

## 1. BİRİM BİLGİLERİ

### 1-Birim Hakkında Bilgiler

#### 1-İletişim Bilgileri.

Kalite Güvence Komisyonu Başkanı: Dr. Öğr. Üye. Ömer Önal

**Adres:** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Müdürlüğü

Köşk Mah. Prof. Dr. Turhan Feyzioğlu Cad. No:42

Telefon: (0 352) 437 49 12

Fax : (0 352) 437 52 73

E-posta:omeronal@erciyes.edu.tr

## 2-Tarihsel Gelişimi

9 Aralık 1968'de Hacettepe Üniversitesi bünyesinde kurulan Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi, 1969-1970 öğretim yılında Gevher Nesibe Medresesinin adı ve hâtırasını yaşatmak için Kayseri Gevher Nesibe Tıp Fakültesi adı ve 25 öğrenciyle eğitim öğretime başlamıştır. 1975 yılında Sağlık ve Sosyal Yardım Bakanlığı ile yapılan protokol gereğince Kayseri Devlet Hastanesi Cerrahi Kliniğine taşınan Fakültemizin ilk akademik kadrosunda 4 doçent, 23 öğretim görevlisi, 3 uzman ve 39 asistan bulunmaktaydı. 18 Kasım 1978 tarih ve 2175 sayılı kanunla Kayseri Üniversitesi, Erciyes Üniversitesi adını alırken 26 Haziran 1982 tarih ve 41 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Tıp Fakültesi bugünkü statüsüne kavuşmuştur. 22 Aralık 2013 tarih, 28859 sayılı yönetmelik ile Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak kurulmuş ve halen çalışmalarına devam etmektedir. Tıp Fakültesi Hastaneler kompleksi olan Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin yapısı şöyledir:

### **Ekte Mevcut (Tablo:1 Hastane Alanları ve Yatak Sayıları**

## Fiziksel Yapı

Hastanelerimizde faaliyetler, Gevher Nesibe Hastanesi, M. Kemal DEDEMAN Hematoloji Onkoloji Hastanesi, Şahinur DEDEMAN Kemik İliği Nakli ve Kök Hücre Tedavi Merkezi, Semiha KİBAR Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi, Mehmet-Yılmaz ÖZTAŞKIN Kalp Hastanesi, Mustafa ERASLAN-Fevzi MERCAN Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi, Gülser ve Dr. Mustafa GÜNDOĞDU Merkez Laboratuvar binası ile Nazende-Nuri ÖZKAYA Gündüz Tedavi Ünitesi olmak üzere 8 ana binada yürütülmektedir.

### **Hastaneler ve Yatak Sayısı:**

1- Gevher Nesibe Hastanesi (**726** Yatak kapasiteli)

2- M. Kemal DEDEMAN Hematoloji-Onkoloji Hastanesi (**52** Yatak kapasiteli)

3- Şahinur DEDEMAN Kemik İliği Nakli ve Kök Hücre Tedavi Merkezi (**35** yatak kapasiteli)

4- Semiha KİBAR Organ Nakli ve Diyaliz Hastanesi (115 Yatak kapasiteli)

5- Yılmaz - Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesi (120 Yatak kapasiteli)

6- Mustafa ERASLAN-Fevzi MERCAN Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Hastanesi  
(213 Yatak kapasiteli )

**Laboratuvarların Durumu:** Hastanelerimizde 25 adet laboratuvar mevcuttur. Gülser-Dr. Mustafa GÜNDOĞDU laboratuvarlar binası 2008 yılı sonunda faaliyete geçerek hizmet vermeye başlamıştır.

### **Ekte Mevcut (Tablo 2 : Laboratuvar ve Personel Sayıları)**

#### **3-Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri**

**MİSYON:** Hasta ve çalışan haklarını gözeterek, toplumun sağlık alanındaki ihtiyaç ve beklentilerini ulusal ve uluslararası standartlarda karşılamak, hasta memnuniyetini en üst düzeyde tutmak hastanemizin misyonudur

**VİZYON:** Mesleki standartlar ve etik ilkeler doğrultusunda, güncel bilgi ve teknolojiyi kullanarak nitelikli sağlık hizmeti sunan, uluslararası düzeyde tanınan ve tercih edilen lider sağlık kuruluşu olmaktadır

### **Ekte Mevcut (Tablo 3: Eğitim-Öğretim Hizmeti Sunan Birimleri)**

#### **6-Birimin Organizasyonel Şeması**

### **Ekte Mevcut (Tablo 4 Örgüt Yapısı (Teşkilat Şeması)**

### **Ekte Mevcut (Tablo 5 Komite ve Kurullar ) BELGELER**

#### [Tablo 1-5](#)

## **2. KALİTE GÜVENCESİ SİSTEMİ**

### **1. Kalite Politikası**

**Kalite Politikamız:** Sağlık Hizmeti Sunumunda İhtiyaç Ve Beklentileri Karşılama, Hasta Ve Çalışan Memnuniyetini Ön Planda Tutmak Üniversite Hastanemizin Temel Politikasıdır. Bu Hizmeti Verirken Hasta Ve Çalışan Haklarını Gözetmek, İş Sağlığı Ve Çevre Güvenliğini Sağlamak Ana Prensiplerimizdir.

- **Kurumun kalite güvencesi süreçleri, iç değerlendirme süreçleri ve eylem planları;**

1. Hastanelerimizde TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde kalite el kitabı, prosedürler, proses kartları, görev yetki ve sorumluluklar, talimatlar, formlar vb. dokümanlar hazırlanır ve bunların kontrolleri yapılır.

2. Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarının yürütülmesi, gerekli kayıtların tutulması ve muhafazası sağlanır.

3. Kalite Hedeflerinin belirlenmesi ve hedeflere ulaşma konusunda çalışmalar yapılır.

4. Belirlenen zamanlarda Yönetimin Gözden Geçirme (YGG) toplantılarının yapılmasında gerekli hazırlıklar yapıp, üst yazı ile ilgili kişilere toplantının yeri, zamanı ve içeriği hakkında bilgi verilir ve çalışmalarla ilgili eksiklikler yönetime bildirilir.

5. İç Kalite Tetkik planlaması yapılır ve üst yazı ile tetkikçilere ve ilgili birimlere bildirilir.

6. Tetkik sonuçları kayıt altında tutulur ve tespit edilen uygunsuzlukların giderilmesi takip edilir.

7. Diğer ilgili dokümanlar gerektiğinde revize edilir, revize edilmiş dokümanlar ilgili birimlere sunulur ve eski dokümanların imhasını sağlanır.

8. Yıllık eğitim planlarına göre eğitimler düzenlenir ve takipleri yapılır. Eğitimcilerle irtibata geçilerek eğitimlerin verilmesi sağlanır ve verilen eğitimler kayıt altına alınır.

9. Düzenleyici Önleyici Faaliyetler başlatıp, belirlenen sürede bunların kapatılması sağlanır.

10. Yatan hastalara, poliklinik hastalarına ve çalışanlara anketler düzenlenir ve bu doğrultuda hizmet standardı ölçülür.

11. TSE Gözetim Tetkiki ve Belge Yenileme Tetkiklerinin tüm çalışmaları planlanır, ilgili birimlere duyurusu yapılır.

12. Hasta şikâyet - öneri ve memnuniyet sonuçları Halkla İlişkiler Biriminden alınıp, Yönetimin Gözden Geçirme toplantısında sunulur.

13. Cihazların kalibrasyonu ile ilgili Kalibrasyon Laboratuvarı ile işbirliği yapılır.

14. Kaliteli sağlık hizmeti sunumu ile ilgili olarak ilgili birimler ile işbirliği yapılır.

15. Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili olarak ulusal ve uluslararası kurum ve kuruluşların çalışmaları takip edilir, gerektiğinde işbirliği yapılır.

16. Kalite Yönetim Sistemi ile ilgili seminer, kongre vb. toplantılar takip edilip, ilgililerin katılımları sağlanır.

17. Kalitenin artırılması ve korunması yönünde Kalite Yönetim Sistemi içerisinde belirlenen görevler yapılır.

18. Üniversite Senatosunun yürürlüğe koymuş olduğu Tıp Fakültesi Hastaneleri Yönetmeliğinin belirlemiş olduğu çalışma kurulları doğrultusunda oluşturulan Kalite Kontrol Kurulunun almış olduğu kararlara göre çalışmalar yürütülür.

- **Kurumun kalite güvencesi süreçleri ve iç değerlendirme süreçleri kapsamındaki ölçme ve izleme sistemi,**

Sağlık hizmetlerinin sürekli iyileştirilmesi, kaliteli ve verimli sağlık hizmetlerinin sunumunun sağlanması, bunların analizi, gerekli birim ve bölümlere iletilmesi, ayrıca tüm kalite yönetim sistemlerinin yürütülmesini amaçlayan kalite kontrol kurulunun kapsamı, çalışma prensipleri ve çalışma yöntemleri ile ilgili usul ve esaslar düzenlenmiştir. Süreç kapsamında iç ve dış değerlendirmelerde kullanılan soru-sonuç formu ile ölçüm ve izleme yapılır. Yılda iki kez yapılan Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında;

Bir önceki Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısında alınan kararların görüşülmesi,

Yönetim temsilcisi raporunun görüşülmesi,

Kalite politikasının görüşülmesi,

Hizmet içi eğitim faaliyetlerinin görüşülmesi,

Proses kriterlerinin (Proses Kartları) görüşülmesi,

Önceki yılın kalite hedeflerinin görüşülmesi,

Yatan Hasta Memnuniyet Anketi sonuçlarının görüşülmesi,

Poliklinik Hastaları Memnuniyet Anketi sonuçlarının görüşülmesi,

Çalışan Memnuniyet Anketi sonuçlarının görüşülmesi,

Hasta Memnuniyet ve Şikâyetlerinin görüşülmesi,

Düzeltilici ve Önleyici Faaliyetlerin görüşülmesi,

İç Tetkik Sonuçlarının görüşülmesi,

Gösterge(İndikatör) kartları raporlarının görüşülmesi,

Yeni Yılın Kalite Hedeflerinin belirlenmesi,

TSE Dış Tetkikinin görüşülmesi,

Konuları görüşülerek karara bağlanır.

## Temel Politikalar ve Öncelikler

### Politikalar

1. Dünya standartlarında sağlık hizmeti sunmak,
2. Hasta ve çalışan güvenliğini ön planda tutmak, yenilikleri yakından takip edip uygulamak ve geliştirmek,
3. Erciyes Üniversitelilik bilincini yerleştirmek,
4. Personel atama ve yükseltilme kriterlerini sürekli geliştirmek,
5. Katılımcı yönetim anlayışını benimsemek,
6. Başarılı personeli teşvik etmek,
7. Yeni bilgilere ulaşma becerisine sahip personel yetiştirmek,
8. Yeni yatırımlarda hayırseverlerin desteğini almak,
9. Her anabilim dalının ve bütün laboratuvarların akreditasyon çalışmalarına başlamak.

### Öncelikler

1. Nitelikli sağlık personeli sayısını artırmak,
2. Çocuk Hastanesi 3. Bloğunun Yapılması ve aşağıda belirtilen birimlerin bu bloğa taşınması ve yer değişiminin sağlanması;
  - Kadın Hastalıkları ve Doğum Poliklinik ve Kliniği
  - Çocuk Cerrahi Poliklinik ve Kliniği
  - Ameliyathaneler
  - Çocuk-Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Polikliniği ve Kliniği
3. Çocuk KİT Merkezi binası yapımı.

Dış değerlendirme sonuçlarına göre gerekli iyileştireler yapılmış olup, çalışmalarımız devam etmektedir.

Kurumumuz her yıl TS EN ISO 9001:2015 standardı çerçevesinde denetlenmektedir. Değerlendirme sonucunda “Tetkik Raporu” doğrultusunda üst yönetim tarafından gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı “Sağlıkta Kalite Standartları” çerçevesinde denetlenerek puanlama yapılmaktadır.

## **Kurumun, misyon, vizyon, stratejik hedefleri ve performans göstergelerinin belirlenmesi;**

Yönetim gözden geçirme toplantılarında stratejik hedef ve performans göstergeleri belirlenmekte ve belirli periyotlarla analizleri yapılmaktadır. “Kalite Kurulu” toplantıları ve “Yönetimin Gözden Geçirme” toplantılarında sonuçlar görüşülerek gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır.

### **Ekte Mevcut (Tablo 6: Kalite Hedefleri ve Performans Göstergeleri)**

#### **BELGELER**

[Kalite el kitabı](#)

[DEĞİŞİKLİKLERİN KONTROLÜ PROSEDÜRÜ](#)

#### **2. Birim Kalite Güvence Komisyonlarının Görev, Sorumluluk ve Faaliyetleri**

### **Ekte Mevcut (Tablo 7 : Kalite Yönetim Organizasyon Seması)**

#### **Birimin Kalite Komisyonu üyeleri;**

Kurul, Merkez Müdürü veya görevlendireceği bir Merkez Müdür Yardımcısı başkanlığında, Hastane Müdürü, Hastane Müdür Yardımcısı, Başhemşire veya yardımcısı, Kalite Yönetim Biriminden sorumlu şef, Hasta İletişim Birimi Sorumlusu ve ayrıca Dekan tarafından görevlendirilen bir öğretim üye / görevlisinden oluşur.

Üyelerin görev süresi üç yıldır. Süresi dolan kurul üyelerinin yerine aynı usul ile Dekan ve Merkez Müdürü tarafından yeni üye görevlendirilir. Kurul üyeliği yapmış bir kişi yeniden kurula üye seçilebilir. Üyelerden herhangi birinin görevden ayrılması halinde kalan süreyi tamamlamak üzere Dekan ve/veya Merkez Müdürü tarafından yeni görevlendirme yapılır.

#### **Birimin Kalite Komisyonunun kalite güvencesi sisteminin kurulması ve işletilmesi kapsamındaki yetki, görev ve sorumlulukları, Komisyon, kalite güvencesi sürecindeki rolü;**

Kurul idari işleyiş yönünden Merkez Müdürlüğüne bağlıdır. Başkan, kurulu yılda en az 4 defa olağan, gerektiğinde olağanüstü toplantıya çağırır. Kurul, toplantılarını üye tam sayısının yarısının en az bir fazlasıyla yapabilir. Salt çoğunluğun sağlanamadığı durumlarda başkanın çağırısı ile kurul bir başka tarihte tekrar toplanır. Kurul kararları oy çokluğu ile alınır ve alınan kararlar Merkez Müdürlüğünün onayına sunulur.

#### **Görev, Yetki ve Sorumluluklar**

- Toplam Kalite Yönetim Sistemlerinin etkin biçimde uygulanması konusundaki politika ve stratejileri belirlemek,

- Kalite hedeflerini belirlemek, bu hedeflerin gerçekleştirilmesi için gerekli çalışmaları planlamak, organize etmek, izlemek ve değerlendirmek,
- Hasta tedavi hizmetleri ile hasta ve çalışan güvenliğinin geliştirilmesi amacıyla gerekli tüm kaynakların planlanması, temini ve yönetilmesini sağlamak,
- Merkezin birim süreçlerini tanımlamak, sorumlularını tespit etmek ve iyileştirilmesinde rol alacak ekiplerin oluşmasını sağlamak,
- Merkezdeki düzeltici / önleyici faaliyetlerin kullanılmasını ve burada bildirilen sorunlara yönelik uygun sıralamayla iyileştirme çalışmalarını yapmak ve denetlemek,
- Personelin yıllık hizmet içi eğitimlerini planlamak ve bu eğitimleri almalarını sağlamak, ayrıca ihtiyaçlar doğrultusunda da gerekli eğitimlerin verilmesini sağlamak,
- Kalite yönetim sisteminin Merkez içinde uygulamalarını değerlendirmek ve desteklemek,
- Merkez'in ulaştığı kalite düzeyini saptamak amacıyla kriterler geliştirmek,
- Mevcut ve geliştirilen kriterler yoluyla sonuçları ilgili birimlere bildirmek,
- Çalışanlarının faaliyetlere katılımını sağlamak amacıyla gerekli mekanizmaları harekete geçirmek,
- Hizmet kalitesi standartları çerçevesindeki çalışmaları gözlemlemek ve denetlemek,
- Birimler tarafından hazırlanan kaliteye ilişkin belgelerin kalite yönetim biriminde uygun şekilde değerlendirilmesini sağlamak ve denetlemek,
- Hizmet kalitesinin sürekli iyileştirilmesi amacıyla şikâyet / öneri ve memnuniyetlerin sonuçlarını değerlendirmek,
- Kalite Yönetim Sisteminin gerektirdiği iç tetkikin planlamasını ve uygulamasını sağlamak

## **BELGELER**

[KALİTE YÖNETİMİ İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ](#)

[DÜZELTİCİ FAALİYET PROSEDÜRÜ](#)

[ÖNLEYİCİ FAALİYET PROSEDÜRÜ](#)

[tablo 7 organizasyon şeması](#)

### **3. Paydaş Katılımı**

***Ekte Mevcut (Tablo 8:Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Paydaş Listesi)***

**İç paydaşlar (akademik ve idari çalışanlar) ve dış paydaşların(işverenler, mezunlar, meslek örgütleri, araştırma sponsorları, hasta ve hasta yakınları vb.) kalite güvencesi sistemine katılımı ve katkıları;**

Hasta ve Çalışan memnuniyet anketleri, hasta iletişim birimine yapılan yazılı memnuniyet ve şikâyet bildirimleri değerlendirilerek analiz edilmekte ve gerekli iyileştirmeler yapılmaktadır.

## **Ekte Mevcut (Tablo 9 : İ ve Dış Paydaş Anketleri Memnuniyet Oranları**

### **BELGELER**

[Tablo 8 Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Paydaş Listesi](#)

### **3. EĞİTİM - ÖĞRETİM**

#### **1- Programların Tasarımı ve Onayı**

ERÜ Tıp Fakültesi öğrenci ve asistanları, ERU Sağlık Bilimleri Fakültesi öğrencileri, Halil Bayraktar SHMYO öğrencileri için staj imkânı sunmaktadır

#### **2- Programların Sürekli İzlenmesi ve Güncellenmesi**

#### **3-Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme**

#### **4-Öğrencinin Kabulü ve Gelişimi, Tanıma ve Sertifikalandırma**

#### **5-Eğitim-Öğretim Kadrosu**

#### **6-Öğrenme Kaynakları, Erişilebilirlik ve Destekler**

### **4. ARAŞTIRMA, GELİŞTİRME ve TOPLUMSAL KATKI**

#### **1-Birimin Araştırma Stratejisi ve Hedefleri**

## **BÖLÜMLER**

Anesteziyoloji Ve Reanimasyon

Beyin Ve Sinir Cerrahisi

Çocuk Cerrahisi

Genel Cerrahi

Göğüs Cerrahisi

Göz Hastalıkları

Kadın Hastalıkları Ve Doğum

Kalp Ve Damar Cerrahisi

Kulak Burun Boğaz Hastalıkları

Ortopedi Ve Travmatoloji

Plastik, Rekonstrüktif Ve Estetik Cerrahi

Tıbbi Patoloji

Üroloji

Acil Tıp

Adli Tıp

Aile Hekimliđi

Çocuk ve Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları

Dahiliye Romatoloji

Deri Ve Zührevi Hastalıkları

Enfeksiyon Hastalıkları Ve Klinik Mikrobiyoloji

Fiziksel Tıp Ve Rehabilitasyon

Geriatri

Göğüs Hastalıkları

Kardiyoloji

Hematoloji Bilim Dalı

Medikal Onkoloji Bilim Dalı

Nefroloji Bilim Dalı

Nöroloji

Nükleer Tıp

Radyoloji

Ruh Sağlığı Ve Hastalıkları

Spor Hekimliđi

Tıbbi Genetik

Anatomi

Biyofizik

Fizyoloji

Histoloji-Embriyoloji

İmmunoloji

Tıbbi Biyokimya

Tıbbi Biyoloji

Tıbbi Mikrobiyoloji

Tıbbi Parazitoloji

Tıp Bilişimi Ve Biyoistatistik

Tıp Eğitimi

**2-Birimin Araştırma Kaynakları**

**3-Birimin Araştırma Kadrosu**

**4-Birimin Araştırma Performansının İzlenmesi ve İyileştirilmesi**

**Ekte Mevcut (Tablo 10 : Yapılan Hizmetler)**

## **5. YÖNETİM SİSTEMİ**

**1-Yönetim ve İdari Birimlerin Yapısı**

**(Harcama Biriminin Görev ve Yetkileri)**

### **1- MALİ İŞLER**

**1. Harcama Yetkilisinin (Rektör) Görev, Yetki ve Sorumlulukları:**

**(Prof. Dr. Mustafa ÇALIŞ)**

- Yapılan tüm harcamaları kontrol etmek,
- Harcama talimatı vermek,
- Ödenek tutarında harcama yapmak,
- Ön Mali Kontrol sürecinin gerçekleştirilmesini sağlamak,
- Ödeme emri belgesini imzalamak.

**b) Harcama Yetkilisinin (Dekan) Görev, Yetki ve Sorumlulukları:**

**(Prof. Dr. M. Hakan POYRAZOĞLU)**

- Doğrudan temin limitini aşan ihale usulü mal alımlarında tüm harcamaları kontrol etmek ve harcama belgelerini onaylamak
- Harcama talimatı vermek,
- Ödenek tutarında harcama yapmak,

- Ön Mali Kontrol sürecinin gerçekleştirilmesini sağlamak,
- Ödeme emri belgesini imzalamak.

**c) Harcama Yetkilisinin (Başhekim) Görev, Yetki ve Sorumlulukları:**

**(Prof. Dr. Ahmet GÜNEY)**

- Hizmet alımı ihalelerinde ve doğrudan temin limitini aşmayan mal alımlarında tüm harcamaları kontrol etmek ve harcama belgelerini onaylamak,
- Harcama talimatı vermek,
- Ödenek tutarında harcama yapmak,
- Ön Mali Kontrol sürecinin gerçekleştirilmesini sağlamak,
- Ödeme emri belgesini imzalamak.

**d) Gerçekleştirme Görevlisinin (Döner Sermaye İşletme Müdürü)**

**Görev, Yetki ve Sorumlulukları:**

**(Doç. Dr. İsmail KOÇYIĞIT)**

Döner Sermaye bütçesini hazırlamak, harcama kalemlerini takip ederek harcamaların sağlıklı biçimde yürütülmesini sağlamak.

## **2- İDARİ İŞLER**

**a) Hastaneler Başhekiminin Görev, Yetki ve Sorumlulukları:**

**(Prof. Dr. Ahmet GÜNEY)**

1. Hastanelerin stratejik plan ve hedefleri doğrultusunda gelişmesi için gerekli tedbirleri almak, gerekli düzenleme ve çalışmalarını yapmak.
2. Hastanelerin klinik, poliklinik, acil servis, eczane, ameliyathane, kan merkezi, tanı ve araştırma laboratuvarları, beslenme ve diyet, hasta kabul ve çıkarma, tıbbi dokümantasyon ve arşiv, teşhis, tedavi, bakım ve diğer sağlık, idari, teknik destek hizmet birimlerinin hastanelerin amaç ve hedefleri doğrultusunda düzenli, uyumlu, etkin, sürekli ve verimli biçimde çalışmasını

- sağlamak ve bunun için gerekli fiziki şartların oluşturulması, personel ihtiyacının tespiti ve giderilmesi için gerekli planlama, koordinasyon ve denetimini sağlamak ve hizmet içi eğitim alt yapı imkanlarını oluşturmak.
3. Hastanelere bağlı idari, sağlık ve teknik olmak üzere tüm hastanelerin personelinin yönetim, koordinasyon, denetim ve genel gözetimini yapmak.
  4. Hastanelerin mesai sonrası çalışma, nöbet ve yönetim hizmetleri ile ilgili düzenlemeleri belirlemek ve uygulanmasını sağlamak.
  5. Hastanelerin gerekçeli bütçe - ödenek ihtiyacını, kadro ve personel ihtiyaçlarını ve yıllık faaliyet raporunu hazırlayarak veya hazırlatarak Rektörlüğe sunmak.
  6. Hastanelerin hizmetlerinin yürütülmesi için gerekli her türlü cari mal ve hizmet alımı ile cihaz ve diğer demirbaş malzeme temin ve bakım-onarım ihtiyacının, bina bakım-onarım ihtiyacının tespiti, zamanında temin edilmesi ve yapılması için gerekli tedbirleri almak, koordinasyonu sağlamak ve girişimde bulunmak.
  7. Hastanelere alınacak her türlü cari mal ve demirbaş malzemenin 5018 sayılı taşınır mal yönetmeliği ve ilgili yasal mevzuat çerçevesinde harcama yetkilisi olarak giriş - çıkış, yılsonu devir ve düşüm işlemlerinin yapılması ile kurulacak muayene kabul komisyonlarının görev ve işlemlerini izlemek.
  8. Tıp Fakültesi Dekanlığının, bölüm başkanlıklarının ve anabilim dalı başkanlıklarının hastane hizmetlerine ilişkin faaliyetlerinde gerekli koordinasyonunu sağlamak.
  9. Üniversite döner sermaye işletmesinin, hastane döner sermaye faaliyetlerinin etkin ve verimli olarak yürütülmesi, gelir kaybının azaltılması ile giderlerinin rasyonel olarak yapılması için gerekli koordinasyonu sağlamak, tedbirleri almak ve gerekli girişimlerde bulunmak.
  10. Çalışma Kurullarının verimli çalışması için olanak sağlamak.
  11. Rektör tarafından verilen hastanenin amaç ve faaliyetlerine ilişkin diğer görevleri yapmak.

## **1. Hastaneler Başmüdürünün Görev, Yetki ve Sorumlulukları:**

### **(Özcan ÖZYURT)**

1. Hastanelerin verimli şekilde çalışmasını sağlamak üzere gerekli ihtiyaçları zamanında tespit eder, bunların temin yollarını araştırır ve gerekli koordinasyonu sağlayarak tedbirler alır.
2. Personelin yıllık izinlerinin planlanmasını ve personelin özlük haklarına ilişkin işlemlerin yürütülmesini sağlar.
3. Hizmet içi eğitim programlarının hazırlanmasını ve uygulanmasını denetler.
4. Yazışmaların, kayıtların ve dosyaların usulüne uygun olarak yapılmasını sağlar.
5. Soruşturmacı olarak görevlendirildiğinde disiplin ve ceza soruşturmasını yürütür.
6. Kamu İhale Kanunu hükümleri uyarınca ita amirince verilen görevleri yapar.

7. Hastanelerin çeşitli birimlerinde bulunan cihaz, malzeme ve bina onarımı gibi işlerin ilgililerce zamanında yapılmasını denetler.
8. Kurumda mevzuat hükümlerine göre gerekli emniyet tedbirlerinin alınıp alınmadığını denetler.
9. Hastanelerde kanun, tüzük ve yönetmeliklerin uygulanmasını sağlar.

## **BELGELER**

### **İNSAN KAYNAKLARI İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ**

#### **2-Kaynakların Yönetimi**

#### **İnsan kaynaklarının yönetimi ve etkinliği:**

##### **Çalışan Temini:**

**6.3.1.** Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi amaç ve hedefleri doğrultusunda düzenli, uyumlu, etkin, sürekli ve verimli biçimde çalışmasını sağlamak için çalışan ihtiyacının tespitinden Merkez Müdürü (Başhekim) ve İnsan Kaynakları ile ilgili alanlarda görevlendirilen Merkez Müdür Yardımcısı (Başhekim Yardımcısı) ile Merkezin verimli şekilde çalışmasını sağlamak üzere gerekli insan kaynakları konusunda ihtiyaçları tespit etmek, bunların temin yollarını araştırmak ve gerekli koordinasyonu sağlanmasından Hastane Başmüdürü sorumludur. İlgili Hastane Müdürü ve/veya Hastane Müdür Yardımcısı bu konuda Hastane Başmüdürünün direktiflerini uygular.

##### **6.3.2.** Çalışan temin planı doğrultusunda;

- Merkezi Atama (KPSS Kamu Personeli Seçme Sınavı neticesinde KPSS Puanı İle ÖSYM Öğrenci Seçme ve Yerleştirme Merkezi tarafından yapılan Yerleştirme Tercihleri sonuçlarına göre) yoluyla
- Naklen Atama (Kamu Kurumlarında Devlet memuru kadrosunda görev yapan personellerin aynı kurum veya bir başka Devlet kurumuna kadrosuyla beraber geçiş yaparak) yoluyla
- Açıkta Atama (Merkezi atama veya Naklen atama dışında kalan atamalar. “657 Devlet Memurları Kanunu Madde 92) yoluyla
- 657 Sayılı Devlet Memurları Kanunu’nun dördüncü maddesi (B) fıkrası uyarınca 28/6/1978 Tarih ve 16330 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Sözleşmeli Personel Çalıştırılmasına İlişkin Esaslar hakkındaki Bakanlar Kurulu kararının 12’nci maddesinde belirtilen koşulları da taşımaları esasıyla ve esasın ikinci ek maddesinin (B) fıkrasında belirlenmiş olan yöntemle sözleşmeli personel ataması yoluyla
- Sürekli işçi temini ise Türkiye İş Kurumu aracılığıyla personel temin edilir.
- Norm kadroda eksilme veya bölümlerin ihtiyaçlarına göre yeni kadro açılması ve norm kadro içindeki istihdam gerekleri Personel Temin Planı doğrultusunda ihtiyacın ivediliğine göre Merkez Müdürü tarafından Rektörlük Makamına belirsiz süreli aralıklarla iletilir.

##### **Çalışma Listelerinin Oluşturulması ve Kontrolü:**

**6.5.1.** Çalışma listeleri çalışanların haftalık veya aylık çalışma düzenlerinin belirlenmesi için yapılır. Mesai ödemeleri ve devam takip kontrolünün hatasız olması için çalışma listelerinin doğru ve eksiksiz yapılması zorunludur.

### 6.5.2. Çalışma Listesi Oluşturma İş Akışı;

- Hastane Bilgi Yönetim Sistemi giriş ekranından “Çalışma Düzeni” menüsü seçilir.
  - Çalışma listesi ekranında çalışma listesini oluşturan kullanıcı koduyla çalışma düzeni profili açılır.
  - İlgili birim çalışma listesi profili seçilir.
  - Çalışma listesi profili seçildikten sonra listenin sayı numarası alınır (Yeni kayıt açılış seçeneği “Evet” olarak belirtilir).
  - Çalışma listesi başlangıç ve bitiş tarihleri yazılır.
- 
- Çalışma listesi “Onay” seçeneği ile çalışanların çalışma listesine aktarılması sağlanır.
  - Oluşturulan çalışma listesi üzerinde çalışanların çalışma saatleri ayrı ayrı sisteme girilir.

### 6.5.3. Çalışma Listelerinin Kontrolü İş Akışı;

- HBYS sistemi çalıştırılır ve giriş ekranından “Çalışma Düzeni” menüsü seçilir.
- Çalışma listelerinin kontrolünde çalışma listesi yapılmayan birimler sorgulanır.
- Çalışma listesi oluşturulmayan birim var ise listeyi oluşturan kullanıcı ile irtibata geçilerek çalışma listesinin yapılması ve onaylı listenin insan kaynakları birimine teslimi için bilgilendirilir ve takip edilir.
- Çalışma listeleri oluşturulmuş dahi olsa, listede yer alan personellerin çalışma düzenlerinin yapıp yapılmadığı kontrol edilir.
- Çalışma düzeni yapılmayan ve/veya hatalı yapılan personel için listeyi oluşturan kullanıcı uyarılır ve doğru yapılması sağlanır.
- Güncel çalışma listesinde nöbet değişikliği yapılması gereken durumlarda listenin yeniden yapılması ve onaylı listenin insan kaynakları birimine teslimi sağlanır.

## 6.6. Fazla Çalışma Nöbet Cetvellerinin Hazırlanması:

**6.6.1.** Hastanelerimizde 7 gün 24 saat hizmet verilmesi sebebiyle mesailer vardiya usulü olup, mesai saatleri dışında yapılan çalışmalar karşılığı izin ya da ücret olarak karşılanır. Mesai saatleri haricinde yapılan çalışmalar her ay fazla mesai cetveli üzerinde hesaplanır.

### 6.6.2. Fazla Çalışma Hesaplaması İş Akışı;

- Fazla Mesai hesaplamasında çalışma listelerinin tamamının eksiksiz olarak tamamlanması şarttır.
- Çalışma listesi yapılmayan birim var ise mesai hesaplaması yapılamaz.
- Hastane Bilgi Yönetim Sistemi sistemi çalıştırılır.
- İzin takip ekranından fazla mesai aktarma işlemi menüsü seçilir.
- Mesai yapılacak ay seçilir.
- Tüm Çalışanlar İçin Oluştur seçeneği ile mesai puantajı oluşturulur.
- Oluşturulan belge excel formatında kayıt edilir.
- Fazla çalışması bulunmayan çalışanlar oluşturulan çalışan listesinden kaldırılır.
- Fazla çalışması bulunan çalışanlar kadrolu ve sözleşmeli olmak üzere ikiye bölünür.

- Kadrolu çalışanlar özellik arz eden riskli birimler ve diğer birimler olarak ikiye bölünür.
- Sözleşmeli çalışanlar özellik arz eden riskli birimler ve diğer birimler olarak ikiye bölünür.
- Çalışanları fazla çalışma yaptığı gün esas alınarak puantajı doldurulur.
- Fazla çalışması belirlenen çalışanların listesi internet ortamında yayınlanması için Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü bünyesindeki mutemede gönderilir.
- Çalışanların yaptıkları fazla çalışma sistemde bulunmuyorsa, “Fazla Çalışma Formu” ve/veya fazla çalışma mesaisini İnsan Kaynakları Birimine getirmesi şarttır.
- “Fazla Çalışma Formu” teslim eden çalışanların bu formu birim amirine onaylatması zorunludur.
- Fazla çalışmalar mesai saatleri içerisinde ilgili birim sorumlusu tarafından; mesai saatleri dışında ise sadece gece müdürü tarafından Hastane Bilgi Yönetim Sistemine girilir. (Çalışanın sözlü olarak fazla çalışma yaptığını beyan etmesi veya devam takip kartını okutmuş olması fazla çalışma yaptığı anlamına gelmez).
- Fazla çalışmalarla ilgili hatalar varsa düzeltilir ve çıktısı alınarak her ayın ikinci haftasında imzaya sunularak Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü’ne bildirilir.
- Özellik arz eden riskli birimler dışında yapılacak ek ödeme Merkez Müdürü (Harcama Yetkilisi) talimatı ve yazılı emri ile yapılır.

### **İdari ve destek hizmetleri sunan birimlerinde görev alan personelin eğitim ve liyakatlerinin üstlendikleri görevlerle uyumunu sağlamak üzere;**

Hizmet içi Eğitim Faaliyetleri Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde; adaptasyon eğitimleri, planlı eğitimler ve soruna yönelik eğitimler olarak verilmektedir.

### **Ekte Mevcut (Tablo 11 : Hizmet İçi Eğitim Alan Gruplar)**

#### **Mali kaynakların yönetimi;**

1. Hastanelerimizde satın alma faaliyetleri, Döner Sermaye ve Katma bütçe yoluyla aşağıda belirtildiği şekilde yapılır.

2. Hastanelerimizin herhangi bir biriminin herhangi bir malzeme ve demirbaşa ihtiyaç duyması halinde, istek varsa şartnamesi ile birlikte hastane birimleri tarafından malzeme istek formu, temel tıp birimlerinden ise malzeme istek formu ile hizmet alımı istekleri ise yazı ile yapılır. Bu isteğin hastane depolarında mevcudu olup, olmadığı araştırılır, depo mevcudu olanlar depo sorumlusu tarafından istek yapan birimin mutemedine el senedi ile teslim edilir. Depo mevcudu bulunmayanlar hastane istemleri ise başhekimlik kanalı ile temel tıp bölümlerinin istekleri ise direk olarak dekanlığa bildirilir.

3. Dekanlığa bildirilmiş olan isteğin Dekanlıkça alınmasının uygun görülmesi halinde, istekler planlama komisyonuna gelir ve planlama komisyonu malzemenin alım usulüne ve miktarına karar verir ve Döner Sermaye İşletme Müdürlüğüne temin süreci başlatılmak üzere gönderilir.

4. Döner Sermaye İşletme Müdürlüğüne gönderilmiş olan isteğin satın alma işlemleri, 4734 sayılı Kamu İhale Kanununun ilgili maddeleri uyarınca Döner Sermaye İşletme Müdürlüğü

tarafından oluşturulmuş olan İhale Komisyonunca aşağıda belirtilen ihale usullerinden hangisi ile alımın yapılacağına karar verilir ve ihale süreci başlatılır.

- Açık ihale usulü
- Belirli istekler arası ihale usulü
- Pazarlık usulü
- Doğrudan temin usulü
- İstisna kabul edilen kurumlardan alımlar

5. İhale Komisyonu tarafından işin özelliğine göre seçilen ihale usulü için kanun ve ilgili yönetmenliklerde belirlenmiş olan şartlar yerine getirilerek ihale evrakları düzenlenir ve alım gerçekleştirilir. İhale işlemine ait belgeler, ilgili mevzuat hükümlerine göre düzenlenir.

6. Satın alınan hizmet, malzeme ve demirbaşlar; 4735 sayılı kanununun 11.maddesi ve *Mal Alımları Denetim, Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmenlik* hükümlerine göre oluşturulan Muayene ve Kabul Komisyonu tarafından kontrol edilerek, varsa şartnameye uygun olup olmadığı belirlenir. Uygun olanlar için Muayene ve Kabul Raporu ile Taşınır İşlem Fişi doldurulur ve imzalanır. Fatura, Muayene Kabul Raporu ve Taşınır İşlem Fişinin uyumlu olmasına dikkat edilir. Şartnameye uygun olmayanlar ilgili firmaya iade edilir. Uygun olan ürünlerin Hastane Depolarına getirilmesi sağlanır ve takip edilir. Satın alınarak depolara girişi tamamlanan malzeme ve demirbaşlar, istek yapan birimlere el senedi ile teslim edilir.

7. Hastane yemekhanesine alınacak yiyecekler mevsimine göre şartnameleri ilgili diyetisyen tarafından hazırlanır ve bu doğrultuda alımı yapılır.

8. Yukarıda bahsedilen işlemler iş akış şemasıyla detaylı olarak tanımlanmıştır.

### **Ekte Mevcut (Tablo 12 Satın Alma İş Akış Şeması)**

#### **Taşınır ve taşınmaz kaynakların yönetimi;**

1. Ayniyat Ünitesinin işlemleri Taşınır Mal Yönetmeliğine uygun olarak yürütülür.

2. Hastane birimlerinin gereksinim duydukları malzemeler Taşınır İstek Belgesi ilgili depodan talep edilir. Malzemenin depo stok miktarı kontrol edilir. Mevcut malzemeler Taşınır İşlem Fişi ile ilgili birim sorumlusuna teslim edilir. Stok miktarı azalmış malzemelerden hastanelerin geneli tarafından kullanılanlar için taşınır kayıt ve kontrol yetkililerince Başhekimlik makamına ihtiyaç miktarını belirtir istekte bulunulur. Hastanemiz birimlerince ihtiyaç duyulan malzemeler içinde Dekanlık ve Başhekimlik makamına ilgili birimlerce istekte bulunulur.

3. Satınalma Komisyonunca alımına karar verilen her tür taşınırın, Muayene Komisyonunca muayene ve kabulü yapılanlar taşınır kayıt ve kontrol yetkilileri tarafından cins ve niteliklerine göre sayılarak, tartılarak, ölçülerek teslim alınır.

4. Alınan malzemelerin faturaları Ayniyat kayıt memurlarınca bilgisayar ortamında ilgili stok programlarına kaydedilir. Teslim alınan taşınırların girişleri ile çıkış işlemlerinde Taşınır İşlem Fişi demirbaş malzemelerin çıkışlarında Zimmet Fişi düzenlenir.

5. Taşınır İşlem Fişleri üç nüsha olarak düzenlenir ve her mali yılbaşında 1'den başlamak üzere sıra numarası verilir. Taşınır İşlem Fişleri klasörlerde muhafaza edilir.

6. Taşınırın kaybolma, çalınma ve fire gibi herhangi bir nedenle yok olması; yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılmaz hale gelmesi; hurdaya ayrılması, komisyon kararına göre Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ile yapılır. Hurdaya ayrılan HEK malzemeler hurdalık deposunda muhafaza edilerek yılın belli dönemlerinde Rektörlük Ayniyat Saymanlığının oluruyla MKE Kurumu'na gönderilir.

7. Hayırsever kurum, kuruluş ve şahıslar tarafından hastanemize bağışlanan malzemeler, faturası varsa faturadaki değeri esas alınarak, yoksa malzemenin niteliği göz önünde bulundurularak piyasa araştırması yapıp fiyatı tespit edilir. Malzeme ile ilgili fiyat tespit tutanağı düzenlenerek ayniyat kayıtlarına geçirilir. **BELGELER**

[Tablo 12 Satın Alma İş Akış Şeması](#)

### **3-Bilgi Yönetimi Sistemi**

**Her türlü faaliyet ve sürece ilişkin verileri toplamak, analiz etmek ve raporlamak üzere;**

Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS)

Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS)

Envision Elektronik Dosya Sistemi (EBYS)

Radyolojik Görüntüleri Dijital Arşivleme (PACS)

Oracle Veri tabanı

Ms-Office 2007, AdobePhotoshop CC 2015, Adobe Illustrator,

Adobe Dreamviewer, Adobe Indesign, ,CorelDraw x7,

Visual Studuo 2013, AdobeAcrobat DC

Kullanılır.

### **Kullanılan bilgi yönetim sistemi,**

- Kurumsal iç ve dış değerlendirme sürecine yönelik bilgiler, kullanıcılar tarafından yapılan girişler dikkate alınarak ilgili faaliyete veya konuya yönelik genellikle aylık olarak hazırlanmaktadır.
- Gizlilik konusu kullanıcı bazında yetkiler ile sağlanmaktadır. Bilgi güvenliği veri tabanı yönetim sisteminin sağladığı yetki, yedekleme, loglama vb. özellikler

kullanılarak sağlanmaktadır. Üçüncü şahıslar, kurum, kuruluş vb. yerlerle veri paylaşımı Hastaneler Yönetimi'nin onayı sonrasında yapılmaktadır.

### **Bilgi Yönetimine İlişkin Faaliyetlerin Yürütülmesi ve Koordinasyonuna Yönelik Sorumlular ve Sorumluluklar;**

- Başhekim
- Bilgi İşlemden Sorumlu Başhekim Yardımcısı
- Bilgi İşlemden Sorumlu Hastane Müdür Yardımcısı
- Bilgi İşlem Merkezi Ünite Sorumluları ve Çalışanları
- Hizmet Satın Alınan Firma Yöneticileri
- Tüm Bilgi İşlem Firma Elemanları
- Hastane Bilgi Yönetim Sistemini Kullanan Tüm Çalışanlar

### **Bilgi Yönetim Sistemine İlişkin Rol Grupları ve Yetkileri;**

Otomasyon üzerinde yazılımı kullanan tüm çalışanların yetkilendirilmesi yapılmıştır. Bu gruplardaki çalışanlar yalnızca kendilerine verilen yetki kadar işlem yapabilirler.

#### **Bu rol grupları;**

- Öğretim Üye ve Görevlileri
- Araştırma Görevlisi
- Klinik Hemşiresi
- Anabilim Dalı Sekreteri
- Klinik Sekreteri
- Poliklinik Sekreteri
- Satın Alma
- Kalite
- Faturalama vb.

Çalışanların yetkileri düzenlenmiştir ve kayıt altına alınmaktadır. Aynı görevi yapan çalışanların yetkileri de aynıdır

### **BİLGİ GÜVENLİĞİ:**

#### **Sunucuların Güvenliği;**

- Sunuculara tahsis edilmiş bir bağımsız oda bulunmaktadır
- Görevlendirme olmayan personel bu odaya girememektedir.
- Oda hastanenin 2. katında bulunmaktadır.
- Sunucu Odalarında elektrik kesilmesi durumunda odada bulunan bağımsız UPS devreye girmektedir. Hastane genelinde bulunan UPS bu odadaki bağımsız UPS'yi desteklemektedir.
- Isı ve nem takibi yapılarak sıcaklık ve nem takip edilmektedir (Sıcaklık 20 - 23 °C, Nem %30 - %60 arasında bulunmaktadır).

- 2. Klima yedek olarak bulunmaktadır.
- Bütün sunucuların yeri, sorumlu kişisi, donanımı ve işletim sistemi üzerinde çalışılan uygulama bilgileri liste halinde Bilgi İşlem biriminde bulunmaktadır.
- Bütün sunucuların eşit özelliklerde ve tam zamanlı olarak yedeklerinin alındığı Felaketten Kurtarma Merkezi (FKM) bulunmaktadır. FKM odası yangın, su, elektrik kesintisi vb. süreçlere karşı uygun mimaride hazırlanmıştır. FKM odasında ortam izleme ve uyarı sistemleri mevcuttur. Merkezi sistem odasında oluşabilecek her türlü kesintiye karşılık her bir hizmet için tüm kuruma hizmet verecek niteliklerde alternatif olarak yapılandırılmıştır.

### **Yedekleme:**

- Yedekleme Blu - Ray, harici bellek, ağ üzerinde çalışan bilgi işlem merkezinde 1 adet iş istasyonu, sunucunun kendi üzerinde ve Tıp Fakültesi Dekanlığı binasında Felaketten Kurtarma Merkezi odasında yedek sunucu üzerine eş zamanlı yapıyla (Data - Guard) yedeklenmektedir.
- Yedekleme sunucuda günlük olarak yapılmaktadır. Arşivlemesi harici bellekte 15 günlük, diğer PC'lerde aylık olarak yapılmaktadır.
- Veriler yedekleme yapıldıktan sonra offline ortamda saklanmaktadır.
- Blu - Ray ortamında Hard Copy olarak alınan yedekler süresiz olarak saklanmaktadır.

### **Kişisel Sağlık Kayıtlarının Güvenliği;**

- Kullanıcılar, hasta ile ilgili bilgileri girerler, her bir işlem kendi süreci tamamlandıktan sonra müdahaleye kapatılır. Ayrıca tedavi süreci tamamlandıktan sonra ilgili başvuru kaydı da kapatılarak her türlü müdahale düzenleme vb. durum engellenir. Bu süreçten sonra kullanıcılar bilgileri değiştiremez. Kişisel bilgiler kişinin kendisi veya mahkeme tarafından istenildiği takdirde verilir.
- Kullanıcılar gerek Bilgi Sistemi Eğitimleri esnasında gerekse dönemsel duyurular ve yazılı bildirimler ile hasta hakları, bilgilerin gizliliği, mahremiyet vb. süreçler hakkında sürekli ve düzenli olarak bilgilendirilirler.
- Verilere erişim yetki ile düzenlenmiştir. Kullanıcılar sadece yetkili oldukları hasta grupları, yetkili oldukları sistem kayıtları ve yine yetkili oldukları detaylara erişebilmektedirler. Hangi kullanıcının hangi yetkilere erişebileceği göreviyle ilgilidir.
- Kullanıcı bulunduğu rol ve gruba göre verilere erişebilmektedir.

### **İnternet Erişim ve Kullanım;**

- Ağ erişimi; Otomasyon + İnternet, Otomasyon, Kısıtlı İnternet ve İnternet olmak üzere dört gruba ayrılmıştır. Resmi siteler ve idare onayı ile izin verilen siteler dışında idari birimler internet erişimine kapalıdır. İnternet erişimi yapan bilgisayarlarda ise, hangi sitelere ne zaman giriş yapıldığı bilgisi Firewall cihazı üzerinde kayıt altına alınmaktadır. Tüm loglar izlenebilir durumdadır. Yetkiler rol gruplara göre belirlenmekte olup, aynı gruptaki çalışanların erişim ve kullanım hakları da eşittir.

### **E - Posta Kullanım;**

- İdari birimlerde çalışanların mail kullanımı yalnızca kurum tarafından hizmeti sağlanan mail adresinden yapılmaktadır. Kurum dışı özel mail adreslerine erişim kapalıdır.

### **Uzaktan Erişim;**

- Dış ortamdan iç ortama erişimler kapalıdır. Zaruri ihtiyaç halinde, Bilgi İşlem Merkezi personeli gözetiminde kısmi süreli uzak erişim verilir. Dış ortamdan bağlanıldığı durumlar kayıt altına alınmaktadır.

### **Kablosuz Erişim;**

- Hastanelerimizin kliniklerinde ve Öğretim Üyesi özel muayene odalarının bulunduğu alanlarda mevcuttur.
- ERUTIP - PERSONEL, ERUTIP – PERSONEL - OTOMATİK VE ERUTIP - MISAFIR olmak üzere üç adet kablosuz yayın bulunmaktadır.
- Çalışan sicil numarası ve Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) şifresi ile kablosuz ağa dâhil olmaktadır.
- Kablosuz İnternet + Otomasyon, Kablosuz İnternet, Kablosuz Kısıtlı İnternet, Kablosuz Otomasyon ve Misafir olarak beş farklı sanal yetki grupları oluşturulmuştur.
- Yetkiler rol gruplara göre belirlenir.
- Misafir yayınına, kullanıcılar Ad, Soyad ve TC Kimlik Numaralarını 0-538-544-14-36 numaralı hatta kısa mesaj göndererek kayıt olurlar. Daha sonra TC Kimlik Numaraları ve kısa mesaj gönderiminde buldukları cep telefonu numarası ile internet erişimi sağlamaktadırlar. Bu erişim, hastane ağ sistemlerine kapalıdır.
- Kablosuz erişimlerde, bağlantı yapıldıktan 12 (oniki) saat sonra otomatik olarak bağlantısı kapatılır ve kullanıcının yeniden bağlanması gerekmektedir.

### **Bakım, Onarım ve Kontroller;**

- Sistem sunucularının periyodik (aylık) bakımları yapılır.
- Hizmet sunucuları ve diğer sistemlerin rutin takibi (günlük kontrolleri) yapılır.
- Sunucular arası on - line yedekleme sistemlerinin rutin kontrolleri (günlük) yapılır.
- Hizmet sunucularının; işletim sistemi, uygulama sunucusu ve veri tabanı sunucularına ait loglar kontrol edilir.
- Ağ sisteminde bulunan omurga ve kenar anahtarlara ait iş yükleri rutin (günlük) kontrol edilir.
- Güvenlik duvarı sunucularının rutin (günlük) takibi yapılır.
- Tespit edilen güvenlik gereksinimlerine ilişkin, güvenlik duvarı sistemi güncellenir.
- Kurum içi ve kurum dışı tehditlere karşı anti - virüs yazılımı kullanılır ve bu yazılımın aktif ve güncel olması sağlanır.
- Kurum dışından uzak erişimler engellenmelidir. Gereksinim halinde erişim izne ve yetkiye bağlı olarak teknik çalışan kontrolünde olmalıdır.

- HBYS, İşletim Sistemleri, Hizmet Sunucuları ve diğer uygulamalarda şifre güvenliği için gerekli tedbirler alınır.
- Kullanıcıları şifre güvenliği konusunda bilgilendirir ve belirli periyotlarda şifrelerini değiştirmeleri için gerekli sistem tanımlarını yapar.

## **HASTA BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİNE (HBYS) İLİŞKİN YAZILIMSAL SÜREÇLER:**

### **Yazılım Geliştirme:**

- Hizmet üretilen konularda yapılan resmi kaynaklı düzenlemeler ile teknolojik gelişmeleri takip ederek mevcut yazılımda yapılabilecek iyileştirmeleri tespit edilir.
- Diğer kurumlar ile on - line servisler aracılığıyla (*MERNİS, MEDULA, 112 ACİL vb.*) veri transferi yapılması sağlanır.
- Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), Laboratuvar Bilgi Yönetim Sistemi (LBYS) vb. sistemlerin ihtiyaç duyulması halinde web, tablet uygulamalarını geliştirir ve bu uygulamaların sağlıklı çalışması sağlanır.
- Çalışmakta olan mevcut web servislerinin, yardımcı uygulamaların, on - line hizmet üreten entegrasyon sistemlerinin sağlıklı çalışmasını sağlar.
- Bilgi İşlem Merkezi “İş İstek Formu” ile istenen yazılımların gerçekleştirilmesi, ilgili birim amirince değerlendirilir, uygun ise işleme alır ve belirlenen takvim içerisinde yazılım işlemlerini gerçekleştirir.
- Yapılan yazılım isteklerinden doğabilecek teknik ve uygulama problemleri konusunda birim yöneticisini bilgilendirir.
- Geliştirilen yazılım, eklenen güvenlik ve kontroller gibi konularda yazılım destek ve eğitmenlerini bilgilendirir.

### **İşletim ve Eğitim:**

Aşağıdaki işlemler Yazılım, Eğitim ve Değerlendirme, Analiz ve Denetleme Grubu tarafından gerçekleştirilir.

- Program kullanıcılarına, bilgisayar başında program kullanımı eğitimi verir.
- Hastane içerisinde düzenlenen hizmet içi eğitimlere, eğitimci olarak katılır.
- Programların ilk kurulumunu yapar ve teknik servis elemanlarına konu ile ilgili bilgi verir.
- Kullanılmakta olan programlarla ilgili gelen düzenleme ve geliştirme taleplerini değerlendirir ve gerekli işlemleri yapar.
- Kullanılmakta olan programların sürekliliğini sağlamak için sorunları tespit eder ve giderilmesini sağlar.
- Hastane Bilgi Yönetim Sisteminden (HBYS) mevcut sorgulamalar dışındaki her türlü analizleri alır. İlgili kişiler analizleri, “Analiz İstek Formunu” doldurarak birim yöneticilerine / anabilim dalı başkanlarına, kurum dışından kişiler de Başhekimliğe onaylatırlar.
- Hatalı ya da uygunsuz bir işlem yapılması halinde, işlemin hangi bilgisayarda ve kullanıcı tarafından yapıldığı bilgisini tespit ederek ilgililere bilgi verir.

- Tüm Hastane Otomasyon Programlarının kullanıcı şifrelerini verir.

#### 4-Birim Dışından Tedarik Edilen Hizmetlerin Kalitesi

### Kurum Dışından Tedarik Edilen Hizmetlerin Kalitesi

- Teknik Şartname ile belirlenmektedir.
- Bölümler tarafından düzenli kontroller yapılmakta uygunsuzluk halinde “düzeltici önleyici Faaliyet Formu” doldurularak ilgili birimlere ve üst yönetime sunulur. Gerekli işlemler başlatılır. Bu konuda yazılı prosedürler Kalite Yönetim Sistemi çerçevesinde mevcuttur.

#### 5- Yönetimin Etkinliği ve Hesap Verebilirliği, Kamuoyunu Bilgilendirme

#### 6. SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

##### 1-Sonuç ve Değerlendirme

#### 11.11.2019 TARİHİNDE YAPILAN YÖNETİMİN GÖZDEN GEÇİRME TOPLANTISINDA ALINAN KARARLAR

1. 20.12.2018 tarihinde yapılan Yönetimin Gözden Geçirme Toplantısında alınan kararlar gözden geçirilmiştir.

⊖ Kalite Yönetim Sistemini ilgilendiren İç ve Dış Konulardaki değişiklikler [(Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar, Tehditler (SWOT Analizi)] görüşülmüş olup, Güçlü Yönlere Merkezi Laboratuvar bünyesinde bulunan tüm laboratuvarların eksternal kalite (dış kalite) programlarına üye olması. Bu katılımların Merkezi Laboratuvar web sayfasında (<http://hastaneler.erciyes.edu.tr/>) kamuya açık bir şekilde sunuluyor olması ve Araştırma Üniversitesi olması cümleleri eklenmiştir.

⊖ Kalite Politikası, Misyon ve Vizyon görüşülmüş olup aynı şekilde kalması kararlaştırılmıştır.

⊖ Müşteri Memnuniyeti ve İlgi Taraflardan gelen geri bildirimlerde (Şikâyet, Öneri ve Memnuniyetler) son iki yıl ve 2018 yılı karşılaştırmalı görüşülmüştür.

♣ Şikâyetlerde;

2016 yılında; 519

2017 yılında; 1017

2018 yılında 1226 adet bildirimde bulunulmuştur.

Hizmet bakımından; Poliklinik, tedavi ve bakım hizmetleri, idari hizmetleri,

Konu bakımından; İletişim ve davranış, teknik işleyiş, tetkik ve tedavi,

Kişi olarak; doktor, kişiye yönelik olmayan ve sekreter,

Birim olarak ise; Kadın Hastalıkları ve Doğum, İdari birimler ve Acil servis ilk 3 (üç) sırada yer almaktadır.

♣ Memnuniyetlerde;

2016 yılında; 63

2017 yılında; 130

2018 yılında; 54

Hizmet bakımından; Tedavi ve bakım hizmetleri, poliklinik ve temizlik hizmetleri,

Kişi olarak; doktor, birim çalışanları ve sekreter,

Birim olarak ise; Enfeksiyon, Nöroloji, Kadın Hastalıkları ve Doğum ilk 3 (üç) sırada yer almaktadır.

⊖ 2016 - 2021 Kalite Amaçları (Hedefler) görüşülmüştür.

⊗ Ürün ve Hizmet Uygunluğu ve Proses Performansı (Proses Performans Kriterleri) görüşülmüştür. Proses kartlarında belirtilen performans kriterleri Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarında belirtilen gösterge kartlarındaki kriterlere göre yeniden revize edilmiştir.

⊗ Uygunsuzluklar ve Düzeltici / Önleyici Faaliyetler görüşülmüştür.

⊗ İzleme ve Ölçme Sonuçları görüşülmüştür.

└ Kalibrasyon;

Kalibrasyon testine tabii tutulmuş veya doğrulaması yapılmış teçhizatlardan elde edilen veriler, Erciyes Üniversitesi Klinik Mühendisliği Araştırma ve Uygulama Merkezi (ERKAM) tarafından hastane otomasyon sistemine kaydedilmektedir.

└ Eğitimler;

2018 yılı eğitimleri plan dâhilinde tamamlanmış olup, 2019 yılı eğitim planı için birim sorumlularına eğitim taleplerini bildirmeleri konusunda yazı yazılmış olup, bu doğrultuda 2019 yılı eğitim planı oluşturulacaktır.

└ Anketler;

♣ Çalışan Memnuniyet Anketi görüşülmüştür. 2018 yılında 338 kişi ankete katılmış olup, genel memnuniyet oranı %70.9 ölçülmüştür. Çalışanların idareden beklentileri;

└ Döner sermayeden pay, ek ödeme artırılmalı, ödüllendirilme sistemi olmalı ve çalışanın motivasyonu artırılmalı.

└ Çalışan sayısı artırılmalı ve iş yükü azaltılmalı

└ Öneri ve görüşleri dikkate alınmalı,

└ Çalışanlar arasında adalet ve eşitlik sağlanmalı

└ Çalışma koşullarının ve yemek hizmetlerinin daha iyi olması

Üst yönetim olarak çalışan memnuniyetini artırmak için çalışmalar yapılması, ödül mekanizmasının konulması (teşekkür belgesi, ek ödemede iyileştirme vb.) kararlaştırılmıştır.

♣ Hasta ve hasta yakınlarına yapılan Anketler görüşülmüştür. Anket yapılan birimler ve memnuniyet yüzdeleri aşağıda belirtilmiştir.

└ Yatan Hasta Memnuniyeti %91.8

└ Poliklinik Hastaları Memnuniyeti %82.6

└ Çocuk Yatan Hasta Yakını Memnuniyeti %88.7

└ Çocuk Poliklinik Hasta Yakını Memnuniyeti %89.1

└ Çocuk Acil Memnuniyeti %93.7 Toplam Acil Memnuniyeti %84.5

└ Acil Servis Memnuniyeti %75.3

└ Radyodiagnostik Memnuniyeti %81.1

└ Ameliyathane Hizmetleri Memnuniyeti %82.0

└ Yoğun Bakım Hizmetleri Memnuniyeti %84.6

└ EEG - EMG Memnuniyeti %90.5

└ Tıbbi Genetik Memnuniyeti %87.8

└ Nükleer Tıp Memnuniyeti %82.3

Yapılan anketlerde en çok kliniklerde; temizliğin yetersizliği, hasta odalarının nitelikli (tek kişilik wc, tv, klima, buzdolabı, refakatçi koltuğu vb.) olması, çalışanların güler yüzlü olması, yemek hizmetlerinin iyileştirilmesi (sıcak, az yağlı, az tuzlu, etlerin iyi pişirilmesi, daha lezzetli olması, sunumunun iyi olması vb.)

Polikliniklerde; bekleme salonları kalabalık ve havasız, hasta sayısına göre hekim sayısının artırılması, telefonla saatli randevu verilmesi ve bekleme sürelerinin azaltılması, tuvaletlerin temizliğinin yetersiz olması (tuvalet kağıdı, havlu olmalı), çalışanlar anlayışlı ve güler yüzlü olmalı.

Acil Servislerde; hastalar hakkında açıklayıcı ve detaylı bilgilendirme yapılmadığı, çalışanların anlayışlı ve güler yüzle olması, bekleme salonunun yetersiz ve soğuk olması. Görüntüleme Hizmetlerinde; randevu sürelerinin uzun olması, çalışanların güler yüzlü olması, cihazların yetersiz olması.

Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hizmetlerinde; hekimlerin hasta yakınlarına yeterince bilgilendirmemeleri, hasta ziyaretlerinde maske ve galoş takılması, hekim ve hemşirelerin daha anlayışlı ve kırılcı olmaması.

Ünitelerde; çalışanların güler yüzlü ve anlayışlı olması, yeterince bilgilendirilmeme, tahlil sonuçlarının geç çıkması, randevu sisteminin saatlik olması.

Genel olarak ise; otopark yetersiz ve otoparkın ücretsiz olması, kantin fiyatlarının pahalı olması, asansörlerin yetersizliği ve Kalp Hastanesinde mescit olması vb. istek ve önerilerde bulunulmuştur.

Anket sonuçlarına göre ilgili yöneticiler görevlendirilmiş ve gerekli iyileştirmelerin yapılması kararlaştırılmıştır.

⊗ 01 - 30 Kasım 2018 tarihleri arasında yapılan “Öz Değerlendirme” sonuçları görüşülmüştür. 3'er kişilik ekipler halinde 11 grup oluşturulmuştur. 133 birimde değerlendirmeler yapılmıştır. Değerlendirme sonucunda 52 adet DÖF tutulmuş ve ilgili bölümler tarafından cevaplandırılarak sonlandırılmıştır. Ayrıca Bölüm Kalite Sorumlularına konu ile ilgili bilgilendirme toplantısı yapılmıştır.

⊗ Dış Tedarikçinin Performansı (Satınalma Süreci) görüşülmüştür.

⊗ Kaynakların yeterliliği (İnsan Kaynakları, Eğitim, Makine – Teçhizat, Bilişim, Ek Binalar vb) konuları görüşülmüştür.

⊗ Risk ve Fırsatların ele alınması ile ilgili faaliyetlerin etkinliği (SWOT Analizinin Etkinliği) görüşülmüştür.

⊗ İyileştirmeler için fırsatlar değerlendirilmiştir.

11.11.2019 Tarihli Toplantıda Alınan Kararlar:

2. Kalite Yönetim Sistemini ilgilendiren İç ve Dış Konulardaki değişiklikler [(Güçlü Yönler, Zayıf Yönler, Fırsatlar, Tehditler (SWOT Analizi)] görüşülmüş olup, geçen yıl yapılan toplantıda revizyon yapıldığı ve ilave bir konu olmadığına karar verilmiştir.

3. Kalite Politikası, Misyon ve Vizyon görüşülmüş olup aynı şekilde kalması kararlaştırılmıştır.

4. Müşteri Memnuniyeti ve İlgi Taraflardan gelen geri bildirimlerde (Şikâyet, Öneri ve Memnuniyetler) görüşülmüştür.

♣ Şikâyetlerde; 1 Ocak 2019'dan 31 Ekim 2019'a kadar 1007 adet şikâyet bildirim yapılmıştır.

Hizmet bakımından; Poliklinik, verilen genel sağlık hizmeti ve tedavi ve bakım hizmetleri, Konu bakımından; İletişim ve davranış, teknik işleyiş, tetkik ve tedavi,

Kişi olarak; doktor, kişiye yönelik olmayan ve sekreter,

Birim olarak ise; Kadın Hastalıkları ve Doğum, İdari birimler ve Çocuk Hastanesi ilk 3 (üç) sırada yer almaktadır.

Memnuniyetlerde; 1 Ocak 2019'dan 31 Ekim 2019'a kadar 94 adet memnuniyet bildirim yapılmıştır.

Hizmet bakımından; Tedavi ve bakım hizmetleri, temizlik hizmetleri ve poliklinik,

Kişi olarak; birim çalışanları doktor - temizlik görevlileri ve hemşire,

Birim olarak ise; Kadın Hastalıkları ve Doğum Beyin Cerrahi ve Nöroloji, ilk 3 (üç) sırada yer almaktadır.

Bölgelere şikâyet ve memnuniyet oranlarının “Döner Sermaye” katkı payına etkisi olduğuna dair bilgilendirme yazısı yazılmasına ve yeni başlayan doktorlara özellikle de yabancı

uyruklu doktorlardan kaynaklanan iletişim eksikliğini giderilmesi için “İletişim” konusunda eğitim verilmesi gerektiğine karar verilmiştir.

5. Kalite Amaçları (Hedefler) görüşülmüştür.

→ Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarında belirtilen gösterge kartlarındaki kriterler Proses kartlarında belirtilen performans kriterlerine uyarlanmıştır. Aynı şekilde devam etmesi kararlaştırılmıştır.

→ Sağlık Hizmet Kalite Standartları Hastane puanını %90’ın üzerinde tutmak; 2019 Ağustos ayı Sağlık Bakanlığı Özdeğerlendirme sonucunda %93.75 puan alınmış olup, bir sonraki hedefimiz olan %96’ya ulaşmak için tüm çalışanlara Sağlıkta Kalite Standartlarının daha etkin hale getirilmesi için karar alınmıştır.

→ Polikliniklerde tamamlanan elektronik dosya sisteminin kullanım oranını %83.93’den %100 ulaştırmak için kullanıcılara yazı gönderilmesine karar verilmiştir.

→ Yeni oluşturulacak kâğıt ortamındaki evrakların (Acil vb.) elektronik ortama aktarılması için dijital arşiv sistemine geçilmiştir. Yeni açılan dosyalardan başlayıp, geriye yönelik bütün dosyaların ve hastaya ait özellikle rıza belgeleri olmak üzere formların taranıp arşivlenmesinin bir an önce yapılması kararlaştırılmıştır.

→ E - Konsültasyonun istem oranının %29.93’e düşmesi nedeniyle Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin aktif hale getirilip, oranın artırılmasını sağlamak için karar alınmıştır.

→ E - Konsültasyon sonuçlandırma oranının 20.94’e düşmesi nedeniyle oranı artırmak için yine Hastane Bilgi Yönetim Sisteminin aktif hale getirilmesi kararı alınmıştır.

→ Network kabin izleme sisteminin kurulması ve fiziksel alanlarının düzenlenmesi hedeflerimizden çıkartılmıştır.

→ Active Directory (Dizin Hizmeti) ve VLAN kurulması Windows XP işletim sistemli eski PC’lerin yenilenmesi hedeflerimizden çıkartılmıştır.

→ Bilişim donanım alt yapısının (PC, yazıcı, tablet vb.) yenilenmesi çalışmaları tamamlandığı için hedeflerimizden çıkarılmıştır.

→ Güvenlik kamera sisteminin ihtiyaçlar doğrultusunda geliştirilmesi devam etmektedir.

→ Hastane Ayniyat depolarına yangın güvenliği için algılama, alarm, ikaz ve söndürme sisteminin kurulması hastaneler geneli yangın sisteminin alt yapısının oluşturulması için proje tamamlanmış olup, mali açıdan kaynak bulunduğu an çalışmalara başlanacaktır.

→ Hastane morg ünitesi II. bölümünün bakım - onarımının yapıp devreye alınmasında 2’li 3grup toplam 6 gözlü seyyar (2 göz battal boy) morg ünitesi alınmıştır. 2 tanesi bayan tarafına yerleştirilmiştir. Fiziki şartların iyileştirilmesi ile ilgili olarak da mali kaynak sağlandığı takdirde çalışmalara başlanacaktır.

→ Gevher Nesibe Hastanesi poliklinik koridorlarının (A, B, C blokları) yer - tavan tadilatı yapılması, VRF (soğutma - ısıtma) sisteminin kurulmasında yangın ihbar sistemi ve elektrik tali panolarının yenilenmesi yapılmış olup, hedeflerimizden çıkartılmıştır.

→ Gevher Nesibe Hastanesi batı cephelerinde eksik kalan kliniklerin onarım çalışmalarında proje tamamlanmış olup, mali kaynak doğrultusunda 12 - 11 ve 10. katlardan başlanılarak tamamlanması uygun görülmüştür.

→ Acil Tıp Anabilim Dalının ambulans giriş, iç kısım ve acil kafeteryasının düzenlenmesi hedeflerimizden çıkartılmıştır.

→ Yılmaz - Mehmet Öztaşkın Kalp Hastanesinin genel tadilatı (yangın merdiveni ve asansör dâhil) ve Kalp Damar Cerrahi ve Kardiyoloji Yoğun Bakım Ünitelerinin onarımları tamamlanmış olup, hedeflerimizden çıkartılmıştır.

→ Nitelikli hasta yatağı oranı hastane güçlendirme işinin bitimiyle birlikte 12. kattan başlayıp aşağı katlara doğru tadilat planlanmakta olup, bu tadilatla oranın artırılması sağlanacaktır.

→ Engellilere yönelik düzenlemede ise; Gevher Nesibe Hastanesi zemin kat ve Çocuk Hastanesi zemin ve bodrum katta bulunan WC’ler yenilenmesi, hissedilebilir yüzey tadilat

çalışmaları tamamlanmıştır. İhtiyaçlar ve talepler doğrultusunda gerekli iyileştirmeler yapılacaktır.

- Bütün birimleri kapsayacak büyük bir hastane yapılması hedeflerimizden çıkartılmıştır.
- Poliklinik, Erişkin ve Çocuk hasta memnuniyeti oranını 2021 yılına kadar %90 düzeylerine getirmek.
- Klinik Erişkin ve Çocuk hasta memnuniyeti oranını 2021 yılına kadar %90 düzeylerine ulaştırmak.
- Düşen hasta oranını azaltmak için çalışanlara hasta güvenliği konusunda eğitim verilmesi kararlaştırılmıştır.
- Yoğun bakım ünitelerinde bası ülseri oranını %0.02 olarak azaltmak
- Çalışanlara verilen iş sağlığı ve güvenliği eğitim oranını %89.9'dan, 2021 yılına kadar %90'a çıkarmak.

→ İş sağlığı ve güvenliği sağlık muayene oranlarını %92'den, 2021 yılına kadar %95 düzeyine ulaştırmak.

→ Kesici ve delici alet yaralanma oranını %0.40'dan, 2021 yılına kadar %0.30 düzeyine indirmek.

→ Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalma oranını %0.06'dan, 2021 yılına kadar %0.01 düzeyine indirmek.

→ Çalışan memnuniyet oranını %66.8'den, 2021 yılına kadar %70 düzeyine çıkarmak.

→ Poliklinik hizmeti alan hasta sayısını 2021 yılına kadar artırmak.

→ Klinik hizmeti alan hasta sayısını 2021 yılına kadar artırmak.

→ Ameliyat olan hasta sayısı cümlesi nitelikli girişimsel sayısı olarak değiştirilmiş olup, sayıyı kademeli olarak artırmak.

→ Kemik iliği nakil işlemi sayısını artırmak.

→ Böbrek nakil işlemi yapacak ekip olmadığı için hedeflerimizden çıkartılmıştır.

→ Karaciğer nakil işlemi yapacak ekip olmadığı için hedeflerimizden çıkartılmıştır.

→ Kornea nakli işlemi başarılı bir şekilde devam etmekte olup, sayısının her yıl kademeli olarak artırılması.

→ Hizmet sunulan sağlık turizmi hasta sayısını her yıl kademeli olarak artırmak.

→ Yıl içerisinde elde edilen sağlık turizmi gelirini artırmak hedeflerimizden çıkarılmıştır.

2020 Yılı Hedeflerimize Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Kartlarında belirtilen konular eklenmiş ve aşağıda belirtilmiştir. Ayrıntılı bilgiler ve hedef değerler Gösterge kartı sorumluları ile yapılacak olan toplantıda belirlenecektir.

→ Düzeltici / önleyici faaliyet raporu sonuçlandırma oranındaki düşüklüğün nedeni bölümlerden DÖF'lere geç cevap verilmesi olduğu tespit edilmiş ve bölümlerle görüşülüp hızlandırılması kararlaştırılmıştır.

→ Eksiksiz hasta dosya oranını %77'den %100'e ulaştırmak.

→ Hastane risk analizlerin belirlenmesi hedefimize eklenmiş olup, bütün bölümlerin risk analizleri yapılmış ve dağıtılmıştır.

→ Risk analizinde belirlenen eksiklerin giderilmesi hedefimize eklenmiş olup, çalışmalar devam etmektedir.

→ Bölgelere Göre Müdahale Edilen Mavi Kod Olay Oranı

→ Mavi Kodda Tam Doldurma Oranı

→ Mavi Kodda Olay Yerine Ortalama Ulaşma Süresi

→ Eksiksiz Doldurulan Beyaz Kod Olay Formu

→ Eksiksiz Doldurulan Pembe Kod Olay Formu

→ Personelin Eğitimlere Katılma Oranı

- Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirme Oranı
  - İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı (Güvenli Raporlama Sistemi)
  - Kesici ve delici alet yaralanması oranını azaltmak (On binde).
  - Kan ve vücut sıvılarının sıçramasına maruz kalma oranını azaltmak(On binde).
  - Çalışan memnuniyeti oranını artırmak (%).
  - İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı (Güvenli Raporlama Sistemi)
  - Tüm Majistral ilaç formüllerinin yapılabilme oranının hesaplanıp hedef geliştirilmesi
  - El Hijyeni Uyumu
  - Santral Venöz Kan Dolaşımı Enfeksiyon sayısı
  - Santral Venöz Kullanım Kullanım Günü
  - Santral Venöz Kullanım enf. hasta Oranı (binde)
  - Üriner Enfeksiyon Sayısı
  - Üriner Kateter Kullanım Günü
  - Üriner kateter Enfeksiyon Oransal(binde)
  - Ventilatör İlişkili Pnömoni Sayısı
  - Ventilatör kullanım günü
  - VIP Oranı 1000 hasta gününde enf.oranı
  - Umblikal Katater İlişkili Kan Dolaşımı Enfeksiyonları
  - Cerrahi Profilakside Antibiyotiklerin Doğru Kullanım Oranları(%)
  - Cerrahi Alan Enfeksiyon Hızları(%)
  - Yoğun Bakım Ünitesinde Hastane Enfeksiyon Hızları
  - İmha Edilen Kan Oranı
  - Kontrast madde İle Çekilen Tomografi Oranı
  - Tekrarlayan Röntgen Çekim Oranı
  - Kontraslı Çekilen MR Oranı
  - İlaç Hatalarının Gerçekleşme Sayısı (Güvenli Raporlama Sistemi)
- 
- Acil Servise 24 Saat İçerisinde Aynı Şikâyetle Tekrar Başvuran Hasta Sayısı ve Oranı
  - Müşahade odasında yatan hastaların kalış süreleri (saat)
  - Konsültan Hekimin Acil Servise Ulaşma Süresi(dk)
  - Acil Servisten Başka Kuruma Sevk Edilen Hasta Oranı
  - Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranları (Doldurulma Oranları) (%) (Formun bölümler bazında doldurulması)
  - Genel Form Oranı (Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Kullanım Oranı)
  - Sezaryen Oranı
  - Düşük Riske Sahip İlk Doğum Yapan Kadınlarda Sezaryen Oranı
  - Sezeryan Sonrası Derin ven Trombozu (DVT) Profilaksisinin Uygulanma Oranı
  - Enstrümanlı vajinal doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
  - Enstrümanlı vajinal doğumlarda Obstetrik Travma Oranı
  - Güvenli Doğum Kontrol Listesi Kullanım Oranı
  - Saf su Önreklerinde Mikrobiyolojik Analizlerin zamanında yapılma oranları
  - Hemodiyaliz hastalarında Kt/V veya URR değeri 1.2 den Düşük olan hasta oranı
  - Periton Diyalizi yapılan hastalarda total Kt/V veya URR değeri 1.7 den düşük hasta sayısı
  - Biyokimya Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
  - Biyokimya Laboratuvarı Kaybolan Numune Oranı
  - İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
  - Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı

- Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
- Mikrobiyoloji Laboratuvar Testlerinde Reddedilen Numune Oranı
- Mikrobiyoloji Laboratuvarı Kaybolan Numune Oranı
- Kan Kültürlerinde Kontaminasyon Oranı
- İç Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
- Dış Kalite Kontrol Çalışmalarında Uygunsuzluk Sayısı
- Zamanında Verilmeyen Sonuç Oranı
- Bilgi İşlem Ünitesinin Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS) Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi(dk)
- HBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre (dk)
- Eksiksiz hasta dosya oranı
- Tıbbi Atıkların Azaltılması(Yatak başı tıbbi atık miktarı)

6. Ürün ve Hizmet Uygunluğu ve Proses Performansı (Proses Performans Kriterleri) görüşülmüştür. Proses kartlarındaki kriterler 2018 yılında kriterleri Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartlarında belirtilen gösterge kartlarındaki kriterlere göre revize edildiği şekilde devamı hususunda karar alınmıştır.

7. Uygunsuzluklar ve Düzeltici / Önleyici Faaliyetler görüşülmüştür. 1 Ocak 2019 / 31 Ekim 2019 tarihleri arasında toplam 617 adet DÖF tutulmuştur.

⊗ En çok DÖF tutan birimler; Laboratuvar (415 adet) , İdari Birim (93 adet), Klinik (66 adet), Yoğun Bakım (21 adet) ve Poliklinikler (12 adet),

⊗ En çok DÖF tutulan birimler; İç Hastalıkları (121 adet), Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (120 adet), Ayniyat (32 adet), Teknik Bakım ve Onarım Birimi (32 adet),

⊗ Konu olarak ise; İşleyiş Hatası [(Numunenin yetersiz alınması, numunenin uygun şartlarda gönderilmemesi vb.) (462 adet)], anket durum değerlendirmesi (65 adet), tıbbi malzeme hatası (39 adet), bakım / onarım hatası (35 adet) olarak tespit edilmiştir.

⊗ Malzemeler ile ilgili firmalar uyarılmış ve yenileri ile değiştirilmiştir.

Tutulmuş DÖF'ler ilgili kök neden analizi yapılmış olup, işleyişten veya kişisel hatalardan kaynaklanan konularda gerekli uyarılar yapılmış ve eğitimler verilmiştir. Tıbbi malzeme kaynaklı hatalarda ise ilgili firmalarla görüşülüp sorunlar giderilmiştir.

8. İzleme ve Ölçme Sonuçları görüşülmüştür.

⊗ Kalibrasyon;

Kalibrasyon testine tabii tutulmuş veya doğrulaması yapılmış teçhizatlardan elde edilen veriler, Erciyes Üniversitesi Klinik Mühendisliği Araştırma ve Uygulama Merkezi (ERKAM) tarafından hastane otomasyon sistemine kaydedilmektedir.

⊗ Eğitimler;

2019 yılı eğitimleri plan dâhilinde yapılmaktadır. 1 Ocak 2019 - 31 Ekim 2019 tarihleri arasında toplamda 10.158 kişiye 238 saat eğitim verilmiş olup, yılsonuna kadar kalan diğer eğitimler de tamamlanacaktır. Ayrıca 2020 eğitim planı Eğitim Kurulunca oluşturulacaktır. Eğitimlerde yeni başlayan doktorlara özellikle de yabancı uyruklu doktorlardan kaynaklanan iletişim eksikliğinin giderilmesi için "İletişim" konusunda ve bütün çalışanlara "Tıbbi ve Evsel Atıklar" konusunda eğitim verilmesi gerektiğine karar verilmiştir.

⊗ Anketler; Sağlıkta Kalite Standartları gereği Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu "Anket Uygulama Rehberine" göre uygulanmıştır.

Çalışan Memnuniyet Anketi görüşülmüştür. Sağlık Bakanlığının yayınlamış olduğu "Anket Uygulama Rehberinde" belirtilen "anket uygulamaları ilgili yılın Aralık ayında uygulanır.

Anket verileri takip eden yılın Ocak ayının 15'ine (onbeş) kadar Kurumsal Kalite Sistemine girilir" maddesine göre 2019 Aralık ayında yapılacağı ve değerlendirileceği yönetimce paylaşılmıştır.

Hasta ve hasta yakınlarına yapılan Anketler görüşülmüştür. Mayıs 2019 tarihinden itibaren Sağlık Bakanlığı “Anket Uygulama Rehberine” göre ayakta hasta, yatan hasta, acil servis ve diyaliz hizmetleri anketler uygulanmış ve değerlendirilmiştir. Diğer anketlerimiz (Yoğun bakım, ameliyathane, radyodiagnostik) daha önce uygulandığı şekli ile değerlendirilmiştir. Anket yapılan birimler ve memnuniyet yüzdeleri aşağıda belirtilmiştir.

- } Yatan Hasta Memnuniyeti %79.2
- } Ayaktan Hasta Memnuniyeti %70.7
- } Çocuk Acil Memnuniyeti %58.3    Toplam Acil Memnuniyeti %70.9
- } Acil Servis Memnuniyeti %70.9
- } Radyodiagnostik Memnuniyeti %83.0
- } Ameliyathane Hizmetleri Memnuniyeti %82.2
- } Yoğun Bakım Hizmetleri Memnuniyeti %80.4

Anket sorularına göre yatan hasta değerlendirmelerinde; hastaneye ulaşımında zorluk çekmek, yatış işlemleri için çok beklemek, temizliğin yetersizliği, doktorun yeterli bilgilendirme yapmaması ve ayırdığı sürenin az olması, danışma ve yönlendirmenin yetersiz olması konularındaki beklentiler belirtilmektedir. Buna ilaveten ise; hasta odalarının nitelikli (tek kişilik wc, tv, klima, buzdolabı, refakatçi koltuğu vb.) olması, çalışanların güler yüzlü olması, yemek hizmetlerinin iyileştirilmesi (sıcak, az yağlı, az tuzlu, etlerin iyi pişirilmesi, daha lezzetli olması, sunumunun iyi olması vb.), çalışanların güler yüzlü ve anlayışlı olması konularında da hastaların önerileri olmuştur.

Ayaktan hasta anket sorularına göre; muayene olacağı doktoru hastanın seçememesi, hastaneye ulaşımında zorluk, bekleme salonlarının fiziki koşullarının yetersiz olması (havalandırma), tahlil ve tetkik için verilen randevu sürelerinin uygun olmaması, kayıt işlemlerinde çok beklemek konularında beklentiler belirtilmiş olup, temizliğin yetersiz olması, randevu sürelerinin uzun olması, çalışanların yetersizliği konularında da önerilerde bulunulmuştur.

Acil Servislerde hasta beklentileri; muayene ve müdahale için uzun süre beklemek, fiziki koşulların yetersizliği tahlil ve tetkikler için verilen randevu sürelerinin uzun olması, temizliğin yetersizliği, çalışanların yetersizliği konularında olmuştur. Çalışan sayısının artırılması ve daha kaliteli hizmet verilmesi için öneride bulunulmuştur.

Radyodiagnostik (Görüntüleme) Hizmetlerinde; randevu sürelerinin uzun olması, çalışanların güler yüzlü olması, cihazların yetersiz olması konularında görüşler belirtilmiştir.

Ameliyathane ve Yoğun Bakım Hizmetlerinde; hekimlerin hasta yakınlarına yeterince bilgilendirmemeleri, hasta ziyaretlerinde maske ve galoş takılması, hekim ve hemşirelerin daha anlayışlı ve kırıncı olmaması, emzirme sürelerinin uzun olması konularında beklentiler belirtilmiştir.

Bunlara ilaveten genel olarak bütün anketlerde; ziyaret saatleri daha uzun olmalı, belediye otobüslerinin aktarma sisteminin ulaşımı zorlaştırması, otoparkın yetersizliği, özellikle çocuk hastanesi park sorununun öncelikle giderilmesi gerektiği, asansörlerin yetersizliği, hasta yönlendirme levhalarının yetersizliği konularında önerileri ve beklentilerde bulunulmuştur. Anket sonuçlarına göre özellikle hastaneye ulaşımın zorlaşması konusunda Büyük Şehir Belediyesi ile görüşülüp, sorunun biran önce giderilmesi ve diğer öneriler için de gerekli iyileştirmelerin yapılması kararlaştırılmıştır.

9. 01 - 31 Ekim 2019 tarihleri arasında yapılan “Öz Değerlendirme” sonuçları görüşülmüştür. 3'er kişilik ekipler halinde 11 grup oluşturulmuştur. 133 birimde değerlendirmeler yapılmıştır. Değerlendirme sonucunda uygunsuzluklar için DÖF tutulmuş ve ilgili bölümler tarafından cevaplandırılarak sonlandırılmıştır. Ayrıca Bölüm Kalite Sorumlularına konu ile ilgili bilgilendirme toplantısı yapılmıştır.

Öz Değerlendirmede en çok tespit edilen uygunsuzluklar;

- } Fiziki yetersizliklerden dolayı hasta mahremiyetin sağlanamaması,
  - } Hasta dosyasında bulunan formların (yatış, onam, order, konsültasyon) eksik doldurulması ve hiç doldurulmaması. Dr. imza ve kaşelerinin bulunmaması,
  - } Güvenli Cerrahi Kontrol Formunun eksik doldurulması,
  - } Hasta dosyalarının ortalık yerlerde bulunması ve bilgi mahremiyetine dikkat edilmemesi
  - } Acil müdahale arabaları / setinde ilaçların minimum - maksimum stok seviyelerine uyulmaması,
  - } Bölüm içi panolara asılan dokümanların Anabilim Dalı Başkanı onayı ile asılmaması ve çalışanların bu konu hakkında bilgilerinin olmaması,
  - } Çalışan memnuniyet anketlerinin doldurulmaması,
  - } Bölümlerde bulunan özel dosyaların hastanın genel dosyası ile tanımlı olmaması,
  - } Kan Merkezinden kanın çıkış saati ve kliniğe giriş saatinin tanımlı olmaması (ilk 30dk. ulaşma süresi)
  - } Firmalar tarafından bölümlere kurulan cihazlara yönelik eğitimlerin kayıt altına alınmaması,
  - } Atıklara dikkat edilmemesi (tıbbi ve evsel atıklar),
  - } Konsültasyonların sisteme kayıt edilip kapatılmaması,
  - } Kodlar (Mavi, Pembe, Beyaz ve Kırmızı) hakkında yeterli bilgi sahibi olunmaması,
10. Dış Tedarikçinin Performansı (Satınalma Süreci) görüşülmüştür. Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimiz birimleri, hizmet sürecini etkileyen malzemelerin satın alınması yönünde ihtiyaca uygun şekilde idari ve teknik şartnameleri hazırlar. Bu şartnamelerde malzemeye / hizmete ait teknik ve kalite özellikleri tanımlanır. Alımlar birincil ve ikincil mevzuatlara göre gerçekleştirilir. Ayrıca Kurumumuz dış tedarikçilerin tedarik etme yeteneklerini temel alarak mevzuat göre oluşturulan sözleşmeler ile tayin etmekte ve uygulamaktadır.

11. Kaynakların yeterliliği konusunda üst yönetim olarak;

- } Donanımlı ve Etkin Personel ile Çalışılması
  - } Bilgi ve Becerinin Geliştirilmesi İçin Sürekli Eğitim Verilmesi
  - } Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Alt Yapısının En Son Teknoloji ile Geliştirilmesi
  - } Tıbbi Cihaz ve Malzemelerin Temini
  - } İhtiyaçlar Dâhilinde Yeni Hizmet Binalarının Yapılması (Çocuk KİT Hastanesi)
- sürekli iyileştirmeleri yapılması görüşülmüştür. Ayrıca Rektörlük Makamından Sürekli işçi 318, Pratisyen hekim 10, Fizyoterapist 7, Diyetisyen 3, Sağlık teknikeri 30, Hemşire 145 ve Uzman tabip 2 adet talep edilmiştir.

12. Risk ve Fırsatların ele alınması ile ilgili faaliyetlerin etkinliği (SWOT Analizinin Etkinliği) görüşülmüştür.

13. İyileştirmeler için fırsatlar konusunda da;

- } Kalite Hedeflerine ulaşmak için yapılması gereken iyileştirmeler.
- } Çalışan ve Hasta memnuniyet anketlerindeki olumsuzlukların giderilmesi için yapılması gerekenler.
- } DÖF'lerdeki uygunsuzlukların giderilmesi için iyileştirme faaliyetleri
- } Şikâyet ve Memnuniyetler
- } SWOT Analizindeki maddelerdeki iyileştirmeler için ayrıca nelerin yapılması gerektiği ayrıntılı olarak görüşülmüştür.

**BELGELER**

[TS EN ISO 9001 2015 BELGELERİ](#)