

GAZİ ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK ARAŞTIRMA VE UYGULAMA
MERKEZİ

BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU

Ankara, Ocak 2025

İçindekiler

GENEL BİLGİLER	4
1.İletişim Bilgileri	5
2. Tarihsel Gelişimi.....	5
3. Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri.....	8
LİDERLİK, YÖNETİM ve KALİTE	10
A.1. Liderlik ve Kalite	10
A.1.1. Yönetim Modeli ve İdari Yapı.....	10
A.1.2. Liderlik.....	12
A.1.3. Kurumsal Dönüşüm Kapasitesi	13
A.1.4. İç Kalite Güvencesi Mekanizmaları	13
A.1.5. Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik	14
A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar.....	15
A.2.1. Misyon, Vizyon ve Politikalar	15
A.2.2. Stratejik Amaç ve Hedefler	16
A.2.3. Performans Yönetimi.....	16
A.3. Yönetim Sistemleri.....	18
A.3.1. Bilgi Yönetim Sistemi.....	18
A.3.2. İnsan Kaynakları Yönetimi.....	18
A.3.3. Finansal Yönetim.....	20
A.3.4. Süreç Yönetimi	21
A.4. Paydaş Katılımı.....	22
A.4.1. İç ve Dış Paydaş Katılımı	22
A.5. Uluslararasılaşma	24
A.5.1. Uluslararasılaşma Süreçlerinin Yönetimi	24
A.5.2. Uluslararasılaşma Kaynakları	24
A.5.3. Uluslararasılaşma Performansı.....	25

EĞİTİM ÖĞRETİM.....	25
B.1. Program Tasarımı, Değerlendirmesi ve Güncellenmesi.....	25
B.1.1. Programların tasarımı ve onayı.....	25
B.1.5. Programların izlenmesi ve güncellenmesi.....	27
B.1.6. Eğitim ve öğretim süreçlerinin yönetimi.....	27
B.2. Programların Yürütülmesi (Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme).....	28
B.2.4. Yeterliliklerin sertifikalandırılması ve diploma.....	28
TOPLUMSAL KATKI.....	25
D.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları	28
D.1.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi	28
D.1.2. Kaynaklar.....	29
D.2 Toplumsal Katkı Performansı.....	29
D.2.1.Toplumsal Katkı Performansının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi	29
SONUÇ VE DEĞERLENDİRME	30
EK.2 DERECELİ DEĞERLENDİRME ANAHTARI.....	Hata! Yer işareti tanımlanmamış.

GENEL BİLGİLER

Giriş

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi 2024 yılı Birim İç Değerlendirme Raporu (BIDR); Merkezimizdeki yıllık iç değerlendirme süreçlerini izlemek, Merkezimizin ve Üniversitemizin İç Değerlendirme Raporuna temel oluşturmak üzere Birim Kalite Ekibi Başkanlığında Merkezimizin misyonu, vizyonu, değerleri, faaliyetleri ve 2024-2028 Stratejik Planı ve performans göstergelerine ait izlem sonuçları temel alınarak hazırlanmıştır.

Amaç

2024 BIDR ile merkezimizin güçlü ve gelişmeye açık yönlerinin değerlendirilmesi ve iyileştirme süreçlerine katkı sağlanması amaçlanmıştır. Birim İç Değerlendirme Raporu sonuçları, iç ve dış paydaşlarımızla iletişim ve iş birliği, öz değerlendirme çalışmaları, performans değerlendirme, kalite güvencesi kültürünün yaygınlaştırılması ve içselleştirilmesi amacıyla kullanılacaktır.

İçerik

2024 yılı BIDR; Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) Değerlendirme Ölçütleri, Birim İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzu, Kurumsal Akreditasyon ve İzleme Raporları, Üniversitemizin ve Merkezimizin önceki yıllara ait iç ve dış değerlendirme raporları, 2024-2028 Stratejik Planları, Kalite İyileştirme Planları (KİP, BİP), Strateji Eylem Planı (SEP), Birim Stratejik Plan Değerlendirme Tabloları ve temel alınarak, istenilen bilgi, belge ve kanıtları içerecek şekilde hazırlanmıştır.

Raporun Hazırlanması ve Yayımlanması

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi 2024 yılı BIDR, Gazi Üniversitesi Kalite Komisyonu Birim İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzunda bulunan ana başlıklar (Liderlik, Yönetişim ve Kalite, Eğitim ve Öğretim, Araştırma ve Geliştirme, Toplumsal Katkı) altındaki her bir ölçüt için detaylı açıklamalar yapılmış, tüm açıklamalar kanıtlarla desteklenmiş ve her bir alt ölçüte ilişkin için mevcut durum YÖKAK Dereceli Değerlendirme Anahtarı kullanılarak 1 ile 5 arasında değerlendirilmiştir.

Rapor hazırlanırken yapılan yorumların ve puanlamaların somut verilere dayandırılabilmesi için ilgili kanıtlar ile desteklenmiştir. BIDR'ın hazırlanmasında Fakültemiz ve Üniversitemizin Stratejik Plan (SP) amaç ve hedefleri, Birim Stratejik Plan ve amaçları, Strateji Eylem Planı (SEP), Kalite İyileştirme Planı (KİP) ve Birim İyileştirme Planları da dikkate alınarak değerlendirmeler yapılmıştır.

BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU

ÖZET

2024 yılı Birim İç Değerlendirme Raporu (BIDR), Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) – Kurum İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzuna (Sürüm 3.2) ve Gazi Üniversitesi Kalite Komisyonu Birim İç Değerlendirme Raporu Hazırlama Kılavuzu temel alınarak Liderlik, Yönetişim ve Kalite, Eğitim ve Öğretim, Araştırma ve Geliştirme, Toplumsal Katkı başlıkları altında, YÖKAK Dereceli Değerlendirme Anahtarları kullanılarak ve kanıtlarla desteklenerek hazırlanmıştır.

BİRİM HAKKINDA BİLGİLER

1. İletişim Bilgileri

Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi			
	Unvanı, Adı, Soyadı	Telefon	E-posta
Birim Yöneticisi	Başhekim/ Prof. Dr. Hasan BOSTANCI	03122025090	hasanbostanci@gazi.edu.tr
Birim Kalite Ekibi Başkanı	Başhekim Yardımcısı/Prof. Dr. Ödül EĞRİTAŞ GÜRKAN	03122025097	egritas@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.

2024 yılı sağlık hizmetleri yatak sayısı, hasta sayısı, ve tetkik sayıları Tablo 1’de, 2024 yılı akademik ve idari çalışan sayıları Tablo 2 ‘de, hastanemize ait fiziksel alanlar Tablo 3’de açıklanmıştır.

Tablo-1 Sağlık Hizmetleri

	YATAK SAYISI			HASTA SAYISI			TETKİK SAYISI		
	2022	2023	2024	2022	2023	2024	2022	2023	2024
ACİL SERVİS HİZMETLERİ	43	43	37	15.976	15.826	14.995			
YOĞUN BAKIM	124	124	124	6.036	7025	7.122			
KLİNİK	713	713	759	45.080	47.571	47.725			
AMELİYAT HİZMETLERİ				71.153	74.531	74.201			
POLİKLİNİK HİZMETLERİ				1.136.117	1.260.383	1.134.369			
LABORATUVAR HİZMETLERİ				654.085	1.496.650	1.438.860	10.768.629	12.198.861	12.872.203
RADYOLOJİ ÜNİTESİ HİZMETLERİ				340.285	275.538	278.153	475.444	509.203	525.563
NÜKLEER TIP BÖLÜMÜNDE VERİLEN HİZMETLER				9.129	8.583	8.320	10.518	10.095	11.562

Tablo-2 Akademik ve İdari Çalışan Sayıları (2024 yılı)

Akademik Personel	
Profesör	298
Doçent	101
Doktor Öğretim Üyesi	68
Öğretim Görevlisi	34
Araştırma Görevlisi	985
Toplam	1486

İdari Personel	
Kadrolu İdari Personel (657 S.K. 4/A)	1860
Sözleşmeli İdari Personel(657 S.K. 4/B)	388
Sürekli İşçi (696 KHK)	1011
Sürekli İşçi (Kamu)	174
Toplam	3433

Tablo-3 Hastane Alanları

Birim	Sayı (Adet)	Alan (m2)
A Blok	1	5.550
Yoğun Bakım	13	2.740
Ameliyathane	26	2.812
Klinik	3 Blok	30.625
Laboratuvar	10	3200
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	500
Poliklinik Binası	1	24.020
İdari, Hizmet, Tetkik Katları	1	17.530
Radyoterapi Alanı	1	684
Hemodiyaliz Alanı	1	1.500
E Blok	1	38.400
Hastane Toplam Kapalı Alanı	-	134.950
Çayyolu Semt Polikliniği	1	3.800
Merkez Kampüs	1	1.370
AMATEM	1	3.500
GENEL TOPLAM		143.650

3. Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri

Misyon

Temel değerler doğrultusunda yaşamın her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere, çağdaş tıbbın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatılmış, hasta ve çalışan odaklı, insan haklarına saygılı, etik kurallara bağlı, kaliteli tanı ve tedavi hizmeti sunmak ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesine yönelik nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerine katkıda bulunmaktır.

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.

Temel Değerler

Dürüstlük	Güleryüzlü
Sorumluluk	Çalışkan
Duyarlı	Hakkaniyetli
Saygılı	Eşitlik
Özverili	Memnuniyet
Şeffaf	Mahremiyet
Lider	Çevreye Duyarlı

Amaç ve Hedefler

2024– 2028 Stratejik Planında yer alan stratejik amaçlarımız (SA) ve hedeflerimiz aşağıda yer almaktadır.

SA 1: Ulusal ve Uluslararası alanda hasta bakım, takip ve tedavi süreçlerini geliştirmek.

- 1.1: Merkezimizin fiziki koşulları iyileştirilecek, insan gücü ve teknoloji kapasitesi artırılacaktır.
- 1.2: Yeni hastane binası yapım süreci tamamlanacak, iç tefrişatı ve personel istihdamı sağlanacaktır.
- 1.3: Çamaşırhane hizmetleri hastane tarafından sağlanacaktır.
- 1.4: Arşiv ihtiyacının giderilmesine yönelik ek arşiv binasının yapılması sağlanacaktır.
- 1.5: Merkezimizde bulunan Uluslararası Hasta Ofisine başvuran hasta sayısı artırılacaktır.

SA 2: Merkezimizden hizmet alan tüm hastaların, bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliğini ve memnuniyetini sağlamak.

- 2.1: Bakım sürecinde gelişebilecek basınç yarası sayısı azaltılacaktır.
- 2.2: Bakım sürecinde gelişebilecek düşen hasta sayısı azaltılacaktır.
- 2.3: Sağlık Hizmeti İlişkili Enfeksiyonların (SHİE) tanı sayısı azaltılacaktır.
- 2.4: Hasta memnuniyet oranı artırılacaktır.

SA 3: Çalışan sağlığı, güvenliği ve memnuniyetini sağlamak.

- 3.1: Çalışan sağlık taramaları programı kapsamında sağlık gözetimi tamamlanan personel oranı artırılacaktır.
- 3.2: Kesici delici alet yaralanmalarına veya kan ve vücut sıvısına maruz kalan çalışan sayısı azaltılacaktır.
- 3.3: Çalışan güvenliğinin sağlanmasına yönelik uygulanan faaliyetler artırılacaktır (Risk yönetimi çalışmaları, beyaz kod uygulaması vb.)
- 3.4: Çalışan memnuniyet oranı artırılacaktır.

SA 4: Sosyal sorumluluk bilinci, hizmet kalitesi ve paydaşlarla iş birliğini artırarak topluma katkı sağlamak.

4.1: Toplumsal Katkı Öncelikli Alanlar doğrultusunda faaliyetler yerel, bölgesel ve ulusal kalkınma hedefleriyle uyumlu bir şekilde yürütülerek topluma katkı sağlayacak etkinlik sayısı artırılabacaktır.

4.2: Toplumsal Katkı Politikası doğrultusunda sağlığın korunmasına ve kalitesinin artırılmasına yönelik bilgilendirmeler ve topluma sunulan sağlık hizmetlerinin kalitesinin geliştirilmesine ilişkin faaliyetler artırılabacaktır.

LİDERLİK, YÖNETİŞİM ve KALİTE

A.1. Liderlik ve Kalite

A.1.1. Yönetişim Modeli ve İdari Yapı

Faaliyetler

Merkezimiz, temel değerler doğrultusunda yaşamın her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere, çağdaş tıbbın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatılmış, hasta ve çalışan odaklı, insan haklarına saygılı, etik kurallara bağlı, kaliteli tanı ve tedavi hizmeti sunmak ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesine yönelik nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerine katkıda bulunmayı misyon edinmiştir. Bu misyona uygun olarak ve sunulan sağlık hizmeti faaliyetlerinin kalitesini, hasta ve çalışan memnuniyetini ve güvenliğini arttırma hedefleri doğrultusunda merkezimizin yönetim modeli ve idari yapısı şekillendirilmiştir.

ISO 9001 kalite güvence sistemi belgesi almaya hak kazanan ilk devlet üniversite hastanesi olan Merkezimiz, halen TS EN ISO 9001: 2015 Kalite Yönetim Sistemi Standardı ile hizmet vermektedir. Merkezimiz TSE tarafından 2022 yılında yapılan dış tetkik sonucunda Kalite Yönetim Sistemi belgesini 2025 yılına kadar yenilemiştir ((5)A.1.1.1.). Ayrıca Türkiye'de hizmet sunan tüm sağlık kurum ve kuruluşları için hedeflenen kalite düzeyini ortaya koymak ve uygulamaya yönelik rehberlik etmek amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında faaliyetlerini sürdürmektedir. Ayrıca akreditasyon hizmetleri kapsamında Merkezimizde; tıpta uzmanlık eğitimi alanında ulusal ve uluslararası düzeyde ilgili dernek yeterlilik kurullarından alınan sertifikalı birimlerimiz iç ve dış paydaşlarımıza hizmet vermektedir.

Birimlerimiz Gazi Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığı Web Sayfasında yer almaktadır(<https://med.gazi.edu.tr/view/page/3401/akreditasyonlar>).

Merkezimizde poliklinikler, klinikler, laboratuvarlar, yoğun bakımlar, görüntüleme hizmetleri, idari ve destek birimlerine ait faaliyetlerin nasıl icra edildiğini anlatan prosedürler ((4)A.1.1.2.) ve iş akış şemaları ((4)A.1.1.3.) tanımlanmıştır. İş akış şemaları Merkezimiz WEB sayfasında yer almaktadır.

Merkezimizde süreçlerle uyumlu olarak yetki, görev ve sorumluluklar belirlenmiş ve görev tanımları formları tanımlanmıştır. Görev tanımları formlarının bir kısmına birimimiz WEB sayfasından ulaşılabilmektedir ((4)A.1.1.4.).

Merkezimizin organizasyon yapısını ve sorumluluk alanlarını gösteren organizasyon şeması bulunmaktadır. Birim organizasyon şeması Merkezimiz WEB sayfasında güncel haliyle yayınlanmış ve işleyişin paydaşlarca bilinirliği sağlanmıştır ((4)A.1.1.5.).

Merkezimiz bünyesinde; Enfeksiyon Kontrol Komitesi, Hasta Güvenliği Komitesi, Hasta Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi, Çalışan Memnuniyeti Değerlendirme Komitesi, Eğitim Komitesi, Radyasyon Güvenliği Komitesi, Transfüzyon Güvenliği Komitesi, İlaç Yönetimi ve Güvenliği Komitesi, Tesis Güvenliği Komitesi, Bilgi Güvenliği ve Kişisel Verilerin Korunması Komitesi, Atık Yönetimi Komitesi, Bebek Dostu Hastane Komitesi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi, Toplumsal Katkı Ekibi, Beslenme Destek Ekibi, Pembe Kod Yönetim Ekibi, Kırmızı Kod Yönetim Ekibi, Beyaz Kod Yönetim Ekibi, Mavi Kod Yönetim Ekibi, Enerji Yönetim Ekibi, Risk Değerlendirme Ekibi, Stratejik Planlama Ekibi, Ameliyathane Kurulu, İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu, Hastane Afet Planı Hazırlama Komisyonu, Hasta Baş Test Cihazları Komisyonu olmak üzere 26 adet komite/kurul ve ekip oluşturulmuştur. Komite, kurul ve ekiplerde üst yönetimden en az başhekim yardımcısı düzeyinde bir kişi bulunmaktadır. Ayrıca hastane başmüdürü, müdür ve müdür yardımcıları da toplantılara üye olarak katılmaktadır. İlgili komite, kurul ve ekiplerde merkezimizde yürütülen faaliyetler esnasında gelişen uygunsuzluklar ve uygunsuzluklara yönelik geliştirilen iyileştirme faaliyetleri görüşülmekte olup, alınan iyileştirme faaliyetleri kararları merkezimiz genelinde uygulanmaktadır.

İç Tetkik/ Öz Değerlendirme, tesis turları, risk değerlendirme çalışmaları veya faaliyet sırasında birimlerden gelen ve iyileştirme kapsamında belirlenen uygunsuzluklara yönelik olarak düzenleyici önleyici faaliyet formu düzenlenmektedir. Uygunsuzluklar komite/ kurul/ ekip toplantılarında görüşülmekte ve kalite iyileştirilme faaliyetlerine yönelik kararlar alınmaktadır. Kurul, komite, ekiplere yönelik yapılan toplantı tutanakları komite sekreteryası tarafından tutulmaktadır. Toplantılara yönelik tutanak örnekleri kanıt olarak paylaşılmıştır ((4)A.1.1.6.).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(5)A.1.1.1. TSE Kalite Yönetim Sistemi Belgesi

(4)A.1.1.2. Bölüm Birim Prosedürleri Örnekleri

(4)A.1.1.3. Bölüm/Birim İş Akış Şemaları_Örnekleri

(4)A.1.1.4. Görev Tanımları_Örnekleri

(4)A.1.1.5. Organizasyon_Şeması

(4)A.1.1.6. Kurul Komite Ekip Toplantı Tutanakları Örnekleri

A.1.2. Liderlik

Faaliyetler.

Merkezimiz, yönetiminde 1 başhekim, 6 başhekim yardımcısı, 1 başmüdür, 7 müdür, 16 müdür yardımcısı bulunmaktadır. Organizasyon şemasında da belirtildiği gibi ((4)A.1.1.5.) her bir yöneticinin başlıca sorumluluk alanı bulunmaktadır. Her bir yönetici başlıca sorumlu olduğu alanın çalışma faaliyetlerini takip etmekte, kalite iyileştirme çalışmalarına yönelik toplantılara katılmakta, planlanan ve gerçekleşen iyileştirme faaliyetlerini izlenmektedir.

Birimimizde kalite kültürünün sağlanması ve yaygınlaştırılması amacıyla başhekim yardımcısı Prof. Dr. Ödül Eğriş Gürkan direktörlüğünde Kalite Yönetim Birimi bulunmaktadır. Kalite Yönetim Biriminde bir adet akademik personel ve klinik deneyime sahip üç hemşire görev almaktadır. Uygulanmakta olan Sağlıkta Kalite Standartları ve TS EN ISO 9001: 2015 Kalite Yönetim Sistemi Standartları bu birim çalışanlarınca takip edilmekte, standartlarla ilgili olarak çalışanlara eğitimler verilmekte, standartlara uygunluğu açısından iç ve dış değerlendirme/tetkikler yapılmakta, tespit edilen uygunsuzluklara yönelik düzenleyici önleyici faaliyet formu düzenlenmektedir ((4)A.1.2.1.). Bu form Kalite Yönetim Birimi çalışanlarınca ilgili bölüm/birim kalite sorumluları ile görüşülerek ya da komite/kurul/ ekiplerde görüşülmesi sağlanarak alınan kararlar doğrultusunda iyileştirmeler sağlanmaya çalışılmaktadır.

Öz değerlendirme/ iç tetkik faaliyetleri TSE tarafından verilen iç tetkikçi sertifikasına sahip çalışanlarca yapılmaktadır. Yılda iki kez gerçekleştirilen öz değerlendirme/ iç tetkiklerin sonuçları Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantıları ile üst yönetimle paylaşılmaktadır ((4)A.1.2.2.). Üst yönetimin aldığı kararlar doğrultusunda iyileştirme faaliyetleri planlanıp uygulanmaktadır.

Ayrıca kalite kültürünün yaygınlaşması amacıyla tüm bölüm birimlerden 2 adet bölüm birim kalite sorumlusu belirlenmiştir. Sağlıkta Kalite Standartları ve TSE kapsamında düzenli aralıklarla takip edilen gösterge ve ölçme izlem formları bölüm birim kalite sorumlularınca hazırlanmakta ve analiz edilmesi amacıyla Kalite Yönetim Birimi çalışanları ile paylaşılmaktadır.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.1.2.1. 2024_Yılı_Düzeltici_Önleyici_Faaliyet_İzlem_Formu

(4)A.1.2.2. 2024_Yılı_Yönetimin Gözde Geçirme Toplantı Tutanakları

(4)A.1.1.5. Organizasyon Şeması

A.1.3. Kurumsal Dönüşüm Kapasitesi

Faaliyetler

Merkezimiz; iç ve dış paydaş katılımı, personel eğitimleri, ölçme ve değerlendirme, teknolojik kapasitesini artırma çabaları ile kurumsal değişim ve gelişim süreçlerini etkili bir şekilde yönetmeye çalışmaktadır. 2024 yılı içinde kurumsal dönüşüm kapasitesini artırmaya yönelik yapılan çalışmalar Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Gazi Hastanesi) 2024 Yılı Faaliyet Raporunda açıklanmıştır ((4)A.1.3.1.).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.1.3.1. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Gazi Hastanesi) 2024 Yılı Faaliyet Raporu

A.1.4. İç Kalite Güvencesi Mekanizmaları

Faaliyetler

Bir kurumdaki süreç ve hizmetlerinin kalitesini sürekli olarak izlemek, değerlendirmek ve iyileştirmek için oluşturulan iç mekanizmalar bütünü olarak tanımlanan iç kalite güvencesini sağlamak amacıyla Merkezimizde hasta güvenliği ve memnuniyeti, çalışan güvenliği ve memnuniyeti önem arz etmektedir. Bu amaçla Enfeksiyon Kontrol Komitesi çalışanları tarafından enfeksiyon kontrolü sağlanmaya çalışılmasına yönelik önlemler alınmaya çalışılmakta, çalışanlar bilgilendirilmekte ve enfeksiyon süreçlerine dair veriler düzenli aralıklar ile takip edilmektedir ((3)A.1.4.1.). Merkezimizde hasta güvenliğini sağlamak amacıyla İlaç Yönetimi ve Güvenliği Komitesi bulunmaktadır. İlgili komitede ilaç yönetiminde yaşanan uygunsuzluk ve istenmeyen olayların çözümlerine yönelik kararlar alınmaktadır ((4)A.1.4.2.). Ayrıca ilaç yönetimi süreci göstergeler aracılığı ile takip edilmektedir. ((4)A.1.4.3.). Merkezimizde hasta güvenliğinin sağlanması ve değerlendirilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen farklı göstergeler ile de bakım süreçleri takip edilmektedir ((4)A.1.4.4.). Hedef değer in üzerine çıkma durumlarında sorunun nedenlerinin belirlenmesine yönelik olarak Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından birim/ birim kalite sorumluları ile toplantılar sağlanmaktadır. Ayrıca belirlenen uygunsuzluklar Hasta Güvenliği Komitesinde değerlendirilmektedir. Hasta memnuniyetinin belirlenmesine yönelik olarak aylık periyotlarda hasta deneyim anketleri geri bildirimler alınmakta ve bu geri bildirimler süreçlerin iyileştirilmesi amacıyla kullanılmaktadır.

Merkezimizde çalışanlarımızın güvenliğini sağlamaya yönelik olarak güvenlik ihlali durumunu ilgili yerlere bildirmek, çalışanların görüş, öneri, şikâyetlerini almak ve değerlendirmek amacıyla Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi, risk değerlendirme çalışmalarını planlamak, iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerini gerçekleştirmek, iş kazaları tutanağını düzenlemek amacıyla İş Yeri Sağlık ve Güvenlik

Birimi, yıllık periyodik muayene yapmak, kan sonuçlarına göre belirlenen eksik aşların uygulamak, kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarına maruz kalma olay bildirim formunu doldurmak amacıyla çalışan sağlığı birimi bulunmaktadır. Merkezimizde meydana gelen ve çalışanların güvenliğini tehdit eden kazalar analiz edilmekte ((4) A.1.4.5.) ve İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu, Beyaz Kod Yönetim Toplantılarında üst yönetim ile paylaşılmaktadır ((4)A.1.4.6.). Ayrıca çalışana yönelik ilgili mevzuata uygun işlem başlatılmaktadır. İç kontrol güvencesini sağlamaya yönelik çalışanlarımızdan da yıllık olarak geri bildirimler alınmaktadır.

Merkezimizde iç kalite güvencesinin sağlanması amacıyla çalışanların kalite bilinci geliştirmeye yönelik eğitimler düzenlenmektedir ((4)A.1.4.7.).

Merkezimizdeki tüm süreçler TSE EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi ve Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde PUKÖ çevrimi ile yönetilmeye çalışılmaktadır. Merkezimize ait politika ayrıntılarının yer aldığı erişilebilen ve güncellenen bir doküman olarak Kalite El Kitabı oluşturulmuştur ((4)A.1.4.8.). Merkezimizde yapılan iyileştirmeler Faaliyet Raporları ve Performans Raporları ile yıllık olarak izlenmektedir.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

- (3)A.1.4.1. Enfeksiyon Kontrol Komitesi Gösterge İzlemleri
- (4)A.1.4.2. İlaç Yönetimi ve Güvenliği Komitesi Toplantı Tutanaqları
- (4)A.1.4.3. İlaç Yönetimi ve Güvenliği Gösterge İzlemleri
- (4)A.1.4.4. Bakım_Süreçlerine_Yönelik_Gösterge_İzlemi_Örnekleri
- (4)A.1.4.5. 2024_Yılı_Çalışan_Güvenliğini_Tehdit_Eden_Olayların_Analizi
- (4)A.1.4.6. İş_Sağlığı_ve_Güvenliği_Kurulu_Toplantı_Tutanağı_Örnekleri
- (4)A.1.4.7. Çalışanlara_Yönelik_Kalite_Eğitimleri
- (4)A.1.4.8. Kalite_El_Kitabı

A.1.5. Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik

Faaliyetler

Kalite İyileştirme Planı “**LYK 2024/60**: Birim raporlarının Üniversitemiz Kalite Komisyonu Kalite Koordinatörlüğü internet sayfasında yer alan Planlar ve Raporlar sekmesinde bir arada bulunması (**LYK 2021/43-b**).” kapsamında yürütülen bütün faaliyetleri kapsayan Birim İç Değerlendirme, Faaliyet Raporları, merkezimizde yürütülen hizmetler, hizmete erişimle ilgili bilgiler merkezimiz web sayfasında kamuoyu ile paylaşılmaktadır ((3)A.1.5.1.).

Merkezimizden istenen, merkezimize ait istatistiksel hizmet verileri ilgili kurum ve kuruluşlara (Sağlık Bakanlığı, İl Sağlık Müdürlüğü, Halk Sağlığı Genel Müdürlüğü, Gazi Üniversitesi Rektörlük Makamı, Yargı Organları vb.) bildirilmektedir. ((4)A.1.5.2.).

Ayrıca hasta bakım kalitesini arttırmak, çalışan ve hasta güvenliğini sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenmiş olan göstergeler düzenli aralıklarla bölüm birimlerce takip edilmekte ve hazırlanan sonuçlar Kalite Yönetim Birimi temsilcileri ile paylaşılmaktadır. Paylaşılan gösterge verileri Kalite Yönetim Birimi temsilcileri aracılığı ile Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemine düzenli aralıklarla veri girişleri yapılmaktadır ((4)A.1.5.3.).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(3)A.1.5.1. Gazi Üniversitesi Hastanesi WEB Sayfası

(4)A.1.5.2. İstatistik ve Raporlama Birimi Prosedürü

(4)A.1.5.3. Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

A.2.1. Misyon, Vizyon ve Politikalar

Faaliyetler

Merkezimiz, temel değerler doğrultusunda yaşamın her döneminde sağlık hizmetine ihtiyaç duyan bireylere, çağdaş tıbbın gerektirdiği bilgi ve becerilerle donatılmış, hasta ve çalışan odaklı, insan haklarına saygılı, etik kurallara bağlı, kaliteli tanı ve tedavi hizmeti sunmak ve sağlık profesyonellerinin yetiştirilmesine yönelik nitelikli eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerine katkıda bulunmayı misyon edinmiştir. Vizyonu ise 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 sağlık kuruluşu olmaktadır. Merkezimizin misyon, vizyon ve kalite politikası iç ve dış paydaşların kolayca erişebilmesi için web sayfasında yayınlanmıştır ((3)A.2.1.1.).

Ayrıca iç tetkiklerde çalışanlar tarafından kalite politikasının anlaşılabilirliği sorgulanmaktadır ((4)A.2.1.2.).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(3)A.2.1.1 Gazi Üniversitesi Hastanesi Web Sayfası

A.2.2. Stratejik Amaç ve Hedefler

Faaliyetler

Merkezimizin mevcut durumu ile gelecekte ortaya çıkması muhtemel gidişatını inceleme, hedeflerini belirleme, bu hedeflere ulaşmak için strateji geliştirme ve uygulama sonuçlarını ölçümleme amacıyla başhekim yardımcısı, başmüdür, hastane müdür, müdür yardımcıları ve kalite yönetim birimi temsilcilerinin katılımı ile 2024-2028 yılı stratejik planını hazırlamıştır ((4)A.2.2.1).

Kalite İyileştirme Planı “**LYK-S 2024/61**:Üniversitemizde her bir birimde ortak başlık içeren içeriklere (Birim Stratejik Planı, Birim Faaliyet Raporu, İş Akışları, Görev Tanımları, Ders Programı, Sınav Programı vb.) erişimlerde standart bir tanımlama yapılabilmesi ve erişim kolaylığının sağlanabilmesi için içeriklerin aynı isimde ve aynı menü başlıkları altında yer alması(LYK 2021/56).” kapsamında merkezimizde kalite çalışmalarında kalitenin değerlendirilmesine ve artırılmasına yönelik olarak yıllık oluşturulan Birim İç Değerlendirme Raporları, Faaliyet Raporları, 2024-2028 yılı Stratejik Planı bölümümüzün web sayfasında yayınlanmaktadır ((3)A.2.2.2).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.2.2.1. 2024-2028 Stratejik Plan

(3)A.2.2.2. Gazi Üniversitesi Hastanesi Web Sayfası

A.2.3. Performans Yönetimi

Sağlık hizmetinde kalitenin sürekli geliştirilmesi için hizmet süreçlerinin ve elde edilen sonuçların sürekli ve sistematik bir şekilde izlenmesi gereklidir. İzlem sırasında somut verilerle hareket edilmelidir. Somut kanıtlara ulaşmak için kalite çalışmalarının ölçülebilir bir formata dönüştürülmesi gerekir. Ölçüm, süreçlerin yönetimini ve izlenebilirliğini sağlamaktadır. Bu nedenle sağlık hizmetinin tüm süreçlerini kapsayan, ölçüme dayalı hedefler tespit edilerek iyileştirmeye açık alanlar belirlenmeli ve iyileştirilen alanlarda kalitenin sürekliliği sağlanmalıdır. Bu amaçla bazı araçlar kullanılmaktadır. Göstergeler, öz değerlendirmeler, görüş ve öneriler bu araçlardan bazılarıdır.

Faaliyetler

Merkezimizde, hizmet kalitesinin ölçülmesi, iyileştirme gereken süreç ya da bölümün kısa zamanda tespit edilmesi, üzerinde çalışma yapılan bölümle ilgili başarı veya başarısızlık eğiliminin tespit edilmesi amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından hazırlanan sağlıkta kalite göstergelerini içeren

Gösterge Yönetim Rehberi (Sürüm 2.3) kullanılmaktadır. ((3)A.2.3.1.). Gösterge yönetim rehberinde merkezimizin takip etmesi gereken 106 adet gösterge bulunmaktadır. Göstergelerin takibi merkezimizde hizmet veren Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından gerçekleştirilmektedir. Güncellenen rehber gereği Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından her bir göstergeye yönelik olarak Gösterge Kartları oluşturulmakta ((3)A.2.3.2.) ve birim /bölüm kalite sorumlularının bilgi sahibi olması amacıyla elektronik ortamda paylaşılmaktadır. Ayrıca Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından birim/bölüm kalite sorumlularına gösterge yönetimi konusunda eğitimler verilmektedir ((4)A.2.3.3.).

Veriler 3, 6, 12 aylık periyotlar halinde birim/bölüm kalite sorumluları tarafından Kalite Göstergeleri İzlem Formuna hazırlanmakta ((3)A.2.3.4.) ve Kalite Yönetim Birimi Temsilcileri tarafından değerlendirilerek Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemine veri girişleri sağlanmaktadır. ((3)A.2.3.5.). Göstergelerde hedef değerlere ulaşılama durumunda Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından Düzenleyici Önleyici Faaliyet başlatılmakta ((4)A.2.3.6.) birim/ bölüm sorumluları tarafından hedefe ulaşılama nedeni Hizmet Süreci Değerlendirme Formunda açıklanmakta ((4)A.2.3.7.) ve yeni hedef belirlenmektedir.

Merkezimiz tarafından takip edilen ve merkezimize ait 2024-2028 yılı Stratejik Planında yer alan temel performans göstergelerine ait veriler ve verilere ait açıklamalar ise Faaliyet Raporunda açıklanmaktadır ((3)A.2.3.8.).

Ayrıca Rektörlüğümüz tarafından Kurumsal Veri Yönetim Sistemi üzerinden talep edilen performans göstergelerine yönelik veriler de merkezimiz tarafından takip edilmekte ve veri girişleri aynı sistem üzerinden gerçekleştirilmektedir ((3)A.2.3.9.).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

((3)A.2.3.1. Sağlıkta Kalite Standartları Gösterge Yönetim Rehberi (Sürüm2.3)

((3)A.2.3.2. Gösterge Kartları Örnekleri

((4)A.2.3.3. Gösterge Yönetimi Eğitimi Eğitim Kayıt Formu Örneği

((3)A.2.3.4. Gösterge İzlem Formu Örnekleri

((3)A.2.3.5. Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi Ekran Görüntüsü

((4)A.2.3.6. Düzenleyici Önleyici Faaliyet İzlem Formu

((4)A.2.3.7. Hizmet Süreci Değerlendirme Formu

((3)A.2.3.8. Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Gazi Hastanesi) 2024 Yılı Faaliyet Raporu

((3)A.2.3.9. Kurumsal Veri Yönetim Sistemi Ekran Görüntüsü

A.3. Yönetim Sistemleri

A.3.1. Bilgi Yönetim Sistemi

Faaliyetler

Merkezimizde resmi yazışmalar için Elektronik Belge Yönetim Sistemi (EBYS) kullanılmaktadır. EBYS ile tüm yazışmalar elektronik imza ile yürütülmekte, evraklar çevrimiçi olarak takip edilebilmekte arşivlenmektedir. Merkezimiz, kalite yönetim süreçlerini beslemek amacıyla Rektörlüğümüz tarafından oluşturulan Kurumsal Veri Yönetim Sistemi, Risk Yönetim Sistemi, Anket Yönetim Sistemini kullanmaktadır. Ayrıca Sağlık Bakanlığı tarafından oluşturulan hastane gösterge verileri başta olmak üzere tüm veriler, anketler ve duyurular gibi süreçler için Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi (SBKKS) kullanılmaktadır ((3)A.3.1.1.).

Merkezimizden hizmet almak isteyen hastalarımızın internet üzerinden randevu almaları amacıyla dijital platform olan Online Randevu Sistemi kullanılmaktadır ve Online Randevu sekmesi merkezimiz internet sayfasında paylaşılmaktadır ((3)A.3.1.2.).

Ayrıca merkezimizde Hastane Bilgi Yönetim Sistemi (HBYS), insan kaynakları, ek ödeme, döner sermaye, maaş, bordro Bilgi Yönetim Sistemi olarak PAGO, Kamu Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemi (KBS), Bütünleşik Kamu Mali Yönetim Bilişim Sistemi, Muhasebe Yönetim Sistemi (MYS), Elektronik Kamu Alımları Platformu (EKAP) gibi bilgi yönetim sistemleri kullanılmaktadır.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

3

Kanıtlar

((3)A.3.1.1.). Sağlık Bakanlığı Kurumsal Kalite Sistemi Ekran Görüntüsü

((3)A.3.1.2. Gazi Üniversitesi Hastanesi WEB Sayfası (Online Randevu)

A.3.2. İnsan Kaynakları Yönetimi

Faaliyetler

Merkezimizde 2024 yılı Aralık ayı itibari ile 1486 akademik personel, 3433 İdari personel hizmet vermektedir. Merkezimizde personel planlaması yıllık olarak yapılmaktadır. İnsan kaynakları ihtiyaçları doğrultusunda idari personel temini için merkezimiz faaliyetleri çerçevesinde yıl içinde bölüm ve birimlerden üst yazı ile Başhekimliğe talepler iletilmektedir. Yazı içeriğinde unvanları belirtilen personel ile ilgili bağlı oldukları müdürlükten taleplerin değerlendirilmesi istenmektedir.

Değerlendirmelerin sonucu Gazi Üniversitesi Personel Dairesi Başkanlığına iletilmektedir. Talepler ilgili Başkanlık tarafından değerlendirilmektedir. Gerekli belgelerin belirlenmesi süreci ve onay süreci Gazi Üniversitesi Personel Dairesi Başkanlığı tarafından yapılmaktadır. Onay süreci tamamlanan kişilerin Gazi Üniversitesi Personel Dairesi Başkanlığı tarafından Başhekimliğimizde göreve başlaması sağlanmaktadır. Bu süreçlere yönelik detaylı açıklamalar Personel İstihdamına Yönelik Talimatta bulunmaktadır ((4)A.3.2.1.).

Merkezimizde görev yapan ve 657 sayılı Devlet Memurları Kanuna tabi tüm çalışan personellerin özlük haklarının belirlenen mevzuata uygun olarak düzenli bir şekilde yürütülmesini sağlayan İdari Personel Hizmetleri Birimi bulunmaktadır. Birimin işleyişi İdari Personel Hizmetleri Birimi Prosedüründe açıklanmıştır ((4)A.3.2.2.).

Merkezimizde görev yapan ve 4857 sayılı İş Kanununa tabi olarak çalıştırılan tüm işçilerin çalışma şartları ve özlük haklarını belirlenen mevzuata uygun olarak düzenli bir şekilde yürütülmesini sağlayan Sürekli İşçi Özlük Birimi bulunmaktadır. Birimin işleyişi Sürekli İşçi Özlük Birimi Prosedüründe açıklanmıştır ((4)A.3.2.3.).

Merkezimizde görev yapan hastane çalışanlarının ve stajyerlerin; mevzuat kapsamında hizmet sunum alanlarındaki görev, yetki ve sorumluluklarına ilişkin bilgi ve becerilerini arttırmak, yaptıkları işlerle ilgili farkındalıklarını ve yetkinliklerini arttırmak, göreve yeni başlayanların kısa sürede kurum ve görev alanlarına uyumlarını sağlamak yoluyla hizmet kalitesini ve verimini arttırmak amacına yönelik; eğitim ihtiyaçlarının tespit edilmesi, planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi ve sürdürülmesi usul ve esaslarının belirlenmesi amacıyla Eğitim Yönetim Birimi bulunmaktadır. Bölüm birim hizmet içi eğitimler, genel uyum eğitimleri, Sağlık Bakanlığı sertifika eğitimleri, hasta eğitimleri gibi eğitimler ilgili birim tarafından düzenlenmektedir. Birim faaliyetlerine yönelik daha detaylı açıklamalar Eğitim Yönetim Birimi Prosedüründe açıklanmıştır ((4) A.3.2.4.).

Kalite İyileştirme Planı **‘LYK-S 2024/115: Sağlık hizmetlerinden yararlananların aldığı hizmetten memnuniyet düzeyinin yükseltilmesi amacıyla, sağlık hizmeti veren personele yönelik olarak sağlık iletişimi ve hasta psikolojisi konularında eğitimlerin düzenlenmesi ’** faaliyeti de gözetilerek 2024 yılı içinde Eğitim Yönetim Birimi tarafından; Tehlikeli ve Tıbbi Atık Yönetimi, Hareketli Yaşamın Pozitif Etkileri, Hasta ve Hasta Yakınları ile Pozitif İletişim, Sağlıklı İletişim, İyi İletişim Farkındalık Özşefkat, Uzun Yaşam Beslenme ve Bağırsaklarımız, Gözden Kaçan Tehlike Pişirme Dumanı, Motivasyon ve Motivasyon Arttırma Yöntemleri, Anne Sütü ve Emzirmenin Önemi, Mavi Kod konularında eğitimler düzenlenmiştir. Ayrıca merkezimize yeni başlayan personellere yönelik olarak uyum eğitimi ve oryantasyon eğitimleri gerçekleştirilmiştir. Katılımcıların kayıtları, ‘Eğitim Kayıt Formu’ ile tutulur ve kayıtlar Eğitim Yönetim Birimi çalışanları tarafından dosyalanmaktadır. Eğitim Yönetim Birimi çalışanları tarafından ‘Personelin Eğitimlere Katılma Oranı’, ‘Planlanan Eğitimlerin

Gerçekleştirilme Oranı',Uyum Eğitimlerinin Gerçekleştirilme Oranı' 3 aylık süreçlerde analiz edilmekte ve Kalite Yönetim Birimi ile paylaşılmaktadır ((4) A.3.2.5.).

Merkezimizde çalışanlarımızın karşılaşmış oldukları güvenlik ihlali durumunda uygulanacak stratejilerin belirlenmesi amacıyla Sosyal Hizmet Uzmanının sorumlu olarak hizmet verdiği Çalışan Hakları ve Güvenliği Birimi bulunmaktadır. Birim çalışanı tarafından Beyaz Kod durumunda yapılması gerekenler mevzuata uygun olarak gerçekleştirilir. 2024 Yılı içinde çalışanlara yönelik şiddet olayı (Beyaz Kod) gösterge olarak takip edilmektedir ((4)A.3.2.6.). Ayrıca çalışanların görüş, öneri ve şikâyetleri matbu form aracılığı ile elden veya merkezimizin farklı noktalarında bulunan dilek ve şikâyet kutularından teslim alınmaktadır. Bildirimler, yılda 1 kez ve gerektiğinde toplanan çalışan memnuniyeti komitesinde değerlendirilmektedir.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.3.2.1. Personel İstihdamına Yönelik Talimat

(4)A.3.2.2. İdari Personel Hizmetleri Birimi Prosedürü

(4)A.3.2.3. Sürekli İşçi Özlük Birimi Prosedürü

(4)A.3.2.4. Eğitim Yönetim Birimi Prosedürü

(4)A.3.2.5. Eğitim Yönetim Birimi Gösterge İzlemleri

(4)A.3.2.6. Çalışanlara Yönelik Şiddet Olay Oranı İzlem Formu

A.3.3. Finansal Yönetim

Faaliyetler

Merkezimizde finansal kaynakların yönetimine ilişkin süreçler Gider Tahakkuk Birimi Hizmetleri Prosedürü ((4)A.3.3.1.) ve Satın Alma Hizmetleri Prosedüründe ((4)A.3.3.2.) tanımlanmıştır.

Merkezimizin 2024 yılı bütçe uygulama sonuçları Faaliyet Raporunda açıklanmaktadır ((3)A.3.3.3.)

Merkezimizin 2024-2028 yılı Stratejik Planında amaç ve hedeflerine ulaşabilmesi amacıyla finansal kaynakların planlanması, kullanımı tahmini maliyet tablosunda açıklanmıştır ((4)A.3.3.4.)

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.3.3.1 Gider Tahakkuk Birimi Hizmetleri Prosedürü

(4)A.3.3.2 Satın Alma Hizmetleri Birimi Prosedürü

(3)A.3.3.3 Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi (Gazi Hastanesi) 2024 Yılı Faaliyet Raporu

(4)A.3.3.4 Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Stratejik_Plan_2024-2028

A.3.4. Süreç Yönetimi

Faaliyetler

Merkezimizde faaliyet gösteren bölüm/birimler başhekim, başhekim yardımcıları, hastane müdür ve müdür yardımcılara bağlı olmakta ve bu durum Organizasyon Şemasında yer almaktadır ((4)A.3.4.1.) Merkezimizde faaliyet gösteren tüm bölüm/birimlere ait prosedürler ((4)A.3.4.2.) ve iş akış şemaları ((4)A.3.4.3.) bölüm birim kalite sorumlularınca hazırlanmış ve bağlı olduğu üst yönetim tarafından imzalanmıştır.

Merkezimizdeki süreçler yılda iki kez yapılan öz değerlendirme/ iç tetkiklerle değerlendirilmektedir. Öz değerlendirme/ iç tetkikler Kalite Yönetim Birimi tarafından yönetilmektedir. Konu ile ilgili bölüm birimlere EBYS üzerinden bilgilendirme yazısı gönderilmektedir ((3)A.3.4.4.) Öz değerlendirme/ iç tetkikler Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından Sağlıkta Kalite Standartları esas alınarak oluşturulan soru listeleri ve TS EN ISO 9001:2015 standartları esas alınarak oluşturulan soru listeleri ile gerçekleştirilmektedir Değerlendirmeler sonucunda her bölüme rapor formları oluşturulmaktadır ((4)A.3.4.5.). Standartlara yönelik uygunsuzluk tespit edilen süreçlere ilişkin Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından düzeltici önleyici faaliyet formu düzenlenmektedir. Standartlara göre belirlenen uygunsuzluklar Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantılarında değerlendirilmekte ve sürecin ilişkin kararlar alınmaktadır ((4)A.3.4.6.) 2024 yılında 119 uygunsuz faaliyet tespit edilmiş olup 87 tanesinde uygunsuzluk giderilmiştir ((4)A.3.4.7.).

Ayrıca süreçlere ilişkin sayısal sonuçlar, performans göstergeleriyle ve gösterge kartlarıyla dönemsel olarak izlenmekte, uygun olmayan durumlar için düzeltici faaliyet gerçekleştirilmektedir. Sürekli iyileşmenin sağlanması amacıyla aylık olarak hasta ve hasta yakınlarına yönelik hasta deneyim anketleri, çalışanlara yönelik çalışan geri bildirim anketleri uygulanmaktadır. Anket sonuçları Hasta Memnuniyeti Komitesi ve Çalışan Memnuniyeti Komitelerinde değerlendirilmektedir ((4)A.3.4.8.).

Süreç yönetiminin başarılı olduğunun kanıtları vardır. Hastanemiz 1998 yılından itibaren Kalite Yönetim Sistemi belgesine sahiptir. 2024 yılında Türk Standartları Enstitüsü tarafından 16-17 Mayıs tarihinde yapılan 2. Gözetim Tetkiki başarılı bir şekilde gerçekleşmiş ve belgemizin geçerliliği onaylanmıştır. Ayrıca 2022 yılında Sağlık Bakanlığı tarafından Sağlıkta Kalite Standartları kapsamında yapılan değerlendirmelerin sonucu 85.88 puan olarak belirlenmiştir ((4)A.3.4.9.).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

Kanıtlar

(4)A.3.4.1 Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Organizasyon Şeması

(4)A.3.4.2Bölüm-Birim Prosedürleri Güncel Doküman Listesi

(4)A.3.4.3 Bölüm-Birim İş Akış Şeması Güncel Doküman Listesi

(3)A.3.4.4 Öz Değerlendirme/ İç Tetkik Bildirim Yazısı

(4)A.3.4.5 Öz değerlendirme İç tetkik Rapor Formu Örnekleri

(4)A.3.4.6 Yönetimin Gözde Geçirme Toplantı Tutanağı

(4)A.3.4.7 2024 Yılı Düzeltici Önleyici Faaliyet İzlem Formu

(4)A.3.4.8 2024 Yılı Hasta ve Çalışan Memnuniyeti Komiteleri Toplantı Tutanak Örnekleri

(4)A.3.4.9 Sağlık Bakanlığı Değerlendirme Puanı

A.4. Paydaş Katılımı

A.4.1. İç ve Dış Paydaş Katılımı

Faaliyetler

Merkezimizde Kalite Yönetim Sistemi çalışmalarına katkı sağlama amacına yönelik; hastaların memnuniyet, öneri ve şikâyetlerinin değerlendirilmesi için her ay düzenli olarak Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından telefon ile Hasta Deneyim Anketleri uygulanmaktadır. Hasta ve hasta yakınlarından alınan geri bildirimler Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından analiz edilmektedir ((4)A.4.1.1). Ayrıca sonuçlar Hasta Memnuniyeti Komitesinde görüşülmekte ve iyileştirme faaliyetleri planlanmaktadır ((4)A.4.1.2).

Merkezimiz çalışanlarına yönelik olarak ise rektörlüğümüz Anket Yönetim Sistemi aracılığı ile yılda 1 kez Aralık ayında Çalışan Geri Bildirim Anketi uygulanmaktadır. Anket sonuçları Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından analiz edilmekte ((4)A.4.1.3) ve sonuçları Çalışan Memnuniyeti Komitesinde paylaşılmaktadır. 2023 Yılı'nın Çalışan Geri Bildirim Anketinin sonuçları 2024 yılının ilk aylarında üst yönetimin katıldığı ilgili komitede paylaşılmış iyileştirmeye yönelik kararlar alınmıştır ((4)A.4.1.4). Bu toplantının sonucuna göre çalışan memnuniyetlerinin artırılması amacıyla meslek bazlı toplantılar planmış ve uygulanmıştır ((4)A.4.1.5).

Merkezimizde hasta ve hasta yakınları tarafından yazılı ve sözlü olarak iletilen öneri, şikâyet ve memnuniyetlerle ilgili yapılan faaliyetlerin tanımlanması, hastanemizde tedavi gören her hastanın uygulanan tıbbi tedaviden etkin bir şekilde yararlanması, hasta ve hasta yakınlarının beklentilerine uygun hizmet planlaması faaliyetlerinin en iyi şekilde yürütülmesinin sağlanması amacıyla Hasta

Hakları Birimi bulunmaktadır. İç ve dış paydaşlardan Şikâyet, memnuniyet ve öneriler; birime direk başvuru, 11 adet olan şikâyet, memnuniyet, öneri kutuları, SABİM, CİMER, e-posta yoluyla toplanmaktadır. İki haftada bir kez birim çalışanları tarafından kutular açılmakta ve şikâyet, memnuniyet ve Öneri Kutusu Açma Tutanağına kayıt yapılarak kutulardan formlar toplanmaktadır.

Hasta Hakları Biriminin işleyişine ait prosedür bulunmakta ve süreç ilgili prosedürde açıklanmaktadır. Hasta Hakları Birimine iletilen şikayet, memnuniyet ve önerilerin analizleri dönemlik ve yıllık olarak birim çalışanları tarafından (şikayet sayısı takibi, yerinde çözümlenen işlem sayısı, yerinde çözilemeyen işlem sayısı) yapılmakta ve ortak ağ paylaşım sisteminde tüm iç paydaşlarla paylaşılmaktadır. Ayrıca Hasta Hakları Birimine dış paydaşlar tarafından iletilen şikayet başvurularına geri bildirimler 15 gün yasal süre içerisinde e-posta veya telefon aracılığıyla paylaşılmaktadır ((4)A.4.1.6). Merkezimizin web sayfasında 'Bize Yazın' sekmesi bulunmaktadır ((3)A.4.1.7). İlgili alandan hasta, hasta yakınları ve çalışanlarımız (iç ve dış paydaşlar) şikâyet, memnuniyet ve önerilerde bulunabilmektedir. Yıl içinde gerçekleştirilen tüm faaliyetler yıllık hizmet süreci değerlendirme formunda belirtilmektedir. Hizmet süreci değerlendirme formu ilgili Müdür/Müdür yardımcısı tarafından değerlendirildikten sonra onaylanmakta ve ortak ağ paylaşım sisteminde yayınlanmaktadır. (4)A.4.1.8). Merkezimizde hasta ve hasta yakınlarının tedavi süreçlerinde karar alma süreçlerine aktif katılımlarını sağlamak ve bunu yazılı olarak onaylatmak amacıyla bilgilendirilmiş rıza ve onam belgeleri kullanılmaktadır (4)A.4.1.9).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.4.1.1 2024 Yılı Hasta Deneyim Anketi Analiz Sonucu

(4)A.4.1.2 2024 Yılı Hasta Memnuniyeti Komitesi Toplantı Tutanakları

(4)A.4.1.3 2023 Yılı Çalışan Geri Bildirim Anketi Analiz Sonucu

(4)A.4.1.4 2024 Yılı Çalışan Memnuniyeti Komitesi Toplantı Tutanağı

(4)A.4.1.5 2023 Yılı Çalışan Geri Bildirimi Anketi Analizi Sonucu Çalışanlar ile Yapılan Toplantı Tutanakları Örnekleri

(4)A.4.1.6 2024 Yılı Hasta Hakları Birimi Tarafından İletilen Analizler

(3)A.4.1.7 Web Sayfası Bize Yazın Sekmesi

(4)A.4.1.8 Hasta Hakları Birimi Hizmet Süreci Değerlendirme Formu

(4)A.4.1.9 Rıza ve Onam Belgesi Örneği

A.5. Uluslararasılaşma

A.5.1. Uluslararasılaşma Süreçlerinin Yönetimi

Faaliyetler

Merkezimizde uluslararasılaşma sürecinde; yabancı uyruklu hastalara yönelik hizmet sunumu “Uluslararası Hasta Ofisi” aracılığıyla yürütülmektedir ((4)A.5.1.1). 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. Birimin faaliyetlerine ilişkin prosedür bulunmaktadır ((4)A.5.1.2). Hastanemiz WEB sayfasında uluslararası hasta sekmesi bulunmaktadır ((3)A.5.1.3). Sayfanın İngilizce, Arapça, Rusça çevirileri mevcuttur. Birim çalışanları tarafından 7/24 danışmanlık, tercüman, otel konaklaması, ücretsiz transfer hizmetleri gibi hizmetlerde hastalara yardımcı olunmaktadır.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4)A.5.1.1 Medicamap - Sağlık Bakanlığı Uluslararası Sağlık Turizmi Yetki Belgesi

(4)A.5.1.2 Uluslararası Hasta Ofisi Birimi Prosedürü

((3)A.5.1.3 WEB Sayfası Uluslararası Hasta Sekmesi

A.5.2. Uluslararasılaşma Kaynakları

Faaliyetler

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. Birimde faaliyetlerin gerçekleştirilmesi amacıyla uygun eğitim, beceri ve deneyime sahip 10 kişiden oluşan personel görev yapmaktadır. Ofis bünyesinde yabancı hastalara; süreçte yardımcı olabilmek adına kendi dillerinde hizmet veren dil belgesine sahip (İngilizce, Rusça, Somali'ce, Arapça) yetkili ve yetkin personel bulunmaktadır. Sağlık turizmi resmi aracı kuruluş Medicamap firmasıdır. Reklam faaliyetleri firma ve hastanemiz ortak faaliyetleri ile gerçekleştirilmektedir. Hastanemiz WEB sayfasında uluslararası hasta sekmesinin içinde uzmanlarımıza ait bilgilendirme videoları yayınlanmaktadır ((3)A.5.2.1).

Ofiste Hizmetlerin yürütülmesi için gerekli olan malzeme ve cihaz (bilgisayar, yazıcı, internet, telefon) bulunmaktadır.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

3

Kanıtlar

(3) A.5.2.1 WEB Sayfası Uzmanlara Ait Bilgilendirme Videoları

A.5.3. Uluslararasılaşma Performansı

Faaliyetler

Merkezimizde hizmet veren Uluslararası Hasta Ofisinin birimin faaliyetleri 3 aylık ve yıllık periyotlar halinde değerlendirilmektedir ((4)A.5.3.1). Öz değerlendirme/ iç tetkik kapsamında Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından Sağlıkta Kalite Standartları esas alınarak oluşturulan soru listeleri ile birim değerlendirilmektedir ((4)A.5.3.2). Değerlendirmeler sonucunda rapor formları oluşturulmaktadır ((4)A.5.3.3.). Standartlara yönelik uygunsuzluk tespit edilen süreçlere ilişkin Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından düzeltici önleyici faaliyet formu düzenlenmekte ((4)A.5.3.4) ve iyileştirme çalışmaları takip edilmektedir.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

((4)A.5.3.1) 2024 Yılı Uluslararası Hasta Ofisi Ölçme ve İzleme Takip Formu

((4)A.5.3.2) Öz Değerlendirme/ İç Tetkik Soru Listeleri

((4)A.5.3.3) Uluslararası Hasta Ofisi Rapor Formu-2024

((4)A.5.3.4) Düzeltici-Önleyici Faaliyet Formu

B. EĞİTİM VE ÖĞRETİM

B.1. Program Tasarımı, Değerlendirmesi ve Güncellenmesi

B.1.1. Programların tasarımı ve onayı

Faaliyetler

Merkezimizde eğitim faaliyetleri Eğitim Yönetim Birimi tarafından yürütülmektedir. Eğitim Yönetim Birimi; Hemşirelik Eğitim Birimi ve Personel Eğitim ve Staj Birimi olarak iki birimden

oluşmaktadır.(4)B.1.1.1) Hemşirelik Eğitim Birimi Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğüne bağlı olarak, Personel Eğitim ve Staj Birimi ise Hastane Müdürlüğüne bağlı olarak eğitim faaliyetlerini yürütmektedir.(4)B.1.1.2) Rektörlük tarafından yapılan seminer ve hizmet içi eğitim programlarına yönelik faaliyetler Eğitim Yönetim Birimi olarak yürütülmektedir. Yıl içinde gerçekleştirilen; tüm eğitim kayıtları ve değerlendirme raporları Eğitim Yönetim Birimi tarafından birleştirilerek yıllık hizmet süreci oluşturulmaktadır. Hizmet süreci Eğitim Komitesi Başkanı tarafından değerlendirildikten sonra onaylanmakta ve veriler Kalite Yönetim Birimi ile paylaşılmaktadır.(4)B.1.1.3)

Eğitim Yönetim Birimi faaliyetleri arasında yer alan Yıl içerisinde gerçekleştirilen eğitim faaliyetleri sayısal veri olarak; eğitim sayıları, konferans sayıları, eğitimci sayıları, katılımcı sayıları vb. Gazi Üniversitesi Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Gazi Hastanesi 2024 yılı Faaliyet Raporu (4)B.1.1.4) ve Stratejik Planında (4)B.1.1.5) ve 2024 yılı Hizmet Süreci Değerlendirme formunda belirtilmektedir.

Merkezimizin misyon ve vizyonu, çağdaş tıp bilimleri ve teknolojik gelişme süreçleri, personel talepleri ve kalite standartları gereği yapılması zorunlu olan eğitimler göz önünde bulundurularak genel eğitim planı (4)B.1.1.6) oluşturulmakta ve ilgili yıl içerisinde gerçekleştirilmektedir.

Eğitimler çevrim içi (online) veya yüz yüze olacak şekilde yapılmaktadır. Rektörlüğümüz Personel Daire Başkanlığı Hizmet İçi Eğitim Şube Müdürlüğü tarafından Merkezimize iletilen tüm planlanmış eğitimlerin duyurusu yapılarak personelin eğitimlere katılımı sağlanır. Eğitimlerin duyurusu eğitimlerin içeriğine göre sms ve ebys aracılığı ile yapılmaktadır.

Gerçekleştirilen eğitimler sonucunda verilen eğitimin başarı ve memnuniyetinin değerlendirilmesi amacı ile çevrim içi (online) veya eğitim değerlendirme formu aracılığı ile geri bildirimler alınmakta ve analizleri yapılmaktadır. (4) B.1.1.7)

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4) B.1.1.1 Hemşirelik Eğitim Birimi Akış Şeması, Personel Eğitim ve Staj Birimi Akış Şeması

(4) B.1.1.2 Eğitim Yönetim Birimi Prosedürü

(4) B.1.1.3 2024 Yılı Eğitim Birimi Hizmet Süreci

(4) B.1.1.4 GÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Birim Faaliyet Raporu_2024

(4) B.1.1.5 GÜ Sağlık Araştırma ve Uygulama Merkezi Stratejik Plan (2024-2028)

(4) B.1.1.6 Eğitim Planı

(4) B.1.1.7 Eğitim (online/ çevrim içi)-yüz yüze) ve Değerlendirme Formu

B.1.5. Programların izlenmesi ve güncellenmesi

Merkezimizde eğitim süreçlerinin planlanması, uygulanması, değerlendirilmesi süreçleri Eğitim Komitesi tarafından yapılmaktadır (4) B.1.5.1). Eğitim Komitesi yılda en az 4 kez toplanmakta, eğitim planı değerlendirilmekte ve süreçte yaşanan değişiklikler gözden geçirilerek planda revizyonlar gerekli görüldükçe yapılmaktadır (4) B.1.5.2).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4) B.1.5.1 Eğitim Komitesi Toplantı Tutanak Formu

(4) B.1.5.2 Güncellenmiş Eğitim Planı-Revize

B.1.6. Eğitim ve öğretim süreçlerinin yönetimi

Merkezimizde Eğitim Yönetim Birimi tarafından staj ve uygulama kapsamında üniversitelerden öğrenci kabulü yapılmaktadır. Staj başvuruları Cumhurbaşkanlığı Ulusal Staj Programı (USP) (4) B.1.6.1) ve bireysel başvuru (4) B.1.6.2) şeklinde kontenjan uygunluğuna göre yürütülmektedir. Başvuru sonrasında uygulama öğrencileri ve stajyerler ilgili birimlerde birim sorumlusu gözetiminde (4) B.1.6.3) uygulama yapmaya başlamaktadırlar. Sürecin kontrolü ve takibine yönelik; staj bitiminde okula teslim edilmek üzere, birim sorumlusu tarafından günlük olarak imza takip çizelgesi ve öğrenci değerlendirme formu doldurulmakta olup kapalı zarf içerisinde okula teslim edilmek üzere öğrencinin kendisine teslim edilmektedir.

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4) B.1.6.1 Ulusal Staj Programı 2024 Kontenjan Yazısı- Cumhurbaşkanlığı

(4) B.1.6.2 Bireysel Staj Başvuru Formu

(4) B.1.6.3 Ders Kapsamında Uygulama İzni ve Sorumlu Gözetimi yazısı

B.2. Programların Yürütülmesi (Öğrenci Merkezli Öğrenme, Öğretme ve Değerlendirme)

B.2.4. Yeterliliklerin sertifikalandırılması ve diploma

Merkezimizde kurum içi sertifika programı Sağlık Bakanlığı tarafından gönderilen müfredat çerçevesinde ilgili sertifikalı eğitim yönetmeliği hükümlerine göre Hemşirelik Hizmetleri Müdürlüğü, Eğitim Komitesi ve Eğitim Yönetim Birimi ile birlikte planlama yapılır. Planlama doğrultusunda; müfredatta yer alan konulara ilişkin içerikler, eğitimciler ve süreleri belirlenir. Teorik ve pratikten oluşan bu programlarda, Teorik kısım dersliklerde, ilgili eğitimciler tarafından belirlenen sürede gerçekleştirilir. Sonrasında değerlendirme sınavı yapılarak, başarı durumu belirlenir. Başarılı olan kursiyerler Merkezimizde ilgili bölümlerde pratik kısmını tamamlarlar. Sertifika programı tamamlandıktan sonra, kursiyerlerin başarılarını ve devam durumlarını içeren belgeler ve Sağlık Bakanlığı standartlarına uygun hazırlanan sertifikalar Eğitim Yönetim Birimi sertifika sorumlusu tarafından düzenlenerek ve hastane yönetimi tarafından onaylanarak, Ankara İl Sağlık Müdürlüğü'ne teslim edilir. Sağlık Bakanlığı Sertifika Programlarına ihtiyaç doğrultusunda hemşirelerimiz için Kurum dışı başvuruları da yapılmaktadır. Başvurulacak sertifika programının başvuru tarihleri arasında ilgili sertifika merkezine başvuru evrakları tamamlanarak başvurusu yapılmaktadır. Sertifika programına kabulü gerçekleşen hemşiremizin yazışmaları ve imza süreçleri tamamlandıktan sonra sertifika programına katılımı sağlanmaktadır (4) B.2.4.1).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(4) B.2.4.1 Sağlık Bakanlığı Sertifika Örneği

TOPLUMSAL KATKI

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

D.1.1. Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi

Faaliyetler

Merkezimizde toplumsal katkı faaliyetlerinin planlanması, uygulanması ve sonuçların değerlendirilmesi amacıyla Toplumsal Katkı Ekibi bulunmaktadır. 2024 yılı içinde Toplumsal Katkı Ekibi tarafından 3 toplantı gerçekleştirmiştir ((3)D1.1.1). 2024 yılı içinde merkezimiz tarafından gerçekleştirilen toplumsal katkı faaliyetleri birimimiz WEB sayfasında 'Toplumsal Katkı' sekmesinin altında iç ve dış paydaşlarla paylaşılmıştır ((3)D1.1.2). İlgili sekme faaliyetler

gerçekleştikçe güncellenmektedir. Merkezimiz tarafından 2024 yılı içinde 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı Tiyatro Etkinliği, 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı Balon Uçurma Etkinliği, Çölyak Farkındalık Eğitimi, Uzmanlarla Söyleşi, Yataklı Servislere Kitaplık Açılması gibi faaliyetler gerçekleştirilmiştir. Yapılan etkinliklerden 23 Nisan Ulusal Egemenlik ve Çocuk Bayramı Tiyatro Etkinliği ve Kitaplık Açılması Projeleri sonrasında memnuniyeti değerlendirmek amacıyla geri bildirim anket uygulamaları yapılmıştır ((4)D.1.1.3).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

(3)D.1.1.1 2024 Yılı Toplumsal Katkı Ekibi Toplantı Tutanakları

(3)D.1.1.2 Birimimiz Web Sayfası Toplumsal Katkı Sekmesi

(4)D.1.1.3 Geri Bildirim Anketleri

D.1.2. Kaynaklar

Faaliyetler

2024 yılında merkezimiz gelirinin bir kısmının Toplumsal Katkı Faaliyetlerinde kullanılmasına özen gösterilmiştir. Yapılan harcama tutarları belirli dönemler halinde Rektörlüğümüz Sosyal İşler ve Toplumsal Katkı Koordinatörlüğü ile paylaşılmıştır ((3)D1.2.1).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

3

Kanıtlar

(3)D.1.2.1 2024 Yılı Toplumsal Katkı Faaliyetleri Harcama İşlemleri

D.2 Toplumsal Katkı Performansı

D.2.1.Toplumsal Katkı Performansının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

Faaliyetler

Merkezimizde yaptığımız toplumsal katkı faaliyetlerinin performansı izlenmeye başlanmıştır Performans izlem sonuçları Toplumsal Katkı Ekibi Toplantılarında değerlendirilmiştir ((4)D.2.1.1).

Olgunluk Düzeyi (Rubrik Dereceli Derecelendirme Puanı)

4

Kanıtlar

((4)D.2.1.1) 2024 Yılı Toplumsal Katkı Ekibi Toplantı Tutanağı

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
- Merkezimizin Tıp Fakültesi başta olmak üzere diğer sağlık alanında eğitim gören öğrencilerin uygulama alanının sağlanması
- Başka merkezlerde yapılamayan ileri tetkik ve tedavilerin merkezimizde yapılabilmesi

Birimin İyileşmeye Açık Yönleri

- Fiziki altyapı yetersizliği
- Hastane binalarının ve teçhizatın tadilat ihtiyacı
- Personel sayısındaki yetersizlik
- Görüntüleme hizmetlerinde randevu sürelerinin uzun oluşu
- Arşiv ve dokümantasyon sisteminin yetersiz oluşu
- Fiziki alt yapı ve personel sayısındaki yetersizlik nedeniyle çalışan memnuniyetinin düşük olması ve çalışanlarda motivasyon eksikliği
- Bütçe kısıtları nedeniyle malzeme alımında gecikmeler ve zorluklar yaşanması

