



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

Birim Adı: DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

YGG – KYS Performans Raporu Tarihi: 28.01.2025

Birim Üst Yöneticisi Adı-Soyadı: Prof. Dr. Kaan GÜNDÜZ -Dekan

1. SÜREÇ YÖNETİMİ

1.1. Süreç Kartları

Birimimizde, sorumlu olarak yürütülmekte olan 3 adet süreç bulunmaktadır. Birimimizin yürüttüğü faaliyetlere ilişkin 3 süreç kartında 17 adet faaliyet bulunmaktadır.

Süreç kartında yer almayan ancak birimde yürütülen faaliyetler var mı?	Hayır	Birimde yürütülmekte olup ancak ÜNİKYS’de biriminize ait süreç kartında veya faaliyette yer almayan faaliyet var ise burada açıklanmalıdır. (! Gerekli düzenlemenin yapılması için Kalite Koordinatörlüğüne bildirilmelidir.)
Süreç kartının ilgili faaliyetinde yer almayan ancak birimde kullanılan görev tanımı var mı?	Hayır	Varsa hangi görev tanımları olduğu burada belirtilmelidir.(!Gerekli düzenlemenin yapılması için Kalite Koordinatörlüğüne bildirilmelidir.)
Biriminizde kullanılan iş akışları/prosedür/form vb dokümanlar süreç kartında ilgili faaliyetin Bilgi/Tarif Doküman kısmında yer alıyor mu?	Evet	Yer almıyorsa hangi doküman olduğu burada belirtilmelidir(!Gerekli düzenlemenin yapılması için Kalite Koordinatörlüğüne bildirilmelidir.)

1.2. Süreç Performansı

Birimimizde, sorumlu olarak yürütülen süreç ve faaliyetler, performansı izleme kriterleri aracılığıyla yürütülmektedir. **3 süreç, 17** adet izleme kriteri ile izlenmektedir.

Sürecimize ait izleme kriterleri incelenmiş, kriterlerde değişiklik yapılmasına ihtiyaç olmadığına karar verilmiştir.

2024 yılında; Yürütülen süreçlerin iyileştirilmesi amacıyla; **1** adet düzeltici faaliyet, **17** iyileştirici faaliyet, **0** adet düzeltme kaydı oluşturulmuştur

2. İÇ VE DIŞ HUSUSLARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Üniversite tarafından belirlenen iç ve dış hususlara ilişkin ÜNİKYS’de yer alan PP.5.2.FR.0023 İç Hususlar Tablosu ve PP.5.2.FR.0024 Dış Hususlar Tablosu incelenmiş olup, bu hususların uygun olduğu ve varlığını devam ettirdiği tespit edilmiştir.

3. İLGİLİ TARAFLARIN İHTİYAÇ VE BEKLENTİLERİNİN ANLAŞILMASI HUSUSLARININ GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Üniversite tarafından belirlenen ve PP.5.2.FR.0022-OMÜ İlgili Taraflar ve Beklentileri Tablosunda yer alan ilgili taraflar ile bunların ihtiyaç ve beklentilerinin uygun olduğu tespit edildiğinden buna ilave olarak yeni bir husus belirlenmemiştir.

4. PAYDAŞ MEMNUNİYETİ VE PAYDAŞLARDAN GELEN GERİ BİLDİRİMLERİN DEĞERLENDİRİLMESİ

Fakültemizde Geri Bildirim Süreçleri: Hemen çözümlenecek bir konu is aynı gün içinde, ilgili birime görüş sorulacak ise ortalama 1 hafta zaman zarfında cevaplandırılmaktadır. Hasta memnuniyetini sağlamaya yönelik Hasta Hakları Birimimiz bulunmakta olup hasta ve yakınları ile direkt iletişimde olan çalışanlarımıza etkili iletişim konusunda her yıl düzenli olarak eğitim verilmektedir.



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

Geri Bildirimler

Birimimize 2024 yılında toplam 79 geri bildirim gelmiştir. Geri bildirimlere ilişkin ayrıntılı tablo aşağıda verilmektedir.

Geri Bildirim Türüne ve Durumuna Göre Geri Bildirim Sayıları				
	Tamamlandı	Reddedildi	İncelemede	GB Sayısı
Öneri / İstek	28	0	0	28
Memnuniyet	5	0	0	5
Şikayet	64	0	0	64

Kapatılmayan geri bildirimler: Kapatılmayan geri bildirim bulunmamaktadır.

Konusuna göre şikayet sayılarının değerlendirilmesi: Hasta yoğunluğu nedeniyle telefonlara bakılmadığı yönünde şikayetler mevcut olup personel eksikliği giderildiğinde sorun çözüme kavuşacaktır.

Geri bildirim memnuniyet düzeyi:

- MDK- Multisipliner Kliniği'nin faaliyette olması ve farklı branşlarda uzmanlık yapan öğrenciler tarafından tedavilerin yapılması, uzayan randevu sürelerinde kısaltmaya ve hasta memnuniyet düzeyinde iyileşmeye sebep olmuştur.
- Karadeniz Bölgesi Engelliler Ağız ve Diş Sağlığı Merkezi olarak 2. Ameliyat odası tamamlanarak hastaların hizmetine sunulmuş ve ameliyat randevu sürelerinin kısaltması sağlanmıştır.
- Hastaların hizmete erişiminin kolaylaştırılması adına hasta konsültasyonlarının girişini yapmak üzere Tıp Fakültesi Aile Hekimliği A.B.D 'dan Fakültemize mesai saatleri içerisinde hekim görevlendirilmiştir.

4.1. Anketler

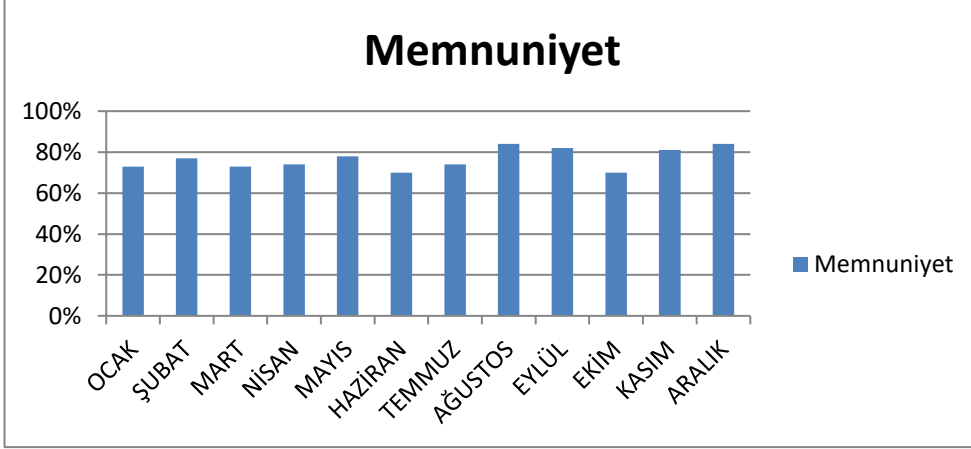
Fakültemizde **Hasta Deneyimi Anketi** Klinikler bazında her ay düzenli olarak yapılmakta ve Fakültemiz web sayfasında Hastanemiz sekmesinde yayınlanmaktadır.

Hasta Deneyim Anketi Memnuniyet Oranı

OCAK	%73
ŞUBAT	%77
MART	%73
NİSAN	%74
MAYIS	%78
HAZİRAN	%70
TEMMUZ	%74
AĞUSTOS	%84
EYLÜL	%82
EKİM	%70
KASIM	%81
ARALIK	%84
MEMNUNİYET ORANI	%76,6



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU



Çalışan Memnuniyet Anketi -2024

Çalışan Memnuniyet Anketi	Tamamen Katılıyorum	Katılıyorum	Kararsızım	Katılmıyorum	Kesinlikle Katılmıyorum
Seçenek Bazında Verilen Toplam Cevap Sayısı (Tamamen katılıyorum, Katılıyorum, Kararsızım, Katılmıyorum, Kesinlikle katılmıyorum Toplamı)	1554	2199	1381	232	262
Toplam Cevap Sayısı (Anketteki Soru Sayısı X Anket Uygulanan Kişi Sayısı)	5628				
Seçenek Bazında Verilen Cevap Oranı (Her Seçenekte Verilen Toplam Cevap Sayısı/ Toplam Cevap Sayısı) x100	%27.6	%39	%24.5	%4.1	%4.6

Çalışan Memnuniyet Anketi Sonucu: Çalışanlarımıza yılda 1 defa Aralık ayında TURCASOFT Sistemi üzerinden anket yapılmaktadır. Fakültemiz web sayfası Kalite Sekmesinde yayınlanmaktadır. **2024 Yılı hedef değerimiz %75, Sonuç: %66.6**

5. KALİTE POLİTİKASI VE KALİTE/SÜREÇ PROSEDÜRLERİNİN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Kalite Politikası: Üniversitemiz Kalite Politikasının uygun olduğu görülmüş olup değişiklik ihtiyacı bulunmamaktadır.

Paydaş Geri Bildirim Politikası: Üniversitemiz Paydaş Geri Bildirim Politikasının uygun olduğu görülmüş olup değişiklik ihtiyacı bulunmamaktadır.

Kalite/Süreç Prosedürleri: Üniversitemiz Kalite/Süreç Prosedürlerinin uygun olduğu görülmüş olup değişiklik ihtiyacı bulunmamaktadır.

Diğer Politika ve Prosedürler: Üniversitemiz tüm politika ve prosedürlerinin uygun olduğu görülmüş olup değişiklik ihtiyacı bulunmamaktadır.

6. KALİTE HEDEFLERİ VE HEDEFLERE ULAŞMA DERECEİ

Birimlerin ÜNİKYS yazılımı aracılığıyla bildirdiği stratejik plan performans gösterge hedefleri ile süreç izleme kriter hedefleri, o birimin kalite hedeflerini oluşturmaktadır. Her bir birim tarafından yönetilen bu hedefler OMÜ'nün kalite hedefleridir.



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

6.1. Stratejik Plan Hedefleri

OMÜ stratejik planında yer alan performans göstergelerine ilişkin birim veriler tabloda belirtilmiştir. 2025 Yılı için hedef Şubat 2025'te giriş yapılacaktır

Kurumsal Göstergeler - Birim Performansları

Excel Dosyası Olarak İndir [←](#) Geri

Arama Yap

Yenile

DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

Stratejik Plan PG

Seçiniz

Arama Yap

Kurumsal Gösterge	2022	2023	2024	Gerçekleşme Değeri (Pay / Payda) 2025	Birim Hedefi	Üniversite Hedefi	Birim Hedefine Ulaşma Yüzdesi (%)
KG16 Yabancı Uyruklu Öğrenci Sayısı	163	x	x	x	x	x	x
KG51 Akademik Personel Memnuniyet Oranı (% Olarak)	x	69.63	134	x	x	x	x
KG52 İdari Personel Memnuniyet Oranı (% Olarak)	22.6	68	134	x	x	x	x
KG53 Öğrenci Genel Memnuniyet Oranı (% Olarak)	60.7	x	2	x	x	x	x
KG240 İdari personel memnuniyet oranı	22.6	68	134	x	x	x	x
KG241 Akademik personel memnuniyet oranı	x	69.63	134	x	x	x	x
KG1225 Lisansüstü eğitimde burslardan yararlanan öğrenci sayısı	x	x	x	x	x	x	x
KG1237 Toplumsal Yaşama Katkı ve Sosyal Sorumluluk kapsamında kabul edilen proje sayısı	20	3	x	x	x	x	x
KG1238 OMÜ personeline ve mezunlara yönelik gerçekleştirilen faaliyet sayısı	1	0	x	x	x	x	x
KG1248 Toplumsal yaşama katkı sunan faaliyet sayısı	0	x	x	x	x	x	x
KG1249 Akredite olan program sayısı	1	x	2	x	x	x	x

Toplam 11 kayıt gösteriliyor.

< 1 >

6.2. Süreç İzleme Kriterleri Hedefleri

Süreç izleme kriterlerine ilişkin birim hedefleri ve diğer bilgiler aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

Süreç

Birim

× Bilgi Üretim Süreci

×

×

× DIŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ

İzleme Kriterleri

Yükleniyor...

İzleme Kriteri	Süreç	2021	2022	2023	Gerçekleşme Değeri (Pay / Payda) 2024	Birim Hedefi	Üniversite Hedefi	Birim Hedefine Ulaşma Yüzdesi (%)
KG90 SCI, SSCI VE A&HCI Endeksli Dergilerdeki Yıllık Yayın Sayısı (WOS)	PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci	116	x	x	x	x	1007	x
KG150 YÖK, TÜBA, TÜBİTAK bilim, teşvik ve sanat ödülleri sayısı	PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci	0	0	1	0	x	5	x
KG155 Ulusal ve uluslararası özel veya resmi kurum ve kuruluşlar tarafından desteklenmiş Ar-Ge niteliği taşıyan proje sayısı	PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci	18	2	0	x	x	190	x
KG219 Üniversitemiz tarafından düzenlenen uluslararası kongre, sempozyum, konferans, seminer, panel sayısı	PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci	x	x	0	0	x	50	x
KG235 Toplumsal sorunlara odaklanmış kültürel ve sanatsal etkinlik sayısı	PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci, PP2.1 Bilgi Üretim Süreci	0	0	x	x	x	95	x



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

7. DOKÜMAN YÖNETİMİ

Birimimizin **2024** yılı içerisinde dokümanlarla ilgili faaliyetleri aşağıdaki gibidir.

Dokümanlar: Birimimiz faaliyetlerin yürütülme işlemlerinde kullanılan dokümanlar, süreç kartının ilgili faaliyete ait bilgiler kısmında yer alıp almadığı gözden geçirilmiş, tüm dokümanların ilgili faaliyetin 'Bilgi/Tarif Dokümanı' kısmında yer aldığı görülmüştür.

Standart Formlar: Birimimiz, **0** doküman değişikliği **0** doküman iptali ve **0** yeni doküman talebinde bulunmuştur.

İş Akışları: Birimimizde yürütülen faaliyetlere ilişkin iş akışı bulunmakta olup, YGG 1. Kademe Raporu hazırlıkları sırasında her bir iş akışı gözden geçirilmiştir.

Görev Tanımları: Birimde yürütülen faaliyetlere ilişkin görev tanımları gözden geçirilmiş personele tebliğ edildiği tespit edilmiş ve bu görevlerin süreç kartında ilgili faaliyette gösterildiği kontrol edilmiştir.

Organizasyon Şeması: Birim Organizasyon Şeması yürütülen süreç ve faaliyetleri kapsamaktadır. Şema aynı zamanda ÜNİKYS'de yayınlanan Organizasyon Şeması ile aynıdır.

Kriterler	Cevap	Açıklama
Tüm görev tanımları ilgili personele tebliğ edildi mi?	Evet	Görev tebliği yapılamayan personel varsa hangi görev tanımı olduğu ve gerekçesi yazılmalıdır. Görev tanımı tebliğ edilmeli, görev tanımı yoksa yeni görev tanımı oluşturulması için istekte bulunulmalıdır.
Görev tanımlarında vekalet durumu, aranan nitelikler eksiksiz mi?	Evet	Eksiklik bulundursa hangi görev tanımı olduğu belirtilmeli ve düzenlemenin yapılması için Kalite Koordinatörlüğüne bildirilmelidir.
Birim Organizasyon şeması ÜNİKYS>>>Doküman Yönetimi>>> Dokümanlar>>>Organizasyon Şemaları sekmesindeki ile aynı mı?	Evet	Değilse güncellenmiş halinin Doküman Kontrolü ve Yönetimi Prosedürüne uygun olarak güncelleme işlemlerinin yapılması gereklidir.
Tüm iş akışları gözden geçirildi mi?	Evet	
Değişiklik olan iş akışı var mı?	Hayır	
Değişiklik/İptal veya yeni iş akışları varsa Doküman Kontrolü ve Yönetimi Prosedürüne uygun olarak ÜNİKYS'de tanımlandı mı?	Evet	Yoksa boş bırakınız.

8. RİSK VE FIRSATLARIN GÖZDEN GEÇİRİLMESİ

Birimime ait toplam **11** adet stratejik risk ve **0** adet operasyonel süreç riski bulunmaktadır. Bu risklerden **0** adedi yüksek seviye, **6** adedi orta seviye ve **5** adedi düşük risk grubuna girmektedir.

Bu yıl **11** risk oluşturulmuştur.

Yüksek Riskler: Yüksek risk grubuna giren risklerden **0** adedine risk seviyesini düşürmek amacıyla DİF planlanmıştır. Bu DİF'lerden **0** adedi tamamlanmış ve buna bağlı olarak etki-olasılık seviyesi düşürülerek risk puanı güncellenmiştir. Bununla birlikte **0** adet DİF tamamlanmamış olup, konu ile ilgili faaliyetler devam etmektedir.



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

Orta Riskler: Orta risk grubuna giren risklerden **0** adedine risk seviyesini düşürmek amacıyla DİF planlanmıştır. Bu DİF'lerden **0** adedi tamamlanmış ve buna bağlı olarak etki-olasılık seviyesi düşürülerek risk puanı güncellenmiştir. Bununla birlikte **0** adet DİF devam etmekte olup konu ile ilgili faaliyetler devam etmektedir.

Kodu	Risk	Risk Türü	Süreç	Süreç Faaliyeti	Olasılık	Etki	Risk Puanı	Risk Level	Riski Oluşturan	Onay Durumu	Oluşturulma Tarihi	Göster	DİF Oluştur
474	Uluslararası faaliyet için yeterli kaynak bulunamaması	Stratejik	PP1.4 Uluslararası Değişim Programları ve İşbirliği Süreci	F1.4.1 Uluslararası ortak eğitim programlarının açılmasına katkıda bulunmak	4	2	8	Düşük	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 10:18	Göster	DİF Oluştur
467	Öz sermaye eksikliği ve Hibe programlarının azlığı	Stratejik	PP2.2 Bilgi Transferi Süreci	F2.2.4 Şirketleşme ve Girişimcilik	3	4	12	Orta	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:41	Göster	DİF Oluştur
466	Öğretim elemanlarının ve mezun öğrencilerin girişimcilik ve ticarileşme konusunda tecrübe eksikliği	Stratejik	PP2.2 Bilgi Transferi Süreci	F2.2.4 Şirketleşme ve Girişimcilik	3	3	9	Düşük	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:40	Göster	DİF Oluştur
465	Ticarileşme sürecine yönelik uzman istihdam sayısının azlığı	Stratejik	PP2.2 Bilgi Transferi Süreci	F2.2.4 Şirketleşme ve Girişimcilik	3	4	12	Orta	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:39	Göster	DİF Oluştur
464	Buluş vb. çıktılara yönelik bilimsel çalışmalarda ve çıktıların desteklenmesinde kaynak yetersizliği	Stratejik	PP2.2 Bilgi Transferi Süreci	F2.2.3 Fikri ve Sınai Hakların Yönetimi ve Lisanslama	4	4	16	Orta	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:37	Göster	DİF Oluştur
462	Dış paydaşların işbirliği ve proje destek mekanizmalarını yeterince bilmemesi	Stratejik	PP2.2 Bilgi Transferi Süreci	F2.2.2 Üniversite-İş Dünyası İşbirliği Faaliyetleri	4	3	12	Orta	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:35	Göster	DİF Oluştur
461	Öğretim elemanlarının proje yazma/yönetme deneyimi eksikliği	Stratejik	PP2.1 Bilgi Üretim Süreci	F2.1.1 Araştırmacı Yetkinliği	4	4	16	Orta	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:33	Göster	DİF Oluştur
459	Dış kaynaklı projelere yönelim eksikliği	Stratejik	PP2.3 Proje Yönetimi Süreci	F2.3.3 Dış Kaynaklı Proje İşlemleri	3	4	12	Orta	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:30	Göster	DİF Oluştur
457	Öğretim elemanlarının ders/iş yoğunluğu	Stratejik	PP2.1 Bilgi Üretim Süreci	F2.1.4 Araştırma ve Uygulama Faaliyetlerinin Geliştirilmesi	2	3	6	Düşük	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:28	Göster	DİF Oluştur
455	Disiplinlerarası program açma konusunda öğretim elemanlarında yeterli farkındalığın olmaması	Stratejik	PP1.1 Eğitim ve Öğretim Planlama Süreci	F1.1.1 Yeni Eğitim Programının/Bölümün Planlanması ve Program Açma Dosyasının Hazırlanması	4	1	4	Düşük	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:22	Göster	DİF Oluştur
451	Eğitim sistemindeki bireysel alışkanlıkların kurumsal hedefler karşısında direnç göstermesi	Stratejik	PP1.1 Eğitim ve Öğretim Planlama Süreci	F1.1.1 Yeni Eğitim Programının/Bölümün Planlanması ve Program Açma Dosyasının Hazırlanması	3	1	3	Düşük	Admin	Onaylandı	27.02.2024 - 09:13	Göster	DİF Oluştur

2024 Risk Bilgileri

Genel Bilgiler

	Risk Sayısı
Toplam Risk Sayısı	11
Riskten açılan DİF Sayısı	3
Puanı Güncellenen Risk Sayısı	0

Onay Durumuna Göre Risk Sayıları

	Risk Sayısı	Risk Sayısı (%)
Onaylandı	11	%100

Fırsatlar: Fakültemize ait fırsatlar;



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

A. LİDERLİK, YÖNETİM VE KALİTE Güçlü Yönler:

1. Fakültemizin vizyonu, misyonu, eğitim, araştırma, hizmet amaç ve hedefleri günümüz gereksinimlerini sağlayacak şekilde güncellenmiştir.
2. Fakültemizde eğitimin planlanması ve yürütülmesinden sorumlu komisyonların, eğitimle ilgili karar ve süreçleri belirleyen, düzenli bir kayıt ve arşiv sisteminin var olması.
3. Fakültemiz üst yönetiminde görevli akademisyenlerin tümünün dış hekimliği eğitimi almış olması; kalite, eğitim ve akreditasyon konusunda çeşitli komisyon ve derneklerde görev almış ve tecrübeli olmaları.
4. SKS (Sağlıkta Kalite Süreçleri)- ADŞH (Ağız Dış Sağlığı Hizmetleri) Kalite Setinin Fakültemizde Nisan 2017 tarihinden itibaren Kalite Yönetim Ekibi ve A.B.D Başkanlarının Klinik Bazında katılımının sağlanması ile uygulanıyor olması.
5. ÜNİKYS (ISO 9001-2015 kalite yönetimi sistemi ve ISO 10002- 2018 müşteri memnuniyeti kalite yönetimi) sisteminin onaylanmış olması ve sürekliliğinin olması.
6. Klinik kapasite ve hasta hizmetleri sunumundaki donanımın yeterli olması.

B. EĞİTİM VE ÖĞRETİM Güçlü Yönler:

1. Tecrübeli eğitim kadrosu
2. Fakültemizin DEPAD tarafından tam akredite edilmiş olması
3. Fakültemizin Türkiye yeterlilikler veri tabanına yerleştirilmiş, TYÇ ve AYÇ logolarını almış olması
4. Eğitim programımız disiplin temelli ve uygulama temelli eğitim sistemini içeren, hem eğitici hem de öğrenci merkezli eğitim modellerini içermektedir. Eğitim sistemimiz hem preklinik hem de klinik dönemde yatay ve dikey entegrasyona sahiptir
5. Eğitim programımızda klinik beceriler, mesleksi tutum ve davranış kazandırılmasına yönelik uygulamalar, kanıta dayalı tıp uygulamaları ve topluma yönelik uygulamalar yer almaktadır.
6. Eğitim programının oluşturulması, geliştirilmesi ve düzenlenmesinden sorumlu komisyonlarımız mevcuttur ve periyodik toplantılarını gerçekleştirmektedir.
7. Ölçme ve değerlendirme yöntemlerini ayrıntılı olarak tanımlayan bir yönetmeliğimiz ve yönergemiz mevcuttur. Kuruma özel öğrenci otomasyon sistemi oluşturulmuş ve hayata geçirilmiştir.
8. Yıllara göre farklı ve güncel, standardize edilmiş ölçme değerlendirme yöntemleri (çoktan seçmeli, sözlü, yapılandırılmış objektif klinik sınavlar, proje, vb.) kullanılmaktadır.
9. Her öğrenciye akademik danışmanlık sistemi ile ulaşılabilir.
10. Öğrencilerimize eğitim- öğretim yılı içerisinde/ sonunda sınıf ve ders bazında memnuniyet anketleri uygulanmaktadır.
11. Fakültemizde öğrenim görmekte olan tüm öğrencilerin görev ve sorumlulukları belirlenmiş, ilgili yönetmelik ve yönergeler fakültenin web sayfasında yayınlanmıştır.
12. Ondokuz Mayıs Üniversitesi AVYS ve UZEM ve UBYS sisteminde bulunan ders notları ve materyallerine öğrencilerimiz erişim sağlayabilmektedir.
13. Ondokuz Mayıs Üniversitesi bünyesinde bulunan Öğrenci Konseyinde iki yılda bir seçilen bir temsilci ile fakültemiz temsil edilmektedir.
14. Fakültemiz eğitsel kaynaklar ve alt yapı açısından öğrenci kapasitesini karşılayacak yeterli olanaklara sahiptir. Hastanemiz hasta çeşitliliği açısından öğrencilere yeterli klinik deneyimi sağlayacak niteliktedir. Klinik öncesi laboratuvarlar modern ve teknik açıdan yeterlidir.

15. Öğrenci otomasyon sisteminin mevcudiyeti, soru bankasının oluşturulmuş olması ve güncellenmesi
16. Eğitim programının DUÇEP 2021 ile uyumluluğu tamamlanmış, program çıktıları, öğrenim hedefleri, hedef, amaç, vizyon ve misyon güncellenmiştir.



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

C. ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME Güçlü Yönler:

1. Fakültemiz akademik kadrosunun; Fakülte'deki ders yükü, öğretim üyesi/ öğrenci oranı ve eğitim, araştırma ve sağlık hizmeti sunum yükleri arasındaki dengeyi sağlayacak şekilde olması.
2. Öğretim üyelerinin ulusal ve uluslararası akademik etkinliklere katılımının OMÜ Proje Yönetim Ofisi tarafından desteklenmesi.

D. TOPLUMSAL KATKI Güçlü Yönler:

1. Fiziksel kapasite ve teknik donanım açısından yeterli klinik hizmet birimlerinin bulunması
2. Hastane hizmetleri ile ilgili kalite süreçlerinin işletiliyor olması
3. Üniversite tarafından toplumsal yaşama katkı projelerinin destekleniyor olması
4. Bilirkişi ve danışmanlık hizmetlerinin veriliyor oluşu.

9. UYGUNSUZLUKLAR, UYGUN OLMAYAN ÇIKTILAR İLE DÜZELTİCİ VE İYİLEŞTİRİCİ FAALİYETLERİN DURUMU

9.1. Düzeltme kayıtları

ÜNİKYS üzerinde **2024** yılında; **0** adet düzeltme kaydı açılmıştır.

9.2. Düzeltici faaliyetler

ÜNİKYS üzerinde **2024** yılında; **1** adet düzeltici faaliyet açılmıştır.

9.3. İyileştirici faaliyetler

ÜNİKYS üzerinde **2024** yılında; **17** adet iyileştirici faaliyet planlanmıştır. Bunlardan, **15** tanesi eylem planından **3** tanesi risk görevinden oluşturulmuştur.

İlişkili Modele Göre DİF Sayıları

	Sayı	Yüzde (%)
Geri Bildirim	0	%0
Eylem Planı Uygulama Adımı	15	%83.33
Süreç Faaliyeti	0	%0
Risk	3	%16.67
Yönetim Görevi Adımı	0	%0
İç Tetkik Bulgusu	0	%0



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

DİF Verileri		
Genel Bilgiler		
Toplam DİF sayısı	18	
Süreç Faaliyeti için açılan DİF sayısı	0	%0
Eylem Planı için açılan DİF sayısı	15	%83.33
Geri Bildirim için açılan DİF sayısı	0	%0
Risk için açılan DİF sayısı	3	%16.67
Yönetim Görevi Adımı için açılan DİF sayısı	0	%0
İç Tetkik Bulgusu için açılan DİF sayısı	0	%0
Bağımsız DİF sayısı	0	%0

BİDR-Birim İç Değerlendirme İyileştirmeleri: Birimimizde **2024** yılı hazırlanan Dış Hekimliği Fakültesi Birim İç Değerlendirme Raporu Sonuç kısmına yazılmış olan “İyileştirilecek Alanlar” sekmesinde aşağıda ifade edilen maddeler yer almıştır. Bu maddeler doğrultusunda henüz **0** adet DİF planlanmış, **0** tanesi gerçekleştirilmiş, **0** tanesi tamamlanamamıştır.

- A. LİDERLİK, YÖNETİM VE KALİTE-** Gelişmeye Açık Yönler: 1. Mezun etkileşimi ve dış paydaş katılımının artırılması
- B. EĞİTİM VE ÖĞRETİM-** Gelişmeye Açık Yönler: 1. Sürekli artan öğrenci sayı ve kontenjanları
- C. ARAŞTIRMA VE GELİŞTİRME** - Gelişmeye Açık Yönler: 1. İdari personel sayısının yetersiz olması ve istek yapılmış olmasına rağmen değişiklik olmaması. 2. Akademik personelin çoğunun akademik gelişim basamaklarını tamamlamış olması, akademik kariyerinin başlangıcında olan öğretim üyelerinin çok az sayıda olması.
- D. TOPLUMSAL KATKI-** Gelişmeye Açık Yönler: 1. Toplumsal yaşama katkı faaliyetlerinin kayıt ve koordinasyonundaki güçlükler 2. Sağlıkta kalite standardı puanının daha da artırılması 3. Hasta memnuniyetinin daha iyi düzeye çekilmesi.

.10. EYLEM PLANLARI ve GERÇEKLEŞMELERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

10.1. Eylem Planları

(KAP) 2023 Eylem Planı (2024): Bu kapsamda 11 adet görev tanımlanmıştır.

(KİDR) 2023 Eylem Planı (2024): Bu kapsamda 9 adet görev tanımlanmıştır.

(YGG) 2023 Eylem Planı (2024): Bu kapsamda 1 adet görev tanımlanmıştır.

10.2. Yönetim Görevi

Gösterge etiket sorumluları tarafından endekslerde üniversitemizin daha üst sıralara yükselmesi amacıyla gösterge hedeflerine ulaşmak için verilen görevler ile üst yönetim tarafından verilen görevlerden oluşan yönetim görevleri kapsamında birimimize 2022 yılında 4 adet, 2023 yılında 3 görev atfedilmiş olup DİF planlanmamıştır. 2024 yılı için görev tanımlanmamıştır.



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

Kod	Yönetim Görevi Adı	Yönetim Görevi Tanımı	Sorumlu Birimler	Oluşturulma Tarihi	İlerleme Durumu (%)	
74	Kurumsal gelişim ve planlama	BİRİM İÇ DEĞERLENDİRME ve YGG raporlarının hazırlanması süreçlerinde, (kurum hedeflerine (stratejik planda yer alan), endeks izleme komisyonunca belirlenmiş hedeflere ve diğer gösterge hedeflerine ulaşıp ulaşılmadığının belirlenmesi ve iyileştirme faaliyetlerinin tanımlanması), birim endeks komisyonu, eğitim-öğretim ölçme ve değerlendirme komisyonu, kalite ve akreditasyon komisyonlarının izleme ve değerlendirmelerine yer verilmesi ve tüm personele raporun duyurulması	Fakülte Dekanlık/YO/MYO Müdürlük	27.05.2023 - 11:16	% 14.29	 Göster
70	Araştırmacı kadrodan görüşler alınarak gerekli düzenlemenin yapılması	2022 Anket Sonuçları İyileştirme Eylem Planı: 2022'de gerçekleştirilen memnuniyet anketleri sonuçlarına göre "Araştırma ve yayın yapmaya ayrılabilen zamanın yeterlidir" maddesine ait memnuniyet düzeyi %59,85'tir. Memnuniyet düzeyinin artırılması amacıyla "Araştırmacı kadrodan görüşler alınarak gerekli düzenlemenin yapılması" yönetim görevi Fakülte Dekanlık/YO/MYO Müdürlük birimine verilmiştir. (Detaylı bilgi için tıklayınız: https://kalite.omu.edu.tr/anket-izleme-ve-raporlama/)	Fakülte Dekanlık/YO/MYO Müdürlük	28.04.2023 - 14:08	% 11.43	 Göster
67	Dersliklerin fiziki şartlarına ilişkin durum tespitinin yapılması ve eksikliklerin giderilmesi için çalışmaların gerçekleştirilmesi	2022 Anket Sonuçları İyileştirme Eylem Planı: 2022'de gerçekleştirilen memnuniyet anketleri sonuçlarına göre "Dersliklerin fiziki şartları yeterlidir. (kapasite, teknik donanım, sıcaklık, ışık vb.)" maddesine ait memnuniyet düzeyi %51,28'dir. Memnuniyet düzeyinin artırılması amacıyla "Dersliklerin fiziki şartlarına ilişkin durum tespitinin yapılması ve eksikliklerin giderilmesi için çalışmaların gerçekleştirilmesi" yönetim görevi Fakülte Dekanlık/YO/MYO Müdürlük birimine verilmiştir. (Detaylı bilgi için tıklayınız: https://kalite.omu.edu.tr/anket-izleme-ve-raporlama/)	Fakülte Dekanlık/YO/MYO Müdürlük	28.04.2023 - 14:08	% 22.86	 Göster
56	Öğrenci araştırma projelerinin sayısının artırılması	Lisans ve Lisansüstü öğrencilerinin kurumlar arası araştırma projelerinin sayısını artırmak için farkındalığının artırılması, başvuru sistemlerine yönlendirilmesi ve sonuçlarının takibi	Fakülte Dekanlık/YO/MYO Müdürlük	11.12.2022 - 15:30	% 8.57	 Göster
55	Toplumsal yaşama katkı ve sosyal sorumluluk projeleri	Toplumsal yaşama katkı ve sosyal sorumluluk konusunda bir projenin hazırlanması ve akademik takvim sonuna kadar gerçekleştirilmesi	Fakülte Dekanlık/YO/MYO Müdürlük	09.12.2022 - 15:02	% 5.71	 Göster
49	Sürdürülebilirlik ile ders sayısının artırılması	Sürdürülebilirlik konusunda bilinçlendirme Sürdürülebilirlik derslerinin artırılması Sürdürülebilirlik eğitimlerinin artırılması	Araştırma Merkezleri, Anabilim Dallar, KALİTE KOMİSYONU	22.08.2022 - 13:48	% 0.26	 Göster

11. İÇ VE DIŞ TETKİK SONUÇLARININ GÖRÜŞÜLMESİ

11.1. İç Tetkik Sonuçları:

Birimimizde, 2024 yılı içinde yapılan iç tetkiklerde 2 adet uygunsuzluk tespit edilmiştir.

UNKYS

ÜNİVERSİTE KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ

Seçili Yıl: 2024

13

metin.deryal@omu.edu.tr

İç Tetkik Bulgu ve Takip Çizelgesi

← Geri

İç Tetkik

2024 İç Tetkik

Birimler

Excel Dosyası Olarak İndir

Birim	Tetkikçiler	YÖKAK Ölçütü	Bulguların Tanımı	Uygunluğunun Tarifi Ve Yapılacak Faaliyetler	Yapılacak Faaliyet	Sorumlu	Planlanan Bitiş Tarihi	Düzeltilme Kodu	DİF Kodu
DİŞ HEKİMLİĞİ FAKÜLTESİ	Ekip Lideri: Yıldray TOPCU	Liderlik, Yönetişim ve Kalite	1. DİF etkililik değerlendirmesinin yapılmadığı görülmüştür.	Birim yöneticisi tarafından etkililik değerlendirmesinin yapılması	Düzeltilme	Prof.Dr.Nilüfer ÖZKAN	29.11.2024		
	İç Tetkikçi: Esra TUTKUN ŞİVGİN , Kahraman Kağan DEDE		2. EnYS'ye ilişkin farkındalık yeterli düzeyde olmadığı görülmüştür.	Dış Hastanesi birimine ilişkin ENYS'ye yönelik eğitim verilmesi	DİF	Hastane Müdürü	31.12.2024		



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

11.2. Dış Tetkik Sonuçları

Türk Standartları Enstitüsü tarafından TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi ve TS ISO 10002 Müşteri Memnuniyeti Yönetimi kapsamında 2024 yılında dış tetkik gerçekleştirilmemiştir.

12. BİR ÖNCEKİ YGG'YE AİT TAKİP FAALİYETLERİ

12.1. YGG I. Kademe Raporu Kararları (Birim)

Birimimizde; **2023** yılında YGG 1. Kademe Raporunda 4 karar alınmıştır. Bu kararlardan hiçbirisi YGG Eylem Planında yer almamıştır.

 T.C. ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ YÖNETİMİN GÖZDEN GEÇİRMESİ (1/2). KADEME RAPORU		
Toplantı sonucu alınan kararlar, sorumlular ve terminler:		
TOPLANTIDA ALINAN DÜZELTİCİ-İYİLEŞTİRİCİ KARARLAR	SORUMLU	TERMİN
ÜNİKYS'de girilmesi gereken verilerin birimlere göre süzgeçten geçirilerek kategorize edilmesi	Kalite Koordinatörlüğü	6 ay
Öğretim Elemanlarının ulusal ve uluslararası proje ve yayın sayılarının artırılması	Rektörlük	1 yıl
Öğr. Gör. Ve Dr. Öğr. Üyesi gibi akademik gelişimin başında olan öğretim elemanlarının sayıca artırılması	Rektörlük	1 yıl
Destek ve yardımcı sağlık personelinin artırılması	Rektörlük	1 yıl

12.2. YGG 2. Kademe Raporu / OMÜ YGG Eylem Planı

YGG Eylem planında birimize atfedilen **0** uygulama adımı bulunmakta olup bu alanlardan **0** adet DİF açılmış ve **0** tanesi tamamlanmıştır.

13. Kaynak ihtiyaçları ve talepler

Anabilim Dallarımızın yatırım, alt yapı, donanım, teçhizat, finansal, insan kaynağı vb. gibi kaynak ihtiyaçları aşağıda belirtilmiştir.

Ortodonti A.B.D

1. Mevcut eski ünitelerle değiştirilmek üzere on yeni ünit
2. Ortodonti hastalarının randevu takip ve çağrı işlemleri için bir sekreter
3. Ortodonti laboratuvarı için iki ortodonti teknisyeni
4. Ortodonti kliniği için iki yardımcı personel
5. Ortodonti hastalarının tedavi kayıt işlemleri için iki adet ağız içi tarayıcı
6. Ortodonti asistan odaları için çalışma masası sandalyesi
7. Ortognatik cerrahi planlaması için bir adet yarı ayarlanabilir artikülatör
8. Ortodonti kliniği için dört adet bilgisayar
9. Ortodonti kliniği için dört adet hekim taburesi



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

Protetik Diş Tedavisi A.B.D.

- 1- 20 adet Kolçaklı ve tekerlekli ofis sandalyesi (asistan odaları için)
- 2- Modelasyon ve diş anatomisinin demonstrasyonunun yapılabilmesi için 5 kere büyütülmüş 28 dişlik model diş (Preklinik eğitiminde demonstrasyonda kullanılmak üzere)
- 3- Fantom kafa uyumlu farklı endikasyonları olan kısmen dişli alt çene modelleri (5 farklı çene endikasyonunda: Kennedy 1,2,3, 4 ve modifikasyonlu Kennedy 2) (Preklinik eğitiminde demonstrasyonda kullanılmak üzere)
- 4- Fantom kafa uyumlu farklı endikasyonları olan kısmen dişli üst çene modelleri (5 farklı çene endikasyonunda: Kennedy 1,2,3, 4 ve modifikasyonlu Kennedy 2) (Preklinik eğitiminde demonstrasyonda kullanılmak üzere)
- 5- Fantom kafa uyumlu total dişsiz alt- üst fantom diş modelleri (Preklinik eğitiminde demonstrasyonda kullanılmak üzere)
- 6- Kanal içi post uygulaması demonstrasyonu yapılabilmesi için kron harabiyeti olan fantom çene uyumlu vidalanabilir diş modelleri, 2 şer adet (santral, kanin, premolar ve üst molar) (Preklinik eğitiminde demonstrasyonda kullanılmak üzere)
- 7- Laboratuvar ve klinik işleyişinin kalite standartlarında olabilmesi için 2 yardımcı personel.
- 8- Klinik içerisinde yer alan öğrenci laboratuvarı uygulamada gerekli teknik alt yapıya sahip değildir. Laboratuvarın ve alt yapının yenilenmesi, gerekli ekipmanın (havanlandırma, su, elektrik, doğalgaz tesisatı) düzenlenmesi eğitim kalitesinin artması açısından çok önemlidir.

Restoratif Diş Tedavisi A.B.D

- 1- 4 adet kompozit ışıqla polimerizasyon cihazı
- 2- 10 adet bilgisayar
- 3- 3 adet Apeks buluculu kanal preparasyon cihazı
- 4- 20 adet ışıqlı aerotor, 20 adet elektrikli mikromotor ve ışıqlı angludurva seti
- 5- 1 adet elektrikli çürük tespit cihazı
- 6- 1 adet standart buzdolabı

Periodontoloji A.B.D

Talepleri bulunmamaktadır.

Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A.B.D

- 1.Sinir Sitomülatörü
- 2.Çift Dalga Boylu Düşük Enerjili Lazer Cihazı (Özellikle MRONJ için)
- 3.Medikal Piezo
- 4.Sert ve Yumuşak Doku Cerrahi Kesi Lazer Cihazı (Er:YAG ve Nd: YAG Kombine Cihazları)
- 5.Elektro Koter Cihazı (2 adet)
- 6.OSCE İçin Damar Yolu Girişimi Yapılacak Maket.

Ağız Diş ve Çene Radyolojisi A.B.D

- 1.Yeni CBCT Cihazı alınması.
- 2.USG için Ağız içi Probu(Hokey sopası Şeklinde)
- 3.Klinik Rapor Odasının Düzenlenmesi.
- 4.Kliniğe ve Rapor Odasına 5 Adet Bilgisayar ve Medikal Monitör alınması.

Pedodonti A.B.D.

1. 15 adet dolaplı masa (asistan odası için)
2. 15 adet kolçaklı ve tekerlekli ofis sandalyesi
3. Laboratuvar ve klinik işleyişinin kalite standartlarında olabilmesi için 2 yardımcı personel



T.C.
ONDOKUZ MAYIS ÜNİVERSİTESİ
KALİTE YÖNETİM SİSTEMİ PERFORMANS RAPORU

Endodonti A.B.D.

1. Ameliyat Odasının Tanzimi
2. Personel Eksikliği (temizlik)
3. Röntgen Cihazı

14. Kalite yönetim sistemi için değişiklik ihtiyaçlarının değerlendirilmesi

Kalite sisteminin etkin sürdürülebilmesi ve verimliliğinin artırılması ile ilgili birimimize ait öneriler aşağıda belirtilmiştir.

Protetik Diş Tedavisi A.B.D.

Anabilim Dalımızda Kalite süreci ile ilgili yaşanan problemlerin birçoğu yardımcı personel eksikliği nedeni ile çözülememektedir. Hala personel eksikliğimiz devam etmektedir. Bu nedenle bu sürecin iyileştirilmesi amacı ile yardımcı personel desteği ve teknik desteğin sağlanması gerekmektedir.

Ağız Diş ve Çene Radyolojisi A.B.D

Değişiklik Talebimiz bulunmamaktadır

Ağız Diş ve Çene Cerrahisi A.B.D

Değişiklik Talebimiz bulunmamaktadır

Periodontoloji A.B.D

Değişiklik Talebimiz bulunmamaktadır

Ortodonti A.B.D

Değişiklik Talebimiz bulunmamaktadır

Restoratif Diş Tedavisi A.B.D

Değişiklik Talebimiz bulunmamaktadır

Pedodonti A.B.D.

Anabilim dalımızda kalite süreci ile ilgili yaşanan problemlerin tamamı yardımcı personel eksikliği nedeni ile çözülememektedir. Kalite sürecinin iyileştirilmesi amacı ile yardımcı personel desteği sağlanmalıdır.

Endodonti A.B.D

1. Röntgen cihazı alınmıştır. Bunun dışında diğer taleplerimiz aynıdır.
2. Değişiklik Talebimiz bulunmamaktadır.

15. ÜNİKYS'nin gözden geçirilmesi

ÜNİKYS'nin mevcut durum değerlendirmesinde ÜNİKYS kullanımına ilişkin ihtiyaç ve talebimiz bulunmamaktadır.