



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi
(Farabi Hastanesi)
2023 Birim Faaliyet Raporu



Ocak 2024 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.....	9
1.1 Karadeniz Teknik Üniversitesi Taşınmazlarının Dağılımı	-
1.2 Karadeniz Teknik Üniversitesi Kapalı Alanlar	9
1.3 Eğitim Alanlarının Teknolojik Donanımı	-
1.4 Taşıtlar	-
1.5 Sosyal Alanlar	-
1.6 Hizmet Alanları	10
1.7 Hastane Alanları	11
2- Örgüt Yapısı.....	12
3- Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar	13
3.1 Kullanılan Bilişim Sistemleri	13
3.2 Yazılımlar ve Bilgisayarlar	13
3.3 Kütüphane Kaynakları	-
3.4 Diğer Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar	13
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	14
4.9 İdari Personelin Eğitim Durumu	14
4.10 İdari Personelin Hizmet Süresi	14
4.11 İdari Personelin Yaş İtibarı ile Dağılımı	14
4.12 İdari Personelin Cinsiyet Dağılımı	14
4.13 Sürekli İşçiler	15
4.14 Yıllar İtibarı ile Personel Sayılarının Dağılımı	15
5- Sunulan Hizmetler	16
5.1 Eğitim Öğretim Hizmetleri	-
5.2 Sağlık Hizmetleri	16
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	19
6.1 Yönetim ve İç Kontrol Sistemi	19
6.2 Kalite Güvence Sistemi	23
II- AMAÇ ve HEDEFLER	113
A- İdarenin Amaç ve Hedefleri	113
III- FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER	115
A- Mali Bilgiler	115
1- Bütçe Uygulama Sonuçları	115
1.1 Döner Sermaye Bütçe Giderleri	115
1.2 Döner Sermaye Bütçe Giderlerine İlişkin Açıklamalar	
2- Mali Denetim Sonuçları	116
2.1 İç Denetim	116
2.2 Dış Denetim	116
IV- KURUMSAL KABİLİYET ve KAPASİTENİN DEĞERLENDİRİLMESİ	
A- Üstünlükler	116
B- Zayıflıklar	117
C- Fırsatlar	117
D-Tehditler	117
V- ÖNERİ VE TEDBİRLER	117



BİRİM YÖNETİCİSİ SUNUŞU

Bütün gelişmiş ülkelerde olduğu gibi ülkemizde de tüm bireylerin sağlıklı bir yaşam sürmesi en temel insan haklarındandır. Sağlık alanındaki gelişmelerle sağlanan yalnızca daha uzun bir yaşam süresi değil, bu yolla hayat kalitesinin de giderek yükseltilmesidir. Sağlıklı yaşam aynı zamanda sürdürülebilir kalkınmaya ulaşmanın en güçlü yoludur. Bu bağlamda bir sağlık araştırma ve uygulama merkezi olarak KTÜ Farabi Hastanesi, ilimiz ve bölgemiz düzeyindeki hizmetlerine uluslararası satıhta koruyucu ve tedavi edici sağlık hizmetlerini deneyimli çalışanları ve güçlü alt yapısı ile sürdürmektedir. Kurum işleyişine katkıları olan tüm personelimize teşekkür eder, sağlıklı bir yıl 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, 1 Hastane Başmüdürü, 1 Hastane Müdür Vekili, 1'i asil 3'ü görevlendirme olmak üzere 4 Müdür Yardımcısı, 2 Şube Müdürü ve 1 Başhemşire Vekili 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 büyük gelişmeler doğrultusunda deneyimli kadrosu ve yıllanmış 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 4,5 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 tadilat edilerek 2005 itibariyle yeniden hizmete sokulmuştur. A ve B blok klinik binalar, 2015 yılında hizmete sokulan ek poliklinik binası ve diğer hizmet birimlerinde yaklaşık 94.355 m²'lik kapalı alanda (37 yataklı *erişkin Acil servis* ve 21 yataklı *Çocuk Acil servis hariç*) tescilli 831 yatak kapasitesine sahip olup, güncel haliyle hastanemiz aktif olarak kullanımda olan 756 yatak ile hizmet vermektedir. Hastanemizdeki özel oda sayısı toplamda 64'tür.

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 bünyesinde 34 Anabilim Dalı, 7 Laboratuvar, 32 Tanı Tedavi Ünitesi, 2 Ameliyathanede 26 ameliyat odası, 50 farklı poliklinik, 237 Öğretim Üyesi, 624 Araştırma Görevlisi olmak üzere toplam 861 hekim ve 1272 idari ve diğer sağlık personeli, 841 sürekli işçi olmak üzere toplam 2113 kurum personeli 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; donanımlı bir Tüp Bebek Merkezine; Kemik İliği Nakli Merkezine; en modern Yanık Merkezine sahibiz. Ayrıca, Sigara Bırakma, Ağrı, Bronşit, Hepatit, Aşı, Migren, Diyabet Eğitim, Diyet Poliklinikleri ve ayrıca bu yıl hizmete sokulan Akupunktur Ünitesi gibi çok farklı ihtiyaçlara cevap veren ayaktan hasta hizmetleri de vermekteyiz.

04.03.2023 tarihinde Geleneksel ve Tamamlayıcı Tıp Uygulamaları yetki belgesi alınan Ozon Terapi Ünitesi ve 19.02.2023 tarihi itibariyle açılan Pediatrik Kemik İliği Nakli Merkezimiz hizmet sunmaya devam etmektedir. Ayrıca Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Ünitesi, Pet CT Ünitesi, Nutrisyon Destek ve Kritik Bakım ve Toksoloji Birimlerimiz bulunmaktadır.

Sağlık turizmi kapsamında 2023 yılında dünyanın 10 farklı ülkesinden gelen 4 bin 448 kişiye sağlık hizmeti verilmiştir. En fazla hasta, 3 bin 406 kişi ile komşu ülke Gürcistan'dan olmak üzere, bu ülkeyi Suudi Arabistan 439, Azerbaycan 134, Rusya 80, Kuveyt 79, Umman 78, İran 72, Mali 57, Irak 55 ve 48 hasta Almanya olarak izlemiştir.

Sağlık turizmi hizmetleri kapsamında hastanemize başvuran hastalarımızın her biri öncelikli olarak Sağlık Turizmi Koordinasyon Polikliniği'nde değerlendirilmekte, burada güncel kılavuzlar doğrultusunda en uygun tanı ve tedavi yönlendirmeleri yapılarak hastaların sağlık turizmi deneyimlerinin sorunsuz ve etkili bir şekilde uygulanması sağlanmaktadır.



* Sağlık Turizmi Bekleme Salonu



2023 yılında hastanemizde yeni acil kafeteryası (Koru Acil Kafe) ile yeni acil tomografi hizmete alınmıştır.



* Yeni Acil Kafeteryası (Koru Acil Kafe)

Hastanemizde, hasta ve hasta yakınlarının konforunu en üst düzeye çıkarmak için yeni düzenlemeler hayata geçirilmiştir. Acil servis yakınında oluşturulan yeni bekleme alanı, hasta ve yakınlarına daha konforlu bir bekleme imkanı sunarken, aynı zamanda bilgilendirme ekranları aracılığıyla ameliyat olan ve acil serviste tedavi gören hastaların durumlarının takip edilmesi imkanı sunmaktadır. Ayrıca hasta takibini güçlendirmek amacıyla bekleme alanında anons sistemine de yer verilmiştir. Aynı alanda Üniversitemiz Koru Tesisleri tarafından bir kafeterya hizmete açılmıştır.

Hastanemizin acil tomografi ünitesine 128 dedektörlü yeni tomografi cihazı kurularak, hastalarımızın hizmetine sunulmuştur.



* Yeni Acil Tomografi



2023 yılında, Karadeniz Teknik Üniversitesi (KTÜ) Farabi Hastanesi'nin, Farabi Aktüel Dergisi'nin "Kaybolan Değerlerimiz" temasıyla üçüncü sayısı yayınlanmıştır.



*Farabi Aktüel Dergisi

Yıl içerisinde polikliniklere başvuran hastaların bakım temizlik hizmetlerinin yürütülmesi, sedyelerin ve tekerlekli sandalyelerin temin edileceği yapılar hizmete girmiştir. Ayrıca nakil bekleyen hastalar için gerek özel araçları, gerekse nakil ambulansı gelene kadar uygun ortamda bekleme imkânı sunulmuştur.



*Tekerlekli sandalye ve sedye odası



Bölgemizdeki diğer sağlık kurumlarında sorunu çözilemeyen, teşhis konulamayan veya tedavi edilemeyen hastaların sevk edildiği 3. Basamak ileri tetkik ve tedavi merkezi olarak 2023 yılında 901.824 poliklinik düzeyinde (ayaktan) hastaya ve 34.400 yatan hastaya hizmet vermiştir.

Modern ve uluslararası standartlarda, 3. derece yoğun bakım koşullarına sahip; Çocuk Hastalıkları Yoğun Bakım (7 yatak), Yeni Doğan 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 toplamda tescilli 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, 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, C ve D poliklinik bloğu ve E blok olmak üzere toplam 5 bloktan oluşmaktadır. Binaların birbiri içerisinden geçişleri vardır. A blok 11 kattan, B blok 6 kattan; eski ve yeni poliklinik binalarını ve hekim odalarını içeren C ve D blok 3'er kattan oluşmaktadır. E blokta bulunan ve 4 kattan oluşan acil servis ve yoğun bakımlar binası Mart 2015 tarihinde hizmete sokulmuştur. E blokta Acil hizmetleri, Yoğun Bakım ve Yanık Ünitesi hizmeti verilmektedir.

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 6 adet büfe/kafeterya 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	İDARİ ALANLAR				EĞİTİM ALANLARI				ARAŞTIRMA ALANLARI					
	AKADEMİK		İDARİ		DERSLİK		AMFİ		LABORATUVARLAR				KÜTÜPHANE	
	Mekan Sayısı	m ²	Mekan Sayısı	m ²	Mekan Sayısı	m ²	Mekan Sayısı	m ²	Eğitim Labor.		Tematik Labor.		(Okuma Salonu)	
									Mekan Sayısı	m ²	Mekan Sayısı	m ²	Mekan Sayısı	m ²
	404	7.815,28	47	3216	20	992	6	732	2	240	7	2400	2	386



SOSYAL ALANLAR								SAĞLIK ALANLARI		DİĞER HİZMET ALANLARI				DİĞER ALANLAR	
YEMEKHANE		ÖĞRENCİ KULÜPLERİ		KANTİN KAFETERYA		KONGRE-KONFERANS		SAĞLIK		DEPO		ARŞİV-ATÖLYE-AMBAR		SİRKÜLASYON-TESİSAT -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	-	-	6	600	1	225	99	71080	7	1930	6	3171	6	1000

1.5.6 Kongre ve Kültür Merkezleri/Çok Amaçlı Salonlar

Birim Adı	Kampüs Adı	Toplantı Salonu, Konferans Salonu, Eğitim Salonu		
		Salon Adı	Alan (m ²)	Kapasite (Kişi)
Farabi Hastanesi	Kanuni Y.	Aydın İNAL Amfisi	255,75	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



1.7 Hastane Alanları

Hastane Alanları		
Birim	Sayı (Adet)	Kapalı Alan (m ²)
Yoğun Bakım	8	1785
Yanık Merkezi	1	815
Ameliyathane	2	3000
Klinik	36	18500
Laboratuvar	6	2400
Radyoloji Alanı	1	1100
Eczane	1	330
Nükleer Tıp Alanı	1	980
Mutfak	1	600
Çamaşırhane	2	800
Teknik Servis	1	600
Kazan Dairesi	2	1200
Poliklinikler (235 oda)	50	10100
Muhtelif İdari Bürolar	46	1670
Klima Daireleri	6	1000
Radyasyon Onk.Ünitesi	1	1150
Hemodiyaliz	1	200
Yemekhaneler	2	668
Depo	6	1600
Temel Tıp Bilimleri Eski Binası	1	7200
Ortak Alanlar	-	9756
Radyoloji Departmanı	1	2000
Mrk.Sterilizasyon Ünit+Tüp Bebek Ünit+Mrk.Otomasyon Depo Binası	1	1855
Yeni Poliklinik Binası	1	9500
Yeni Acil Servis ve Yoğun Bakımlar Binası	1	14000
Başhekimlik Departmanı	1	1546
TOPLAM	-	94.355 m ²



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)	9
	Bütçe ve Satınalma (e-bütçe)	14
	Mali Yönetim Sistemi (MYS)	12
	Döner Sermaye Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemi (DMİS)	10
Farabi Hastanesi Otomasyon Sistemi		3.141

3.2 Yazılımlar ve Bilgisayarlar

Hesap Kodu	I.Düzye Kodu	Cinsi	Adet
260	2	Yazılım	1
255	2	Masa Üstü Bilgisayar	1.324
255	2	Yazıcı	73
255	2	Barkot Yazıcı	102

3.3 Kütüphane Kaynakları (*)

3.4 Diğer Bilgi ve Teknolojik Kaynaklar

Cinsi	Adet	Cinsi	Adet
Akıllı Tahta	-	Faks	9
Projeksiyon	26	Fotoğraf mak.	8
Slayt makinesi	3	Kameralar	8
Tepegöz	-	Televizyonlar	462
Episkop	-	Tarayıcılar	93
Barkot Okuyucu	240	Müzik Setleri	1
Baskı makinesi	1	Mikroskoplar	65
Fotokopi makinesi	21	DVD'ler	6
Optik Okuyucu	-	Güç Kaynağı	29



4.8 İdari Personel

Hizmet Sınıfları	Birimde Kadrolu Çalışan	13/b-4 ile Gelen	13/b-4 ile Giden
Genel İdari Hizmetleri	76	32	41
Teknik Hizmetleri Sınıfı	46	17	7
Yardımcı Hizmetler Sınıfı	35	9	3
Sağlık Hizmetleri Sınıfı	791	102	25
Din Hizmetleri Sınıfı	2	2	2
Toplam	950	162	78
Öğretim Görevlisi	20	18	-
4/B Sözleşmeli Personel	302	1	-
Toplam İdari Personel Sayısı	1272	181	78

4.9 İdari Personelin Eğitim Durumu

İdari Personelin Eğitim Durumu					
Öğrenim Durumu	İlköğretim	Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek L. ve Doktora
Kişi Sayısı	24	219	259	717	53
Yüzde (%)	1.90	16.89	20.44	56.59	4.18

4.10 İdari Personelin Hizmet Süreleri

İdari Personelin Hizmet Süresi						
Yıllar	1 – 3 Yıl	4 – 6 Yıl	7 – 10 Yıl	11 – 15 Yıl	16 – 20 Yıl	21- üzeri
Kişi Sayısı	576	4	7	140	263	282
Yüzde (%)	45.28	0.31	0.55	11.01	20.68	22.17

4.11 İdari Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı

İdari Personelin Yaş İtibariyle Dağılımı						
Yaş Aralıkları	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51- üzeri
Kişi Sayısı	207	244	130	172	352	167
Yüzde (%)	16.28	19.18	10.22	13.52	27.67	13.13

4.12 İdari Personelin Cinsiyet Dağılımı

İdari Personel Kadın-Erkek Personel Dağılımı Sayıları					
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Toplam	K %	E %
Kişi Sayısı	392	880	1272	69.18	30.82



4.13 Sürekli İşçiler

Sürekli İşçi Eğitim Durumu					
Öğrenim Durumu	İlköğretim	Lise	Ön lisans	Lisans	Yüksek L. ve Doktora
Kişi Sayısı	131	422	205	80	3
Yüzde (%)	15.57	50.18	24.38	9.51	0.36

Sürekli İşçi Hizmet Süresi						
Yıllar	1 – 3 Yıl	4 – 6 Yıl	7 – 10 Yıl	11 – 15 Yıl	16 – 20 Yıl	21- üzeri
Kişi Sayısı	1	87	258	204	192	99
Yüzde (%)	0.12	10.34	30.68	24.26	22.83	11.77

Sürekli İşçi Yaş İtibariyle Dağılımı						
Yaş	21-25	26-30	31-35	36-40	41-50	51- üzeri
Kişi Sayısı	82	86	132	214	283	44
Yüzde (%)	9.75	10.23	15.70	25.45	33.65	5.22

Sürekli İşçi Kadın Erkek Personel Dağılımı Sayıları					
Cinsiyet	Kadın	Erkek	Toplam	K %	E %
Kişi Sayısı	431	410	841	51.25	48.75

4.14 Yıllar İtibarı ile Personel Sayılarının Dağılımı

Personel Sınıfı	2017	2018	2019	2020	2021	2023	2024
İdari Personel	829	809	785	753	724	716	970
Sözleşmeli Personel	209	211	212	249	263	293	302
Sürekli İşçiler	901	880	855	917	887	873	841
Toplam	1.939	1.900	1.852	1.919	1.874	1.882	2.412



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.

5.2- Sağlık Hizmetleri

5.2.1- Hizmet Birimleri

	YATAK SAYISI	HASTA SAYISI	TETKİK SAYISI
Acil Servis Hizmetleri	57	137.916	
Yoğun Bakım	79	3.606	
Klinik (YB dahil)	731	34.400	
Ameliyat İşlem Sayısı (Ameliyathane içi)		39.928	
Ameliyat İşlem Sayısı (Ameliyathane dışı)		20.244	
Poliklinik Hasta Sayısı (Acil dahil)		901.824	
Laboratuvar Hizmetleri		843.289	9.192.769
Radyoloji Ünitesi Hizmetleri		245.527	481.135
Nükleer Tıp'da Verilen Hizmetler		3.812	3.831

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	429	330	3109	7	85,17
YB Ünitesi - 2	8	394	304	2596	6	88,9
YB Ünitesi - 3	16	448	302	3715	8	63,61
KVC	8	676	646	1522	2	52,12
Koroner	10	1129	1045	3407	3	93,34
Pediatric YB	7	215	163	2408	11	94,24
Yenidoğan YB (**)	14	315	292	4277	14	83,69
TOPLAM (***)	73	3.606	3.082	21.034	7,28	78.94

(*) Bu veriler aynı zamanda "Klinik ve Poliklinik Hizmetleri" başlıklı 5.2.4 tablosuna giydirilmiştir.

(**) 8 yataklı Yenidoğan Yoğun Bakım I servisi kapalı olmak üzere, iki adet yatağı Yenidoğan YB II (12+2) servisine aktarılmıştır. Yenidoğan YB servisi olarak tek serviste hizmet vermektedir.

(***) YB tescilli yatak sayımız 79'dur.



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	2533	2940	Ameliyat Edilen Hasta Sayısı	618
B Grubu		7382	8295		1551
C Grubu		8021	8734		3738
D Grubu		6376	7533		5219
E Grubu		8138	12.426		9118
TOPLAM	32.450	32.450	39.928	18.393	20.244
Ameliyat Edilen Toplam Hasta Sayısı (a+b)				50.843	
Genel İşlem Sayısı (c+d)				60.172	

(*) Ameliyathane’de ‘ekip kaydı’ yapıldıysa ameliyathane içi; yoksa dışı şeklinde ayırım yapılmıştır.

(**) Günübirlik ameliyatlar buraya dahil edilmemiştir.

Doğum Vakaları	
Doğum Türü	Sayısı
Müdahaleli Doğum (*)	604
Normal Doğum	100
Toplam	704

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

5.2.4- Klinik ve Poliklinik Hizmetleri

Servisler ve Poliklinikler	Yatak Sayısı	Poliklinik Sayısı	Yatan Hasta Sayısı	Taburcu Sayısı	Yatış Gün Sayısı	Ort. Yatış Gün Sayısı	Yatış Doluluk Oranı (%)
Beyin Cerrahi	43	18284	1953	1903	11325	5	72,15
Çocuk Cerrahisi	20	6793	1032	1023	4771	4	65,35
Cildiye	6	41331	149	147	1136	7	51,87
Dahiliye - Endokrin	17	28883	643	636	4182	6	67,39
Dahiliye - Gastroenteroloji	17	21520	921	890	4570	5	73,65
Dahiliye - Hematoloji	17	29317	359	321	6903	20	111,24
Dahiliye - İmmünoloji	13	7668	207	198	2207	10	46,51
Dahiliye - Nefroloji	18	8834	355	333	5999	17	91,3
Dahiliye - Onkoloji	17	23929	832	762	5738	6	92,47
Dahiliye - Onkoloji 2	15	-	540	479	4483	8	81,88
Genel Dahiliye	4	19327	120	116	1097	10	75,13
Enfeksiyon Hastalıkları	15	10733	496	479	4518	9	82,52
Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon	10	22846	273	266	2880	10	78,9



Göğüs Cerrahisi	15	5249	1281	1270	3670	2	67,03
Genel Cerrahi	59	20486	2618	2527	15954	6	74,08
Göğüs Hastalıkları	25	28072	913	864	6479	7	71
Göz Hastalıkları	23	49006	1759	1758	7519	4	89,56
Kadın Hastalıkları ve Doğum	31	29800	1815	1813	7073	3	62,5
Kardiyoloji	21	34759	1848	1828	6586	3	85,92
Kulak-Burun-Boğaz	43	39395	1877	1855	8490	4	54,09
Kalp-Damar Cerrahisi	20	6433	740	723	2686	3	36,79
Kemik İliği Tranplantasyon	7	-	89	85	1522	17	59,56
Koroner Bakım	10	-	1129	1047	3404	3	93,26
Kardiyovasküler	8	-	676	646	1522	2	52,12
Nöroloji	19	29455	689	671	5447	8	78,54
Nükleer tıp	2	3998	53	53	70	1	9,58
Organ Nakli	-	2140	0	0	0	0	0
Ortopedi	43	26279	2111	2075	11233	5	71,57
Pediatric (ADÖLESAN)	16	-	429	423	3091	7	52,92
Pediatric Enfeksiyon	17	4405	405	399	2795	7	45,04
Pediatric Hematoloji-Onk + KİT	17	9471	386	381	3309	8	53,32
Yenidoğan (Neonatoloji)	-	1436	-	-	-	-	-
Pediatric (SÜT ÇOCUĞU)	15	-	427	418	2886	6	46,51
Yenidoğan YB	14	-	315	292	4277	14	83,69
Pediatric Yoğun Bakım	7	-	215	163	2408	11	94,24
Plastik Cerrahi	17	17045	1338	1334	3832	2	61,75
Psikiyatri	16	19310	275	261	5390	20	92,29
Radyasyon Onkolojisi	12	9946	442	412	3884	8	88,67
Üroloji	41	25168	2630	2604	9835	3	65,72
Yoğun Bakım Ünitesi - 1	10	-	429	330	3109	7	85,17
Yoğun Bakım Ünitesi - 2	8	-	394	304	2596	6	88,9
Yoğun Bakım Ünitesi - 3	16	-	448	302	3715	8	63,61
Yanık Merkezi	12	-	321	306	2508	8	57,26
Adli Tıp	-	1746	-	-	-	-	-
Aile Hekimliği Poliklinik	-	7229	-	-	-	-	-
Algoloji Polikliniği	-	1651	-	-	-	-	-
Anesteziyoloji Polikliniği	-	19522	-	-	-	-	-
Çocuk Ürolojisi Polikliniği	-	3070	-	-	-	-	-
Çocuk Psikiyatrisi Polikliniği	-	13431	-	-	-	-	-
Çocuk Koruma ve İzlem Merkezi	-	274	-	-	-	-	-
Covid Sonrası İzlem Polikliniği	-	2	-	-	-	-	-
Romatoloji Pol. (FTR+Dahiliye)	-	12101	-	-	-	-	-
Girişimsel Radyoloji	-	2205	-	-	-	-	-
Personel Periyodik Muayene	-	2029	-	-	-	-	-



Kardiyopulmoner Rehab. Ünitesi	-	44	-	-	-	-	-
Pediyatri İmmünoloji ve Allerji	-	5618	-	-	-	-	-
Pediyatri Endokrin Polikliniği	-	10793	-	-	-	-	-
Pediyatri Gastroenteroloji Pol.	-	7648	-	-	-	-	-
Genel Pediyatri Polikliniği	-	7944	-	-	-	-	-
Pediyatri Kardiyoloji Polikliniği	-	9700	-	-	-	-	-
Pediyatri Nefroloji Polikliniği	-	9830	-	-	-	-	-
Pediyatri Nöroloji Polikliniği	-	9482	-	-	-	-	-
Pediyatri Romatoloji Polikliniği	-	4159	-	-	-	-	-
Perinatoloji Ünitesi	-	30	-	-	-	-	-
Radyoloji Ünitesi	-	5401	-	-	-	-	-
Sigara Bırakma Polikliniği	-	180	-	-	-	-	-
Tüp Bebek Ünitesi	-	475	-	-	-	-	-
Diğer Laboratuvarlar	-	8	-	-	-	-	-
Genetik Laboratuvarı	-	11924					
Sağlık Turizmi Koord. Polik.	-	94	-	-	-	-	-
Hemodializ Ünitesi	-	414	-	-	-	-	-
Kan Bankası	-	30	-	-	-	-	-
Kemoterapi ünitesi	-	12540	-	-	-	-	-
Periton Diyaliz Ünitesi	-	94	-	-	-	-	-
Rehabilitasyon Ünitesi	-	424	-	-	-	-	-
Sağlık Kurulu	-	2468	-	-	-	-	-
Taş Kırma Ünitesi	-	17	-	-	-	-	-
TPN Ünitesi	-	13	-	-	-	-	-
Toplam	756	763.908	33.932	32.697	195.099	7,5	71%
Acil	37	106729	110	85	371	3	-
Pediyatri Acil	21	31187	358	354	878	2	-
Acil toplam	58	137.916	468	439	1249	3	-
Genel Toplam	813	901.824	34.400	33.136	196.348	7,26	71%

- Nükleer Tıp'ta yatılan gün sayısının düşük olması nedeniyle toplam doluluk oranı hesabına dahil edilmemiştir. (756-2="754" yatak sayısı üzerinden doluluk oranı hesaplanmıştır.)

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 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 Başmüdürü ;

Başhekimin önerisi ile 2547 sayılı yasanın amir hükümlerine göre Rektör tarafından atanan Hastaneler Başmüdürü ve Hastane Müdür Vekili;

Başhekimin önerisi ile 2547 sayılı yasanın amir hükümlerine göre Rektör tarafından atanan 2 (iki) Hastane Müdür Yardımcısı, 2 görevlendirme Müdür Yardımcısı ve 2 Şube Müdürü'nden 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 Başmüdürü İbrahim KÜÇÜK'e, Hastane Müdür V. Bahattin Levent'e, Hastane Müdür Yrd V. Mahir SALI'ya, Hastane Müdür Yrd. Mustafa ÇETİNKAYA'ya, Hastane Müdür Yrd. V. Zeki ERTEM'e, Hastane Müdür Yrd. V. İbrahim Çuvalcı'ya, Yakup YAZICI'ya, Gülay ÇAKMAK'a ve ayrıca Yazı İşleri Birim Sorumlusu Emine DİNÇ'e 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	2023 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	2023 yılı içerisinde hastanemizin Hasta Hakları Birimi'ne toplamda 1042 yazılı başvuru yapılmıştır. Bu başvurulardan 58'i doğrudan dilekçe, 112'si e-posta yoluyla yapılan bildirim ve 872'si dilek ve şikayet kutusuna yapılan başvuru sayısından oluşmaktadır. Tüm bu 1042 başvurunun 636'sı şikayet, 406'sı teşekkür içeriklidir.
	Standart 11: Faaliyetlerin Sürekliliği	- Yeni başlayan personele hizmetiçi eğitim verildi. - İş sağlığı ve güvenliği eğitimi periyodik aralıklarla verildi. - 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 2023 yılı içerisinde hastanede harici gelen ve giden olmak üzere toplam 19.174, kurum içi ise 2.392 yazışma yapıldı.
	Standart 16: Hata, Usulsüzlük ve Yolsuzlukların Bildirilmesi	2023 yılı içerisinde usulsüzlük ve yolsuzluklarla ilgili yazılı ya da sözlü bir ihbar olmadı.
İZLEME	Standart 17: İç Kontrolün Değerlendirilmesi	- Personelin memnuniyeti ile ilgili 2023 yılı içerisinde 1 (bir) kez anket uygulandı. - Hasta memnuniyeti anketi 2023 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: 2023 yılı içerisinde hastanemizde 1 kez iç denetim faaliyeti yapıldı. - DIŞ DENETİM: 2023 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

2023 yılında hastanemizde, 06/06/2023 tarihinde “Birimler için “10 kısım tıbbi cihaz alımı”, 26/04/2023 tarihinde “Birimler için 23 kısım (28 kalem) tıbbi cihaz ve tıbbi gereç alımı, 30/10/2023 tarihinde “En az 64 sıra dedektörlü en az 128 kesit Bilgisayarlı Tomografi Sistemi Alımı” ihaleleri 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	-	-	-	-	3	-	-	-	-	3

6.2 Kalite Güvence Sistemi

2023 YILI ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİM ANKETİ ANALİZ RAPORU

Sağlık kurum ve kuruluşlarında kaliteli hizmet sunumunun sağlanması amacıyla, hasta güvenliği, çalışan güvenliği, hasta memnuniyeti ve çalışan memnuniyetini esas alan sağlıkta kalite standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenlemek amacıyla 27 Haziran 2015 Cumartesi tarihli 29399 sayılı “**Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik**” ve 14 Mart 2020 tarihinde de Sağlıkta Kalite Standartları Hastane Versiyon 6 (SKS-Hastane Versiyon-6) seti yayınlanmıştır. Sağlıkta Kalite Standartları gereğince sağlık kurum ve kuruluşlarında; çalışanlara **Çalışan Geri Bildirim Anketi** uygulanmalı gerekli değerlendirmeler ve analizler yapılmalıdır. Bu kapsamda çalışanların **Çalışan Geri Bildirim Anketi** uygulanmış ve bu konuya yönelik düzenlemeler yapılmıştır.

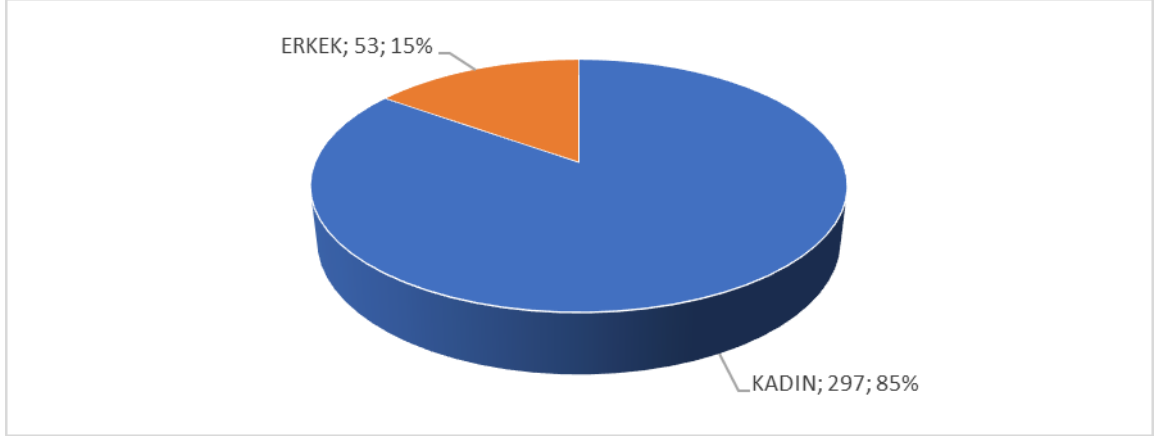
Çalışanların değerlendirilirken,

- Değerlendirmelerde, Kalite Koordinatörü, Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Biriminden bir temsilcisi, Çalışan Güvenliği Komitesinden bir temsilci ve üst yönetimden bir kişi yer alır.
- Değerlendirmeler, yılda bir kez yapılır.
- Veri analizleri üst yönetim ve ilgili paylaşılır.
- Elde edilen bulgular neticesinde hangi iyileştirmelerin gerekli olduğu tespit edilir ve önem düzeylerine göre bu iyileştirmelerin nasıl gerçekleştirileceği planlanır.

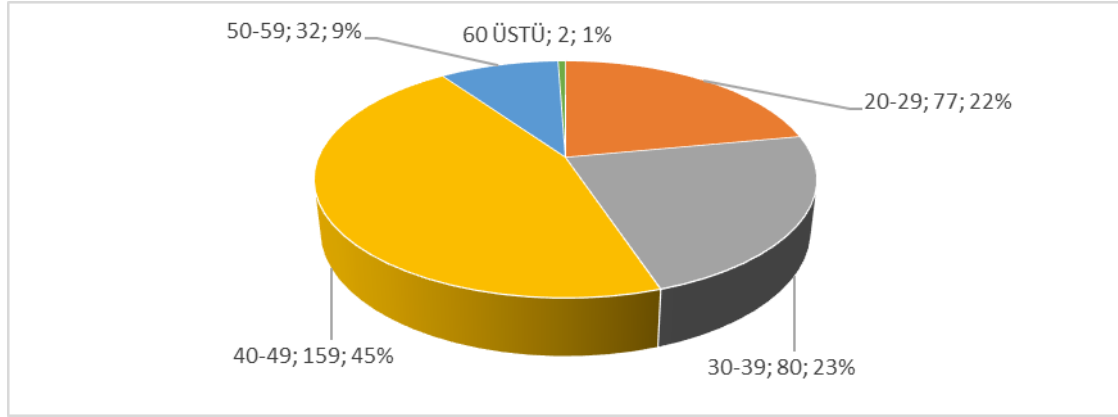
Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi Kalite Modülü üzerinden uygulanan **Çalışan Geri Bildirim Anketi** analiz edildiğinde,

- 2023 yılı **Çalışan Geri Bildirim Anketi** sonucumuz **%61** olarak belirlenmiştir.



1. 2023 YILI ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİM ANKETİ CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI

- 2023 yılında *Çalışan Geri Bildirim Anketi* 297 kadın, 53 erkek katıldı.

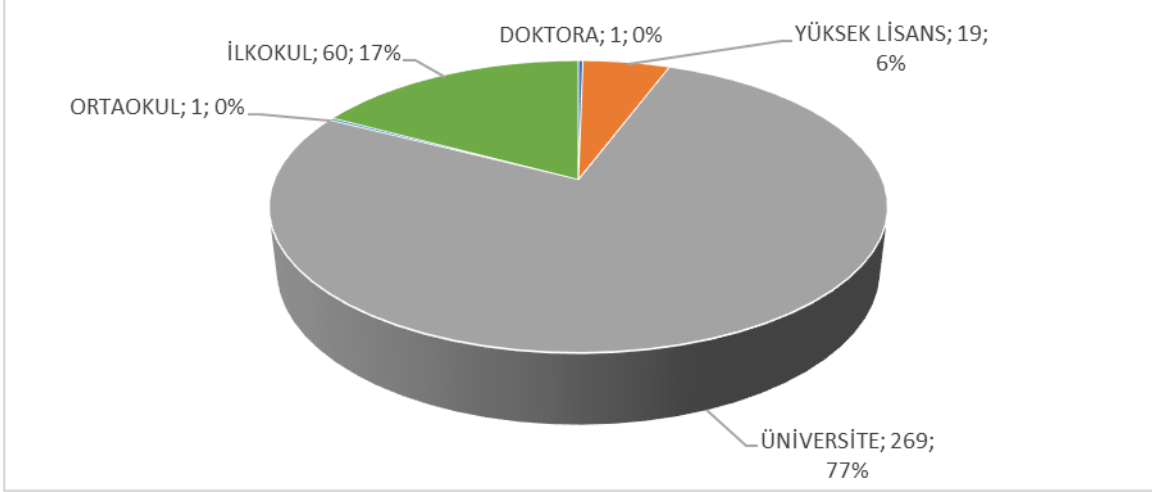
2. 2023 YILI ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİM ANKETİ YAŞ KATEGORİSİNE GÖRE DAĞILIMI

YAŞ GRUPLARI	KİŞİ SAYISI
20'nin Altında	-
20-29	77
30-39	80
40-49	159
50-59	32
60 Üstü	2



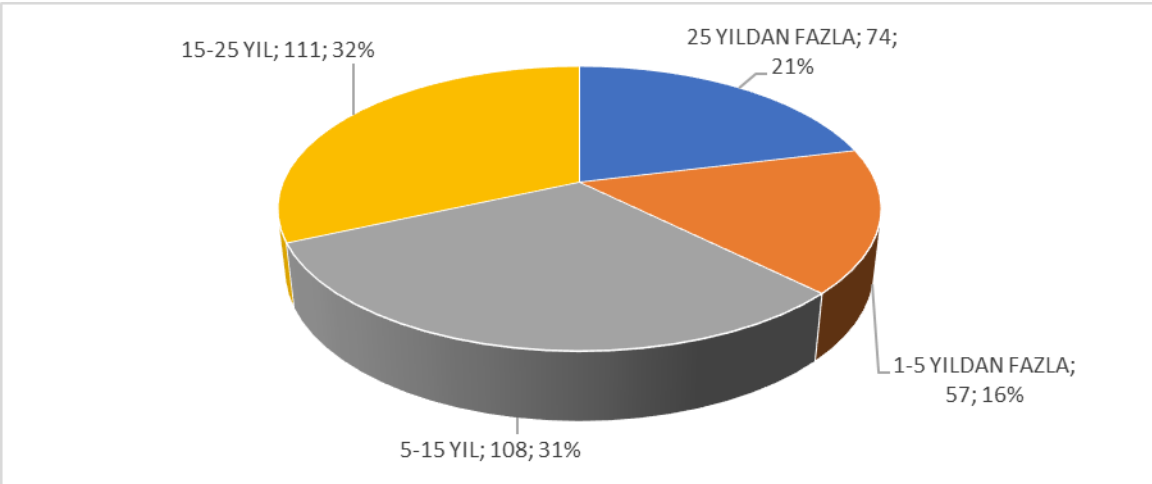
- 2023 yılı **Çalışan Geri Bildirim Anketi**'nin yaş kategorisine göre dağılımı baktığımızda en çok katılım 40- 49 ve 30-39 kategorisinde olduğu analiz edilmiştir. 20 yaş altı ve 60 yaş üstü katılımın az olduğu belirlenmiştir.
-

3. 2023 YILI ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİM ANKETİ EĞİTİM DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI



- 2023 yılı çalışan eğitim durumuna göre dağılımı baktığımızda katılımcıların en çok üniversite mezunu olduğu analiz edilmiştir.

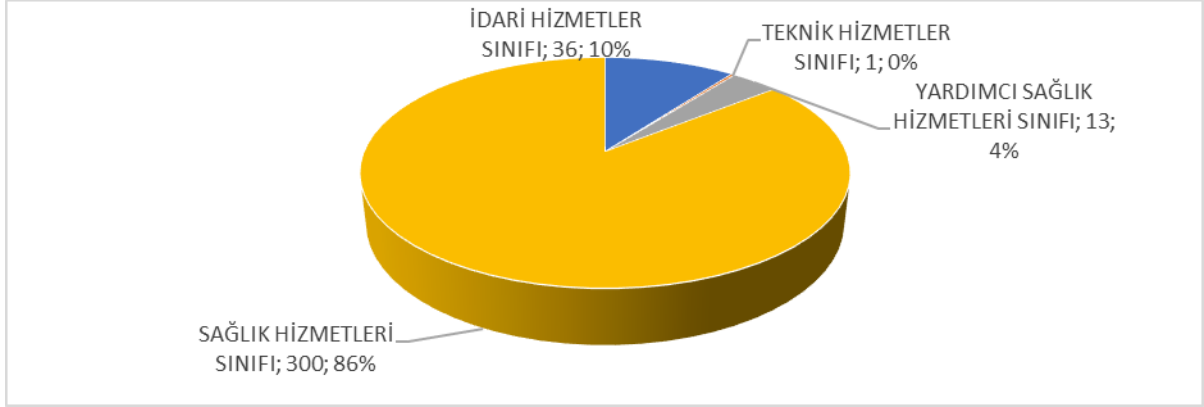
4. 2023 YILI ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİM ANKETİ ÇALIŞANLARIN KURUMDA ÇALIŞTIĞI SÜREYE GÖRE DAĞILIMI



- 2023 yılı **Çalışan Geri Bildirim Anketi**'nin çalışanların kurumda çalıştığı süreye göre dağılımı baktığımızda en çok katılımın 5-15 yıl arası çalışanların olduğu analiz edilmiştir.

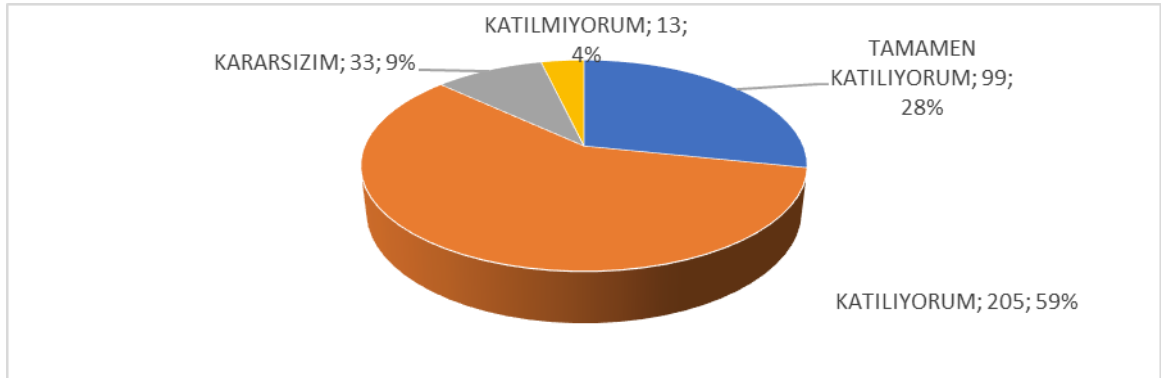


5. 2023 YILI ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİM ANKETİ MESLEK GRUPLARINA GÖRE DAĞILIM

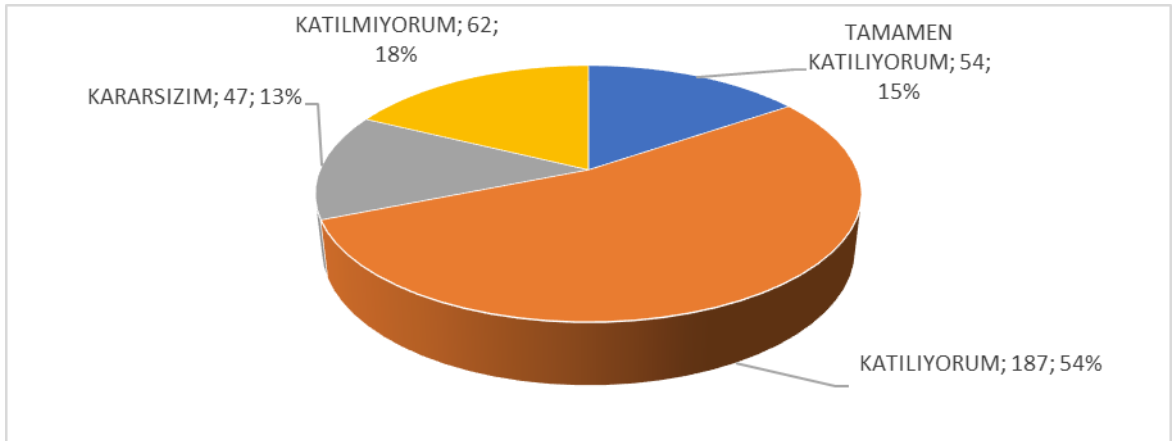


6. 2023 YILI ÇALIŞAN GERİ BİLDİRİM ANKETİ SORULARA GÖRE DAĞILIMI

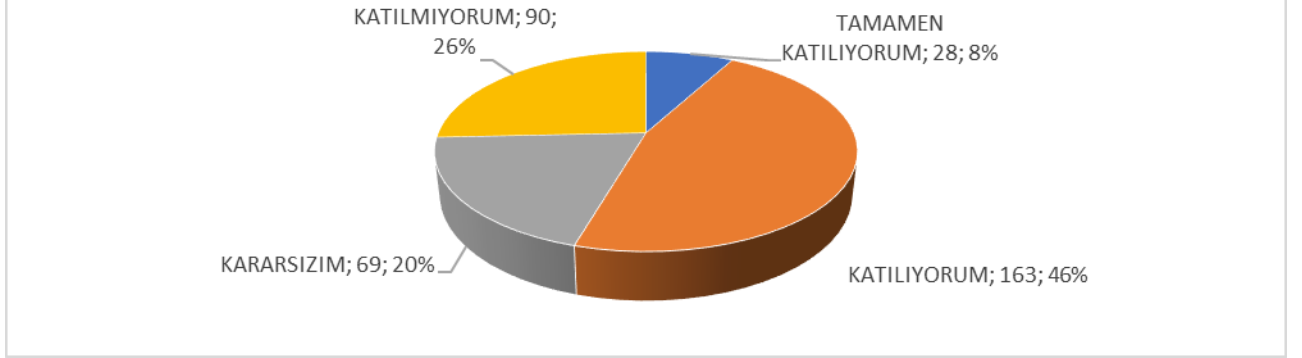
6.1 Aldığım Eğitime Uygun Bir Bölümde Çalışıyorum



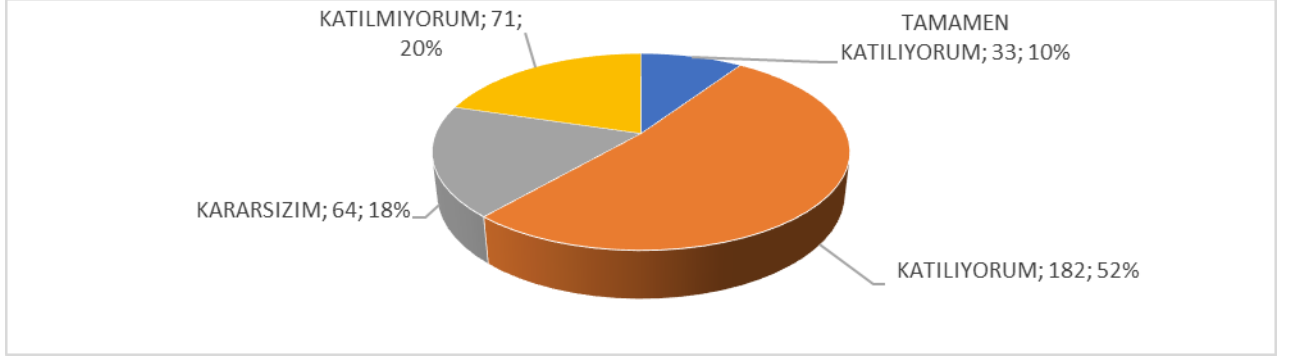
6.2 Çalışma Ortamım ve Çalışma Koşullarım ile İlgili Yapılacak Düzenlemelerde Görüşüme Başvurulur



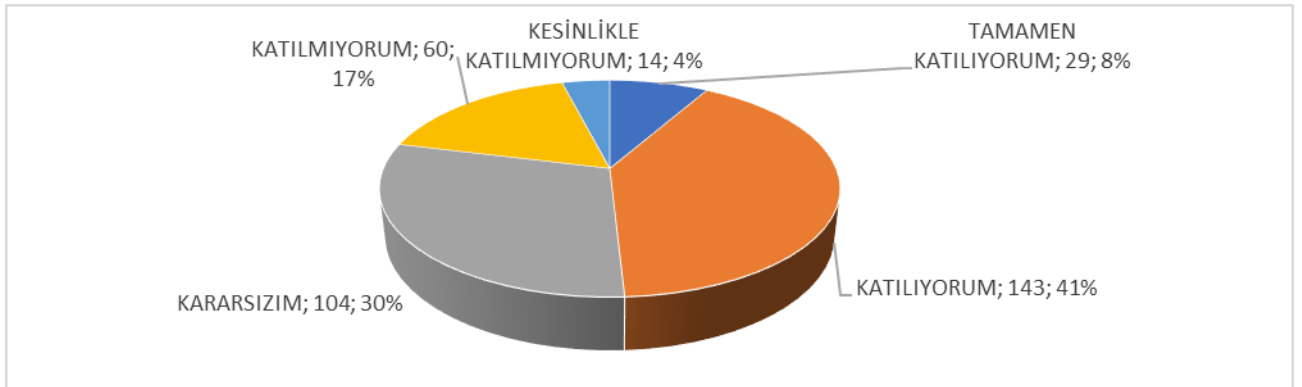
6.3 Çalışma ortamım rahat çalışabileceğim biçimde düzenlenmiştir



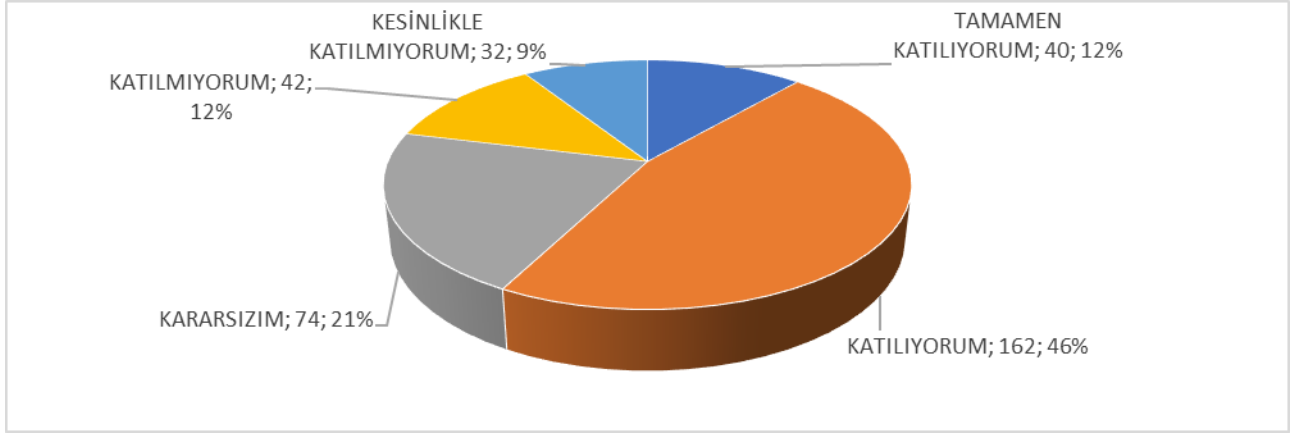
6.4 Çalıştığım bölümde çalışan güvenliği ile ilgili tedbirler alınmıştır



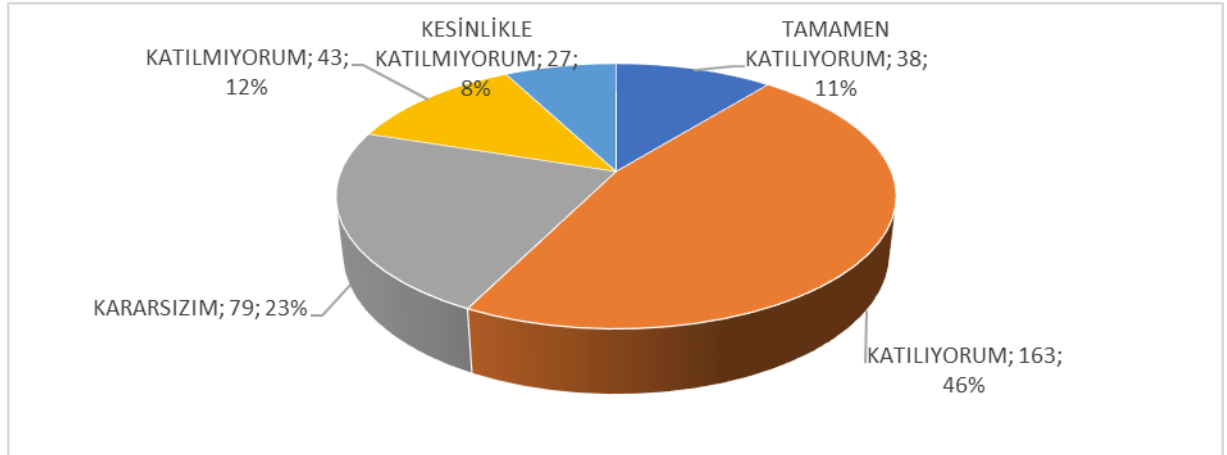
5.5 Çalıştığım Ortamda Kendimi Güvende Hissederim



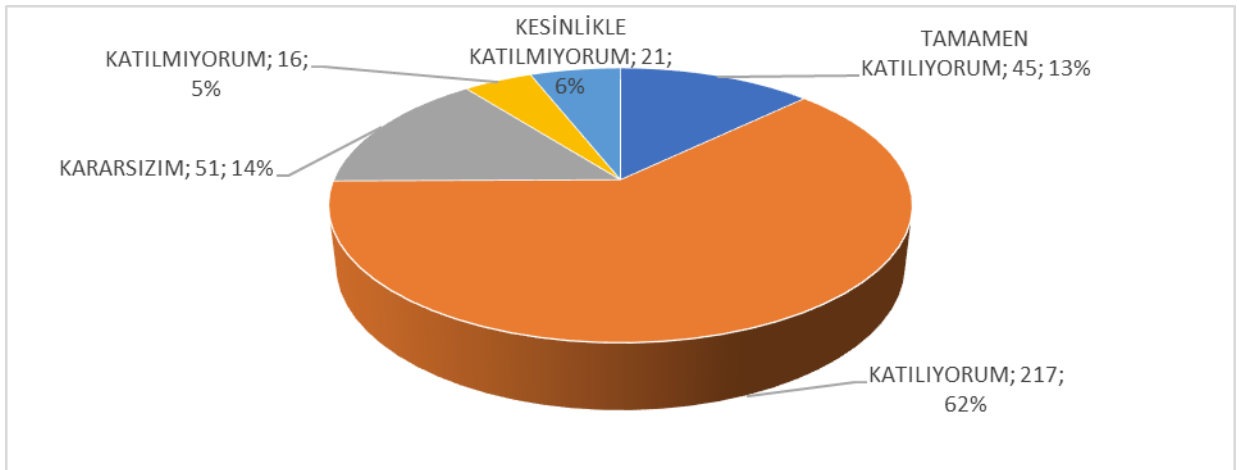
5.6 Yönetim çalışan güvenliği konusunda iyileştirme faaliyetleri yapmaktadır



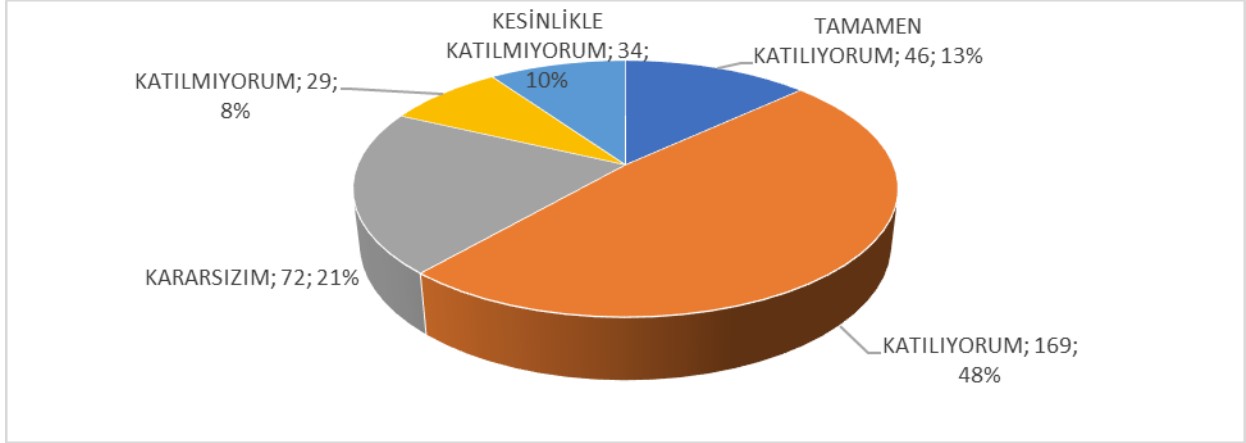
5.7 Yönetim, çalışan güvenliği ile ilgili uygunsuzlukların giderilmesi için çalışanlar ile iş birliği yapmaktadır.



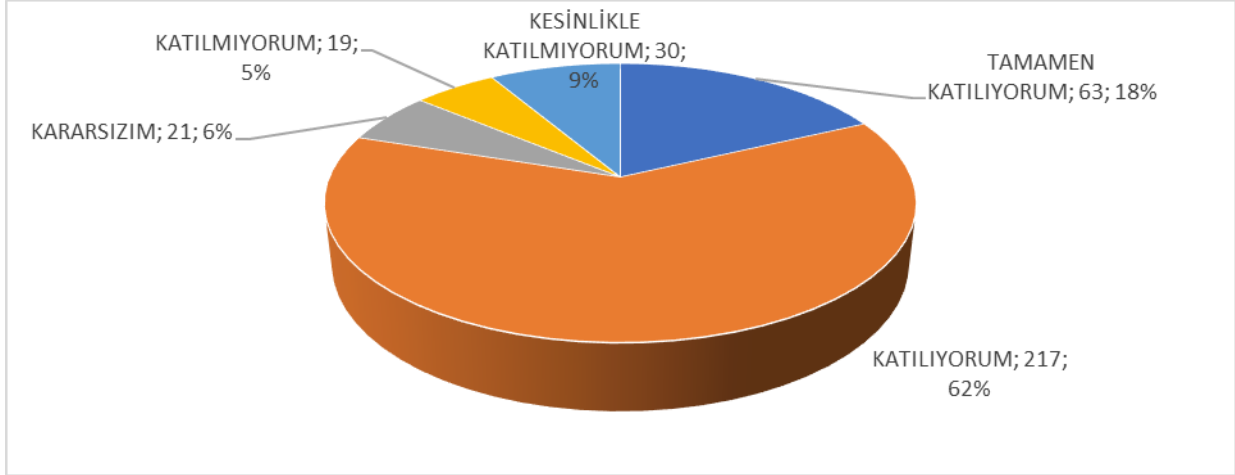
5.8 Yöneticilere sorun, görüş ve önerilerimi iletme imkânı bulurum



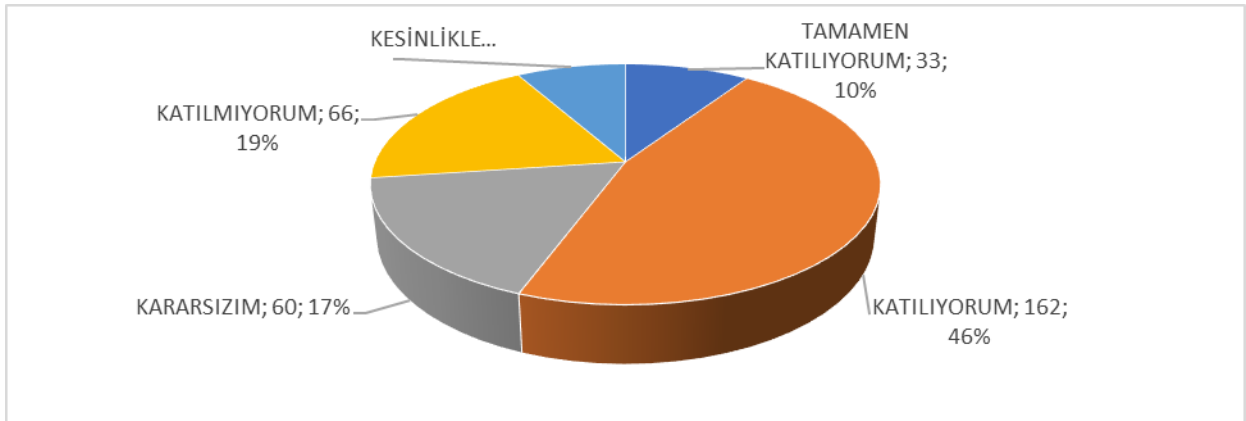
5.9 Görev alanım ile ilgili görüş ve önerilerim dikkate alınır



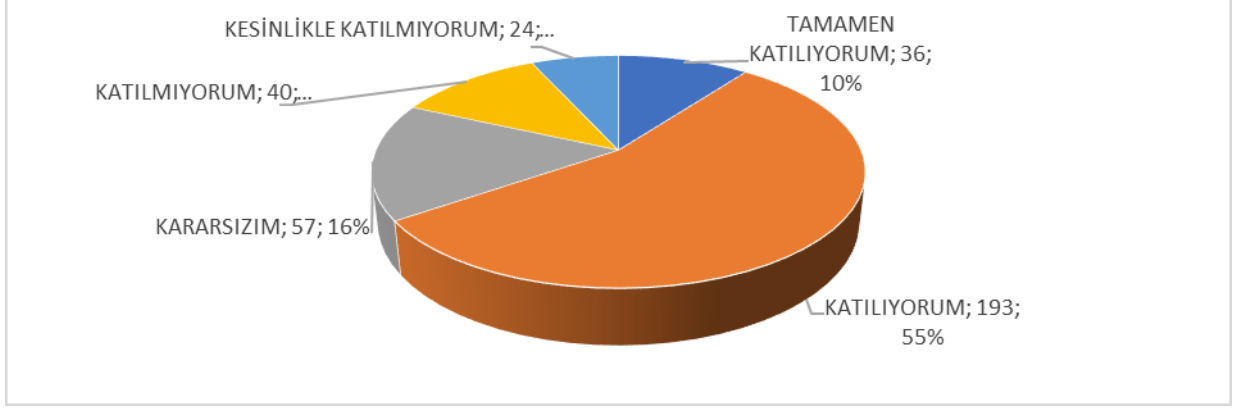
5.10 İhtiyacım Olduğunda İzin Alabilirim



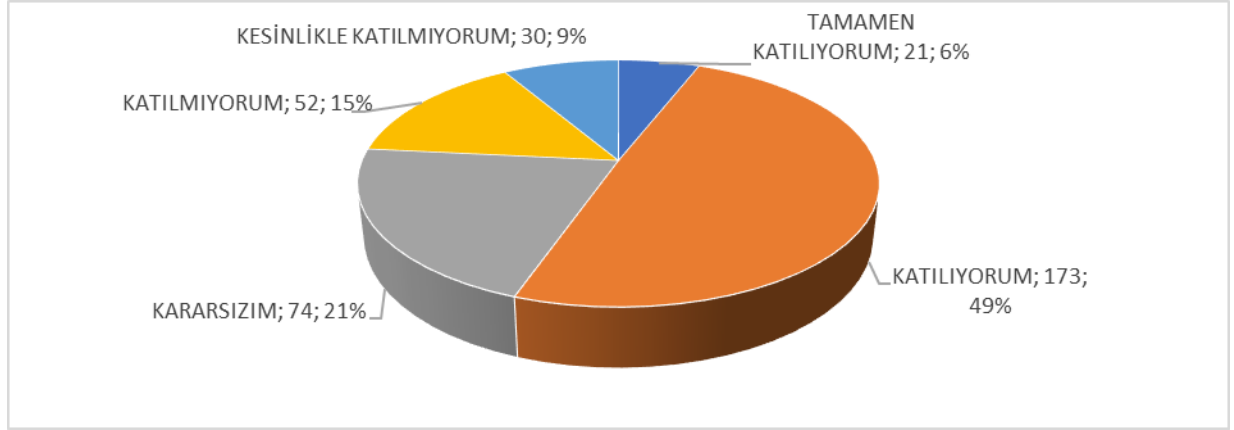
5.11 Performansım Hakkında Geribildirim Alırım



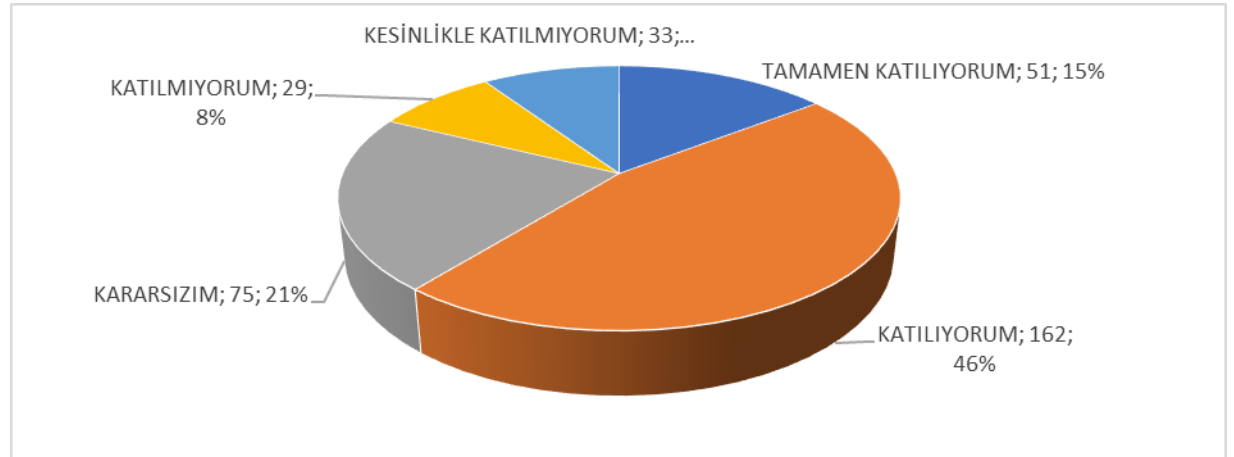
5.12 İşimi En İyi Şekilde Yapabilmem İçin Gerekli Malzeme ve Cihaz Temiz Edilir.



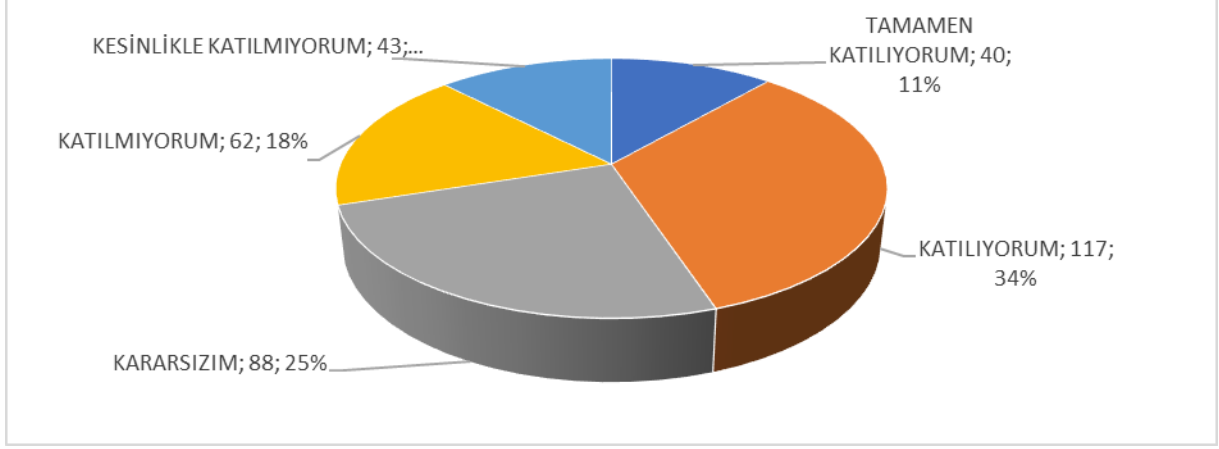
5.13 İşimde Kendimi Geliştirebilmem İçin Eğitim Fırsatları Sunulur



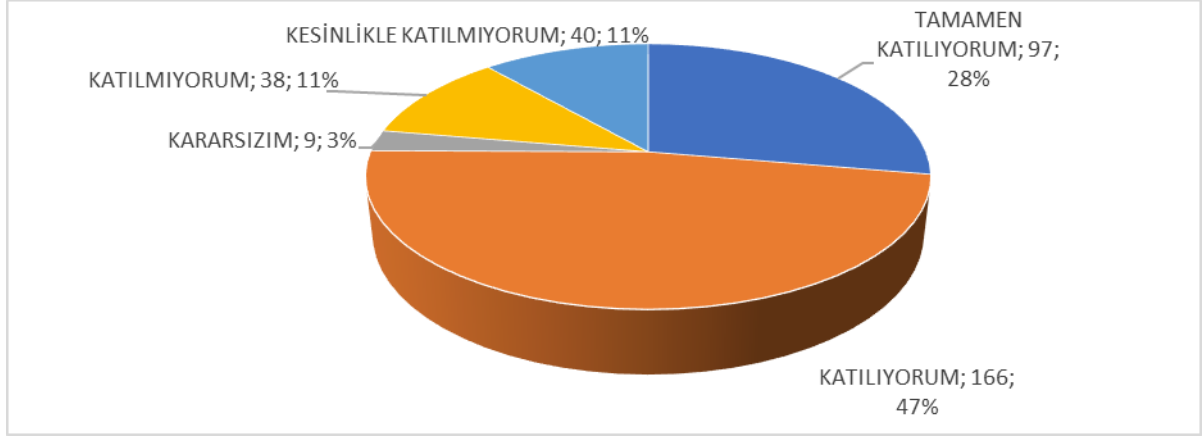
5.14 Çalıştığım Ortamda Kendimi Değerli Hissediyorum



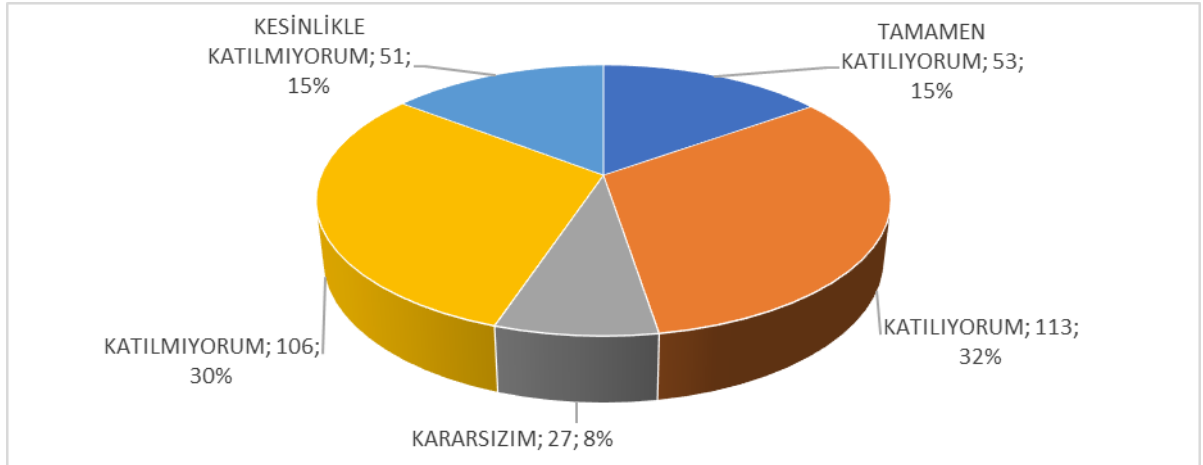
5.15 Yönetim, Çalışanların Motivasyonu Konusunda Duyarlıdır



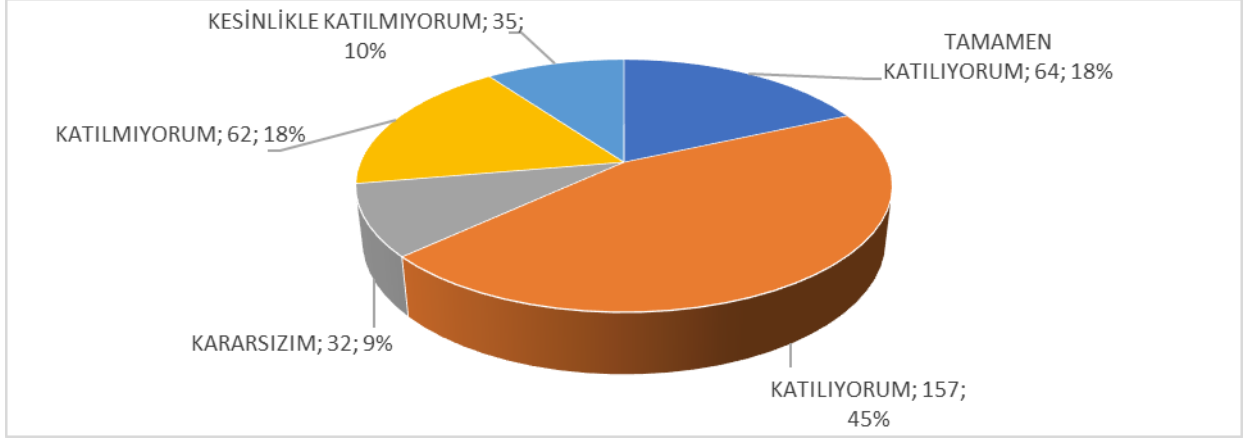
5.16 Son Bir Yıl İçinde Fiziksel Şiddete Maruz Kalmadım



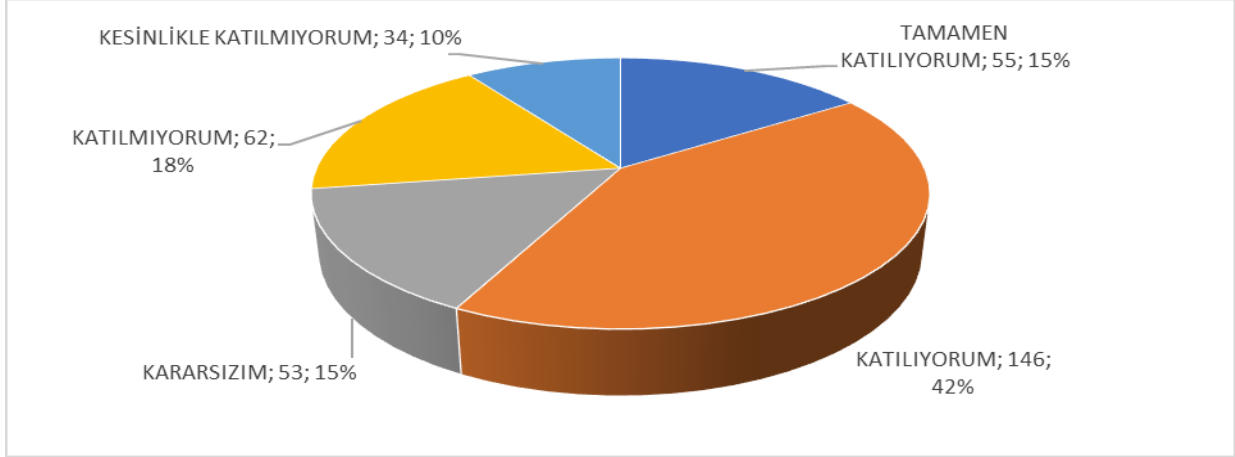
5.17 Son Bir Yıl İçinde Sözel Şiddete Maruz Kalmadım



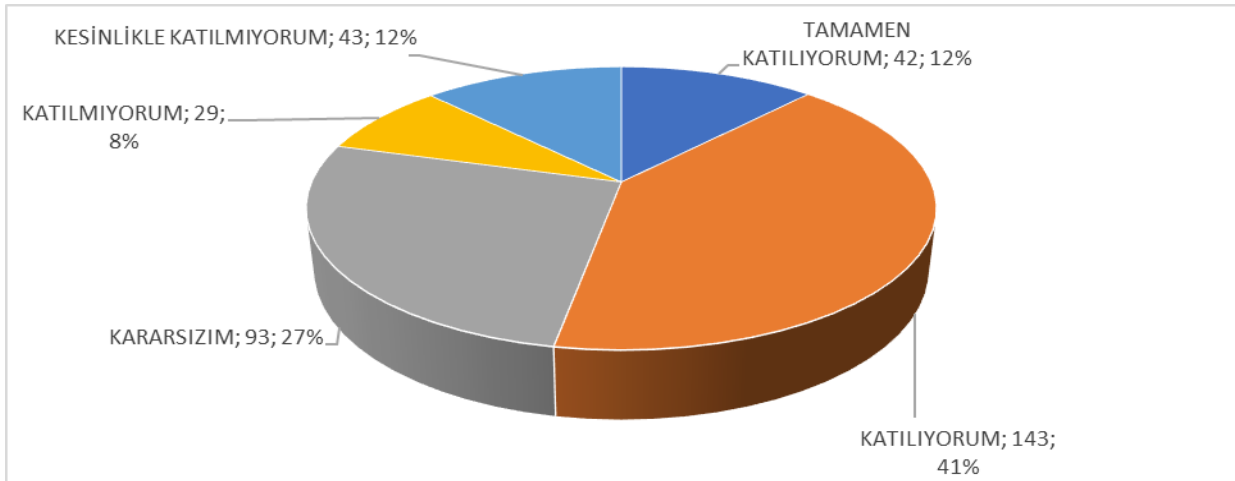
5.18 Son Bir Yıl İçinde Yönetici Kaynaklı Psikolojik Şiddete (Mobbing) Maruz Kaldım

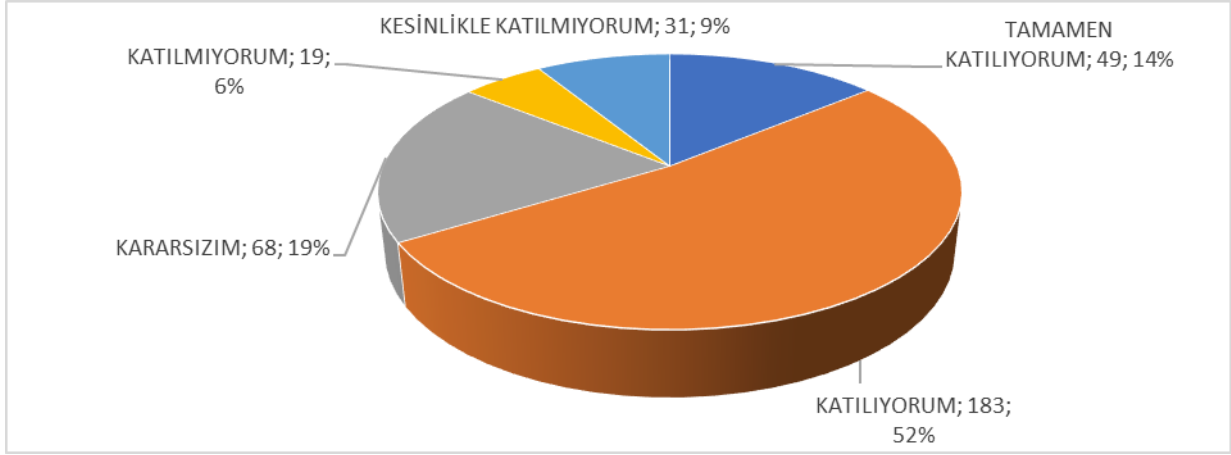


5.19 Son Bir Yıl İçinde Personel Kaynaklı Psikolojik Şiddete (Mobbing) Maruz Kaldım



5.20 Çalıştığım Sağlık Kuruluşunu Arkadaşlarıma Çalışma Ortamı Olarak Tavsiye Ederim



5.21 Tedavi Olabilmeleri İçin Aileme ve Arkadaşlarıma Tavsiye Ederim

2023 YILI HASTA DENEYİMİ ANKETLERİ ANALİZ 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;

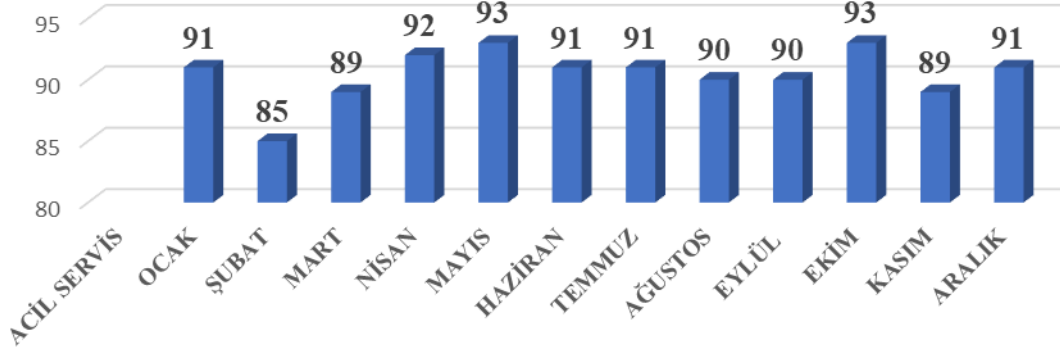
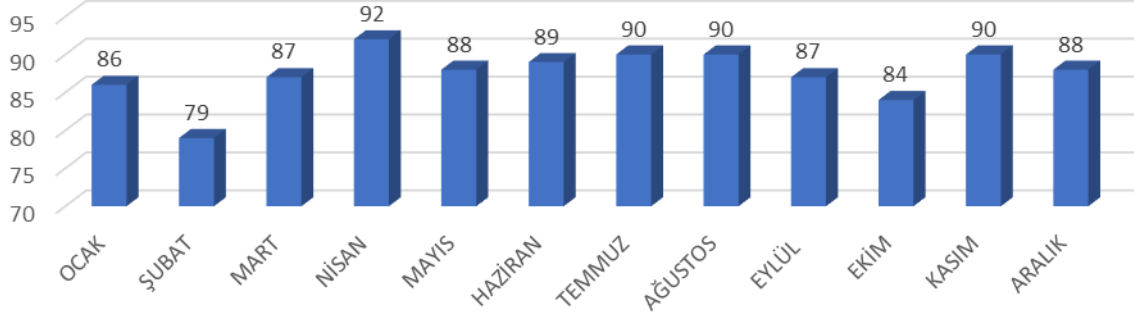
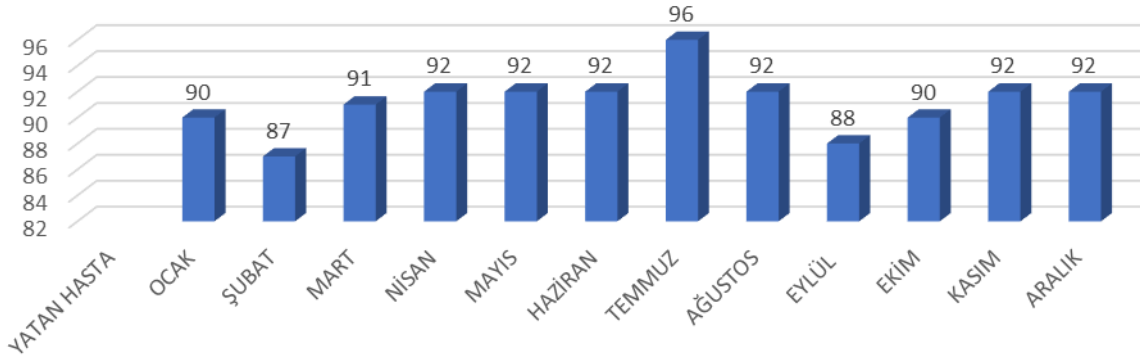
- Hastalara yapılacak anketlerde 35 Ayaktan Hasta, 35 Yatan Hasta, 35 Acil servisi hastası olmak üzere Sekreterlere anket şablonunu verir.
- Sekreterler anket dağıtımına başlar. Hastalar anketleri doldurur. Ayrıca anketi cevaplamak istemeyen hasta ve hasta yakınlarına gerekli anlayış gösterilir.
- Sekreterler doldurulan her anketi ayın 3.haftasına kadar Kalite Koordinatörlüğü birimine gönderir.
- 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.
- Her 3 ayın sonunda üç aylık hasta memnuniyet anket raporu oluşturulur ve başhekimliğe gönderilir.

Hasta Deneyimi Anket Oran Ortalamaları;

- Ayaktan hasta deneyimi memnuniyet oranı= **%85**
- Yatan hasta deneyimi memnuniyet oranı= **%87**
- Acil hasta deneyimi oranı= **%87**
- Genel Hasta Deneyimi Ortalaması= **%86**

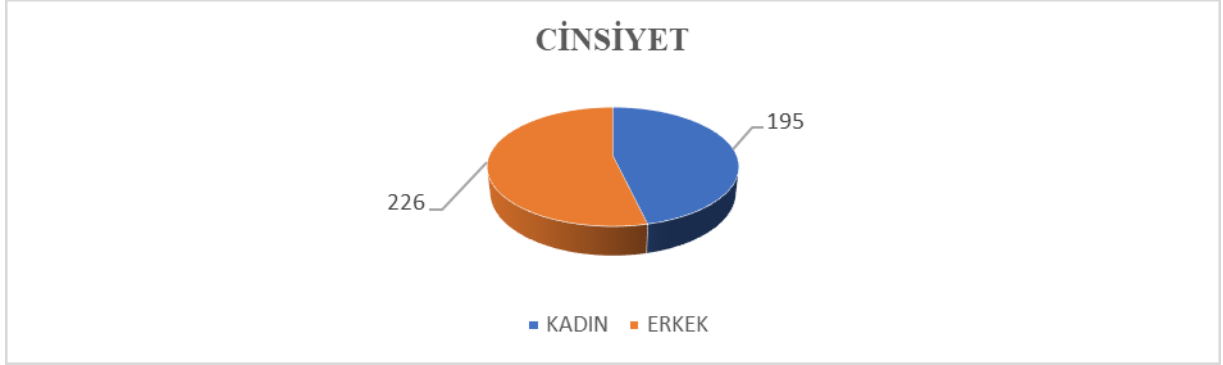
Hasta memnuniyet oranları ortalaması 12 ay boyunca yapılan anketler sonucunda hesaplanır. Hasta görüş ve önerileri kayıt altına alınıp yukarıda belirtilen görüş ve öneriler en çok bildirimde bulunan sorunlardan oluşmaktadır. Hasta deneyimi anketleri cinsiyete göre dağılımı, yaş kategorisine göre dağılımı, eğitim durumuna göre dağılımı, yatan hastalarda yatış süresine göre dağılımı ve sorulara göre dağılımı ve analizi yapılır. Raporlar yönetimle paylaşılır, gelecek yılki hedefler belirlenir ve gerekli iyileştirme çalışmalarının başlatılması için ilgili idari yetkili ve birimlerle iletişime geçilir.



ACİL SERVİS DENEYİM ANKETLERİ**ACİL SERVİS YILLIK ORAN DAĞILIMI****AYAKTAN HASTA DENEYİMİ ANKETLERİ****AYAKTAN HASTA YILLIK ORAN DAĞILIMI****YATAN HASTA DENEYİMİ ANKETLERİ****YATAN HASTA YILLIK ORANI**

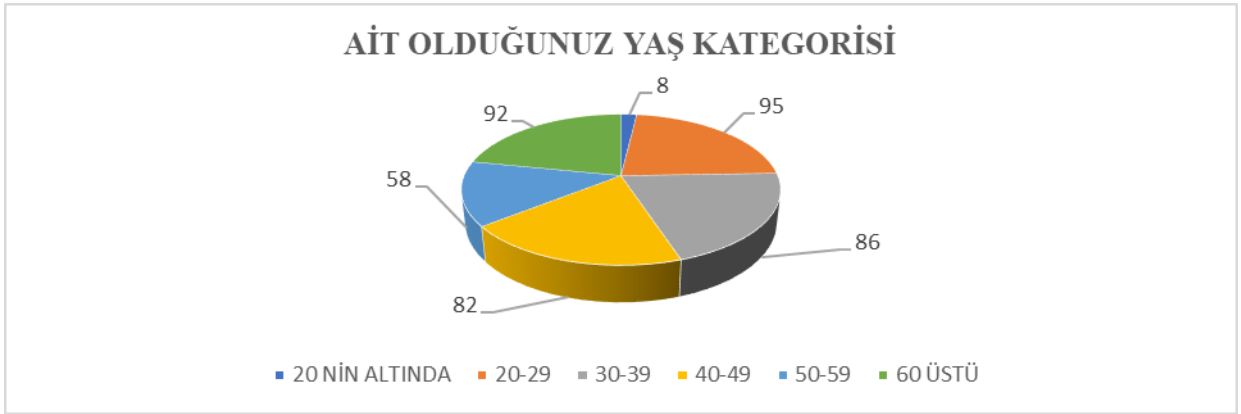
ACİL SERVİS HASTA DENEYİMİ ANKETLERİ

1-CİNSİYETE GÖRE DAĞILIMI



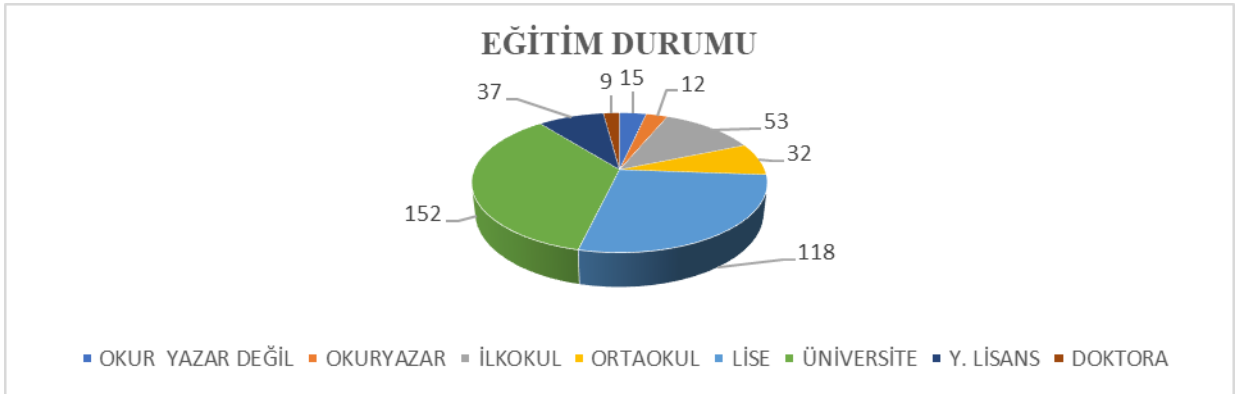
- Acil servise gelen ve ankete katılan hastaların **226'sının erkek, 195'ünün kadın** olduğu analiz edilmiştir.

2-YAŞ GRUBUNA GÖRE DAĞILIMI



- Yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında ankete en çok katılımın **20-29 yaş gurubunun** olduğu analiz edilmiştir.

3-EĞİTİM DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI



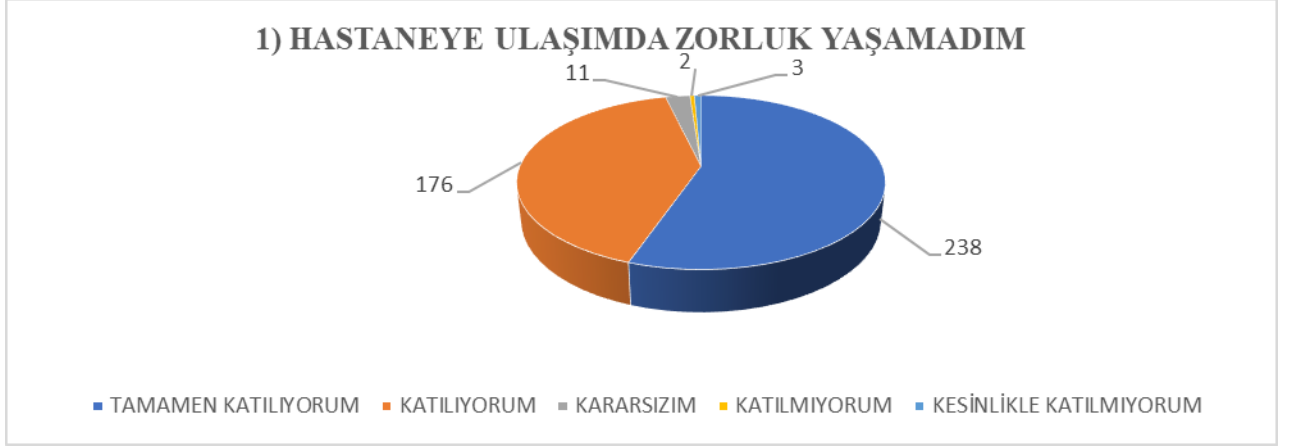
- Ankete katılanların eğitim durumunu analiz ettiğimizde en çok Lise ve Üniversite mezunlarının katıldığı tespit edilmiştir.



4-SORULARA GÖRE DAĞILIMI VE ANALİZLER

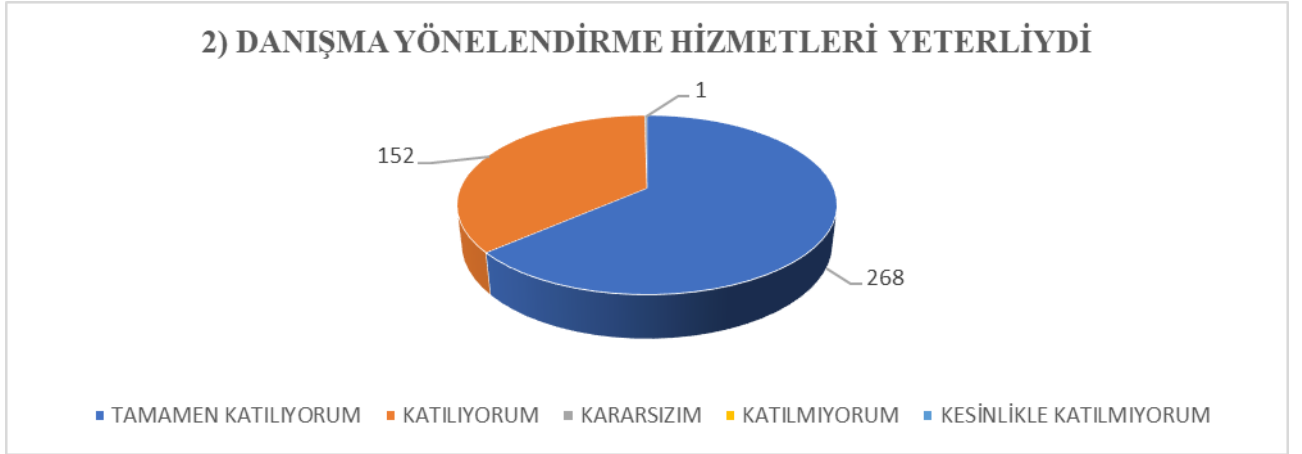
4.1. Hastaneye Ulaşım Zorluk Yaşamadım.

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
238	176	11	2	3



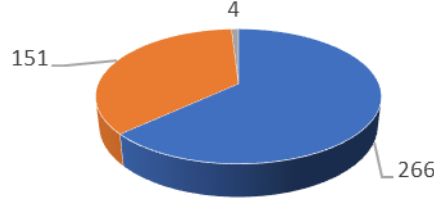
4.2. Danışma ve Yönlendirme Hizmetleri Yeterliydi

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
268	152	1	-	-



4.3. Acil Servis İçinde Ulaşmam Gereken Birimlere Kolaylıkla Ulaşabildim

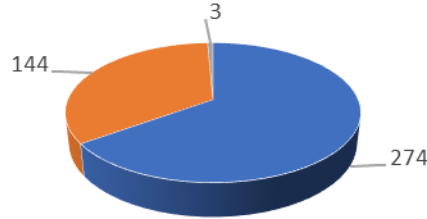
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
266	151	4	-	-

3)ACİL SERVİS İÇİNDE ULAŞMAM GEREKEN BİRİMLERE KOLAYLIKLILA ULAŞABİLDİM

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.4. Kayıt İşlemleri İçin Çok Beklemedim

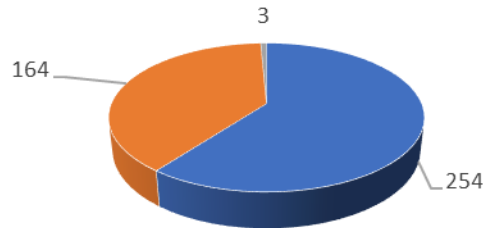
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
274	144	3	-	-

4)KAYIT İŞELMLERİ İÇİN ÇOK BEKLEMEDİM

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.5. Bekleme Alanının Fiziki Koşulları Yeterliydi

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
254	164	3	-	-

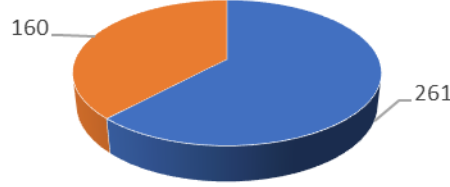
5) BEKLEME ALANININ FİZİKİ KOŞULLARI YETERLİYDİ

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4.6. Muayene ve Müdahale İçin Beklediğim Süre Uygundu

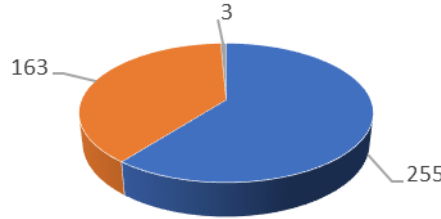
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
261	160	-	-	-

6) MUAYENE VE MÜDAHALE İÇİN BEKLEDİĞİM SÜRE UYGUNDU

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.7. Muayene Olduğum Alanın Fiziki Koşulları Yeterliydi

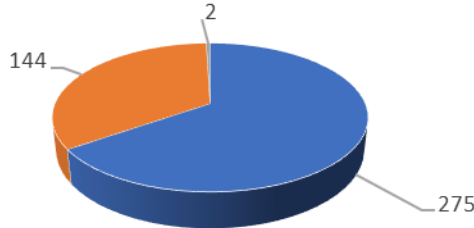
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
255	163	3	-	-

7) MUAYENE OLDUĞUM ALANIN FİZİKİ KOŞULLARI YETERLİYDİ

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.8. Doktorumun Bana Ayırdığı Süre Yeterliydi

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
275	144	2	-	-

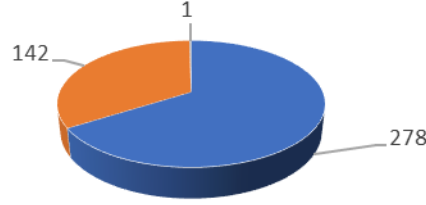
8) DOKTORUMUN BANA AYIRDIĞI SÜRE YETERLİYDİ

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4.9 Muayene ve Tetkikler Sırasında Kişisel Mahremiyetime Özen Gösterildi

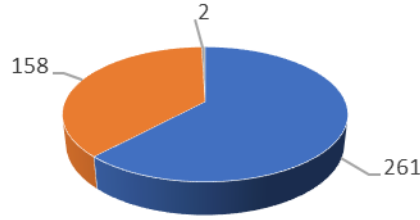
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
278	142	1	-	-

9) MUAYENE VE TETKİKLER İÇİN VERİLEN RANDEVU SÜRELERİ UYGUNDU

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.10.Tahlil ve Tetkikler İçin Verilen Randevu Süreleri Uygundu

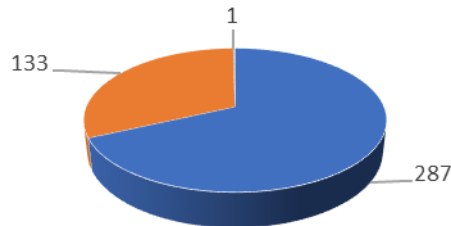
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
261	158	2	-	-

10) TAHLİL VE TETKİKLER İÇİN VERİLEN RANDEVU SÜRELERİ UYGUNDU

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.11.Tahlil ve Tetkik Sonuçlarımı Belirtilen Süre İçerisinde Aldım

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
287	133	1	-	-

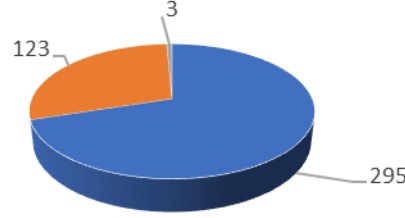
11) TAHLİL VE TETKİK SONUÇLARIMI BELİRTİLEN SÜRE İÇERİSİNDE ALDIM

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4.12. Doktorumun Tarafından Hastalığım ve Tedavim İle İlgili Yeterli Bilgilendirme Yapıldı

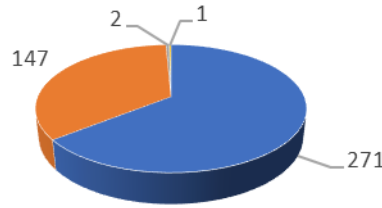
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
295	123	3	-	-

12) DOKTORUM TARAFINDAN HASTALIĞIM VE TEDAVİM İLE İLGİLİ YETERLİ BİLGİLENDİRME YAPILDI

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.13. İhtiyaç Halinde Gerekli Sağlık Personeline Kolaylıkla Ulaştım

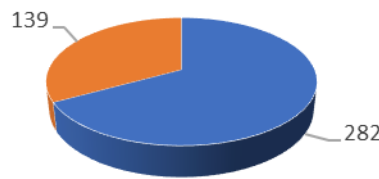
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
271	147	2	1	-

13) İHTİYAÇ HALİNDE GEREKLİ SAĞLIK PERSONELİNE KOLAYLIKLA ULAŞTIM

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.14. Acil Servis Personeli Nezaket Kurallarına Uygun Davrandı

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
282	139	-	-	-

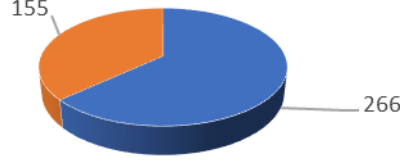
14) ACİL SERVİS PERSONELİ NEZAKET KURALLARINA UYGUN DAVRANDI

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4.15. Acil Servis Genel Olarak Temizdi

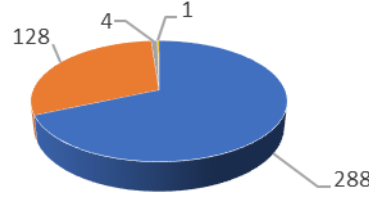
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
266	155	-	-	-

15) ACİL SERVİS GENEL OLARAK TEMİZDİ

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.16. Acil Servisin Sunmuş Olduğu Hizmetler Beklentilerimi Karşıladi

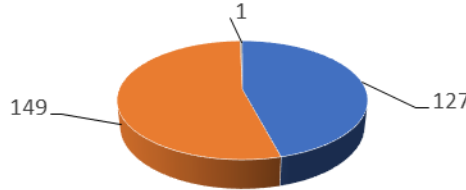
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
288	128	4	1	-

16) ACİL SERVİSİN SUNMUŞ OLDUĞU HİZMETLER BEKLENTİLERİMİ KARŞILADI

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.17. Acil Servisten Ayrılırken Taburculuk Sonrası Süreç ile İlgili Yeterli Bilgilendirme Yapıldı

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
127	149	1	-	-

17) ACİL SERVİSİN SUNMUŞ OLDUĞU HİZMETLER BEKLENTİLERİMİ KARŞILADI

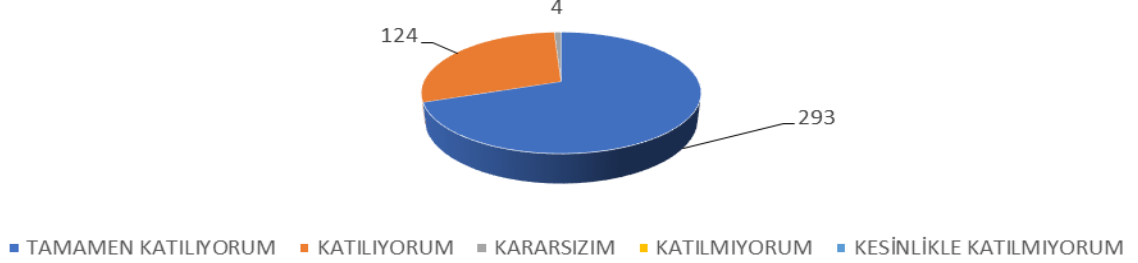
■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4.18. Bu Acil Servisi Aileme Ve Arkadaşlarıma Tavsiye Ederim

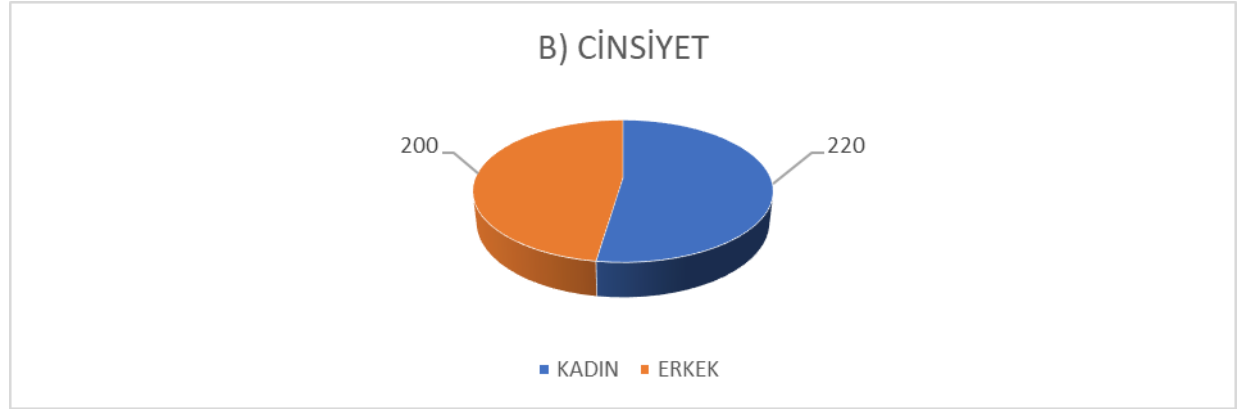
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
293	124	4	-	-

18) BU ACİL SERVİSİ AİLEME VE ARKADAŞLARIMA TAVSİYE EDERİM



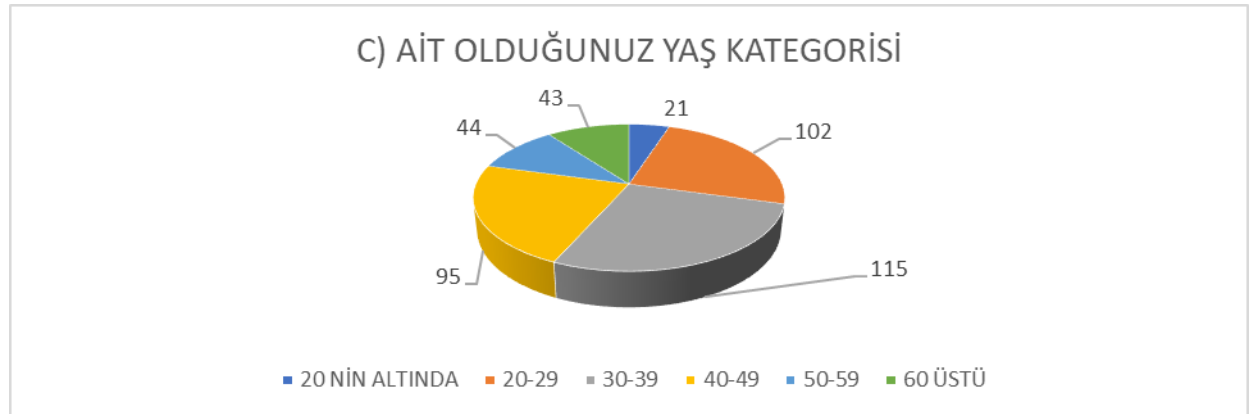
AYAKTAN HASTA DENEYİMİ ANKETLERİ

1-CİNSİYETİNE GÖRE DAĞILIMI



- Ayaktan gelen ve ankete katılan hastaların **200 ünün erkek, 220 sinin kadın** olduğu analiz edilmiştir.

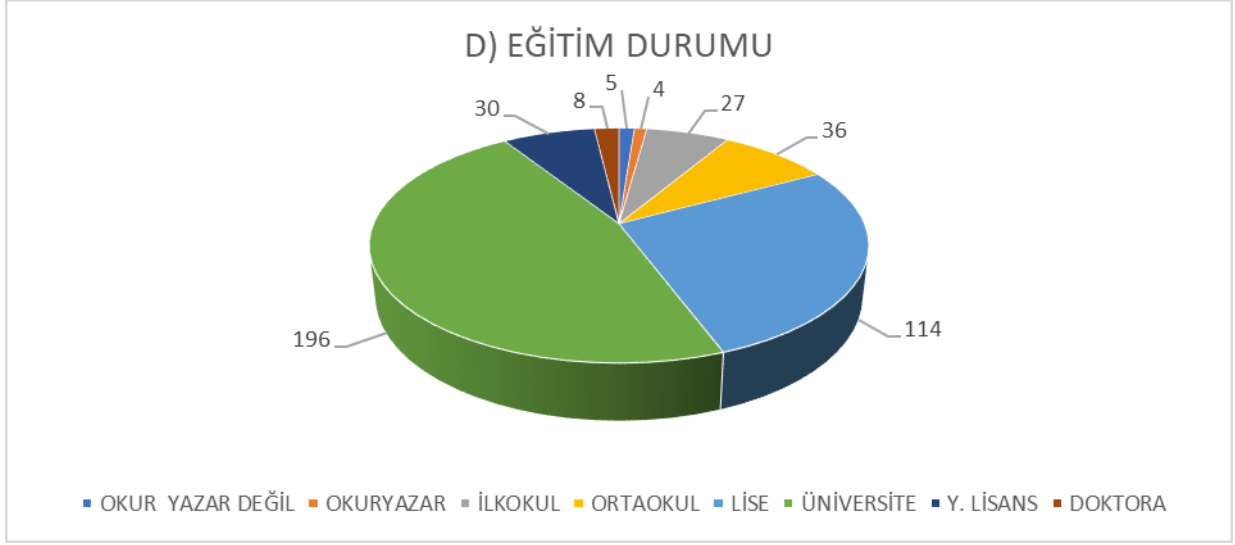
2-AİT OLDUĞU YAŞ KATEGORİSİNE GÖRE DAĞILIMI



- Yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında ankete en çok katılımın **30-39 yaş gurubunun** olduğu analiz edilmiştir



3-EĞİTİM DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI

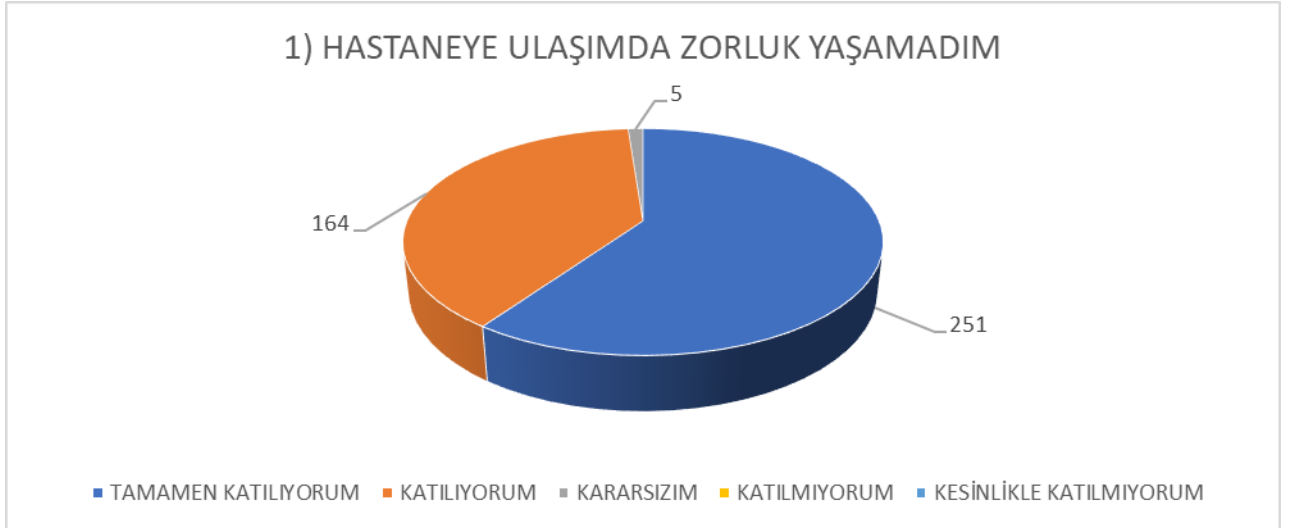


- Ankete katılanların eğitim durumunu analiz ettiğimizde en çok **Lise ve Üniversite** mezunlarının katıldığı tespit edilmiştir

4-SORULARA GÖRE DAĞILIMI

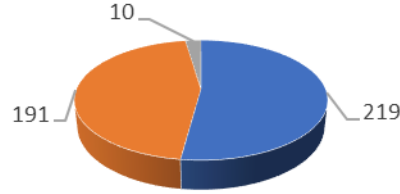
4-1 Hastaneye Ulaşım Zorluk Yaşamadım.

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
251	164	5	-	-



4-2 Danışma ve Yönlendirme Hizmetleri Yeterliydi

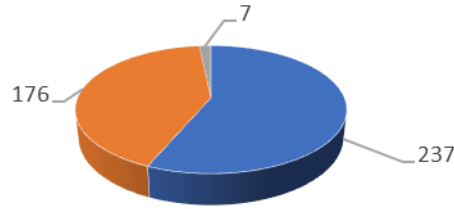
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
219	191	10	-	-

2) DANIŞMA VE YÖNLENDİRME HİZMETLERİ YETERLİYDİ

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-3 Hastane İçinde Ulaşmam Gereken Birimlere Kolaylıkla Ulaşabildim

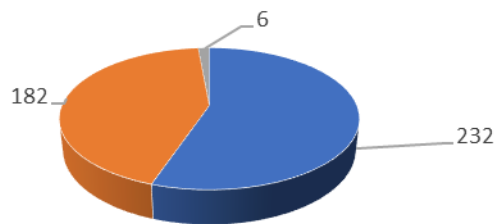
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
237	176	7	-	-

3) HASTANE İÇİNDE ULAŞMAM GEREKEN BİRİMLERE KOLAYLIKLA ULAŞABİLDİM

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-4 Kayıt İşlemleri İçin Çok Beklemedim

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
231	182	6	-	-

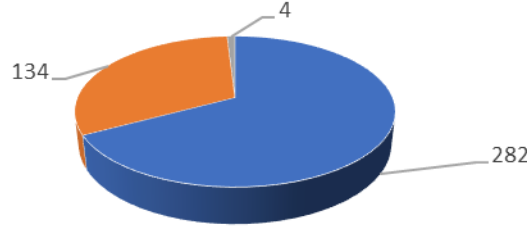
4) KAYIT İŞLEMLERİ İÇİN ÇOK BEKLEMEDİM

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4-5 Muayene Olacağım Doktoru Kendim Seçtim

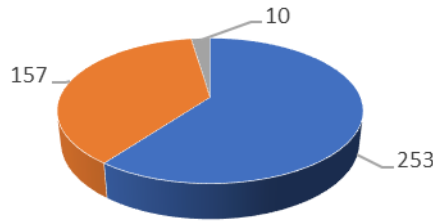
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
282	134	4	-	-

5) MUAYENE OLACAĞIM DOKTORU KENDİM SEÇTİM

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-6 Bekleme Alanının Fiziki Koşulları Yeterliydi

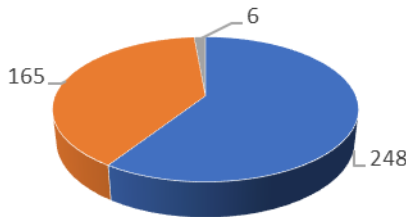
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
253	157	10	-	-

6) BEKLEME ALANININ FİZİKİ KOŞULLARI YETERLİYDİ

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-7 Muayene Olmak İçin Beklediğim Süre Uygundu

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
248	165	6	-	-

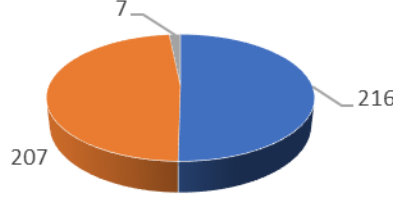
7) MUAYENE OLMAK İÇİN BEKLEDİĞİM SÜRE UYGUNDU

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4-8 Muayene Odasının Fiziki Koşulları Yeterliydi

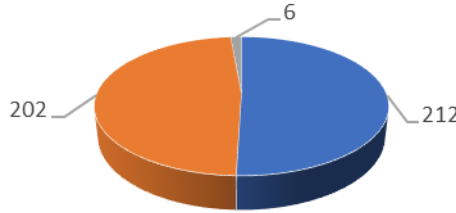
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
216	207	7	-	-

8) MUAYENE ODASININ FİZİKİ KOŞULLARI YETERLİYDİ

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4.9 Doktorumun Bana Ayırdığı Süre Yeterliydi

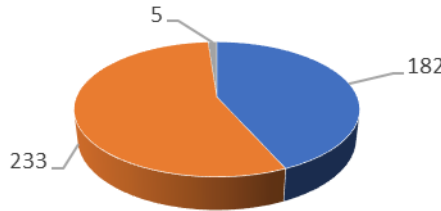
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
212	202	6	-	-

9) DOKTORUMUN BANA AYIRDIĞI SÜRE YETERLİYDİ

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-10 Tahlil ve Tetkikler İçin Verilen Randevu Süreleri Uygundu

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
182	133	5	-	-

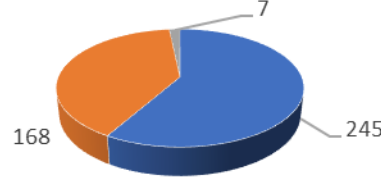
10) TAHLİL VE TETKİKLER İÇİN VERİLEN RANDEVU SÜRELERİ UYGUNDU

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4-11 Tahlil ve Tetkik Sonuçlarımı Belirtilen Süre İçerisinde Aldım

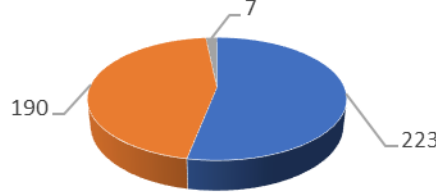
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
245	168	7	-	-

11) TAHLİL VE TETKİK SONUÇLARIMI BELİRTİLEN SÜRE İÇERİSİNDE ALDIM

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-12 Doktorumun Tarafından Hastalığım ve Tedavim İle İlgili Yeterli Bilgilendirme Yapıldı

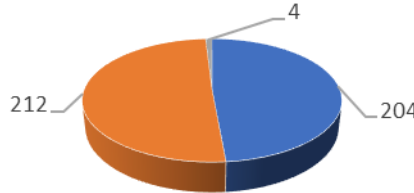
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
223	190	7	-	-

12) DOKTORUM TARAFINDAN HASTALIĞIM VE TEDAVİM İLE İLGİLİ YETERLİ BİLGİLENDİRME YAPILDI

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-13 Muayene ve Tetkikler Sırasında Kişisel Mahremiyetime Özen Gösterildi

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
204	212	4	-	-

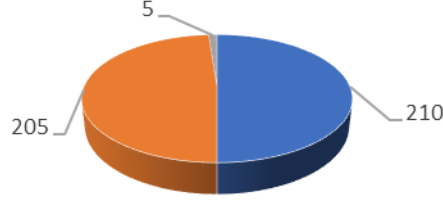
13) MUAYENE VE TETKİKLER SIRASINDA KİŞİSEL MAHREMİYETİME ÖZEN GÖSTERİLDİ

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4-14 Hastane Personelinin Bana Karşı Davranışları Nezaket Kurallarına Uygundu

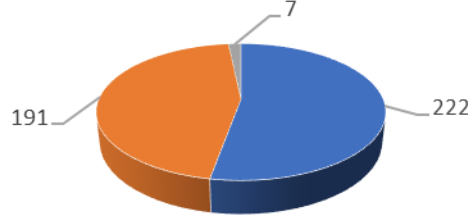
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
210	205	5	-	-

14) HASTANE PERSONELİNİN BANA KARŞI DAVRANIŞLARI NEZAKET KURALLARINA UYGUNDU

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-15 Hastane Genel Olarak Temizdi

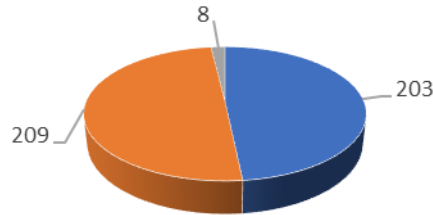
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
222	191	7	-	-

15) HASTANE GENEL OLARAK TEMİZDİ

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-16 Hastanenin Sunmuş Olduğu Hizmetler Beklentilerimi Karşıladi

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
203	209	8	-	-

16) HASTANENİN SUNMUŞ OLDUĞU HİZMETLER BEKLENTİLERİMİ KARŞILADI

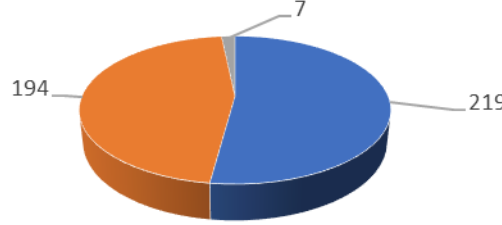
■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4-17 Bu Hastaneden, Hiç Kimsenin Yardıma İhtiyaç Duymadan ve Kolayca Hizmet Alabilirim

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
219	194	7	-	-

17) BU HASTANEDEN HİÇ KİMSENİN YARDIMINA İHTİYAÇ DUYMADAN VE KOLAYCA HİZMET ALABİLİRİM

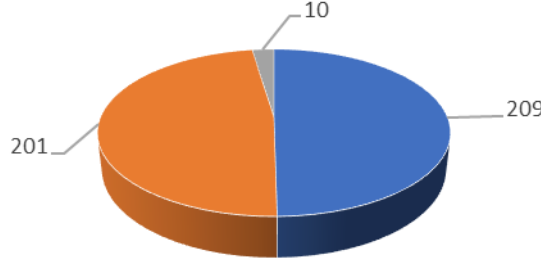


■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-18 Bu Hastaneyi Aileme ve Arkadaşlarıma Tavsiye Ederim

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
209	201	10	-	-

18) BU HASTANEYİ AİLEME VE ARKADAŞLARIMA TAVSİYE EDERİM

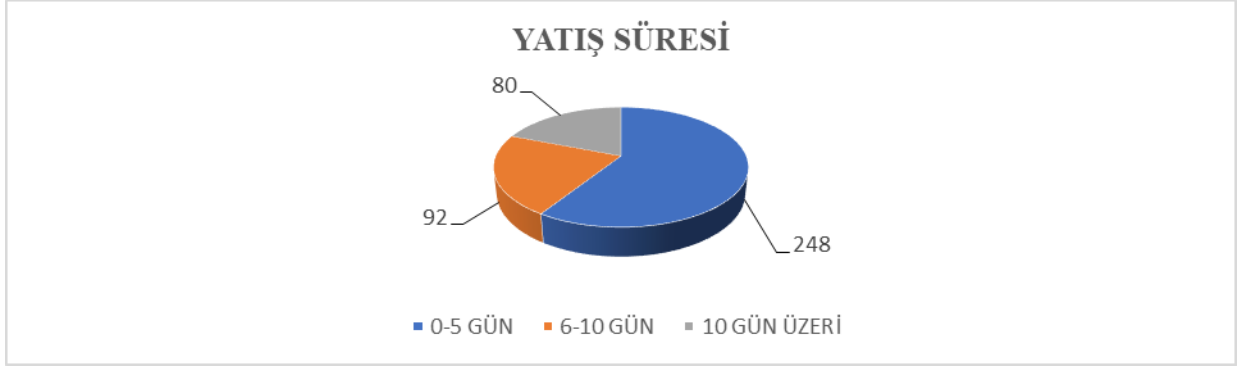


■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



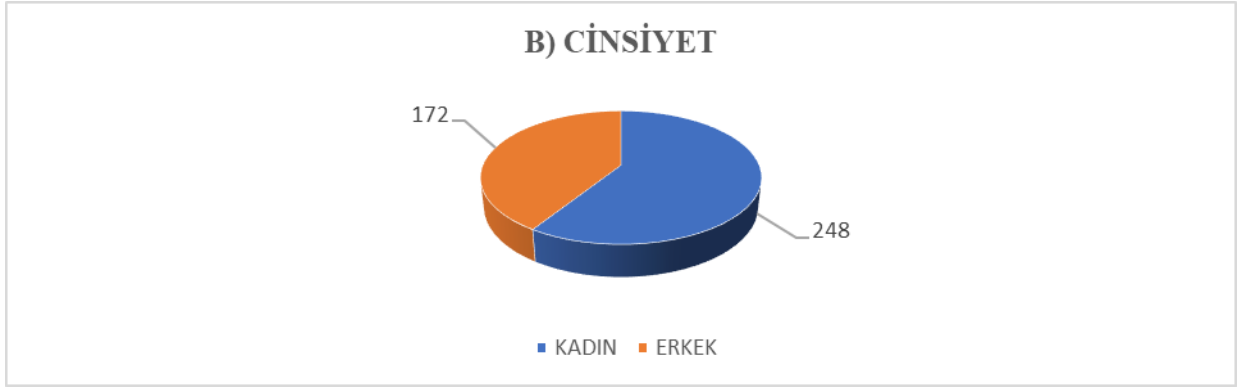
YATAN HASTA DENEYİMİ ANKETLERİ

1-YATIŞ SÜRESİNE GÖRE DAĞILIMI



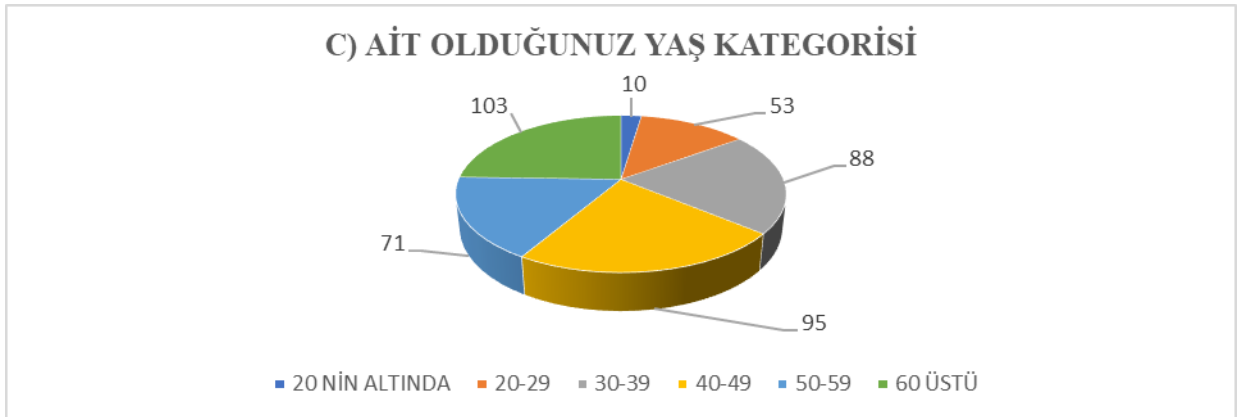
- Yatan Hasta Deneyimi anketlerinde hastaların yatış gün sayısına bakıldığında hastanemize kısa süreli yatanların ankete katılımının daha fazla olduğu analiz edilmiştir. En çok katılım 248 kişiyle 0-5 gün yatanlarda olduğu analiz edilmiştir.

2-CİNSİYETİNE GÖRE DAĞILIMI



- Acil servise gelen ve ankete katılan hastaların **172 sinin Erkek, 248 inin Kadın** olduğu analiz edilmiştir.

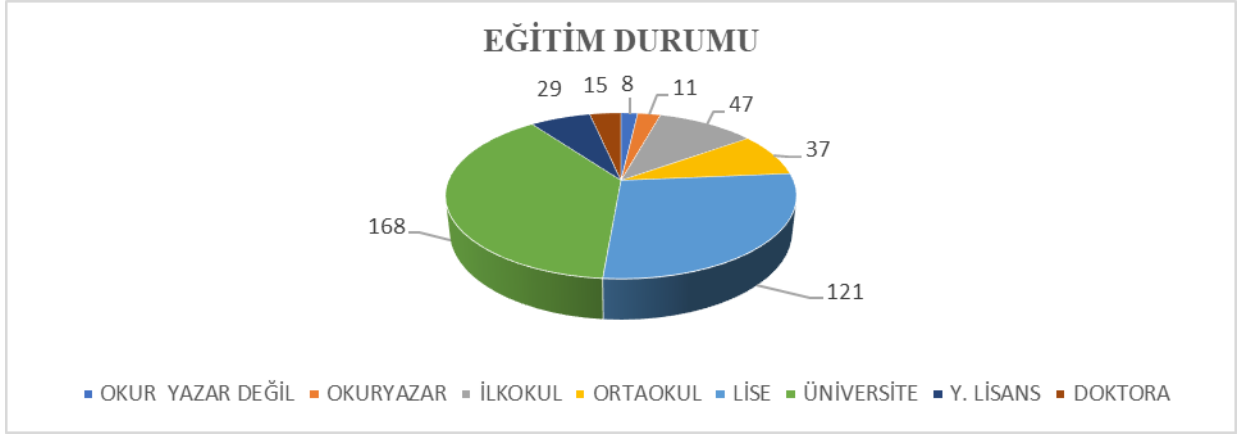
3-AİT OLDUĞUNUZ YAŞ KATEGORİSİNE GÖRE DAĞILIMI



- Yaş grubuna göre dağılımına bakıldığında ankete en çok katılımın **50-59 ve 60 yaş ve üstü yaş gruplarının** olduğu analiz edilmiştir.



3-EĞİTİM DURUMUNA GÖRE DAĞILIMI

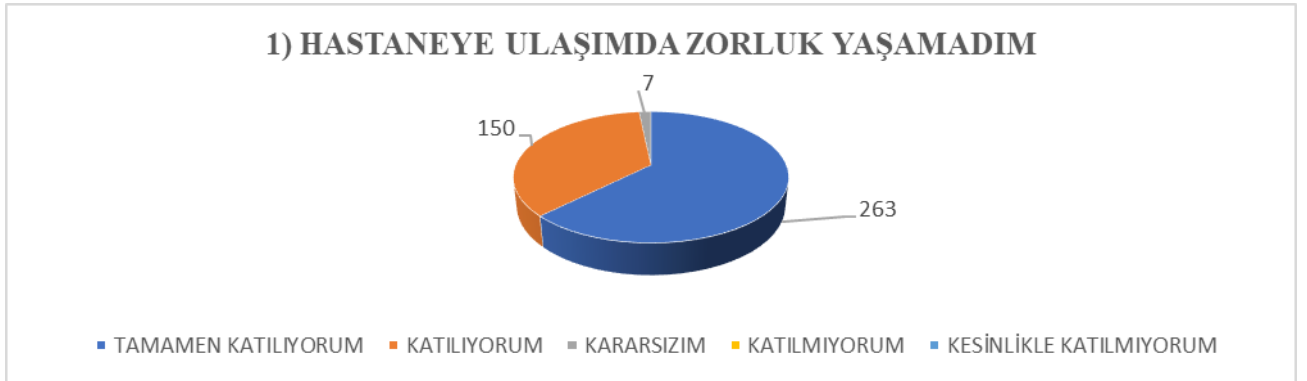


- Ankete katılanların eğitim durumunu analiz ettiğimizde en çok **Lise ve Üniversite** mezunlarının katıldığı tespit edilmiştir.

4-SORULARA GÖRE DAĞILIMI

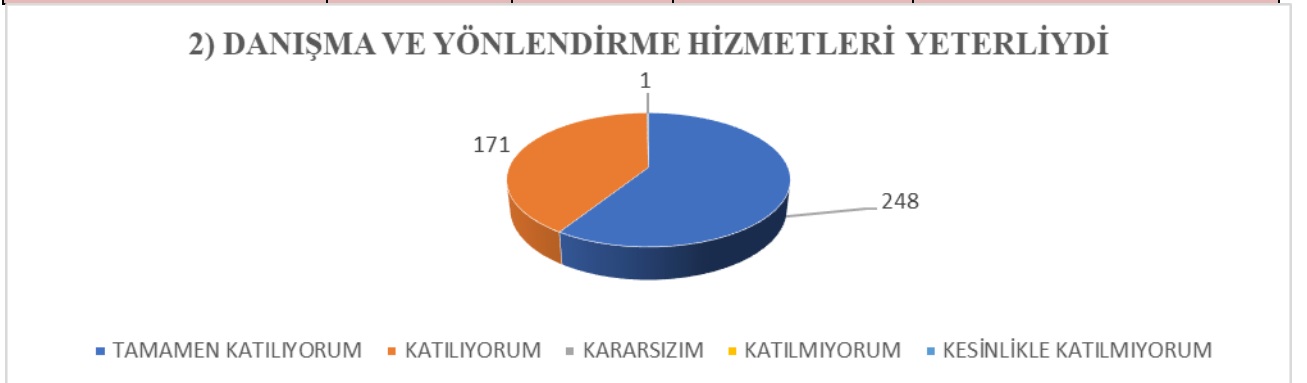
4-1 Hastaneye Ulaşımında Zorluk Yaşamadım.

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
263	150	7	-	-



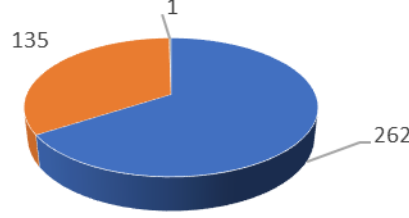
4-2 Danışma ve Yönlendirme Hizmetleri Yeterliydi

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
248	171	1	-	-



4-3 Muayene ve Tetkikler Sırasında Kişisel Mahremiyetime Özen Gösterildi

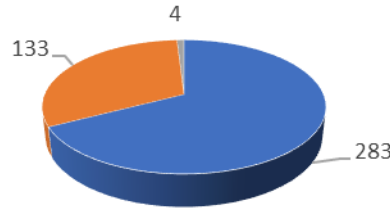
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
262	135	1	-	-

3) MUAYENE VE TETKİKLER SIRASINDA KİŞİSEL MAHREMİYETİME ÖZEN GÖSTERİLDİ

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-4 Hastaneye Yatış İşlemleri İçin Çok Beklemedim

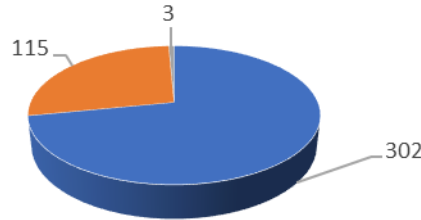
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
283	133	4	-	-

4) HASTANEYE YATIŞ İŞLEMLERİ İÇİN ÇOK BEKLEMEDİM

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-5 Doktorumun Bana Ayırdığı Süre Yeterliydi

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
302	115	3	-	-

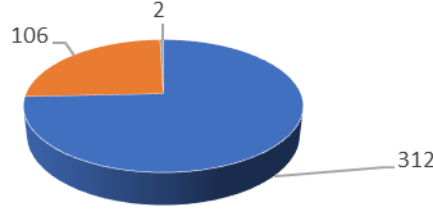
5) DOKTORUMUN BANA AYIRDIĞI SÜRE YETERLİYDİ

■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4-6 Doktorum Tarafından Hastalığım ve Tedavim ile İlgili Yeterli Bilgilendirme Yapıldı

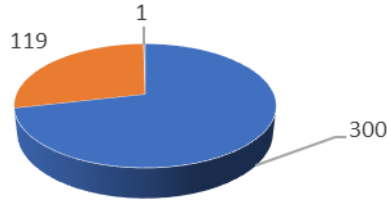
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
132	106	2	-	-

6) DOKTORUM TARAFINDAN HASTALIĞIM VE TEDAVİM İLE İLGİLİ YETERLİ BİLGİLENDİRME YAPILDI

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-7 Hemşireler Tarafından Tedavim ve Bakımım ile İlgili Yeterli Bilgilendirme Yapıldı

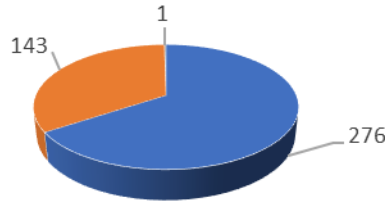
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
300	119	1	-	-

7)HEMŞİRELER TARAFINDAN TEDAVİM VE BAKIMIM İLE İLGİLİ YETERLİ BİLGİLENDİRME YAPILDI

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-8 İhtiyaç Halinde Sağlık Personeline Kolaylıkla Ulaşabildim

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
276	143	1	-	-

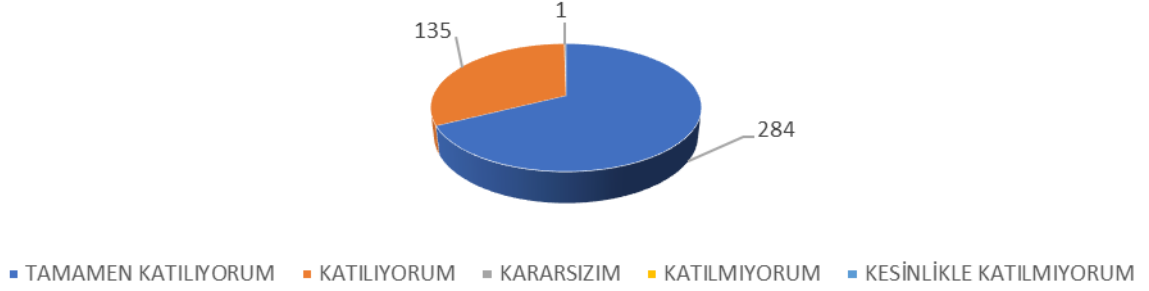
8) İHTİYAÇ HALİNDE SAĞLIK PERSONELİNE KOLAYLIKLIL ULAŞABİLDİM

■ TAMAMEN KATILIYORUM ■ KATILIYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

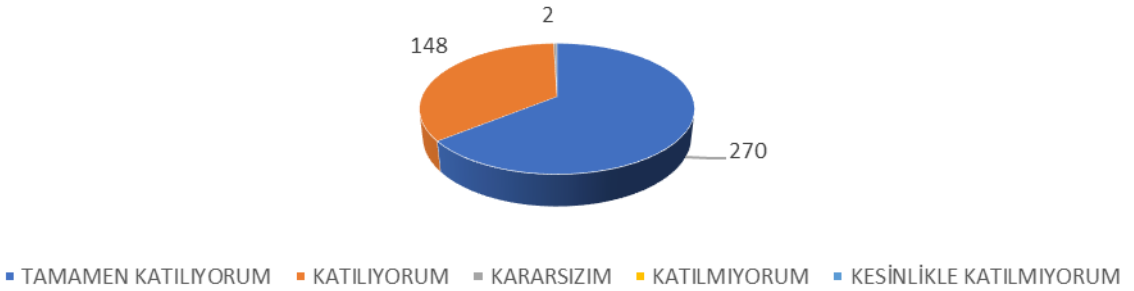


4-9 Hastane Personelinin Bana Karşı Davranışları Nezaket Kurallarına Uygundu

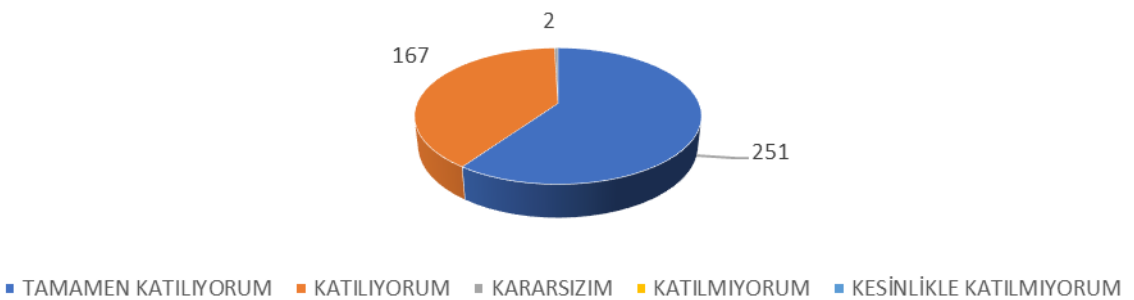
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
284	135	1	-	-

9) HASTANE PERSONELİNİN BANA KARŞI DAVRANIŞLARI NEZAKET KURALLARINA UYGUNDU**4-10 Hastane Genel Olarak Temizdi**

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
270	148	2	-	-

10) HASTANE GENEL OLARAK TEMİZDİ**4-11 Odadaki Eşyalar Çalışır Durumdaydı**

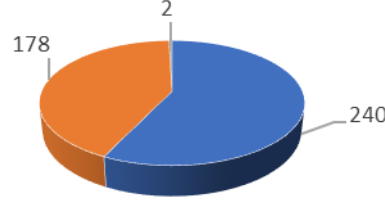
Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
251	167	2	-	-

11) ODADAKİ EŞYALAR ÇALIŞIR DURUMDAYDI

4-12 Yemek Dağıtan Personel Temizlik Kurallarına Uygun Davrandı (Bone,Eldiven,Maske Takması Vb.)

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
240	178	2	-	-

12) YEMEK DAĞITAN PERSONEL TEMİZLİK KURALLARINA UYGUN DAVRANDI

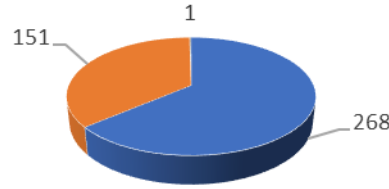


■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-13 Hastaneden Ayrılırken Taburculuk Sonrası Süreç ile İlgili Yeterli Bilgilendirme Yapıldı

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
268	151	1	-	-

13) HASTANEDEN AYRILIRKEN TABURCULUK SONRASI SÜREÇLE İLE İLGİLİ YETERLİ BİLGİLENDİRME YAPILDI

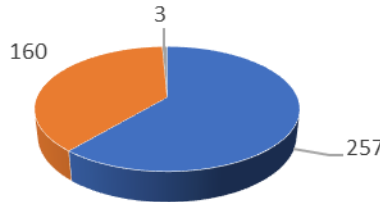


■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

4-14 Hastanenin Sunmuş Olduğu Hizmetler Beklentilerimi Karşıladi

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
257	160	3	-	-

14) HASTANENİN SUNMUŞ OLDUĞU HİZMETLER BEKLENTİLERİMİ KARŞILADI



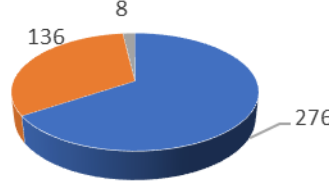
■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM



4-15 Bu Hastaneyi Aileme ve Arkadaşıma Tavsiye Ederim

Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
276	136	8	-	-

15) BU HASTANEYİ AİLEME VE ARKADAŞLARIMA TAVSİYE EDERİM



■ TAMAMEN KATILYORUM ■ KATILYORUM ■ KARARSIZIM ■ KATILMIYORUM ■ KESİNLİKLE KATILMIYORUM

KOMİTELER ve EKİPLER

HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Ümit ÇOBANOĞLU	Dekan Yardımcısı
2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
3. Prof. Dr. Atila TÜRKYILMAZ	Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
4. Prof. Dr. Özlen BALTA	Hematoloji Bilim Dalı
5. Prof. Dr. BAHANUR ÇEKİÇ	Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı
6. Prof. Dr. Ayşenur BAHADIR	Pediatric Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı
7. Doç. Dr. Esra ÖZKAYA	Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
8. Dr. Öğr. Üyesi Melih İMAMOĞLU	Acil Anabilim Dalı
9. Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin YAMAN	Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı
10. İbrahim KÜÇÜK	Hastane Başmüdürü
11. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT	Müdür Yardımcı V.
12. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
13. İbrahim ÇUVALCI	Hastane Müdür Yardımcı V.
14. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
15. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
16. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı



17. Mehtap ÖKSÜZ	Başhemşire Yardımcısı
18. Öğr. Gör. Yüksel AY	İş Güvenliği Uzmanı
19. Öğr. Gör. İsmail ÇEBİ	Bilgi İşlem Merkezi Sorumlusu
20. Merve KILIÇ SAĞLAM	Eczacı
21. Beyza ÇOLAK	Eczacı
22. İskender DÜZCAN	Radyoloji Birim Sorumlusu
23. Handan ŞAHİN	Enfeksiyon Komite Hemşiresi
24. Emel TOR	Hasta Hakları Birim Sorumlusu
25. Hülya GEDİKLİ	Ameliyathane Hemşiresi
26. Safinaz AYAZ	Transfüzyon Merkezi Sorumlusu
27. Sultan YÜRE	Sosyal Çalışmacı
28. Gülay KESKİN	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı (Raportör)
ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Turan SET	Dekan Yardımcısı
2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
3. Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL	Başhekim Yardımcısı
4. Prof. Dr. Cihan ÖREM	Kardiyoloji Anabilim Dalı
5. Doç. Dr. Ahmet Kağan ÖZKAYA	Pediyatri Acil Bilim Dalı
6. Dr. Öğr. Üyesi Oğuzer USTA	Aile Hekimliği Ana Bilim Dalı
7. İbrahim KÜÇÜK	Hastane Başmüdürü
8. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT	Hastane Müdür V.
9. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
10. İbrahim ÇUVALCI	Hastane Müdür Yardımcı V.
11. Mahir SALİ	Hastane Müdür Yardımcı V.
12. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
13. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
14. Fatma SÜMER	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
15. Mehtap ÖKSÜZ	Başhemşire Yardımcısı



16. Öğr. Gör. Ufuk DOĞRU	İş Güvenliği Uzmanı
17. Orhan İSKENDEROĞLU	İş Güvenliği Uzmanı
18. Bedia BİLGİÇ	Çalışan Hakları Birim Sorumlusu
19. Hülya GEDİKLİ	Ameliyathane Hemşiresi
20. Gülay KESKİN	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı (Raportör)
TESİS GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Ümit ÇOBANOĞLU	Dekan Yardımcısı
2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
3. Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL	Başhekim Yardımcısı
4. İbrahim KÜÇÜK	Hastane Başmüdürü
5. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
6. Zeki ERTEM	Hastane Müdür Yardımcısı V.
7. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
8. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
9. Fatma SÜMER	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
10. Dilek KAPTAN	Başhemşire Yardımcısı
11. Öğr. Gör. Hüseyin GÜZELCİK	İş Güvenliği Uzmanı
12. Orhan İSKENDEROĞLU	İş Güvenliği Uzmanı
13. Öğr. Gör. İsmail ÇEBİ	Bilgi İşlem Merkezi Sorumlusu
14. Erdal DANACI	Sivil Savunma Amiri
15. Hüseyin ŞAHİN	Şube Müdürü (Teknik Bakım Sorumlusu)
16. Seyhan AKTAŞ	Enfeksiyon Kontrol Komite Hemşiresi
17. Bedia BİLGİÇ	Çalışan Güvenliği Birim Sorumlusu
18. Gülay KESKİN	Koordinatörlüğü Birim Çalışanı (Raportör)
EĞİTİM KOMİTESİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Turan SET	Dekan Yardımcısı
2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
3. Doç. Dr. Selçuk ARSLAN	Başhekim Yardımcısı



4. Doç. Dr. Ahmet BEŞİR	Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı
5. Doç. Dr. Mehtap PEHLİVANLAR KÜÇÜK	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
6. Dr. Öğr. Üyesi Sevil TURHAN	Halk Sağlığı Anabilim Dalı
7. Dr. Öğr. Üyesi Özge ÜÇÜNCÜ	Endokrin Bilim Dalı
8. Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Kaan KURT	Aile Hekimliği Anabilim Dalı
9. İbrahim KÜÇÜK	Hastane Başmüdürü
10. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT	Hastane Müdür V.
11. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
12. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
13. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
14. Dilek KAPTAN	Başhemşire Yardımcısı
15. Öğr. Gör. Elif KILIÇ GÜNER	Eğitim Koordinatörü
16. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
17. Gülnur İNCE ERDEM	Eğitim Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
18. Öğr. Gör. Yüksel AY	İş Güvenliği Uzmanı
19. Handan ŞAHİN	Enfeksiyon Kontrol Komite Hemşiresi
KLİNİK KALİTE İYİLEŞTİRME KOMİTESİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
2. Doç. Dr. Dilek UZLU	Göz Hastalıkları Anabilim Dalı
3. Prof. Dr. Atilla TÜRKYILMAZ	Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı
4. Doç. Dr. Vildan ALTUNAYOĞLU ÇAKMAK	Nöroloji Anabilim Dalı
5. Prof. Dr. Fazıl ORHAN	Pediyatri Allerji Göğüs Bilim Dalı
6. Doç. Dr. Mehmet Emre BAKİ	Ortopedi ve Travmatoloji Anabilim Dalı
7. Dr. Öğr. Üyesi Mürsel ŞAHİN	Kardiyoloji Anabilim Dalı
8. Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ULUŞAHİN	Genel Cerrahi Anabilim Dalı
9. Doç. Dr. Mehmet Arif USTA	Genel Cerrahi Anabilim Dalı
10. Dr. Öğr. Üyesi FATİH ÇOLAK	Üroloji Anabilim Dalı
11. Dr. Öğr. Üyesi Özge ÜÇÜNCÜ	Endokrin Bilim Dalı



12. Dr. Öğr. Üyesi Bakiye AKBAS	Kadın Hastalıkları ve Doğum Anabilim Dalı
13. Dr. Öğr. Üyesi Olcay AYÇİÇEK	Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı
14. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
15. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
16. Öğr. Gör. Okyay GENÇALIOĞLU	Bilgi İşlem Merkezi
17. Öğr. Gör. Rüstem ÖKSÜZ	Bilgi İşlem Merkezi
18. Tuğba KURT	İstatistik Birimi
RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
2. Prof. Dr. Merih KUTLU	Kardiyoloji Anabilim Dalı
3. Prof. Dr. Bircan SÖNMEZ	Nükleer Tıp Anabilim Dalı
4. Doç. Dr. Arif Mansur COŞAR	Gastroenteroloji Bilim Dalı
5. Doç. Dr. Üyesi İlker EYÜBOĞLU	Radyoloji Anabilim Dalı
6. Dr. Öğr. Üyesi Fatih ÇOLAK	Üroloji Anabilim Dalı
7. Doç. Dr. Emel HACIİSLAMOĞLU	Sağlık Fizikçisi
8. İbrahim KÜÇÜK	Hastane Başmüdürü
9. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT	Hastane Müdür V.
10. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
11. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
12. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
13. Fatma SÜMER	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
14. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
15. Bilgin ÇAKMAK	Nükleer Tıp Ünitesi Sorumlusu
16. İskender DÜZCAN	Radyoloji Ünitesi Sorumlusu
17. Bedia BİLGİÇ	Çalışan Güvenliği Birim Sorumlusu
18. Özcan DURMUŞ	Röntgen Birimi Sorumlusu
19. Gülay KESKİN	Koordinatörlüğü Birim Çalışanı (Raportör)
20. Hülya GEDİKLİ	Ameliyathane Hemşiresi



EKİPLER

İLAC YÖNETİMİ EKİBİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
2. Prof. Dr. Mehmet SÖNMEZ	Hematoloji Bilim Dalı
3. Prof. Dr. Ahmet ALVER	Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı
4. Prof. Dr Mine DUMAN	Tıbbi Farmakoloji Anabilim Dalı
5. Prof. Dr. Gürdal YILMAZ	Enf. Hastalıkları Ve Klin. Mikro. Anabilim Dalı
6. Doç. Dr. Esra ÖZKAYA	Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı
7. Doç. Dr. Zeynep Gökçe GAYRETLİ AYDIN	Pediatric Enfeksiyon Bilim Dalı
8. Dr. Öğr. Üyesi Mehmet ULUŞAHİN	Genel Cerrahi Anabilim Dalı
9. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT	Hastane Müdür V.
10. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
11. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
12. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
13. Gülay KESKİN	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
14. Dilek KAPTAN	Başhemşire Yardımcısı
15. Öğr. Gör. Yalçın ŞENEL	Bilgi İşlem Merkezi
16. Merve KILIÇ SAĞLAM	Eczacı
17. Beyza ÇOLAK	Eczacı
HASTA GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİ DEĞERLENDİRME EKİBİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ	Başhekim
2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
3. İbrahim KÜÇÜK	Hastane Başmüdürü
4. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT	Hastane Müdür V.
5. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
6. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
7. Sevgi DANACI	Başhemşire V.



8. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
9. Gülay KESKİN	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
10. Mehtap ÖKSÜZ	Başhemşire Yardımcısı
11. Emel TOR	Hasta Hakları Birim Sorumlusu
12. Zeynep ŞAHİN	Hasta Hakları Birim Çalışanı
ÇALIŞAN GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİ DEĞERLENDİRME EKİBİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ	Başhekim
2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
3. İbrahim KÜÇÜK	Hastane Başmüdürü
4. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT	Hastane Müdür V.
5. İbrahim ÇUVALCI	Hastane Müdür Yardımcı V.
6. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
7. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
8. Fatma SÜMER	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
9. Dilek KAPTAN	Başhemşire Yardımcısı
10. Bedia BİLGİÇ	Çalışan Hakları Birim Sorumlusu
11. Gülay KESKİN	Koordinatörlüğü Birim Çalışanı (Raportör)
BİNA TURU EKİBİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ	Başhekim
2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
3. Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL	Başhekim Yardımcısı
4. Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ	Başhekim Yardımcısı
5. Doç. Dr. Selçuk ARSLAN	Başhekim Yardımcısı
6. İbrahim KÜÇÜK	Hastane Başmüdürü
7. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT	Hastane Müdür V.
8. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
9. İbrahim ÇUVALCI	Hastane Müdür Yardımcı V.



10. Zeki ERTEM	Hastane Müdür Yardımcı V.
11. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
12. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
13. Fatma SÜMER	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
14. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
15. Dilek KAPTAN	Başhemşire Yardımcısı
16. Mehtap ÖKSÜZ	Başhemşire Yardımcısı
17. Öğr. Gör. Ufuk DOĞRU	İş Güvenliği Uzmanı
18. Öğr. Gör. Yüksel AY	İş Güvenliği Uzmanı
19. Öğr. Gör. Hüseyin GÜZELCİK	İş Güvenliği Uzmanı
20. Orhan İSKENDERÖĞLU	İş Güvenliği Uzmanı
21. Bedia BİLGİÇ	Çalışan Hakları Birim Sorumlusu
22. Hüseyin ŞAHİN	Şube Müdür (Teknik Bakım Sorumlusu)
23. Erdal DANACI	Sivil Savunma Amiri
24. Mine HAMARAT	Temizlik Ofisi
MAVİ KOD EKİBİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ	Başhekim
2. Prof. Dr. Turan SET	Dekan Yardımcısı
3. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
4. Prof. Dr. Abdülkadir GÜNDÜZ	Başhekim Yardımcısı
5. Dr. Öğr. Üyesi Sinan PASLI	Acil Anabilim Dalı
6. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
7. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
8. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
9. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
10. Mehtap ÖKSÜZ	Başhemşire Yardımcısı
BEYAZ KOD EKİBİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ	Başhekim



2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
3. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT	Hastane Müdür V.
4. İbrahim ÇUVALCI	Hastane Müdür Yardımcı V.
5. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
6. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
7. Fatma SÜMER	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
8. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
9. Dilek KAPTAN	Başhemşire Yardımcısı
10. Mustafa BAKİ	Nöbetçi Müdür
11. Abdülkadir KAYHAN	Nöbetçi Müdür
12. Murat ALBAYRAK	Nöbetçi Müdür
13. Sinan ÖKSÜZ	Acil Servis İdari Koordinatörü
14. Ahmet IŞIK	Nöbetçi Müdür
15. Turgay YILMAZ	Nöbetçi Müdür
16. Bedia BİLGİÇ	Çalışan Hakları Birim Çalışanı
17. Abdurrahman AKYÜZ	Güvenlik Sorumlusu
PEMBE KOD EKİBİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ	Başhekim
2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
3. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
4. İbrahim ÇUVALCI	Hastane Müdür Yardımcı V.
5. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
6. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
7. Semra HEYAL	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
8. Mehtap ÖKSÜZ	Başhemşire Yardımcısı
9. Mustafa BAKİ	Nöbetçi Müdür
10. Abdülkadir KAYHAN	Nöbetçi Müdür
11. Murat ALBAYRAK	Nöbetçi Müdür



12. Sinan ÖKSÜZ	Acil Servis İdari Koordinatörü
13. Ahmet IŞIK	Nöbetçi Müdür
14. Turgay YILMAZ	Nöbetçi Müdür
15. Abdurrahman AKYÜZ	Güvenlik Sorumlusu
NÜTRİSYON DESTEK EKİBİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
2. Prof. Dr. Hülya ULUSOY	Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı
3. Prof. Dr. Müge KOŞUCU	Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı
4. Doç. Dr. Arif Mansur COŞAR	Gastroenteroloji Bilim Dalı
5. Doç. Dr. Burcu GÜVEN	Pediyatrik Gastroenteroloji Bilim Dalı
6. Doç. Dr. Muhammet Cüneyt BİLGİNER	Endokrin Bilim Dalı
7. Doç. Dr. Ela Nur KARAMAN	Tıbbi Onkoloji Bilim Dalı
8. Dr. Öğr. Üyesi Ramazan AKPINAR	Nöroloji Anabilim Dalı
9. Dr. Öğr. Üyesi Beyhan GÜVERCİN	Nefroloji Bilim Dalı
10. Dr. Öğr. Üyesi Selim BODUR	Genel Cerrahi Anabilim Dalı
11. Dr. Öğr. Üyesi Gökçe Pınar REİS	Pediyatri Hematoloji Onkoloji Bilim Dalı
12. Dr. Öğr. Üyesi Şükriye TAŞÇI	Genel Dahiliye Bilim Dalı
13. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
14. Sevgi DANACI	Başhemşire V.
15. Dilek KAPTAN	Başhemşire Yardımcısı
16. Öğr. Gör. Yalçın ŞENEL	Bilgi İşlem Merkezi
17. Filiz KANSIZ	Diyetisyen
18. Uğur BAYRAMOĞLU	Diyetisyen
19. Mukaddes AYYILDIZ	TPN Hemşiresi
20. Ahmet Berk UÇAR	Eczacı
21. Serpil KANBEROĞLU	Nutrisyon Hemşiresi
22. Gülay KESKİN	Koordinatörlüğü Birim Çalışanı (Raportör)
BİLGİ GÜVENLİĞİ EKİBİ	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM



1. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ	Başhekim Yardımcısı
2. Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL	Başhekim Yardımcısı
3. İbrahim KÜÇÜK	Hastane Başmüdürü
4. İbrahim POLAT	Şube Müdürü
5. Öğr. Gör. İsmail ÇEBİ	Bilgi İşlem Merkezi Sorumlusu
6. Öğr. Gör. Yalçın ŞENEL	Bilgi İşlem Merkezi
7. Öğr. Gör. Rüstem ÖKSÜZ	Bilgi İşlem Merkezi
8. Öğr. Gör. Okyay GENÇALIOĞLU	Bilgi İşlem Merkezi
9. Çiğdem YAVUZ	Kalite Koordinatörü
10. Fatma SÜMER	Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı
11. Gülay KESKİN	Koordinatörlüğü Birim Çalışanı (Raportör)
FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ HASTA BAKIM SÜRECİ EKİBİ (YENİ KURULDU)	
ADI/SOYADI	KURUMDAKİ GÖREVİ ÇALIŞTIĞI BÖLÜM-BİRİM
1. Doç. Dr. Gonca SAĞLAM AKKAYA	Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon Anabilim Dalı
2. Özlem ÜÇÜNCÜ	Hemşire
3. Ayşe GÜNAYDIN	Hemşire
4. Aliye İNAN DAYIOĞLU	Fizyoterapist
5. Fatma ARPACI	Fizyoterapist
6. Tuba ÇETİN	Psikolog
7. Sultan YÜRE	Sosyal Çalışmacı
8. Kübra ÇAKIRLI	Diyetisyen

ÇALIŞAN SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KOMİTESİ FAALİYET RAPORU

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama Ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi olarak SKS kapsamında “*Çalışan Sağlığı ve 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
- Şiddete maruz kalma 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,

1. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ (Başhekim Yardımcısı)
2. Prof. Dr. Turan SET (Dekan Yardımcısı)
3. Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL (Başhekim Yardımcısı)
4. Prof. Dr. Cihan ÖREM (Kardiyoloji Anabilim Dalı)
5. Doç. Dr. Ahmet Kağan ÖZKAYA (Pediatri Acil Bilim Dalı)
6. İbrahim KÜÇÜK (Hastaneler Başmüdürü)
7. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT (Hastane Müdür V.)
8. İbrahim POLAT (Şube Müdürü)
9. İbrahim ÇUVALCI (Hastane Müdür Yardımcı V.)
10. Mahir SALİ (Hastane Müdür Yardımcı V.)
11. Çiğdem YAVUZ (Kalite Koordinatörü)
12. Sevgi DANACI (Başhemşire V.)
13. Fatma SÜMER (Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı)
14. Mehtap ÖKSÜZ (Başhemşire Yardımcısı)
15. Öğr. Gör. Ufuk DOĞRU (İş Güvenliği Uzmanı)
16. Orhan İSKENDEROĞLU (İş Güvenliği Uzmanı)
17. Bedia BİLGİÇ (Çalışan Hakları Birim Sorumlusu)
18. Hülya GEDİKLİ (Ameliyathane Hemşiresi)
19. Gülay KESKİN (Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı) (Raportör)



SKS kapsamında “Çalışan Güvenliği Komitesi” 2023 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.

28.02.2023 tarihli **Çalışan Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 1. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

- **Tehlikeli atıklarda müdahale edecek kişilerin belirlenmesi ve bu kişilerin uygulamalı eğitim alması için sivil savunma Amirliği, kalite koordinatörlüğü ve iş sağlığı ve güvenliği birimleri ile toplantı yapılması:** Kalite Koordinatörlüğü tarafından 28/04/2023 ve 15/06/2023 tarihlerinde toplantı yapılmış ve toplantılarda alınacak önlemler;
- Kimyasal atıkların çoğunluğunu teşkil eden laboratuvar çalışanlarına kimyasal dökülme ve saçılma ile ilgili eğitim verilmesi,
- Kimyasal ve tehlikeli atıkları taşıyan personele eğitim verilmesi,
- Kimyasal atıkların taşınmasında ilgili alanın ve gerekli durumlarda atık biriminin taşıyıcı personele eşlik etmesi,
- Tehlikeli kimyasal taşınan araçların güvenli hale getirilmesi ve araçlarda dökülme kiti bulundurulması.

30.05.2023 tarihli **Çalışan Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 2. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

- **Güvenlik vardiya amirlerine tekrar Beyaz Kod eğitimi yapılması;** 06/06/2023 tarihinde Kalite Koordinatörlüğü tarafından bilgi eksikliğini gidermek amaçlı beyaz ve pembe kod eğitimi verilmiştir.

25.09.2023 tarihli **Çalışan Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 3. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Güvenlik görevlilerine telsiz temin edilmesi:** Telsiz alımı yapılmıştır.
 2. **İş yeri hekiminin fiziki şartlarının oluşturulması (personel periyodik muayene için poliklinikte oda temini):** fiziki şartları oluşturmak için çalışmalar devam ediyor.
 3. **İş yeri hekimi Oğuzer USTA’ nın komiteye dahil edilmesi:** 21.12.2023 tarihinde komite görevlendirme yazısı kalite koordinatörlüğü tarafından yazılmıştır.
- **2023 yılı Çalışan Güvenliği Komitesi 4. Toplantısı, İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu** oluşturulma aşamasında olup komiteyi bağlayıcı özelliği olduğundan dolayı 2024 yılında yapılması uygun görülmüştür.



- **2023** yılı **Çalışan Güvenliği Komitesinde** 5 karar alınmıştır. Bu kararların 4 tanesi tamamlanmış, **İş yeri hekiminin fiziki şartlarının oluşturulması** kararını tamamlanma çalışmaları devam etmektedir.
- **2023** yılı için SKS kapsamında faaliyet gösteren 4 ana komitelerin etkinlik oranı hedef değeri **%85** ve üzeri olarak belirlenmiştir. Yıl sonu **Çalışan Güvenliği Komitesi** kararlarının etkinlik oranı **%100** olarak analiz edilmiştir.

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

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

1. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ (Başhekim Yardımcısı)
2. Prof. Dr. Ümit ÇOBANOĞLU (Dekan Yardımcısı)
3. Prof. Dr. Yılmaz BÜLBÜL (Başhekim Yardımcısı)
4. İbrahim KÜÇÜK (Hastaneler Başmüdürü)
5. İbrahim POLAT (Şube Müdürü)
6. Zeki ERTEM (Hastane Müdür Yardımcı V.)
7. Çiğdem YAVUZ (Kalite Koordinatörü)
8. Sevgi DANACI (Başhemşire V.)



9. Fatma SÜMER (Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı)
10. Dilek KAPTAN (Başhemşire Yardımcısı)
11. Öğr. Gör. Hüseyin GÜZELCİK (İş Güvenliği Uzmanı)
12. Orhan İSKENDEROĞLU (İş Güvenliği Uzmanı)
13. Öğr. Gör. İsmail ÇEBİ (Bilgi İşlem Merkezi Sorumlusu)
14. Erdal DANACI (Sivil Savunma Amiri)
15. Hüseyin ŞAHİN (Şube Müdürü- Teknik Bakım Sorumlusu)
16. Seyhan AKTAŞ (Enfeksiyon Kontrol Komite Hemşiresi)
17. Bedia BİLGİÇ (Çalışan Güvenliği Birim Sorumlusu)
18. Gülay KESKİN (Koordinatörlüğü Birim Çalışanı-Raportör)

SKS kapsamında “**Tesis Güvenliği Komitesi**” 2023 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.

23.02.2023 tarihli **Tesis Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 1. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Tüm çatılara yangın alarm sistemlerinin yapılması:** Çatılara alarm sistemi kurulmadı.
2. **Çatılarda yangın söndürme tüplerinin sayısının arttırılması:** Sivil Savunma Birimi tarafından çatılardaki yangın tüplerinin sayısı arttırıldı.
3. **Patoloji atıklarının uygun depolama alanının oluşturulması için çalışma yapılması:** Patoloji atıklarının için uygun alan oluşturulması için rektörlük ile iletişime geçildi ancak bir çalışma yapılmadı.
4. **Tehlikeli maddelerin uygun depolanması için çalışma yapılması:** Tehlikeli maddelerin uygun depolanması için bir çalışma yapılmadı.

25.05.2023 tarihli **Tesis Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 2. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Kapılara otomatik aç kapa sisteminin takılıp pembe kod verildiği zaman kapıların otomatik kapanmasının sağlanması için çalışma yapılması:** Otomatik kapıların acil durumlarda kontrol altına alınabilmesi için otomatik kilitlenme sisteminin yapılabilme araştırması Teknik Bakım Birimi tarafından yapıldı.



2. **Tesis tadilatları yapılmadan önce danışılması için bir komisyon kurulması, komisyonun Kalite Koordinatörlüğü, Sivil Savunma, İş Güvenliği, Bilgi İşlem ve Tesis Yönetiminden oluşan bir ekip oluşturulması:** Tesis tadilat komisyonu görevlendirme yazısı 22.06.2023 tarihinde yazılmıştır.
3. **Elektrik akım ölçümlerinin yapılması için ekip oluşturulması gerektiği, konu ile ilgili olarak Uğurtan TOYGAR ve Yılmaz YAZGAN' ın görevlendirilmesi:** Elektrik akım ölçümleri için Uğurtan TOYGAR' ın görevlendirme yazısı 21.06.2023 tarihinde yazılmıştır.
4. **Bilgi İşlem topraklamasının yetersiz olduğu teknik bakım tarafından kontrol edilmesi:** bilgi işlem sunucu odası topraklaması Teknik Bakım Birimi tarafından kontrol edilerek sorun giderildi.

23.08.2023 tarihli **Tesis Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 3. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Otomatik kilitlerin hangi kapılara yapılacağı ve maliyet araştırmasının yapılması;** Teknik Bakım Birimi tarafından yapıldı.
2. **Göz poliklinik muayene odalarındaki tehlike oluşturan cihaz kablolarının kanal içine alınma işleminin hızlandırılması:** Göz poliklinik odalarında cihaz kablolarının kanal içine alınma çalışması devam ediyor.
3. **Nöroloji polikliniği özel muayene odasının önüne yapılan hasta takip ekranının yerinin değiştirilmesi;** Hasta takip ekranı uygun yere alındı.
4. **Acil servis sarı alan karşısındaki merdiven boşluğunun tehlike oluşturma riskine yönelik emniyet filesi takılarak önlem alınması;** Emniyet filesi ölçüleri alınarak çalışma başlatılmıştır.

30.11.2023 tarihli **Tesis Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 4. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. **Otomatik kapıların acil durumlarda kilitlenmesi için bir çalışma yapılması:** Yemekhane yanındaki çıkış kapısının kartlı yapılması, C blok çıkış kapısının kontrol sistemini patoloji sekreterliğine verilmesi, ana çıkış kapılarının kontrolünün güvenlik görevlileri tarafından sağlanması çalışması devam ediyor.
2. **Göz polikliniğindeki cihazların sabitlenip, kabloların gizlenmesi için çalışma yapılması:** Göz poliklinik odalarında cihaz kablolarının kanal içine alınma çalışması devam ediyor.
3. **Yangın çıkış kapılarının uygun hale getirilmesi için bir çalışma yapılması:** B blok acil durum çıkış kapılarının kontrolünün hemşire deskine taşınması için iş güvenliği ve teknik bakım birimi ile ortak bir çalışma başlatılmıştır.



4. **Kaizer risk analizlerinin ve güvenli hastane kontrol listesinin yapılması için ilgili branşların belirlenmesi;** İlgili birime komite kararı iletilmiş olup çalışmalar devam etmektedir.
 5. **Kaizer risk analizlerinin ve güvenli hastane kontrol listesinin yapılması için ilgili branşlardan oluşan bir ekip kurulması;** Branş belirleme çalışması yapıldıktan sonra ekip görevlendirilmesi yapılacak olup çalışmalar devam etmektedir.
- **2023** yılı **Tesis Güvenliği Komitesinde** 17 karar alınmıştır. Bu kararların 7 tanesi gerçekleştirilmiş, 3 tanesi gerçekleştirilmemiş, 7 tane kararın gerçekleştirilme çalışmaları devam etmektedir.
- **2023** yılı için SKS kapsamında faaliyet gösteren 4 ana komitelerin etkinlik oranı hedef değeri **%85** ve üzeri olarak belirlenmiştir.
- Yıl sonu **Tesis Güvenliği Komite** kararlarının etkinlik oranı **%70** olarak analiz edilmiştir.
- Hedefin tutturulmama nedenleri araştırıldığında komite toplantılarında alınan 5 kararın gerçekleştirilme çalışmalarının devam ettiği ve son toplantıda alınan kararlarının termin süresinin 2024 yılı içerisine sarkması olduğu tespit edilmiştir.

HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ 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 ,

1. Prof. Dr. Ümit ÇOBANOĞLU (Dekan Yardımcısı)
2. Prof. Dr. Emine CANYILMAZ (Başhekim Yardımcısı)
3. Prof. Dr. Atila TÜRKİYILMAZ (Göğüs Cerrahisi Anabilim Dalı)
4. Prof. Dr. Özlen BALTA (Hematoloji Bilim Dalı)
5. Prof. Dr. Bahanur ÇEKİÇ (Anestezi ve Reanimasyon Anabilim Dalı)
6. Prof. Dr. Ayşenur BAHADIR (Pediatri Hematoloji ve Onkoloji Bilim Dalı)
7. Doç. Dr. Esra ÖZKAYA (Tıbbi Mikrobiyoloji Anabilim Dalı)
8. Dr. Öğr. Üyesi Melih İMAMOĞLU (Acil Anabilim Dalı)
9. Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin YAMAN (Tıbbi Biyokimya Anabilim Dalı)
10. İbrahim KÜÇÜK (Hastane Başmüdürü)
11. Öğr. Gör. Bahattin LEVENT (Müdür Yardımcı V.)
12. İbrahim POLAT (Şube Müdürü)
13. İbrahim ÇUVALCI (Hastane Müdür Yardımcı V.)
14. Çiğdem YAVUZ (Kalite Koordinatörü)
15. Sevgi DANACI (Başhemşire V.)
16. Semra HEYAL (Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı)
17. Mehtap ÖKSÜZ (Başhemşire Yardımcısı)
18. Öğr. Gör. Yüksel AY (İş Güvenliği Uzmanı)
19. Öğr. Gör. İsmail ÇEBİ (Bilgi İşlem Merkezi Sorumlusu)
20. Merve KILIÇ SAĞLAM (Eczacı)
21. Beyza ÇOLAK (Eczacı)
22. İskender DÜZCAN (Radyoloji Birim Sorumlusu)
23. Handan ŞAHİN (Enfeksiyon Komite Hemşiresi)
24. Emel TOR (Hasta Hakları Birim Sorumlusu)
25. Hülya GEDİKLİ (Ameliyathane Hemşiresi)
26. Safnaz AYAZ (Transfüzyon Merkezi Sorumlusu)
27. Sultan YÜRE (Sosyal Çalışmacı)
28. Gülay KESKİN (Kalite Koordinatörlüğü Birim Çalışanı) (Raportör)

SKS kapsamında “**Hasta Güvenliği Komitesi**” 2023 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.

28.03.2023 tarihli **Hasta Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 1. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

1. Kliniklerde hasta yakınlarına ilk müdahalenin klinikteki hekim tarafından yapılması ve durumu ciddi olan, arrest durumunda olan hasta yakınları için mavi kod çağırılması. Mavi kodun kliniklerdeki hasta yakınları içinde verilmesi sağlandı.



20.06.2023 tarihli **Hasta Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 2. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

- 1. Acil konsültasyon sürelerinin her ay Anabilim Dalı Başkanlıklarına gönderilmesi.** Acil konsültasyon sürelerinin 3 ayda bir Anabilim Dalı Başkanlıklarına gönderilmesi sağlandı.
- 2. Konsültasyona geç gelen hekimlere bir önceki ay verilerine göre sürelerin mesajla bildirilmesi.** Mesajla bildirim sağlanamadı.
- 3. Tüm asansör, poliklinik ve lavabo temizlik listelerinin temizlik ofisi sorumluları tarafından kontrol edilip toplanması.** Temizlik ofisi tarafından kontrol edilerek toplanması sağlandı.
- 4. Sorunlu olan hasta yataklarının kısım kısım değiştirilmesi.** Hasta yatağı alımı oldukça kısım kısım değişim sağlanmaya devam ediyor.

26.09.2023 tarihli **Hasta Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 3. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

- 1. Güvenli cerrahi kontrol listesinin hekimler tarafından doldurulması için uyarı sisteminin bilgi işlem tarafından aktif edilmesi ve kontrol listesinin doldurulmadan sonlandırılmasının engellenmesi.** Bilgi işlemin yoğun çalışma programı nedeniyle sağlanamadı.
- 2. Güvenli hasta transferinin sağlanması için hasta bakım personellerinden bir ekip oluşturulması.** Ameliyathane Güvenli hasta transferinin sağlanması için ekip oluşturuldu fakat kalite standardını sağlamıyor.

14.12.2023 tarihli **Hasta Güvenliği Komitesi** salt çoğunluk ile 4. Toplantısını gerçekleştirmiş olup alınan kararlar,

- 1. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinde; ameliyat listesi ile ameliyat notu yazılan hastaların karşılaştırılması.** Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinde; ameliyat listesi ile ameliyat notu yazılan hastaların karşılaştırılması yapıldı.
- 2. İsim benzerliği olan hastalarda kimliklendirmelerde karışıklık olmaması için lacivert kol bandı kullanılması.** Tamamlanma çalışmaları devam ediyor.
- 3. Mavi Kodda görevli olan asistanların CPR eğitimini alan asistanın görevlendirilmesi.** Tamamlanma çalışmaları devam ediyor.
- 4. Mavi Kodda mesai dışı çalışan Acil servis ekibi için liste oluşturulması.**

Mavi Kodda mesai dışı çalışan Acil servis ekibi için liste oluşturulması sağlandı.

- **2023 yılı Hasta Güvenliği Komite** toplantılarında toplam 11 karar alınmıştır. Bu kararların 6 tanesi tamamlandı, 2 tanesi tamamlanamadı, 3 tanesinin de tamamlanma çalışmaları devam etmektedir.
- 2023 yılı için SKS kapsamında faaliyet gösteren **4 Ana Komitenin Etkinlik Oranı** hedef değeri %85 ve üzeri olarak belirlenmiştir. 2023 yılı **Hasta Güvenliği Komite Kararları Etkinlik Oranı** analizinde %75 olarak hesaplanan oran ile hedefe ulaşamamıştır.



2023 YILI 1. ÖZDEĞERLENDİRME TAKVİMİ

PLANLANAN TARİH	ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	ÖZ DEĞERLENDİRMEYE EŞLİK EDECEK GÖZLEMCİLER
06.03.2023 10.03.2023	HASTA BAKIMI	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
13.03.2023	İLAÇ YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik Eczacı
	ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemsireleri
14.03.2023	TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
15.03.2022	TRANSFÜZYON HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hemovijilans Hemsireleri
	TERAPÖTİK AFEREZ HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
16.03.2023 17.03.2023	RADYASYON GÜVENLİĞİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
20.03.2023 21.03.2023	YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
22.03.2023	AMELİYATHANELER	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
23.03.2023	ACİL SERVİS	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
24.03.2023	YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	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 HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
27.03.2023	DİYALİZ ÜNİTESİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik



PLANLANAN TARİH	ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	ÖZ DEĞERLENDİRMEYE EŞLİK EDECEK GÖZLEMCİLER
		Gülay KESKİN	
28.03.2023	PSİKİYATRİ HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
29.03.2023	BİYOKİMYA LABORATUVARI	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
30.03.2023	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
31.03.2023	PATOLOJİ LABORATUVARI	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
03.04.2023	DOKU TİPLENDİRME LABORATUVARI	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
04.04.2023	KEMOTERAPİ HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
	ORGAN VE DOKU NAKLİ HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
05.04.2023	FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
06.04.2023	KURUMSAL YAPI	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	KALİTE YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	DOKÜMAN YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
07.04.2023	AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları



PLANLANAN TARİH	ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	ÖZ DEĞERLENDİRMEYE EŞLİK EDECEK GÖZLEMCİLER
		Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Hastane Başmüdürü
	KİMYASAL, BİYOLOJİK, RADYOLOJİK VE NÜKLEER (KBRN) TEHLİKELERİN YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
10.04.2023	EĞİTİM YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V. Eğitim Koordinatörü
	SOSYAL SORUMLULUK	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
11.04.2023	HASTA DENEYİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	HİZMETE ERİŞİM	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
12.04.2023	YAŞAM SONU HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
13.04.2023	TESİS YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
14.04.2023	OTELCİLİK HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
17.04.2023	BİLGİ YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
18.04.2023	MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü



PLANLANAN TARİH	ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	ÖZ DEĞERLENDİRMEYE EŞLİK EDECEK GÖZLEMCİLER
		Gülay KESKİN	
19.04.2023	TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
20.04.2023	ATIK YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	DIŞ KAYNAK KULLANIMI	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	RİSK YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	GÖSTERGE YÖNETİMİ	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü

2023 YILI 2. ÖZDEĞERLENDİRME TAKVİMİ

PLANLANAN TARİH	ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	ÖZ DEĞERLENDİRMEYE EŞLİK EDECEK GÖZLEMCİLER
02.10.2023	HASTA BAKIMI	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
06.10.2023		Dahili Birim Sorumluları / Birim Kalite Temsilcileri Cerrahi Birim Sorumluları / Birim Kalite Temsilcileri	
09.10.2023	YOĞUN BAKIM ÜNİTELERİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
13.10.2023		Yoğun Bakım Sorumluları / Birim Kalite Temsilcileri	
16.10.2023	RADYASYON GÜVENLİĞİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
17.10.2023		Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	
18.10.2023	AMELİYATHANELER	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
19.10.2023	İLAÇ YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik Eczacı
	ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları



PLANLANAN TARİH	ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	ÖZ DEĞERLENDİRMEYE EŞLİK EDECEK GÖZLEMÇİLER
		Semra HEYAL Gülay KESKİN	Başhemşirelik Enfeksiyon Kontrol Komitesi Hemşireleri
20.10.2023	TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
23.10.2023	TRANSFÜZYON HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hemovijilans Hemşireleri
	TERAPÖTİK AFEREZ HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
24.10.2023	ACİL SERVİS	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
25.10.2023	DOĞUM HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
26.10.2023	DİYALİZ ÜNİTESİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
27.10.2023	PSİKİYATRİ HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
30.10.2023	BİYOKİMYA LABORATUVARI	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
	DOKU TİPLENDİRME LABORATUVARI	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
31.10.2023	MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
01.11.2023	PATOLOJİ LABORATUVARI	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları
02.11.2023	KEMOTERAPİ HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik
03.11.2023	ORGAN VE DOKU NAKLİ HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemşirelik



PLANLANAN TARİH	ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	ÖZ DEĞERLENDİRMEYE EŞLİK EDECEK GÖZLEMCİLER
06.11.2023	FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Anabilim/Bilim Dalı Başkanları Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Başhemsirelik
07.11.2023	KURUMSAL YAPI	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	KALİTE YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	DOKÜMAN YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
08.11.2023	AFET VE ACİL DURUM YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	ATIK YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	KİMYASAL, BİYOLOJİK, RADYOLOJİK VE NÜKLEER (KBRN) TEHLİKELERİN YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
09.11.2023	EĞİTİM YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdür V. Eğitim Koordinatörü
	SOSYAL SORUMLULUK	Doç. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
10.11.2023	HASTA DENEYİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	HİZMETE ERİŞİM	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü



PLANLANAN TARİH	ÖZ DEĞERLENDİRME SORU LİSTESİ	ÖZ DEĞERLENDİRME EKİBİ	ÖZ DEĞERLENDİRMEYE EŞLİK EDECEK GÖZLEMCİLER
13.11.2023	YAŞAM SONU HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
14.11.2023	TESİS YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
15.11.2023	OTELCİLİK HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
16.11.2023	BİLGİ YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
17.11.2023	MALZEME VE CİHAZ YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
20.11.2023	TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
21.11.2023	GÖSTERGE YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
	DIŞ KAYNAK KULLANIMI	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
22.11.2023	RİSK YÖNETİMİ	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN	Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri Bölüm/Birim Sorumluları Hastane Başmüdürü
23.11.2023 30.11.2023	ÖZDEĞERLENDİRME RAPORLARININ YAZILMASI	Prof. Dr. Emine CANYILMAZ Çiğdem YAVUZ Fatma SÜMER Semra HEYAL Gülay KESKİN Birim Sorumluları / Birim Kalite Temsilcileri	



2023 YILI GÖSTERGE HEDEFLERİ

GÖSTERGELERİN İZLENMESİ

AMAÇ: Hastanede ölçüm sistematigi ve kültürünü geliştirmek ve uluslararası alanda kullanılan ortak göstergeleri takip etmek suretiyle, kıyaslama ve iş birliği imkânlarını oluşturarak, kalitenin sürekli geliştirilmesine katkı sağlamaktır.

- Göstergeler aracılığı ile ölçme, değerlendirme ve iyileştirme faaliyetleri gerçekleştirmek.
- Hastanede izlenecek kalite göstergeleri belirlemek.
- Hastanede izlenecek her gösterge için süreçleri tanımlamak.
- Göstergelere ilişkin veri toplama sürecine yönelik düzenlemelerde bulunmak.
- Göstergenin özelliğine göre belirlenen aralıklarda, verileri analiz etmek.
- Göstergelere ilişkin yapılan analizler sonucunda gerekli iyileştirme faaliyetleri planlamak.
- Göstergelere ilişkin sonuçlar, Bakanlıkça oluşturulan elektronik veri tabanına 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.

*Ulaşılan Hedefler **U** ile, Ulaşılamayan Hedefler **UM** ile Gösterilmiştir.

KALİTE YÖNETİMİ

	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Düzeltici/Önleyici Faaliyet (DÖF) Sonuçlandırma Oranı	%90	%70	≥%75	%73,20	UM

ACİL DURUM AFET YÖNETİMİ

	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Eksiksiz Doldurulan Mavi Kod Olay Formu Oranı	≥%50	%94	≥ %95	%99,02	U
2. Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu Oranı	≥%60	%80	≥%90	%100	U
3. Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu Oranı	≥%100	0	≥%100	0	U
4. Mavi Kodda 3 Dakika İçinde Olay Yerine Ulaşma Oranı	%50	%77	≥ %80	%85,34	U
5. Beyaz Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi	≤ 2 dk	44 sn	≤ 2 dk	1dk 6sn	U

2023 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,
- 2022 yılında Pembe kod bildirimi yapılmadığından oran sıfır olarak belirtilmiştir.

EĞİTİM YÖNETİMİ

	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Personelin Eğitime Katılma Oranı	≥%45	%57	≥%50	%32,4	UM
• Hekimlerin Planlanan Eğitime Katılma Oranı	%30	%52	≥%40	%34,2	UM
• Hemşirelerin Planlanan Eğitime Katılma Oranı	%55	%72	≥%60	%50,11	UM



• Diğer Sağlık Personelinin Planlanan Eğitimlere Katılma Oranı	%40	%60	≥%45	%28	UM
• İdari Personelin Planlanan Eğitimlere Katılma Oranı	%15	%15	≥%20	%16,03	UM
• Teknik ve Destek Personelin Planlanan Eğitimlere Katılma Oranı	%30	%50	≥%40	%25,65	UM
2. Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı	≥%60	%89	≥%80	%98,85	U
• Bölüm Değiştiren Personel İçin Gerçekleştirilen Uyum Eğitimi Oranı	≥%60	%87	≥%70	%98,40	U
• Kuruma Yeni Başlayan Personel İçin Gerçekleştirilen Uyum Eğitimi Oranı	%100	%100	%100	%99,42	UM
3. Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı	%100	%100	%100	%90,38	UM

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Kurumda verilen eğitimlere planlanan tüm personelin katılımının sağlanması,
- Kuruma yeni başlayan ve bölüm değiştiren personelin uyum eğitimini tamamlaması,
- Kurumda planlanan eğitimlerin zamanında gerçekleşmesi ve yapılan analizlerle iyileştirilmesi.

HASTA DENEYİMİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Hasta Deneyim Anketleri Analizi	≥%80	%86	≥%85	%89,3	U
Acil Hasta Deneyim Anketleri Analizi			≥%85	≥%90	U
Ayaktan Hasta Deneyim Anketleri Analizi			≥%85	≥%87	U
Yatan Hasta Deneyim Anketleri Analizi			≥%85	≥%91	U

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Alınan geri bildirimlerin analizi sonucunda gerekli iyileştirici faaliyetlerin başlatılarak hizmet kalitesinin artırılması

SAĞLIKLI ÇALIŞMA YAŞAMI	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Çalışan Geri Bildirim Anketleri Analizi	%60	%60	≥%60	%61	U
2. Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı	≤0,5	0.25	≤%25	%20,84	U
3. Kan ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Oranı	≤0,5	0,02	≤%5	%2,50	U
4. Kesici/Delici Alet Yaralanma Oranı	≤0,5	0,37	≤%6	%11,70	UM
5. Kurum İçi Bölüm Değiştiren Personel Oranı	≤%5	%9	≤%10	%5,64	U
6. Kurumdan Ayrılan Personel Oranı	≤%1	0,54	≤%0,8	%0,85	U
7. Personelin Sağlık Taramalarının Tamamlanma Oranı	%50	%50	≥%50	%49,49	UM



2023 YILI HEDEFLERİ:

- Çalışanların beklenti ve gereksinimlerinin karşılanma düzeyinin belirlenmesi ve alınan geri bildirimlerin analiz sonucuna göre iyileştirici faaliyetlerin başlatılması
- Hasta /hasta yakınları tarafından şiddet uygulanmasının önlenmesine yönelik gerekli tedbirlerin alınması,
- Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma nedenlerine yönelik iyileştirmelerin yapılması,
- Kan ve vücut sıvılarına maruz kalma nedenlerine yönelik iyileştirmelerin yapılması,
- Kesici delici alet yaralanma nedenlerine yönelik iyileştirmelerin yapılması,
- Yetkin personelin, verimli ve etkin çalışmasının sağlanması

HASTA BAKIMI	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Hasta Düşme Oranı	≤%0,2	%0,04	≤%0,2	%0,04	U
• Ayaktan Hasta Düşme Oranı	≤%0,2	0	≤%0,2	%0	U
• Yatan Hasta Düşme Oranı	≤%0,2	%0,62	≤%0,5	%0,37	U
2. Basınç Yarası Oranı	≤%0,5	%0,26	≤%0,4	%0,26	U

2023 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.

İLAÇ YÖNETİMİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. İlaç Hatası Bildirim Oranı	≤%0,1	%0	%0	%0	U

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Gerçekleşen ve bildiriimi yapılan ilaç hatalarının analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması,

ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. El Hijyeni Uyum Oranı	%100	%100	%100	%100	U
2. El Hijyeni Malzemesi Tüketim Oranı	1000 Hasta Günü 20 litre	1000 Hasta Günü 20 litre	1000 Hasta Günü 20 litre	23 lt	U
3. Enfeksiyon Kontrol Demetlerine Uyum Oranı	%100	%100	%100	%100	U
4. Santral Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Hızı					
• Erişkin yoğun bakım	≤ 5,5	19	≤ 6,5	11,58	UM
• Pediatri yoğun bakım	≤ 5,8	3	≤ 6,2	3,83	U
• Koroner yoğun bakım	≤ 6,1	0	≤ 5,7	3,34	U
• Yenidoğan yoğun bakım Doğum ağırlığı ≤ 750	≤ 7,4	0	≤ 5,4	22,32	UM



• 751≤ Doğum ağırlığı ≤ 1000	≤ 4,7	0	≤5,9	20,3	UM
• 1001≤ Doğum ağırlığı ≤ 1500	≤ 5,3	18	≤4,0	0	U
• 1501≤ Doğum ağırlığı ≤ 2500	≤ 5,9	4,69	≤4.1	11,07	UM
• Doğum ağırlığı >2500	≤ 4,9	4,65	≤4,3	11,89	UM
5. Üriner Kateter İlişkili İdrar Yolu Enfeksiyonu Hızı					
• Erişkin yoğun bakım	≤1,5	0,98	≤1,2	2,37	UM
• Pediatri yoğun bakım	≤1,5	0,72	≤1,4	0,57	U
• Koroner yoğun bakım	≤1,0	4,04	≤1,5	1,34	U
6. Ventilatör İlişkili Pnömoni/Ventilatör İlişkili Olay Hızı					
• Erişkin yoğun bakım	≤7,2	27,52	≤6,2	8,31	UM
• Pediatri yoğun bakım	≤3,2	9,46	≤6,3	5,43	U
• Koroner yoğun bakım	≤5,0	12,05	≤5,7	28,5	UM
• Yenidoğan yoğun bakım Doğum ağırlığı ≤ 750	≤3,7	0	≤2,7	8,4	UM
• 751≤ Doğum ağırlığı ≤ 1000	≤2,2	0	≤1,5	0	U
• 1001≤ Doğum ağırlığı ≤ 1500	≤1,2	0	≤1,4	0	U
• 1501≤ Doğum ağırlığı ≤ 2500	≤1,3	6,94	≤1,5	8,97	UM
• Doğum ağırlığı >2500	≤1,8	4,08	≤1,6	11,05	UM
7. Prosedür Spesifik Cerrahi Alan Enfeksiyonu Oranı					
• Koroner Arter Bypass Cerrahi	≤%1,66	0	≤%1,76	%1,66	U
• Diz protezi	≤%0,33	2,22	≤%0,33	%0	U
• Rektal Cerrahi	≤%0,90	3,13	≤%0,48	%17,86	UM
• Kalça Protezi	≤%0,95	1,1	≤%1,21	%0,32	U
• Kolon Cerrahi	≤%4,98	9,09	≤%4,77	%10,06	UM
• Kolosistektomi	≤%0,13	1,1	≤%0,14	%2,2	UM
• Kırığın Açık Fiksasyonu	≤%0,76	4,84	≤%0,91	%2,82	UM
• Laminektomi	≤%0,45	1,83	≤%0,61	%2,13	UM
8. Cerrahi Antibiyotik Profilaksisi Uygunluk Oranı	≤%80	0	≥%10	%6,60	UM



2023 YILI HEDEFLERİ:

- Çalışanlarda beş el endikasyon kuralına uygun olarak el hijyeni kültürünün oluşturulması, sağlık hizmeti ilişkili enfeksiyonların önlenmesi
- El hijyeni uyumunun artırılması için el hijyeni malzemesinin eksiksiz bulundurulması
- Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolüne yönelik olarak gerçekleştirilen sağlık bakım uygulamalarının sürekliliğinin sağlanması ve etkinliğinin artırılması
- Gerçekleşen santral kateter, üriner kateter ve ventilatör ilişkili enfeksiyon nedenlerinin analiz edilerek, hastanın en iyi bakımı almasını sağlamak

TRANSFÜZYON HİZMETLERİ

	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. İmha Edilen Kan ve Kan Bileşeni Oranı	≤%1	%2	≤%2	%2,02	U
• Eritrosit imha oranı:	≤%1	%0,9	≤%1	%0,68	U
• Trombosit imha oranı:	≤%10	%9	≤%8	%8,14	U

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Kan ve kan bileşenlerinin istemsiz imhaların önüne geçilmesi, verimli ve etkin şekilde kullanılmasının sağlanması

RADYASYON GÜVENLİĞİ

	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Kontrast Madde ile Çekilen Tomografi Oranı	%50	%56	≤%60	%56,87	U
2. Tekrarlanan Röntgen Çekim Oranı	≤%30	%3	≤%3	-	-

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Tekrarlayan röntgen çekimlerinin en aza indirilerek radyasyona maruz kalmanın azaltılması,
- Gereksiz kontrast madde kullanımının en aza indirilmesi,

ACİL SERVİS

	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Acil Servise Yeniden Başvuru Oranı	< %0,3	%0,3	≤%0,5	%0,32	U
2. Acil Serviste Ortalama Müşahede Süresi	<3872 dk	405 dk.	≤360dk	266 dk	U
3. Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi	<44dk	47,82dk	≤30dk	37 dk	UM
4. Hasta Sevk Oranı	<%1,4	%0,81	≤%1	%0,55	U

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Acil serviste hizmet kalitesinin ve hizmet sunumunun artırılması, hasta güvenliğini sağlanması, hasta bakımında kalitenin artırılması

AMELİYATHANE

	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	



1. Ameliyathaneye Planlanmamış Geri Dönüş Oranı	≤%0,5	%0,04	≤%0,2	%0,06	U
2. Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Uygun Kullanım Oranı	≥%50	%37	≥%45	%29,04	UM
3. Anesteziye Bağlı Komplikasyon Oranı	%0	%0,02	%0	%0	U

2023YILI HEDEFLERİ:

- Ameliyathaneye cerrahi operasyon ile ilgili geri dönüşlerin analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması,
- Ameliyat güvenliğinin artırılması, cerrahide tıbbi hataların engellenmesi, cerrahiye bağlı ölüm ve komplikasyonların azaltılması,
- Anesteziye bağlı komplikasyonların analiz edilerek iyileştirme çalışmalarının yapılması,

YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarası Oranı					
• Yoğun Bakım-1	≤%20	%7	≤%15	%7,14	U
• Yoğun Bakım-2	≤%10	%6,5	≤%9	%11,40	UM
• Yoğun Bakım-3	≤%10	%14	≤%10	%20,47	UM
• KVC Yoğun Bakım	≤%2	%1,7	≤%2	%1,88	U
• Koroner Yoğun Bakım	≤%1	%0,31	≤%1	%2,15	UM
• Yanık Yoğun Bakım	≤%3	%0	≤%2	%0,29	U
• Pediatri Yoğun Bakım	%0	%0	%0	%0,45	UM
2. Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı					
• Yoğun Bakım-1	%20-30	%18	%20-30	%19,86	U
• Yoğun Bakım-2	%20-30	%23	%20-30	%20,38	U
• Yoğun Bakım-3	%30	%23	≤%30	%28,44	U
• KVC Yoğun Bakım	<%4	%4,8	≤%4	%3,48	U
• Koroner Yoğun Bakım	<%10	%5	≤%8	%6,38	U
• Yanık Yoğun Bakım	<%2	%2,50	≤%2	%1,45	U
• Pediatri Yoğun Bakım	<%10	%13,41	≤%10	%20,54	UM
3. Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı					
• Yoğun Bakım-1	%0	%4	%0	%9	UM
• Yoğun Bakım-2	%0	%5	%0	%4,98	UM
• Yoğun Bakım-3	%0	%1,29	%0	%3,28	UM
• KVC Yoğun Bakım	≤%1	%0,9	≤%1	%1,38	UM



• Koroner Yoğun Bakım	≤%1	%0,5	≤%1	%2,15	UM
• Yanık Yoğun Bakım	%0	%0	%0	%0,32	UM
• Pediatri Yoğun Bakım	≤%2	%1	≤%2	%0,45	U
4. Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı					
• Yoğun Bakım-1	10hasta	%2	≥%3	%2,44	UM
• Yoğun Bakım-2	8 hasta	%6	≥%3	%1,9	UM
• Yoğun Bakım-3	10hasta	%1,2	≥%2,5	%0,64	UM
• KVC Yoğun Bakım	8 hasta	%0	≥%2	%0	UM
• Yanık Yoğun Bakım	4 hasta	%0	≥%1	%0	UM
• Pediatri Yoğun Bakım	8 hasta	%0,4	≥%3	%1,82	UM
5. Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesinde Basınç Yarısı Oranı	%0	%0	%0	%0	U
6. Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesinde Mortalite Oranı	<%6	%3,77	≤%5	%3,72	U
7. Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesine Yeniden Yatış Oranı	%0	%0	%0	%0	U
8. Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesinde İlk 6 Saat İçinde Kolostrum Verilen Bebek Oranı	≥%25	%51	≥%50	%49	UM
9. Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesinde Yatırılan ve Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı	≥%40	%35	≥%35	%30,87	UM
10. Yeni doğan Yoğun Bakım Ünitesinde Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı	-	-	-	-	

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı
- 2022 yılında beyin ölümü açısından değerlendirilen hasta oranı hedefi, hasta sayısı üzerinden belirlenmişti.2023 yılında hedef, oran olarak belirlendi.

Yoğun bakımlarda yılda yatak sayısı kadar beyin ölümü açısından hasta değerlendirmek.

KVC Yoğun Bakım- yılda 8 hastayı beyin ölümü açısından değerlendirmek.

Yoğun Bakım-1 yılda 10 hastayı beyin ölümü açısından değerlendirmek.

Yoğun Bakım-2 yılda 8 hastayı beyin ölümü açısından değerlendirmek.

Yoğun Bakım-3 yılda 10 hastayı beyin ölümü açısından değerlendirmek.

Pediatri Yoğun Bakım- yılda 8 hastayı beyin ölümü açısından değerlendirmek

Yanık merkezi- yılda 4 hastayı beyin ölümü açısından değerlendirmek.



- Yeni Doğan Yoğun Bakım Beyin Ölümü Açısından Değerlendirilen Hasta Oranı

Yeni Doğan Yoğun Bakım hastaları beyin ölümü açısından değerlendirilmemektedir

DOĞUM HİZMETLERİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Primer Sezaryen Oranı	≤%65	%56	≤%60	%44,03	U
2. Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı	≤%85	%85	≤%85	%84,47	U
3. Risk Düzeyine Göre Sezaryen Sonrası Venöz Tromboemboli(VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı	≥%70	%72	≥%80	%78,38	UM
4. Risk Düzeyine Göre Vajinal Doğum Sonrası Venöz Tromboemboli (VTE) Profilaksisi Uygulanma Oranı	-	%0	≥%90	%100	U
5. Vajinal Doğumlarda Obstetrik Travma Oranı	%0	%0,9	%0	%2	UM
6. Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı	%40	%19	≥%30	%17,44	UM
7. Doğumdan Sonraki İlk Bir Saat İçinde Ten Tene Temas Uygulanan Anne Bebek Çifti Oranı	≥%60	%40	≥%60	%55,99	UM
8. Sadece Anne Sütü Alarak Taburcu Edilen Bebek Oranı	>%0,8	%9	≥%15	%17,12	U
9. Doğum Sonrası Annelerin Depresyon Riski Yönünden Değerlendirilme Oranı	İlk veri	%9,4	≥%10	%7,23	UM

2023 HEDEFLERİ:

- Gebelerin normal doğuma yönlendirilmesi ve primer sezaryenlerin azaltılması
- Gebelerin kuruma girişinden, anne ve bebeğin kurumdan ayrılışına kadar olan tüm süreçte en iyi ve en güvenli sağlık hizmetini almalarının sağlanması.
- Vajinal doğum yapan kadınlarda VTE yönünden risk faktörlerinin değerlendirilip profilaksinin erken dönemde başlanması

KEMOTERAPİ HİZMETLERİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Kemoterapi Tedavisi Alan Hastalarda Oluşan Ekstravazasyon Oranı	≤%0,5	%1,91	≤%1	%2,70	UM
2. Ekstravazasyon Sonucu Ülser Gelişen Hasta Oranı	%0	%0	%0	%0	U
3. Kemoterapi Tedavi Sürecinde Kemoterapinin Komplikasyonları Nedeniyle Ölen Hasta Oranı	İlk veri	%0,08	%0	%0	U

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Kemoterapi uygulamaları nedeniyle gelişen yan etki ve komplikasyonlarının azaltılmasını ve hasta güvenliğinin sağlanmak

FİZİKSEL TIP VE REHABİLİTASYON HİZMETLERİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Hasta Düşme Oranı	%0	%0	%0	%0,03	UM
2. Taburculuğundan Sonraki İlk 30 Gün İçerisinde Yeniden Yatış Oranı	≤%0,5	%5	%0	%2,59	UM



2023 YILI HEDEFLERİ:

- Düşme riski yüksek olan hastaların belirlenerek, gerekli önlemlerin alınması ve hasta bakım kalitesinin artırılması
- Fiziksel tıp ve rehabilitasyon hizmet kalitesinin artırılması.

BİYOKİMYA LABORATUVARI

	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	≤%2	%0,79	≤%1	%0,96	U
2. Biyokimya Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı	≤%1	%0,03	≤%1	%0,02	U
3. Biyokimya Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	≤%0,5	%4,61	≤%10	%3,45	U
4. Biyokimya Laboratuvarı Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	≤%5	%1,58	≤%5	%1,17	U
5. Biyokimya Laboratuvarı Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı	%85	%85	%85	%85	U

2023 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

MİKROBİYOLOJİ LABORATUVARI

	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı	<%5	%0,8	<%5	%0,4	U
2. Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmet Sürecinde Kaybolan Numune Oranı	<%0,5	%0	<%0,5	%0	U
3. İdrar Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	<%2	%1,7	<%2	%3,15	UM
4. Mikrobiyoloji Laboratuvarı İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<%1	%0	<%1	%0	U
5. Mikrobiyoloji Laboratuvarı Dış Kalite Değerlendirme Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı	<%1	%0,3	≤%1	0,33	U
6. Mikrobiyoloji Laboratuvar Hizmetlerinde Akılcı Laboratuvar Uyum Oranı	%85	%85	%85	%85,7	U
7. Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı	<%3	<%3,6	<%3	%0,75	U
8. Kan Kültürlerinde Direk Gram Boyama ve Son İdentifikasyon Uyum Oranı	≥%99	%100	≥%99	%99,34	U
9. Kan Kültürlerinde Pozitif Sonuç Oranı	%6 -12	%15	%6 -12	%13,37	UM
10. İki ve Üzeri Set Alınan Kan Kültürü Oranı	%40	%33	>%30	%27,55	UM



11. Tek Şişe Alınan Kan Kültürü Seti Oranı	%7	%7,3	<%5	%4,4	U
12. Alındıktan Sonra İki Saat İçinde Laboratuvara Teslim Edilmeyen Kan Kültürü Seti Oranı	%15-20	%22	%15-20	%23,6	UM
13. Kan Kültüründe Yalancı Pozitiflik Oranı	<%1	%0,09	<%1	%0,14	U
14. Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre	-	-	İlk veri	251.26 dk	U

2023 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

- Pozitif Sinyal Anı ile Bildirim Anı Arasında Geçen Ortalama Süre: Takibi yapılmıyor.

PATOLOJİ LABORATUVARI	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Uygun Olmayan Patolojik Materyal Oranı	≤%1	%0,2	≤%1	%0,31	U
2. Patoloji Laboratuvar Hizmet Süreçlerinde Kaybolan Numune Oranı	%0	%0	%0	%0	U
3. Yetersiz Sitolojik Materyal Oranı	≤%10	%9,25	≤%9	%7,85	U

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerden uygun olmayanların analiz edilerek preanalitik süreçte yönelik gerekli gerekli iyileştirme çalışmalarının yapılması,
- Laboratuvar preanalitik sürecinde meydana gelen hataların önlenmesi
- Laboratuva gönderilen sitolojik materyal örnekleri içinde yeterli hücre içermeyenlerin takip edilerek
- Preanalitik süreçte yönelik iyileştirme çalışmalarının yapılması

DİYALİZ HİZMETLERİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Hemodiyaliz Hastalarında Kt/V Değeri 1.2'den veya URR Değeri %65'den Düşük Olan Hasta Oranı	%6	%9	≤ %20	%8,44	U
2. Periton Diyalizi Yapılan Hastalarda Total Kt/V Değeri 1,7'den Düşük Hasta Oranı	%0	%0	%0	%0	U
3. Serum Ferritin Düzeyi 200-500ng/ml Arasında Olan Hasta Oranı	≥ %25	%17	≥ %10	%32,75	U
4. Serum Fosfor Düzeyi 5,5 mg/dl'nin Üstünde Olan Hasta Oranı	≤ %25	%35	≤ %40	%29,32	U
5. Serum Albümin Düzeyleri 3,5 g/dl'nin Altında Olan Hasta Oranı	≤ %15	%10	≤ %15	%6,02	U
6. Serum Düzeltilmiş Kalsiyum Düzeyi 8,5-10,5 mg/dl Arasında Olan Hasta Oranı	≥ %85	%83	≥ %80	%79,3	UM
7. Düzeltilmiş Ca×P düzeyi 55'in Altında Olan Hasta Oranı	≥ %84	%81	≥ %70	%83,5	U
8. Ortalama Hemodiyaliz Süresi	4.5 Saat	4.5 Saat	4.5 Saat	4.5 Saat	U



9. Eritropoetin Kullanım Oranı	≤ %70	%70	≤ %85	%61,07	U
10. Ortalama Hemoglobin Düzeyi 10-13 g/dl Arasında Olan Hasta Oranı	≥ %65	%60	≥ %50	%62	U
11. HBsAg Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı	%0	%0	%0	%0	U
12. Anti-HCV Değeri Pozitifleşen Hasta Oranı	%0	%0	%0	%0	U
13. Kalıcı Kateteri Olan Hasta Oranı	≤ %5	%6	≤ %10	%10	U
14. Kalıcı Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	≤ %60	%0	≤ %10	%24,9	UM
15. Geçici Kateterli Hastalarda Kateter Enfeksiyonu Gelişen Hasta Oranı	%0	%0	≤ %10	%0	U
16. Santral Venöz Kateter İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonu Oranı	%0	%0	%0	%0	U
17. Diyaliz Ünitesi Mortalite Oranı	%5	%1,6	≤ %10	%2,67	U
18. Gerekli Laboratuvar Testlerinin Eksiksiz Olarak Yapılma Oranı	%100	%100	%100	%100	U
19. Saf Su Örneklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin Zamanında Yapılma Oranı	%100	%100	%100	%100	U

2023 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,

BİLGİ YÖNETİMİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi	1.246.3 6 dk	250,27 dk	≤ 250dk	1,647,1 0dk	UM
2. SBYS' nin Devre Dışı Kaldığı Süre	33.75 dk	127dk	≤ 720dk	1,5 dk	U

2023 YILI HEDEFLERİ:

- SBYS'de oluşan arızalara en kısa sürede müdahale edilerek hizmetin aksamaması.
- SBYS'nin devre dışı kalma durumunun takip edilmesi, gerekli önlemlerin alınması.

TIBBİ KAYIT VE ARŞİV HİZMETLERİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	
1. Eksiksiz Hasta Dosyası Oranı	%15	%14	≥ %15	%25,57	U
• Arşive teslim edilen eksiksiz hasta dosya oranı	İlk veri	%99	≥ %98	%99,98	U
• Eksiksiz e-dosya oranı	%15	%14	≥ %15	%25,57	U
2. Sağlık Kuruluna Dönen Toplam Rapor Oranı	≤ %0,5	%0,4	≤ %0,5	%0,37	U

2023 YILI HEDEFLERİ:

- Hasta dosya ve kayıtlarının zamanında eksiksiz ve tam olarak doldurulmasının sağlanması.

HASTANE GÖSTERGELERİ	2022		2023		SONUÇ
	Hedef	Sonuç	Hedef	Sonuç	



1. Uygun Olmayan Mavi Kod Oranı	≤ %30	%29	≤ %30	%8,79	U
2. Güvenli Hasta Transferi Doldurulma Oranı:	≥ %45	%44	≥ %45	%43,86	UM
3. Ana Komitelerin Etkinlik Oranı	≥ %80	%82	≥ %85	%83,33	UM
4. Hasta Progresi ve Epikriz Doldurulma Oranı	>%80	%97	≥ %95	%98,24	U
5. Bakım Planı ve Hemşirelik Hizmetlerinin Doldurulma Oranı	>%18,5	%18	≥ %20	%31,81	U
6. Hasta/Hasta Yakınına Verilen Eğitim Oranı	İlk veri				
• Bölüme kabulünde Hasta/Hasta Yakınına Verilen Eğitim Oranı	İlk veri	%29	≥%25	%39,16	U
• Tedavi sürecinde Hasta/Hasta Yakınına Verilen Eğitim Oranı	İlk veri	%27	≥%25	%36,07	U
• Taburculukta Hasta/Hasta Yakınına Verilen Eğitim Oranı	İlk veri	%19	≥%20	%20,73	U
2023 YILI HEDEFLERİ: - Uygun olmayan mavi kod oranının takip edilerek analizlerinin yapılması, gerekli durumlarda eğitimlerin verilerek uygun olmayan mavi kod sayısının azaltılması. - Güvenli hasta transfer formunun uygun şekilde doldurulmasının sağlanması, iyileştirme çalışmaları kapsamında doldurulma oranı düşük birimlere bilgilendirme yapılması.					

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.

Eğitim Komitesinin 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.)
- Doç. Dr. Ahmet BEŞİR (Anesteziyoloji ve Reanimasyon Anabilim Dalı)



- Doç. Dr. Mehtap PEHLİVANLAR KÜÇÜK (Göğüs Hastalıkları Anabilim Dalı)
- Dr. Öğr. Üyesi Sevil TURHAN (Aile Hekimliği Anabilim Dalı)
- Dr. Öğr. Üyesi Özge ÜÇÜNCÜ (Endokrin Bilim Dalı)
- Dr. Öğr. Üyesi Abdullah Kaan KURT (Aile Hekimliği Anabilim Dalı)
- İbrahim KÜÇÜK (Hastane Başmüdürü)
- Öğr. Gör. Bahattin LEVENT (Hastane Başmüdür V.)
- Öğr. Gör. Yüksel AY (İş Sağlığı Güvenliği Birimi)
- Öğr. Gör. Elif KILIÇ GÜNER
- İbrahim POLAT (Şube Müdürü)
- Sevgi DANACI (Başhemşire)
- Dilek KAPTAN (Başhemşirelik)
- Çiğdem YAVUZ (Kalite Koordinatörü)
- Gülnur İNCE ERDEM (Eğitim Koordinatörlüğü)
- Semra HEYAL (Kalite Koordinatörlüğü)
- Handan ŞAHİN (Enfeksiyon Kontrol Komite Birimi)

SKS kapsamında “**Eğitim Komitesi**” 2023 yılı içerisinde 3 kez olağan toplantısını gerçekleştirmiştir. Alınan toplantı kararları **Başhekimliğe** yazılı olarak bildirilmiş ve **Başhekimlik** tarafından kararların gerçekleştirilebilmesi için ilgili **Bölüm/Birimlere** iletilmesi sağlanmıştır.

30.03.2023 tarihinde **Eğitim Komitesi** salt çoğunluk ile 1. Toplantısını gerçekleştirmiş olup;

1. **Kliniklerde taburcu olan hastaların dosyalarının hasta/hasta yakınına verilmemesi ve hastane personeli (sekreter, posta vb.) tarafından birimlerden alınması**

06.10.2023 tarihinde **Eğitim Komitesi** salt çoğunluk ile 2. Toplantısını gerçekleştirmiş olup;

1. **Ameliyathane kurs programı başvuru sayısı yeterli olmadığı için kurs programının iptal edilmesi.**

12.12.2023 tarihinde **Eğitim Komitesi** salt çoğunluk ile 3. Toplantısını gerçekleştirmiş olup;

1. **Akademik personellerin eğitimleri tamamlaması için Dekanlık tarafından duyuru yapılması**
2. **2024 yılı Eğitim Planının aylara yayılarak yapılması**
3. **Uyum eğitimlerinin 5 günlük bir eğitim kapsamında olması**
4. **Ameliyathane koordinasyon grubuyla toplanıp hizmet içi eğitim planının yapılması**
5. **Yeni göreve başlayan asistan ve akademik personelin eğitim koordinatörlüğüne bildirilmesi**
6. **Hasta transferi personeline Güvenli Transfer eğitimi verilmesi**

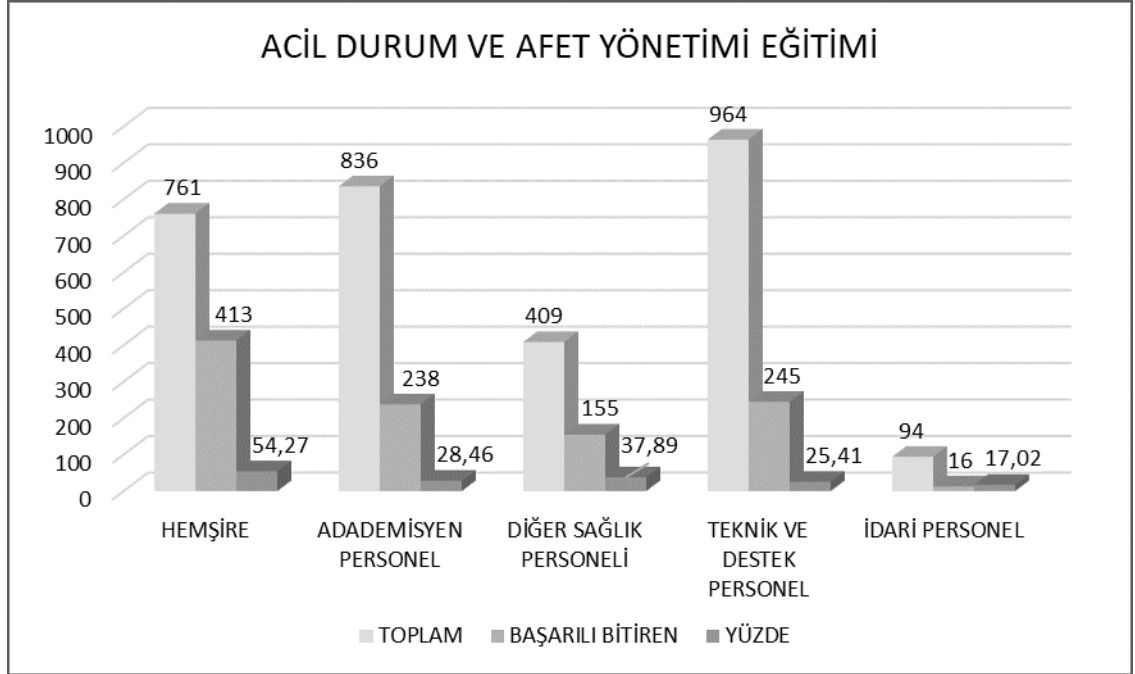
EĞİTİMLER

- 2023 yılı Online ve yüz yüze eğitim programlarında kurum çalışanlarına 52 farklı eğitim tanımlanmıştır.
- Ocak-Haziran döneminde 8 yüz yüze eğitim düzenlenmiş olup, 3 eğitim katılım olmadığı için yapılamamıştır.
- Temmuz-Aralık 2023 döneminde 9 yüz yüze eğitim düzenlenmiş olup, 1 eğitim eğitimci tarafından iptal edilmiştir. Eğitime katılım olmadığı için 1 eğitim yapılamamıştır.



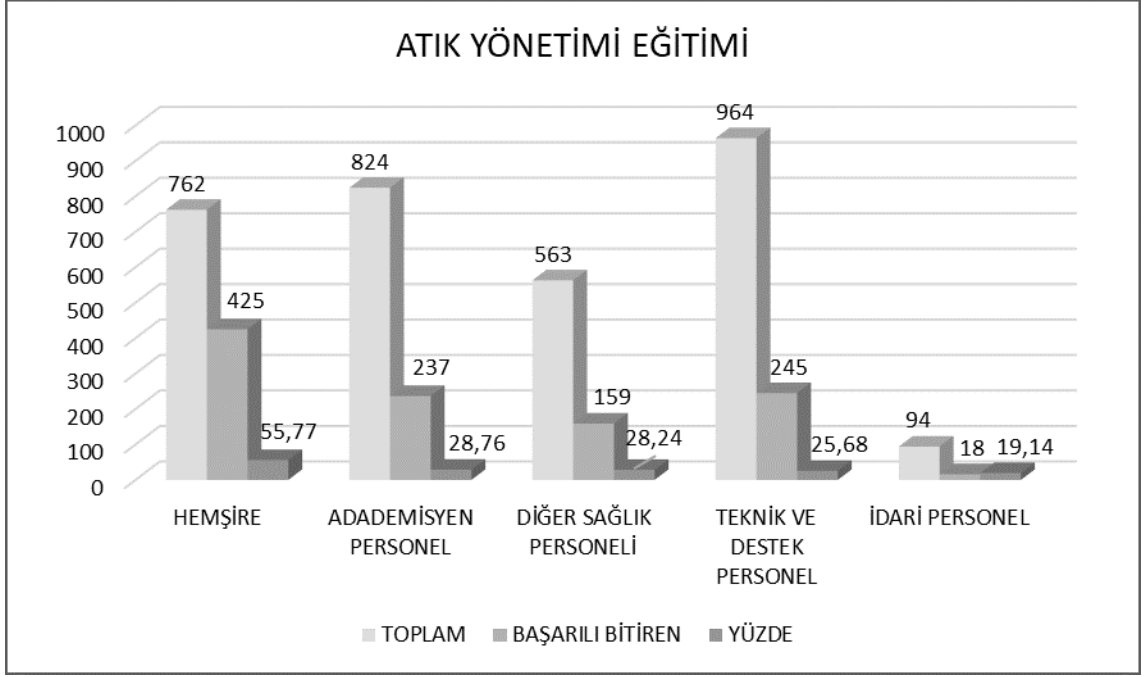
- 18.12.2023, 19.12.2023, 20.12.2023, 26.12.2023, 27.12.2023 tarihlerinde 29 ameliyathane personeline 'Taşıma Eğitimi' verildi.
- ✓ 2023 yılı Eğitim Komitesi toplantılarında toplam 8 karar alınmış olup alınan 8 komite kararı da tamamlanmıştır.
- ✓ 2023 yılı için SKS kapsamında faaliyet gösteren **4 Ana Komitenin Etkinlik Oranı** hedef değeri %85 ve üzeri olarak belirlenmiştir. Bu kapsamda 2023 yılı **Eğitim Komitesi Kararları Etkinlik Oranı** analizinde %100 olarak hesaplanan oran ile hedefe ulaşılmıştır.

➤ Online eğitimlerin katılım oranları aşağıdaki grafiklerde belirtilmiştir.

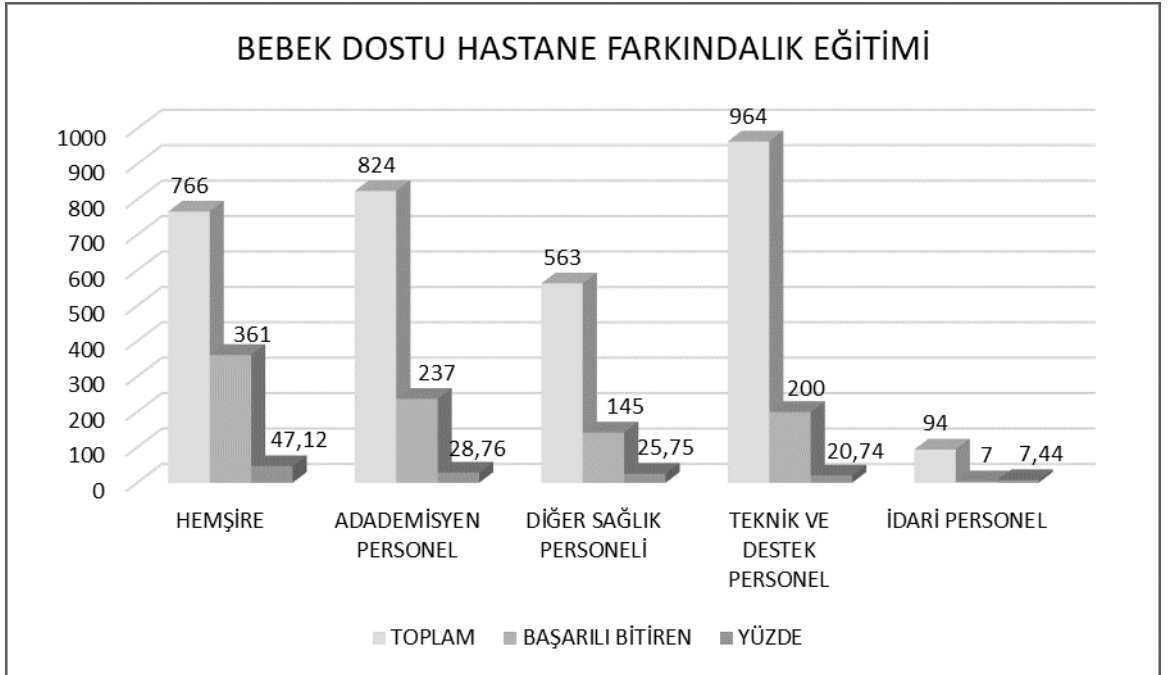


- Acil Durum ve Afet Yönetimi Eğitimi 3826 çalışana tanımlanmış olup 1187 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %31.02 olarak belirlenmiştir.



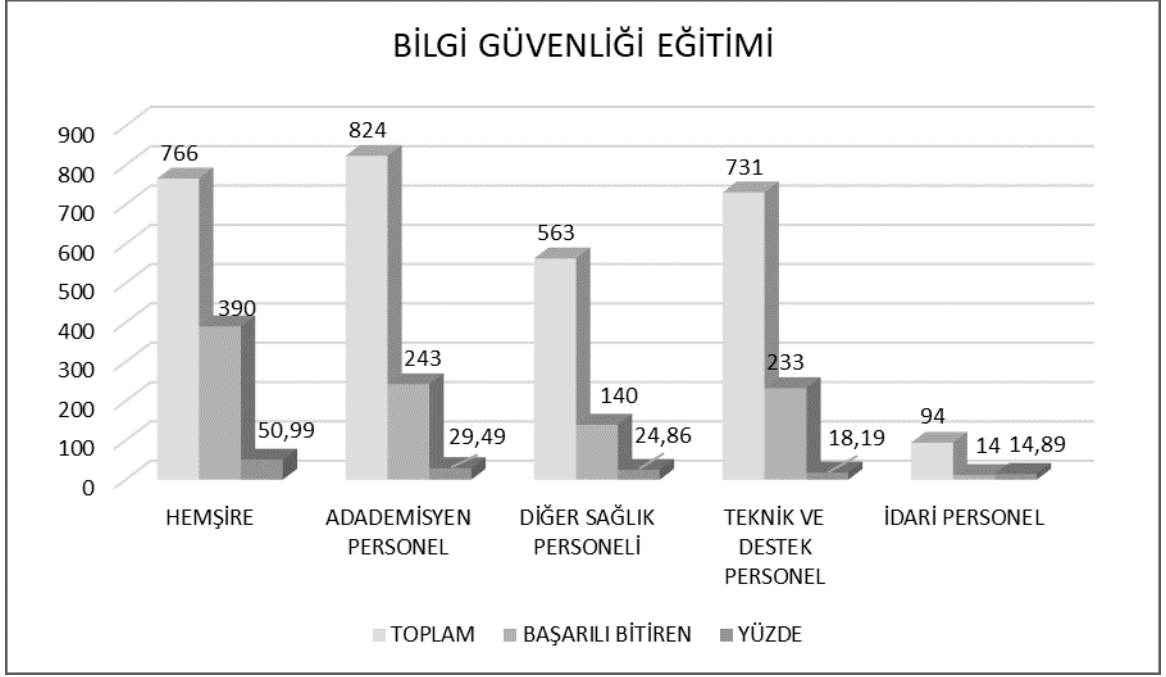


- Atık Yönetimi Eğitimi 3829 çalışana tanımlanmış olup 1205 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %31,47 olarak belirlenmiştir.

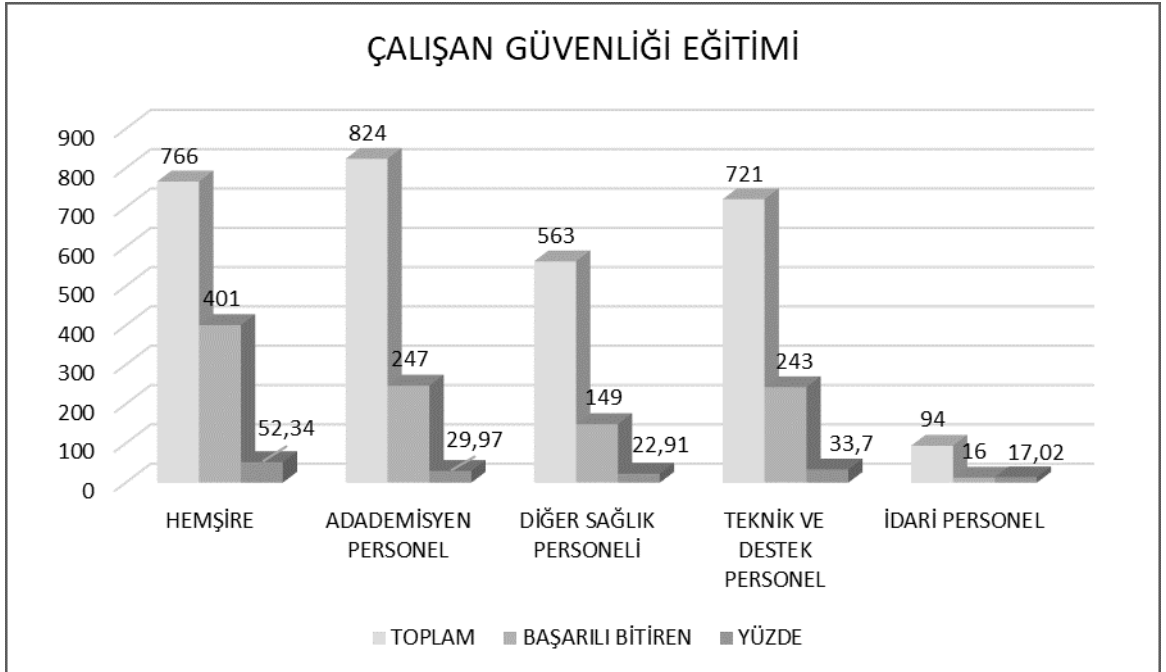


- Bebek Dostu Hastane Farkındalık Eğitimi 3830 çalışana tanımlanmış olup 1006 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %26,26 olarak belirlenmiştir.



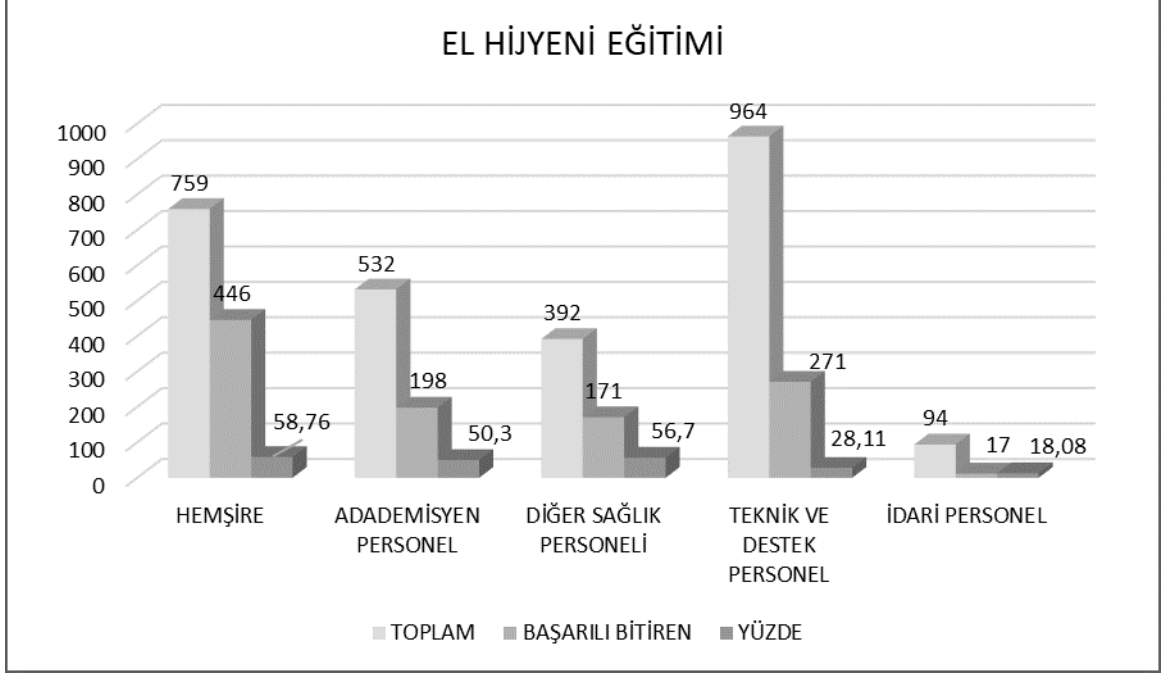


- Bilgi Güvenliği Eğitimi 3830 çalışana tanımlanmış olup 1146 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %29,92 olarak belirlenmiştir.

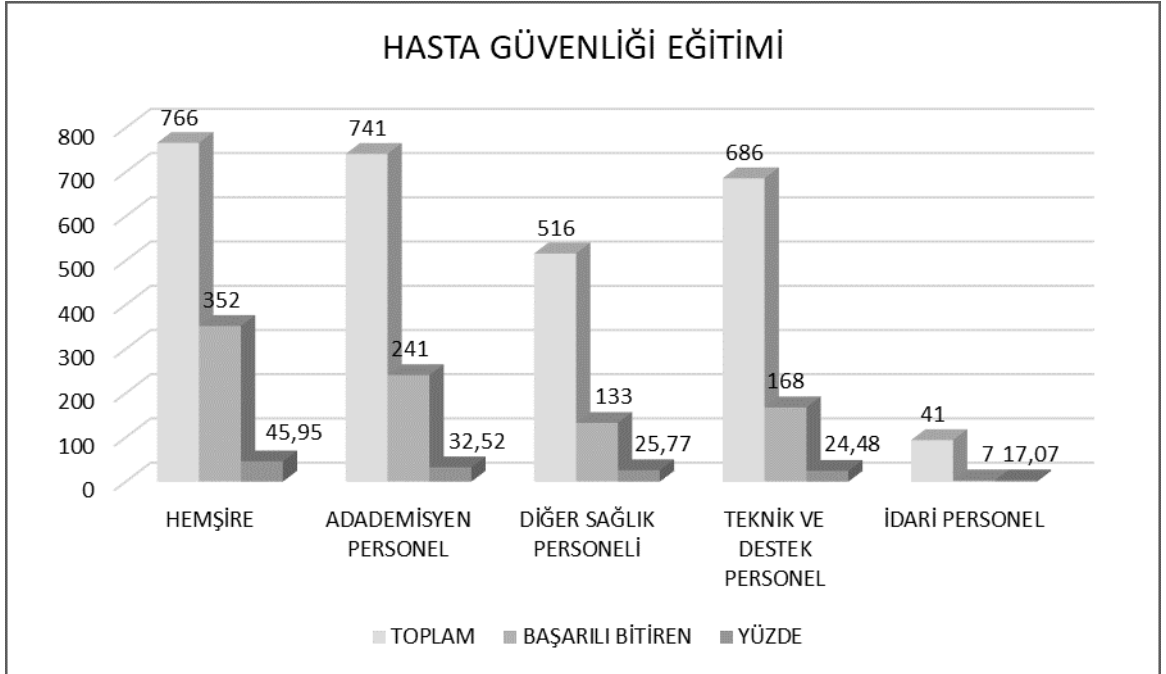


- Çalışan Güvenliği Eğitimi 3830 çalışana tanımlanmış olup 1188 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %31,01 olarak belirlenmiştir.



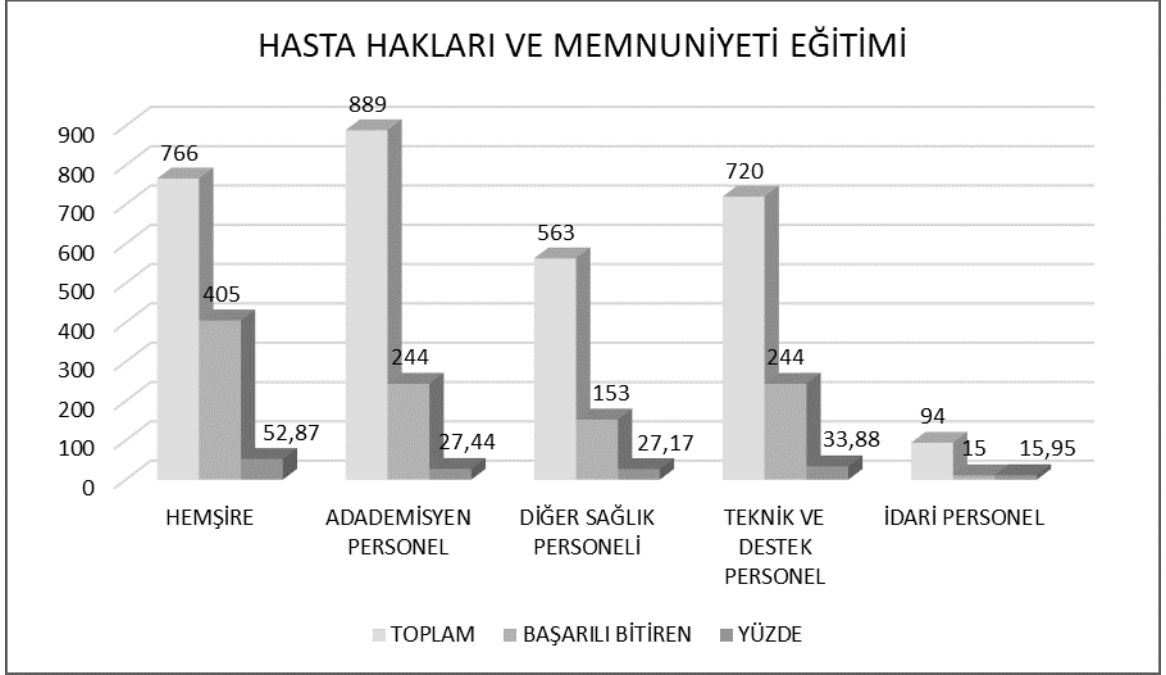


- El Hijyeni Eğitimi 3185 çalışana tanımlanmış olup 1228 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %38,55 olarak belirlenmiştir.

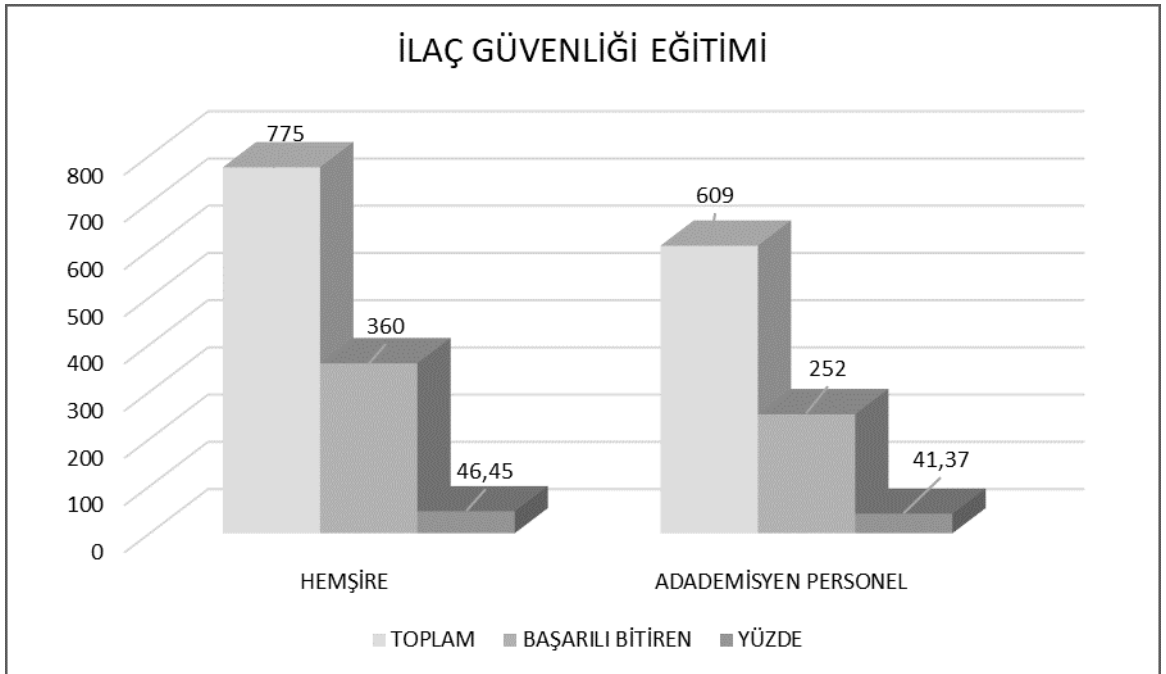


- Hasta Güvenliği Eğitimi 2713 çalışana tanımlanmış olup 856 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %31,55 olarak belirlenmiştir.



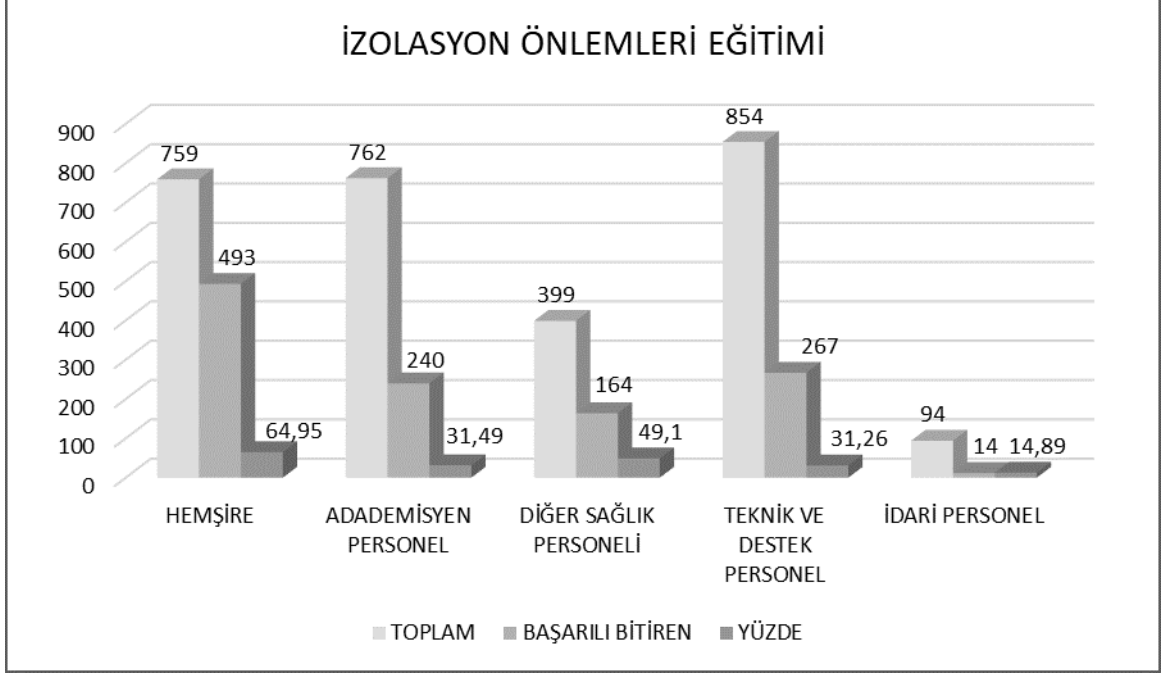


- Hasta Hakları ve Memnuniyeti Eğitimi 3830 çalışana tanımlanmış olup 1191 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %31,09 olarak belirlenmiştir.

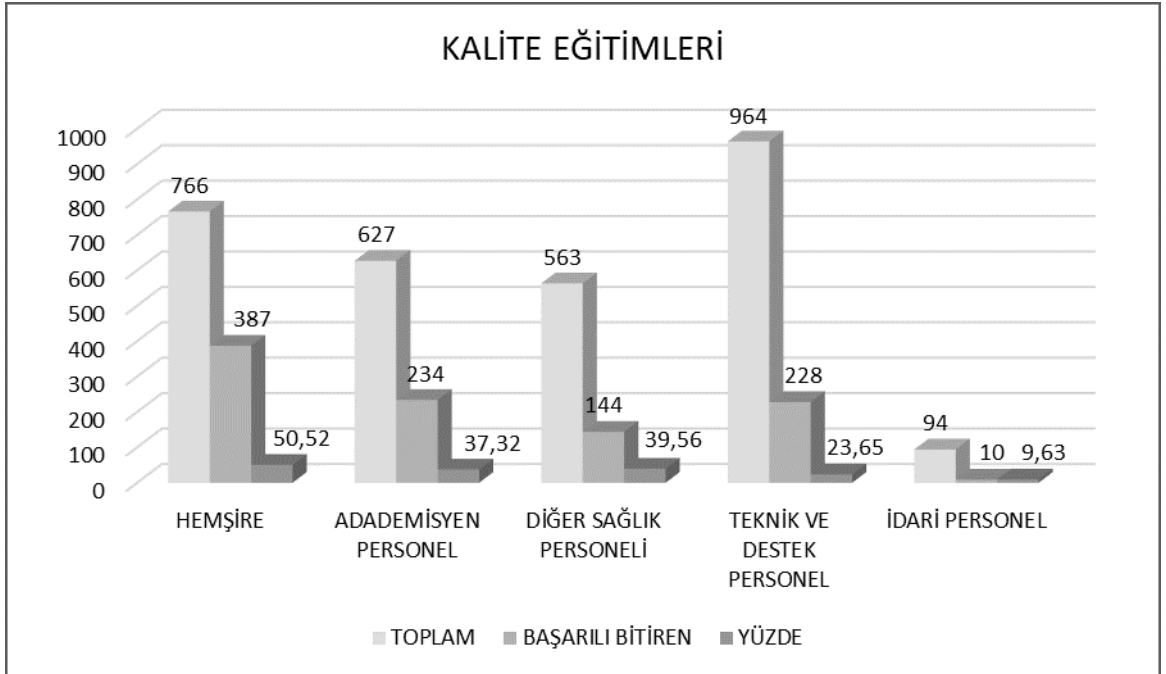


- İlaç Güvenliği Eğitimi 1384 çalışana tanımlanmış olup 612 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %44,21 olarak belirlenmiştir.



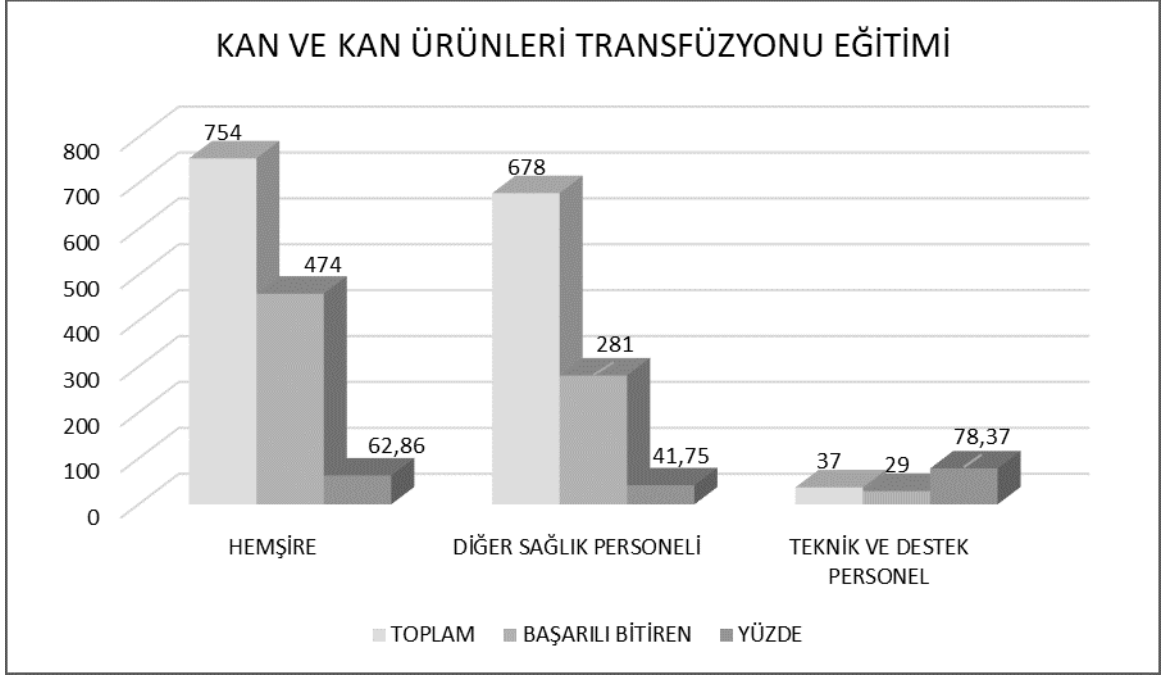


- İzolasyon Önlemleri Eğitimi 3823 çalışana tanımlanmış olup 1239 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %32,40 olarak belirlenmiştir.

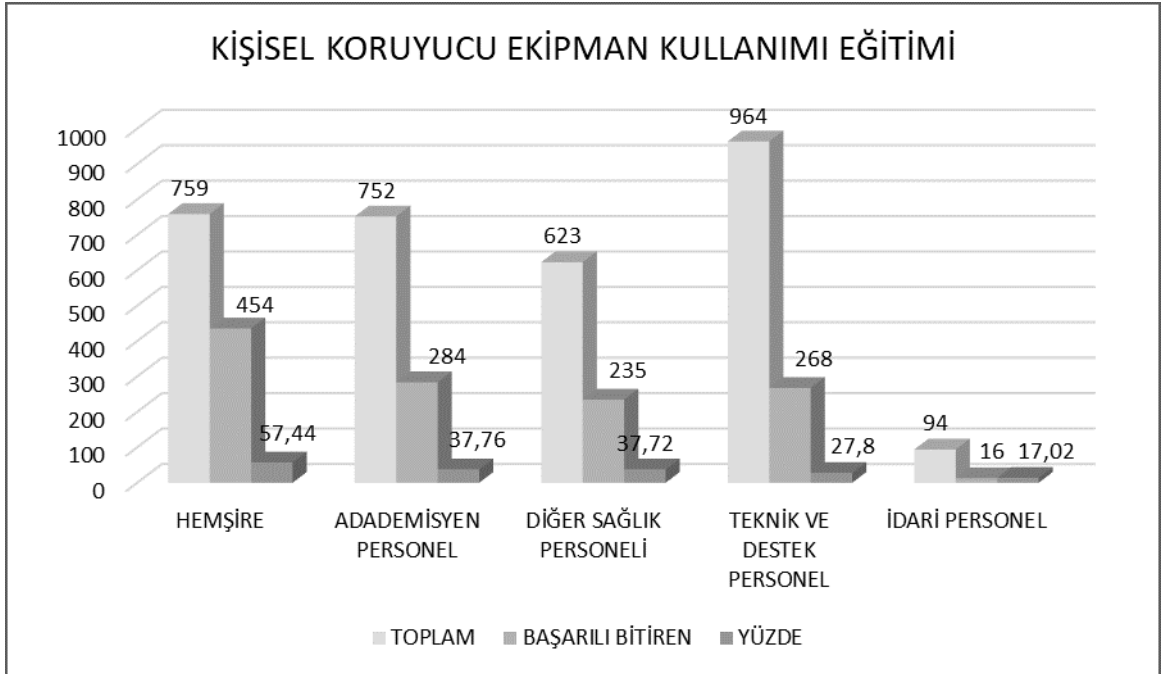


- Kalite Eğitimleri 3603 çalışana tanımlanmış olup 1126 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %31,25 olarak belirlenmiştir.



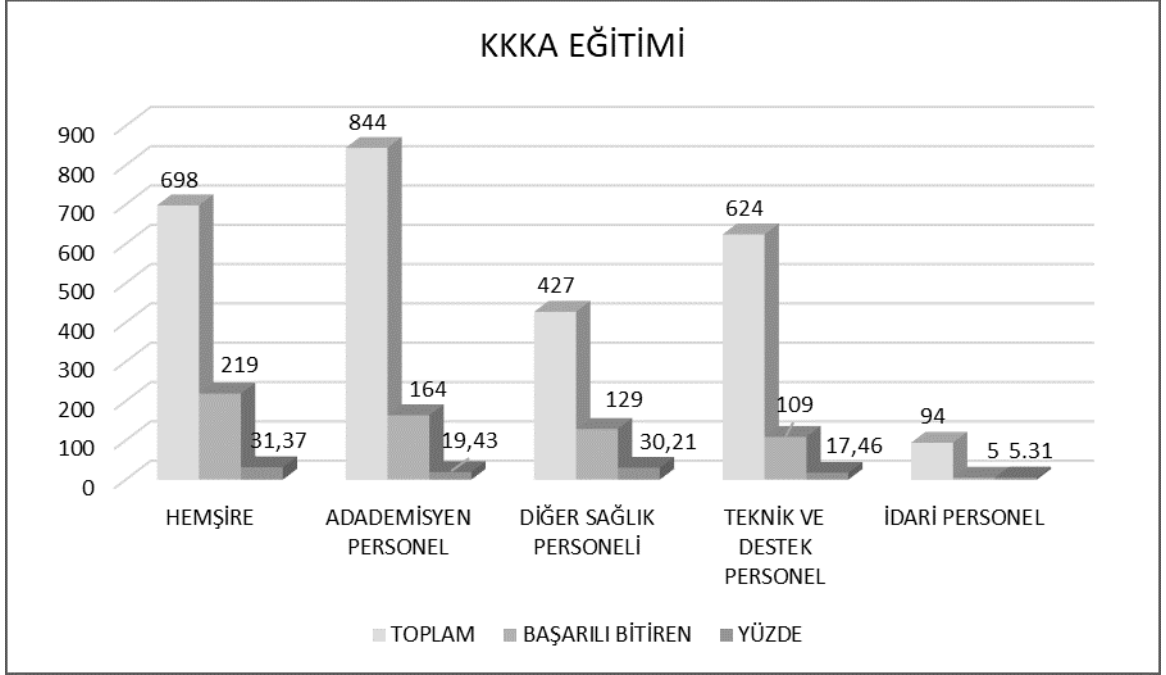


- Kan ve Kan Ürünleri Transfüzyonu Eğitimi 804 çalışana tanımlanmış olup 506 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %62,93 olarak belirlenmiştir.

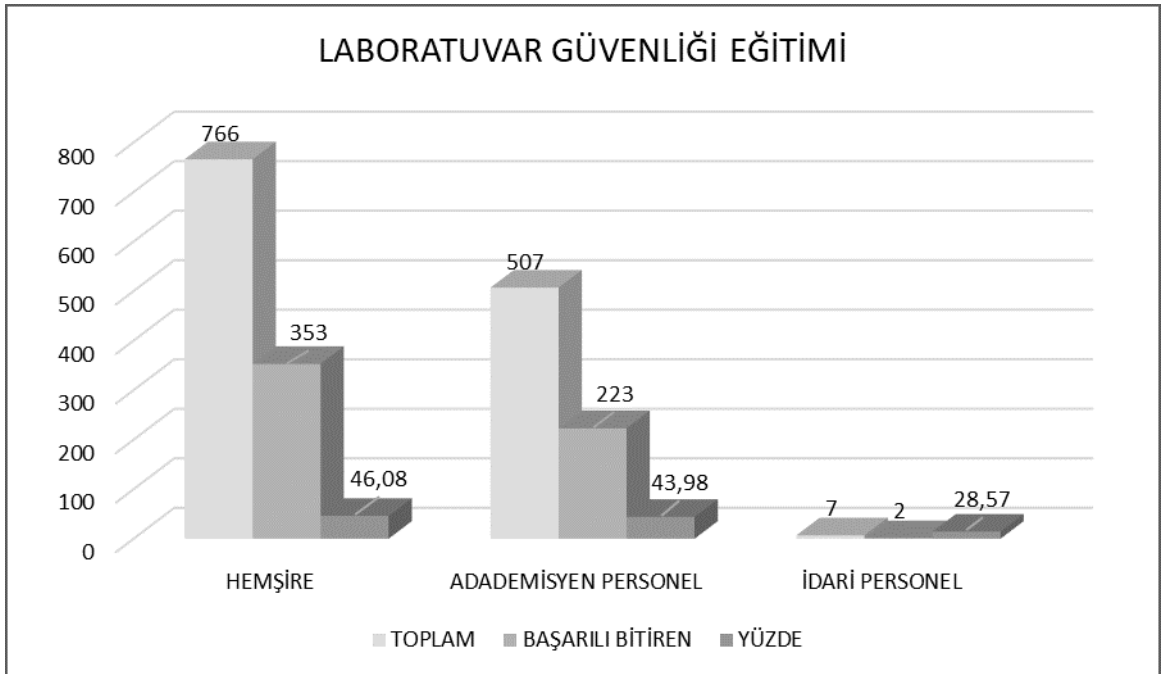


- Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı Eğitimi 3450 çalışana tanımlanmış olup 1317 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %38,17 olarak belirlenmiştir.



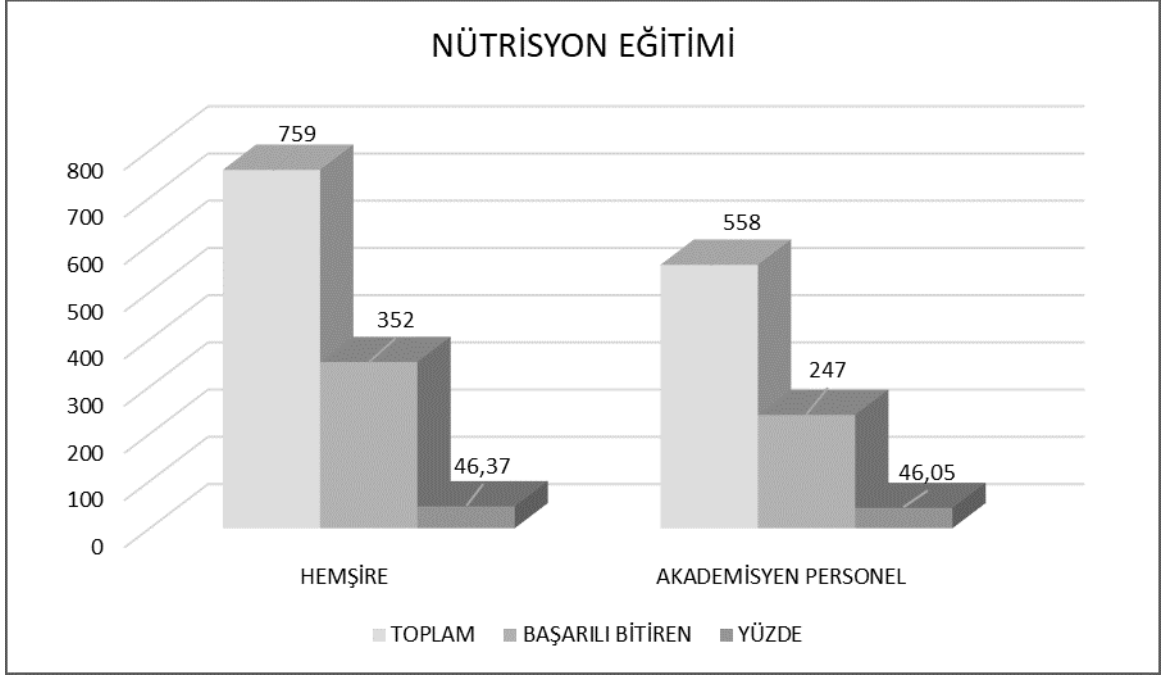


- KKKA Eğitimi hekim ve hekim dışı sağlık personellerine farklı içerikte eğitimler olmak üzere 2710 çalışana tanımlanmış olup 546 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %20,14 olarak belirlenmiştir.

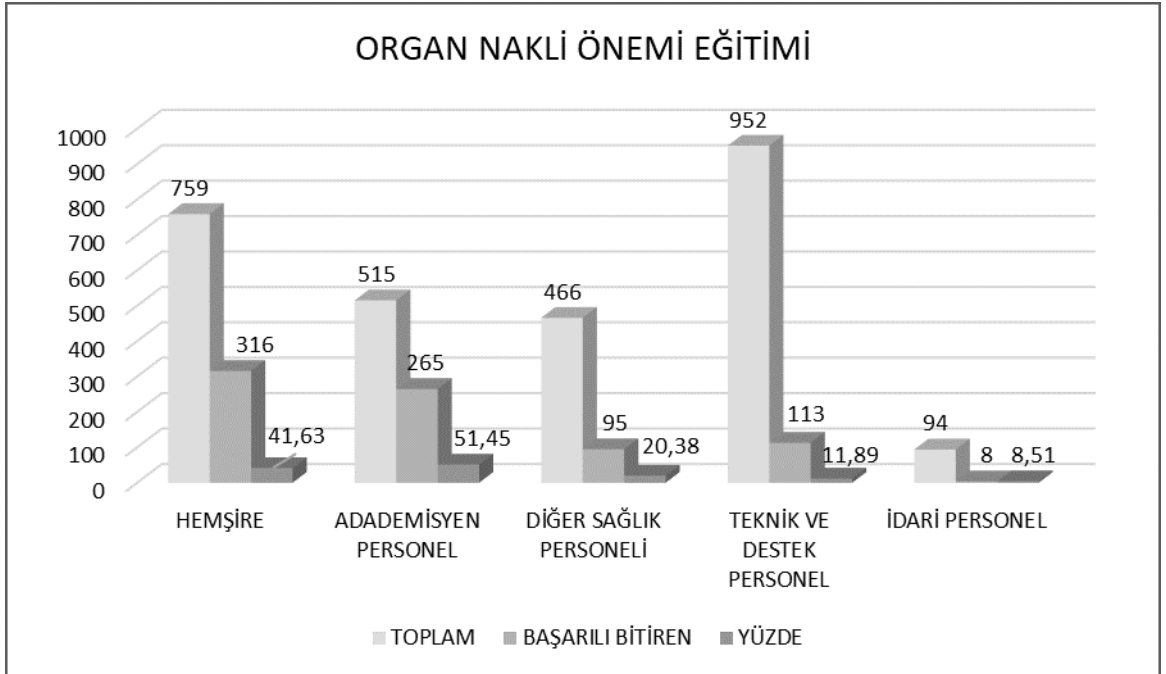


- Laboratuvar Güvenliği Eğitimi 1424 çalışana tanımlanmış olup 597 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %41,92 olarak belirlenmiştir.



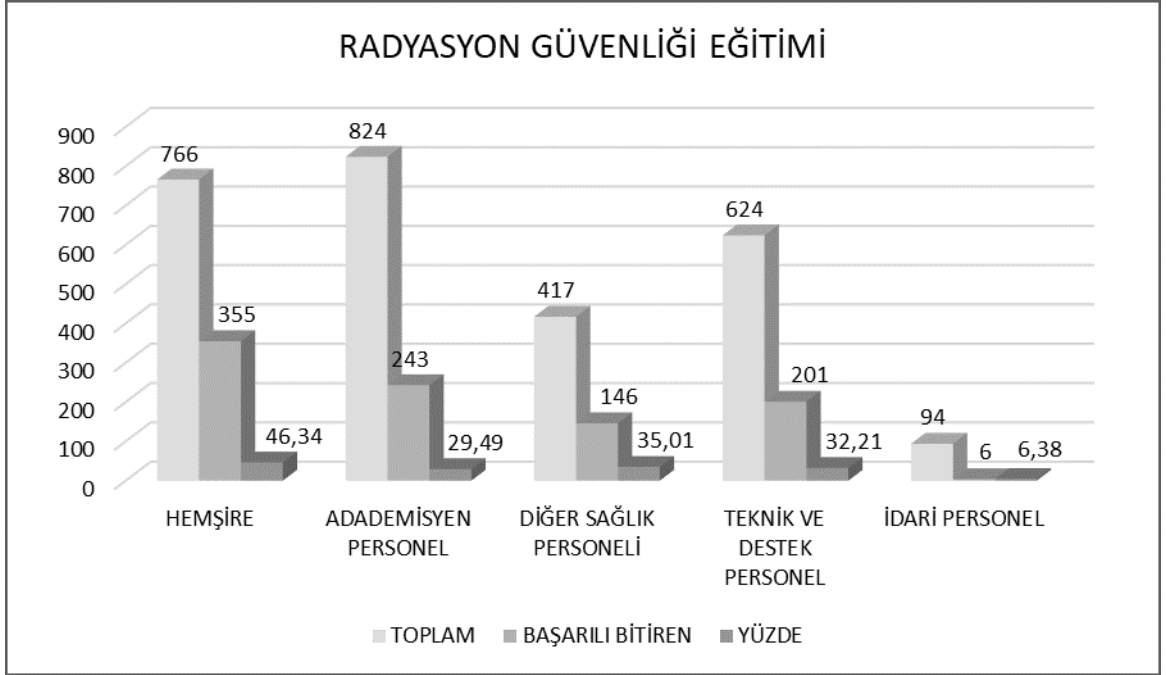


- Nütrisyon Eğitimi 1381 çalışana tanımlanmış olup 599 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %43,37 olarak belirlenmiştir.

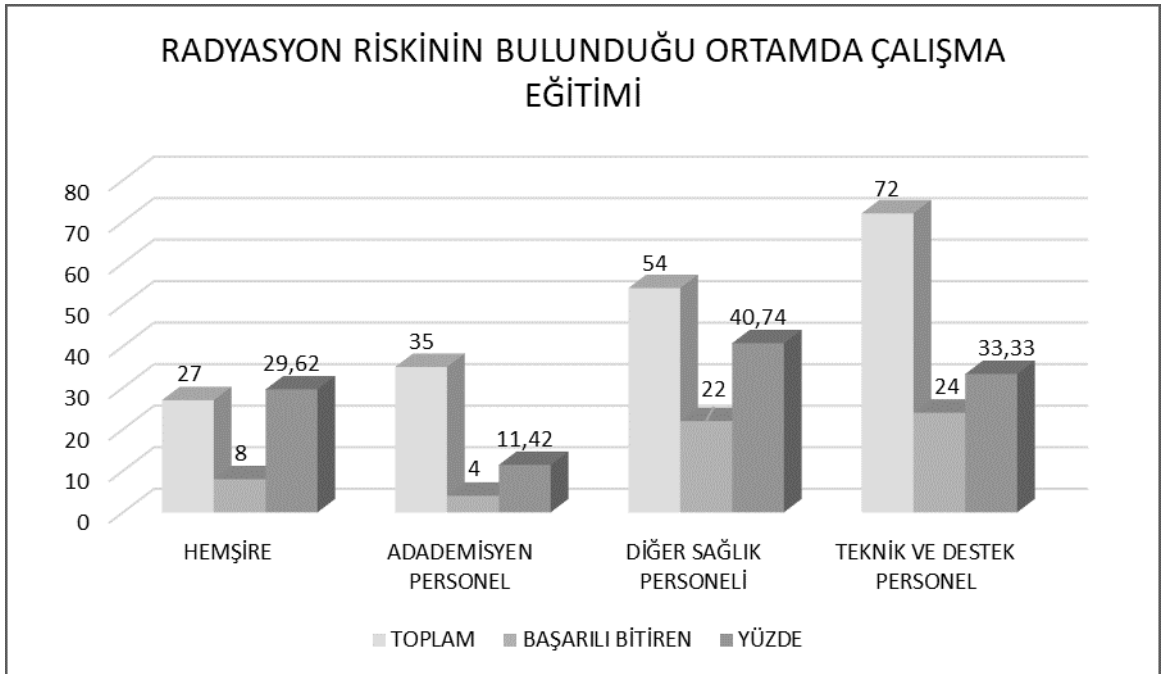


- Organ Nakli Önemi Eğitimi 3164 çalışana tanımlanmış olup 905 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %28,60 olarak belirlenmiştir.



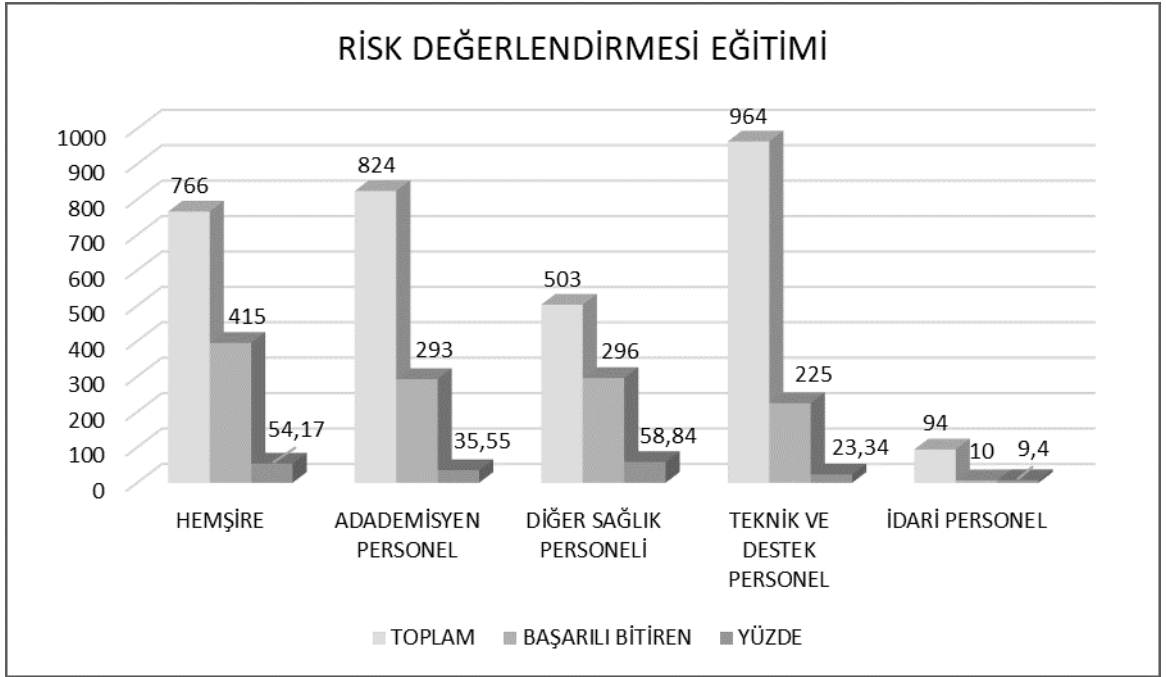


- Radyasyon Güvenliği Eğitimi 3830 çalışana tanımlanmış olup 994 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %25,95 olarak belirlenmiştir.

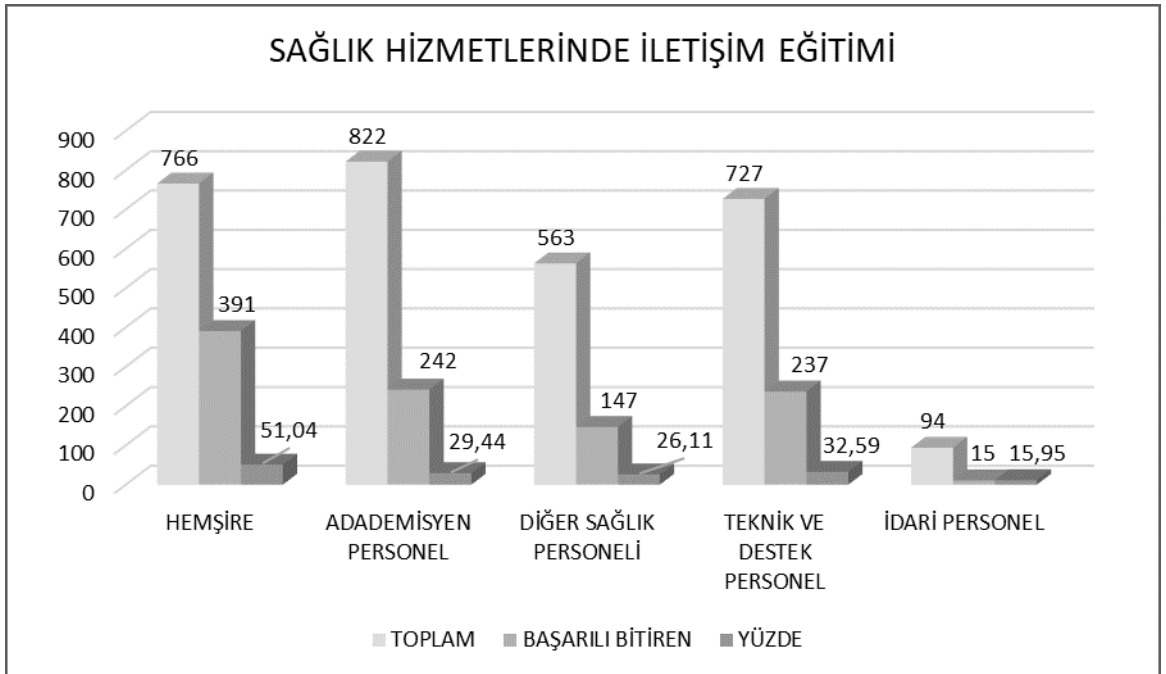


- Radyasyon Riskinin Bulunduğu Ortamda Çalışma Eğitimi 163 çalışana tanımlanmış olup 41 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %25,15 olarak belirlenmiştir.



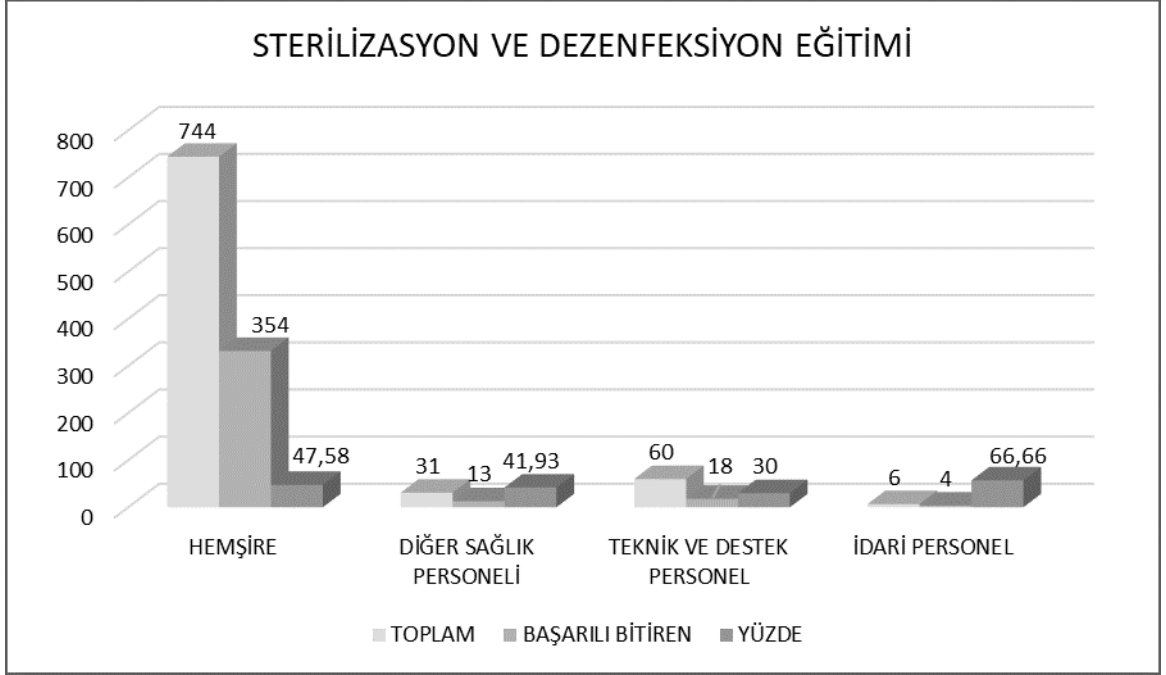


- Risk Değerlendirmesi Eğitimi 3823 çalışana tanımlanmış olup 1220 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %31,91 olarak belirlenmiştir.

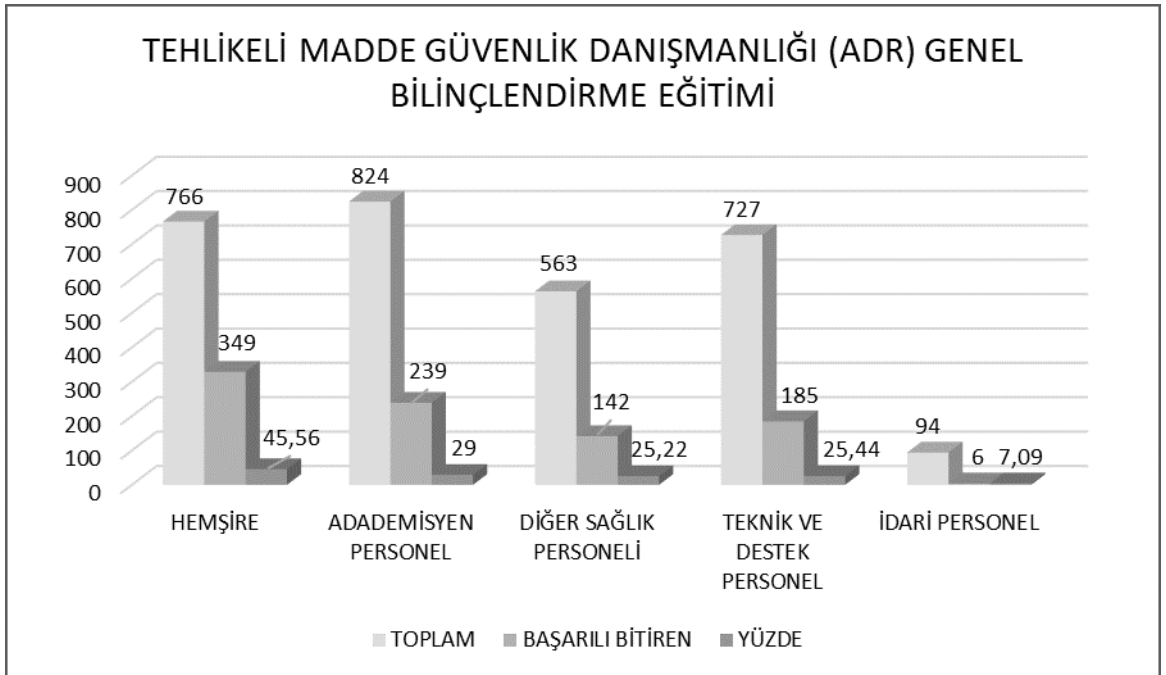


- Sağlık Hizmetlerinde İletişim Eğitimi 3829 çalışana tanımlanmış olup 1153 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %30,11 olarak belirlenmiştir.



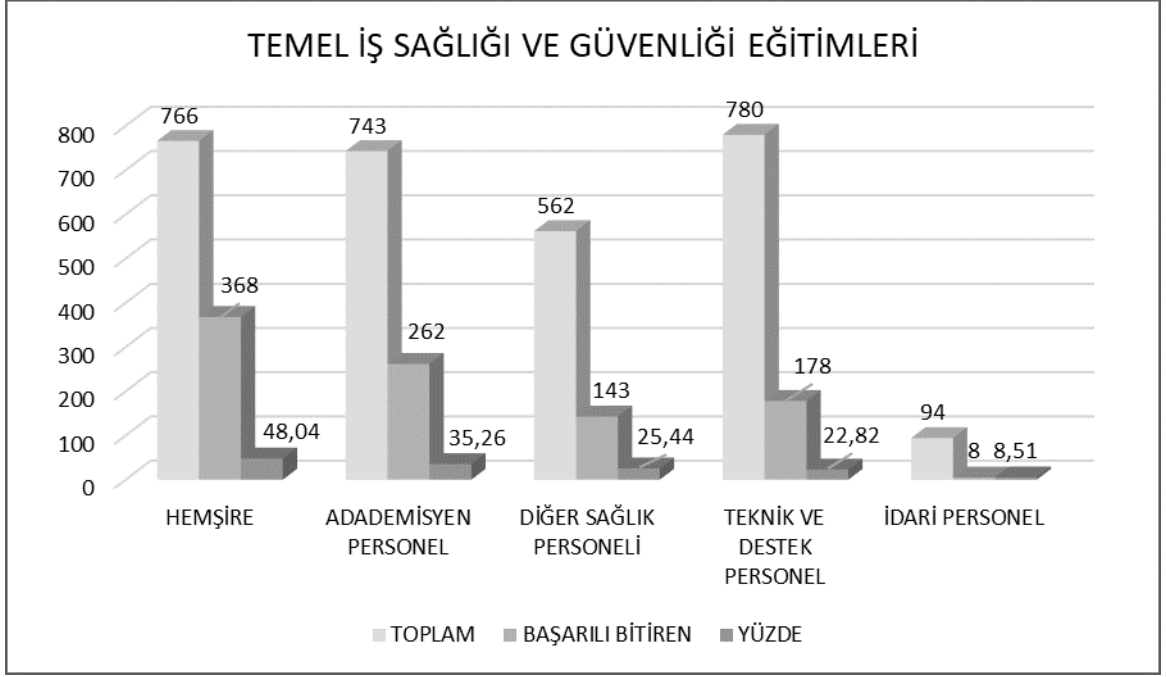


- Sterilizasyon ve Dezenfeksiyon Eğitimi 842 çalışana tanımlanmış olup 382 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %45,36 olarak belirlenmiştir.

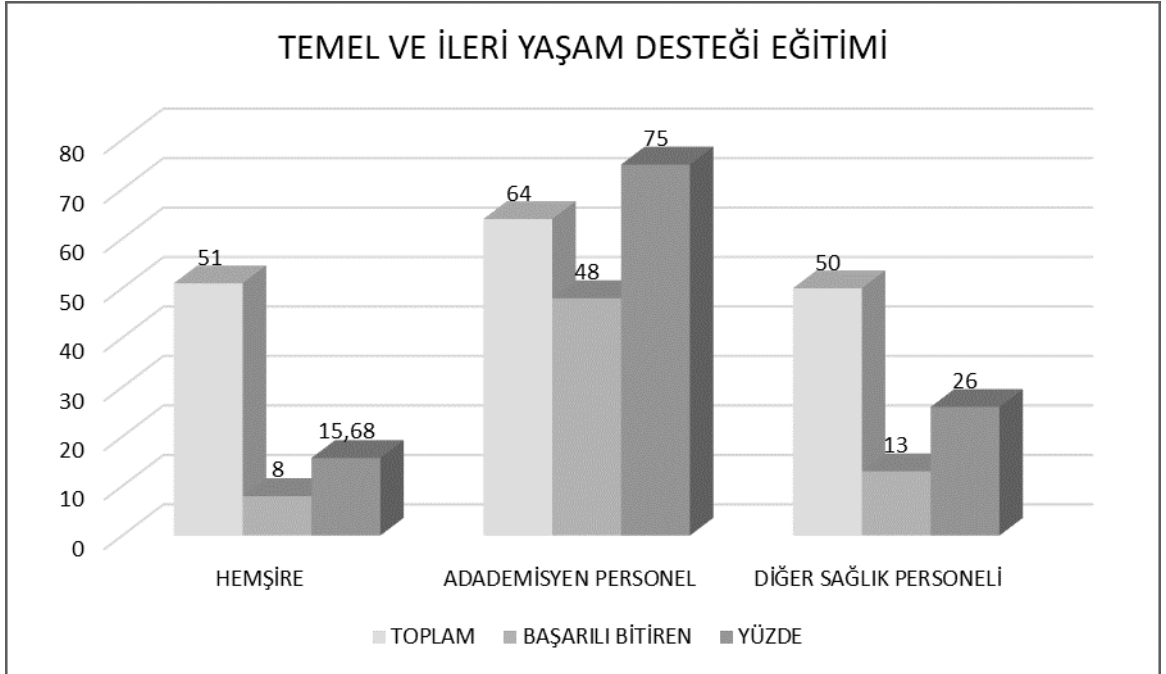


- Tehlikeli Madde Güvenlik Danışmanlığı (Adr) Genel Bilinçlendirme Eğitimi 3829 çalışana tanımlanmış olup 974 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %25,43 olarak belirlenmiştir.



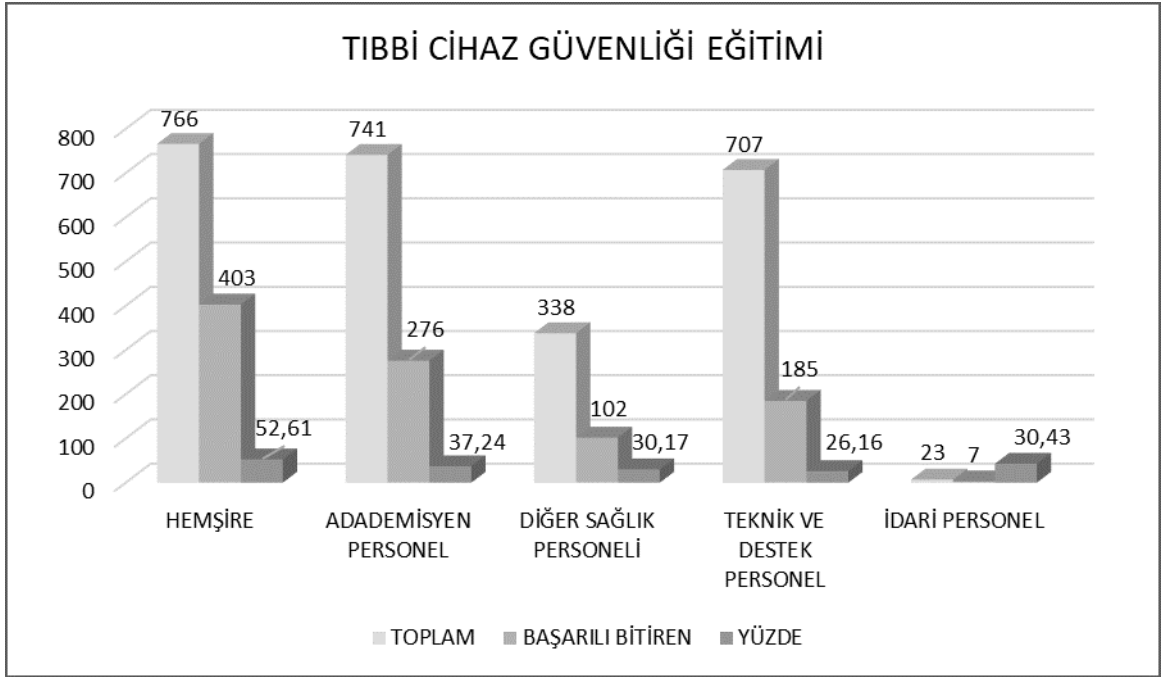


- Temel İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimleri 2917 çalışana tanımlanmış olup 944 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %32,36 olarak belirlenmiştir.

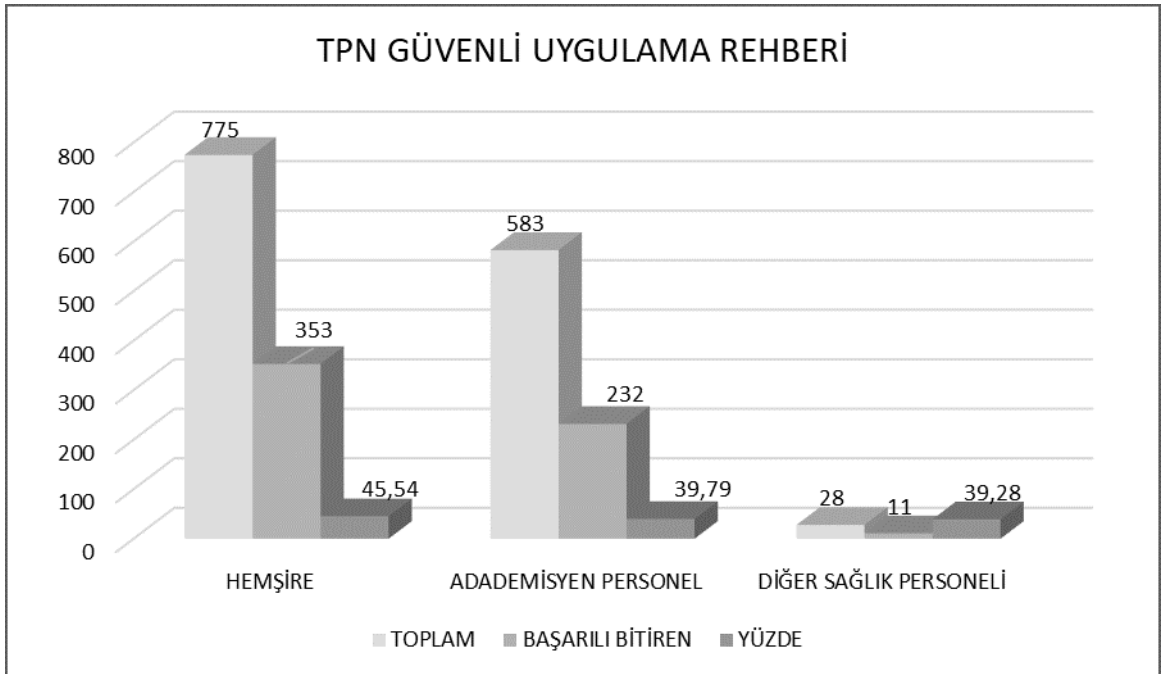


- Temel ve İleri Yaşam Desteği Eğitimi hekim ve hekim dışı çalışanlara ayrı içerikte olmak üzere 164 çalışana tanımlanmış olup 69 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %42,07 olarak belirlenmiştir.



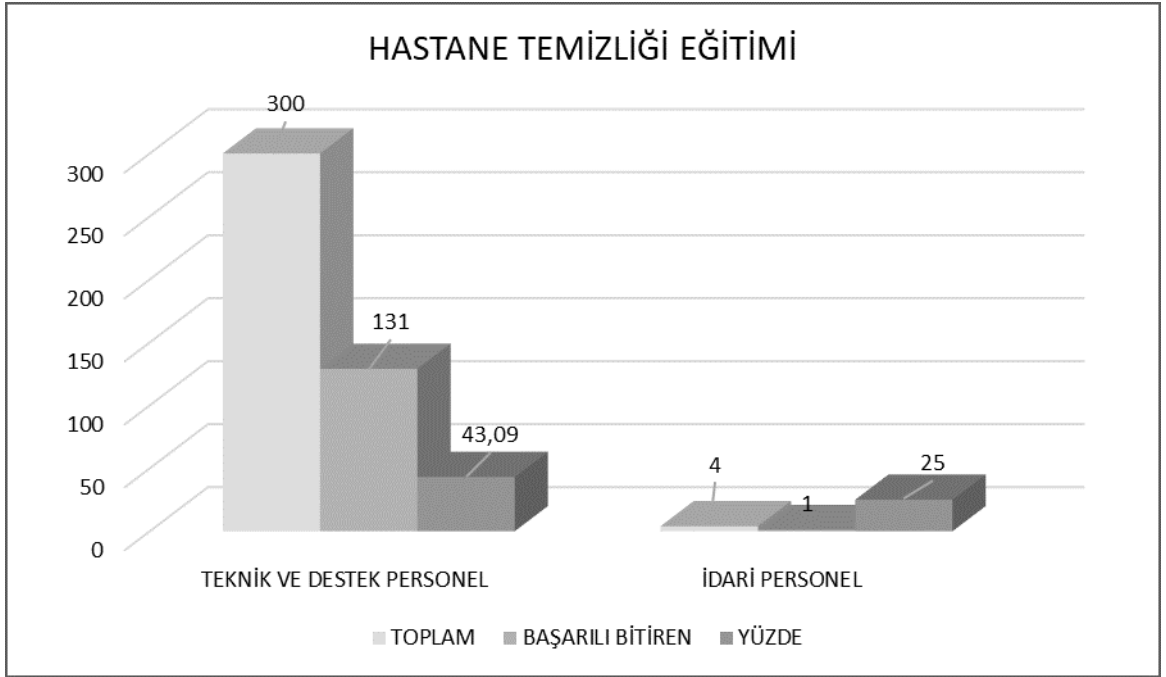


- Tıbbi Cihaz Güvenliği Eğitimi 2547 çalışana tanımlanmış olup 928 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %36,43 olarak belirlenmiştir.

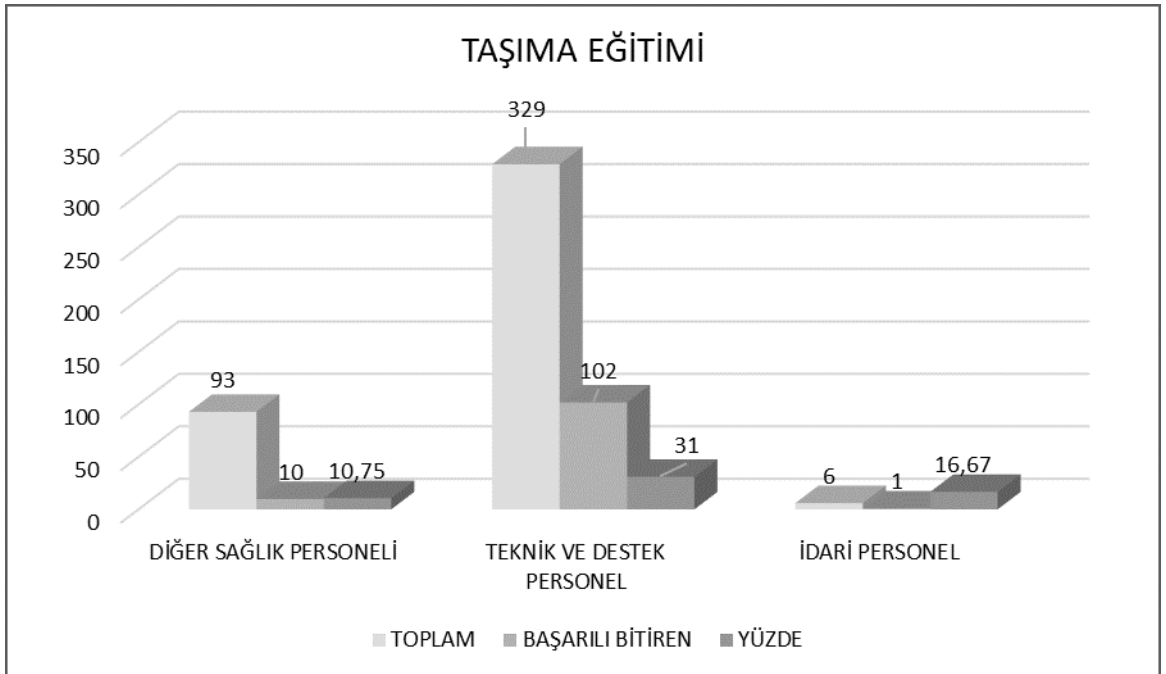


- TPN Güvenli Uygulama Eğitimi 1386 çalışana tanımlanmış olup 608 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %43,86 olarak belirlenmiştir.



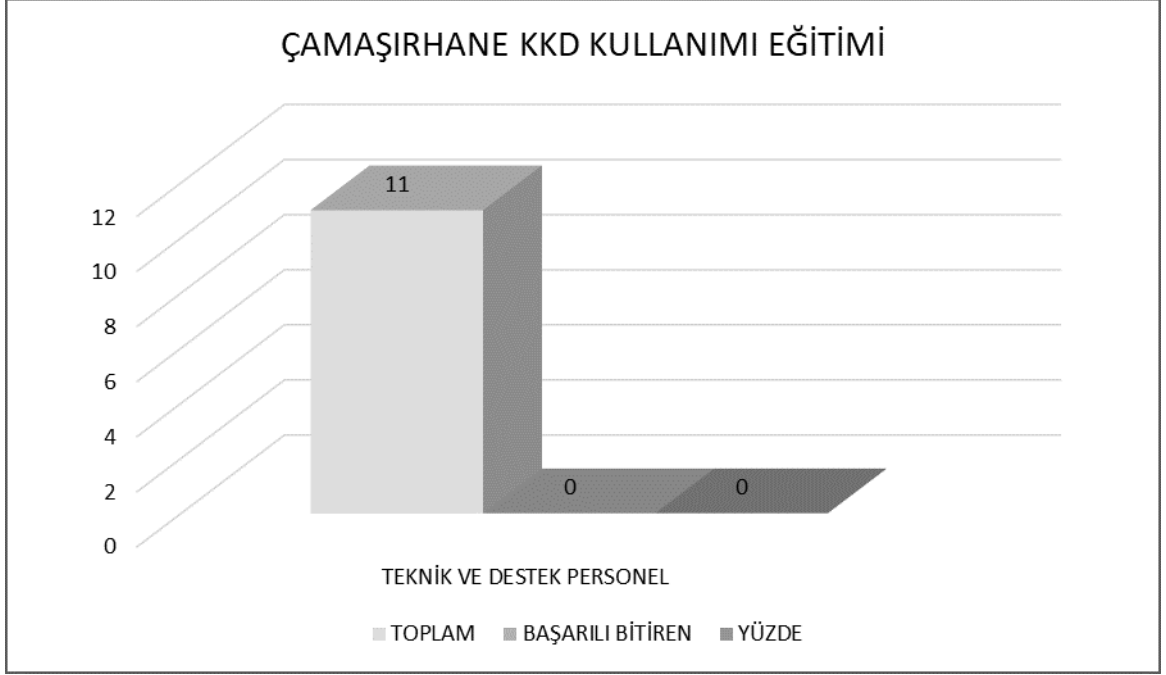


- Hastane Temizliği Eğitimi 304 çalışana tanımlanmış olup 132 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %43,42 olarak belirlenmiştir.

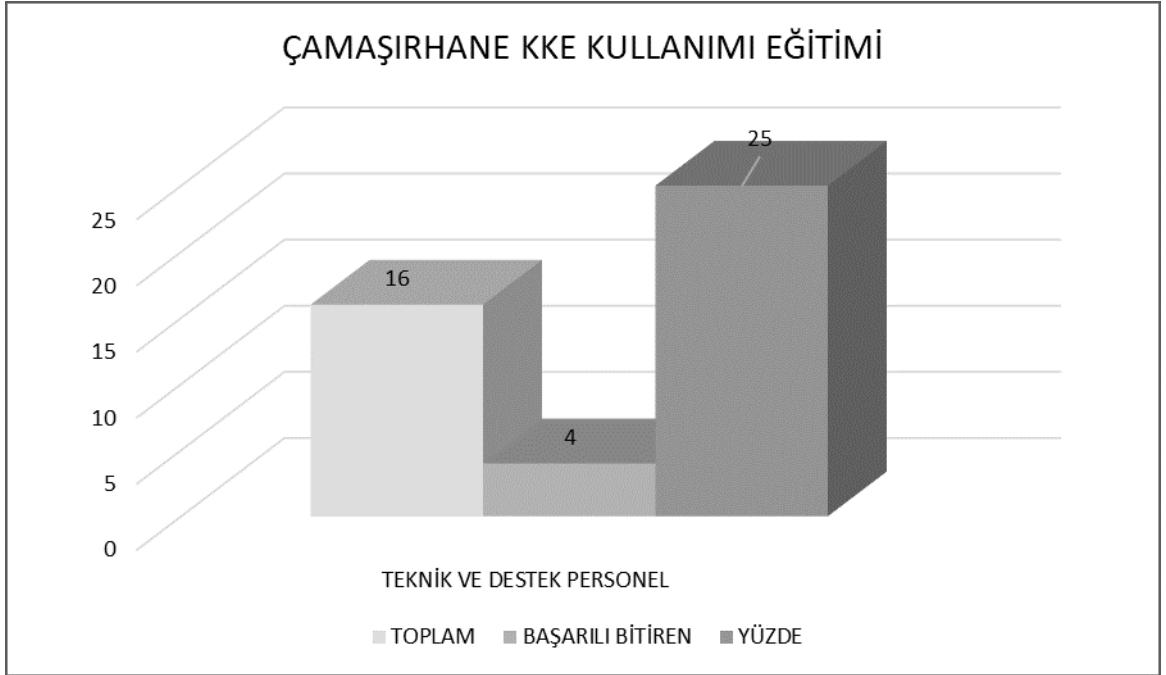


- Taşıma Eğitimi 428 çalışana tanımlanmış olup 113 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %26,40 olarak belirlenmiştir.



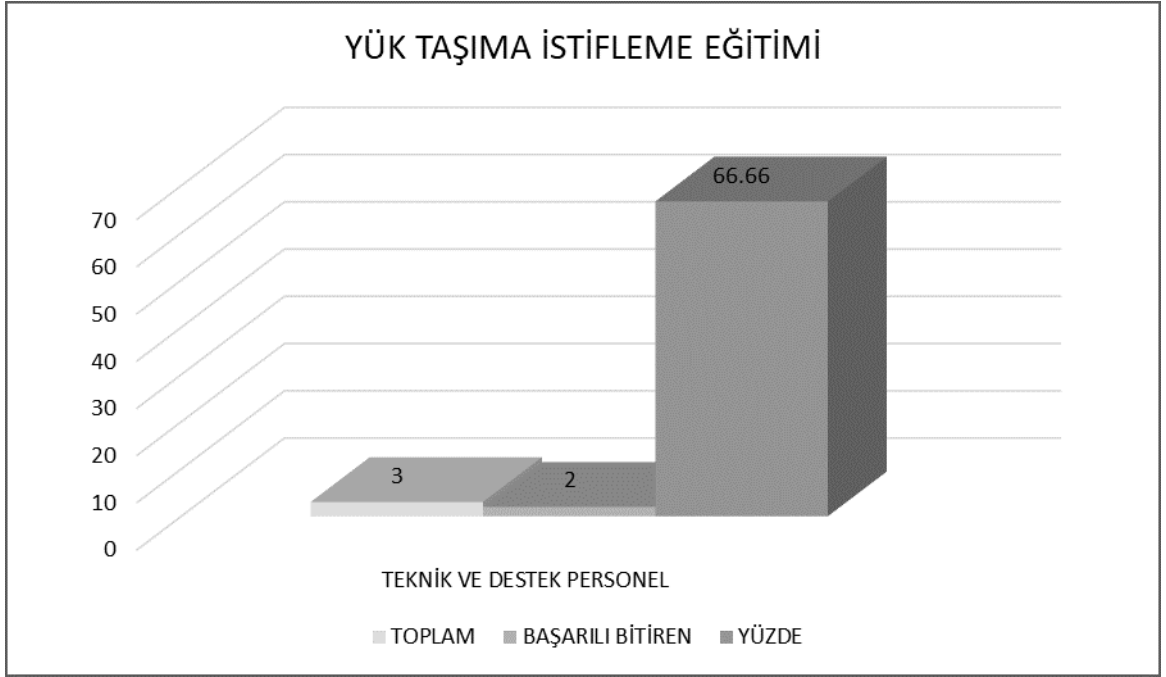


- Çamaşırhane KKD Kullanımı Eğitimi 11 çalışana tanımlanmış olup 0 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %0 olarak belirlenmiştir.

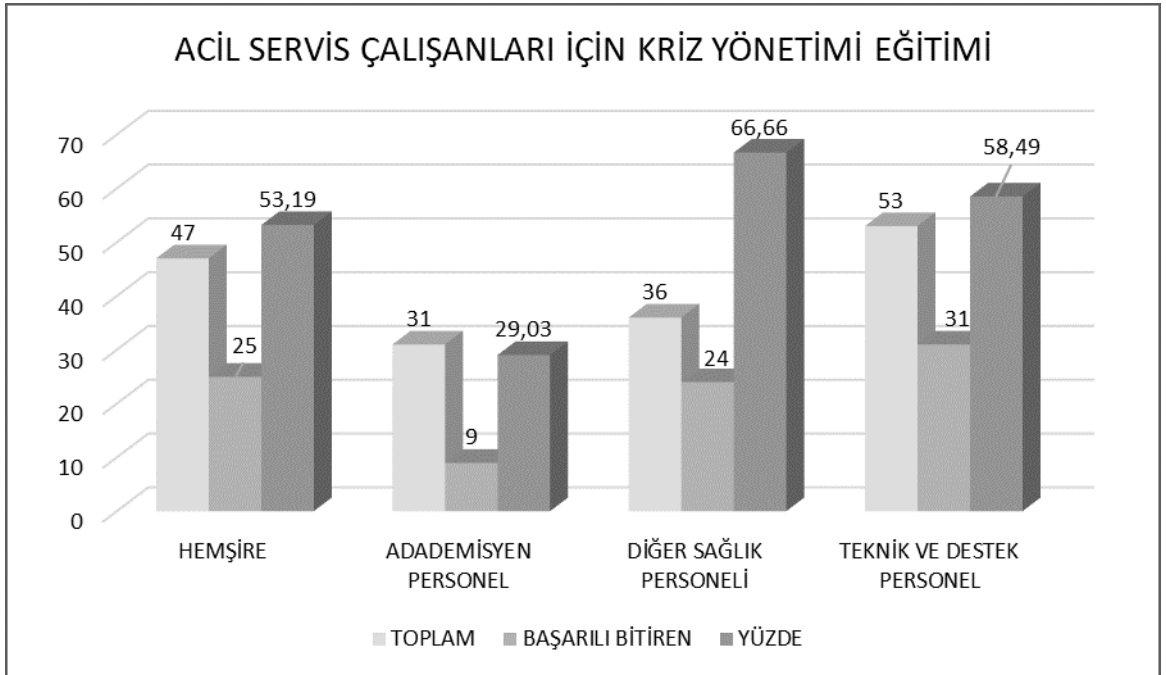


- Çamaşırhane KKE Kullanımı Eğitimi 16 çalışana tanımlanmış olup 4 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %25 olarak belirlenmiştir.





- Yük Taşıma İstifleme Eğitimi 3 çalışana tanımlanmış olup 2 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %66.66 olarak belirlenmiştir.



- Acil Servis Çalışanları İçin Kriz Yönetimi Eğitimi 147 çalışana tanımlanmış olup 76 kişi eğitime katılım sağlamıştır. Eğitim katılım oranı %51,70 olarak belirlenmiştir.



➤ II- AMAÇ ve HEDEFLER

A. İdarenin Amaç ve Hedefleri

Hedef Adı	Gösterge adı	Faaliyet sayısı	Faaliyet Özet Bilgi
Hedef 1.		7	- Acil servis içerisinde bulunan BT ve Röntgen sekreterliğinin yeniden düzenlendi. - Yeni Acil Kafeteryası (Koru Acil Kafe) açıldı. - Otopark Kafeteryası (Seyir Cafe) açıldı. - Çocuk Acil servisin ön kısmındaki otomatik kapının yer değişimi yapıldı. - Nükleer Tıp Merkezi üzerinin düzenlendi. - Patoloji laboratuvarı içerisindeki elektro mikroskop odası düzenlendi. - Lojmanlar altındaki personel otoparkı ile Acil Servis Otopark ve B Blok bağlantısının sağlandı ve çevre düzenlemesi yapıldı.
Hedef 1. 1. Hasta Deneyimi Anketlerinin %'si nin korunması	- 2023 yılında belirlenen hasta memnuniyeti anket oranı ortalaması %86'dır.	-	- Temizlik ve hijyen eksikliği - İletişim eksikliği - Bilgiye her daim ulaşamama - Online sistemdeki randevu kısıtlaması - Engelli Hastalar için iyileştirme - Odalarda TV olmaması - Lavabolardaki peçete eksikliği - Yemekhane hizmetlerindeki eksiklikler anket oranını etkilemiştir.
Hedef 1. 2. Çalışan Deneyimi Anketinin %60'ın üzerinde olması.	- 2023 yılı belirlenen anket oranı %61'dir.	-	- Yemekhane hizmetlerindeki eksiklikler (sık menü tekrarı, yemeklerin porsiyonunun az olması, lezzetsiz olması vb.) - Yeterli temizlik ve hijyenin sağlanamaması - Çalışanların çocuklarına yönelik kreş eksikliği



			- A bloktaki ve güvenlik soyunma odalarındaki ısı sorunları - Gece mesailerindeki Personel Eksikliği - Servislerde güvenlik görevlisinin olmaması - Yer değişikliği talepleri - Beyaz kod nedeniyle özellikler acil kapı girişlerinde x-ray cihazı bulunmaması gibi sebepler anket oranının düşük çıkmasında etkin olmuştur.
Hedef 1. 3. Yapımı Devam Eden ve Planlanan Hizmetler	- Nöroloji poliklinik WC kapılarının değiştirilmesi. - Aile hekimliği poliklinik WC'lerinin poliklinik odasına dönüştürülmesi. - Tüm poliklinik merdivenlerin aydınlatmalarının fotoselli lambaya dönüştürülmesi. - Merkezi Çamaşırhane biriminin düzenlenmesi. - Mescit ile kadın-Erkek WC'lerinin düzenlenmesi. - Günlük Tedavi (Palyatif Tedavi Merkezi) düzenlenmesi. - B Blok -3'üncü kat arşiv/Depo alanlarının düzenlenmesi. - B Blok -2'nci kattaki depo/Kadın-Erkek WC onarımı. - Poliklinikler zemin ve birinci kat WC onarımı. - Anestezi polikliniğinin onarımı. - Yenidoğan ve doğumhane birimine çelik yangın merdiveninin yapılması. - Teknik bakım atölyelerinin otopark yanındaki alana taşınması. - B Blok bodrum kat birimlerinin düzenlenmesi. - Jeneratörlerin otopark yanındaki alana taşınması. - Gastroenteroloji polikliniği tadilatı. - B Blok ve Acil servis çevre aydınlatmasının yapılması. - A Blok poliklinik giriş merdivenlerinin üzerinin kapatılması	17	Bu hedeflere 2024 yılında ulaşılması planlanmaktadır.



III- FAALİYETLERE İLİŞKİN BİLGİ VE DEĞERLENDİRMELER

A-Mali Bilgiler

1. Bütçe Uygulama Sonuçları

1.1.Döner Sermaye Bütçe Giderleri

EKONOMİK DÜZEYDE 2023 ÖDENEK KULLANIM DURUMU							
	BAŞLANGIÇ ÖDENEĞİ	EK BÜTÇE 1	EK BÜTÇE 2	EK BÜTÇE 3	TOPLAM ÖDENEK	TOPLAM HARCAMA	Gerçekleşme Oranı * (%)
Bütçe Giderleri Toplamı	860.000.000,00	400.000.000,00	1.250.000,00	575.000.000,00	1.836.250.000,00	1.835.893.711,22	99,98
Personel Giderleri	213.368.000,00	12.215.000,00	0,00	136.250.000,00	361.833.000,00	404.278.980,51	111,73
Sgk Devlet Primi Giderleri	41.263.000,00	3.625.000,00	0,00	31.600.000,00	76.488.000,00	79.546.180,76	104,00
Mal ve Hizmet Alımı Giderleri	450.037.000,00	69.700.000,00	1.175.000,00	319.980.000,00	840.892.000,00	905.998.988,45	107,74
Cari Transferler	51.800.000,00	24.000.000,00	75.000,00	34.500.000,00	110.375.000,00	74.706.089,17	67,68
Sermaye Giderleri	6.345.000,00	500.000,00	0,00	3.000.000,00	9.845.000,00	8.306.973,60	84,38
Ek Ödeme	97.187.000,00	289.960.000,00	0,00	49.670.000,00	436.817.000,00	363.056.498,73	83,11

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

** Personel ve SGK Devlet Primi Giderlerindeki toplam harcamanın toplam ödenekten fazla olmasıyla sebebiyle %100'ün üzerinde gerçekleşen bütçe aşımı farkı, bu kalemlere başka diğer kalemlerden ödenek aktararak kapatılmıştır.

1.2. Döner Sermaye Bütçe Giderlerine İlişkin Açıklamalar

Birimimize 2023 yılında tahsis edilen **1.836.250.000,00** TL'nin **1.835.893.711,22** TL'si 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, mali bilgi ve yönetim bilgisinin zamanında ve güvenilir olarak üretilmesini sağlamak üzere oluşturulan organizasyon, yöntem, süreç ile iç denetimi kapsayan mali ve diğer kontroller yapılmıştır.

a) Personel Giderleri: Personel giderleri için başlangıçta ayrılan **213.368.000,00TL**'lik ödenek, yıl içinde yapılan ek bütçe ödemeleri ile **361.833.000,00**'ye çıkarılmış ve bu ödenegi de aşarak toplamda **404.278.980,51** TL, 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 **41.263.000,00** TL bütçe başlangıç ödenegi öngörülmüş, yıl içinde Sosyal Güvenlik Kurumlarına Devlet Primi giderleri ekonomik kodundan yapılan ekleme/düşme işlemleri sonucunda oluşan **76.488.000,00** TL toplam ödenegi de aşarak **79.546.180,76** TL 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 **450.037.000,00 TL** bütçe başlangıç ödeneği öngörülmüştür. Sonrasında **840.892.000,00 TL** olan toplam ödeneği aşarak **905.998.988,45 TL** harcanmıştır.

d) Cari Transferler: 31.12.2018 tarih ve 30642 (Mükerrer) sayılı 2023 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 **110.375.000,00 TL**'lik ödeneğin **35.668.910,83 TL**'si ilgili birime aktararak kullanılmıştır.

e) Sermaye Giderleri: Yatırım giderleri için başlangıçta **6.345.000,00 TL** ödenek ayrılmıştır. **9.845.000,00 TL** olan toplam ödeneğin **8.306.973,60 TL**'si harcanmıştır.

f) Ek Ödeme: Başlangıçta **97.187.000,00 TL** ödenek ayrılmıştır. **436.817.000,00 TL** olan toplam ödeneğin **363.056.498,73 TL**'si harcanmıştır.

2- Mali Denetim Sonuçları

2.1. İç Denetim Birimi

2023 yılı içerisinde hastanemizde 1 kez iç denetim faaliyeti yapıldı.

2.2. Dış Denetim

2023 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.
- 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

- Hastanemizin A Blok binasının fiziksel olarak eski oluşu.
- Döner sermaye bütçesinden ödenmesi gereken sabit gider yükünün fazla olması.
- Çalışanlar arası iletişim, uyum ve bilgilendirme eksikliği.

Fırsatlar

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

Tehditler

- Sağlık Bakanlığına bağlı hastanelerde izlenen mevzuat nedeniyle ortaya çıkan ücret dengesizliği.
- 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.

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- Hazine payı ödemesi.

Çözüm Önerisi 1: Hazine payı kesintileri döner sermayeleri olumsuz etkilemektedir. Bu nedenle üniversite hastaneleri üzerindeki bu kesintiler kaldırılmalıdır.

Sorun 2- Bilimsel Araştırma Projeleri yükü.

Çözüm Önerisi 2:

a) Üniversitelerin bilimsel araştırmalarının finansmanı için merkezi yönetim bütçesinden finanse edilen farklı kaynaklar oluşturulmalı ve kaynak aktarımı sağlanmalıdır.

b) Kalkınma Bakanlığının 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.

c) Üniversiteler bilimsel araştırmalar için özellikle uluslararası destek fonlarına yönelmelidir.

d) 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 3: Üniversite hastanelerinin hizmet satışlarında özel hastaneler gibi KDV eklemelerine ve tahsilat yapmalarına müsaade edilmelidir.

Sorun 4- Fiziki mekan yetersizliği ve tıbbi donanım ihtiyacı.

Çözüm Önerisi 4: 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 5- Nöbet Ücret giderleri.

Çözüm Önerisi 5: Asistan nöbet ücretlerinin özel bütçeden ödenmesi.

Sorun 6- Üniversite hastanelerinin sağlık sistemindeki yerinin net olarak belirlenmemesi.

Çözüm Önerisi 6: 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.

Sorun 7-Üniversitelere bağlı hastanelerde tam gün mesai sisteminin uygulanamaması.

Çözüm Önerisi 7: 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 8- Üniversitelere bağlı hastanelerdeki özel muayene/işlem uygulamaları.

Çözüm Önerisi 8: 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.

Sorun 9- Üniversitelere bağlı hastanelerin işletme ve teşkilat yasasının olmaması.

Çözüm Önerisi 9: Üniversitelere ait sağlık hizmet sunucuları için özel bir teşkilat yasası oluşturularak modern bir işletme mevzuatı oluşturulmalıdır.

Sorun 10- Üniversite hastaneleri için düzenleyici bir üst yapının olmaması.

Çözüm Önerisi 10: 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.



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 2023)

Prof. Dr. Celal TEKİNBAŞ
Başhekim

