

	TIP FAKÜLTESİ DEKANLIĞI			KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Tıp Fakültesi TIPF
	BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME PROSEDÜRÜ			
Dok. Kodu: KKY. PR. 10	Yayın Tarihi: 17.02.2022	Revizyon No: 01	Revizyon Tarihi: 28.04.2023	Sayfa Sayısı: 03

1.0.AMAÇ: KTÜ Tıp Fakültesi olarak; Yükseköğretim Kalite Güvencesi ve Yükseköğretim Kalite Kurulu Yönetmeliği ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Kalite Güvence Sistemi Yönergesi kapsamında yürütülmekte olan kalite faaliyetlerinin, ilgili standart ve yönetmeliklere uygun olup olmadığının saptanması, kalite süreçlerinin yerinde ve ilgili çalışanlarla değerlendirilmesi, etkinliğinin incelenmesi amacıyla; sistematik ve tarafsız kanıt toplanmasına yönelik iç değerlendirme planlanması, gerçekleştirilmesi, raporlanması için yöntem, yetki ve sorumlulukları tanımlamaktır.

2.0.KAPSAM: Yükseköğretim Kalite Güvencesi ve Yükseköğretim Kalite Kurulu Yönetmeliği ve Karadeniz Teknik Üniversitesi Kalite Güvence Sistemi Yönergesi kapsamında kurulan KTÜ Tıp Fakültesi Birim Kalite Komisyonun çalışmaları çerçevesinde birim iç değerlendirme süreçlerini ve çalışanları kapsar.

3.0.KISALTMALAR

KTÜ: Karadeniz Teknik Üniversitesi

YÖKAK: Yükseköğretim Kalite ve Akreditasyon Kurulu

PUKÖ: Planla-uygula-kontrol et-önlem al, adım adım plan yaparak sonuca ulaşmakta kullanılan sistematik bir yaklaşımdır.

4.0.TANIMLAR

Birim Kalite Komisyonu: Akademik ve idari birimlerinde kurulan kalite değerlendirme ve güvencesi çalışmaları ile akreditasyon çalışmalarının düzenlenmesi ve yürütülmesi faaliyeti gösteren komisyondur.

Birim İç Değerlendirme: Kalite ile ilgili faaliyetlerin ve sonuçlarının planlanmış olan düzenlemelere uygun olup olmadığına, bu düzenlemelerin etkinliğine ve hedeflere uygunluğuna dair tarafsız ve nesnel kanıtların ortaya çıkarılması, varsa uygunsuzlukların iyileştirilmesi çalışmaları.

5.0.SORUMLULAR

• Dekanlık
• Anabilim/Bilim Dalı/Bölüm Başkanları
• Fakülte Sekreterliği
• Kalite, İç Kontrol, Stratejik Plan ve Akreditasyon Birimi
• Birim Kalite Komisyonu
• Bölüm/Birim Kalite Temsilcileri
• Tüm Çalışanlar

6.0.FAALİYET AKIŞI

6.1.BİRİM İÇ DEĞERLENDİRMENİN AMACI

6.2.BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME PLANININ HAZIRLANMASI

6.3.BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME DÖNEMİ HAZIRLIK AŞAMALARI

6.4.BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORUNUN HAZIRLANMASI

6.5.DÜZELTİCİ FAALİYETLER, PUKO DÖNGÜLERİ

6.1.BİRİM İÇ DEĞERLENDİRMENİN AMACI

KTÜ Tıp Fakültesi olarak, kurumsal kalite politikamız ve çalışmalarımız çerçevesinde birimlerimiz tarafından paydaşlarla iletişim ve işbirliği, kalite güvencesi kültürünün yaygınlaştırılması ve içselleştirilmesi gibi faktörlerde değerlendirilmesi amaçlanmıştır. Bu amaçla yapılan iç değerlendirme sürecine birimlerimizi ve çalışanlarımızı sistematik olarak katılımını sağlayarak paydaşlarımızın katkısının artırılması hedeflenmektedir. Bürokratik veri yönetiminden daha ziyade süreç yönetimi yaklaşımının benimsenmesi, birim kalite komisyonu çalışmalarında şeffaflığın sağlanması ve sürekli eğitim çalışmalarıyla kurumsal iç değerlendirme sistematığının oluşturulması kurumsal farkındalığın sağlanması açısından önemsenmektedir. Birimlerimizin kendi güçlü ve gelişmeye açık yönlerini tanımasına ve iyileştirme süreçlerine katkı sağlaması kendiliğinden işleyen sistemin kurulması açısından önemsenmektedir.

6.1.1.Kurumsal İç Değerlendirme Sisteminin Kurulması

- Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) tarafından yükseköğretim kurumlarının kalite komisyonlarına yönelik olarak hazırlanan "YÖKAK Dereceli Değerlendirme Anahtarı: Sürüm 3.0" doğrultusunda kanıt düzeyi çalışmaların başlatılması ve değerlendirilmesi,
- Kurumda yazılı prosedürlere uygun çalışıp çalışmadığının doğrulanması,
- Var olan dokümantasyonun yeterliliğinin değerlendirilmesi,
- Uygun olmayan durumlar için düzeltici faaliyet isteğinde bulunulması ve PUKO döngülerinin başlatılması,
- Çalışanların iyileştirme ve geliştirme çalışmalarına katılımının sağlanması ve süreç içerisinde aktif rol üstlenmesi,
- Tüm süreçlerle ilgili uygulama sonuçları hakkında üst yönetime bilgi sağlaması olarak belirlenmiştir.

6.2.BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME PLANININ HAZIRLANMASI

6.2.1.Birim İç Değerlendirme Çalışmalarının Planlanması

- KTÜ Tıp Fakültesi kalite komisyonu olarak, birim iç değerlendirme çalışmaları Öz değerlendirme kurulu çalışmalarından bağımsız olarak üst yönetim ve kalite komisyonu çalışmaları çerçevesinde yürütülmektedir.
- Birim iç değerlendirme planı her yıl dekanlığın uygun gördüğü dönemde, ilgili birim, kurul komisyon ve çalışanlarla her akademik yıl içerisinde en az bir (1) defa değerlendirme yapılacak şekilde planlanmaktadır.
- İç değerlendirme planı üst yönetim kalite ve akreditasyon birimi tarafından hazırlanır, iç değerlendirmede görevli olacak akademik ve idari personel dekan tarafında belirlenir.
- Değerlendirme süreleri ve değerlendirme ekibindeki değerlendirici sayısı, kalite birimi tarafından denetlenecek birimin büyüklüğü ve faaliyet kapsamı dikkate alınarak hazırlanır.
- Hazırlanan iç değerlendirme planı üst yönetim tarafından onaylandıktan sonra, e-posta veya TIB BYS MEDU üzerinden ilgi kişilerle paylaşılır, duyurulur.
- Değerlendirme Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) tarafından yükseköğretim kurumlarının kalite komisyonlarına yönelik olarak hazırlanan "YÖKAK Dereceli Değerlendirme Anahtarı: Sürüm 3.0" doğrultusunda kanıt düzeyi çalışmaların yerinde ve ilgili kişilerle değerlendirilmesi esas alınır, kanıt düzeyi çalışmalar değerlendirilir. Değerlendirme tarafsızlığını ve objektifliğini sağlamak esastır.

6.3.BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME DÖNEMİ HAZIRLIK AŞAMALARI

6.3.1.Açılış Toplantısı: Dekan ve kalite komisyonu çalışanları, birim kalite temsilcileri ve iç değerlendirmede görevli değerlendiriciler bir araya gelerek yapılır. Değerlendirme dönemi ve değerlendirme planı paylaşılır, değerlendirme amacı çalışanlarla paylaşılır.

6.3.2.Değerlendirme Dönemi: Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) tarafından yükseköğretim kurumlarının kalite komisyonlarına yönelik olarak hazırlanan "YÖKAK Dereceli Değerlendirme Anahtarı" baz alınarak hazırlanmış soru listesi üzerinden yapılır. Planlara takvime göre ve değerlendirilecek standarda göre yerinde ve kişilerle görüşme usulüyle gerçekleştirilir. Görüşme sonucu elde edilen bilgi ve belgeler toplanır.

6.3.3.Kapanış ve Değerlendirme Toplantısı: Dekan ve kalite komisyonu çalışanları, birim kalite temsilcileri ve iç değerlendirmede görevli değerlendiriciler bir araya gelerek yapılır.Toplantıda pozitif veya güçlü yönler için yapılan tespitler olumlu gözlemler açıklanır, Tespit edilen uygunsuzluklar değerlendirilir, düzeltici faaliyetler başlatılır, gözlemler/iyileştirme ve geliştirme önerileri hakkında bilgi verilir. Tespit edilen tüm uygunsuzluk ve gözlemler için değerlendirilen standartla ilgili mutabık kalınır.

6.4.BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME RAPORUNUN HAZIRLANMASI

Birim iç değerlendirme planı çerçevesinde yerinde ve ilgili kişiler ve kurullarla yapılan görüşme usulü değerlendirilmede toplanılan kanıt düzeyi bilgi ve belgeler değerlendirici tarafından kayıt altına alınarak üst yönetime rapor edilir. Üst yönetime gönderilen rapor, bilgi ve belgeler genel iç değerlendirme raporu hazırlanmak üzere kalite ve akreditasyon birimine iletilir. Kalite akreditasyon birimi tarafından, Yükseköğretim Kalite Kurulu (YÖKAK) tarafından yükseköğretim kurumlarının kalite komisyonlarına yönelik hazırlanan "YÖKAK Dereceli Değerlendirme Anahtarı: Sürüm 3.0" standart maddelerine göre doldurularak dereceli değerlendirilmesi yapılır. Dereceli değerlendirme sonuçları üst yönetimle paylaşıldıktan sonra sonuç puan değerlendirmesi yapılarak raporun son hali verilir.

6.5.DÜZELTİCİ FAALİYETLER, PUKO DÖNGÜLERİ

6.5.1.Değerlendirme döneminde tespit edilen uygunsuzluklar üst yönetim Kalite ve akreditasyon birimi tarafından gözden geçirilir, ilgililerle görüşülerek bu uygunsuzlukların giderilmesi ve tekrarının engellenmesi için gerçekleştirilecek faaliyetler belirlenir ve uygulama için üst yönetimle paylaşılır. Faaliyetin gerçekleştirilmesi için belirtilecek termin uygunsuzluğun türüne göre belirlenir. Planlanan faaliyetlerin kontrolü üst yönetim tarafından yapılır.

6.5.2.Fakülte üst yönetimi gerçekleştirilen düzeltici faaliyetleri ve bunlara ilişkin kanıtları inceleyerek, yapılan düzeltici faaliyetlerin etkinliğini ve yeterliliğini değerlendirir. Gerçekleştirilen düzeltici faaliyetlerin yetersiz olması durumunda yeniden düzeltici faaliyet PUKO döngüsü başlatabilir. Bir uygunsuzluk ancak uygunsuzluğun kök nedeninin doğru tespit edilerek ortadan kaldırılması ile kapatılabilir.