

ALTINBAŞ ÜNİVERSİTESİ

KALİTE GÜVENCESİ VE KALİTE İYİLEŞTİRME PROSEDÜRÜ

1. **AMAÇ:** Kalite iyileştirme faaliyetlerinin planlaması ve üniversitemizin tüm birimlerinde etkin bir şekilde yürütülmesi için; akademik ve idari birim yöneticilerine kurum çapındaki benzer ölçütler ve üniversitemizin kalite iyileştirme ile ilgili öncelikleri konusunda destek ve koordinasyonu sağlamak, tüm akademik ve idari personele kalite iyileştirme programındaki rolleriyle tutarlı bir eğitim programı yürütmek, kalite ile ilgili hususların tüm çalışanlara düzenli olarak duyurulmasını sağlamaktır.

2. **KAPSAM:** Üniversitenin tüm akademik ve idari birimlerini kapsar.

3. **TANIMLAR:**

3.1 **Misyon:** Dünyanın ve Türkiye'nin ihtiyaçları doğrultusunda kendini güncelleyen, yenilikçi, uygulamayı merkeze koyan ve öğrenen odaklı bir anlayışa sahip, inovasyona yönelik, özgür araştırma imkanını ve ortamını sağlayan, toplumsal sorumluluk bilinciyle özgün katkılar sağlayan çözüm öncelikli üniversite olmaktır.

3.2 **Vizyon:** Mezunlarıyla profesyonel alanda fark yaratan, evrensel bilime değer katan bir üniversite olmaktır.

3.3 **Temel Değerler:**

I. Bilimsellik

II. Öğrenci Odaklılık

III. Girişimcilik ve Yenilikçilik

IV. Toplumsal Sorumluluk ve Tarafsızlık

V. Uluslararasılaşma

VI. İyi Yönetim ve Şeffaflık

VII. Dinamizm

3.4 **Performans:** Üniversite Misyon, vizyon, değer ve amaçlarını gerçekleştirilebilmesi için gösterilen tüm çabaların ve süreçlerin bir zaman sonundaki çıktısı ya da sonucudur.

3.5 **Ölçüm:** Bir fonksiyon, sistem veya süreç ile ilgili ölçülebilir veri toplanmasıdır.

3.6 **İndikatör/gösterge:** Bir standardın ne kadar karşılandığını veya bir kalite hedefine ne kadar ulaşıldığını belirlemek için kullanılan ölçülebilir bir değişken ya da

karakteristiktir.

3.7 Varyans: Aynı olayın birden fazla ölçümü sonucu elde edilen sonuçlardaki farklılıklardır.

3.8 Süreç: İşgücü, malzeme, teçhizat, bilgi, donanım gibi girdilerin öğrenci ve çalışan ihtiyaçlarını karşılamak için bir dizi faaliyet sonucu çıktıya dönüştürülmesini sağlayan birbirleriyle bağımlı bir seri faaliyettir.

3.9 Eşik: Kontrol ya da değerlendirme için toplanan sonuçların kabul edilebilir alt ve üst sınırlarıdır.

3.10 Performans Ölçme Sistemi: Karar almak ve bu kararları icra etme sürecine destek olmak ve koordine etmek amacıyla bilgi toplanması işlemidir.

3.11 Evren: Belli özellikler içeren birimlerin topluluğudur. “N” ile gösterilir.

3.12 Örneklem: Evreni temsil yeteneğine sahip olan, evrenden seçilen ve evrenden az olantopluluktur. “n” ile gösterilir.

4. SORUMLULAR

4.1 Mütevelli Heyeti ve Rektör liderliğinde tüm akademik ve idari birimler Kalite İyileştirme Prosedürünün uygulanmasında prosedürleri uygulamakla görevli ve yükümlüdür.

4.2 Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanı üniversitenin kalite iyileştirme programının uygulanmasına rehberlik etmek ve programın üniversite içinde uygulanması için gerekli faaliyetleri yönetmekten sorumludur.

4.3 Programın yürütülmesi için her bölümü temsilen atanmış Kalite Komisyon üyeleri ile akademik ve idari birim yöneticileri de aktif rol alarak tüm çalışanların kalite iyileştirme sürecine dahil edilmesinden sorumludur.

4.4 Kalite iyileştirme faaliyetlerinin yürütülmesi tüm çalışanların sorumluluğundadır.

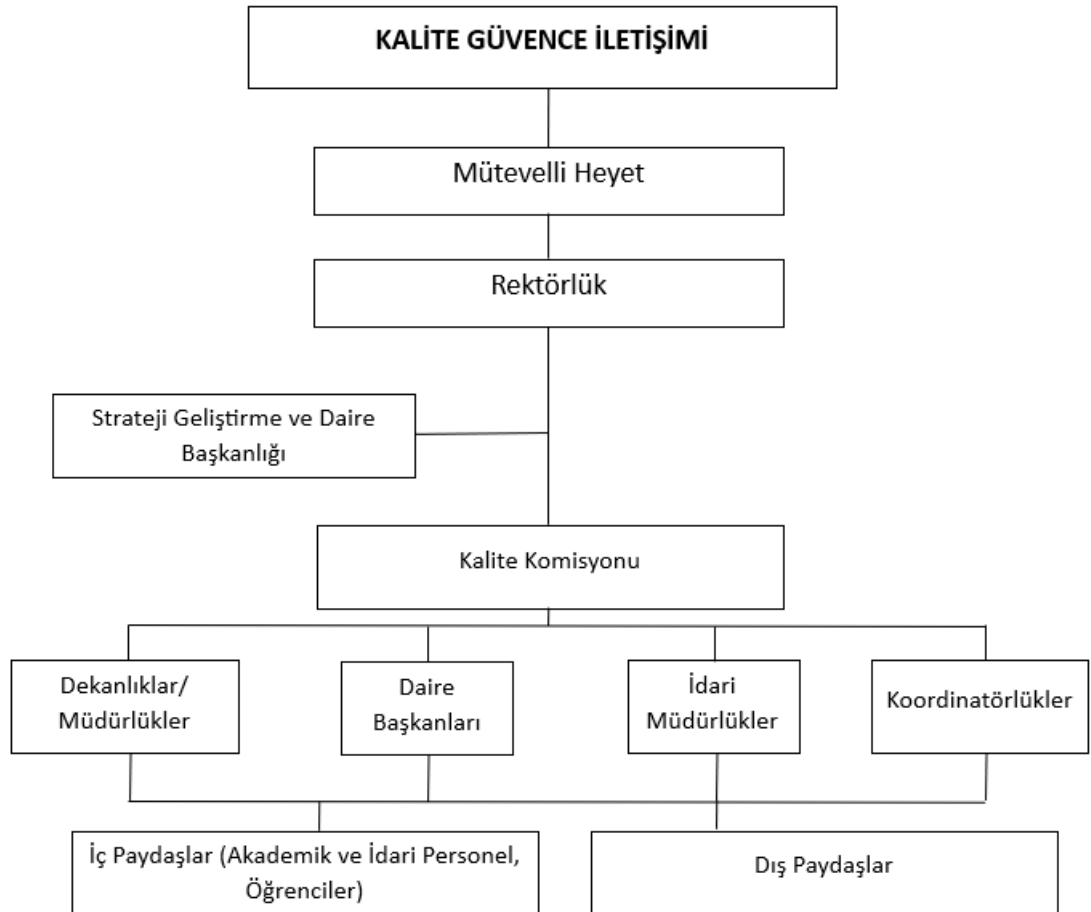
5 PROSEDÜR AKIŞI

5.1 KALITE İYİLESTİRME SÜRECİNİN UYGULANMASINDA LİDERLİK VE İLETİŞİM

5.1.1 Kalite Komisyonunun başkanı Rektör'dür. Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanı Kalite Komisyonu'nun raportörü olarak tüm toplantılara katılarak komisyon kararlarının uygulanmasını takip eder. Alınan kararlar için Rektör tarafından gerekli kaynak ve yönetim desteği sağlanır.

5.1.2 Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanı iyileştirme yöntemleri ve süreçleri üzerinde bilgili ve deneyimli olup üniversitenin kalite iyileştirme faaliyetlerinin uygulanmasına rehberlik etmek ile görevlidir. Üniversite bünyesinde etkin bir sürekli kalite iyileştirme yürütülmesi için gereken faaliyetleri yönetir. Üniversite çapında kalite sorumluluklarının yerine getirilmesinde personele destek olur.

5.1.3 Kalite Komisyon üyeleri Senato tarafından atanır ve üyeler kendi bölümlerinin kalite iyileştirme faaliyetlerinden sorumlu olup Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanı ile iş birliği içinde çalışır.



5.1.4 Müteveli Heyeti

5.1.4.1 Sürekli kalite iyileştirme taahhütü öncelikle Müteveli Heyet tarafından verilmiştir. Müteveli Heyet, vizyon, misyon ve değerler doğrultusunda sunduğu tüm hizmetlerde kalitenin öncelikli olduğunu bilir ve bu konudaki tüm faaliyetlere kaynak desteği sağlar.

5.1.4.2 Üniversitenin Kalite Güvencesini ve Kalite İyileştirme Faaliyetlerinin uygulanmasını sağlar ve kendilerine sunulan raporlar ışığında harekete geçer.

5.1.4.3 Rektör tarafından iletilen raporlar sayesinde kalite güvencesi ve kalite iyileştirme çalışmalarını takip eder ve kararlar alır. Kalite iyileştirme alanlarında teknolojik ve diğer kaynakların teminini sağlar.

5.1.5 Rektör

5.1.5.1 Sürekli kalite iyileştirme ve kalite güvence taahhtnn hayata geçirilmesinden sorumlu kişidir. Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanlığının srdrdğu faaliyetleri izler; raporları inceler. Raporların özetini ve öncelikli konuları Müteveli Heyetine iletir.

5.1.5.2 Kalite iyileştirme ve kalite güvencesi çalışmalarının tüm organizasyonda benimsenmesive uygulanmasında liderlik eder.

5.1.6 Kalite iyileştirme faaliyetlerine ilişkin olarak Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanlığı-ndan 3 ayda bir rapor alır ve bu raporlar ışığında harekete geçilmesini sağlar. Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanı.

5.1.6.1 Kalite İyileştirme Faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasından sorumludur.

5.1.6.2 Kalite iyileştirme faaliyetlerinin tüm üniversitede uygulanmasına rehberlik eder. Üniversite bünyesinde etkin bir sürekli kalite iyileştirme programının yürütülmesi için gereken faaliyetleri yönetir. Üniversite çapında kalite iyileştirme ve kalite güvencesi ile ilgili sorumlulukları olan akademik ve idari personele destek olur.

5.1.6.3 Kalite iyileştirme faaliyetleri ile ilgili olarak Rektör'e ve Kalite Komisyonuna 3 ayda bir rapor sunar.

5.1.6.4 Kalite iyileştirme sürecinde çalışanlara eğitim verir.

5.1.6.5 Kalite iyileştirme faaliyetlerinin genel olarak izlenmesi ve koordinasyonu için

bir yapı ve süreç uygular.

5.1.6.6 Üniversite çapında hangi süreçlerin ölçüleceği, hangi iyileştirme faaliyetlerinin uygulanacağı ve önceliklendirileceğini belirler.

5.1.6.7 Kalite Güvence ve Kalite İyileştirme ile ilgili hususlar çalışanlara Kalite Komisyonu toplantıları, bölüm toplantıları ve kurumsal elektronik posta ile duyurulur. Paylaşılan konular;

- I. Yakın tarihli araştırma ve kıyaslama programları,
- II. Doküman revizyonları,
- III. Politika hatırlatmaları/değişiklikleri,
- IV. Kalite ile ilgili eğitimler vb. dir.

5.1.7 Kalite Komisyonu

5.1.7.1 Üniversite çapında kalite kültürünün oluşturulmasından sorumludur.

5.1.7.2 Kurumun kalite iyileştirme faaliyetlerinin planlanması ve uygulanmasına katkıda bulunur.

5.1.7.3 Akreditasyon standartlarının kalite iyileştirme faaliyetlerine dahil edilmesini sağlar.

5.1.7.4 Kalite sistemi gereği, kendi bölümlerinin faaliyetleri ile ilgili prosedürlerin hazırlanmasında iş birliği yaparak, gerektiğinde revize edilmeleri konusunda görüş bildirirler.

5.1.7.5 Kalite iyileştirme ile ilgili stratejileri ve faaliyetleri bölümlerindeki çalışanlara iletir ve uygulanmasını sağlarlar.

5.1.7.6 Kalite iyileştirme konularında güncel bilginin ve uygulamaların çalışanlara iletilmesini sağlarlar.

5.1.7.7 Üniversite çapındaki iyileştirme önceliklerine ve birime özgü süreçlerin izlenmesine ve iyileştirmesine katkıda bulunarak kaliteyi iyileştirirler.

5.1.7.8 Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanlığı ve Kalite Koordinatörlüğü ile koordine çalışırlar.

5.1.7.9 Birim hedeflerini saptar ve hedeflerine ilişkin analizleri yaparlar.

5.1.7.10 Bölümlerinde yürütülen düzeltici önleyici faaliyetleri takip ederler.

5.1.7.11 Bölümlerinde çalışanlara kalite yönetim standartları ile ilgili konularda liderlik eder.

- 5.1.7.12 Bölüme yeni başlayan akademik/ idari çalışanlara kalite güvencesi ve kalite iyileştirme konularında rehberlik ederler.
- 5.1.7.13 Bölümleri ile ilgili indikatörlerin zamanında toplanması ve raporlanmasından sorumludur.
- 5.1.7.14 Doküman yönetim prosedürünü bilir ve buna uygun hareket ederler.
- 5.1.7.15 Birimlerinde bulunan dokümanların güncelliğini takip eder. Gereğinde revize edilmesini sağlarlar.
- 5.1.7.16 Birimlerinde kullanılan dış kaynaklı dokümanların periyodik olarak gözden geçirilmesini ve güncellenmesini sağlar.
- 5.1.7.17 Birimlerinde uygun olmayan hizmete ilişkin önleyici ve düzeltici faaliyetlerin başlatılması ve koordinasyonunun sağlanmasında görev alır.
- 5.1.7.18 Bölümü ile ilgili prosedür ve talimatların etkin bir şekilde uygulanmasını sağlar ve takip eder.
- 5.1.7.19 Afet ve tahliye tatbikatlarının gerçekleştirilmesi aşamasında destek olur.
- 5.1.7.20 Kalite iyileştirme alanlarının belirlenmesi ve izlenmesini sağlar.
- 5.1.7.21 Kalite iyileştirme yöntemlerinin belirlenmesini sağlar.
- 5.1.7.22 Gösterge/İndikatör analiz raporlarının ve sapmaların izlenmesi, iyileştirmekapsamına alınmasını sağlar.
- 5.1.7.23 Kalite iyileştirme alanlarının ve iyileşme oranlarının izlenmesini sağlar.
- 5.1.7.24 Düzeltici ve önleyici faaliyetleri izler.
- 5.1.7.25 Öğrenci ihtiyaçlarını, akademik ve idari personelin eğitimini, araştırmaları ve yönetimi desteklemek amacı ile güncel bilimsel ve diğer bilgileri kullanıcıların beklentilerini sağlayacak bir sürede sağlar ve bu bilgileri kullanır.

5.1.8 Akademik ve İdari Birim Yöneticileri

- 5.1.8.1 Kalite Güvencesi ve Kalite iyileştirme Faaliyetlerinin planlanması, geliştirilmesi ve uygulanmasına katkıda bulunur.
- 5.1.8.2 Kalite güvencesi ve kalite iyileştirme faaliyetlerinin planlanması geliştirilmesi ve uygulanmasına katkıda bulunur.
- 5.1.8.3 Kalite iyileştirme çalışmaları hakkında kendi birim çalışanlarını düzenli olarak bilgilendirir.

5.1.8.4 Stratejik plan ve kalite iyileştirme ölçütleri için veri toplanması, takibi ve verilerin değerlendirilmesi konusunda sorumluluk üstlenir.

5.1.8.5 Kendi birim çalışanlarının kalite iyileştirme çalışmalarına katılmalarını takip eder. Uygulamaları bizzat kontrol eder.

5.1.8.6 Sürekli kalite iyileştirme kavramının benimsenmesi ve uygulanmasında önemli liderlik görevleri vardır. Kendilerine bağlı birimin kalite ile ilgili hedeflerini ve bunların gerçekleşmedurumunu izlerler.

5.1.8.7 Prosedür ve talimatların etkin bir şekilde uygulanmasını sağlarlar.

5.1.8.8 Kalite iyileştirme faaliyetlerinin amaçları, hedefleri ve politikalarının belirlenmesindeyönetime yardımcı olurlar.

5.1.9 Tüm Çalışanlar

5.1.9.1 Kalite sistemi gereği, kendi bölümlerinin faaliyetleri ile ilgili prosedürlerin hazırlanmasında iş birliğinde olup ve gerektiğinde revize edilmeleri konusunda görüş bildirirler.

5.1.9.2 Kendi birimi ile ilgili olarak hazırlanan tüm prosedür ve talimatları uygulamaya geçirerek, bilgi eksikliği olan arkadaşlarına gerektiğinde yardımcı olurlar.

5.1.9.3 Çağrıldıkları hizmet içi ve dışı tüm eğitimlere katılırlar.

5.1.9.4 Tespit edilen uygunsuzlukların ortadan kaldırılması hususunda bölüm kalitekomisyonu üyesi/yöneticisi ile koordineli bir şekilde çalışırlar.

5.1.9.5 Performans iyileştirme indikatörleri ile ilgili doğru ve eksiksiz veri toplanmasını sağlarlar.

5.1.10 İç ve Dış Paydaşlar:

5.1.10.1 Paydaşlar aşağıdaki konularda bilgilendirilerek ve görüşleri alınarak üniversitedeki süreçlerin yapılandırılmasına katkıda bulunur.

- I. Organizasyon yapısı, hesap verme ilişkileri ve iş süreçleri
- II. Kurumun geleceğe hazırlanması
- III. Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik
- IV. Kalite güvence politikası
- V. Stratejik plan
- VI. Performans yönetimi

- VII. Programların tasarımı, izlenmesi ve güncellenmesi
- VIII. Öğrenci kabulü, önceki öğrenmenin tanınması ve kredilendirilmesi süreçleri
- IX. Araştırma performansının izlenmesi ve değerlendirilmesi
- X. Toplumsal katkı performansının izlenmesi ve değerlendirilmesi

5.2 ÖLÇÜT SEÇİMİ VE VERİ TOPLAMA

5.2.1 Ölçülecek İndikatörlerin Seçimi:

5.2.1.1 Kalite Komisyonu, üniversite genelinde veya birim bazında ölçütlerin seçilmesini destekler ve üniversite çapındaki ölçüm faaliyetlerinin koordinasyonunu ve entegrasyonunu sağlar.

5.2.1.2 İndikatörler; Denetleme, araştırma ve etkinlik, kadrolama ihtiyaçları, eğitim ve öğretim, risk yönetimi, bilgi gereklilikleri ve yönetimi, öğrenci ve çalışan memnuniyeti hakkında bilgiler sağlayacak şekilde seçilir.

5.2.1.3 Performans ölçüm indikatörleri; Kurumun misyonu, vizyonu, değerleri, stratejik amaç ve hedefleri, temel hizmet süreçleri, öğrenci ve personel ihtiyaçları göz önüne alınarak belirlenir. Önceliklerin saptanmasında aşağıda belirtilen özellikler göz önünde bulundurulur:

- I. **Yüksek volümlü aktiviteler:** Sıklıkla oluşan ve çok sayıda öğrenci ve personeli ilgilendiren aktivitelerdir.
- II. **Yüksek riskli aktiviteler:** Yanlış uygulama ya da uygulama yapmama sonucunda ortaya çıkan durumlardır.
- III. **Yüksek maliyetli aktiviteler:** Önlem alınmadığında maliyetleri yükselten aktivitelerdir.
- IV. **Öğrenci ve Çalışan güvenliği:** Öğrenci ve Çalışan güvenliğini tehdit eden olaylardır. (iş kazaları, iş güvenliği riskleri, çevresel riskler gibi)

5.2.1.4 Kalite Komisyonunca onaylanan indikatörler yıllık plan yapılarak Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanlığı tarafından yayınlanır. İndikatörleri birimlerin kendileri tarafından iyileştirme öncelikleri göz önünde tutularak seçilir ve izlenir.

5.2.1.5 Ölçümlerin nasıl yapılacağı ve hangi istatistiksel tekniklerin kullanılacağı akademik/idari birim yöneticisi ve Strateji ve Kalite Güvence Daire Başkanlığı tarafından belirlenir.

5.3 VERİNİN TOPLANMASI, ÖLÇÜM VERİLERİNİN ANALİZİ VE DOĞRULANMASI

5.3.1 İndikatörler belirlendikten sonra, verilerin toplanması, analizi ve validasyonu, ilgili bölümlerde gerekli eğitimleri almış çalışanlar tarafından sistematik olarak yapılır.

5.3.2 İlgili birimlerden gönderilen veriler Strateji Geliştirme ve Kalite Güvencesi Daire Başkanlığı tarafından toplulaştırılır ve analiz edilir.

5.3.3 Analiz edilen veriler, tüm birimlerin görebilmesi için intranet aracılığı ile duyurulur.

5.3.4 Birleştirilmiş bu veriler kalite iyileştirme amacıyla kullanılır.

5.3.5 Doğru Veri Toplama:

- I. Öncelikle veri toplama amacı belirlenir.
- II. Amaca hizmet edecek olan verilerin neler olduğuna karar verilir.
- III. Belirlenen bu verilerin ne kadar ve ne sıklıkta toplanacağına karar verilir.
- IV. Verilerin kimler tarafından, hangi tarihte, nasıl ve nerede toplanacağı belirlenir. Veri toplamada istatistiksel ve yönetsel deneyime, bilgi ve beceriye sahip kişilerden faydalanılır.
- V. Veri toplamada veri toplanan alana bağlı olmak üzere tam sayım ya da örneklem yöntemi kullanılabilir. Tam sayım yönteminde evrenin tamamı incelenir. Örneklem yöntemi kullanıldığında örnek büyüklüğü belirlenirken aşağıdaki kriterler göz önünde bulundurulur:

5.2.5.1 Örneklem Belirleme

- I. Rutin inceleme % 5-20
- II. Rutin olmayan inceleme (eşik değeri dışı) % 10-40
- III. Yoğun inceleme % 15-60

5.3.6 **Veri Toplama Sıklığı:** Veri toplama sıklığı, incelenen sürece, kurumun gereksinimine ve standartlara uygun olmalıdır. Toplanan verilerin hangi sıklıkla analiz edileceği incelenmekte olan sürece uygun olarak belirlenir. Belirlenen sıklığa ve istatistiksel yöntemle göre hazırlanan raporlar Strateji ve Kalite Güvence Daire Başkanlığına düzenli olarak iletilir. Analiz sonuçlarında sapmalar varsa veri toplama ve analiz sıklığı artırılır.

5.3.7 **Veri Doğrulama:** Verilerin doğrulanması **İndikatör Validasyon Prosedürü**'ne uygun olarak yapılır.

5.3.8 **Veri Analizi:** İndikatör analiz raporlarında beklenmeyen önemli bir olay,

istenmeyen bir trend veya varyans olduğunda iyileştirme için en iyi nereye odaklanmak gerektiğini belirlemek için toplanan veriler derinlemesine analiz edilir. Ramak kala olaylar da dahil olmak üzere tüm olayların analizi yapılır. Veri analizinde kullanılmak üzere seçilebilecek araçlar, seçilen indikatöre ve veri toplayan birimin kendi isteğine göre belirlenir. En çok kullanılan yöntemler; Histogram, Ortalama, Varyans, Pareto Şeması, Kontrol diyagramı, İzleme diyagramıdır.

5.3.9 Veri Kıyaslama: Kalite İyileştirme konusunda raporlar değerlendirilirken aşağıdaki maddeler göz önüne alınır:

- I. Üniversitenin kendi performans hedefleri ile kıyaslama,
- II. Üniversitenin kendi performansını zaman içinde karşılaştırma,
- III. Benzer diğer kurumların performanslarıyla kıyaslama (Benzer kuruluşlarla bu konuda bir anlaşma sağlanabilirse veya verilerini online olarak kamuya duyurmuşsa)
- IV. Ulusal ve Uluslararası resmi kuruluşların yayınladığı veriler ile karşılaştırma,
- V. Akreditasyon standartları, YÖKAK ölçütleri ve/veya yasa ve yönetmeliklerce öngörülen standartlarla kıyaslama,
- VI. Referans kuruluşların standartlarıyla kıyaslama,
- VII. Literatürde en iyi veya daha iyi uygulama kılavuzu olarak kabul edilmiş, arzu edilen uygulamalarla kıyaslama.

5.4 İYİLEŞTİRMENİN SAĞLANMASI VE SÜRDÜRÜLMESİ

5.4.1 Performans ölçümü ve iyileştirme çalışmaları sürekli devam eden bir süreçtir. Veri analizinden elde edilen bilgiler potansiyel iyileştirmeleri belirlemek ve advers olayları azaltmak amacı ile kullanılır. Rutin ölçüm verilerinin yanı sıra yoğun değerlendirmelerden elde edilen veriler nerelerde iyileştirme planlanması gerektiği ve iyileştirmeye nasıl bir öncelik tanınması gerektiği konusunda yardımcı olur.

5.4.2 Performans iyileştirme sürecinde aşağıdaki adımlara uyulur:

5.4.2.1 İyileştirme yapılacak alanların belirlenmesi

5.4.2.2 İyileştirme sürecinden sorumlu olanların belirlenmesi

5.4.2.3 Analizin yapılması

5.4.2.4 İyileştirme sürecinin ne kadar süreyi kapsayacağı ve iyileştirme kapsamında

yapılacak faaliyetlerin belirlenmesi.

5.4.2.5 İyileştirme planlaması ve uygulanması için gerekli olan politika değişikliklerinin yapılması

5.4.2.6 İyileştirme çalışmaları için gerekli kaynakların temini

5.4.2.7 İyileştirme çalışması sonucunda yapılacak değişiklikler ya da düzeltici faaliyetlerin planlanması; test edilmesi ve uygulanması.

5.4.2.8 Uygulama ve Değerlendirme

- I. İyileştirmede başarı sağlandığına dair kanıtlara ulaşıldı ise bunun sürdürülmesi için süreçler organizasyona adapte edilir.
- II. İyileştirme planlanan ve gerçekleştirilen bölümlerde, gerçek bir iyileştirmenin sağlanıp sağlanmadığını anlamak için akademik/idari yönetici ve Strateji ve Kalite Gvence Daire Başkanı, ölçme ve izleme yapılan alandaki indikatörün ne kadar süre ile daha takip edileceğine karar verilir. İyileştirmenin kalıcı olmasının sağlanması için sürekli analize yönelik veri toplamaya devam edilir. İyileştirme kalıcı hale geldiğinde yeni bir iyileştirme alanı belirlenir.

5.5 KALİTE İYİLEŞTİRMEDE KULLANILAN YÖNTEMLER

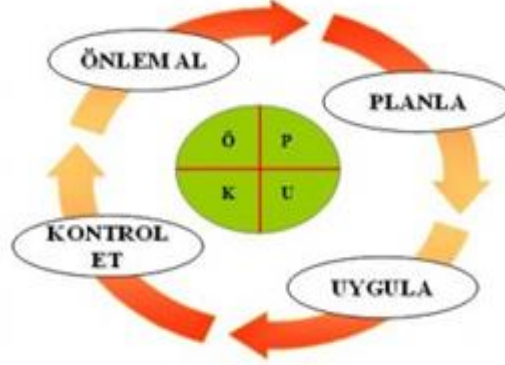
- I. PUKO (Deming Döngüsü)
- II. Olay Analizleri
- III. Yoğun Analiz
- IV. Ramak Kala Olayların Saptanması ve Analizi
- V. Risk Analizi
- VI. Hata Türleri ve Etkileri Analizi
- VII. Kök Neden Analizi

5.5.1 PUKO

PUKÖ yöntemi ile tasarlanan kalite iyileştirme çalışmaları **PUKÖ İyileştirme Takip Listesine** kaydedilir.

- Planla
- Uygula
- Kontrol et

- Önlem al



Planlama (P): Belirli bir zaman dilimi içerisinde gerçekleştirileceklerin ve söz konusu hedefe ulaşmak için gerekli olanların planlanmasıdır. Problem çözme teknikleri kullanılarak iyileştirme konusu belirlenir. Durum değerlendirmesi yapılır ve hedefler belirlenir. Mevcut duruma yönelik veriler, veri toplama teknikleri kullanılarak toplanır.

Uygulama (U): Süreç kapsamındaki faaliyetlerin yerine getirilmesidir. Çözüm önerileri uygulamaya konur. Maliyet gerektiren, sonuçların etkinliğinden emin olunamadığı durumlarda pilot bölge uygulaması yapılır.

Kontrol Etme (K): Planlanmış ve istenilen değerler/çıktılar ile elde edilen sonuçların kontrol edilmesi; başarılı olunması halinde uygulama planının standardize edilmesi, aksi durumda geliştirme için PLANLAMA amacıyla döngüye devam edilmesidir. Uygulamaya alınan yöntemin etkinliği belirlenen kriterler (maliyet, kalite, verimlilik vb) doğrultusunda değerlendirilir.

Önlem Alma (Ö): Kontrol sonuçları doğrultusunda çıkan/olası aksamalar tespit edilerek önlem alınır. İyileştirme faaliyeti sonucunda elde edilen sonuçlar uygun bulunduğu takdirde standartizasyon sağlanır.

5.5.2 OLAY ANALİZLERİ

5.5.2.1 İndikatör analizi sonucu hedeflenen değerlerden sapma olması veya kıyaslama sonrası kabul edilen standartlardan / referans değerden sapma olması durumunda Yoğun Analizi Prosedürü'ne uygun olarak hareket edilir.

5.5.3 RAMAK KALA OLAYLARIN SAPTANMASI VE ANALİZİ

5.5.3.1 TANIM: Yaralanma, sağlığın bozulması ve ölüme sebep olmadan gerçekleşen fakat bu olaylara sebep olabilecek potansiyeldeki olaylardır.

5.5.3.2 İş Güvenliğini tehdit eden tüm olaylar İş Sağlığı ve Güvenliği Birimine bildirilir.

5.5.3.3 Ramak kala olayların analizinde toplulaştırılmış veriler kullanılır. Analiz sonucuna göre proaktif iyileştirme faaliyetleri uygulanarak olayın gerçekleşme riski azaltılır.

5.5.4 RİSK ANALİZİ

5.5.4.1 İş Sağlığı ve Güvenliği Riskleri İş Sağlığı ve Güvenliği birimi tarafından yasal mevzuatauygun süre ve teknikler göz önünde tutularak yapılır.

5.5.5 HATA TÜRLERİ VE ETKİLERİ ANALİZİ

5.5.5.1 Hata Türleri ve Etkileri Analizi süreçlerin geleceğe dönük olarak sistematik ve proaktif olarak incelenmesidir. Bu analizi Kök Neden Analizinden ayıran husus Kök Neden Analizinin meydana gelmiş olan hataları incelemesi, Hata Türleri ve Etkileri Analizinin ise henüz gerçekleştirmemiş ancak gelecekte gerçekleşmesi olası hataya açık süreçleri önceden tahmin edip bu süreçleri inceliyor olmasıdır. Hata Türleri ve Etkileri Analizi sürecin yeniden tasarlanarak hataların henüz oluşmadan ve zarara neden olmadan ortadan kaldırılmasına ve/veya riskin en aza indirilmesine olanak sağlar. Aşağıdaki aşamaları içerir;

- I. Hataya Açık bir sürecin tanımlanması,
- II. Multidisipliner risk analiz ekibinin oluşturulması,
- III. Sürece dahil olan tüm alt süreç basamaklarının tanımlanması,
- IV. Bir masa başında toplanılarak multidisipliner bir ekip tarafından aşağıdaki konuların değerlendirilmesi.
 - a) Süreçlerdeki olası hataların ve bunların etkilerinin tahmin edilmesi.
 - b) Süreçlerdeki olası hataların nedenlerinin tahmin edilmesi
 - c) Hataların meydana gelme olasılıklarının tahmin edilmesi
 - d) Bu hataların meydana gelmesi durumunda oluşabilecek sonuçların şiddetinin tahmin edilmesi
 - e) Hataların saptanabilirlik derecesinin belirlenmesi
 - f) Risk Öncelik Skorunun Hesaplanması (Olasılık x Şiddet x Saptanabilirlik)
 - g) En yüksek skora sahip olan öncelikli konuların belirlenmesi

- h) Risklerin önlenmesi için yapılacak iyileştirme çalışmaları ve bunların hangi sürede kim tarafından yapılacağının belirlenmesi.
- V. İyileştirme sonrası risk değerlendirme tarihinde ilgili hataların aynı ekip tarafından yeniden puanlandırılması, gelişme kaydedilip kaydedilmediğine göre ek iyileştirme planlanması veya sürecin standart hale getirilmesi.

5.5.6 KÖK NEDEN ANALİZİ

5.5.6.1 TANIM: Gerçekleşmiş bir hatayı derinine incelemeye, irdelemeye ve tekrarlanmamasına yönelik reaktif (sonradan tepki veren) bir analizdir. Kök neden analizi yapılırken, kök neden ifadelerinin açık olmasına dikkat edilmeli ve her insan hatası öncesinde bir neden olduğu unutulmamalıdır. Sorunun kökenine inene kadar neden sorusu sorulmalıdır.

- I. Kök Neden Analizinde
- II. İletişim
- III. Eğitim
- IV. Çalışan yeterliliği
- V. Ekipman
- VI. Fizik faktörler
- VII. Mevcut uygulamaların yeterliliği gibi faktörler açısından kök nedenler irdelenir ve bu nedenlere yönelik faaliyet planlama yapılır.

5.5.7 KALİTE GÜVENCESİ VE KALİTE İYİLEŞTİRME EĞİTİMLERİ

5.5.7.1 Yeni işe başlayan akademik ve idari personele oryantasyon programı sırasında kalite güvencesi ve kalite iyileştirme prosedürü konularında eğitim verilir.

5.5.7.2 Periyodik olarak yılda bir defa da tüm akademik ve idari kadro çalışanlarına kalite iyileştirme hakkında eğitim verilir.

5.5.7.3 Akademik/İdari birim yöneticileri bölümlerinde eğitimlerin yaygınlaştırılması, personelinin takibi ve denetiminden sorumludur. Veri toplama ve analizi ile kalitenin iyileştirmesinin planlanması ve yürütülmesinde yer alan çalışanlara, planlanan faaliyetlerdeki görevleri ile uyumlu olacak şekilde kalite eğitimleri verilir.

5.5.7.4 Kalite Güvence ile ilgili aşağıdaki başlıklarda eğitim verilir;

- I. Kalite İyileştirme Prosedürünün anlatılması,
- II. Çalışanların kalite iyileştirme ile ilgili sorumlulukları,

- III. İzlenen indikatörler, analiz sonuçları ve iyileştirme faaliyetleri,
- IV. Kurumda uygulanan kalite iyileştirme modelleri
- V. Olayların tanımları (İstenmeyen, ramak kala vb) ve bildirim sistemi
- VI. Stratejik plan amaç ve hedefleri.

6 İLGİLİ DOKUMANLAR

6.1 İndikatör Validasyon Prosedürü

6.2 PUKÖ İyileştirme Takip Listesi

6.3 Yoğun Analizi Prosedürü.

Yönergenin Yürürlüğe Girdiği Yasal Dayanaklar		
İlgili Kurul	Karar Tarihi	Karar Sayısı
Senato	25.10.2023	2023/11
Mütevelli Heyeti	23.11.2023	2023/08
Yönergede Yapılan Değişikliğe İlişkin Yasal Dayanaklar		
İlgili Kurul	Karar Tarihi	Karar Sayısı