

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
MERKEZİ

BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU

31.01.2023

İçindekiler

ÖZET	3
BİRİM HAKKINDA BİLGİLER	3
1.İletişim Bilgileri.....	3
2. Tarihsel Gelişimi.....	3
3. Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri	6
LİDERLİK, YÖNETİM ve KALİTE	7
A.1. Liderlik ve Kalite	7
A.1.1. Yönetim Modeli ve İdari Yapı.....	7
A.1.2. Liderlik	8
A.1.3. Kurumsal Dönüşüm Kapasitesi.....	9
A.1.4. İç Kalite Güvencesi Mekanizmaları.....	9
A.1.5. Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik	10
A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar	11
A.2.1. Misyon, Vizyon ve Politikalar.....	11
A.2.2. Stratejik Amaç ve Hedefler	12
A.2.3. Performans Yönetimi	12
A.3. Yönetim Sistemleri	13
A.3.1. Bilgi Yönetim Sistemi	13
A.3.2. İnsan Kaynakları Yönetimi	14
A.3.3. Finansal Yönetim.....	17
A.3.4. Süreç Yönetimi.....	17
A.4. Paydaş Katılımı	18
A.4.1. İç ve Dış Paydaş Katılımı	18
A.5. Uluslararasılaşma	19
A.5.1. Uluslararasılaşma Süreçlerinin Yönetimi	19
A.5.2. Uluslararasılaşma Kaynakları.....	20
A.5.3. Uluslararasılaşma Performansı	21
TOPLUMSAL KATKI	22
D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları	22
D.1.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi	22
D.1.2. Kaynaklar.....	24
D.2 Toplumsal Katkı Performansı	24
D.2.1.Toplumsal Katkı Performansının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi	24
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	25
EK.2 DERECELİ DEĞERLENDİRME ANAHTARI	26

ÖZET

Bu rapor, birimimizin 2022 yılı iç değerlendirme çalışmaları kapsamında iç değerlendirme süreçlerinin izlenmesi, güçlü ve gelişmeye açık yönlerimizin tespit edilerek iyileştirme süreçlerine yön verilmesi ve merkezimizde kalite güvencesi kültürünün yaygınlaştırılarak içselleştirilmesi amacıyla hazırlanmıştır.

Birim iç değerlendirme raporumuz, “YÖKAK Kurum İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzu”na uygun olarak geliştirilen “Birim İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzu” esas alınarak Birim Yöneticileri ve Birim Kalite Direktörlüğü tarafından değerlendirilip hazırlanmıştır.

Raporumuzda iki ana başlık yer almaktadır. a) Liderlik, Yönetim ve Kalite, b) Toplumsal Katkı başlıkları altında yer alan ölçütlerde merkezimizde yürütülen faaliyetler açıklanmış, bu faaliyetlere ilişkin kanıtlar sunulmuş ve uygunluk düzeyleri puanlanmıştır.

BİRİM HAKKINDA BİLGİLER

1. İletişim Bilgileri

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi			
	Unvanı, Adı, Soyadı	Telefon	E-posta
Merkez Müdürü	Başhekim/Doç. Dr. Hasan BOSTANCI	03122025090	hasanbostanci@gazi.edu.tr
Merkez Müdür Yardımcısı/Birim Kalite Ekibi Başkanı	Başhekim Yardımcısı/ Doç. Dr. Asiye UĞRAŞ DİKMEN	03122025097	asiyeud@gazi.edu.tr
Birim Adresi: Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi Başhekimliği, Emniyet Mahallesi, Mevlana Bulvarı, No:29, 06560, Yenimahalle/ANKARA			

2. Tarihsel Gelişimi

Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi, 2095 sayılı İktisadi ve Ticari İlimler Akademileri Kadro Kanununun 3. maddesi Akademiler Arası Kurul kararı ile 1750 Sayılı Kanunun 44. maddesi hükmüne uygun olarak ve 1438 Sayılı Kanunun 5. maddesi gereğince 2 Ekim 1979 tarihinde Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisine bağlı olarak kurulmuştur.

Tıp Fakültesinin kuruluş çalışmaları sırasında Sağlık Bakanlığı, Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi ve Türkiye Trafik Kazaları Yardım Vakfı arasında 26 Mart 1979 tarihinde bir protokol imzalanmış ve hastanemiz Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesi adı altında Tıp Fakültesinin Uygulama ve Araştırma Hastanesi olarak, 175 yatak kapasitesiyle hizmete girmiştir.

19 Şubat 1982 yılında Milli Emlak Genel Müdürlüğüne müracaat edilmiş, bugün Tıp Fakültesi ve hastane binalarımızın bulunduğu, Ankara Yenimahalle İlçesi Gazi Mahallesi 7287 ada 3 nolu parselin fakültemize tahsisi talep edilmiş ve 29 Mart 1982’de tahsis işlemi tamamlanmıştır.

20 Temmuz 1982 tarih ve 17760 sayılı Resmî Gazete’de yayımlanan Yükseköğretim Kurumları Teşkilatı Hakkında 41 sayılı Kanun Hükmündeki Kararnamenin 10. maddesiyle Gazi Üniversitesi kurulmuş ve “Ankara İktisadi ve Ticari İlimler Akademisi Tıp Fakültesi” üniversiteye bağlanarak “Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi” adını almıştır.

29 Mart 1982 yılında Tıp Fakültesine tahsis edilmiş olan 7287 ada 3 nolu parsel, Yükseköğretim Kurumları Teşkilatı Hakkında 41 sayılı Kanun Hükmünde Kararname ile Gazi Üniversitesine bağlanan, Kız Teknik Öğretmen Okulunun yurt binalarının üzerinde bulunduğu arazi ile birleştirilerek Araştırma

ve Uygulama Hastanesi binalarının proje çalışmaları başlatılmış, mevcut iki yurt binası ek binalarla bağlanıp gerekli değişiklikler yapılmış ve 300 yataklı, 8 ameliyathanesi bulunan bir hastane ünitesi haline getirilmesi planlanmış, hastane ünitesi haline getirilmesi planlanan iki yurt ve ilave binanın ihalesi 1984 yılında yapılarak 1986 yılında tamamlanmıştır.

Dr. Muhittin Ülker Acil Yardım ve Travmatoloji Hastanesinde yürütülen sağlık hizmeti protokolünün iptal edilmesi nedeniyle 300 yatak, 8 ameliyathane ve poliklinik binası tamamlanan hastanemiz hizmete açılmıştır.

1984 yılı Kasım ayı sonunda, 2000 yılları için hizmet verecek bugünkü eğitim ve hastane blokları temeli atılarak inşaatına başlanmıştır.

1994 yılında, bugün C Blok olarak hizmet vermekte olan 15 katlı poliklinik binası ve 1997 yılında yataklı tedavi hizmetleri, laboratuvarlar ve görüntüleme birimlerinin yer aldığı bina D Blok olarak hizmete girmiştir.

10 Haziran 2000 tarihinde Acil Servis ve B Blok açılışı yapılmış ve yeni bölümler hizmete girmiştir. Hastanemiz Acil Servisi 26 Haziran 2001 tarihinde Acil Tıp Anabilim Dalı haline gelmiştir.

Bazı polikliniklere kolay ulaşmayı sağlamak ve yoğunluğu azaltmak için yapılan ek poliklinik binası 29 Nisan 2003 tarihinde hizmete açılmıştır. 2009 yılında E Blok hizmet birimlerinin faaliyete geçmesiyle birlikte hastanemiz 5 blok kapasitesine ulaşmıştır.

15.12.2010 tarihinde Çayyolu Ek Hizmet Birimimiz hizmete girmiştir. 2012 yılından itibaren de Üniversitemiz Merkez Kampüs Polikliniği hastanemize bağlı olarak hizmet vermektedir.

Kuruluşundan itibaren toplumun artan sağlık hizmeti ihtiyaçlarına, tıp ve teknoloji alanında yaşanan değişimlere uyum sağlayarak cevap verebilmeyi benimseyen hastanemiz; modern tıbbın gerektirdiği her türlü teknolojik cihaz ve donanıma sahiptir. Hastanemizde dahili ve cerrahi branşlarda, konusunda uzman ve deneyimli ekiplerimiz tarafından birçok hastalığın ileri tanı ve tedavisi gerçekleştirilmektedir.

Ülkemizde nitelikli sağlık hizmeti sunan kurumlar arasında yer alan hastanemiz 1007 tescilli yatak kapasitesine sahip, sağlık bilimleri alanında önemli bir eğitim, araştırma ve uygulama merkezidir.

Tablo-1 Sağlık Hizmetleri

	YATAK SAYISI			HASTA SAYISI			TETKİK SAYISI		
	2020	2021	2022	2020	2021	2022	2020	2021	2022
ACİL SERVİS HİZMETLERİ	30	35	43	11.170	12.790	15.976			
YOĞUN BAKIM	120	109	124	5.197	4.802	6.036			
KLİNİK	519	634	713	36.878	39.201	45.080			
AMELİYAT HİZMETLERİ				37.953	58.576	71.153			
POLİKLİNİK HİZMETLERİ				702.530	964.878	1.136.117			
LABORATUVAR HİZMETLERİ				325.470	1.557.051	654.085	7.060.318	9.174.829	10.768.629
RADYOLOJİ ÜNİTESİ HİZMETLERİ				205.726	294.271	340.285	323.981	406.813	475.444
NÜKLEER TIP BÖLÜMÜNDE VERİLEN HİZMETLER				4.643	6.222	9.129	6.860	10.170	10.518

Tablo-2 Akademik ve İdari Çalışan Sayıları

Akademik Personel	
Profesör	291
Doçent	75
Doktor Öğretim Üyesi	64
Öğretim Görevlisi	52
Araştırma Görevlisi	1023
Toplam	1505

İdari Personel	
Kadro: 657/4A	1483
Kadro: 657/4B	647
Toplam	2130

Sürekli İşçiler/4D	
1272	

Tablo-3 Hastane Alanları

Birim	Sayı (Adet)	Alan (m2)
A Blok	1	5.550
Yoğun Bakım	13	2.601,57
Ameliyathaneler (Genel+Lokal)	40 (32+8)	3.772,95
Klinik	3 Blok	30.625
Laboratuvar	14	2.839
Eczane	1	605
Radyoloji Alanı	1	2.800
Nükleer Tıp Alanı	1	1.415
Sterilizasyon Alanı	1	1.400
Mutfak	1	1.100
Çamaşırhane	1	457
Teknik Servis	1	800
Poliklinik Binası	1	23.558
İdari, Hizmet, Tetkik Katları	1	17.530
Radyoterapi Alanı	1	684
Hemodiyaliz Alanı	1	1.500
E Blok	1	37.840
Hastane Toplam Kapalı Alanı	-	135.078

Çayyolu Semt Polikliniği	1	3.800
Merkez Kampüs	1	1.370
AMATEM	1	3.500

3. Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri

Misyon

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi, yaşamın her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere, çağdaş tıbbın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatılmış, alanında deneyimli kadrosu ile güvenilir, hasta odaklı, insan haklarına saygılı, etik kurallara bağlı, kaliteli tanı ve tedavi hizmeti sunmayı ve yaşama değer katmayı, sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesinde; evrensel standartlarda ve nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerinin yürütülmesi için gerekli altyapı desteği sunarak sağlık alanında öncü bir kuruluş olmayı amaçlar.

Vizyon

Çağdaş tıp bilimi ve teknolojiyi takip eden, alanında deneyimli kadrosu ile kaliteli sağlık hizmeti sunan, güvenilir, sağlık turizmi açısından Uluslararası düzeyde tanınan ve tercih edilen, hasta ve çalışan memnuniyetini ön planda tutan lider sağlık kuruluşu olmaktır.

Değerler

Dürüstlük	Ekip Ruhu
Sorumluluk	Çalışkanlık
Duyarlılık	Güleryüz
Saygı	Hakkaniyet
Özveri	Eşitlik
Şeffaflık	Liderlik
Hasta Memnuniyeti	

Hedefler

- 1. Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek**
 - 1.1 Kliniklerin fiziksel alt yapılarının revizyonu, (D blok klinikleri, Tüp Bebek Merkezi vb.)
 - 1.2 Teknolojisi eskien cihazların yenilenmesi (Tıbbi cihazlar, soğutma grubu)
 - 1.3 Hastane Ek Binasının tamamlanması
 - 1.4 Hasta bekleme sürelerinin (poliklinik, randevu, yatış, tetkik, görüntüleme, ameliyat vb.) düşürülmesi
 - 1.5 Hasta memnuniyet düzeylerinin artırılması
- 2. Acil ve Komplike Hastalar İçin Bölgesel Merkez Olmak**
 - 2.1 Mevcut Acil Servis biriminin yenilenmesi
 - 2.2 44 Yataklı Yeni Yoğun Bakım Ünitesi Yapımı ve Mevcut Yoğun Bakım Ünitelerinin yenilenmesi ve fiziki altyapılarının düzenlenmesi
 - 2.3 Yoğun Bakım ve Acil Hizmetleri konusunda uzman personel sayısının artırılması
- 3. Verilen Hizmetlerin Kesintisiz ve Devamlı Olarak Yürütülmesini Sağlamak**
 - 3.1 Tesis yönetimi ve güvenlik hizmetlerinin aksamadan yürütülmesi
 - 3.2 Otopark alanlarının ve hizmetlerinin iyileştirilmesi

- 3.3 Tehlikeli madde, su ve elektrik tesisat sisteminin yenilenmesi
- 3.4 Merkezi Sterilizasyon Biriminin Yenilenmesi

4. İnsan Kaynakları Yönetim Sistemini ve Personel Süreçlerini Geliştirmek

- 4.1 Tüm çalışanların hizmet içi eğitimlerle desteklenmesi
- 4.2 Kurumsal aidiyetin ve kurum kültürünün benimsenmesi
- 4.3 Personelin genel değerlendirme anketlerindeki memnuniyet düzeylerinin artırılması

5. Hasta ve Çalışan Güvenliğini Artırmak

- 5.1 İş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin artırılması
- 5.2 Enfeksiyon Kontrol Komitesi çalışmalarının desteklenmesi
- 5.3 Hastanedeki kurul ve komite çalışmalarının desteklenmesi

6. Hastane Bilişim Altyapı Sistemini Yenilemek

- 6.1 Network yenilenmesi, IP santral sistemine geçilmesi, Tüm hastanenin kamera sistemi ile donatılması, Kablosuz ağ alt yapısı kurulması, Acil kod sisteminin yenilenmesi, Sunucuların yeni Data Center'a taşınması, Bina içi navigasyon sistemi kurulması
- 6.2 Dijital arşiv sistemi kurulması
- 6.3

Not: Aşağıda yer alan başlıkların yazımı, uygun kanıtların seçimi ve olgunluk derecesinin belirlenmesi için YÖKAK Dereceli Değerlendirme Anahtarı (Ek.2) kullanılmıştır.

LİDERLİK, YÖNETİM ve KALİTE

A.1. Liderlik ve Kalite

Gereklilikler Birim, kurumsal dönüşümünü sağlayacak yönetim modeline sahip olmalı, liderlik yaklaşımları uygulamalı, iç kalite güvence mekanizmalarını oluşturmalı ve kalite güvence kültürünü içselleştirmelidir.

A.1.1. Yönetim Modeli ve İdari Yapı

Gereklilikler Birimdeki yönetim modeli ve idari yapı (yasal düzenlemeler çerçevesinde kurumsal yaklaşım, gelenekler, tercihler); karar verme mekanizmaları, kontrol ve denge unsurları; kurulların çok sesliliği ve bağımsız hareket kabiliyeti, paydaşların temsil edilmesi; öngörülen yönetim modeli ile gerçekleşmenin karşılaştırılması, modelin kurumsallığı ve sürekliliği yerleşmiş ve benimsenmiştir. Organizasyon şeması ve bağlı olma/rapor verme ilişkileri; görev tanımları, iş akış süreçleri vardır ve gerçeği yansıtmaktadır; ayrıca bunlar yayımlanmış ve işleyişin paydaşlarca bilinirliği sağlanmıştır.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Merkezimizde tüm süreçler (poliklinikler, klinikler, laboratuvarlar, yoğun bakımlar, görüntüleme hizmetleri, idari ve destek birimleri) prosedürlerde ve iş akış şemalarında tanımlanmıştır. Süreçlerle uyumlu yetki, görev ve sorumluluklar belirlenmiş, birim organizasyon şeması, görev tanımları formu ve ilgili prosedürlerde tanımlanmıştır. Birim organizasyon şeması ve iş akış şemaları hastanemiz web sayfasında güncel haliyle yayınlanmış ve işleyişin paydaşlarca bilinirliği sağlanmıştır.

Hastanemiz bünyesinde 25 adet komite/kurul ve ekip oluşturulmuştur. Komite/kurul\ekiplerin görev ve sorumlulukları ilgili prosedürde tanımlanmıştır.

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- A.1.1.a Organizasyon Şeması
- A.1.1.b Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanaqları
- A.1.1.c Bölüm/Birim İş Akış Şemaları
- A.1.1.d Bölüm/Birim Prosedürleri
- A.1.1.e Görev Tanımları
- A.1.1.f Web Sayfası Görüntüleri
- A.1.1 g Komite, Kurul ve Ekip Yönetimi Prosedürü

A.1.2. Liderlik

Gereklilikler Birimde rektörün ve süreç liderlerinin yükseköğretim ekosistemindeki değişim, belirsizlik ve karmaşıklıkla dikkate alan bir kalite güvencesi sistemi ve kültürü oluşturma konusunda sahipliği ve motivasyonu yüksektir. Bu süreçler çevik bir liderlik yaklaşımıyla yönetilmektedir.

Birimlerde liderlik anlayışı ve koordinasyon kültürü yerleşmiştir. Liderler birimin değerleri ve hedefleri doğrultusunda stratejilerinin yanı sıra; yetki paylaşımını, ilişkileri, zamanı, kurumsal motivasyon ve stresi de etkin ve dengeli biçimde yönetmektedir.

Akademik ve idari birimler ile yönetim arasında etkin bir iletişim ağı oluşturulmuştur.

Liderlik süreçleri ve kalite güvencesi kültürünün içselleştirilmesi sürekli değerlendirilmektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Merkezimizde liderlik anlayışı ve koordinasyon kültürü yerleşmiştir. Hastanemiz bünyesinde kalite yönetim sistemini destekleyici 25 adet komite/kurul ve ekip bulunmaktadır. Bu komite/kurul ve ekiplerin başkanları başhekim ve başhekim yardımcısı düzeyindedir. Ayrıca hastane başmüdürü, müdür ve müdür yardımcıları da toplantılara üye olarak katılmaktadır. Planlanan ve gerçekleşen iyileştirme faaliyetleri aracılığıyla uygulama sonuçları izlenmektedir.

Kurum iç değerlendirmelerinde ve TSE/ Sağlık Bakanlığı tarafından gerçekleştirilen dış değerlendirmelerde liderlik ve kalite güvencesi kültürü gözden geçirilmekte, değerlendirilmekte ve bu doğrultuda iyileştirici faaliyetler düzenlenmektedir.

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

Kanıtlar

- A.1.1.b Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanaqları
- A.1.2.a Yönetimin Gözde Geçirme Toplantı Tutanağı
- A.1.2.b Düzeltici Önleyici Faaliyet İzlem Formu

A.1.3. Kurumsal Dönüşüm Kapasitesi

Gereklilikler Yükseköğretim ekosistemi içerisindeki değişimleri, küresel eğilimleri, ulusal hedefleri ve paydaş beklentilerini dikkate alarak birimin geleceğe hazır olmasını sağlayan çevik yönetim yetkinliği vardır. Geleceğe uyum için amaç, misyon ve hedefler doğrultusunda birimi dönüştürmek üzere değişim yönetimi, kıyaslama, yenilik yönetimi gibi yaklaşımları kullanır ve kurumsal özgünlüğü güçlendirir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

1

Kanıtlar

A.1.4. İç Kalite Güvencesi Mekanizmaları

Gereklilikler PUKÖ çevrimleri itibarı ile takvim yılı temelinde hangi işlem, süreç, mekanizmaların devreye gireceği planlanmış, akış şemaları belirlidir. Sorumluluklar ve yetkiler tanımlanmıştır. Gerçekleşen uygulamalar değerlendirilmektedir.

Takvim yılı temelinde tasarlanmayan diğer kalite döngülerinin ise tüm katmanları içerdiği kanıtları ile belirtilmiştir, gerçekleşen uygulamalar değerlendirilmektedir.

Birime ait kalite güvencesi rehberi gibi, politika ayrıntılarının yer aldığı erişilebilen ve güncellenen bir doküman bulunmaktadır.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Merkezimizde uygulanan TSE EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları gereği yılda iki kez tüm süreçleri (poliklinik, klinik, laboratuvar, görüntüleme hizmetleri) kapsayacak şekilde Özdeğerlendirme/İç Tetkik gerçekleştirilmektedir. Hastanemizin her bölüm \Birimi için en az 2 Kalite Sorumlusu belirlenmiştir ve iç tetkik ekiplerimiz kalite sorumlularından seçilerek ve eğitimler ile İç Kalite Güvence uygulamalarının tüm çalışanlar tarafından benimsenmesi sağlanmaktadır.

2022 yılı içerisinde ilk özdeğerlendirme/iç tetkik 18-29/04/2022 tarihleri arasında 168 süreç 50 iç tetkikçi tarafından, ikinci özdeğerlendirme/ iç tetkik 19-30/12/2022 tarihleri arasında 168 süreç 50 iç tetkikçi tarafından gerçekleştirilmiştir. Özdeğerlendirme \İç Tetkik sonrasında tespit edilen uygunsuzluklar, Yönetimin Gözden Geçirme Toplantılarında görüşülmekte uygunsuzlukları gidermeye yönelik gerekli iyileştirme faaliyetleri planlanmaktadır. Ayrıca bu uygunsuzluklar ve yapılacak iyileştirme faaliyetleri Dış Değerlendirmelerde TSE ve Sağlık Bakanlığı tetkik ekipleri ile paylaşılmakta ve birlikte değerlendirmeler yapılmaktadır.

Birimimizin tüm alanları için süreçler ve iş akış şemaları oluşturulmuş, Kalite Yönetim Sistemine ilişkin görev, yetki ve sorumluluklar (Kalite Direktörü, Kalite Ekibi, Bölüm\Birim Kalite Sorumluları, Kurullar, Komiteler, Ekipler) belirlenmiş, görev tanımları formları ve ilgili bölüm/birim prosedürlerinde tanımlanmıştır. Tüm süreçler PUKÖ çevrimi ile yönetilmektedir.

Birime ait politika ayrıntılarının yer aldığı erişilebilir ve güncellenen bir doküman olarak Kalite El Kitabımız oluşturulmuştur. (A.1.4.a)

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- A.1.4.a Kalite El Kitabı
- A.1.4.b Özdeğerlendirme /İç Tetkik Planı
- A.1.4.c iç tetkik soru listeleri
- A.1.1.b Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanaqları
- A.1.2.a Yönetimin Gözde Geçirme Toplantı Tutanağı
- A.1.2.b Düzeltici Önleyici Faaliyet İzlem Formu

A.1.5. Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik

Gereklilikler Kamuoyunu bilgilendirme ilkesel olarak benimsenmiştir, hangi kanalların nasıl kullanılacağı tasarlanmıştır, erişilebilir olarak ilan edilmiştir ve tüm bilgilendirme adımları sistematik olarak atılmaktadır. Birimin internet sayfası doğru, güncel, ilgili ve kolayca erişilebilir bilgiyi vermektedir; bunun sağlanması için gerekli mekanizma mevcuttur. Kurumsal özerklik ile hesap verebilirlik kavramlarının birbirini tamamladığına ilişkin bulgular mevcuttur.

İç ve dışa hesap verme yöntemleri kurgulanmıştır ve uygulanmaktadır. Sistemattir, ilan edilen takvim çerçevesinde gerçekleştirilir, sorumluları nettir. Alınan geri beslemeler ile etkinliği değerlendirilmektedir. Birimin bölgesindeki dış paydaşları, ilişkili olduğu yerel yönetimler, diğer üniversiteler, kamu kurumu kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, sanayi ve yerel halk ile ilişkileri değerlendirilmektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Kamuoyunu bilgilendirme ilkesel olarak benimsenmiştir. Birim web sayfası doğru, güncel, ilgili ve kolayca erişilebilir bilgiyi vermektedir. Web sayfamız Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında gözden geçirilip güncellenmektedir.

Merkezimizde yürütülen hizmetler, hizmete erişim ilgili bilgiler, Stratejik Plan, Faaliyet Raporları, Birim İç Değerlendirme Raporları vb. web sayfamız aracılığıyla kamuoyu ile paylaşılmaktadır.

Birimimizden istenen, birimize ait istatistiksel hizmet verileri ilgili kurum ve kuruluşlarla (Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Gazi Üniversitesi Rektörlük Makamı, Yargı Organları vb.) paylaşılmaktadır.

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

A.1.5.a Web Sayfamız (<https://hastane.gazi.edu.tr/>)

A.1.5.b İstatistik Ve Raporlama Birimi Prosedürü

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

Gereklilikler Birim; misyon, vizyon ve amacını gerçekleştirmek üzere kurumun politikaları doğrultusunda oluşturduğu stratejik amaçlarını ve hedeflerini planlayarak uygulamalı, performans yönetimi kapsamında sonuçlarını izleyerek değerlendirmeli ve kamuoyuyla paylaşmalıdır.

A.2.1. Misyon, Vizyon ve Politikalar

Gereklilikler Misyon ve vizyon ifadesi tanımlanmıştır, birim çalışanlarınca bilinir ve paylaşılır. Birime özeldir, sürdürülebilir bir gelecek yaratmak için yol göstericidir.

Kalite güvencesi politikası vardır, paydaşların görüşü alınarak hazırlanmıştır. Politika birim çalışanlarınca bilinir ve paylaşılır. Politika belgesi yalın, somut, gerçekçidir. Sürdürülebilir kalite güvencesi sistemini ana hatlarıyla tarif etmektedir. Kalite güvencesinin yönetim şekli, yapılanması, temel mekanizmaları, merkezi kurgu ve birimlere erişimi açıklanmıştır.

Aynı şekilde eğitim ve öğretim (uzaktan eğitimi de kapsayacak şekilde), araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, yönetim sistemi ve uluslararasılaşma politikaları vardır ve kalite güvencesi politikası için sayılan özellikleri taşır. Bu politika ifadelerinin somut sonuçları, uygulamalara yansıyan etkileri vardır; örnekleri sunulabilir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Misyon, vizyon ve kalite politikamız oluşturulmuştur ve web sayfasında yayınlanarak iç ve dış paydaşlarla paylaşılması sağlanmıştır. A.2.1.a Web Sayfası Görüntüleri

Ayrıca iç tetkiklerde çalışanlar tarafından kalite politikasının anlaşılıp anlaşılmadığı sorgulanmaktadır. A.2.1.b İç tetkik Soru Listesi

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

A.2.1.a Web Sayfası Görüntüleri

A.2.1.b İç Tetkik Soru Listesi

A.2.2. Stratejik Amaç ve Hedefler

Gereklilikler Stratejik Plan kültürü ve geleneği vardır, mevcut dönemi kapsayan, kısa/orta uzun vadeli amaçlar, hedefler, alt hedefler, eylemler ve bunların zamanlaması, önceliklendirilmesi, sorumluları, mali kaynakları bulunmaktadır, tüm paydaşların görüşü alınarak (özellikle stratejik paydaşlar) hazırlanmıştır. Mevcut stratejik plan hazırlanırken bir öncekinin ayrıntılı değerlendirilmesi yapılmış ve kullanılmıştır; yıllık gerçekleşme takip edilerek ilgili kurullarda tartışılmakta ve gerekli önlemler alınmaktadır.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

A.2.2.a Stratejik_Plan_2019-2023

A.1.1.b Kurul, Komite, Ekip Toplantı Tutanakları

A.2.3. Performans Yönetimi

Gereklilikler Birimde performans yönetim sistemleri bütünsel bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Bu sistemler birimin stratejik amaçları doğrultusunda sürekli iyileşmesine ve geleceğe hazırlanmasına yardımcı olur. Bilişim sistemleriyle desteklenerek performans yönetiminin doğru ve güvenilir olması sağlanmaktadır. Birimin stratejik bakış açısını yansıtan performans yönetimi süreç odaklı ve paydaş katılımıyla sürdürülmektedir.

Tüm temel etkinlikleri kapsayan kurumsal (genel, anahtar, uzaktan eğitim vb.) performans göstergeleri tanımlanmış ve paylaşılmıştır.

Performans göstergelerinin iç kalite güvencesi sistemi ile nasıl ilişkilendirildiği tanımlanmış ve yazılıdır. Kararlara yansımaları örnekleri mevcuttur.

Yıllar içinde nasıl değiştiği takip edilmektedir, bu izlemenin sonuçları yazılıdır ve gerektiği şekilde kullanıldığına dair kanıtlar mevcuttur.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Merkezimizde kalitenin sürekli iyileştirilmesi için Sağlık Bakanlığı Gösterge Yönetim Rehberinde yer alan göstergeler izlenmektedir. Göstergeler hizmet süreçlerinin ve elde edilen sonuçların somut kanıtlarıdır. Verilerin izlemi 3 aylık periyotlar halinde Kalite Direktörlüğü çalışanları tarafından takip edilmekte ve analiz edilmektedir. Takip edilen göstergelerden örnekler kanıtlar bölümünde sunulmuştur.

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

A.2.3.a SKS Kalite Gösterge İzlemleri

A.3. Yönetim Sistemleri

Gereklilikler Birim, stratejik hedeflerine ulaşmayı nitelik ve nicelik olarak güvence altına almak amacıyla mali, beşerî ve bilgi kaynakları ile süreçlerini yönetmek üzere bir sisteme sahip olmalıdır.

A.3.1. Bilgi Yönetim Sistemi

Gereklilikler Birimin önemli etkinlikleri ve süreçlerine ilişkin veriler toplanmakta, analiz edilmekte, raporlanmakta ve stratejik yönetim için kullanılmaktadır. Akademik ve idari birimlerin kullandıkları Bilgi Yönetim Sistemi entegredir ve kalite yönetim süreçlerini beslemektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Birimin önemli etkinlikleri ve süreçlerine ilişkin veriler toplanmakta, analiz edilmekte, raporlanmakta ve stratejik yönetim için kullanılmaktadır. Bilgi Yönetim Sistemine İlişkin yapılan tüm faaliyetler

A.3.1 a-Bilgi İşlem Prosedürü, A.3.1.b Bilgi İşlem İş Akış Şeması, A.3.1.c İstatistik ve Raporlama Birimi Prosedürü, A.3.1.d İstatistik ve Raporlama Birimi Akış Şemasında, ve A.3.1.e Bilgi İşlem Donanım Akış Şemasında tanımlanmıştır.

Akademik ve idari birimlerin kullandıkları Bilgi Yönetim Sistemi entegredir ve kalite yönetim süreçlerini beslemektedir. (A.3.1.f Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Modülleri Ekran Görüntüleri)

Birimde entegre bilgi yönetim sistemi izlenmekte ve iyileştirilmektedir. (HBYS Arızalarına Ortalama Müdahale Süresi ve Hbys'nin Devre Dışı Kaldığı Süre Kalite Göstergesi olarak Takip edilmektedir. A.3.1.g Bilgi İşlem Kalite Göstergeleri)

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- A.3.1.a Bilgi İşlem Prosedürü
- A.3.1.b Bilgi İşlem İş Akış Şeması
- A.3.1.c İstatistik ve Raporlama Birimi Prosedürü
- A.3.1.d İstatistik ve Raporlama Birimi Akış Şeması
- A.3.1.e Bilgi İşlem Donanım Akış Şeması
- A.3.1.f Hastane Bilgi Yönetim Sistemi Modülleri Ekran Görüntüleri
- A.3.1.g Bilgi İşlem Kalite Göstergeleri

A.3.2. İnsan Kaynakları Yönetimi

Gereklilikler İnsan kaynakları yönetimine ilişkin kurallar ve süreçler bulunmaktadır. Şeffaf şekilde yürütülen bu süreçler birimde herkes tarafından bilinmektedir. Eğitim ve liyakat öncelikli kriter olup yetkinliklerin artırılması temel hedeftir.

Çalışan (akademik-idari) memnuniyet, şikâyet ve önerilerini belirlemek ve izlemek amacıyla geliştirilmiş olan yöntem ve mekanizmalar uygulanmakta ve sonuçları değerlendirilerek iyileştirilmektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Hastanemizde tüm çalışan personellerin özlük haklarının belirlenen mevzuata uygun olarak düzenli bir şekilde yürütülmesi amacıyla “İdari Personel Hizmetleri Prosedürü” ve Sürekli İşçi Özlük Birimi Prosedürü” hazırlanmıştır. Ağ paylaşımı yoluyla tüm çalışanların paylaşımına açılmıştır. Ayrıca Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında kurumdan ayrılan personel oranı ve kurum içi yer değiştiren personel oranı takip edilmektedir.

Hastanemizde eğitimle ilgili tüm faaliyetleri planlamak, koordine etmek ve yürütmek üzere Eğitim Komitesi kurulmuştur. Eğitim Komitesi bu faaliyetlerini alt çalışma ve yürütme birimi olan Hemşirelik Eğitim Birimi ve Staj Birimi aracılığıyla gerçekleştirir.

Çalışanlarımızın görevlere uyumlarını sağlama üzere genel ve bölüm uyum eğitimleri gerçekleştirilmekte ve kayıt altına alınmaktadır.

2022 yılında yapılan hizmet içi eğitimlerimiz:

1. Enfeksiyon Kontrol Önlemleri Eğitimi 11/03/2022 tarihinde online olarak EKK hemşiresi Figen Bay tarafından yapılmıştır. Eğitime 224 hemşire katılmıştır. Eğitim slaytları, sorumlu hemşireler ile mail yoluyla paylaşılmıştır.
2. Beslenme Desteği ve Hemşirelik Süreci 12/04/2022 tarihinde online olarak Nütrisyon hemşiresi Hacer Nil Demir tarafından yapılmıştır. Eğitime 227 hemşire katılmıştır. Eğitim slaytları, sorumlu hemşireler ile mail yoluyla paylaşılmıştır

3. 12-13 Mayıs Hemşirelik Haftası kapsamında Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi 1. Hemşirelik Bilimsel Paylaşım Günleri “Özel Dal Hemşireliği” temalı sempozyum düzenlenmiştir. Sempozyum 2 gün ve 5 oturum olarak düzenlenmiştir.

Sempozyum konu başlıkları;

Stoma Hemşireliği, Yara Bakım Hemşireliği, Ameliyathane Hemşireliği, Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği, Diyaliz Hemşireliği, Periton Diyaliz Hemşireliği, Diyabet Hemşireliği, Hemovijilans Hemşireliği, Yenidoğan Yoğun Bakım Hemşireliği, Emzirme Relaksasyon Hemşireliği, Pediatri Yoğun Bakım Hemşireliği, Pediatri Diyabet Hemşireliği, Onkoloji Hemşireliği, Kemoterapi Hemşireliği, Kök Hücre Nakli Hemşireliği Psikiyatri Hemşireliği, Yoğun Bakım Hemşireliği Nutrisyon Hemşireliği, Acil Hemşireliği

4. Temel Yaşam Desteği ve İleri Kardiyovasküler Yaşam Desteğinde Güncel Yaklaşımlar Eğitimi 25/05/2022 tarihinde online olarak Öğr. Gör. Dr. Gültekin Kadı tarafından yapılmıştır. Eğitime 151 hemşire katılmıştır.
5. Kan Alma Basamakları ve Dikkat Edilmesi Gereken Noktalar Eğitimi 21/10/2022 tarihinde Kan Alma Birimi Sorumlu Hemşiresi Aysun Azmaz tarafından 75. Yıl Konferans Salonunda yapılmıştır. Eğitime 139 hemşire katılmıştır.
6. Basınç Yaralanması, Önlenmesi ve Yönetimi Eğitimi 15/11/2022 tarihinde Prof. Dr. Murat Akın, Dr. Öğr. Üyesi Aydın Yavuz ve Yara Bakım Hemşiresi Aysel Kılıç tarafından 75. Yıl Konferans Salonunda yapılmıştır. Eğitime 118 hemşire katılmıştır.
7. Pediatrik Temel Yaşam İleri Yaşam Kursu 06/12/2022 ve 13/12/2022 tarihlerinde Pediatri Kliniklerinde/polikliniklerinde çalışan hemşirelere yönelik 1(bir) tam günlük düzenlenmiştir. 77 hemşire katılım sağlamıştır.
8. HBTC'nin Çalışma Süreçleri, Glukometre Cihazının Kalibrasyon Ve Kontrol Sonuçlarının Değerlendirilmesi, Cihazların Bakımı ve Temizliği, Hasta Sonuçlarının Hasta Dosyasına Kaydedilmesi, Cihaz Envanterleri konulu eğitim 23/12/2022 tarihinde Firma yetkilisi Nilgün Yıldırım, Biyolog Ülkü Gürsoy ve Bilgi İşlem Yetkilisi Ediz Baykal tarafından 75. Yıl Konferans Salonunda yapılmıştır. Eğitime 97 hemşire katılmıştır.
9. Eğitim Komitesi Genel Eğitim Programı kapsamında yer alan İstenmeyen Olay Bildirimi konulu eğitim online olarak 19/04/2022 tarihinde Gazi Uzaktan Eğitim desteği ile Öğr. Gör. Nurcan DÜZGÜN tarafından saat 14:00 da yapıldı. Eğitim videosu GUZEM den istenerek Gazi Hastanesi Web sayfasına yüklendi. Eğitim Hastane personeline duyurularak personelin katılımı sağlanmıştır. Eğitime 242 hemşire katılmıştır.
10. Hastanemiz Eğitim Komitesi kararları doğrultusunda Rektörlük Hizmet içi Şube Müdürlüğünden talep edilen “Etkili İletişim Becerileri” konulu eğitim 21/04/2022 tarihinde Prof. Dr. Selçuk ASLAN tarafından zoom üzerinden gerçekleştirilmiştir Eğitime 97 hemşire katılmıştır.
11. Eğitim Komitesi 2022 yılı eğitim programı kapsamında yer alan” Kriz Yönetimi “eğitiminin düzenlenmesi için Rektörlük Eğitim Şube Müdürlüğünden talep edilen eğitim 13/06/2022 tarihinde Prof. Dr. Satı Demir tarafından online olarak gerçekleştirilmiştir. Eğitime 252 hemşire katılmıştır.
12. Eğitim Komitesi 2022 yılı eğitim programı kapsamında yer alan Hasta Hakları Olarak Mahremiyet konulu eğitim online olarak 28/06/2022 tarihinde Gazi Uzaktan Eğitim desteği ile Prof. Dr. Nesrin ÇOBANOĞLU sunumuyla gerçekleştirilmiştir. Eğitim Hastane personeline duyurularak personelin katılımı sağlanmıştır. Eğitimin videosu GUZEM den istenerek Hastanemiz web sitesine yüklenmiştir. Eğitime 207 hemşire katılmıştır.
13. Eğitim Komitesi 2022 yılı eğitim programı kapsamında 21/06/2022 tarihinde personelin motivasyonunu artırmak amacı ile Gelin Birlikte Kahkaha Atalım konulu etkinlik Demet ÖZGÜN' ün sunumuyla gerçekleştirilmiştir. Etkinliğe 65 hemşire katılmıştır.
14. Eğitim Komitesi tarafından planlanan 18/03/2022 tarihinde saat 12:30'da 75. Yıl Konferans Salonunda Sivil Savunma Uzmanı Dilek Yılmaz tarafından verilen deprem ve depremden koruma konulu eğitime 15 hemşire katılmıştır.

- 15.Hastanemiz Eğitim Komitesi tarafından, 2022 Yılı Eğitim Programı kapsamında "Acil Çağrı Kodları" konulu online Prof. Dr. Ahmet Demircan sunumuyla 30/03/2022 tarihinde Saat: 14.00'de gerçekleşmiştir. Eğitime 290 hemşire katılmıştır.
- 16.Tüm personele yönelik "Organ Bağışı ve Organ Nakli" konulu zorunlu hizmet içi eğitim yapılmasına karar verilmiştir. Bölüm/Birimlerde yerinde yapılacak bu eğitime eğitici olarak Organ Nakli ve Doku Koordinatörü Fadime YAŞAR görevlendirilmiştir. 17/10/2022 de başlayan eğitim Haziran 2023 e kadar devam edecektir.
- 17.Eğitim Komitesi tarafından planlanan Mikrobiyaya Beslenme ve Sağlığımız konulu eğitim Gastroentoloji Bölümü Öğretim Üyesi Prof. Dr. Tarkan KARAKAN tarafından 11/11/2022 tarihinde gerçekleşti. Eğitime 54 hemşire katılmıştır.
- 18.Gazi Üniversitesi Rektörlüğü Hizmet İçi Eğitim Şube Müdürlüğü tarafından planlanan Kişisel Verilerin Korunması konulu eğitim Kişisel Verileri Koruma Uzmanı Burcu Şencan tarafından online olarak yapılmıştır. Hastanemiz personelinden Eğitim Kayıt Formu istenmiştir.
- 19.Eğitim Komitesi tarafından planlanan Meme Kanseri Farkındalığı için Toplumsal Sağlık Sorunu Olarak Meme Kanseri konulu eğitim Onkoloji Bilim Dalı öğretim üyesi Prof Dr. Aytuğ ÜNER tarafından 25.11.2022 tarihinde Saat: 12.30 da gerçekleşmiştir. Eğitime 65 hemşire katılmıştır.
- 20.Gazi Üniversitesi Rektörlüğü Hizmet İçi Eğitim Şube Müdürlüğü tarafından planlanan “İş Yerlerinde ve Bürolarda Oluşabilecek Yangınlarda Müdahale” konulu eğitim Sivil Savunma Uzmanı Dilek Yılmaz tarafından 06/12/2022 tarihinde online olarak yapılmıştır. Hastanemiz personelinden Eğitim Kayıt Formu istenmiştir.
- 21.2022 yılı içerisinde daha önce İSG eğitimi almayan ya da 1 kere eğitim almış personele yönelik yüz yüze olmak üzere 12 kere İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi (03/01/2022-10/01/2022-17/01/2022-24/01/2022-06/06/2022-13/06/2022-24/10/2022-31/10/2022-07/11/2022-21/11/2022-05/12/2022-12/12/2022) gerçekleştirilmiştir. Eğitimlere toplam 455 hemşire katılmıştır.
- 22.İş Kazası geçiren personele İSG Uzmanları tarafından 13/01/2022 ve 19/01/2022 tarihinde bilgilendirme eğitimi yapılmıştır. Eğitime 35 hemşire katılmıştır.
- 23.İş Sağlığı ve Güvenliği Eğitimi online olarak 17/12/2022-29/12/2022 tarihleri arasında yapılmış olup 678 hemşire katılım sağlamıştır.
- 24.Mavi kod eğitimi 16/04/2022 (Cumartesi) ve 24/04/2022 (Pazar) tarihlerinde 09:00-12:30 saatleri arasında 75. Yıl Konferans Salonunda yapılmıştır. Eğitime 85 kişi (26 doktor, 58 hemşire ve 1 güvenlik görevlisi) katılmıştır. Katılımcılara ön test-son test yapılmış olup katılımcılara katılım belgesi verilmiştir.
- 25.Hastanemizde göreve yeni başlayan hemşirelerimize 07/02/2022 tarihinde 75. Yıl Konferans Salonu'nda KKE-İSG-Sivil Savunma-Çalışan Sağlığı eğitimleri verilmiştir.(21 hemşire)
- 26.Eğitim Komitesi Toplantısında verilen karar doğrultusunda 01/02/2022-30/06/2022, tarihleri arasında “Basınçlı Tüplerin Kullanımı ve Oluşabilecek Tehlikeli Durumlar” konulu eğitim Hakan KÖMBE tarafından 609 hemşireye, “Ventilatör Kullanımı ve Kullanım Sırasında Oluşabilecek Hatalar” konulu eğitim Fatih AKBAL tarafından 287 hemşire eğitim verilmiştir
- 27.3-4 Ekim 2022 tarihinde kuruma yeni başlayan hemşireler için Oryantasyon Programı 9.katta 13 nolu derslik ve PDÖ odalarında yapılmıştır. Programa 30 hemşire katılmıştır.
- 28.30-31 Mayıs 2022 tarihlerinde kuruma yeni başlayan hemşirelerimiz için oryantasyon eğitimi 62 hemşirenin katılımı ile gerçekleştirilmiştir.

Merkezimizde Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında yılda bir kez çalışan memnuniyeti anketi uygulanmakta ve çalışanlar tarafından iletilen şikâyet ve öneriler, Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi tarafından değerlendirilmektedir. Ayrıca yılda bir kez Gazi Üniversitesi Rektörlüğü tarafından çalışan memnuniyeti anketi uygulanmaktadır.

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- A.3.2 a İdari Personel Hizmetleri Prosedürü
- A.3.2 b Sürekli İşçi Özlük Birimi Prosedürü
- A.3.2 c Eğitim Planı, Eğitim Kayıt Form Örnekleri
- A.3.2.d Çalışan Geri Bildirim Anketi Formu
- A.3.2.e Çalışan Geri Bildirim Anket Sonuçları
- A.3.2.f Eğitim Yönetimi Prosedürü

A.3.3. Finansal Yönetim

Gereklilikler Temel gelir ve gider kalemleri tanımlanmıştır ve yıllar içinde izlenmektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Merkezimizde finansal kaynakların yönetimine ilişkin süreçler Gider Tahakkuk Birimi Hizmetleri Prosedürü ve Muhasebe Birim Hizmetleri Prosedüründe tanımlanmıştır.

Mali bilgiler 2022 yılı faaliyet raporumuzda sunulmuştur.

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

3

Kanıtlar

- A.3.3.a Gider Tahakkuk Birimi Hizmetleri Prosedürü
- A.3.3.b Muhasebe Birim Hizmetleri Prosedürü
- A.3.3.c 2022 Yılı GÜ Sağ. Arş. ve Uyg. Merkezi Faaliyet Raporu

A.3.4. Süreç Yönetimi

Gereklilikler Tüm etkinliklere ait süreçler ve alt süreçler (uzaktan eğitim dahil) tanımlıdır. Süreçlerdeki sorumlular, iş akışı, yönetim, sahiplenme yazılıdır ve birimce içselleştirilmiştir. Süreç yönetiminin başarılı olduğunun kanıtları vardır. Sürekli süreç iyileştirme döngüsü kurulmuştur.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Tüm etkinliklere ait süreçlerimiz Süreç Etkileşim İlişki Haritasında (A.3.4.a) tanımlanmıştır. Her sürecin sorumluları vardır.

Süreçlerdeki sorumlular, iş akışı, sürecin yönetimi ilgili prosedür, talimat ve iş akış şemalarında tanımlanmıştır. (A.1.1 c bölüm-birim iş akış şemaları) (A.1.1 d bölüm-birim prosedürleri)

Sürekli süreç iyileştirme döngüsü kurulmuştur. Tüm süreçler yılda iki kez yapılan İç Tetkiklerle değerlendirilmekte, uygunsuzluk tespit edilen süreçlere ilişkin düzeltici veya önleyici faaliyet gerçekleştirilmektedir. 2022 yılında faaliyet ve iç tetkikler esnasında 366 adet düzeltici ve önleyici faaliyet gerçekleştirilmiştir. Bunlardan 182 adeti kapatılmıştır. Altyapı gerektiren ve uzun vadede kapatılabilecek düzeltici ve önleyici faaliyetler Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantılarında değerlendirilmekte ve sürece ilişkin kararlar alınmaktadır. (A.1.2.a YGG 2022 toplantı tutanak formu)

Süreç yönetiminin başarılı olduğunun kanıtları vardır. Hastanemiz 1998 yılından itibaren Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahiptir. Türk Standartları Enstitüsü tarafından Kasım ayında yapılan 2. Gözetim Tetkiki başarılı bir şekilde gerçekleşmiş ve belgemizin geçerliliği onaylanmıştır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında yapılan değerlendirme sonucu 100 puan üzerinden 85.88 puan almış bulunmaktayız. (A.3.4.b Kalite Yönetim Sistem Belgesi A.3.4.c Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Puanı)

Süreçlere ilişkin sonuçlar, performans göstergeleriyle ve gösterge kartlarıyla dönemsel olarak izlenmekte, uygun olmayan durumlar için düzeltici faaliyet gerçekleştirilmekte ve paydaşların görüşleri alınmakta, sonuçlar, paydaşlarla birlikte değerlendirilerek önlemler alınmaktadır (A.2.3.a SKS Kalite Gösterge İzlemleri).

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- A.1.1 c Bölüm-Birim İş Akış Şemaları
- A.1.1 d Bölüm-Birim Prosedürleri
- A.1.2.a YGG 2022 Toplantı Tutanak Formu
- A.1.2.b Düzeltici Önleyici Faaliyet İzlem Formu
- A.2.3.a SKS Kalite Gösterge İzlemleri
- A.3.4.a Süreç Etkileşim İlişki Haritası
- A.3.4.b Kalite Yönetim Sistem Belgesi
- A.3.4.c Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Puanı

A.4. Paydaş Katılımı

Gereklilikler Birim, iç ve dış paydaşlarının stratejik kararlara ve süreçlere katılımını sağlamak üzere geri bildirimlerini almak, yanıtlamak ve kararlarında kullanmak için gerekli sistemleri oluşturmalı ve yönetmelidir.

A.4.1. İç ve Dış Paydaş Katılımı

Gereklilikler İç ve dış paydaşların karar alma, yönetim ve iyileştirme süreçlerine katılım mekanizmaları tanımlanmıştır.

Gerçekleşen katılımın etkinliği, kurumsallığı ve sürekliliği irdelenmektedir. Uygulama örnekleri, iç kalite güvencesi sisteminde özellikle öğrenci ve dış paydaş katılımı ve etkinliği mevcuttur. Sonuçlar değerlendirilmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarına katkı sağlama amacına yönelik; iç paydaşların (çalışanlar) ve dış paydaşların (hasta/hasta yakınları/işbirliği yapılan kurum ve kuruluşlar/hizmet alımları) katkılarını almak için anket uygulamaları (Hasta ve Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Anketleri) sonuçları, Hasta Hakları Birimine iletilen memnuniyet, şikâyet ve öneri dilekçeleri, CİMER' e elektronik posta ile yapılan şikâyet, memnuniyet ve öneriler, birimize e-posta yoluyla gönderilen memnuniyet, şikâyet ve öneri postaları birimiz üst yönetimi ile birlikte değerlendirilmekte, ihtiyaç doğrultusunda düzeltici faaliyetler yürütülmektedir. Aynı zamanda yapılan düzeltme veya düzeltici faaliyetlerle ilgili olarak paydaşlara geri bildirimlerde bulunmaktadır.

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- A.4.1.a İç ve Dış Paydaş Listesi
- A.4.1.b Hasta ve Çalışan Geri Bildirim Anketleri
- A.4.1.c Memnuniyet-Şikâyet-Öneri Formu
- A.4.1.d Hasta ve Çalışan Geri Bildirim Anket Sonuçları
- A.4.1.e Hasta Hakları Birimine İletilen Şikâyet-Memnuniyet ve Öneriler
- A.4.1.f Web Sayfası İletişim Ekranı
- A.4.1.g Hasta Haklarına İletilen Örnek Şikâyet Dilekçe ve Cevaplar

A.5. Uluslararasılaşma

Gereklilikler Birim, uluslararasılaşma stratejisi ve hedefleri doğrultusunda süreçlerini yönetmeli, organizasyonel yapılanmasını oluşturmalı ve sonuçlarını periyodik olarak izleyerek değerlendirmelidir.

A.5.1. Uluslararasılaşma Süreçlerinin Yönetimi

Gereklilikler Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Kurumun uluslararasılaşma politikası ile uyumludur. Yönetim ve organizasyonel yapının işleyişi ve etkinliği irdelenmektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Merkezimizde uluslararasılaşma sürecinde; yabancı uyruklu hastalara yönelik hizmet sunumu "Uluslararası Hasta Ofisi" aracılığıyla yürütülmektedir. Bu birimin açık kalabilmesi ve faaliyetlerine devam edebilmesi için; 13.07.2017 tarih ve 30123 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan "Uluslararası Sağlık Turizmi ve Turistin Sağlığı Hakkında Yönetmelik" ekinde yer alan "Sağlık tesisi başvuru tarihinden/denetiminden önce yapılan son sağlıkta kalite standartları değerlendirmesinden asgari 85 puan almış olmalıdır" hükmü gereği merkezimizde yürütülen Sağlık Bakanlığı kalite değerlendirmeleri önem taşımaktadır. Birimimizin değerlendirmelerden almış olduğu kalite puanı sağlık turizmi konusunda birimimizin yetkilendirilmesinde belirleyici bir kriterdir.

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

A.5.1. a Uluslararası Hasta Ofisi Birimi Prosedürü

A.5.1. b Medicamap - Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi

A.5.1. c Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu

A.5.2. Uluslararasılaşma Kaynakları

Gereklilikler Uluslararasılaşmaya ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış, kurumsallaşmıştır, bu kaynaklar nicelik ve nitelik bağlamında izlenmekte ve değerlendirilmektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Uluslararası Hasta Ofisine ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış, kurumsallaşmıştır, bu kaynaklar nicelik ve nitelik bağlamında izlenmekte ve değerlendirilmektedir. Uluslararası Hasta Ofisi 7/24 hizmet vermektedir. Uluslararası Hasta Ofisi hastanemizin zemin katında yer almaktadır. Hasta bekleme salonu, sekreter deski bulunmaktadır. Ayrıca tercümanlar için bir ofis mevcuttur.

Merkezimizde faaliyetlerin gerçekleştirilmesi için 13 kişilik uygun eğitim, beceri ve deneyime sahip personel görev yapmaktadır. Ofis bünyesinde yabancı hastalara kendi dillerinde hizmet veren Lisans Mezunu dil belgesine sahip yetkili ve yetkin Personel bulunmaktadır.

Ofiste Hizmetlerin yürütülmesi için gerekli olan malzeme ve cihaz (bilgisayar, yazıcı, internet, telefon) bulunmaktadır. Covid-19 sebebiyle ofiste hava temizleme cihazı kullanılmaya başlanmıştır.

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

A.5.1.a Uluslararası Hasta Ofisi Birimi Prosedürü

A.5.1.b Medicamap - Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi

A.5.1.c Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu

A.5.3. Uluslararasılaşma Performansı

Gereklilikler Uluslararasılaşma performansı izlenmektedir. İzlenme mekanizma ve süreçleri yerleşiktir, sürdürülebilirdir, iyileştirme adımlarının kanıtları vardır.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

A.5.3.a 2022 yılı Hizmet Süreci Değerlendirme Formu ve A.5.1.c Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu ile birim performans izlemleri yapılmaktadır.

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

A.5.3.a 2022 yılı Hizmet Süreci Değerlendirme Formu

A.5.1.c Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu

TOPLUMSAL KATKI

D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları

Gereklilikler Birim, toplumsal katkı faaliyetlerini stratejik amaçları ve hedefleri doğrultusunda yönetmelidir. Bu faaliyetler için uygun fiziki altyapı ve mali kaynaklar oluşturmalı ve bunların etkin şekilde kullanımını sağlamalıdır.

D.1.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi

Gereklilikler Birimin toplumsal katkı politikası birimin toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Toplumsal katkı süreçlerinin yönetim ve organizasyonel yapısı kurumun toplumsal katkı politikası ile uyumludur, görev tanımları belirlenmiştir. Yapının işlerliği izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

-Hastanemiz Sağlık Bakanlığı onaylı "Bebek Dostu Hastane"dir. Bu ünvanı 2002 yılında almıştır. Anne sütü ve emzirmenin Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitelerinde de desteklenmesi ve yaygınlaştırılması amacı ile Yenidoğan Yoğun Bakım ünitemiz de 2018 yılında “Bebek Dostu Yenidoğan Yoğun Bakım ” ünvanını almıştır (D.1.1.a Bebek Dostu Hastane Afişi).

-Merkezimizin E Blok zemin katında Emzirme Destek ve Relaksasyon Birimimiz hizmet vermektedir. Merkezimizde ayaktan tedavi hizmeti alan anne ve bebeklerin; kısa sürede anne sütü ve emzirme ile ilgili sorunlarının tanınip çözümlenmesine ilişkin tedavi almaları sağlanmaktadır. (D.1.1.b Emzirme Destek ve Relaksasyon Birimi Prosedürü). Ayrıca emzirme destek ve relaksasyon biriminde çalışan ve konu ile ilgili eğitimleri bulunan sağlık personelimiz tarafından sosyal medyada bilgilendirmeler yapılmaktadır (D.1.1.c Anne Sütü ile Beslenmenin Teşviki).

-Merkezimiz Göğüs Hastalıkları 11. katta Sigara Bırakturma Polikliniğimiz Hizmet vermektedir. (D.1.1.d POL.FR.154 Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı) (D.1.1.e POL.RB.028 Sigara Bırakturma Tedavisi Destek Programı İçin Rıza ve Onam Belgesi) (D.1.1.f POL.YD.040 Göğüs Hast.Sigara İçme Davranışını Değ. Formu).

-Merkezimizde tedavi görmekte olan çocuklarımızın eğitim ve öğretimini sağlamak için D blok 10. Katta Milli Eğitim Bakanlığımıza bağlı tek derslikli bir ilkokulumuz bulunmaktadır (D.1.1.g Hastane Okulundan Görüntüler).

-Çeşitli üniversitelerden merkezimizde gerçekleştirilmek istenen anket, araştırma vb. gelen talepler değerlendirilip gerekli izinler verilmektedir (D.1.1.h Dış Paydaşlara Anket İzinleri).

-14 Kasım Dünya Diyabet Gününde her yıl merkezimizde hasta, hasta yakını ve çalışanlara yönelik etkinlikler (farkındalık, bilgilendirme, şeker ölçümü vb.) düzenlenmektedir (D.1.1.i 2022 Yılında Dünya Diyabet Gününde düzenlenen faaliyete ait görüntüler).

-Merkezimizde bulunan Transfüzyon Merkezinde hafta içi 08:00-16:00 saatleri arasında kan bağıışı alımına başlanmıştır (D.1.1.i Transfüzyon Merkezinden Görüntüler).

-Trafik ve İlk Yardım Haftası' etkinlikleri çerçevesinde Acil Serviste görev yapan Uzm. Paramedik Gül Bahar Alkaş tarafından Gazi Üniversitesi Vakfı Özel Okullarında Ortaokul ve Lise öğrencilerine ve öğretmenlerine ilk yardım eğitimleri gerçekleştirilmiştir (D.1.1.j İlkYardım Eğitimine Dair Görüntüler).

- Organ ve Doku Nakli Birimimiz hem sağlık personeline hem de topluma organ bağıışına dikkat çekmek ve farkındalığı artırmak amaçlı çeşitli faaliyetler ve eğitimler düzenlemektedir (D1.1.k Organ ve Doku Nakli Birimimiz tarafından 2022 yılı içerisinde gerçekleştirilen faaliyetlerden görüntüler).

- Kullanıma uygun olan malzemeler belediye tarafından ihtiyaç sahiplerine, kullanıma uygun olmayan malzemeler “geri dönüşüm”e kazandırılarak, çevreye katkı sağlanmak amacıyla merkezimize Yenimahalle Belediyesi aracılığı ile 2 adet giysi ve ayakkabı kumbarası temin edilmiştir (D1.1.l Giysi ve ayakkabı kumbarasına ait görüntüler).

- Gazi Hastanesi Fotoğraf Grubu'nun hazırladığı İMECE 1 konulu fotoğraf sergisi, 75. Yıl Konferans Salonu'nda 27 Ekim - 10 Kasım 2022 tarihleri arasında sergilenmiştir. Bu sergiden elde edilen tüm gelir, Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalı (10. kat Kliniği ile 15. kat Hematoloji - Onkoloji) kliniklerinde tedavi gören hastalarımızın eğitim ve öğretiminde kullanılmak amacıyla Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Anabilim Dalına bağışlanmıştır (D.1.1.m Fotoğraf Sergisine ait görüntüler)

- Atık Yönetimi Komitesinin 24/3/2022 tarihli 2022/2 sayılı toplantısının 7. maddesi ile “Evsel atık olarak atılan gıdaların hayvan barınakları veya diğer barınaklara teslimi edilmesi hakkında Ankara Büyükşehir Belediyesi Başkanlığına bağlı birimler ile iletişim kurulmasına” karar verilmiştir. Hastane İdaremi adına Ankara Büyükşehir Belediyesine bağlı Veteriner Hizmetleri Başkanlığı ile görüşmeler yapılmıştır. Bu görüşmede, Ankara Büyükşehir Belediyesi Başkanlığının Sincan İlçesinde sokak hayvanları için yem fabrikası yapıldığı, hayvansal (kırmızı ve beyaz et) atıkların idaremiizden kendileri tarafından alınacağı, bu fabrikada işleneceği (pişirileceği) ve yine kendilerinin sokak hayvanlarına yem olarak dağıtılacağı ifade edilmiştir. İdaremiiz 24/3/2022 tarihinden bugüne Ankara Büyükşehir Belediyesi görevlilerine 296 kg hayvansal atık teslim edilmiştir (D.1.1.n Atıkların değerlendirilmesine ait görüntüler).

- Merkezimiz ile BELMEK arasında yapılan iş birliği çerçevesinde, Merkezimiz Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları ABD, Çocuk Hematoloji ve Onkoloji Kliniklerinde tedavi gören hastalarımızın ebeveynleri ile sosyal etkinlik projesi kapsamında el işi (dantel, örgü vb.) çalışmaları başlatılmıştır (D.1.1. o BELMEK ile işbirliği görüntüleri).

-Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Ana Bilim Dalı Çocuk Hematoloji Onkoloji Kliniklerinde tedavi gören hastalarımızın ebeveynleri ile el işi öğretmenimizin hazırladığı ürünler için kermes düzenlenmiştir. Kermesten elde edilen gelirler klinikte yatmakta olan çocuklarımıza bağışlanmak üzere Ana Bilim Dalı Başkanına teslim edilmiştir (D.1.1.ö Kermese ait görüntüler)

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

3

Kanıtlar

D.1.1.a Bebek Dostu Hastane Afişi

D.1.1.b Emzirme Destek ve Relaksasyon Birimi Prosedürü

D.1.1.c Anne Sütü ile Beslenmenin Teşviki

D.1.1.d POL.FR.154 Göğüs Hastalıkları Sigara Bırakma Tedavisi Destek Programı

D.1.1.e POL.RB.028 Sigara Bıraktırma Tedavisi Destek Programı İçin Rıza ve Onam Belgesi

D.1.1.f POL.YD.040 Göğüs Hast.Sigara İçme Davranışını Değ. Formu

D.1.1.g Hastane Okulundan Görüntüler

D.1.1.h Dış Paydaşlara Anket İzinleri

D.1.1.ı 2022 Yılında Dünya Diyabet Gününde düzenlenen faaliyete ait görüntüler

D.1.1.i Transfüzyon Merkezinden Görüntüler

D.1.1.j İlkYardım Eğitimine Dair Görüntüler

D1.1.k Organ ve Doku Nakli Birimimiz tarafından 2022 yılı içerisinde gerçekleştirilen faaliyetlerden görüntüler

D1.1.l Giysi Ve Ayakkabı Kumbarasına Ait Görüntüler

D.1.1.m Fotoğraf Sergisine Ait Görüntüler

D.1.1.n Atıkların Değerlendirilmesine Ait Görüntüler

D.1.1.o BELMEK İle İşbirliği Görüntüleri

D.1.1.ö Kermese Ait Görüntüler

D.1.2. Kaynaklar

Gereklilikler Toplumsal katkı etkinliklerine ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış ve kurumsallaşmış olup, bunlar izlenmekte ve değerlendirilmektedir.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

1

Kanıtlar

D.2 Toplumsal Katkı Performansı

Gereklilikler Birim, toplumsal katkı stratejisi ve hedefleri doğrultusunda yürüttüğü faaliyetleri periyodik olarak izlemeli ve sürekli iyileştirmelidir.

D.2.1. Toplumsal Katkı Performansının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Gereklilikler Birim, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile uyumlu, dezavantajlı gruplar dahil toplumun ve çevrenin ihtiyaçlarına cevap verebilen ve değer yaratan toplumsal katkı faaliyetlerinde bulunmaktadır. Ulusal ve uluslararası düzeyde kurumsal iş birlikleri, çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarına yapılan görevlendirmeler ile kurumun bünyesinde yer alan birimler aracılığıyla yürütülen eğitim, hizmet, araştırma, danışmanlık vb. toplumsal katkı faaliyetleri izlenmektedir. İzleme mekanizma ve süreçleri yerleşik ve sürdürülebilirdir. İyileştirme adımlarının kanıtları vardır.

Planlama Faaliyetleri

Uygulama Faaliyetleri

Kontrol Etme ve Önlem Alma (İyileştirme) Faaliyetleri

Örnek Gösterilen Uygulamalar

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

1

Kanıtlar

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Birimin Güçlü Yönleri

Ulaşım kolaylığı ve şehir merkezine yakınlık
Tanınmış güçlü akademik kadro
Alanında başarılı, ekip çalışmasına yatkın ve deneyimli teknik ve idari kadro yapısı
Teknolojik açıdan gelişmiş tıbbi cihaz donanımı
Teknolojik ve kabiliyet açısından her türlü ameliyat ve girişimsel işlemin yapılabilmesi
Yüksek kalitede hizmet veren bölüm ve ünitelerin varlığı
Başka merkezlerde yapılamayan ileri tetkik ve tedavilerin hastanemizde yapılabilmesi

Birimin İyileşmeye Açık Yönleri

Fiziki altyapı yetersizliği
Hastane binalarının ve teçhizatın tadilat ihtiyacı
Nitelikli personel eksikliği
Personel dağılımında ve kapasite kullanımında dengesizlik
Görüntü hizmetlerinde randevu sürelerinin uzun oluşu
Randevu taleplerinin karşılanamaması
Arşiv ve dokümantasyon sisteminin yetersiz oluşu
Finansman kaynaklarının yetersiz olması ve bütçe yönetiminde sıkıntılar olması
Çalışan memnuniyeti oranının % 64 olması
Malzeme alımında gecikmeler ve zorluklar yaşanması
Teknolojik ürünlere yapılan yatırımın az olması ve değişen teknolojiye uyum sağlanamaması

EK.2 DERECELİ DEĞERLENDİRME ANAHTARI

A. LİDERLİK, YÖNETİM ve KALİTE

A.1. Liderlik ve Kalite

Birim, kurumsal dönüşümünü sağlayacak yönetim modeline sahip olmalı, liderlik yaklaşımları uygulamalı, iç kalite güvence mekanizmalarını oluşturmalı ve kalite güvence kültürünü içselleştirmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><u>A.1.1. Yönetim modeli ve idari yapı</u></p> <p>Birimdeki yönetim modeli ve idari yapı (yasal düzenlemeler çerçevesinde kurumsal yaklaşım, gelenekler, tercihler); karar verme mekanizmaları, kontrol ve denge unsurları; kurulların çok sesliliği ve bağımsız hareket kabiliyeti, paydaşların temsil edilmesi; öngörülen yönetim modeli ile gerçekleşmenin karşılaştırılması, modelin kurumsallığı ve sürekliliği yerleşmiş ve benimsenmiştir. Organizasyon şeması ve bağlı olma/rapor verme ilişkileri; görev tanımları, iş akış süreçleri vardır ve gerçeği yansıtmaktadır; ayrıca bunlar yayımlanmış ve işleyişin paydaşlarca bilinirliği sağlanmıştır.</p>	<p>Birimin misyonu ile uyumlu ve stratejik hedeflerini gerçekleştirmeyi sağlayacak bir yönetim modeli ve organizasyonel yapılanması bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin misyon ve stratejik hedeflerine ulaşmasını güvence altına alan ve süreçleriyle uyumlu yönetim modeli ve idari yapılanması belirlenmiştir.</p>	<p>Birimin yönetim modeli ve organizasyonel yapılanması birim ve alanların geneline kapsayacak şekilde faaliyet göstermektedir.</p>	<p>Birimin yönetim ve organizasyonel yapılanmasına ilişkin uygulamaları izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none">• <i>Yönetişim modeli ve organizasyon şeması</i>• <i>Birimin yönetim ve idari alanlarla ilgili politikasını ve stratejik amaçlarını uyguladığına dair uygulamalar/kanıtlar</i>• <i>Yönetim ve organizasyonel yapılanma uygulamalarına ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</i>• <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i>				

A.1. Liderlik ve Kalite

	1	2	3	4	5
<p><u>A.1.2. Liderlik</u></p> <p>Birimde rektörün ve süreç liderlerinin yükseköğretim ekosistemindeki değişim, belirsizlik ve karmaşıklıkta dikkate alan bir kalite güvencesi sistemi ve kültürü oluşturma konusunda sahipliği ve motivasyonu yüksektir. Bu süreçler çevik bir liderlik yaklaşımıyla yönetilmektedir.</p> <p>Birimlerde liderlik anlayışı ve koordinasyon kültürü yerleşmiştir. Liderler birimin değerleri ve hedefleri doğrultusunda stratejilerinin yanı sıra; yetki paylaşımını, ilişkileri, zamanı, kurumsal motivasyon ve stresi de etkin ve dengeli biçimde yönetmektedir.</p> <p>Akademik ve idari birimler ile yönetim arasında etkin bir iletişim ağı oluşturulmuştur.</p> <p>Liderlik süreçleri ve kalite güvencesi kültürünün içselleştirilmesi sürekli değerlendirilmektedir.</p>	<p>Birimde kalite güvencesi sisteminin yönetilmesi ve kalite kültürünün içselleştirilmesini destekleyen etkin bir liderlik yaklaşımı bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde liderlerin kalite güvencesi sisteminin yönetimi ve kültürünün içselleştirilmesi konusunda sahipliği ve motivasyonu bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin geneline yayılmış, kalite güvencesi sistemi ve kültürünün gelişimini destekleyen etkin liderlik uygulamaları bulunmaktadır.</p>	<p>Liderlik uygulamaları ve bu uygulamaların kalite güvencesi sistemi ve kültürünün gelişimine katkısı izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalite güvencesi kültürünü geliştirmek üzere yapılan planlamalar ve uygulamalar • Birimin yöneticilerinin liderlik özelliklerini ve yetkinliklerini ölçmek ve izlemek için kullanılan yöntemler, elde edilen izleme sonuçları ve bağlı iyileştirmeler • Birimdeki kalite kültürünün gelişimini ölçmek ve izlemek için kullanılan yöntemler, elde edilen izleme sonuçları ve bağlı iyileştirmeler • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 				

A.1. Liderlik ve Kalite

	1	2	3	4	5
<p><u>A.1.3. Kurumsal dönüşüm kapasitesi</u></p> <p>Yükseköğretim ekosistemi içerisindeki değişimleri, küresel eğilimleri, ulusal hedefleri ve paydaş beklentilerini dikkate alarak birimin geleceğe hazır olmasını sağlayan çevik yönetim yetkinliği vardır. Geleceğe uyum için amaç, misyon ve hedefler doğrultusunda birimi dönüştürmek üzere değişim yönetimi, kıyaslama, yenilik yönetimi gibi yaklaşımları kullanır ve kurumsal özgünlüğü güçlendirir.</p>	Birimde değişim yönetimi bulunmamaktadır.	Birimde değişim ihtiyacı belirlenmiştir.	Birimde değişim yönetimi yaklaşımı birimin geneline yayılmış ve bütüncül olarak yürütülmektedir.	Amaç, misyon ve hedefler doğrultusunda gerçekleştirilen değişim yönetimi uygulamaları izlenmekte ve önlemler alınmaktadır.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Değişim yönetim modeli</i> • <i>Değişim planları, yol haritaları</i> • <i>Çevre analizi raporu</i> • <i>Gelecek senaryoları</i> • <i>Kıyaslama raporları</i> • <i>Yenilik yönetim sistemi</i> • <i>Değişim ekipleri belgeleri</i> • <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i> 				

A.1. Liderlik ve Kalite

	1	2	3	4	5
<p><u>A.1.4. İç kalite güvencesi mekanizmaları</u></p> <p>PUKÖ çevrimleri itibarı ile takvim yılı temelinde hangi işlem, süreç, mekanizmaların devreye gireceği planlanmış, akış şemaları belirlidir. Sorumluluklar ve yetkiler tanımlanmıştır. Gerçekleşen uygulamalar değerlendirilmektedir.</p> <p>Takvim yılı temelinde tasarlanmayan diğer kalite döngülerinin ise tüm katmanları içerdiği kanıtları ile belirtilmiştir, gerçekleşen uygulamalar değerlendirilmektedir. Birime ait kalite güvencesi rehberi gibi, politika ayrıntılarının yer aldığı erişilebilir ve güncellenen bir doküman bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin tanımlanmış bir iç kalite güvencesi sistemi bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin iç kalite güvencesi süreç ve mekanizmaları tanımlanmıştır.</p>	<p>İç kalite güvencesi sistemi birimin geneline yayılmış, şeffaf ve bütüncül olarak yürütülmektedir.</p>	<p>İç kalite güvencesi sistemi mekanizmaları izlenmekte ve ilgili paydaşlarla birlikte iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kalite güvencesi rehberi gibi tanımlı süreç belgeleri • İş akış şemaları, takvim, görev ve sorumluluklar ve paydaşların rollerini gösteren kanıtlar • Bilgi Yönetim Sistemi • Geri bildirim yöntemleri • Paydaş katılımına ilişkin belgeler • Yıllık izleme ve iyileştirme raporları • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 				

A.1. Liderlik ve Kalite

	1	2	3	4	5
<p><u>A.1.5. Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik</u></p> <p>Kamuoyunu bilgilendirme ilkesel olarak benimsenmiştir, hangi kanalların nasıl kullanılacağı tasarlanmıştır, erişilebilir olarak ilan edilmiştir ve tüm bilgilendirme adımları sistematik olarak atılmaktadır. Birimin internet sayfası doğru, güncel, ilgili ve kolayca erişilebilir bilgiyi vermektedir; bunun sağlanması için gerekli mekanizma mevcuttur. Kurumsal özerklik ile hesap verebilirlik kavramlarının birbirini tamamladığına ilişkin bulgular mevcuttur. İç ve dış hesap verme yöntemleri kurgulanmıştır ve uygulanmaktadır. Sistemattir, ilan edilen takvim çerçevesinde gerçekleştirilir, sorumluları nettir. Alınan geri beslemeler ile etkinliği değerlendirilmektedir. Birimin bölgesindeki dış paydaşları, ilişkili olduğu yerel yönetimler, diğer üniversiteler, kamu kurumu kuruluşları, sivil toplum kuruluşları, sanayi ve yerel halk ile ilişkileri değerlendirilmektedir.</p>	<p>Birimde kamuoyunu bilgilendirmek ve hesap verebilirliği gerçekleştirmek üzere mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde şeffaflık ve hesap verebilirlik ilkeleri doğrultusunda kamuoyunu bilgilendirmek üzere tanımlı süreçler bulunmaktadır.</p>	<p>Birim tanımlı süreçleri doğrultusunda kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik mekanizmalarını işletmektedir.</p>	<p>Birimin kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik mekanizmaları izlenmekte ve paydaş görüşleri doğrultusunda iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik ile ilişkili olarak benimsenen ilke, kural ve yöntemler</i> • <i>Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirliğe ilişkin uygulama örnekleri</i> • <i>İç ve dış paydaşların kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlikle ilgili memnuniyeti ve geri bildirimleri</i> • <i>Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik mekanizmalarına ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</i> • <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i> 				

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

Birim; misyon, vizyon ve amacını gerçekleştirmek üzere kurumun politikaları doğrultusunda oluşturduğu stratejik amaçlarını ve hedeflerini planlayarak uygulamalı, performans yönetimi kapsamında sonuçlarını izleyerek değerlendirmeli ve kamuoyuyla paylaşmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>A.2.1. Misyon, vizyon ve politikalar</u></p> <p>Misyon ve vizyon ifadesi tanımlanmıştır, birim çalışanlarınca bilinir ve paylaşılır. Birime özeldir, sürdürülebilir bir gelecek yaratmak için yol göstericidir.</p> <p>Kalite güvencesi politikası vardır, paydaşların görüşü alınarak hazırlanmıştır. Politika birim çalışanlarınca bilinir ve paylaşılır. Politika belgesi yalın, somut, gerçekçidir. Sürdürülebilir kalite güvencesi sistemini ana hatlarıyla tarif etmektedir. Kalite güvencesinin yönetim şekli, yapılanması, temel mekanizmaları, merkezi kurgu ve birimlere erişimi açıklanmıştır.</p> <p>Aynı şekilde eğitim ve öğretim (uzaktan eğitimi de kapsayacak şekilde), araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, yönetim sistemi ve uluslararasılaşma politikaları vardır ve kalite güvencesi politikası için sayılan özellikleri taşır. Bu politika ifadelerinin somut sonuçları, uygulamalara yansıyan etkileri vardır; örnekleri sunulabilir.</p>	<p>Birimde tanımlanmış misyon, vizyon ve politikalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin tanımlanmış ve birime özgü misyon, vizyon ve politikaları bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde misyon, vizyon ve politikalarla uyumlu uygulamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Misyon, vizyon ve politikalar doğrultusunda gerçekleştirilen uygulamalar izlenmekte ve paydaşlarla birlikte değerlendirilerek önlemler alınmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Misyon ve vizyon • Politika belgeleri (Eğitim ve öğretim politika belgesi uzaktan eğitimi de içermelidir) • Politika belgelerinin ilgili paydaş katılımıyla hazırlandığını kanıtlayan belgeler • Politika belgelerinde bütüncül ilişkiyi gösteren ifadeler ve uygulama örnekleri (Eğitim programlarında araştırma vurgusu, araştırma süreçlerinde topluma hizmet vurgusu, uzaktan eğitim vurgusu) • Politikaların izlendiğine ve değerlendirildiğine ilişkin kanıtlar • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 				

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

	1	2	3	4	5
<p><u>A.2.2. Stratejik amaç ve hedefler</u></p> <p>Stratejik Plan kültürü ve geleneği vardır, mevcut dönemi kapsayan, kısa/orta uzun vadeli amaçlar, hedefler, alt hedefler, eylemler ve bunların zamanlaması, önceliklendirilmesi, sorumluları, mali kaynakları bulunmaktadır, tüm paydaşların görüşü alınarak (özellikle stratejik paydaşlar) hazırlanmıştır. Mevcut stratejik plan hazırlanırken bir öncekinin ayrıntılı değerlendirilmesi yapılmış ve kullanılmıştır; yıllık gerçekleşme takip edilerek ilgili kurullarda tartışılmakta ve gerekli önlemler alınmaktadır.</p>	Birimin stratejik planı bulunmamaktadır.	Birimin ilan edilmiş bir stratejik planı bulunmaktadır.	Birimin bütünsel, tüm birimleri tarafından benimsenmiş ve paydaşlarınca bilinen stratejik planı ve bu planıyla uyumlu uygulamaları vardır.	Birimin uyguladığı stratejik planı izlemekte ve ilgili paydaşlarla birlikte değerlendirerek gelecek planlarına yansıtılmaktadır.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Stratejik plan ve geliştirilme süreci</i> • <i>Performans raporları</i> • <i>Birimin stratejik planına planlama, uygulama, kontrol etme ve önlem alma aşamalarında iç ve dış paydaş katılımını gösteren kanıtlar</i> • <i>Stratejik plan ve hedeflerin, Birleşmiş Milletler Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları'yla uyumunu gösteren kanıtlar</i> • <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i> 				

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

	1	2	3	4	5
<p><u>A.2.3. Performans yönetimi</u></p> <p>Birimde performans yönetim sistemleri bütünsel bir yaklaşımla ele alınmaktadır. Bu sistemler birimin stratejik amaçları doğrultusunda sürekli iyileşmesine ve geleceğe hazırlanmasına yardımcı olur. Bilişim sistemleriyle desteklenerek performans yönetiminin doğru ve güvenilir olması sağlanmaktadır. Birimin stratejik bakış açısını yansıtan performans yönetimi süreç odaklı ve paydaş katılımıyla sürdürülmektedir.</p> <p>Tüm temel etkinlikleri kapsayan kurumsal (genel, anahtar, uzaktan eğitim vb.) performans göstergeleri tanımlanmış ve paylaşılmıştır.</p> <p>Performans göstergelerinin iç kalite güvencesi sistemi ile nasıl ilişkilendirildiği tanımlanmış ve yazılıdır. Kararlara yansımaya örnekleri mevcuttur.</p> <p>Yıllar içinde nasıl değiştiği takip edilmektedir, bu izlemenin sonuçları yazılıdır ve gerektiği şekilde kullanıldığına dair kanıtlar mevcuttur.</p>	Birimde performans yönetimi bulunmamaktadır.	Birimde performans göstergeleri ve performans yönetimi mekanizmaları tanımlanmıştır.	Birimin geneline yayılmış performans yönetimi uygulamaları bulunmaktadır.	Birimde performans göstergelerinin işlerliği ve performans yönetimi mekanizmaları izlenmekte ve izlem sonuçlarına göre iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Performans göstergeleri ve anahtar performans göstergeleri • Performans yönetiminde kullanılan mekanizmalar • Performans programı raporu • Performans yönetimi mekanizmalarının iyileştirildiğine dair kanıtlar • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 				

A.3. Yönetim Sistemleri

Birim, stratejik hedeflerine ulaşmayı nitelik ve nicelik olarak güvence altına almak amacıyla mali, beşerî ve bilgi kaynakları ile süreçlerini yönetmek üzere bir sisteme sahip olmalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>A.3.1. Bilgi yönetim sistemi</u></p> <p>Birimin önemli etkinlikleri ve süreçlerine ilişkin veriler toplanmakta, analiz edilmekte, raporlanmakta ve stratejik yönetim için kullanılmaktadır. Akademik ve idari birimlerin kullandıkları Bilgi Yönetim Sistemi entegredir ve kalite yönetim süreçlerini beslemektedir.</p>	Birimde bilgi yönetim sistemi bulunmamaktadır.	Birimde kurumsal bilginin edinimi, saklanması, kullanılması, işlenmesi ve değerlendirilmesine destek olacak bilgi yönetim sistemleri oluşturulmuştur.	Birim genelinde temel süreçleri (eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, kalite güvencesi) destekleyen entegre bilgi yönetim sistemi işletilmektedir.	Birimde entegre bilgi yönetim sistemi izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Bilgi Yönetim Sistemi ve bu sistemin fonksiyonları • Bilginin elde edilmesi, kayıt edilmesi, güncellenmesi, işlenmesi, değerlendirilmesi ve paylaşılmasına ilişkin tanımlı süreçler • Bilgi Yönetim Sistemi'nin izlenmesi ve iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 					

A.3. Yönetim Sistemleri

	1	2	3	4	5
<p><u>A.3.2. İnsan kaynakları yönetimi</u></p> <p>İnsan kaynakları yönetimine ilişkin kurallar ve süreçler bulunmaktadır. Şeffaf şekilde yürütülen bu süreçler birimde herkes tarafından bilinmektedir. Eğitim ve liyakat öncelikli kriter olup yetkinliklerin artırılması temel hedefdir. Çalışan (akademik-idari) memnuniyet, şikayet ve önerilerini belirlemek ve izlemek amacıyla geliştirilmiş olan yöntem ve mekanizmalar uygulanmakta ve sonuçları değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>Birimde insan kaynakları yönetimine ilişkin tanımlı süreçler bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde stratejik hedefleriyle uyumlu insan kaynakları yönetimine ilişkin tanımlı süreçler bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde insan kaynakları yönetimi doğrultusunda uygulamalar tanımlı süreçlere uygun bir biçimde yürütülmektedir.</p>	<p>Birimde insan kaynakları yönetimi uygulamaları izlenmekte ve ilgili iç paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • İnsan kaynakları politikası ve hedefleri ve bunlara ilişkin uygulamalar (Yetkinlik, işe alınma, hizmet içi eğitim, teşvik ve ödüllendirme vb.) • Çalışan (akademik ve idari) memnuniyeti anketleri, uygulama sistematığı ve anket sonuçları • İnsan kaynakları yönetimi uygulamalarına ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 					

A.3. Yönetim Sistemleri

	1	2	3	4	5
<p><u>A.3.3. Finansal yönetim</u> Temel gelir ve gider kalemleri tanımlanmıştır ve yıllar içinde izlenmektedir.</p>	Birimde finansal kaynakların yönetimine ilişkin tanımlı süreçler bulunmamaktadır.	Birimde finansal kaynakların yönetimine ilişkin olarak stratejik hedefler ile uyumlu tanımlı süreçler bulunmaktadır.	Birimin genelinde finansal kaynakların yönetime ilişkin uygulamalar tanımlı süreçlere uygun biçimde yürütülmektedir.	Birimde finansal kaynakların yönetim süreçleri izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Finansal kaynakların yönetimine ilişkin tanımlı süreçler ve uygulamalar (Kaynak dağılımı, kaynakların etkin ve verimli kullanılması, kaynak çeşitliliği)</i> • <i>Finansal kaynakların planlama, kullanım ve izleme uygulamalarının kurumun stratejik planı ile uyumu</i> • <i>Finansal kaynakların yönetimi süreçlerine ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</i> • <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i> 					

A.3. Yönetim Sistemleri

	1	2	3	4	5
<p>A.3.4. Süreç yönetimi</p> <p>Tüm etkinliklere ait süreçler ve alt süreçler (uzaktan eğitim dahil) tanımlıdır. Süreçlerdeki sorumlular, iş akışı, yönetim, sahiplenme yazılıdır ve birimce içselleştirilmiştir. Süreç yönetiminin başarılı olduğunun kanıtları vardır. Sürekli süreç iyileştirme döngüsü kurulmuştur.</p>	Birimde eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı ve yönetim sistemine ilişkin süreçler tanımlanmamıştır.	Birimde eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı ve yönetim sistemi süreç ve alt süreçleri tanımlanmıştır.	Birimin genelinde tanımlı süreçler yönetilmektedir.	Birimde süreç yönetimi mekanizmaları izlenmekte ve ilgili paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Süreç Yönetimi El Kitabı</i> • <i>Süreç yönetimi modeli ve uygulamaları, ilgili sistemler, yönetim mekanizmaları (Uzaktan eğitim dahil)</i> • <i>Paydaş katılımına ilişkin kanıtlar</i> • <i>Süreç yönetim mekanizmalarının izlenmesi ve iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar</i> • <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i> 					

A.4. Paydaş Katılımı

Birim, iç ve dış paydaşlarının stratejik kararlara ve süreçlere katılımını sağlamak üzere geri bildirimlerini almak, yanıtlamak ve kararlarında kullanmak için gerekli sistemleri oluşturmalı ve yönetmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><u>A.4.1. İç ve dış paydaş katılımı</u></p> <p>İç ve dış paydaşların karar alma, yönetişim ve iyileştirme süreçlerine katılım mekanizmaları tanımlanmıştır.</p> <p>Gerçekleşen katılımın etkinliği, kurumsallığı ve sürekliliği irdelenmektedir. Uygulama örnekleri, iç kalite güvencesi sisteminde özellikle öğrenci ve dış paydaş katılımı ve etkinliği mevcuttur. Sonuçlar değerlendirilmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p>	<p>Birimin iç kalite güvencesi sistemine paydaş katılımını sağlayacak mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde kalite güvencesi, eğitim ve öğretim, araştırma ve geliştirme, toplumsal katkı, yönetim sistemi ve uluslararasılaşma süreçlerinin PUKÖ katmanlarına paydaş katılımını sağlamak için planlamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Tüm süreçlerdeki PUKÖ katmanlarına paydaş katılımını sağlamak üzere birimin geneline yayılmış mekanizmalar bulunmaktadır.</p>	<p>Paydaş katılım mekanizmalarının işleyişi izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Birimin süreçlerine özgü oluşturulmuş iç ve dış paydaş listesi ile paydaşların önceliklendirilmesine ilişkin kanıtlar • Paydaş görüşlerinin alınması sürecinde kullanılan veri toplama araçları ve yöntemi (Anketler, odak grup toplantıları, çalıştaylar, bilgi yönetim sistemi vb.) • Karar alma süreçlerinde paydaş katılımının sağlandığını gösteren belgeler • Paydaş katılım mekanizmalarının işleyişine ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 				

A.4. Paydaş Katılımı

	1	2	3	4	5
<p>A.4.2. Öğrenci geri bildirimleri</p> <p>Öğrenci görüşü (ders, dersin öğretim elemanı, diploma programı, hizmet ve genel memnuniyet seviyesi, vb) sistematik olarak ve çeşitli yollarla alınmakta, etkin kullanılmakta ve sonuçları paylaşılmaktadır. Kullanılan yöntemlerin geçerli ve güvenilir olması, verilerin tutarlı ve temsil eder olması sağlanmıştır. Öğrenci şikayetleri ve/veya önerileri için muhtelif kanallar vardır, öğrencilerce bilinir, bunların adil ve etkin çalıştığı denetlenmektedir.</p>	<p>Birimde öğrenci geri bildirimlerinin alınmasına yönelik mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde öğretim süreçlerine ilişkin olarak öğrencilerin geri bildirimlerinin (ders, dersin öğretim elemanı, program, öğrenci iş yükü* vb.) alınmasına ilişkin ilke ve kurallar oluşturulmuştur.</p>	<p>Programların genelinde öğrenci geri bildirimleri (her yarıyıl ya da her akademik yıl sonunda) alınmaktadır.</p>	<p>Tüm programlarda öğrenci geri bildirimlerinin alınmasına ilişkin uygulamalar izlenmekte ve öğrenci katılımına dayalı biçimde iyileştirilmektedir. Geri bildirim sonuçları karar alma süreçlerine yansıtılmaktadır.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Öğrenci geri bildirim elde etmeye ilişkin ilke ve kurallar • Tanımlı öğrenci geri bildirim mekanizmalarının tür, yöntem ve çeşitliliğini gösteren kanıtlar (Uzaktan/karma eğitim dahil) • Öğrenci geri bildirimleri kapsamında gerçekleştirilen iyileştirmelere ilişkin uygulamalar • Öğrencilerin karar alma mekanizmalarına katılımı örnekleri • Öğrenci geri bildirim mekanizmasının izlenmesi ve iyileştirilmesine yönelik kanıtlar • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar <p><i>* 2015 AKTS Kullanıcı Kılavuzu'ndaki anahtar prensipleri taşımalıdır.</i></p>				

A.4. Paydaş Katılımı

	1	2	3	4	5
<p><u>A.4.3. Mezun ilişkileri yönetimi</u></p> <p>Mezunların işe yerleşme, eğitime devam, gelir düzeyi, işveren/ mezun memnuniyeti gibi istihdam bilgileri sistematik ve kapsamlı olarak toplanmakta, değerlendirilmekte, birim gelişme stratejilerinde kullanılmaktadır.</p>	Birimde mezun izleme sistemi bulunmamaktadır.	Programların amaç ve hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığının irdelenmesi amacıyla bir mezun izleme sistemine ilişkin planlama bulunmaktadır.	Birimdeki programların genelinde mezun izleme sistemi uygulamaları vardır.	Mezun izleme sistemi uygulamaları izlenmekte ve ihtiyaçlar doğrultusunda programlarda güncellemeler yapılmaktadır.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Mezun izleme sisteminin özellikleri</i> • <i>Mezunların sahip olduğu yeterlilikler ve programın amaç ve hedeflerine ulaşılmasına ilişkin memnuniyet düzeyi</i> • <i>Mezun izleme sistemi kapsamında programlarda gerçekleştirilen güncelleme çalışmaları</i> • <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i> 					

A.5. Uluslararasılaşma

Birim, uluslararasılaşma stratejisi ve hedefleri doğrultusunda süreçlerini yönetmeli, organizasyonel yapılanmasını oluşturmalı ve sonuçlarını periyodik olarak izleyerek değerlendirmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><u>A.5.1. Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi</u></p> <p>Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Kurumun uluslararasılaşma politikası ile uyumludur. Yönetim ve organizasyonel yapının işleyişi ve etkinliği irdelenmektedir.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma süreçlerine ilişkin yönetsel ve organizasyonel yapılanması bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma süreçlerinin yönetim ve organizasyonel yapısına ilişkin planlamalar bulunmaktadır.</p>	<p>Birimde uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimine ilişkin organizasyonel yapılanma tamamlanmış olup; şeffaf, kapsayıcı ve katılımcı biçimde işlemektedir.</p>	<p>Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetsel ve organizasyonel yapılanması izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı</i> • <i>Yönetim ve organizasyonel yapıya ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları</i> • <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i> 					

A.5. Uluslararasılaşma

	1	2	3	4	5
<p><u>A.5.2. Uluslararasılaşma kaynakları</u></p> <p>Uluslararasılaşmaya ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış, kurumsallaşmıştır, bu kaynaklar nicelik ve nitelik bağlamında izlenmekte ve değerlendirilmektedir.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma faaliyetlerini sürdürebilmesi için yeterli kaynak bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma faaliyetlerini sürdürebilmek için uygun nitelik ve nicelikte fiziki, teknik ve mali kaynakların oluşturulmasına yönelik planları bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin uluslararasılaşma kaynakları birimler arası denge gözetilerek yönetilmektedir.</p>	<p>Birimde uluslararasılaşma kaynaklarının dağılımı izlenmekte ve iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Uluslararası çalışmalar için ayrılan kaynaklarının yönetimine ilişkin belgeler (Erasmus vb. bütçelerin kullanım oranı, AB proje bütçelerinin yönetimi ve ikili protokoller kapsamında gerçekleşen kaynakların yönetimine ilişkin belgeler gibi)</i> • <i>Uluslararasılaşma kaynakların dağılımının izlenmesi ve iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar</i> • <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i> 					

A.5. Uluslararasılaşma

	1	2	3	4	5
<p><u>A.5.3. Uluslararasılaşma performansı</u></p> <p>Uluslararasılaşma performansı izlenmektedir. İzlenme mekanizma ve süreçleri yerleşiktir, sürdürülebilirdir, iyileştirme adımlarının kanıtları vardır.</p>	Birimde uluslararasılaşma faaliyeti bulunmamaktadır.	Birimde uluslararasılaşma politikasıyla uyumlu faaliyetlere yönelik planlamalar bulunmaktadır.	Birimin geneline yayılmış uluslararasılaşma faaliyetleri bulunmaktadır.	Birimde uluslararasılaşma faaliyetleri izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • <i>Uluslararasılaşma faaliyetleri</i> • <i>Kurumun uluslararasılaşma performansını izlemek üzere kullandığı göstergeler</i> • <i>Uluslararasılaşma hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını izlemek üzere oluşturulan mekanizmalar</i> • <i>Uluslararasılaşma süreçlerine ilişkin yıllık öz değerlendirme raporları ve iyileştirme çalışmaları</i> • <i>Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar</i> 					

D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları

Birim, toplumsal katkı faaliyetlerini stratejik amaçları ve hedefleri doğrultusunda yönetmelidir. Bu faaliyetler için uygun fiziki altyapı ve mali kaynaklar oluşturmalı ve bunların etkin şekilde kullanımını sağlamalıdır.

	1	2	3	4	5
<p><u>D.1.1. Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi</u></p> <p>Birimin toplumsal katkı politikası birimin toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsallaşmıştır. Toplumsal katkı süreçlerinin yönetim ve organizasyonel yapısı kurumun toplumsal katkı politikası ile uyumludur, görev tanımları belirlenmiştir. Yapının işlerliği izlenmekte ve bağlı iyileştirmeler gerçekleştirilmektedir.</p>	Birimde toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısına ilişkin bir planlama bulunmamaktadır.	Birimin toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısına ilişkin planlamaları bulunmaktadır.	Birimin genelinde toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısı kurumsal tercihler yönünde uygulanmaktadır.	Birimde toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısının işlerliği ile ilişkili sonuçlar izlenmekte ve önlemler alınmaktadır.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyon yapısı • Toplumsal katkı yönetim modeli • Toplumsal katkı faaliyetlerini yürüten birimler ve uygulama örnekleri • Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi ve organizasyonel yapısının işlerliğine ilişkin izleme ve iyileştirme kanıtları • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 				

D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları

	1	2	3	4	5
<p><u>D.1.2. Kaynaklar</u></p> <p>Toplumsal katkı etkinliklerine ayrılan kaynaklar (mali, fiziksel, insan gücü) belirlenmiş, paylaşılmış ve kurumsallaşmış olup, bunlar izlenmekte ve değerlendirilmektedir.</p>	Birimin toplumsal katkı faaliyetlerini sürdürebilmesi için yeterli kaynağı bulunmamaktadır.	Birimin toplumsal katkı faaliyetlerini sürdürebilmek için uygun nitelik ve nicelikte fiziki, teknik ve mali kaynakların oluşturulmasına yönelik planları bulunmaktadır.	Birim toplumsal katkı kaynaklarını toplumsal katkı stratejisi ve birimler arası dengeyi gözeterek yönetmektedir.	Birimde toplumsal katkı kaynaklarının yeterliliği ve çeşitliliği izlenmekte ve iyileştirilmektedir.	İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Toplumsal katkı faaliyetlerini yürüten araştırma ve uygulama merkezleri ve diğer birimler • Toplumsal katkı çalışmalarına ayrılan bütçe ve yıllar içinde değişimi • Toplumsal katkı kaynaklarının toplumsal katkı stratejisi doğrultusunda yönetildiğini gösteren kanıtlar • Toplumsal katkı kaynaklarının çeşitliliği ve yeterliliğinin izlendiğine ve iyileştirildiğine ilişkin kanıtlar • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 				

D.2. Toplumsal Katkı Performansı

Birim, toplumsal katkı stratejisi ve hedefleri doğrultusunda yürüttüğü faaliyetleri periyodik olarak izlemeli ve sürekli iyileştirmelidir.

	1	2	3	4	5
<p><u>D.2.1. Toplumsal katkı performansının izlenmesi ve değerlendirilmesi</u></p> <p>Birim, Sürdürülebilir Kalkınma Amaçları ile uyumlu, dezavantajlı gruplar dahil toplumun ve çevrenin ihtiyaçlarına cevap verebilen ve değer yaratan toplumsal katkı faaliyetlerinde bulunmaktadır. Ulusal ve uluslararası düzeyde kurumsal iş birlikleri, çeşitli kamu kurum ve kuruluşlarına yapılan görevlendirmeler ile kurumun bünyesinde yer alan birimler aracılığıyla yürütülen eğitim, hizmet, araştırma, danışmanlık vb. toplumsal katkı faaliyetleri izlenmektedir. İzleme mekanizma ve süreçleri yerleşik ve sürdürülebilirdir. İyileştirme adımlarının kanıtları vardır.</p>	<p>Birimde toplumsal katkı performansının izlenmesine ve değerlendirmesine yönelik mekanizmalar bulunmamaktadır.</p>	<p>Birimde toplumsal katkı performansının izlenmesine ve değerlendirmesine yönelik ilke, kural ve göstergeler bulunmaktadır.</p>	<p>Birimin genelinde toplumsal katkı performansını izlemek ve değerlendirmek üzere oluşturulan mekanizmalar kullanılmaktadır.</p>	<p>Birimde toplumsal katkı performansı izlenmekte ve ilgili paydaşlarla değerlendirilerek iyileştirilmektedir.</p>	<p>İçselleştirilmiş, sistematik, sürdürülebilir ve örnek gösterilebilir uygulamalar bulunmaktadır.</p>
	<p>Örnek Kanıtlar</p> <ul style="list-style-type: none"> • Kurumun hedefleriyle uyumlu toplumsal katkı faaliyetleri • Toplumsal katkı performansını izlemek üzere geçerli olan tanımlı süreçler • Toplumsal katkı hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığını izlemek üzere oluşturulan mekanizmalar • Paydaş geri bildirimleri • Toplumsal katkı performansının izlenmesine ve iyileştirilmesine ilişkin kanıtlar • Standart uygulamalar ve mevzuatın yanı sıra; birimin ihtiyaçları doğrultusunda geliştirdiği özgün yaklaşım ve uygulamalarına ilişkin kanıtlar 				