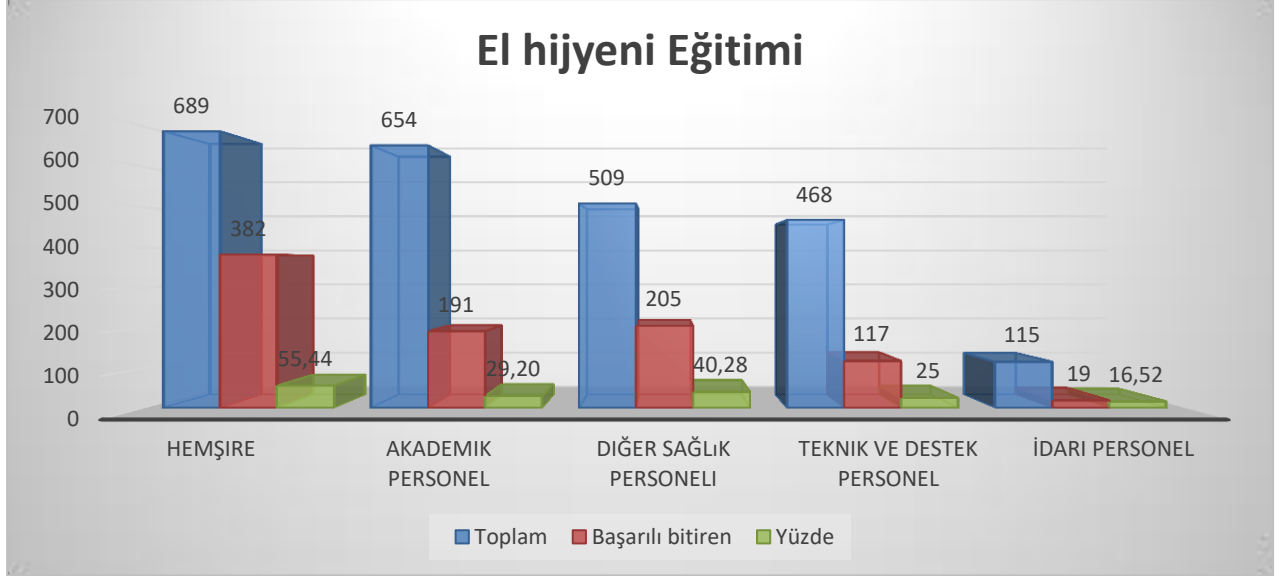


- Bilgi işlem merkezi tarafından hazırlanan Bilgi güvenliği eğitimi 2661 kişiye tanımlanmış olup 960 kişi tamamlamıştır. Eğitim oranı %36 olarak belirlenmiştir.

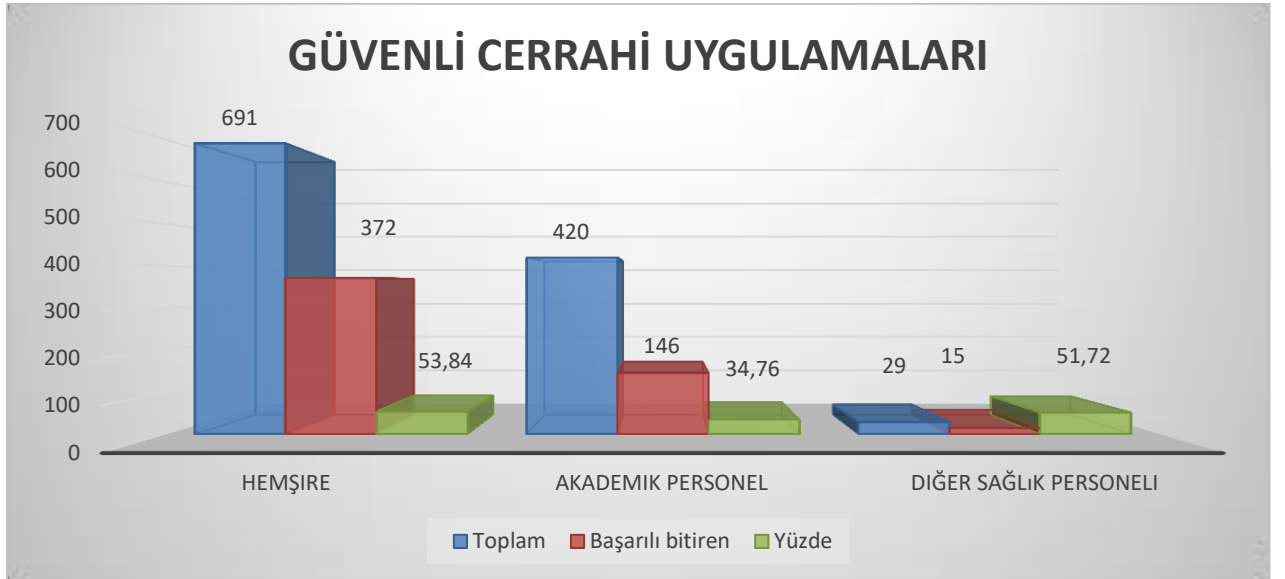


- Çalışan hakları birimi tarafından hazırlanan Çalışan Güvenliği Eğitimleri 2650 çalışana tanımlanmış olup 759 kişi tamamlamıştır. Eğitim oranı %28,64 olarak belirlenmiştir.



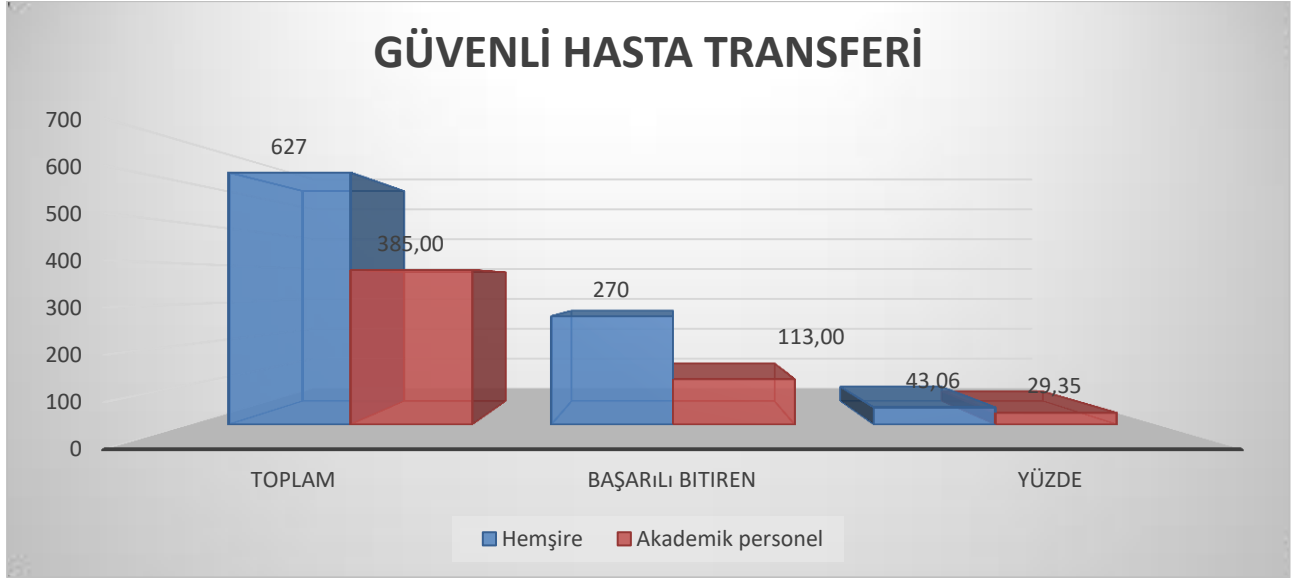


- Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından verilen El hijyeni Eğitime 2687 çalışana tanımlanmış olup 981 çalışan tamamlamıştır. Eğitim oranı %36,05 olarak belirlenmiştir.

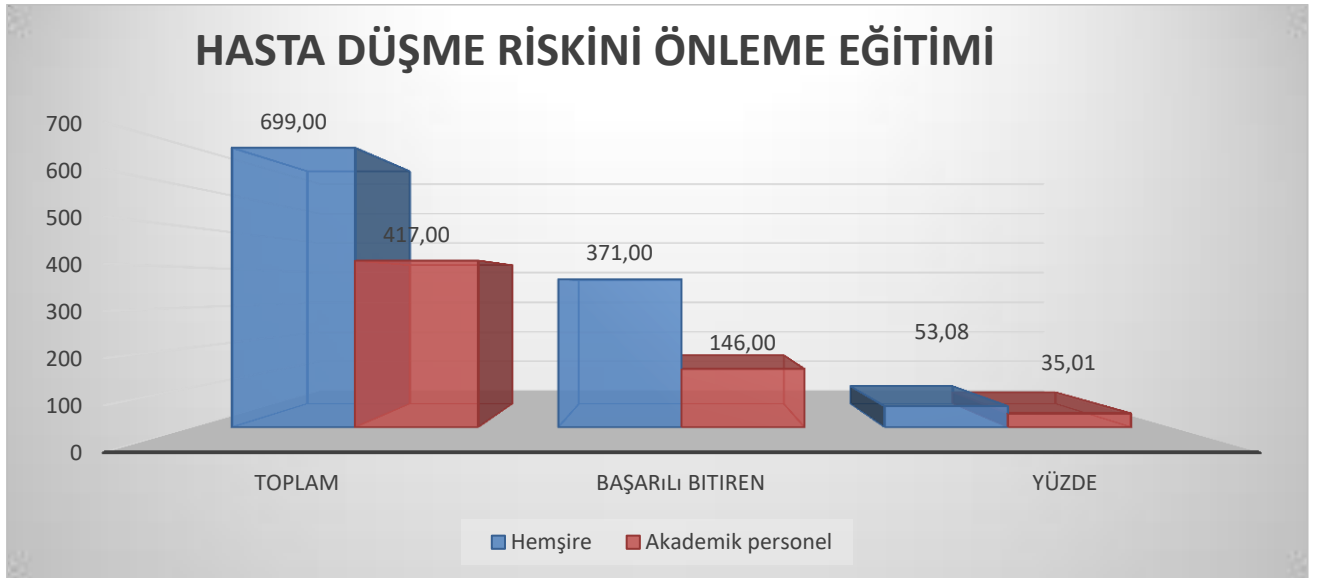


- Kalite Koordinatörlüğü tarafından verilen Güvenli Cerrahi Uygulamaları eğitimine 1214 çalışana tanımlanmış olup 560 kişi katıldı, katılım oranı %46,12 olarak belirlenmiştir.



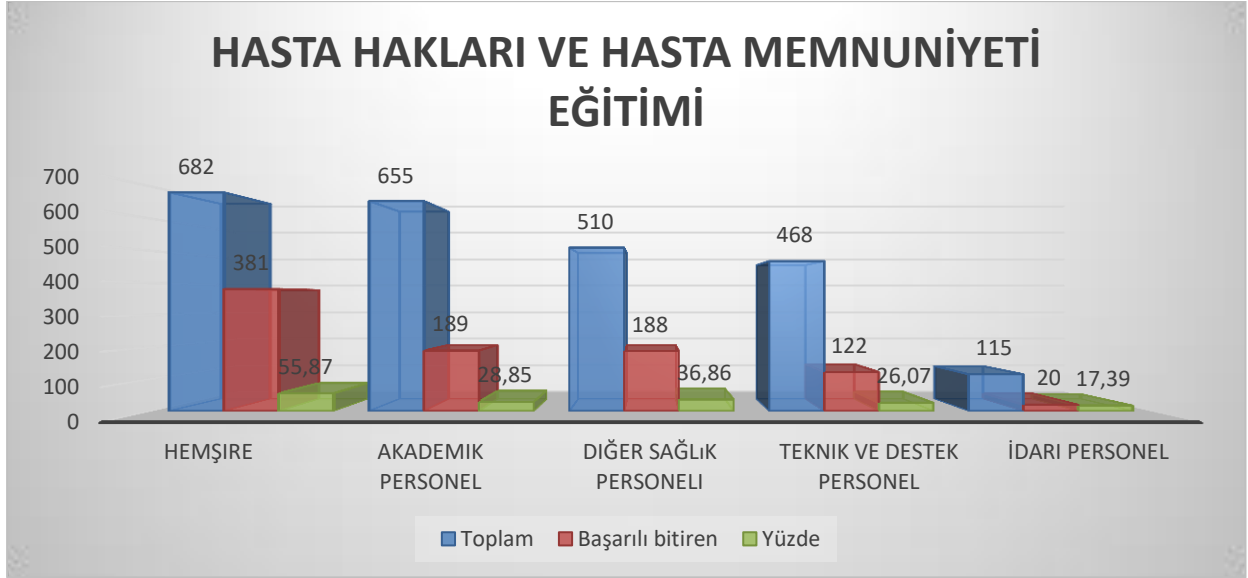


- Kalite Koordinatörlüğü tarafından verilen Güvenli Hasta Transferi eğitimine 1033 çalışana tanımlanmış olup 394 kişi katıldı, katılım oranı %38,14 olarak belirlenmiştir.

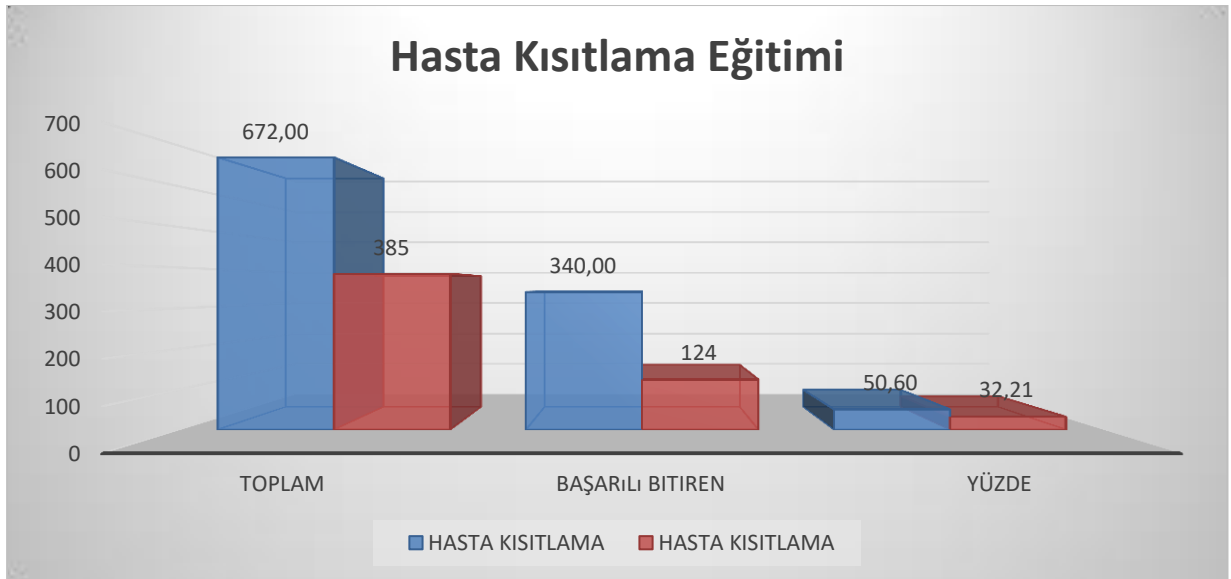


- Kalite Koordinatörlüğü tarafından verilen Hasta Düşme Riskini Önleme Eğitimi 1158 çalışana tanımlanmış olup 540 kişi katıldı, katılım oranı % 46,63 olarak belirlenmiştir.



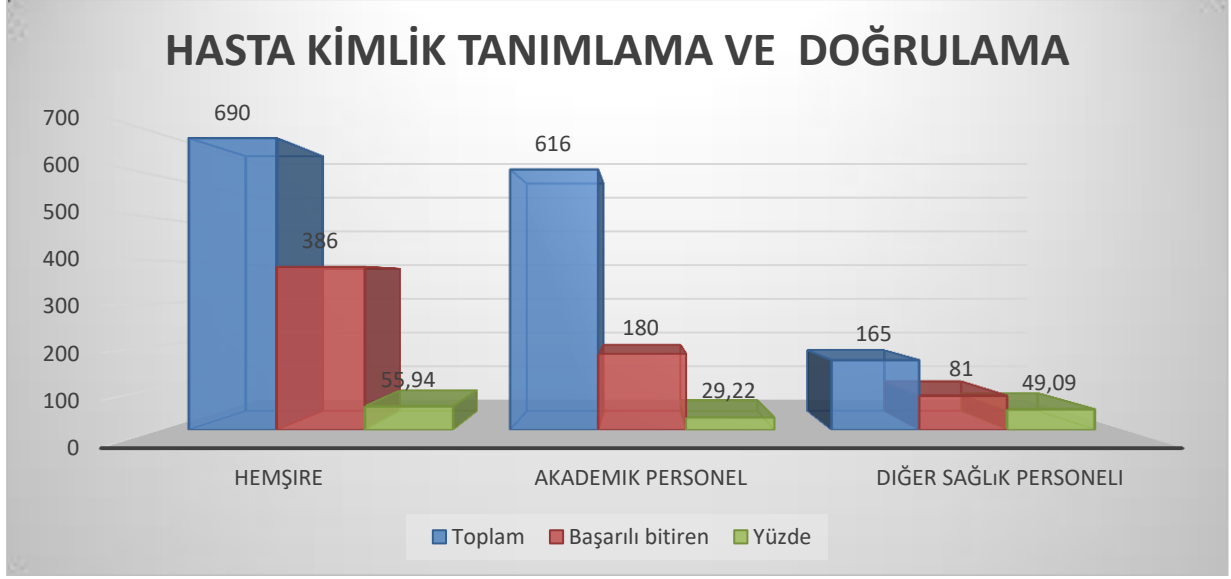


- Hasta hakları birimi tarafından verilen Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyeti Eğitimi 2677 çalışana tanımlanmış olup 968 kişi katıldı, katılım oranı % 36,15 olarak belirlenmiştir.

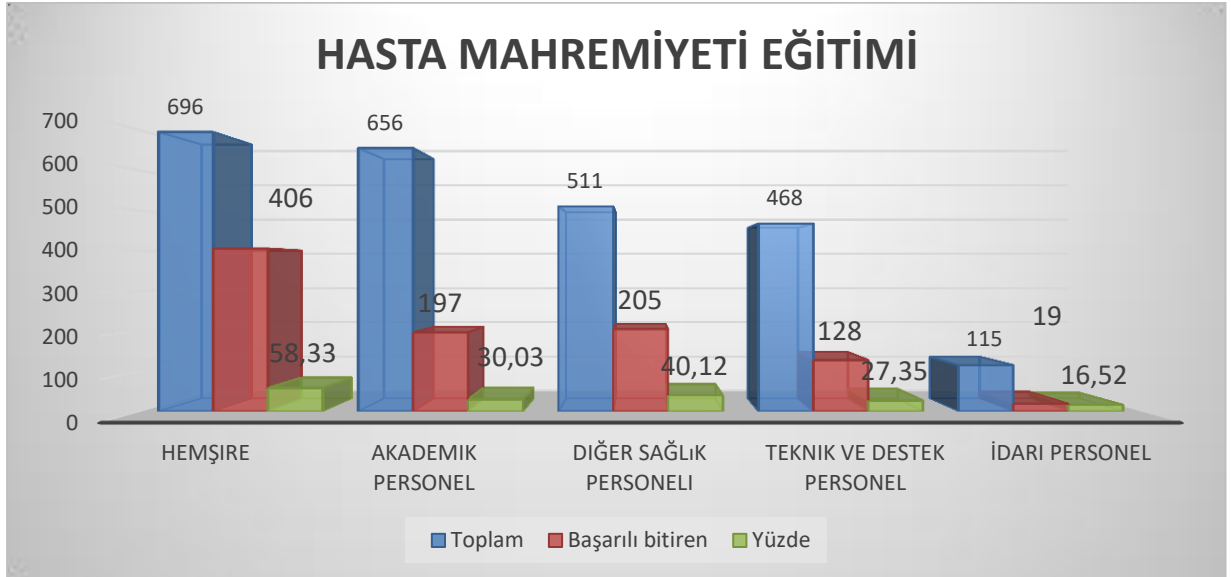


- Kalite Koordinatörlüğü birimi tarafından verilen Hasta Kısıtlama Eğitimine 1232 çalışana tanımlanmış olup 536 kişi katıldı, katılım oranı %43,50 olarak belirlenmiştir.



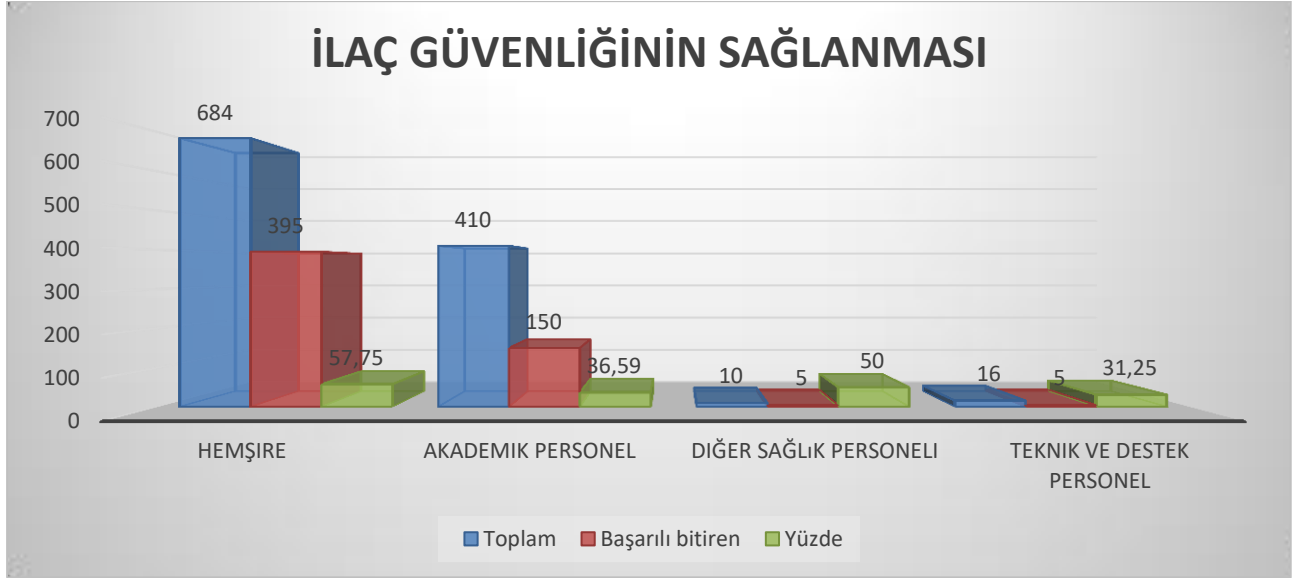


- Kalite Koordinatörlüğü birimi tarafından verilen Hasta Kimlik Tanımlama ve Doğrulama Eğitimini 1577 çalışana tanımlanmış olup 688 kişi katıldı, katılım oranı %43,62 olarak belirlenmiştir.

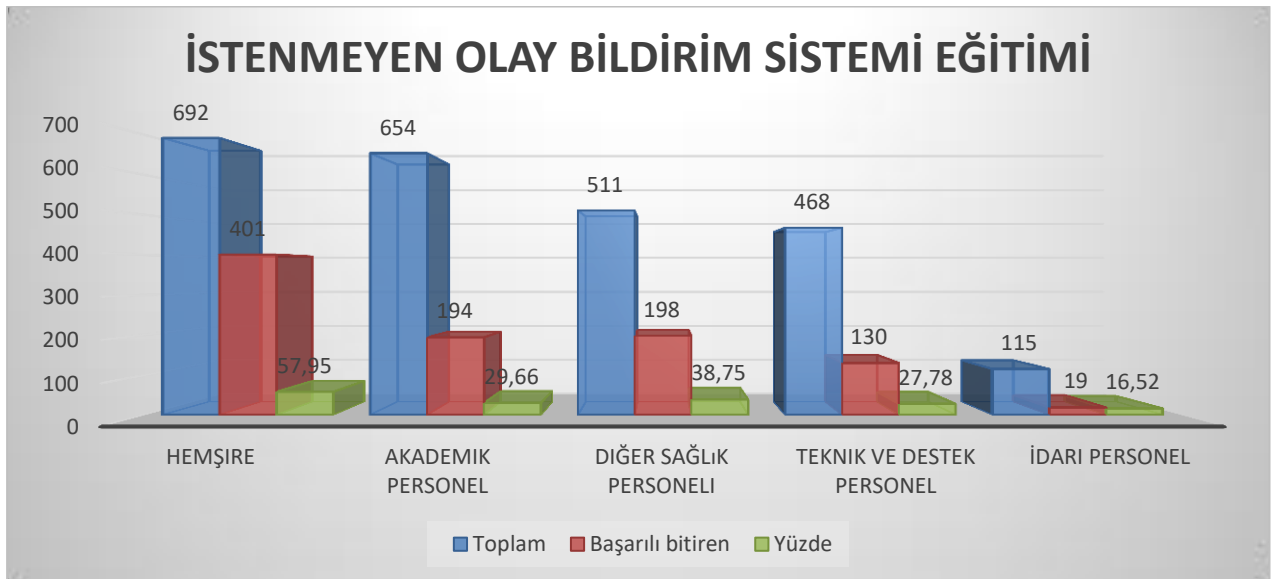


- Kalite Koordinatörlüğü birimi tarafından verilen Hasta Kimlik Tanımlama ve Doğrulama Eğitimini 2683 çalışana tanımlanmış olup, 1023 kişi katıldı, katılım oranı %38,12 olarak belirlenmiştir.



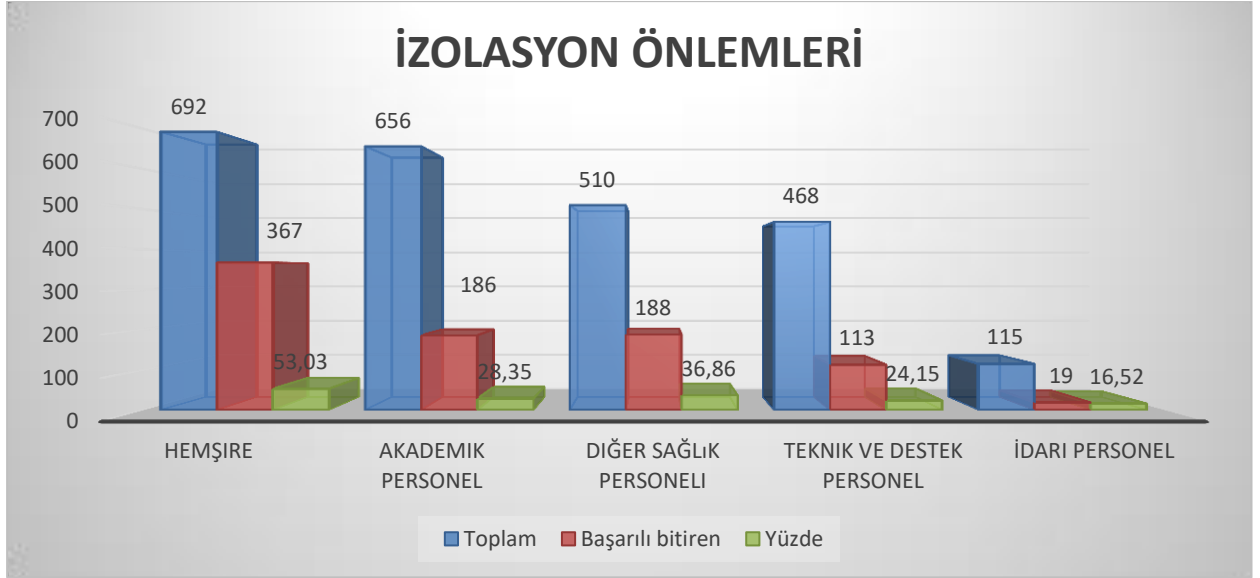


- Eczane birimi tarafından verilen İlaç Güvenliğinin Sağlanması Eğitimi 1172 çalışana tanımlanmış olup, 576 kişi katıldı, katılım oranı %49,14 olarak belirlenmiştir.

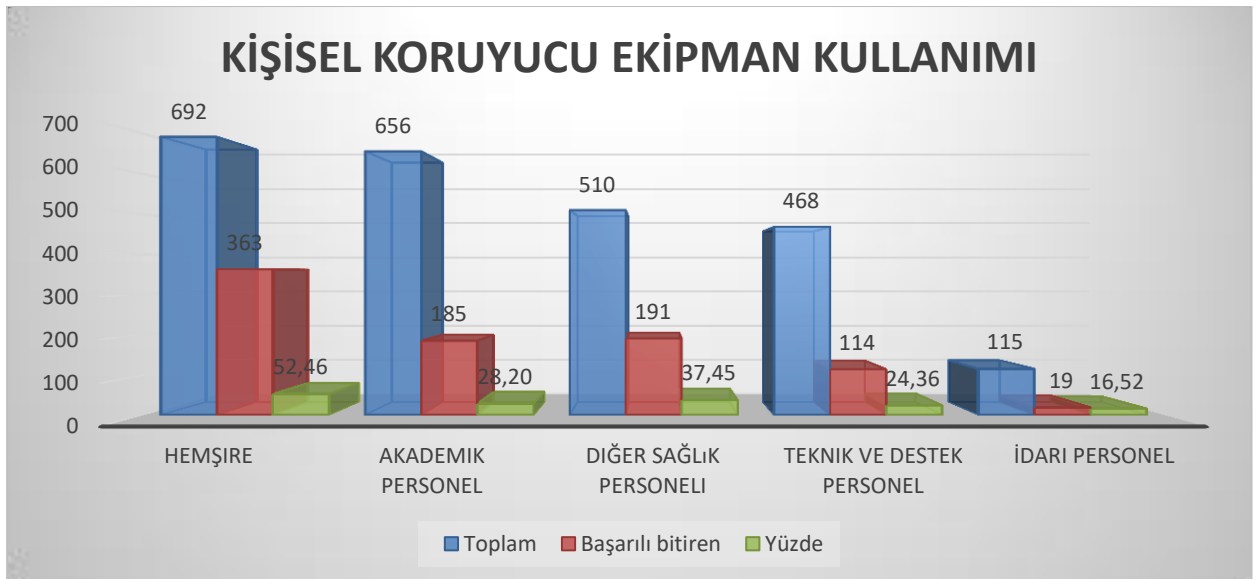


- Kalite Koordinatörlüğü birimi tarafından verilen İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Eğitimi 2673 çalışana tanımlanmış olup, 1009 kişi katıldı, katılım oranı %37,74 olarak belirlenmiştir.



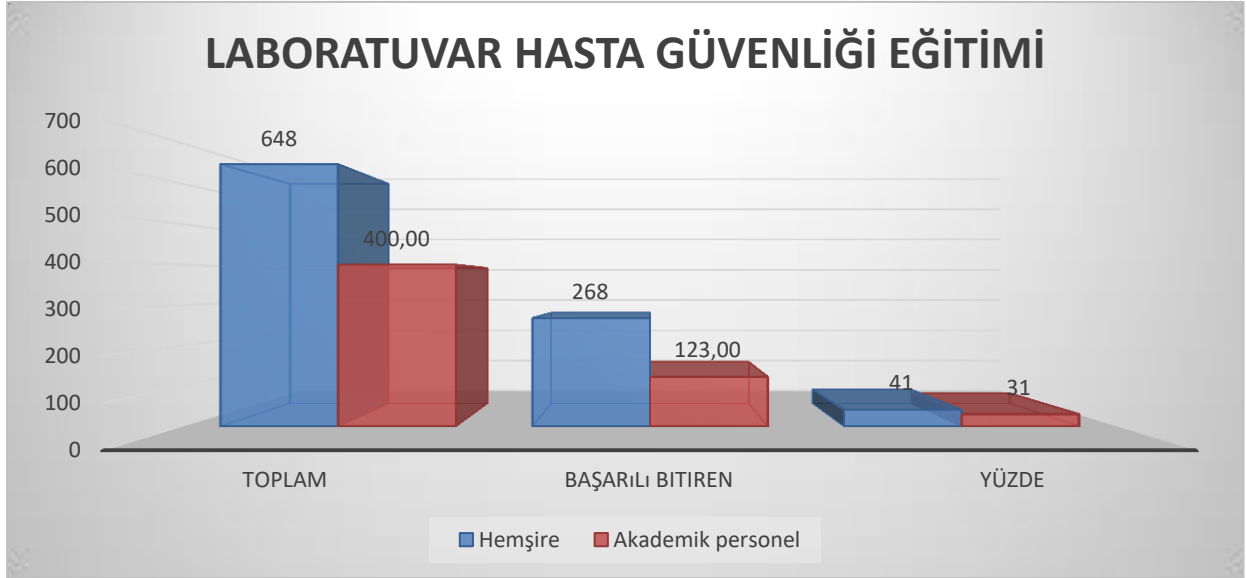


- Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından verilen İzolasyon Önlemleri Eğitimine 2673 çalışana tanımlanmış olup 938 çalışan tamamlamıştır. Eğitim oranı %35,09 olarak belirlenmiştir.

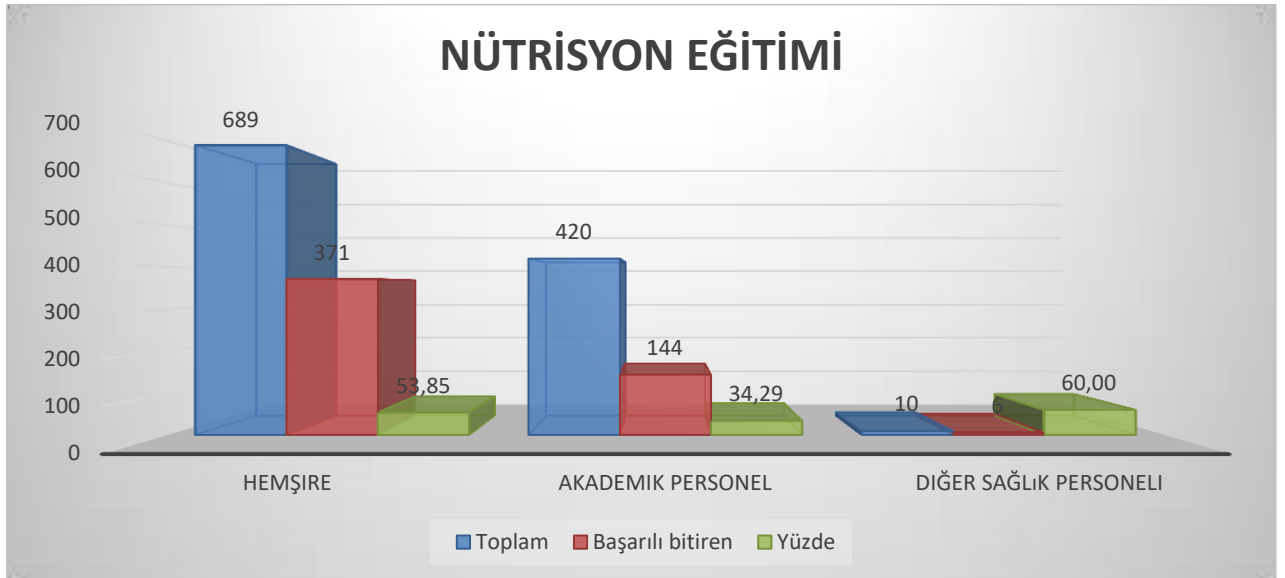


- Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından verilen Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı 2676 çalışana tanımlanmış olup 936 çalışan tamamlamıştır. Eğitim oranı %34,97 olarak belirlenmiştir.



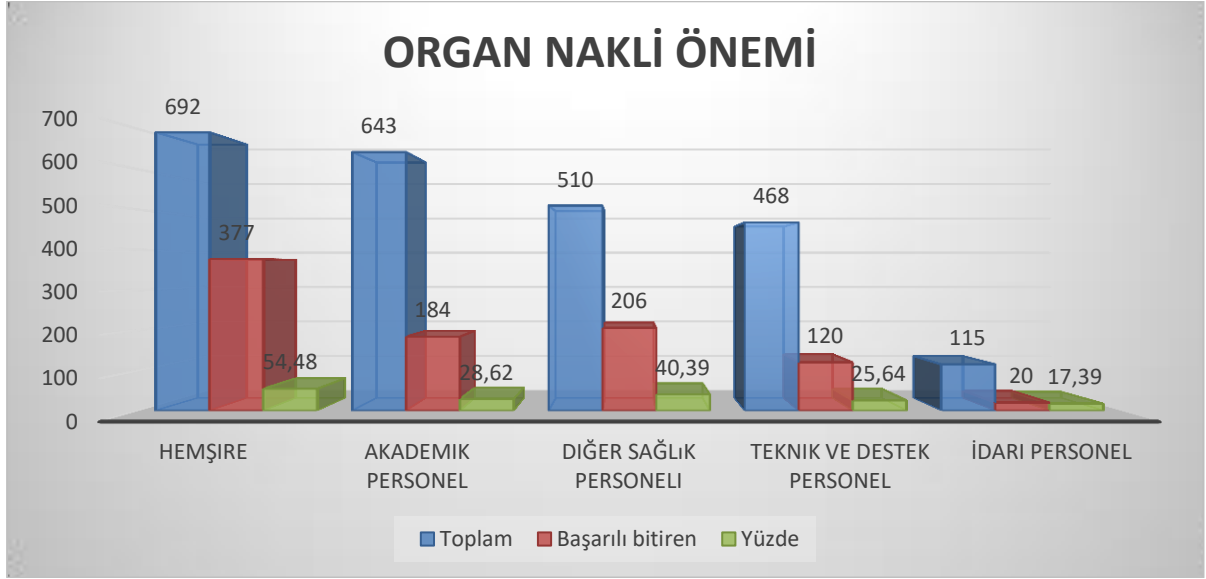


- Tıbbi Biyokimya öğretim üyesi tarafından hazırlanan Laboratuvar Hasta Güvenliği Eğitimi 1080 çalışana tanımlanmış olup 407 çalışan tamamlamıştır. Eğitim oranı %37,68 olarak belirlenmiştir.

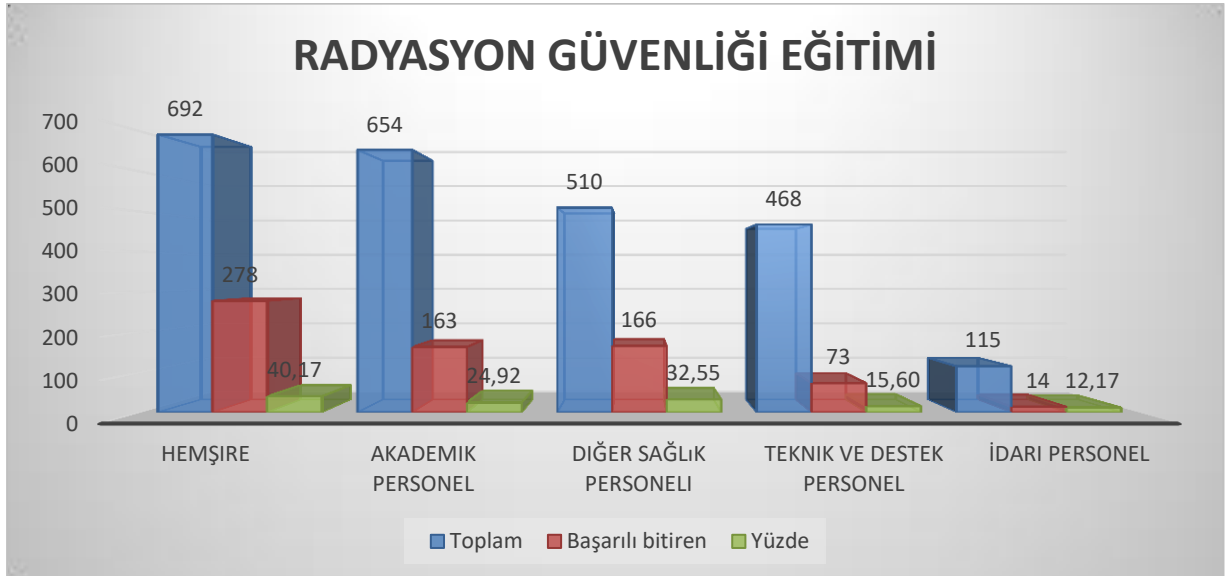


- Kalite Koordinatörlüğü birimi tarafından hazırlanan Nutrisyon Eğitimi 1187 çalışana tanımlanmış olup, 547 kişi katıldı, katılım oranı %46,08 olarak belirlenmiştir.



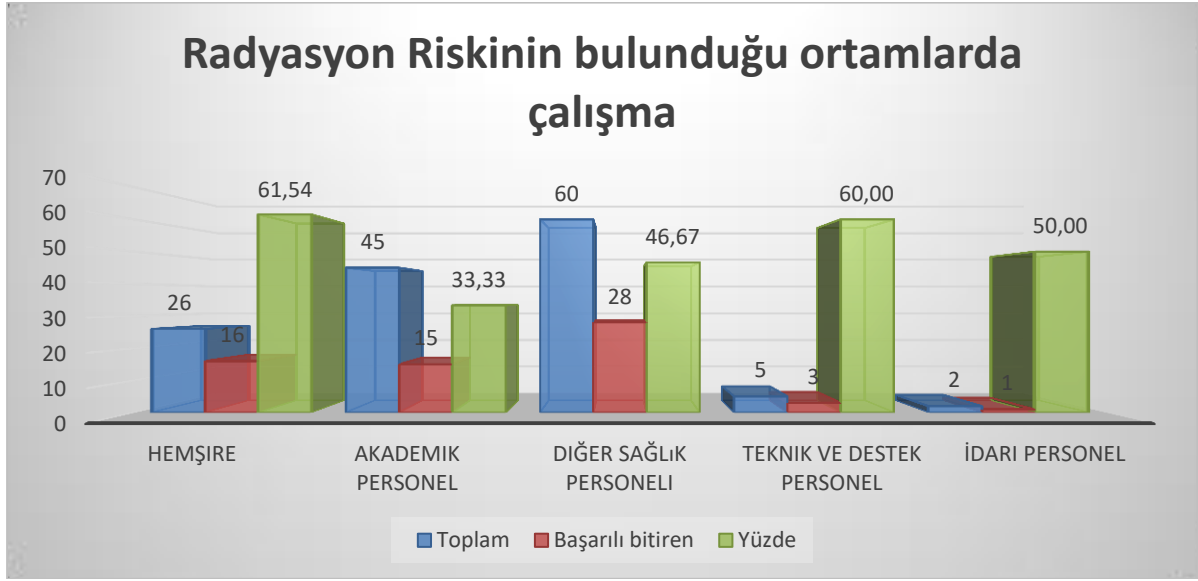


- Organ Nakil Koordinatörlüğü birimi tarafından hazırlanan Organ Nakli Önemi Eğitimi 2655 çalışana tanımlanmış olup, 973 kişi katıldı, katılım oranı %36,64 olarak belirlenmiştir.

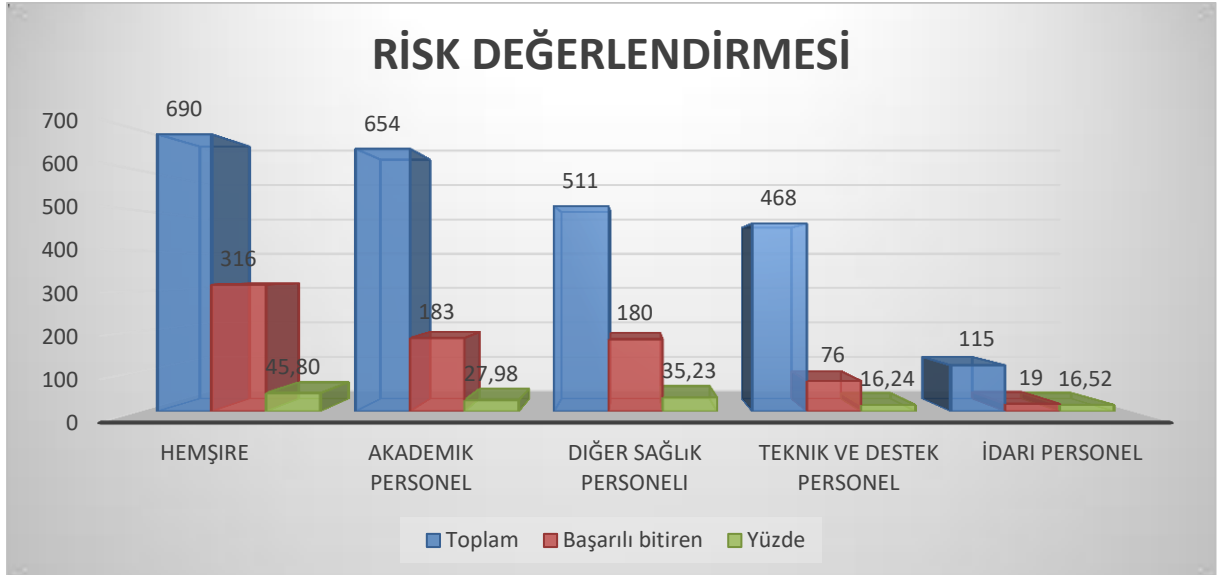


- Radyasyon Onkolojisi Anabilim Dalı öğretim üyesi tarafından hazırlanan Radyasyon Güvenliği Eğitimi 2734 çalışana tanımlanmış olup, 755 kişi katıldı, katılım oranı %27,61 olarak belirlenmiştir.



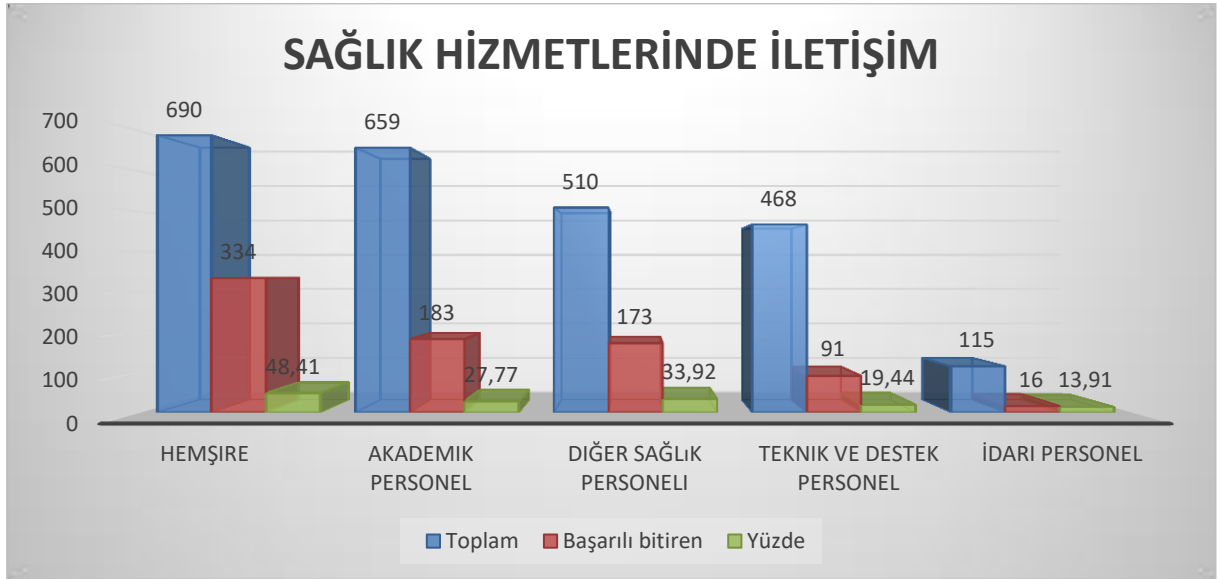


- İş Sağlığı ve Güvenliği birimi tarafından hazırlanan Radyasyon Riskinin bulunduğu ortamlarda çalışma eğitimi 155 çalışana tanımlanmış olup, 68 kişi katıldı, katılım oranı %43,87 olarak belirlenmiştir.

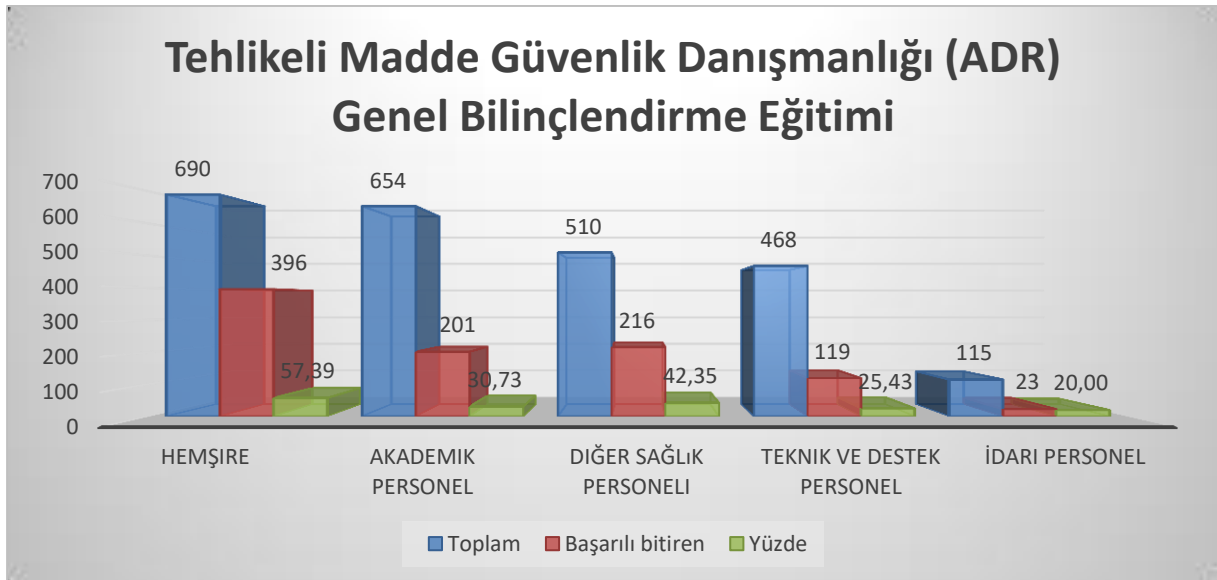


- İş Sağlığı ve Güvenliği birimi tarafından hazırlanan Risk Değerlendirmesi eğitimi 2766 çalışana tanımlanmış olup, 833 kişi katıldı, katılım oranı %30,11 olarak belirlenmiştir.



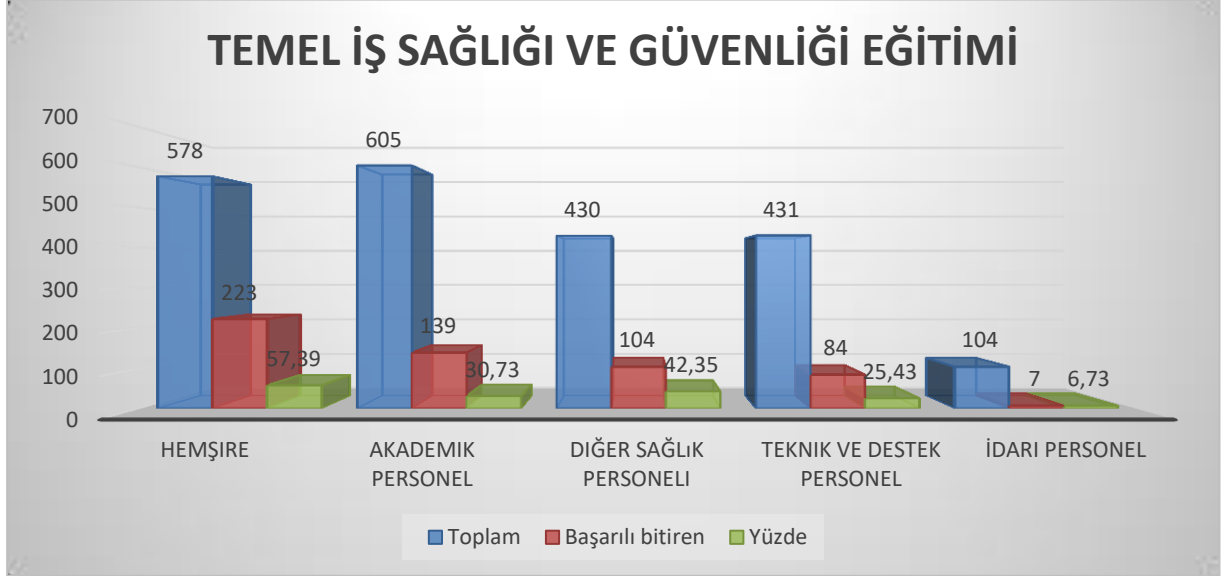


- Halk Sağlığı Anabilim Dalı öğretim üyesi tarafından hazırlanan Sağlık Hizmetlerinde İletişim Eğitimi 2638 çalışana tanımlanmış olup, 849 kişi katıldı, katılım oranı %32,18 olarak belirlenmiştir.

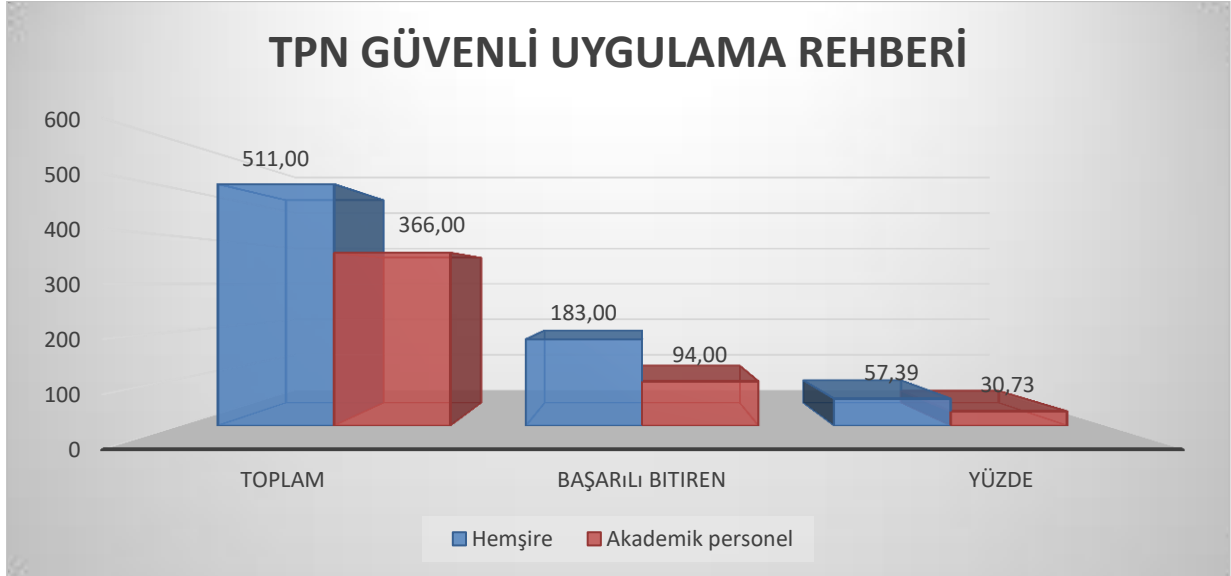


- Sivil Savunma Amirliği tarafından hazırlanan Tehlikeli Madde Güvenlik Danışmanlığı (ADR) Genel Bilinçlendirme Eğitimi 2673 çalışana tanımlanmış olup, 1016 kişi katıldı, katılım oranı %38 olarak belirlenmiştir.



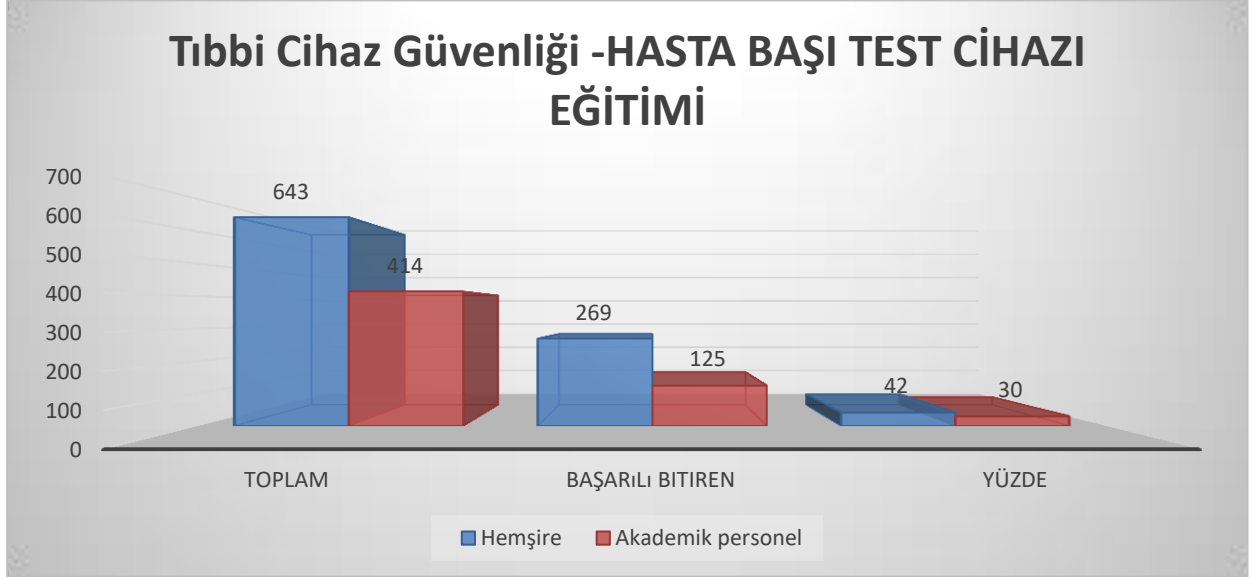


- İş Sağlığı ve Güvenliği birimi tarafından hazırlanan Temel İş Sağlığı ve Güvenliği eğitimi 2766 çalışana tanımlanmış olup, 833 kişi katıldı, katılım oranı %30,11 olarak belirlenmiştir.

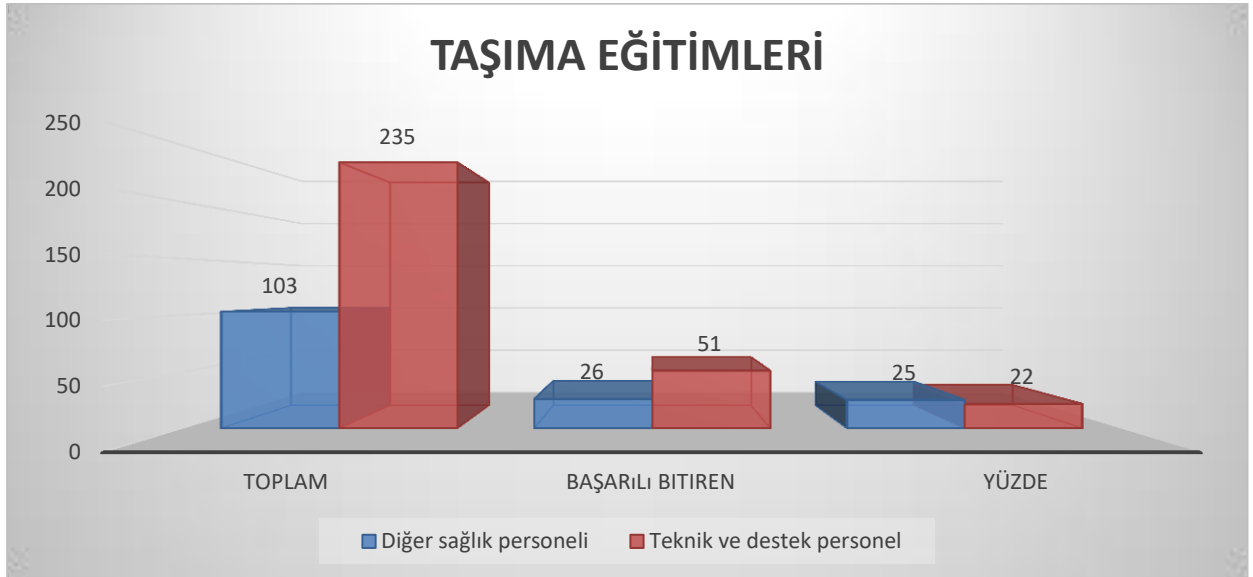


- Eczane birimi tarafından hazırlanan TPN Güvenli Uygulama Rehberi eğitimi 919 çalışana tanımlanmış olup, 288 kişi katıldı, katılım oranı %31,33 olarak belirlenmiştir.



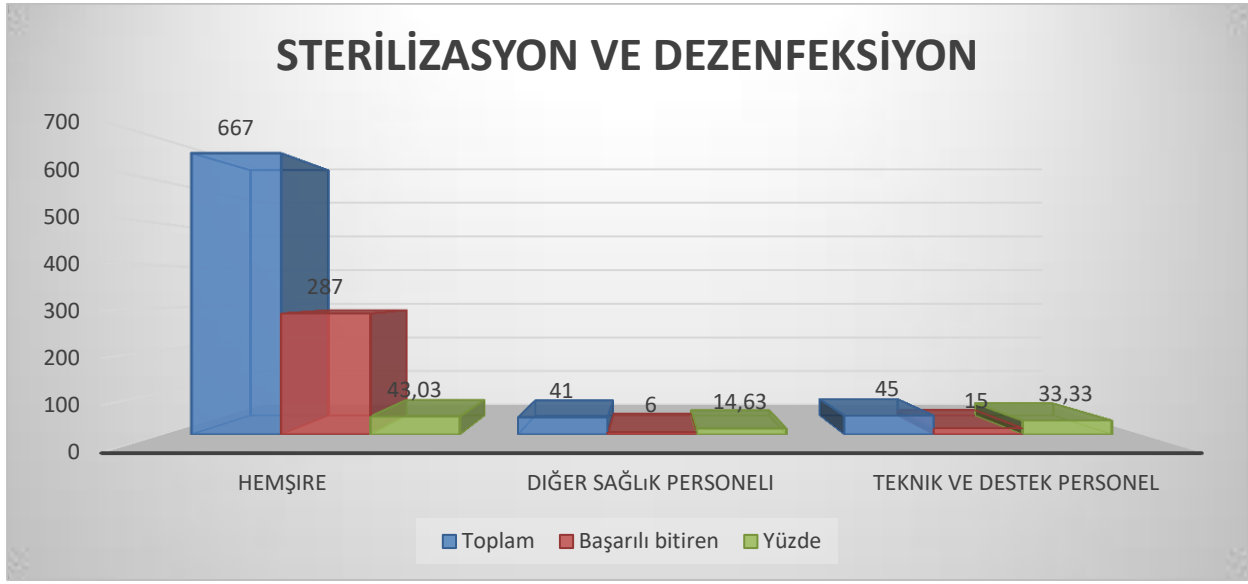


- Biyomedikal birimi tarafından hazırlanan Tıbbi Cihaz Güvenliği -Hasta Başı Test Cihazı Eğitimi 1083 çalışana tanımlanmış olup, 410 kişi katıldı, katılım oranı %37,85 olarak belirlenmiştir.

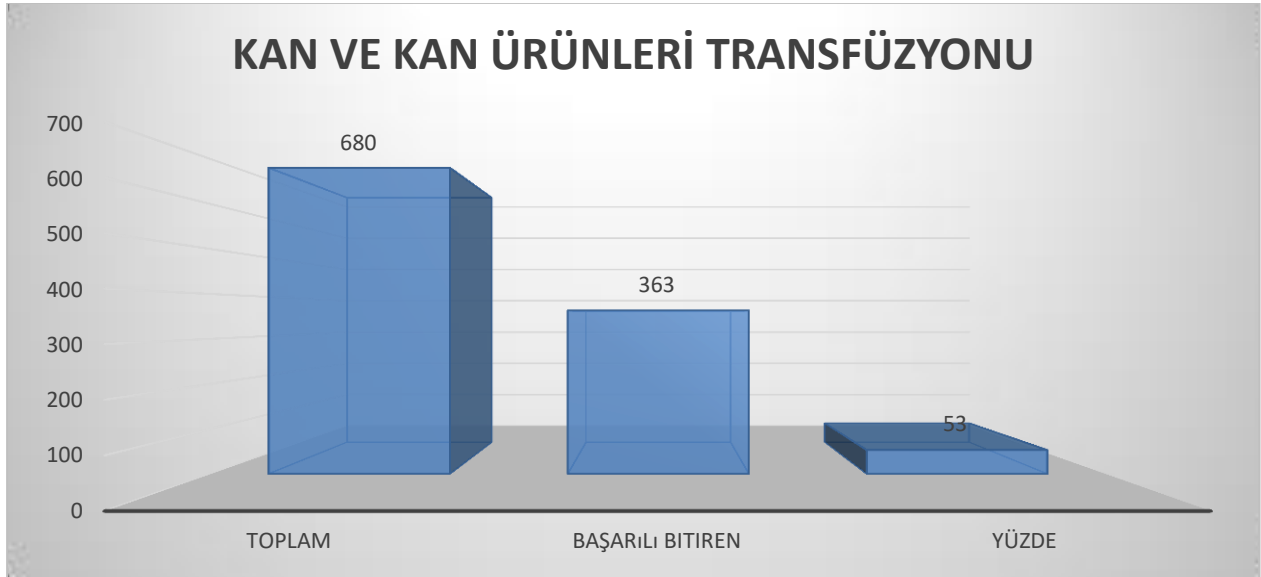


- Eğitim Koordinatörlüğü tarafından hazırlanan Taşıma Eğitimi 353 çalışana tanımlanmış olup, 84 kişi katıldı, katılım oranı %23,79 olarak belirlenmiştir.



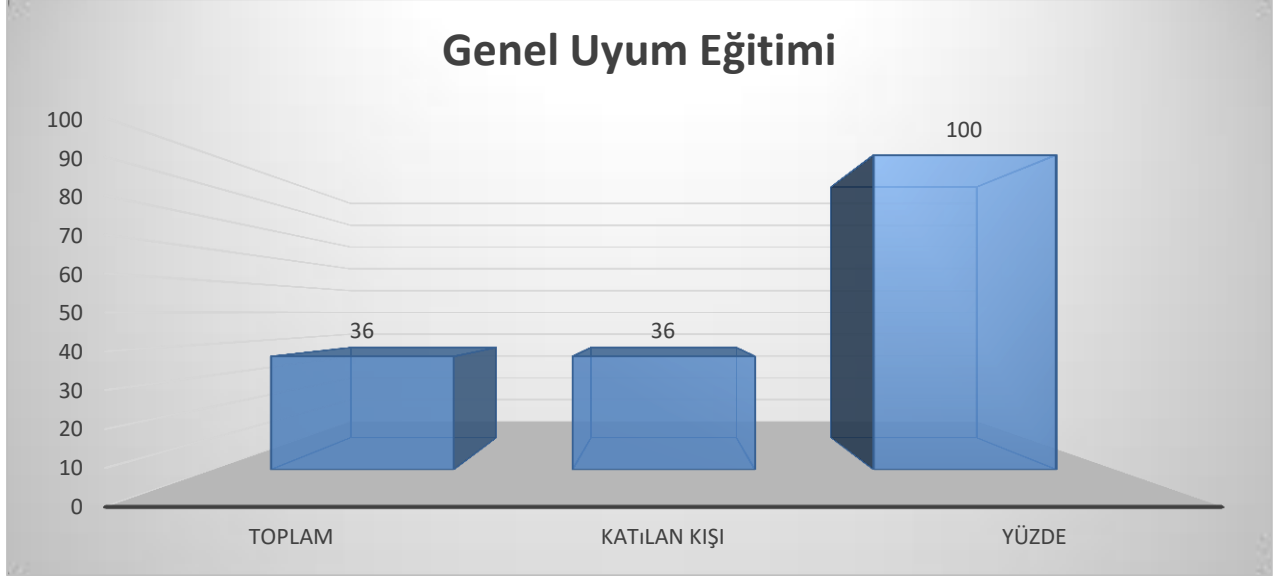


- Enfeksiyon Kontrol komitesi tarafından hazırlanan Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon 777 çalışana tanımlanmış olup, 317 kişi katıldı, katılım oranı %44,21 olarak belirlenmiştir.



- Hemovijilans Koordinatörlüğü tarafından hazırlanan Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu 682 hemşireye tanımlanmış olup, 363 kişi katıldı, katılım oranı %53,38 olarak belirlenmiştir.





- 2021 yılında 36 personel işe başlamış olup (28 hemşire, 8 diğer sağlık personeli), 36 personelde genel uyum eğitimine katılmış, eğitim katılım oranı %100 olarak belirlenmiştir.
- ✓ Enfeksiyon Kontrol komitesi tarafından hazırlanan **Hastane temizliği eğitimi** 244 çalışana tanımlanmış olup, 71 kişi katıldı, katılım oranı %29,09 olarak belirlenmiştir.
- ✓ Kalite Koordinatörlüğü tarafından hazırlanan **SKS Version 6 bilgilendirme ve Doküman Yönetimi** 91 çalışana tanımlanmış olup, 42 kişi katıldı, katılım oranı %46,15 olarak belirlenmiştir.
- ✓ **Acil servis çalışanları için Acil Servis Kriz Yönetimi eğitimi** 94 kişiye tanımlanmış olup 24 kişi tamamlamıştır. Eğitim katılım oranı %25,53 olarak belirlenmiştir.
- ✓ **Laboratuvar ve teknik bakım çalışanlarına yönelik 55 personelimize ADR Göreve Özgü Eğitimi** verilmiştir.
- ✓ 62 temizlik personeline yüz yüze hastane temizliği ile ilgili eğitim verilmiştir.
- ✓ **Çamaşırhane personeline yönelik kişisel koruyucu ekipman kullanımı eğitimi** 12 personele tanımlanmış olup, 8 çalışan tamamlamıştır. Eğitim katılım oranı %80 olarak belirlenmiştir.
- ✓ 2021 yılı içerisinde 166 akademik ve idari personele **Temel ve İleri Yaşam desteği eğitimi** almış olup, 28 tane acil servis hemşiresi, 104 araştırma görevlisi, 4 diğer sağlık personeline eğitim verilmiştir.



HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTE FAALİYET RAPORU

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak SKS kapsamında “HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ” Hasta güvenliğinin en üst düzeyde sağlanması için, geliştirilen iyi uygulama örneklerinin yaygınlaştırılması, hizmet içi eğitim yoluyla sağlık profesyonellerinin farkındalığının ve niteliklerinin artırılması, hasta ve çalışanların sağlık hizmeti sunum sürecinde karşılaşılabilecekleri muhtemel risk ve zararlardan korunmasına yönelik, usul ve esasları düzenlemeyi amaç edinmiş olup bu kapsamda yılda en az 4 kez toplanarak aktif olarak çalışmalarını sürdürmektedir.

Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermektedir.

- Hastaların doğru kimliklendirilmesi
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması
- İlaç güvenliğinin sağlanması
- Radyasyon güvenliğinin sağlanması
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması
- Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması
- Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması
- Hasta mahremiyetinin sağlanması
- Hastaların güvenli transferi
- Hasta bilgileri ve kayıtlarının sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi
- Bilgi güvenliğinin sağlanması
- Enfeksiyonların Önlenmesi
- Laboratuvar da hasta güvenliğinin sağlanması gibi

Hastane Yürütme Kurulu tarafından Komite üyeleri iki yılda bir güncellenmekte olup üyeler,

HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

- Prof. Dr. Ümit ÇOBANOĞLU Dekan Yrd.
- Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yrd.
- Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ Başhekim Yrd.
- Prof. Dr. Atilla TÜRKİYILMAZ Göğüs Cerrahisi ABD
- Prof. Dr. Şükran SAATÇİ Anestezi ABD
- Doç. Dr. Ayşenur BAHADIR Pediatri ABD
- Dr. Öğr. Üyesi Esra ÖZKAYA Mikrobiyoloji ABD
- Dr. Öğr. Melih İMAMOĞLU Acil Tıp ABD
- Öğr. Gör. Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V.
- Öğr. Gör. Fahrettin MERAL Hastane Müdür Yrd. V
- Zeki ERTEM Hastane Müdür Yrd. V
- Mustafa ÇETİNKAYA Hastane Müdür Yrd.
- İbrahim ÇUVALCI Hastane Müdür Yrd.
- Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü
- Fatma SÜMER Kalite Koordinatörlüğü
- Semra HEYAL Kalite Koordinatörlüğü
- Sevgi DANACI Başhemşire
- İskender DÜZCAN Radyoloji Ünitesi
- Safinaz AYZAZ Kan Bankası
- Eczacı Merve KILIÇ Eczane
- Öğr. Gör. İsmail ÇEBİ Bilgi İşlem
- Handan ŞAHİN Enfeksiyon Kontrol Komitesi



- Zeynep ŞAHİN Sosyal Hizmetler Birimi
- Emel TOR Hasta Hakları Birimi
- Gülay KESKİN Kalite Koordinatörlüğü

SKS kapsamında “**Hasta Güvenliği Komitesi**” 2021 yılı içerisinde 4 kez olağan toplantısını gerçekleştirmiştir. Alınan toplantı kararları **Başhekimliğe** yazılı olarak bildirilmiş ve **Başhekimlik** tarafından kararların gerçekleştirilebilmesi için ilgili **Bölüm/Birimlere** iletilmesi sağlanmıştır.

23.03.2021 tarihli **Hasta Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 1. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

- 1. Mavi kod ekibine eğitim verilmesi:** Mavi kod ekibine yüz yüze eğitim yapıldı.
- 2. Risk skorlamaları için pilot bölge olarak Beyin cerrahisi, nöroloji ve radyasyon onkolojisi vb. olmasına:** Risk skorlama alanları tanımlandı.
- 3. Hasta bakımında kullanılan kateter ve tüplerin güvenli kullanım kuralları prosedürünün hazırlanması:** Prosedür hazırlandı.
- 4. Kataterler de pansumanların üzerine adlarının veya ad kısaltmalarının baş harflerinin yazılması konusunda hemşirelerin bilgilendirilmesi:** Başhemşirelik, Klinik ve Yoğun Bakım hemşirelerine gerekli bilgilendirmeler yapıldı.

24.06.2021 tarihli **Hasta Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 2. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

- 1.Acil Servis konsültasyon süreçlerinin etkin yönetilmesini Acil Anabilim Dalının koordine etmesi ve toplantı raporlarının başhekimliğe iletilmesine:** Yapılamadı.
- 2.Kaliteden sorumlu Başhekim Yardımcısının konsültasyon süreleri ile ilgili toplantıya katılmasına:** Yapılamadı.
- 3.Konsültasyon süreleri ile ilgili toplantıya katılmayan bölüm/birimlerin toplantıya katılmadıklarına dair başhekimliğe yazı yazılmasına:** Yapılamadı.
- 4. Sadece Acil Servis için kan grubunun elde çalışması için sisteme buton eklenmesine:** HBYS sisteminde gerekli düzenlemeler sağlandı.
- 5. Polikliniklerde muayene öncelik sırasının, bir öncelikli hasta – bir normal hasta almak üzere muayene çağırma butonlarının düzeltilmesine:** Bölüm/Birim başkanları arasındaki farklı uygulamalar nedeniyle poliklinik muayenelerinde öncelikli hasta sıra tanımlaması yapılamadı.
- 6. Kan istemleri ile ilgili Hemovijilans Koordinatörlüğünden ilgili birimler için eğitim planı yapılmasına:** Eğitim yapılmadı. Hemovijilans koordinatörü tarafından 2022 yılı içinde eğitim verilmesi planlandı.
- 7. Poliklinik muayenelerinde personelin kendisinin öncelik sırasına alınmasına karar verilmiştir:** Çalışan güvenliği komitesinde tekrar gündeme getirilerek, personel muayene önceliği uygulamasına başlandı.

08.10.2021 tarihli **Hasta Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 3. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

- 1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi analizlerinin Anabilim Dalı Başkanlarına gönderilmesi:** Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi analizleri Anabilim Dalı Başkanlarına gönderildi.
- 2. Teknik Bakım personeli tarafından her ay sedye bakımlarını yapılması ve kayıtlarının tutulması konu ile ilgili Teknik bakıma yazı yazılması kararlaştırıldı:** Sadece ameliyathane sedyeleri için her ay bakım ve kontrollerin yapılması uygulamalarına başlandı.

23.12.2021 tarihli **Hasta Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 4. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

- 1.Sedye bakımları için bir planlama yapılması ve Periyodik bakımın uygulamaları için Teknik Bakıma yazılı bilgilendirme yapılması:** Periyodik bakım için teknik bakıma ve başhemşireliğe yazı yazıldı, uygulamaya başlandı.
- 2. 3 ayrı ekipten oluşan Mavi Kod’un fes edilip tek bir ekip oluşturması:** Çalışmalar devam ediyor.



3. *Mektup odasının başka bir alana taşınması, yeni oluşturulan mavi kod ekibinin mektup odasına konumlandırılması:* Çalışmalar devam ediyor.

4. *Komiteye Ameliyathaneden bir personelin dahil edilmesi:* Hasta Güvenliği Komitesine ameliyathane sorumlu hemşiresi dahil edildi.

5. *Acilden arşive gidecek dosyalar için Acil Anabilim Dalı, Başhemşirelik, Bilgi İşlem Birimi ile bir toplantı yapılması gerektiği kararlaştırıldı:* Toplantı yapıldı.

2021 yılı *Hasta Güvenliği Komitesinde* 18 karar alınmıştır. Bu kararların 11 tanesi tamamlanmış, 5 tanesi tamamlanamamıştır. 2 kararın tamamlanma çalışmaları devam etmektedir.

TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ FAALİYET RAPORU

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak “*Tesis Güvenliği Komitesi*” 27/06/2015 tarihli ve 29399 sayılı Resmî Gazetede yayımlanarak yürürlüğe giren “*Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik*” gereği Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde faaliyet göstermekte olup yılda en az 4 kez toplanarak aktif olarak çalışmalarını sürdürmektedir.

Komitenin görev alanı aşağıdaki konuları içermektedir:

- Bina turlarından elde edilen verilerin değerlendirilmesi
- Hastane alt yapı güvenliğinin sağlanması
- Kurumda can ve mal güvenliğinin sağlanması
- Afet ve acil durum yönetimi çalışmaları
- Atık yönetimi çalışmaları
- Tıbbi cihazların bakım, ayar ve kalibrasyon planları ve kalibrasyonlarının yapılması
- Tehlikeli maddelerin yönetimi

Komite üyeleri iki yılda bir güncellenmekte olup, üyeler:

TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

- Doç. Dr. Emine CANYILMAZ (Başhekim Yardımcısı)
- Prof. Dr. Ümit ÇOBANOĞLU (Dekan Yardımcısı)
- Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL (Başhekim Yardımcısı)
- Öğr. Gör. Bahattin LEVENT (Hastane Başmüdür V.)
- Zeki ERTEM (Hastane Müdür V.)
- İbrahim ÇUVALCI (Hastane Müdür V.)
- Çiğdem YAVUZ (Kalite Koordinatörü)
- Fatma SÜMER (Kalite Koordinatörlüğü)
- Semra HEYAL (Kalite Koordinatörlüğü)
- Gülay KESKİN (Kalite Koordinatörlüğü)
- Öğr. Gör. Ufuk DOĞRU (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi)
- Öğr. Gör. Hüseyin GÜZELCİK (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi)
- Öğr. Gör. Yüksel AY (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Birimi)
- Sevgi DANACI (Başhemşire)
- Erdal DANACI (Sivil Savunma Amiri/Tıbbi Atık Sorumlusu/Biyomedikal Sorumlusu)
- Hüseyin ŞAHİN (Teknik Bakım Sorumlusu)
- Yılmaz YAZGAN (Teknik Bakım)
- Eşref GEDİKLİ (Teknik Bakım)
- İsmail ÇEBİ (Bilgi İşlem Sorumlusu)
- Seyhan AKTAŞ (Enfeksiyon Kontrol Komite Hemşiresi)



SKS kapsamında “*Tesis Güvenliği Komitesi*” 2021 yılı içerisinde 4 kez olağan toplantısını gerçekleştirmiştir. Alınan toplantı kararları *Başhekimliğe* yazılı olarak bildirilmiş ve *Başhekimlik* tarafından kararların gerçekleştirilebilmesi için ilgili *Bölüm/Birimlere* iletilmesi sağlanmıştır.

26.02.2021 tarihli *Tesis Güvenliği Komitesi* salt çoğunluk ile 1. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. *Ayda 1 defa çatıların temizliğinin yapılması*: Çatıların temizliği personel yetersizliğinden ayda bir yapılamadı.
2. *Çatıların anahtarının Teknik Bakım, Nöbetçi Müdürlük ve Sivil Savunma Amirliğinden başka kimsede olmaması gerektiği*: Çatı güvenliği açısından giriş çıkışlar kontrol altına alınmıştır.
3. *B blokta çatıya çıkış kapısının demir pervazla kapatılması*: Teknik Bakım keşif yaptı ancak kapatma işlemi yapılmadı.

31.05.2021 tarihli *Tesis Güvenliği Komitesi* salt çoğunluk ile 2. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. *Çatılarda üç ayda bir temizlik yapılması*: Çatı temizliği 3 ayda bir yapılmasına karşın kayıtlar düzenli tutulmuyor.
2. *Çatıların muhtelif yerlerinde serili olan yeşil ameliyat örtülerinin toplanması*: Çatı temizliği esnasında örtüler toplandı.
3. *Çatılardaki ucu açık kabloların kapatılması*: Teknik bakım tarafından ucu açık kablolar düzenlendi.
4. *B blok hemşire çağrı sistemlerinde oluşan aksaklık için firmayla iletişime geçilmesi*: Firma ile iletişime geçilerek hemşire çağrı sistemindeki aksaklıklar giderilmiştir.

26.08.2021 tarihli *Tesis Güvenliği Komitesi* salt çoğunluk ile 3. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. *Çatı temizliği yapılırken Afet Acil Yönetiminde Ömer YETİM’ e haber verilmesi*: Çatı temizliğinde Ömer YETİM’ e bilgilendirme eksik yapılıyor.
2. *B Blok ameliyathane çatıya çıkış kapısına parmaklık ve fileli kapı koyulması*: File kapı yapıldı ancak parmaklık yapılamadı.
3. *Yangın sularının basınç ölçümü için manometrenin maliyet araştırmasının teknik bakım tarafından yapılması*: Teknik Bakım tarafından maliyet araştırması tamamlandı.
4. *Hasta /Hasta yakınının kullandığı kat mutfaklarının temizliğinin serviste çalışan temizlik personeli tarafından yapılması*: kat mutfaklarının temizliği servis temizlik personeli tarafından yapılması tamamlandı.
5. *Nöbetçi teknisyen odasına bilgisayar ve kasa verilmesi*: Bilgisayar ve kasa temin edilme çalışması devam etmektedir.

02.12.2021 tarihli *Tesis Güvenliği Komitesi* salt çoğunluk ile 4. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. *Çatı temizliği yapılırken teknik bakımdan bir personelin eşlik etmesi*: Devam ediyor.
2. *Kat mutfaklarına alınacak elektrikli ocak sayısının belirlenerek alınması ve alınan elektrikli ocaklara zamanlayıcı takılması*: Devam ediyor.
3. *Yangın sularının basınçlarının ölçülmesi ve kaydedilmesi*: Devam ediyor.
4. *Şebeke suyu ve yangın alarm sistemine basınç kaydının takibi için sistem kurulması*: Devam ediyor.

2021 yılı *Tesis Güvenliği Komitesinde* 16 karar alınmıştır. Bu kararların 6 tanesi gerçekleştirmiş olup 5 tanesi tamamlanamamıştır. Komite toplantılarında alınan 5 kararın tamamlanma çalışmaları devam etmektedir.



	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği
	2021 YILI 1. ÖZ DEĞERLENDİRME TAKVİMİ

SAĞLIK HİZMETLERİ			
Öz Değerlendirme Soru Listesi	Planlanan Tarih	Öz Değerlendirme Ekibi	Öz Değerlendirmeye Eşlik Edecek Gözlemciler
Hasta Bakımı	15.03.2021 16.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
İlaç Yönetimi	17.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
Enfeksiyonların Önlenmesi ve Kontrolü	18.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemşireleri
Transfüzyon Hizmetleri	18.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hemovijilans hemşireleri
Terapötik Aferez Hizmetleri	19.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
Kemoterapi Hizmetleri	22.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
Organ ve Doku Nakli Hizmetleri	23.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Hizmetleri	24.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
Radyasyon Güvenliği	25.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları



Temizlik, Dezenfeksiyon ve Sterilizasyon Hizmetleri	26.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
Acil Servis	29.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
Ameliyathane	30.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
Yoğun Bakım Ünitesi	31.03.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi	01.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
Doğum Hizmetleri	01.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
Diyaliz Ünitesi	02.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
Psikiyatri Hizmetleri	05.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
Biyokimya Laboratuvarı	06.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	07.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları



Patoloji Laboratuvarı	08.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
Doku Tiplendirme Laboratuvarı	09.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları

HASTA VE ÇALIŞAN ODAKLI HİZMETLER

Öz Değerlendirme Soru Listesi	Planlanan Tarih	Öz Değerlendirme Ekibi	Öz Değerlendirmeye Eşlik Edecek Gözlemciler
Hasta Deneyimi	12.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Hizmete Erişim	12.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Yaşam Sonu Hizmetleri	13.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	13.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.

DESTEK HİZMETLERİ

Öz Değerlendirme Soru Listesi	Planlanan Tarih	Öz Değerlendirme Ekibi	Öz Değerlendirmeye Eşlik Edecek Gözlemciler
Tesis Yönetimi	14.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Otelcilik Hizmetleri	15.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Bilgi Yönetim Sistemi	16.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.



Malzeme ve Cihaz Yönetimi	19.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	20.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Atık Yönetimi	21.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Dış Kaynak Kullanımı	21.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.

KURUMSAL HİZMETLER			
Öz Değerlendirme Soru Listesi	Planlanan Tarih	Öz Değerlendirme Ekibi	Öz Değerlendirmeye Eşlik Edecek Gözlemciler
Kurumsal Hizmetler	22.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Kalite Yönetimi	22.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Doküman Yönetimi	22.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Risk Yönetimi	23.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi	23.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.



Afet ve Acil Durum Yönetimi	26.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Eğitim Yönetimi	27.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
Sosyal Sorumluluk	27.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.
GÖSTERGE YÖNETİMİ			
Öz Değerlendirme Soru Listesi	Planlanan Tarih	Öz Değerlendirme Ekibi	Öz Değerlendirmeye Eşlik Edecek Gözlemciler
Göstergelerin İzlenmesi	28.04.2021	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V.

2021 YILI HASTA DENEYİMİ ANKET RAPORU

Hasta Memnuniyet Anketleri, hastaların aldıkları hizmet konusundaki algılarını ölçmek literatürde genel olarak kabul görmüş bir uygulamadır. Memnuniyet anketlerinin uygulanmasının temel çıkış noktası organizasyonel ve profesyonel performansın ölçülmesidir.

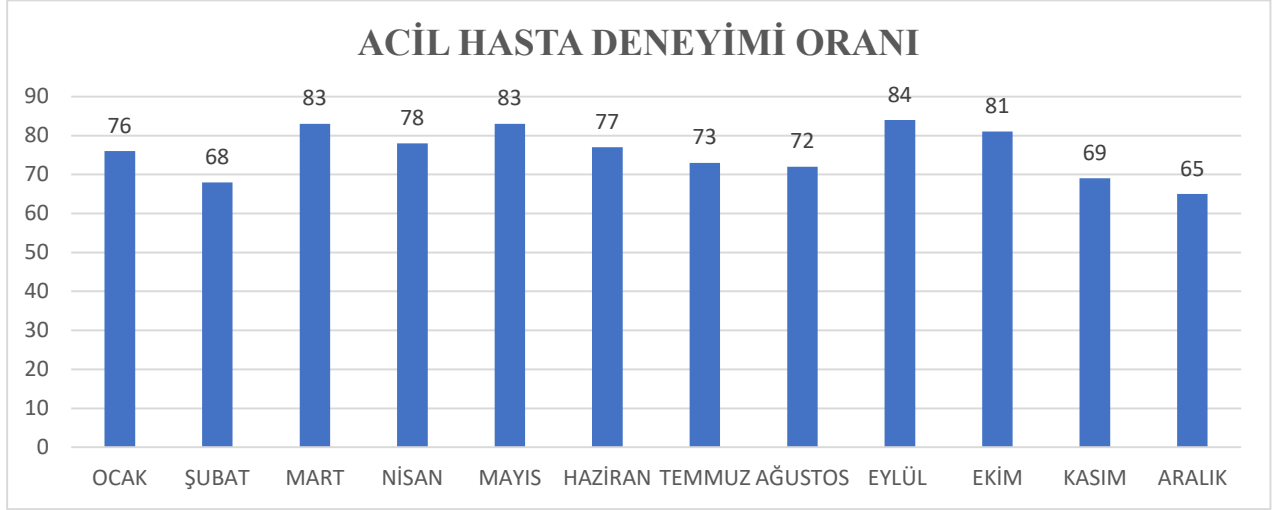
Sağlık çalışanlarının aynı kurumda aynı görevde uzun süre hizmet vermeleri nedeni ile hizmetlere ilişkin bazı hususları objektif bir şekilde değerlendirmeleri mümkün olamamaktadır. Bu sebeple hastalar çoğu zaman çalışanlara nazaran daha geniş bir bakış açısı ile hizmetleri değerlendirebilirler. Bundan dolayı sağlık kurum ve kuruluşlarında uygulanan hasta memnuniyet anketleri, verilen hizmetlerin hasta perspektifinden memnuniyet düzeyinin ve hizmete ilişkin durum tespiti için yapılmasını sağlamaktadır.

Hastanemizde Memnuniyet anketlerinin uygulanmasında;

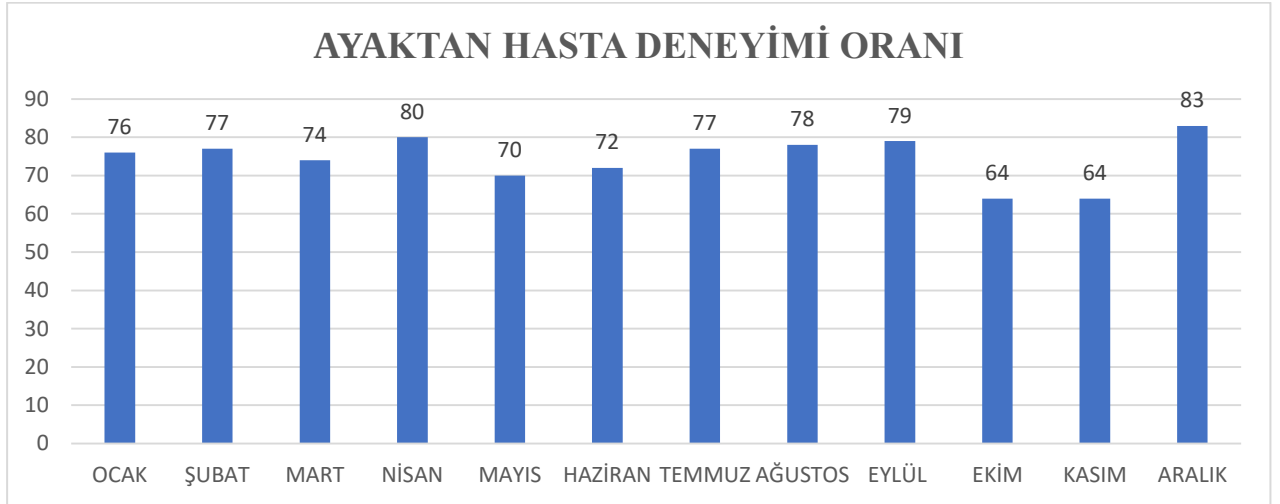
- Hastalara yapılacak anketlerde 35 Ayaktan Hasta, 35 Yatan Hasta, 35 Acil servis hastası olmak üzere Halka İlişkiler Birimi her ayın ilk haftası öğrencilere anket şablonunu verir.
- Öğrenciler gittiği birimlerde anket dağıtımına başlar. Hastalar anketleri doldurur. Ayrıca anketi cevaplamak istemeyen hasta ve hasta yakınlarına gerekli anlayış gösterilir.
- Öğrenciler doldurulan her anketi ayın 3.haftasına kadar Halkla ilişkiler birimine gönderir.
- Tamamlanan anketler Kalite Koordinatörlüğüne gönderilir.



- Ayrıca Ayaktan hastalarımız için hastanemize ikinci defa başvurdıklarında, Acil servis hastalarımız için Taburcu olduklarında, Yatan Hastalarımız için taburcu olduktan bir gün sonra sms yolu ile anket gönderilir. Anket verileri HBYS üzerinden çekilerek analizleri yapılır.
- Kalite birim çalışanları tarafından SPSS programı ile anketlerin veri girişi yapılarak katsayılar ve memnuniyet oranları hesaplanıp aylık grafik analizleri oluşturulur. Sonuç verileri kalite modül sayfasına ve Bakanlığın belirlediği Kurumsal Kalite Sistemi sayfasına yüklenir ve çıktısı alınıp dosyaya kaldırılır.

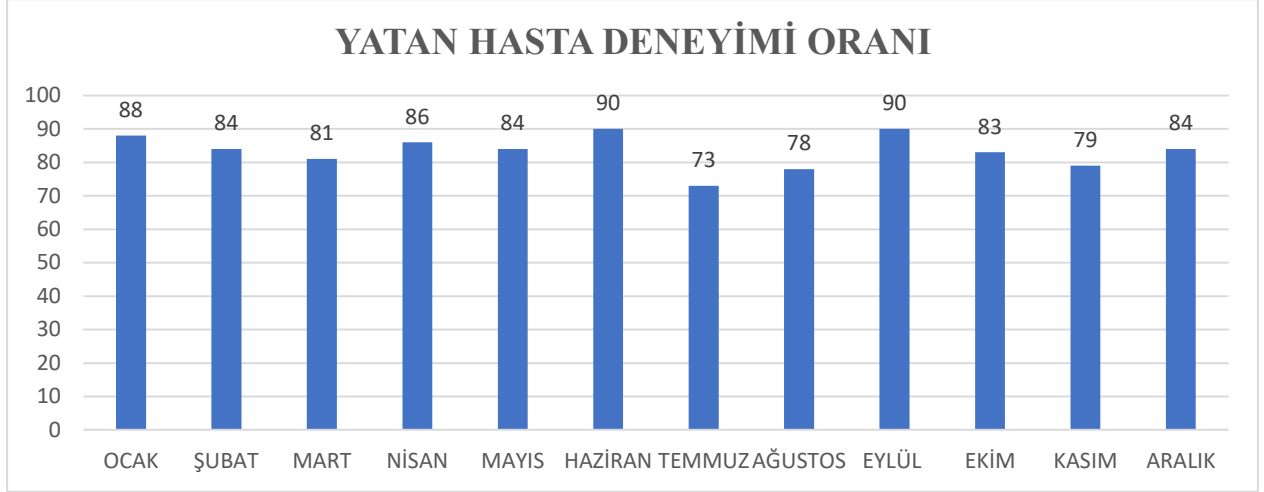


➤ Acil Servis Hasta Deneyimi Yıllık Memnuniyet Oranı **%76** Olarak Hesaplandı.



➤ Ayaktan Hasta Deneyimi Anketi Yıllık Memnuniyet Oranı **%74** Olarak Hesaplandı.





➤ Yatan Hasta Deneyimi Anketi Yıllık Memnuniyet Oranı **%83** Olarak Hesaplandı.

Sonuç olarak; toplamda 12 ay düzenli olarak yapılan **Hasta Deneyimi Anketleri** sonucunda memnuniyet oranı **%78** olarak hesaplanmıştır.

2021 GÖSTERGE HEDEFLERİ								
GÖSTERGE YÖNETİMİ	GÖSTERGELERİN İZLENMESİ				E	H	K	P
	AMAÇ: Hastanede ölçüm sistematığı ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve iş birliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.	HEDEFLER						
		- Hasta Güvenliği - Etkinlik - Hasta Odaklılık - Verimlilik - Sağlıklı Çalışma Yaşamı - Uygunluk - Süreklilik - Zamanlılık - Etkililik - Hakkaniyet						
	1. Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirmek.							
	2. Hastanede izlenecek kalite göstergeleri belirlemek.							
	3. Hastanede izlenecek her gösterge için süreçleri tanımlamak.							
	4. Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenlemelerde bulunmak.							
	5. Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, verileri analiz etmek.							
	6. Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlamak.							
7. Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veritabanına gönderilmek.								



BÖLÜM BAZLI GÖSTERGELER				
AMAÇ: SKS bölümlerine yönelik kalite göstergeleri vasıtasıyla, bu bölümlere ilişkin hizmet süreçleri ve hizmetin sonucunda elde edilen çıktılar, somut veriler ile izlenmesi ve iyileştirilmesinin sağlanmasıdır.	HEDEFLER - Hasta Güvenliği - Etkinlik - Hasta Odaklılık - Verimlilik - Sağlıklı Çalışma Yaşamı - Uygunluk - Süreklilik - Zamanlılık - Etkililik - Hakkaniyet			
KALİTE YÖNETİMİ	E	H	K	P
1. Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı				
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Fatma SÜMER Kalite Birim Çalışanı Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V.	2021 YILI HEDEFLERİ: - DÖF işleyişine yönelik uygulamanın tüm çalışanlar tarafından etkin kullanılmasını sağlamak, sürekli iyileşmek - Döf sonuçlandırma oranına yönelik kök neden analizlerinin yapılması - Döf eğitimlerini tekrar etmek 2021 yılı hedefimiz %90 olarak belirlenmiştir.			
ACİL DURUM AFET YÖNETİMİ	E	H	K	P
1. Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi				
2. Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı				
3. Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı				
4. Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı				
5. Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi				
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ Mavi Kod Sorumlusu. Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Fahrettin MERAL Beyaz Kod Sorumlusu Semra HEYAL Kalite Birim	2021 YILI HEDEFLERİ: - Acil durum ve afet yönetimi kapsamında hastanemizde çalışan acil durum kodları ve işleyişinin etkin yürütülmesi - Acil durum kodları kapsamında uygulanan kayıt formlarının eksiksiz doldurulmasını sağlamak, - Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir. - Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı;			



Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire	2020 yılı hedefi tutturulamamış 2021 yılı hedefimiz aşağı çekilerek % 50 olarak belirlenmiştir - Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı; 2020 yılı hedefi tutturulamamış 2021 yılı hedefimiz aşağı çekilerek % 50 olarak belirlenmiştir - Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı 2020 yılı içerisinde Pembe kod olay bildirimi olmamıştır. 2021 yılı içerisinde yaşandığı takdirde hedef değer olarak %100 belirlenmiştir. - Mavi kodda olay yerine ulaşma süresini 3 dk <= olmasını sağlamak				
HASTA DENEYİMİ		E	H	K	P
1. Hasta Memnuniyet Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire	2021 YILI HEDEFLERİ: 2020 yılı; - Ayaktan hasta memnuniyet oranı; %73 - Yatan hasta memnuniyet oranı; %82 - Acil başvuran hasta memnuniyet oranı; %73 2020 yılı Hasta Memnuniyet Oranı %76 olarak analiz edilmiş 2021 yılı hasta memnuniyet oranı %85 olarak hedeflenmiştir				
SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI		E	H	K	P
1. Çalışan Memnuniyet Oranı					
2. Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısı					
3. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı					
4. Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı					
5. Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı					
6. Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı					
7. Kurumdan Ayrılan Personel Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü	2021 YILI HEDEFLERİ: Yıl içerisinde çalışan sağlığı ve güvenliği kapsamında kurumsal hedeflerimiz: - Çalışanların sağlığını ve güvenliğini tehdit eden unsurlara yönelik yapılan düzenlemelerin takibini yapmak. - Çalışanların sağlık taramalarına				



Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire Mahir SALİ Personel İşleri Sorumlusu Bedia BİLGİÇ İş Sağlığı ve Güvenliği Hemşiresi	ilişkin program hazırlanması ve uygulanması. - Çalışma ortamlarının ve çalışma yaşamının geliştirilmesi için gerekli fiziki ve sosyal imkânlar sağlanmasını, çalışanın iş yaşamı ile ilgili bireysel ihtiyaçlarını karşılanmasının takibini yapmak. Çalışan Memnuniyet Oranı 2021 Yılı için mevcut koşullar düşünülerek ancak %60 ve üzeri hedef konulmuştur. Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Sayısının 2021 Yılı için 25 ve altı olması hedeflenmiştir Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma; 2021 yılı oranımızı %1 in altında olması ve 2020 yılı oranımızın korunması hedeflenmiştir. Kesici/Delici Alet Yaralanma; 2021 yılı oranımızı %1 nin altında olması hedeflenmiştir Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir Kurumdan Ayrılan Personel Oranı - Kurumdan ayrılan personel oranının 2021 Yılı %2 oranına düşürülmesi hedeflenmiştir. Sağlık Taraması Yapılan Personel Oranı; 2020 yılı için oranımız %20 olarak analiz edilmiş 2021 yılı oranımız % 40 olarak analiz hedeflenmiştir.				
HASTA BAKIMI		E	H	K	P
1. Düşen Hasta Oranı					
2. Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı					
3. Basınç Yarası Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire	2021 YILI HEDEFLERİ: Düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin artırılması. basınç yarası nedenlerinin analiz edilerek hastanın en iyi bakımı alması ve yaşam kalitesinin artırılması r. Elektif cerrahi operasyon geçiren hastalarda, postoperatif dönemde solunum yetmezliği gerçekleşme sebeplerinin analiz edilerek gerekli				



	önlemlerin alınması. Düşen Hasta Oranı 2021 yılı hedefimiz 2020 yılı oranının korunmasının sağlanması Postoperatif Solunum Yetmezliği Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir Basınç Yarası Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				
İLAÇ YÖNETİMİ		E	H	K	P
1. İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire Merve Sağlam KILIÇ Hastane Eczacısı	2021 YILI HEDEFLERİ: İlaç yönetimine yönelik kurumsal hedeflerin yerine getirilmesi • İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı • 2021 yılında hedefimiz 2020 yılı oranının aynı seviyede kalmasını sağlamak				
ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ		E	H	K	P
1. El Hijyeni Uyumu					
2. Santral VenözKateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu					
3. ÜrinerKateter İlişkili Üriner Sistem Enfeksiyonu					
4. Ventilator İlişkili Pnömoni/Ventilator İlişkili Olay					
5. UmbilikalKateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları					
6. Prosedür Bazında Cerrahi Alan Enfeksiyonu Hızı					
7. Cerrahi Profilaksi Uygun Antibiyotik Kullanım Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ TARAFINDAN TAKİBİ YAPILMAKTADIR.	2021 YILI HEDEFLERİ: ENFEKSİYON KONTROL KOMİTESİ TARAFINDAN TAKİBİ YAPILMAKTADIR.				



TRANSFÜZYON HİZMETLERİ		E	H	K	P
1. İmha Edilen Kan Miktarı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire Prof. Dr. Faruk AYDIN Transfüzyon Merkezi Sorumlusu Erol AYATA Transfüzyon Merkezi Sorumlusu	2021 YILI HEDEFLERİ: • İmha Edilen Kan Miktarı • 2020 Yıl sonu oranı %1.6 olduğu görülmüştür, • 2021 hedefi olarak %1 ve altı hedeflenmiştir • İmha edilen kan ürünü oranı dönemsel analizleri ve hedefleri transfüzyon merkezi gösterge yönetimi sorumluları tarafından yapılacak, sonuçları başhekimliğe ve kalite koordinatörlüne iletilecek ve gerekli iyileştirme çalışmaları yapılması planlanacaktır.				
RADYASYON GÜVENLİĞİ		E	H	K	P
1. Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı					
2. Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Prof.Dr. Polat KOŞUCU Radyoloji ABD Başkanı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire İskender DÜZCAN Radyoloji Sorumlu Teknisyeni Temel BAYRAM Radyoloji Sorumlu Teknisyeni	2021 YILI HEDEFLERİ: Radyasyon güvenliğine dair kurumsal hedeflerimizi yerine getirmek Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı 2021 yılı oranımızı %40 olarak hedeflenmiştir. Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı 2021 yılı hedefi % 1,5 ve altı belirlenmiştir.				
ACİL SERVİS		E	H	K	P
1. Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı					
2. Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi					
3. Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi					
4. Hasta Sevk Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı	2021 YILI HEDEFLERİ: Acil serviste hizmet kalitesinin ve				



	Doç. Dr. Özgür TATLI Acil Tıp AD Başkanı	hizmet sunumunun artırılması hasta güvenliğini sağlaması hasta bakımında kalitenin artırılması 2021 yılı için ; 2020 yılı verilerinin doğru olmadığı analiz edilmiş gerekli kök neden analizlerinin yapılarak iyileştirme çalışmalarının yapılması planlanmıştır Acil servis birim sorumluları, birim kalite temsilcileri ile toplantılar yapılarak sorunlar konuşulmuş çözüm öneriler dile getirilmiş acile yeni bir modül yapılması ve en kısa sürede uygulamaya geçilmesi planlanmış, modüldeki aksaklıklar ve eksikler hususunda geri bildirim yapılması söylenmiştir. Bölüm başkanlarıyla toplantılar yapılması ve hekimleri acil servise ortalama ulaşma süresi oranları resmi yazı ile bölüm başkanlarına iletilmiştir. • Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı 2021 yılında oranımız azaltılması hedeflenmiştir. • Acil Servise Ortalama Müşahede Süresi 2021 yılında sürenin azaltılması hedeflenmiştir. • Konsültan Hekimin Acil Servise Ortalama Ulaşma Süresi 2021 yılında sürenin daha kısa olması hedeflenmiştir. • Hasta Sevk Oranı 2021 yılında oranın korunması hedeflenmiştir.				
	Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü					
	Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V.					
	Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı					
	Sevgi DANACI Başhemşire					
	Acil Servis Sorumlu Hemşireleri	Acil Servis Sorumlu Öğretim Üyeleri				
	Acil Servis Sorumlu Öğretim Üyeleri					
	Acil Servis Sorumlu Öğretim Üyeleri					
	Acil Servis Sorumlu Öğretim Üyeleri					
	Acil Servis Sorumlu Öğretim Üyeleri					
AMELİYATHANE			E	H	K	P
1. Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı						
2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı						
3. Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı						
GÖSTERGE SORUMLUSU:	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı	2021 YILI HEDEFLERİ: • Güvenli cerrahi kontrol listesi HBYS modül üzerinden doldurulması ile ilgili yerinde takip edilip eğitimlerin yapılması, • 2021 yılı için veri analiz aylık yapılması, Analiz ve verilerin geri bildirimlerini yapmak				
	Doç. Dr. Selçuk ARSLAN Başhekim Yardımcısı					
	Prof. Dr. Murat LİVAOĞLU					



Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire Ameliyathane Sorumlu Hemşireleri	suretiyle sürekli iyileştirme çalışmalarını yönetmek. • Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranının 2020 Yılı 50 >= hedefin tutturulamaması doğrultusunda 2021 hedefi %30 civarına çekilmiş gerekli kök neden analizleri yapıp iyileştirme çalışmalarına başlanmıştır. • Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir • Cerrahi Operasyonlarda Görülen Anestezi Komplikasyon Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				
YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ		E	H	K	P
1. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı					
2. Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı					
3. Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı					
4. Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı					
5. Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezine Bildirilen Beyin Ölümü Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire Yoğun Bakımlar Sorumlu Öğretim Üyeleri Yoğun Bakımlar Sorumlu Hemşireleri	2021 YILI HEDEFLERİ: • Yoğun bakım bası ülseri takibi HBYS üzerinde yapılan güncellemenin eğitim ve bilgilendirmesinin yapılması • Yoğun bakım ünitelerinde APACHE Skoru değerlendirmelerinin rutin yapılması, asistan bilgilendirmelerinin yapılması • Her yoğun bakım sorumlu öğretim üyesi ve sorumlu hemşiresi tarafından periyodik analizlerin yapılması ve bir sonraki dönem için hedef belirlenmesi, sonucun kalite koordinatörlüğüne gönderilmesi • Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı • KVC YOĞUN BAKIM,2020 yılında %2.17 olarak tespit				



	edilmiş, 2021 yılında %2 ve altında olması hedeflenmiştir. • YOĞUN BAKIM-1 2021 yılında % 20 ve altında olması hedeflenmiştir. • YOĞUN BAKIM-2 2021 yılında % 10 ve altında olması hedeflenmiştir. • YOĞUN BAKIM-3 2021 yılında %10 ve altında olması hedeflenmiştir. • KORONER YOĞUN BAKIM-2020 yılında %1,91 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında %1 ve altında olması hedeflenmiştir. • PEDIATRİ YOĞUN BAKIM-2020 yılında %0 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında değerin korunması hedeflenmiştir. • YANIK YOĞUN BAKIM 2021 yılında % 5 ve altında olması hedeflenmiştir • Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı • KVC YOĞUN BAKIM- 2020 yılında %3.40 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında oranın %3 ve altına düşürülmesi hedeflenmiştir. • YOĞUN BAKIM-1 2021 yılında % 20 -30 arasında sürdürülmesi hedeflenmiştir. • YOĞUN BAKIM-2 2019 yılında %24 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında %20-30 arasında olması hedeflenmiştir. • YOĞUN BAKIM-3 2021 yılında oranın % 30 olması hedeflenmiştir. • KORONER YOĞUN BAKIM-2020 yılında 6,21 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında % 5 ve altında olması hedeflenmiştir. • PEDIATRİ YOĞUN BAKIM-2021 yılında %10 ve altında olması hedeflenmiştir. • YANIK YOĞUN BAKIM-2021 yılında %2 nin altında olması hedeflenmiştir. • Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı • KVC YOĞUN BAKIM- 2020 yılında %1.02 olarak tespit	
--	--	--



	edilmiş, 2021 yılında oranın %1 ve altına düşürülmesi hedeflenmiştir. • YOĞUN BAKIM-1 2020 yılında %0 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında oranın korunması hedeflenmiştir. • YOĞUN BAKIM-2 2020 yılında %0 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında oranın korunması hedeflenmiştir. • YOĞUN BAKIM-3 2020 yılında % 0 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında oranın korunması hedeflenmiştir. • KORONER YOĞUN BAKIM-2020 yılında %0.37 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında mevcut oranın korunması hedeflenmiştir. • PEDIATRİ YOĞUN BAKIM-2021 yılında oranın %1 ve altına düşürülmesi hedeflenmiştir • YANIK YOĞUN BAKIM - 2021 yılında % 3 ve altında olması hedeflenmiştir • Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı • 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir Organ ve Doku Nakli Bölge Koordinasyon Merkezine Bildirilen Beyin Ölümü Oranı • 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				
YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ		E	H	K	P
1. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı					
2. Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı					
3. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Doğumdan İtibaren İlk 6 Saatte Kolostrum Verilen Bebek Oranı					
4. Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı					
5. Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ Başhekim Yardımcısı	2021 YILI HEDEFLERİ: • Yenidoğan Yoğun bakım ünitesinde mortalite Skoru değerlendirmelerinin rutin yapılması, asistan				



Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire Yoğun Bakım Sorumlu Öğretim Üyesi Yoğun Bakım Sorumlu Hemşiresi	bilgilendirmelerinin yapılması - Yoğun bakım sorumlu öğretim üyesi ve sorumlu hemşiresi tarafından periyodik analizlerin yapılması ve bir sonraki dönem için hedef belirlenmesi, sonucun kalite koordinatörlüğüne gönderilmesi Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı 2020 yılında % 4,11 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında % 3 ve altında olması hedeflenmiştir Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı 2020 yılında %0 olarak tespit edilmiş, 2021 yılında % 0 olan hedefin korunmasına karar verilmiştir Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinde Doğumdan İtibaren İlk 6 Saatte Kolostrum Verilen Bebek Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesinden Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir Yoğun Bakım Ünitesinde Bası Ülseri Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				
DOĞUM HİZMETLERİ	E	H	K	P	
1. Primer Sezaryen Oranı					
2. Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı					
3. Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı					
4. Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne Bebek Çifti Oranı					
5. Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı					
6. Risk Düzeyine Göre Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı					
7. Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı					
8. Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı					



9. Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Dr. Öğr. Üyesi Ömer DEMİR Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire Kadın Doğum Sorumlu Hemşiresi Kadın Doğum Sorumlu Öğretim Üyesi	2021 HEDEFLERİ: Kadınların normal doğuma yönlendirilmesi ve primer sezaryenlerin azaltılması Annenin kuruma girişinden, anne ve bebeğin kurumu terk edişine kadar olan tüm süreçte en iyi ve en güvenli bakımı almalarının sağlanması - Primer Sezaryen Oranı 2021 yılı oranımız %75 olarak hedeflenmiştir. - Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı 2021 yılı oranımız %65 olarak hedeflenmiştir. - Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir - Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne Bebek Çifti Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir - Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı Hedef belirtilemez risk gurubu hasta potansiyeline göre oran değişebilir - Risk Düzeyine Göre Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı Hedef belirtilemez risk gurubu hasta potansiyeline göre oran değişebilir - Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı 2021 yılı oranımız epizyotomi hariç %0 olarak hedeflenmiştir. - Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				



	Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				
DİYALİZ HİZMETLERİ		E	H	K	P
1. Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı					
2. Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1,2'den veya Urr Değeri %65'ten Düşük Olan Hasta Oranı					
3. Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V Değeri 1,7'den Düşük Hasta Oranı					
4. Anti Hcv Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı					
5. Düzeltilmiş Ca X P Düzeyi 55 Mg ² /Dl ² 'nin Altında Olan Hasta Oranı					
6. Eritropoetin Kullanım Oranı					
7. Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı					
8. Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı					
9. Hbsag Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı					
10. Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı					
11. Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı					
12. Mortalite Oranı					
13. Ortalama Hemodiyaliz Süresi					
14. Ortalama Hemogloblin Düzeyi 10-13 G/Dl Arasında Olan Hasta Oranı					
15. Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı					
16. Serum Albümin Düzeyleri 3,5 G/Dl'nin Altında Olan Hasta Oranı					
17. Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5 – 10,5 Mg/Dl Arasındaolan Hasta Oranı					
18. Serum Ferritin Düzeyi 200-500 Ng/Ml Arasında Olan Hasta Oranı					
19. Serum Fosfor Düzeyi 5,5 Mg/Dl'den Yüksek Olan Hasta Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire Diyaliz Ünitesi Sorumlu Öğretim Üyesi	2021 YILI HEDEFLERİ: Hastaların yeterli ve etkin şekilde diyaliz hizmeti alması, hastaların aldığı diyaliz hizmeti ve tıbbi takiplerinin yeterli ve etkin şekilde yapılması ve sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı; 2021 yılı hedefimiz %100 olarak				



	Diyaliz Ünitesi Sorumlu Hemşiresi Periton Diyaliz Ünitesi Hemşiresi	belirlenmiştir. - Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V veya URR Değeri 1.2'den Düşük Olan Hasta Oranı; 2021 ı %15 ve altı olarak belirlenmiştir. - Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V veya URR Değeri 1.7' den Düşük Hasta Oranı; 2021 yılı % 6 ve altı olarak belirlenmiştir. - Yeni Eklenen Göstergeler İçin; 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				
	BIYOKİMYA LABORATUVARI		E	H	K	P
	1. Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı					
	2. Biyokimya Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı					
	3. Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı					
	4. Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı					
	5. Biyokimya Laboratuvarı Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı					
	GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Dr Öğretim Üyesi Hüseyin YAMAN Araştırma görevlisi Merve KATKAT	2021 YILI HEDEFLERİ: Biyokimya Laboratuvarı preanalitik, analitik, postanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesi Biyokimya Laboratuvarında numune ret nedenlerinin analiz edilmesi, ret nedenlerinin önlenmesine yönelik gerekli önlemlerin alınması ve reddedilen numune oranlarının azaltılması Akılcı Laboratuvar Kullanımı” çalışma basamaklarına uyum oranının ve hizmet kalitesinin artırılması güvenli bir laboratuvar hizmeti sağlamak - Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı; 2021 yılı hedefimiz %2 ve altı olarak belirlenmiştir. - Biyokimya Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı; 2021 yılı hedefimiz %5 ve altı olarak belirlenmiştir. - Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı;				



		2021 yılı hedefimiz %1 ve altı olarak belirlenmiştir. - Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı; 2021 yılı hedefimiz %5 ve altı olarak belirlenmiştir. - Biyokimya Laboratuvarı Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				
	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI		E	H	K	P
	1. Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı					
	2. Mikrobiyoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı					
	3. Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı					
	4. İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı					
	5. Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı					
	6. Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı					
	7. Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama Ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı (Opsiyonel)					
	8. Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı					
	9. İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı					
	10. Kan Kültüründe Pozitif Sonuç Oranı					
	11. Kan Kültüründe Yalancı Pozitiflik Oranı					
	12. Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı					
	13. Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre					
	14. Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Seti Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Dr. Öğr. Ü. E. Esra ÖZKAYA Muzaffer KURU Sorumlu Teknisyen		2021 YILI HEDEFLERİ: Laboratuvarında test güvenliğinin sağlanabilmesi için alınan kan kültürlerinin en kısa zamanda laboratuvara ulaştırılması, preanalitik, analitik, postanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesi, kan kültürlerinin ulusal ve uluslararası rehberlere ve kabul görmüş uygulamalar doğrultusunda alınmasının sağlanması Akılcı Laboratuvar Kullanımı” çalışma basamaklarına uyum oranının ve hizmet kalitesinin artırılması güvenli bir laboratuvar hizmeti sağlamak Laboratuvar Testlerinde				



	Reddedilen Numune Oranı 2021 yılı hedefimiz %3 ve altı olarak belirlenmiştir. Mikrobiyoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı; 2021 yılı hedefimiz %1 ve altı olarak belirlenmiştir. Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı; 2021 yılı hedefimiz % 3 ve altı olarak belirlenmiştir. İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı; 2021 yılı hedefimiz de %1 ve altı olarak belirlenmiştir. Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı; 2021 yılı hedefimiz %5 ve altı olarak belirlenmiştir. Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı; 2021 yılı hedefimiz %15 ve altı olarak belirlenmiştir. Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı; 2021 yılı hedefimiz %1 ve altı olarak belirlenmiştir. Yeni Eklenen Göstergeler İçin ; 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				
	PATOLOJİ LABORATUVARI	E	H	K	P
	1. Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı				
	2. Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı				
	3. Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı				
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sorumlu Öğretim Üyesi Dr. İsmail SAYGIN Mehmet Ali ÖZDEŞ Sorumlu Teknisyeni	2021 YILI HEDEFLERİ: Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı 2021 yılı hedefimiz % 3 ve altı olarak belirlendi. Patoloji Laboratuvarında Kaybolan Numune Oranı 2021 yılı hedefimiz % 1 ve altı olarak belirlendi. Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı 2021 yılı hedefimiz % 15 ve altı olarak belirlendi.				



BİLGİ YÖNETİMİ		E	H	K	P
1. Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi					
2. HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı İsmail ÇEBİ Birim Sorumlusu Rustem ÖKSÜZ	2021 YILI HEDEFLERİ: SBYS'de oluşan arızalara en kısa sürede müdahale edilerek hizmetin aksamaması SBYS'nin devre dışı kalma durumunun takip edilmesi, gerekli önlemlerin alınması • Teknik Birimin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi 2021 yılı hedefimiz arızalara müdahale süresini hızlandırmak • HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre 2021 yılı hedefimiz hbys nin devre dışı kalmasını engellemek				
TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ		E	H	K	P
1. Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı					
2. Sağlık Kuruluna Geri Dönen Toplam Rapor Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Arşiv Sorumlusu Sağlık Kurulu Sorumlusu	2021 YILI HEDEFLERİ: • Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı 2020 yılında oranın %15 olarak analiz edilmiş 2021 hedefimizin %30 olarak planlanmıştır • Sağlık Kuruluna Geri Dönen Toplam Rapor Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedef veriye göre belirlenecektir				
EGİTİM YÖNETİMİ		E	H	K	P
1.Personelin Eğitimlere Katılma Oranı					
2.Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı					
3.Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı					
GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite	2021 YILI HEDEFLERİ: • Personelin Eğitimlere Katılma Oranı Personelin Eğitimlere Katılma Oranı;				



	Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Elif KILIÇ GÜNER Eğitim Koordinatörü	2020 Yılı %17 olarak hesaplanmış, 2021 yılı oranımızı % 40 ve üzeri arasında olması hedeflenmiştir. • Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı 2020Yılı %92 olarak hesaplanmış, 2021 yılı oranımızı %100 olması hedeflenmiştir. • Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedefler daha sonra çekilen veriye göre belirlenecektir				
	FİZİK TEDAVİ VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ		E	H	K	P
	1.Düşen Hasta Oranı					
	2.Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Aynı Tanı İle Yeniden Yatış Oranı					
	GÖSTERGE SORUMLUSU:	2021 YILI HEDEFLERİ: • Düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin artırılması • Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet kalitesinin artırılması • 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedefler daha sonra çekilen veriye göre belirlenecektir				
	KEMOTERAPİ HİZMETLERİ		E	H	K	P
	1.Ekstravazasyon Sonucu Ülser Gelişen Hasta Oranı					
	2.Kemoterapi Tedavi Sürecinde Kemoterapinin Komplikasyonları Nedeniyle Ölen Hasta Oranı					
	3. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Oluşan Ekstravazasyon Oranı					
	GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Sevgi DANACI Başhemşire Prof. Dr. Feyyaz ÖZDEMİR Prof. Dr. Erol ERDURAN Zehra AY Kemoterapi Sorumlu Hemşiresi Seyhan BAK Kemoterapi Ünite	2021 YILI HEDEFLERİ: • Kemoterapi uygulamaları nedeniyle gelişen yan etki ve komplikasyonlarının azaltılmasını ve hasta güvenliğinin sağlanmak • 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedefler daha sonra çekilen veriye göre belirlenecektir				



	Hemşiresi Derya KAYHAN Kemoterapi Ünite Hemşiresi				
	ORGAN VE DOKU NAKLİ HİZMETLERİ	E	H	K	P
	1.Nakil Sonrası Ortalama Yatış Süresi				
	2.Ortalama Soğuk İskemi Süresi				
	GÖSTERGE SORUMLUSU: Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Başhekim Yardımcısı Çiğdem YAVUZ Kalite Koordinatörü Bahattin LEVENT Hastane Başmüdür V. Semra HEYAL Kalite Birim Çalışanı Prof. Dr. Şükrü ULUSOY. Prof. Dr. Murat TOPBAŞ Ebru KILIÇ YILMAZ Ahmet YILDIZLAR	2021 YILI HEDEFLERİ: Hasta güvenliği açısından nakil sonrası hastanede kalış süresinin azaltılması sağlamak Soğuk iskemi süresinin en aza indirilmesi için gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak 2021 yılında ilk kez oran çekileceği için hedefler daha sonra çekilen veriye göre belirlenecektir			
YIL SONU DEĞERLENDİRME					

II- AMAÇ ve HEDEFLER

A. İdarenin Amaç ve Hedefleri

Hedef Adı	Gösterge adı	Faaliyet sayısı	- Faaliyet Özet Bilgi
Amaç 5- Toplumsal Hizmetleri Geliştirmek Hedef 1.		6	- Sterilizasyonun tadilat ve onarımı yapıldı. - Oksijen tankları taşındı. - Ekranlı bilgi ilan panosu yapıldı. - Adli Tıp Birimi için mekan yapıldı. - B Blok bekleme salomları için kitaplık tasarımı yapıldı. - A ve B blok klinik sekreterlikleri bina girişlerinde tek alana toplandı.
Hedef 1. 1. Hasta Deneyimi Anketlerinin %80'nin üzerine çıkarılması	- 2021 yılında belirlenen	-	Bina tadilatları, fiziki alan yetersizliği, pandemi gibi nedenler anket yüzdesinin düşük çıkmasına neden olmuştur.



Hedef 1. 2. Çalışan Deneyimi Anketinin %60'ın üzerine çıkarılması.	anket oranı %78 - 2021 yılı belirlenen anket oranı %56	-	- Performans ve ek ödemelerde düzenleme yapılması, kesinti yapılmaması, - Personel otopark yetersizliği, - Değersizlik ve mutsuzluk, - Personel eksikliği, - Hemşire eksikliği nedeniyle fazla mesai yapılması, gibi nedenler, anket oranının düşük çıkmasında etkin olmuştur.
Hedef 1. 3. Yapımı Devam Eden ve Planlanan Hizmetler	- Yenidoğan Yoğun bakım ve Doğumhane'nin tadilat ve onarımı - B Blok 3. Bodrum katın arşiv/depo olarak yeniden düzenlenmesi - Hasta yakınları için bekleme salonu yapılması - Polikliniklerde cephe mantolaması yapılması - Kan Bankası, Terzihane ve Baskı Atölyesi birimlerinin, A Blok Çamaşırhane ve yakınındaki alanlarla birlikte yeniden düzenlenmesi - Merkezi bir Çamaşırhane Birimi oluşturulması ve Merkezi Sterilizasyon Ünitesinin tadilatı. - Radyoloji departmanının düzenlenmesi. - A Blok polikliniklerindeki sekreter bankolarının değiştirilmesi. - Acil servisin boyanması ve zeminde PVC yenilenmesi. - Yenidoğan yoğun bakım ünitesinin ve doğumhanenin tadilatı. - Farabi plaza üzerindeki ve acil girişlerindeki açık alanın, hasta/hasta yakını bekleme yeri olarak düzenlenmesi. - Mescidin büyütülerek tadilat edilmesi. - A Blok -1. kattaki çamaşırhane alanında, merkezi ayaktan tedavi ünitesi yapılması.		Bu hedeflere 2022 yılında ulaşılması planlanmaktadır.



III- FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER

A-Mali Bilgiler

1. Bütçe Uygulama Sonuçları

1.1.Bütçe Giderleri

EKONOMİK DÜZEYDE 2021 ÖDENEK KULLANIM DURUMU				
	BAŞLANGIÇ ÖDENEĞİ	TOPLAM ÖDENEK	TOPLAM HARCAMA	GERÇEKLEŞME ORANI* (%)
BÜTÇE GİDERLERİ TOPLAMI	313.878.800,00	350.915.720,24	350.915.720,24	100
PERSONEL GİDERLERİ	57.537.800,00	77.185.774,78	77.185.774,78	100
SGK DEVLET PRİMİ GİDERLERİ	2.417.000,00	13.082.723,84	13.082.723,84	100
MAL VE HİZMET ALIM GİDERLERİ	224.228.000,00	241.673.629,17	241.673.629,17	100
CARİ TRANSFERLER	24.204.000,00	16.162.357,07	16.162.357,07	100
SERMAYE GİDERLERİ	5.492.000,00	2.811.235,38	2.811.235,38	100

*% Oranı (Toplam Harcama/Toplam ödenek) x 100 olarak hesaplanmıştır.

1.2. Bütçe Giderlerine İlişkin Açıklamalar

Birimimize 2021 yılında tahsis edilen 350.915.720,24- TL'nin tamamı harcanmıştır.

Kurumumuzun amaçlarına, belirlenmiş politikalara ve mevzuata uygun olarak faaliyetlerin etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde yürütülmesini, varlık ve kaynakların korunmasını, muhasebe kayıtlarının doğru ve tam olarak tutulmasını, malî bilgi ve yönetim bilgisinin zamanında ve güvenilir olarak üretilmesini sağlamak üzere oluşturulan organizasyon, yöntem, süreç ile iç denetimi kapsayan malî ve diğer kontroller yapılmıştır.

a) Personel Giderleri:

Personel giderleri için başlangıçta ayrılan 57.537.800,00-TL'lik ödeneye yılı içinde 19.647.974,78 TL eklenerek toplam ödenek tahsisi 77.185.774,78- TL'si olmuştur. Bu ödeneğin tamamı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) personelinin maaş sosyal haklar ve ödenekler gibi giderler için yapılan ödemelerde kullanılmıştır.



b) Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi Giderleri:

Birimimizin işveren sıfatıyla, çalışanları için ödenecek sigorta ve sağlık primi ödemeleri ile ilgili ekonomik gider kodunda 2.417.000,00- TL bütçe başlangıç ödeneği öngörülmüş, yıl içinde Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi giderleri ekonomik kodundan yapılan ekleme/düşme işlemleri sonucunda oluşan 13.082.723,84-TL toplam ödeneğin tamamı harcanmıştır.

c) Mal ve Hizmet Alımı Giderleri:

Birimimizin cari nitelikli giderlerinden olan laboratuvar malzemeleri ve personelimize mevzuatları çerçevesinde ödenen yurtiçi sürekli görev yolluğu giderleri ile ilgili ekonomik kodunda 224.228.000,00-TL bütçe başlangıç ödeneği öngörülmüştür. 241.673.629,17-TL olan toplam ödeneğin tamamı harcanmıştır.

d) Cari Transferler:

31.12.2018 tarih ve 30642 (Mükerrer) sayılı 2021 Yılı Merkezi Bütçe Kanun bağlı (E) cetvelinin 77'nci maddesi gereğince Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Döner Sermaye Biriminin hesaplarına aktararak bu birimde gelir kaydedilmek üzere tahsis edilen toplam 16.162.357,07-TL'lik ödeneğin tamamı ilgili birime aktararak kullanılmıştır.

e) Sermaye Giderleri

Yatırım giderleri için başlangıçta 5.492.000,00-TL ödenek ayrılmıştır. 2.811.235,38 olan toplam ödeneğin ise tamamı harcanmıştır.

2- Mali Denetim Sonuçları**2.1. İç Denetim Birimi**

2021 yılı iç denetim programı gereği hastanemizde denetim, danışmanlık ve izleme yapılmamıştır.

2.2. Dış Denetim

2021 yılı içerisinde Sayıştay Başkanlığı tarafından Üniversitemiz Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü hesapları üzerinde gerçekleştirilen denetimler sonucunda hazırlanan sorgular Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü tarafından cevaplandırıldı.

IV- KURUMSAL KABİLİYET ve KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ**Üstünlükler**

- Bölgemizde tam teşekküllü 3. basamak hizmet veren referans merkezi olmamız.
- Tıbbın her alanında üstün bilgi beceri ve deneyim sahibi akademik kadromuz.
- İhtiyaçlarımıza cevap verecek yeterli fiziki alan.
- Yüksek teknolojik donanımımız.



- Nitelikli ve özverili idari-sağlık personeline sahip olmamız.
- Bölgemizde nitelik ve nicelik olarak üst düzey yoğun bakım hizmeti sunmamız.
- Bölgemizdeki tek yanık merkezine sahip olmamız.
- Yeterli bilişim ağ donanımının varlığı.
- Genç personel sayısının fazla olması.
- Organ ve doku nakli merkezlerimizin kurulmuş olması.
- Sağlık profesyonellerine dönük ulusal sertifikalı hizmet içi eğitim programlarına dahil olmamız.
- Yetiştirdiği hekimlerle bölgesindeki sağlık hizmetlerinin yönlendiricisi olması.
- Karadeniz Bölgesinde en gelişmiş laboratuvarlara sahip olması.
- İyi bir maliyet muhasebe sistemi kurmuş olmamız.
- Bölgemizdeki kamu ve özel kurumlarla iyi iletişim ve iş birliği içinde olmamız.
- Bölgemizdeki diğer sağlık kurumlarıyla hizmet satım sözleşmelerimizin olması.
- Hastane okuluyla uzun süre yatarak tedavi alan çocuk hastalara eğitimlerine devam olanağı sunuyor olmamız.

Zayıflıklar

- Hastane binalarının fiziksel olarak eski oluşu.
- Döner sermaye bütçesindeki ödeme dengesinin giderek bozulması sonucu yaşanan mali sıkıntılar.
- Çalışanlar arası iletişim, uyum ve bilgilendirme eksikliği.
- Personelin sayısal yetersizliği.
- Özlük haklarının iyileştirilmemesi nedeniyle çalışan memnuniyetsizliği.

Fırsatlar

- Genel sağlık konusunda toplumun gelişen bilinci.
- Toplumun sağlık konularında bilgilendirilme talebi.
- İlgili kurumların danışmanlık talepleri.
- Ulusal Üniversite hastaneleri ile ilişkiler.
- Avrupa Birliğine giriş sürecinde bulunmak.
- Uluslararası değişim programlarının varlığı.
- Hastalık ile ilgili alanlarda çok sayıda toplantı düzenleniyor olması.
- Sağlık sektöründeki gelişmeler.

Tehditler

- Hemşire kadrosu yetersizliği.
- Beyin göçü.
- Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde izlenen mevzuat nedeniyle ortaya çıkan ücret dengesizliği.
- Bürokrasi.
- Sağlık harcamalarına ayrılan bütçenin yetersizliği.
- Bölgenin 3. basamak düzey tek hastanesi olma niteliğinin ortadan kalkması.
- SUT'da uygulanan ücret politikası nedeniyle kurum gelir gider dengesinin bozulması.
- Mali yapı bozulması nedeniyle yatırımlara ve yenilemelere ayrılacak kaynak bulunamaması.
- Hastaneye ilaç ve malzeme tedarik eden firmaların oluşan belirsizlik ortamını gerekçe göstererek ihalelerde teklif/uygun teklif vermemeleri.
- Hastaya ilaç teminin zorunluluğu gibi yeni mevzuat değişiklikleri ile sağlık sisteminde oluşan tüm mali risklerin kurumun yükünü arttırması.
- Hastaneye komşu yüksek frekanslı TRT verici anteni nedeniyle tıbbi alet ve elektrik sisteminde meydana gelen arızalar mali yük yanında sağlık hizmetlerinin de aksamasına yol açması.



V- ÖNERİ VE TEDBİRLER

Ülkemizde faaliyette bulunan üniversite hastanelerinin tamamı döner sermayeli sağlık işletmesi olarak yapılandırılmıştır. Döner sermayeli sağlık işletmesi olarak yapılandırılan üniversite hastaneleri için işletmecilikle ilgili bir düzenleme yapılmamıştır. Bu işletmeler 2547 sayılı Yüksek Öğretim Kanunu'nun içerisine derç edilmiş birkaç düzenleme ve buna dayanılarak çıkarılan ikincil düzenlemeler ile Sağlık Bakanlığı tarafından yürütülen ve Bakanlar Kurulu Kararı olarak çıkarılan 1983 yılına ait bir düzenleme olan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği ile yürütülmeye çalışılmaktadır. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği çıkarıldığı günün şartları ile oldukça modern işletmecilik anlayışı ile oluşturulan bir düzenleme olmasına rağmen, günümüz şartlarında sağlık hizmet sunum ihtiyaçlarına cevap verememektedir. Üstelik düzenleme 30 yataklı bir hastane ile 1500 yataklı bir üniversite hastanesi ihtiyacını da karşılamak durumundadır.

Oysa üniversite hastanelerinin sağlık ve eğitim sistemi içerisindeki rolleri ve fonksiyonlarını dikkate alan bir işletme modelinin oluşturulması gerekir. Üniversite hastanelerinin yapısal olarak ihtiyaç duyduğu düzenlemeler yapılamamıştır. Ortaya çıkan problemler çoğu kez kısmi müdahalelerle çözülmeye çalışılmıştır. Üniversite hastanelerinin, sorunlarını tüm yönleriyle ele alan yapısal bir düzenleme yapılması bu kurumların en önemli ihtiyaçlarından birisidir.

Hastanemizin de dahil olduğu Üniversite hastanelerinin sorunları ve çözüm önerileri aşağıda belirtilmeye çalışılmıştır:

Sorun 1- Ücreti döner sermayeden ödenen personelin dağılım dengesizliği ve mali yükü.

Çözüm Önerisi: Döner sermayeden çalıştırılan personelin oluşturduğu dengesizliği gidermek için en ideal çözüm olarak, bir kereliğine mahsus döner sermayeden çalıştırılan personeli merkezi yönetim bütçesine veya özel bütçeye aktarmaktır. Daha sonra ise artık döner sermayelerden personel istihdamına müsaade edilmemelidir. Bu çözüm hem dengesizliği giderecek ve hem de mali olarak zaten zor durumdaki döner sermayelerde önemli bir rahatlık sağlayacaktır.

Sorun 2- Hazine payı ödemesi.

Çözüm Önerisi: Hazine payı kesintileri zaten mali olarak zor durumdaki döner sermayeleri olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle üniversite hastaneleri üzerindeki bu kesintiler kaldırılmalıdır.

Sorun 3- Araştırma fonu yükü.

Çözüm Önerisi:

- Üniversitelerin bilimsel araştırmalarının finansmanı için merkezi yönetim bütçesinden finanse edilen farklı kaynaklar oluşturulmalı ve kaynak aktarımı sağlanmalıdır.
- Kalkınma Bakanlığı'nın, gerek TÜBİTAK'ın gerek kalkınma ajanslarının ve gerekse diğer birçok finansman kaynağı mevcuttur. Dolayısıyla üniversitelerde bilimsel çalışma yapacak akademisyenleri ihtiyaç duydukları finans için bu kaynaklara yönlendirmek gereklidir.
- Üniversiteler bilimsel araştırmalar için özellikle uluslararası destek fonlarına yönelmelidir.
- Bilimsel araştırma için ilgili sektörlerle iş birliği yapılarak bir taraftan ülkenin ar-ge ihtiyacı karşılanmalı, diğer taraftan araştırmalar için özel sektör kaynaklı fonlar oluşturulmalıdır. Bu durum ülkemizin kalkınmasında da faydalı olacaktır.

Bu çalışmalarla hem bilimsel araştırmaları geliştirmek hem de bu kapsamda döner sermayelerin üzerindeki bu yükü azaltmak mümkündür.

Sorun 3- Katma değer vergisi kaybı.

Çözüm Önerisi: Üniversite hastanelerinin hizmet satışlarında özel hastaneler gibi KDV eklemelerine ve tahsilat yapmalarına müsaade edilmelidir.

Sorun 4- Mesleki sigorta giderleri.

Çözüm Önerisi: Mesleki sigorta giderlerini karşılayacak şekilde sağlık hizmet fiyatları artırılmalıdır.



Sorun 5- Fiziki mekan yetersizliği ve tıbbi donanım ihtiyacı.

Çözüm Önerisi: Sağlık hizmet fiyatları amortisman sağlık hizmet sunucularının amortisman giderlerini karşılayacak şekilde artırılmalı, fiziki mekanları ekonomik ömrünü tamamlamış sağlık hizmet sunucuları için ise Türkiye yatırım bütçesinden kaynak ayrılmalıdır.

Sorun 6- Nöbet Ücret giderleri.

Çözüm Önerisi: Nöbet giderlerinin en önemli sebebi yeterli sağlık personelinin istihdam edilememesidir. Dolayısıyla büyük ölçüde personel eksikliğinden kaynaklanan bu giderlerin azaltılması için ihtiyaç olan alanlarda personel kadrosu verilmeli, personel atamasında çok iyi analizler yapılmalıdır. Ayrıca; personel sayısı yeterli kliniklerde insan kaynakları optimal kullanılarak vardiye usulü çalışma yöntemine geçilmelidir. Personel istihdamı yeterli birimlerde nöbet parası yerine tuttuğu saat kadar izin verilmelidir.

Sorun 7- Üniversite hastanelerinin sağlık sistemindeki yerinin net olarak belirlenmemesi.

Çözüm Önerisi: Sağlık sistemimizde üniversite hastanelerinin misyonu netleştirilmeli, araştırma ve eğitim rollerine zarar vermeyecek şekilde ileri derecede sağlık hizmeti üreten referans kurumlar olarak yapılanması/kalmaları sağlanmalıdır. Üniversite hastanelerinin sağlık sistemimizde kendilerinden beklenen ileri derece sağlık hizmeti rolünü uygun bir konuma geçmeleri bakımından, onların hasta profillerine uygun sürdürülebilir bir geri ödeme politikasının uygulanması gerekmektedir. 750 bin nüfus altı illere üniversite hastanesi açılmamalıdır. Bunun yanında özellikle “Araştırma Üniversitesi” statüsü verilmiş üniversite hastaneleri hasta tedavisinden çok araştırma hizmetlerini önleyecek biçimde desteklenmelidir.

Sorun 8- Üniversitelere bağlı hastanelerde tam gün mesai sisteminin uygulanamaması.

Çözüm Önerisi: Üniversite öğretim üyeleri sadece üniversitelere bağlı sağlık tesisinde çalışmalıdır. Herhangi bir şekilde üniversite dışında sağlık hizmeti sunarak çalışması yasaklanmalıdır. Öğretim üyelerinin çalışmaları hakkaniyetli bir performans sistemi ile kendilerine gelir olarak dönmelidir.

Sorun 9- Üniversitelere bağlı hastanelerdeki özel muayene/işlem uygulamaları.

Çözüm Önerisi: Üniversite sağlık tesislerinde özel muayene/işlem uygulamasına son verilmelidir. Bunun gibi cepten harcamaları ve bürokrasiyi artıran yöntemler yerine performansa dayalı ve işletme verimliliğini artıran bir sistem kurulmalıdır. Örneğin; üniversite hastanelerinde görev yapan öğretim üyesi muayenelerinde SUT fiyatının profesör için 2, doçent için 1,5 ve doktor öğretim üyesi için ise 1,25 katsayı ile çarpılarak fiyatlandırılması ve bu katsayının öğretim üyesinin performans puanlarına aynı oranda yansıtılarak kullanılması verimliliği artırabilir. Aynı sistem cerrahi işlemler, diğer tıbbi müdahaleler veya raporlamalar için de uygulanabilir. Öğretim üyeleri kendilerinin gerçekleştirdiği işlemler için yüksek bir katsayı ile değerlendirilerek performans ödemesi yapılabilir. Ayrıca gözetimlerinde veya kontrollerinde gerçekleştirilen işlemler için de belirlenecek bir katsayı üzerinde yine ödeme yapılabilir. Bu sistemin bir sonucu olarak niceliksel ve niteliksel olarak çok iş yapan öğretim üyeleri daha çok kazanç elde edecek, bundan da işletme gelir sağlayacaktır.

Sorun 10- Üniversitelere bağlı hastanelerin işletme ve teşkilat yasasının olmaması.

Çözüm Önerisi: Üniversitelere ait sağlık hizmet sunucuları için özel bir teşkilat yasası oluşturularak modern bir işletme mevzuatı oluşturulmalıdır.

Sorun 11- Sağlık sistemindeki yaşanan haksız rekabet uygulamaları.

Çözüm Önerisi: Üniversite hastaneleri için yapılacak ödemeler kamuya ait kısıtların (İhale mevzuatı, mali mevzuat ve diğer mevzuat kısıtları) tabi oluşturduğu handikapları geredecek şekilde oluşturulmalıdır.

Sorun 12- Üniversite hastaneleri için düzenleyici bir üst yapının olmaması.

Çözüm Önerisi: Üniversite hastaneleri için özel bir teşkilat yasası ile Yüksek Öğretim Kurulu içinde merkezi bir birim oluşturulmalıdır. Bu merkezi birim üniversite hastanelerine yönelik izleme



ve değerlendirme sistemi geliştirilmelidir. Ayrıca bu hastanelerin haklarını arayan/koruyan bir teşkilat oluşturulmalıdır.

Sorun 13- Üniversite hastanelerinin optimal işletme büyüklüğünde olmamaları.

Çözüm Önerisi: Tıp fakültelerinin açılmalarına veya mevcutların hizmetlerini devam ettirmelerine yönelik olarak asgari standartlar belirlenmeli ve bu standartların yerine getirilemediği durumlarda tıp fakültesi açılmasına müsaade edilmemelidir. Mevcutlardan bu kriterleri yerine getiremeyenlerin durumu ayrıca değerlendirilmelidir.

Sorun 14- Üniversite hastane yönetimi ve diğer birimlerde ilişkilerin net olmaması.

Çözüm Önerisi: Üniversitelere hastane işletmelerinin doğal olarak en yakın ilişki kurduğu üniversite birimi olan tıp fakülteleri ile ilişkiler gerçekten oldukça karmaşıktır. Belli bir standardı ve kuralı yoktur. Bu hususların YÖK bünyesinde oluşturulacak üniversite hastanelerinin sorunlarını tespit eden çözümleyen bir fonksiyon görecektir “Üniversite Hastaneleri Kurulu”nda tartışılarak yasal bir çerçeveye kavuşturulmalıdır.

Sorun 15- Üniversite hastanelerine eğitim fonksiyonunun getirdiği mali yükler.

Çözüm Önerisi: Tıp Fakültelerinin eğitim giderlerinin merkezi yönetim bütçesinden karşılanması bunun için de bir maliyet çalışması yapılarak öğrenci başı bir ödeme yapılması; stajyer öğrencilerin oluşturduğu giderleri ise devlete ait okullar için devlet okullarınca, özel okullar için ise özel okullarca karşılanması; stajyer öğrencilerin yemek giderleri için merkezi yönetim bütçesinden ödenek verilmesi gerekir.

Sorun 16- Çalışan personele ödenen sabit ödemelerin diğer kamu kurumlarından farklı olarak vergiye tabi tutulması.

Çözüm Önerisi: Üniversite hastanelerinde çalışan personele 375 sayılı KHK göre ödenen sabit ödemelerin diğer kamu kurumları gibi vergiye tabi tutulması yönünde düzenleme yapılması gerekir.

Sorun 17- Üniversite hastanelerinin bütçe disiplininin zayıf olması.

Çözüm Önerisi: Üniversite hastanelerinin döner sermaye bütçelerinin gelir esaslı yapılması ve bütçenin uygulanabilirliğinin kontrol edilip onaylanması için gerekiyorsa mevzuat değişikliği yapılması gerekmektedir.

Sorun 18- Üniversite hastanelerinde ilaç, tıbbi ve laboratuvar malzeme maliyetlerin yüksek olması.

Çözüm Önerisi: Üniversite hastanelerinde piyasa araştırması, ihtiyaç ve stok fazlası gibi işlemler için ortak bir sistem geliştirilebilir ya da Sağlık Bakanlığı MKYS programları kullanılabilir. İşletmecilikle ilgili diğer tedbirleri alarak borç vadelerinin kısaltılmasıyla daha uygun maliyetle ürün tedarikine gidilmelidir. Üniversitelere bağlı döner sermayeli sağlık işletmeleri de il içinde kendileri bir araya gelerek ya da kamu hastaneleri ile birlikte toplu alım yapmalıdır.

Sorun 19- Üniversite hastanelerinin büyük bölümünde yüksek borç stoklu finansal sürdürülebilirlik sorunu.

Çözüm Önerisi: Borç stokunun yüksekliğinden dolayı mali sürdürülebilirliği kalmayan üniversite hastanelerine öngörülen şartları sağlaması durumunda mali yardım yapılmalıdır. Bazı üniversite hastaneleri için uygulanan global bütçe yapılması diğer üniversite hastaneleri için de düşünülmelidir.

Sorun 20- Artan maliyete rağmen güncellenmeyen SUT fiyatları sorunu.

Çözüm Önerisi: Girişimsel işlem puanlarının işlemin süresi, riski gibi objektif kriterlere göre sürekli güncellendiği dinamik bir sistem kurulmalıdır. SUT fiyatlarının makul ölçüde artırılması ve maliyeti yüksek işlemler için oluşan işletme zararlarını önleyici düzenlemelerin yapılması gerekir.

Sorun 21- Üniversite hastanelerinin personel ihtiyacı sorunu.



Çözüm Önerisi: Üniversite hastanelerinin personel ihtiyacı son yıllarda önemli bir problem oluşturmaktadır. Özellikle üniversite hastaneleri başta olmak üzere Türkiye’de yatak başına ebe-hemşire sayısı Avrupa’ya kıyasla düşüktür. Başta üniversite hastaneleri olmak üzere birçok kamu hastanesinde yoğun bakım ve diğer ünitelerde personel ihtiyacı had safhadadır. Bu nedenle, Üniversite hastanelerinin verimli çalışabilmesi için personel ihtiyacı acilen ve maliyeti özel bütçeden karşılanacak biçimde giderilmelidir.

Sorun 22- Üniversite hastaneleri personelinin emekliliğe yansıtılmayan ödenen ek ödemeler sorunu.

Çözüm Önerisi: Üniversite hastanelerinde ağır şartlarda çalışan personel için yıpranma payı ile ilgili düzenleme yapılması hususunda yetkili makamlarca alınan kararlara rağmen henüz hayata geçirilmemiştir. Bu husus personel motivasyonunu olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle, üniversite hastanelerinde çalışan personelin gelirlerinin tamamının sosyal güvenlik sistemine ve emekliliğe yansıtıldığı düzenlemeler yapılmalıdır.



İÇ KONTROL GÜVENCE BEYANI

Harcama yetkilisi olarak yetkim dâhilinde;

Bu raporda yer alan bilgilerin güvenilir, tam ve doğru olduğunu beyan ederim.

Bu raporda açıklanan faaliyetler için idare bütçesinden harcama birimimize tahsis edilmiş kaynakların etkili, ekonomik ve verimli bir şekilde kullanıldığını, görev ve yetki alanım çerçevesinde iç kontrol sisteminin idari ve mali kararlar ile bunlara ilişkin işlemlerin yasallık ve düzenliliği hususunda yeterli güvenceyi sağladığını ve harcama birimimizde süreç kontrolünün etkin olarak uygulandığını bildiririm.

Bu güvence, harcama yetkilisi olarak sahip olduğum bilgi ve değerlendirmeler, iç kontroller, iç denetçi raporları ile Sayıştay raporları gibi bilgim dâhilindeki hususlara dayanmaktadır.

Burada raporlanmayan, idarenin menfaatlerine zarar veren herhangi bir husus hakkında bilgim olmadığını beyan ederim. (Trabzon- Ocak 2022)

Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ
Başhekim

