



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORGANİZASYON YAPISI PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: KU.PR.01	Yayın Tarihi: 27/02/2022	Revizyon Tarihi: 28/03/2022	Revizyon No: 1	Sayfa No/Sayfa Sayısı: 1/2
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

1. AMAÇ: Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS-ADSM/H) kapsamında; Fakülte faaliyetlerini tamamını kapsayacak şekilde organizasyon yapısının en üst kademedен en alt kademeye kadar dikey ve yatay tüm ilişkileri tanımlamak ve kurumun amaç ve hedefleri doğrultusunda etkin bir biçimde yürütülmesini sağlamaktır.

2. KAPSAM: Tüm birimleri kapsamaktadır.

3. KISALTMALAR:

(SHKS-ADSM/H): Sağlık Hizmet Kalite Standartları

4. TANIMLAR:

4.1. Sağlık Hizmet Kalite Standartları (SHKS-ADSM/H): Sağlıkta Kalite ve Akreditasyon Daire Başkanlığınca tarafından yayınlanarak tüm ADSM/H'nde uygulamaya konulmuş olan standartlar listesidir.

4.2. EBYS: Elektronik Belge Yönetim Sistemi

5. SORUMLULAR: Dekan, Dekan Yardımcıları, Fakülte Sekreteri,

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. DEKAN; DİKEY VE YATAY KOORDİNASYON VE ENTEGTASYON NOKTALARI

Fakülte Dekanına dikey ve yatay tüm ilişkiler organizasyon şemasında gösterilmiştir.

Dekana dikey olarak bağı birimler aŐağıdaki gibidir.

- Fakülte Kurulu
- Fakülte Yönetim Kurulu
- Dekan Yardımcıları
- Fakülte Sekreteri
- Kalite Yönetim Birimi
- Diğer Birimler(Evrak Kayıt Birimi, Sterilizasyon Birimi, Öğrenci İşleri Birimi v.s.)
- Diğer Kurul, Komite ve Komisyonlar

HAZIRLAYAN(.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORGANİZASYON YAPISI PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: KU.PR.01

Yayın Tarihi:27/02/2022

Revizyon Tarihi:28/03/2022

Revizyon No:1

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2

6.2.DEKAN YARDIMCILARINA DİKEY VE YATAY OLARAK İLİŞKİLİ BİRİMLER

- Kurul,Komite ,Ekip ve Komisyonlar
- Klinik Birimler Bölüm Başkanlığı
- Temel Birimler Bölüm Başkanlığı

6.3.DİKEY BAĞLI BİRİMLER

Fakülte Sekreteri ve Tüm İdari Birimler

Klinik Birimler Bölüm Başkanlığı:Tüm Anabilim Dalı Başkanlıkları Klinik Birimlerden Sorumlu Dekan Yardımcısına dikey olarak bağlı ve sorumludur.

Anabilim Dalı Başkanlıkları ve Klinikler:Tüm Anabilim Dalı ve Klinikler birbirleri ile yatay ilişki içerisinde.

Temel Birimler Bölüm Başkanlığı:Tüm İdari Birimler ilgili Dekan yardımcısına dikey olarak bağlı ve sorumludur.

Fakülte Sekreteri:Tüm İdari Birimler dikey olarak bağlı ve sorumludur.

İdari Birimler arasındaki Yatay İlişki:Tüm İdari birimler birbirleri ile yatay ilişki içerisinde.

Fakültemizde tüm akademik, idari ve destek hizmetleri personeli öncelikli olarak Birim sorumlusuna daha sonra Dekanlık Üst Yönetim kadrosuna dikey olarak bağlı ve sorumludur.

7.Kalite yönetim sistemi ve süreçleri

Fakültemiz; *ilgili* standardın öngördüğü şartlara uygun olarak bir kalite yönetim sistemi oluşturmuş, dokümanlar ederek, uygulamakta, sürekliliğini sağlamakta ve bunun etkinliğini sürekli iyileştirmektedir.

- Kalite yönetim sisteminin gerektirdiği süreçlerini ve uygulamalarını tanımlamıştır. Süreçlerin sırasını ve birbirleri ile etkileşimini tayin etmiştir.
- Süreçlerin çalıştırılmasının ve kontrolünün etkinliğini sağlamak için gerekli kriterler ve metotları tayin etmiştir,
- Süreçlerin çalıştırılmasını ve izlenmesini desteklemek için gereken kaynağın ve bilginin hazır bulundurulmasını planlayarak sağlamıştır (Kalite Yönetim Sistemi Planı ve Süreç Planlaması). Bu süreçlerini ölçerek, analiz etmeyi hedeflemektedir. Planlanmış sonuçları başarmak ve süreçleri sürekli iyileştirmek için gerekli faaliyetleri uygulamaktadır.
- Süreçlerin riskleri ve bu risklere göre aksiyon planları belirlenmiştir.

Bu süreçler, Standartta belirtilmiş şartlara uygun olarak yönetilmektedir.

Fakültemiz; hizmetini etkileyen insan kaynakları ve eğitim süreçlerine ilişkin olarak

HAZIRLAYAN(.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORGANİZASYON YAPISI PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: **KU.PR.01** | Yayın Tarihi:27/02/2022 | Revizyon Tarihi:28/03/2022 | Revizyon No:1 | Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2

Gaziantep Üniversitesi hükümlerine uymaktadır.

8.Risk Yönetimi

Risk planlaması ile öngörmeyi ve gerekli önlemleri alarak iyileştirmeleri desteklemeyi hedeflemektedir. Belirlenen fırsat ve risklere karşılık hedefler doğrultusunda hareket edilmesi ve değerlendirilmesi planlanmaktadır. Risk Planlaması yapılırken;

- a) Süreç risk ve fırsatları
- b) İş Akışı risk ve fırsatları
- c) Altyapı risk ve fırsatları
- d) İç ve Dış Hususlara ilişkin risk ve fırsatları
- e) Paydaş Memnuniyetine dair risk ve fırsatları şeklinde değerlendirme ve analizler yapılır.

Fakültemiz, süreçlerinin işletilmesi, ürün ve hizmetlerinin uygunluğa erişmesi için ihtiyaç duyulan bilgi tecrübelerden kazanılan bilgi olduğu tespit edilmiş ve süreçlerde bunlar belirtilmiştir. Ayrıca; Akademik personelimizin yapmış olduğu yayınlar, katıldıkları kongre, sempozyumlar kurumsal bilgiyi artırmaktadır. Diğer kurum ve kuruluşlarla veya STK larla yapılan ortak projelerde kurumsal bilgi hazinemizi güçlendirmektedir. Buna ek olarak; kurum ve kuruluşlara yapılan ziyaretlerden elde edilen bilgilerde bu kapsamda değerlendirilmektedir.

Dış kaynaklı olarak; kalite standartlarından yararlandığı gibi, Fakültemizde gerçekleştirilen etkinliklerde edinilen deneyimlerde süreçlerimize yansıtılmıştır. Bu bilginin sürdürülebilirliği sağlanmaktadır. Ayrıca; tedarikçilerimizden aldığımız öneriler bilgi düzeyinde katkı sağlamaktadır. Süreçler kapsamında yapılan dış tetkikler neticesinde alınan görüş ve önerilerde kurumsal bilgi olarak değerlendirilmektedir.

9.Kurumsal ve bireysel gelişim

Fakültemiz;

- a) Personelin 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa göre sahip olması istenen yetkinlik düzeyi belirlenmiştir. Aynı zamanda 2547 sayılı YÖK Kanununa göre eğitim-öğretim ve deneyim yeterlilikleri belirlenmiştir.
- b) Kalite yönetim sisteminin performansını ve etkinliğini etkileyen kendi kontrolü altında personel kişi/kişilerin gerekli yetkinliğini belirlemekte,
- c) Bu kişilerin, uygun eğitim, öğretim ve tecrübelerini dikkate alarak yetkinliklerini güvence

HAZIRLAYAN(.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORGANİZASYON YAPISI PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: KU.PR.01	Yayın Tarihi: 27/02/2022	Revizyon Tarihi: 28/03/2022	Revizyon No: 1	Sayfa No/Sayfa Sayısı: 1/2
-------------------------------	---------------------------------	------------------------------------	-----------------------	-----------------------------------

altına almakta ve gelişmesine yönelik olarak projeler, kongre, sempozyum katılımlarını desteklediği gibi hizmet içi eğitimlerle de yetkinliğini artırmaya çalışmaktadır,

- d) Uygulanabildiğinde, ihtiyaç duyulan yetkinliği kazanması için gerekli faaliyetleri yapmakta ve bu faaliyetlerin etkinliğini değerlendirmekte,
- e) Fakültemiz Kalite Yönetim Birimi tarafından yıllık eğitim planları yapılırken, kalite ile ilgili eğitimler de aynı kapsamda değerlendirilmektedir. Faaliyetleri sırasında kalite üzerinde önemli etkileri olan veya olabilecek tüm personel, çalışma konularıyla ilgili yasal ve mesleki düzenlemeler konusunda eğitilmektedir.
- f) Eğitim ve bilinçlendirme faaliyetlerinin amacı, çalışan personelin kalite bilincinin ve anlayışının geliştirilmesi ve sürekli iyileştirilmesidir.
- g) Eğitim ihtiyaçları doğrultusunda Kalite Yönetim Biriminden yıllık eğitim programı dışında Elektronik Belge Yönetim Sistemi(EBYS) kanalı ile üst yazı ilgili birimlerden eğitim talepleri alınmaktadır,
- h) Akademik personelin yayın sayısı yıllık olarak takip edilmekte ve YGG de sunulmaktadır,
- i) Akademik personelin akademik teşvik ile yapmış olduğu bilimsel çalışmalar ödüllendirilmektedir,
- j) Uygun dokümante edilmiş bilgiyi yeterliliğin kanıtı olarak muhafaza etmektedir.

10.Klinik Denetim Ve Klinik Etkinlik

Klinik denetim; üst yönetim, anabilim dalı başkanları, kalite direktörü, kalite birim çalışanları, hasta, çalışan güvenliği komitesi ve diğer komisyonlar tarafından gerçekleştirilen izleme ve değerlendirme çalışmalarını içerir. Klinik Anabilim dalı başkanlıkları hasta ve çalışan güvenliği komitelerinin doğal üyeleridir. Klinik kalite denetim süreçlerini birim birlikte yürütürler. Öğrenci ve öğretim üyesi klinikleri gün içerisinde birim çalışanları tarafından enfeksiyon, sterilizasyon ve dezenfeksiyon açısından; hasta bakım süreçleri öğrenci kliniklerinde sorumlu asistan ve Sorumlu Öğretim üyeleri tarafından denetlenir. Temizlik, el hijyeni, sterilizasyon, klinik gün sonu kontrol, acil çantası formları ve atıkların doğru ayrıştırılmasının gözlemlenmesi ilgili birim sorumluları tarafından kontrol edilir kalite yönetim birimi tarafından denetlenir .Tespit edilen uygunsuzluklar ilgili komitelerce görüşülerek gerekli düzeltici iyileştirici faaliyetler başlatılır. Fakültemizde T.C. Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanmış olan Sağlıkta Kalite Standartları ADSH (SKS-ADSH) doğrultusunda uygulanan işlemlerin ve sistem etkinliğinin değerlendirilmesi, rapor edilmesi ve gerektiğinde düzeltici/iyileştirici faaliyetlerin başlatılması esaslarını belirlemek; dış hizmet alımı ile yerine getirilen hizmetlerin değerlendirilmesi, uygunluklarının kontrol edilmesi, uygunsuzlukların rapor edilmesi, alınan önlemlerin kayıt altına alınması amacıyla “KY.PR.01.Öz değerlendirme Prosedürü” oluşturulmuştur. Öz değerlendirme Prosedürü doğrultusunda yılda 2 defa öz değerlendirme yapılır. Öz değerlendirme sonucunda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik yönetim ve

HAZIRLAYAN(.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan



GAZİANTEP ÜNİVERSİTESİ
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ
ORGANİZASYON YAPISI PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu: KU.PR.01

Yayın Tarihi:27/02/2022

Revizyon Tarihi:28/03/2022

Revizyon No:1

Sayfa No/Sayfa Sayısı:1/2

bölüm/birim kalite sorumluları bilgilendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır. Bakanlıkça belirlenen klinik kalite gösterge verileri, kalite yönetim birimi tarafından HBYS 'den aylık olarak takip edilerek, sonuçlar 3 aylık dönemler halinde analiz edilir. Analiz sonucu, ilgili komisyonlar tarafından değerlendirilir. Oluşan uygunsuzluklar hakkında düzeltici-iyileştirici faaliyet başlatılarak kök neden analizi yapılır.

11.ORGANİZASYON ŞEMASI

Fakültemiz Organizasyon Yapısı Organizasyon Şeması ile oluşturulmuştur.

12.İLGİLİ DÖKÜMANLAR

- Organizasyon Şeması
- Eğitim-Öğretim Organizasyon Şeması
- Kalite Yönetim Birimi Organizasyon Şeması
- Öz değerlendirme Prosedürü

HAZIRLAYAN(.../.../...)	KONTROL EDEN(.../.../...)	ONAYLAYAN(.../.../...)
	Kalite Yönetim Direktörü	Dekan