

STRATEJİ VE KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ YILLIK FAALİYET RAPORU

2025

BÖLÜM KİMLİK BİLGİLERİ

- **Birim Adı:** Kalite, Akreditasyon ve Derecelendirme Birimi

- **Üst Birim:** Strateji ve Kalite Koordinatörlüğü

- **Birim Yöneticisi / Personel Bilgileri:**

Strateji ve Kalite Koordinatörü: Buket KARATOP

Kalite Geliştirme Müdürü: Selma GÜNGÖR HÜNER

Sorumlu: Kübra ZAYİM GEDİK

Sorumlusu: Özge ÖZEN ÇETİNEL

Sorumlusu: Sena YERLİKAYA

Uzman: Ümran KARAKULAK

Uzman: Sema UZ

Memur: Yasemin KIRMANLI

- **Görev ve Sorumluluk Alanı:**

Kalite Akreditasyon ve Derecelendirme Direktörlüğü üniversitenin eğitim ve öğretim kalitesini, araştırma standartlarını, yönetim süreçlerini ve hizmet sunumunu belirli ulusal ve uluslararası standartlara göre değerlendirmek ve iyileştirmektir. Ofis, üniversitenin akademik ve idari süreçlerinin kalite güvencesini sağlamak, çeşitli standartlara uygunluğunu doğrulamak ve sürekli gelişimini desteklemek amacıyla faaliyet gösterir.

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi ve bağlı sağlık kuruluşlarında; hizmet kalitesi, hasta ve çalışan güvenliği, çevre güvenliği ve hasta memnuniyetini etkileyen bütün alanlarda strateji, hedef ve politikalar doğrultusunda sağlık hizmetlerinin güvenli, etkili, hasta odaklı, yasa ve yönetmeliklere uygun şekilde sunulmasını sağlamak. Bu çalışmaları yürütürken de Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları (SKS), Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS) ve ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemini kapsayan ulusal ve uluslararası standardizasyon çalışmaları çerçevesinde yürütmek.

STRATEJİK PLAN UYUM VE HEDEF GERÇEKLEŞMELERİ

Bağlı Olunan Amaç/Hedefler:

2025 Yılı Kalite, Akreditasyon ve Derecelendirme Birimi Hedefleri

- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi belgesinin devamlılığını sağlamak.
- Sağlık Bakanlığı Bebek Dostu ve Yenidoğan Yoğun Bakım Ünitesi Bebek Dostu Hastane belgesinin devamlılığını sağlamak.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi ve bağlı hastanelerinde (Dragos, Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eyüp ve Fatih Poliklinikleri) Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları öz değerlendirme çalışmalarını yürütmek (yılda 2 kez).
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi ve bağlı hastanelerinde (Dragos, Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi, Eyüp ve Fatih Poliklinikleri) Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları gereği bina turlarını gerçekleştirmek (yılda 4 kez).
- İl ve İlçe Sağlık Bakanlığı denetimlerine destek olmak.
- SAS (Sağlıkta Akreditasyon Standartları) akreditasyon çalışmalarını yürütmek.
- Bölümlerle performans göstergelerinin hedef görüşmeleri (yıllık), hedefler doğrultusunda belirlenmiş periyoda göre veri girişleri ve genel rapor hazırlanması (yılda 4 kez).
- KKS (Kurumsal Kalite Sistemi) Veri Girişleri (yılda 4 kez).

Bağlı Olunan Amaç/Hedefler:

2025 Yılı Kalite, Akreditasyon ve Derecelendirme Birimi Hedefleri

- Ambulans denetimi (yılda 4 kez)
- Çamaşırhane denetimi (yıllık)
- Tedarikçi değerlendirmeleri - laboratuvar, genetik laboratuvarı, radyoloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi, güvenlik, temizlik, yemek, otopark, (yıllık)
- Tatbikatların gerçekleştirilmesi (beyaz kod, mavi kod, pembe kod) (yıllık)
- İstenmeyen olayların günlük takibi ve Döfi olarak ilgili bölümlere yönlendirilmesi
- İstenmeyen olayların analizi (yılda 4 kez)
- Yönetimin Gözden Geçirmesi (YGG) toplantısı (yıllık)
- Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi (yılda 4 kez)
- Klinik Kalite İyileştirme Komitesi (yılda 2 kez)
- Tesis Yönetimi ve Güvenliği Komitesi (yılda 4 kez)
- Kalite Yönetim Sistemi Oryantasyon Eğitimi (Haftalık)

Performans Göstergeleri:

2025 Yılı Kalite, Akreditasyon ve Derecelendirme Birimi Performans Göstergeleri

- Sonuçlandırılan Düzeltici Faaliyet Oranı
- Olay Bildirimlerin Sonuçlanma Oranı
- Planlanan Eğitimlerin Gerçekleştirilme Oranı (Kalite)
- İndikatör Verilerinde Hedefi Gerçekleştirme Oranı
- Planlanan Denetimlerde Başarı Oranı
- Sağlık Bakanlığı Kalite Denetimlerinin Değerlendirme Puanının Artırılması
- Uluslararası Akreditasyon Standartlarının Sağlanması Oranının Artırılması

Hedeflerin Gerçekleşme Durumu:

- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi denetimi gerçekleştirildi.
- Sağlık Bakanlığı Bebek Dostu Hastane Belgesinin devamlılığı sağlandı.
Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde SKS denetimi gerçekleşmedi.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Eyüp ve Fatih Polikliniklerinde Sağlık Bakanlığı SKS **1. öz değerlendirme** ve **2. öz değerlendirme** çalışmaları gerçekleştirildi.
Dragos Hastanesi'nde 1. öz değerlendirme gerçekleştirildi.

Hedeflerin Gerçekleşme Durumu:

- Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde **1. özdeğerlendirme** ve **2. özdeğerlendirme** gerçekleştirildi.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Eyüp ve Fatih Poliklinikleri'nde Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları gereği çeyrek dönemlerde **4 adet bina turu** gerçekleştirildi.
Dragos Hastanesi'nde **2 adet bina turu** gerçekleştirildi.
- İl ve İlçe Sağlık Bakanlığı denetimleri Bezmialem Vakıf Üniversitesi ve Dragos Hastanelerinde gerçekleştirildi.
- SAS (Sağlıkta Akreditasyon Standartları) Akreditasyon standart çalışmaları öz değerlendirme çalışmaları ile aynı tarihlerde değerlendirmeleri yapılmıştır.
- Bölümlerle performans göstergelerinin hedef görüşmeleri Ocak 2025 yılında gerçekleştirilmiş olup, hedefler doğrultusunda belirlenmiş periyodlara göre bölümler tarafından veri girişleri yapılmış ve genel rapor 3 aylık çeyrek dönemler için hazırlanmıştır.

Hedeflerin Gerçekleşme Durumu:

- KKS'ye (Kurumsal Kalite Sistemi) Veri Girişleri 3 aylık çeyrek dönemlerde raporlanmıştır.
- **Ambulans denetimi** Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde **4 kez** gerçekleştirilmiştir, Dragos Hastanesi'nde **1 kez** tarihlerinde gerçekleştirildi.
- **Çamaşırhane denetimi** Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde **1 kez** tarihinde gerçekleştirildi.
- Tedarikçi değerlendirmeleri (**güvenlik, temizlik, yemek, otopark, laboratuvar, genetik laboratuvarı, radyoloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi**) gerçekleştirildi.

Hedeflerin Gerçekleşme Durumu:

- Beyaz kod, Mavi kod ve Pembe kod tatbikatlar gerçekleştirildi.
- İstenmeyen olayların günlük takipleri yapılmıştır ve Düzeltici işlem-uygunsuzluklar ilgili bölümlere yönlendirilerek takipleri devam etmektedir.
- İstenmeyen olayların analizi **3 aylık çeyrek** dönemlerde gerçekleştirilmiştir.
- 2025 yılı Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantısı; **Şubat 2026** yılında gerçekleştirmesi planlanmıştır.

Hedeflerin Gerçekleşme Durumu:

- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi **4 kez** gerçekleştirilmiştir.
- Ağız ve Diş Sağlığı ve Uygulama ve Araştırma Merkezi Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi; **2 kez** gerçekleştirilmiştir.
- Ağız ve Diş Sağlığı ve Uygulama ve Araştırma Merkezi Tesis Yönetimi ve Güvenliği Komitesi; **3 kez** gerçekleştirilmiştir.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi; **2 kez** gerçekleştirilmiştir.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Tesis Yönetimi ve Güvenliği Komitesi; **4 kez** gerçekleştirilmiştir.
- Kalite Yönetim Sistemi Oryantasyon Eğitimi haftalık olarak verilmiştir.

YIL İÇİNDE YÜRÜTÜLEN TEMEL FAALİYETLER

3. YIL İÇİNDE YÜRÜTÜLEN TEMEL FAALİYETLER

Rutin İşlemler:

- İç denetim (öz değerlendirme çalışmaları)
- İl ve İlçe Sağlık Bakanlığı bölüm denetimleri, hizmete esas ve ruhsata esas denetimleri
- Bina/Tesis turları
- Taşeron denetimleri (güvenlik, temizlik, yemek, otopark, servisler, laboratuvar, genetik laboratuvarı, radyoloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi)
- İstenmeyen olayların kontrolü ve bölümlere yönlendirmesi
- DÖF'lerin açılması, takibi

Rutin İşlemler:

- Dokümantasyon (talimat, form vb.) çalışmaları (hazırlama, revizyon ve iptal edilmesi)
- Komite çalışmaları (Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi, Klinik Kalite İyileştirme Komitesi, Tesis Yönetimi ve Güvenliği Komitesi)
- Performans göstergeleri raporu (çeyrek dönemler) ve Kurumsal Kalite Sistemi (KKS)'ye girişi
- Alan tanımlamalarının hazırlanması

Yeni Başlayan Süreçler:

2025 yılında:

- Kalite, Akreditasyon ve Derecelendirme Birimi tarafından Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)'ın Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi için masa başı değerlendirmesi yapılarak bölümlere ilgili oldukları standartlar gönderilmiştir.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Merkez Hastane ve Dragos'ta **Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)** doğrultusunda akreditasyon çalışmaları 2. dönem Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) çalışmaları ile yürütülmüştür.

Tamamlanan Çalışmalar (2025):

- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi denetimi ASB denetim kuruluğu tarafından **25.07.2025** tarihinde gerçekleştirildi.
Denetim sonucunda; 1 majör (8 adet bulgu), 3 minör (4 adet bulgu) ve 1 gözlem raporlanmıştır. Bulgulara yönelik iyileştirme çalışmaları tamamlanarak **08.08.2025** tarihinde denetim kuruluşuna gönderilmiştir. **18.08.2025** tarihinde olumlu geri dönüş yapılarak belge devamına karar verilmiştir.
- Sağlık Bakanlığı Bebek Dostu Hastane Belgesinin devamlılığını sağlamak
 - Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde gerçekleşmedi.
 - Dragos Hastanesi'nde **26 Kasım 2025** tarihinde gerçekleştirildi.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Eyüp ve Fatih Poliklinikleri'nde Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları **1. öz değerlendirme** çalışması **14 Nisan - 29 Mayıs 2025**, **2. öz değerlendirme** **06 - 27 Ekim 2025** tarihlerinde gerçekleştirildi.
Dragos Hastanesi'nde 1. öz değerlendirme **01 - 05 Aralık 2025** tarihlerinde gerçekleştirildi.

Tamamlanan Çalışmalar (2025):

- Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde **1. öz değerlendirme 17 Nisan 2025, 2. öz değerlendirme 23 - 24 Aralık 2025** tarihlerinde gerçekleştirildi.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi, Eyüp ve Fatih Poliklinikleri'nde Sağlık Bakanlığı Sağlıkta Kalite Standartları gereği **1. bina turu 18 - 20 Mart 2025, 2. bina turu 10 - 12 Haziran 2025, 3. bina turu 24 -25 Eylül 2025, 4. bina turu 29 - 30 Aralık 2025** tarihlerinde gerçekleştirildi.
Dragos Hastanesi'nde **1. bina turu 13 Ağustos 2025, 2. bina turu 01 - 05 Aralık 2025** tarihlerinde gerçekleştirildi.
- SAS (Sağlıkta Akreditasyon Standartları) Akreditasyon standart çalışmaları öz değerlendirme çalışmaları ile aynı tarihlerde değerlendirmeleri yapılmıştır.
- Bölümlerle performans göstergelerinin hedef görüşmeleri Ocak 2025 yılında gerçekleştirilmiş olup, hedefler doğrultusunda belirlenmiş periyodlara göre bölümler tarafından veri girişleri yapılmış ve genel rapor 3 aylık çeyrek dönemler için hazırlanmıştır.
- KKS'ye (Kurumsal Kalite Sistemi) Veri Girişleri 3 aylık çeyrek dönemlerde raporlanmıştır.

3.YIL İÇİNDE YÜRÜTÜLEN TEMEL FAALİYETLER

Tamamlanan Çalışmalar (2025):

İl ve İlçe Sağlık Bakanlığı denetimleri

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi	
Acil Servis	28.05.2025
Merkez Laboratuvar	19.09.2025
Patoloji Laboratuvarı	14.10.2025
Kalp Merkezi	22.10.2025
Tüp Bebek	22.10.2025
Genetik Laboratuvarı	23.10.2025
Genel Hastane	11.11.2025
Erişkin Yoğun Bakım Ünitesi	22.11.2025
Dragos Hastanesi	
Acil Servis	07.03.2025
Bebek Dostu Hastane	26.11.2025
Genel Hastane	28.11.2025
Ağız ve Diş Sağlığı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi	
Genel Hastane	24.12.2025

Tamamlanan Çalışmalar (2025):

- **Ambulans denetimi** Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde **13 Mart 2025, 20 Haziran 2025, 13 Eylül 2025, 11 Aralık 2025**, Dragos Hastanesi'nde **30 Ekim 2025** tarihlerinde gerçekleştirildi.
- **Çamaşırhane denetimi** Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi'nde **22 Nisan 2025 tarihinde** gerçekleştirildi.
- Tedarikçi değerlendirmeleri **(güvenlik, temizlik, yemek, otopark)** **26 Aralık 2025** tarihinde gerçekleştirildi.
- Tedarikçi değerlendirmeleri **(radyoloji, nükleer tıp, radyasyon onkolojisi)** **30 Aralık 2025** tarihinde gerçekleştirildi.
- Tedarikçi değerlendirmeleri **(laboratuvar, genetik laboratuvarı)** **31 Aralık 2025** tarihinde gerçekleştirildi.

Tamamlanan Çalışmalar:

Tatbikatlar	
Beyaz Kod	14.03.2025
Mavi Kod	05.08.2025 - 22.12.2025
Pembe Kod	25.12.2025

- İstenmeyen olayların günlük takipleri yapılmıştır ve Döfi'leri ilgili bölümlere yönlendirilerek takipleri devam etmektedir.
- İstenmeyen olayların analizi 3 aylık çeyrek dönemlerde gerçekleştirilmiştir.
- 2025 yılı Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Yönetimin Gözden Geçirmesi Toplantısı; **Şubat 2026** yılında gerçekleştirmesi planlanmıştır.

Tamamlanan Çalışmalar (2025):

- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi; **14 Ocak, 29 Nisan, 31 Temmuz, 07 Kasım 2025** tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.
- Ağız ve Diş Sağlığı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Kalite İyileştirme ve Hasta Güvenliği Komitesi; **03 Nisan, 02 Temmuz 2025** tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.
- Ağız ve Diş Sağlığı Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Tesis Yönetimi ve Güvenliği Komitesi; **09 Nisan, 07 Temmuz, 13 Ekim 2025** tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Klinik Kalite İyileştirme Komitesi; **24 - 31 Ocak 2025** tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.
- Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi Tesis Yönetimi ve Güvenliği Komitesi; **31 Mart, 26 Haziran, 30 Ekim, 30 Aralık 2025** tarihlerinde gerçekleştirilmiştir.
- Kalite Yönetim Sistemi Oryantasyon Eğitimi haftalık olarak verilmiştir.

PROJE, PROTOKOL VE İŞ BİRLİKLERİ

- Kurum içi / kurum dışı iş birlikleri:

Dijitalleşme ve yenilik faaliyetleri:

- IVF Sistem geçişinin yürütülmesi
Mevcut sistemde IVF Bölümü Embriyoloji Laboratuvarına yapılan işlemler (dondurma, çözdürme, saklama vb.) işlemlerin tamamının excel üzerinden takibi yerine Nucleus sisteminden yapılması sağlanarak veri güvenliği ve takibi kolaylaştırılmıştır.
- Kan Transfüzyon Formunun sistem geçişi
Mevcut sistemde Kan Transfüzyon Merkezi'nde kullanılan formun matbu formun tamamı Nucleus sistemine aktarılmıştır. Tüm bilgilerin sistemde kalması veri güvenliği ve takibi kolaylaştırılmıştır.
- Venöz Tromboemboli (VTE) Klinik Rehberinin Nucleus Sistemi devreye alınmıştır.

Venöz Tromboemboli (VTE) Klinik Rehberinin Nucleus Sistemi Devreye Alınması

Venöz Tromboemboli (VTE)'nin önlenmesi amacı ile Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından yayınlanan, Sağlıkta Kalite Standartları (SKS) kapsamında standardize ve sistematik bir yaklaşım geliştirilmiştir.

Sağlık Bakanlığı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Dairesi Başkanlığı tarafından Hastane İlişkili Venöz Tromboembolilerin Önlenmesi Rehberi doğrultusunda VTE yetişkin hastalar (18 yaş ve üzeri) ile kadın doğum hastaları için risk değerlendirmesi ve önlemi açısından Nucleus üzerinden sistem geliştirmesi tamamlanmıştır.

SBYS'de “**Venöz Tromboemboli Profilaksi Değerlendirme Formu**”, Hastane İlişkili Venöz Tromboembolilerin Önlenmesi bu rehber doğrultusunda oluşturulmuştur. Sistemde öncelikle risk faktörlerinin değerlendirilmesi ardından profilaksi durumunun belirlenmesi sağlanacaktır. VTE değerlendirmesi yapılmayan hasta ekranlarında klinik süreçlerin (order girişlerinin yapılamaması vs.) için kısıtlama bulunmaktadır. Değerlendirme sonucu >8 puanı olan hastalar yüksek riskli kabul edilecek olup gerekli hasta bakım süreçleri tamamlanmalıdır.

Bu rehberin devreye alınmasıyla birlikte, venöz tromboembolizm riski açısından hastane morbidite ve mortalitesinin azaltılması hedeflenmekte olup; gerekli tedavi ve uygulamalar (genel önlemler, farmakolojik ve mekanik yöntemler vb.) hekim tarafından risk düzeyine göre planlanacaktır.

VTE önleme stratejileri kapsamında uluslararası alanda izlenmesi önerilen iki ana gösterge “Uygun VTE Profilaksisi Oranı” ve “Hastane Kaynaklı Venöz Tromboembolizm Oranı” veri takipleri sağlanacaktır.

MEVZUAT – SÜREÇ – İÇ KONTROL ÇALIŞMALARI

- Hazırlanan veya revize edilen:

- Yönergeler

Üniversite KYS kapsamında birçok yönerge gözden geçirilmiştir.

- Yönetmelikler

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Ana Yönetmeliğinde TSE denetlemeleri kapsamında küçük bir revizyona planlanmıştır.

- Usul–esaslar

Kalite Komisyonu Çalışma Usul ve Esasları yenilenmiştir.

5.MEVZUAT – SÜREÇ – İÇ KONTROL ÇALIŞMALARI

Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi ve Bağlı Sağlık Kuruluşları Doküman Sayıları

	Kurumsal Hizmetler	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	Sağlık Hizmetleri	Destek Hizmetleri	Gösterge Yönetimi	Toplam
Prosedür	27	24	61	23	-	135
Talimat	6	18	186	85	-	295
Form	261	91	908	451	26	1737
Plan	42	2	132	30	-	206
Liste	13	15	55	23	-	106
Rehber	76	17	43	64	-	200
Yardımcı Doküman	330	48	451	90	1	920
Onam	-	-	1201	-	-	1201
Toplam	755	215	3037	766	27	4800

Hazırlanan veya Revize Edilen Dokümanlar

	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Toplam
Doküman Revizyon Sayısı	25	10	16	20	17	11	56	25	12	8	14	13	227
Yeni Doküman İstek Sayısı	17	87	10	7	5	11	5	11	14	8	11	40	226

5.MEVZUAT – SÜREÇ – İÇ KONTROL ÇALIŞMALARI

Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Doküman Sayıları

	Kurumsal Hizmetler	Hasta ve Çalışan Odaklı Hizmetler	Sağlık Hizmetleri	Destek Hizmetleri	Gösterge Yönetimi	Toplam
Prosedür	20	14	19	21	1	75
Talimat	2	11	37	13	-	63
Form	59	46	66	123	2	296
Plan	9	2	23	5	-	39
Liste	1	14	2	10	-	27
Rehber	10	7	19	13	-	49
Yardımcı Doküman	59	24	32	26	1	142
Onam	-	-	66	-	-	66
Toplam	160	118	264	211	4	757

Hazırlanan veya Revize Edilen Dokümanlar

	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	Mayıs	Haziran	Temmuz	Ağustos	Eylül	Ekim	Kasım	Aralık	Toplam
Doküman Revizyon Sayısı	15	2	7	0	20	5	20	4	3	0	4	5	85
Yeni Doküman İstek Sayısı	4	0	0	17	3	0	3	0	3	3	1	0	34

- Risk ve iç kontrol değerlendirmeleri:

Bezmialem Vakıf Üniversitesi'nde 2025 yılında süreç risk analizi çalışmaları gerçekleştirilmiştir.

İNSAN KAYNAKLARI VE EĞİTİM FAALİYETLERİ

KALİTE, AKREDİTASYON ve DERECELENDİRME

KALİTE GELİŞTİRME • Kalite Planlama • Süreç Yönetimi ve iyileştirme • İç tetkik ve Özdeğerlendirme • <u>Dokümantasyon</u> • Risk Değerlendirme	AKREDİTASYON • Akreditasyon Süreç Yönetimi • Belgelendirme ve raporlama	PERFORMANS YÖNETİMİ ve DERECELENDİRME • Veri toplama ve analiz • Kurumsal performans Analizi • Sıralama ve göstergeler	KALİTE KÜLTÜRÜ ve EĞİTİM • Eğitim Planlama • Kalite kültürü geliştirme
---	--	---	---

Eğitim ve gelişim faaliyetleri:

2026 yılı sonuna kadar planlanan eğitimler aşağıda sıralanmıştır:

- Sağlıkta Kalite Akreditasyon Standartları (SAS)/(JCI)
- ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi
- ISO 10002 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi
- ISO 14001:2015 Çevre Yönetim Sistemi
- ISO 45001:2018 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi
- ISO 46001 Su Verimliliği Yönetim Sistemi
- ISO 22301 İş Sürekliliği Yönetim Sistemi

Eğitim ve Gelişim Faaliyetleri:

Kalite, Akreditasyon ve Derecelendirme Birimi tarafından verilen iç eğitimler aşağıda yer almaktadır:

- Kalite Yönetim Sistemi / SKS (Haftalık): 100 Saat
- İstenmeyen Olay Bildirimi Sistemi (Online): 52 Saat
- Göstergelerin İzlenmesi (Online): 85 Saat
- Düzeltici İşlem ve Uygunsuzluk Modülü (Online): 54 Saat

BÜTÇE VE MALİ KAYNAK KULLANIMI

ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi personel eğitim sertifikasyon giderleri

TS EN ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi Belgelendirme giderleri

PERFORMANS GÖSTERGELERİ (KPI)

8. PERFORMANS GÖSTERGELERİ (KPI)

Performans Göstergeleri: 2025 Yılı Kalite, Akreditasyon ve Derecelendirme Birimi Performans Göstergeleri (Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi)

KALİTE, AKREDİTASYON VE DERECELENDİRME BİRİMİ	HEDEF	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK	2025 YIL SONU DEĞERİ
SONUÇLANDIRILAN DÜZELTİCİ FAALİYET ORANI	%50'in üstünde olması	53%	35%	29%	63%	59%	83%	37%	32%	40%	28%	43%	17%	43%
• TOPLAM AÇILAN DÜZELTİCİ İŞLEM SAYISI		99	31	202	130	407	80	104	94	308	100	93	103	1751
• KAPATILAN DÜZELTİCİ İŞLEM SAYISI		52	11	58	82	240	66	38	30	122	28	40	18	785
OLAY BİLDİRİMLERİN SONUÇLANMA ORANI	%90'in üstünde olması	100%	96%	91%	86%	83%	85%	77%	85%	92%	81%	79%	63%	85%
• TOPLAM AÇILAN OLAY BİLDİRİM SAYISI		30	26	87	37	18	39	26	41	38	32	33	38	445
• AÇIK OLAY BİLDİRİM SAYISI		0	1	8	5	3	6	6	6	3	6	7	14	65
PLANLANAN EĞİTİMLERİN GERÇEKLEŞTİRİLME ORANI	%95 in üzerinde olması	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	100,00%	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	100%
• PLANLANAN EĞİTİM SAYISI		0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
• GERÇEKLEŞEN EĞİTİM SAYISI		0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
İNDİKATÖR VERİLERİNDE HEDEFİ GERÇEKLEŞTİRME ORANI	%95 in üzerinde olması	91%	91%	91%	91%	92%	92%	91%	90%	92%	92%	92%	92%	91%
• HEDEFİN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ İNDİKATÖR SAYISI		340	341	340	340	343	343	341	336	343	342	343	342	341
• TOPLAM ANA İNDİKATÖR SAYISI		373	373	373	373	373	373	373	373	373	373	373	373	373
PLANLANAN DENETİMLERDE BAŞARI ORANI	%85 in üzerinde olması	-	-	90,08%	89,58%	-	92,71%	-	-	84,04%	87,02%	-	86,00%	88%
• KALİTE İÇ DENETİM BAŞARI YÜZDESİ (YILDA 2 KEZ)		-	-	-	89,58%	-	-	-	-	-	87,02%	-	-	88%
• BİNA TURU BAŞARI YÜZDESİ (YILDA 4 KEZ)		-	-	90,08%	-	-	92,71%	-	-	84,04%	-	-	86,00%	88%

8. PERFORMANS GÖSTERGELERİ (KPI)

Performans Göstergeleri:

2025 Yılı Kalite, Akreditasyon ve Derecelendirme Birimi Performans Göstergeleri (Dragos Hastanesi)

KALİTE, AKREDİTASYON VE DERECELENDİRME BİRİMİ	HEDEF	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK	2025 YIL SONU DEĞERİ
SONUÇLANDIRILAN DÜZELTİCİ FAALİYET ORANI	%50'in üstünde olması	100%	83%	83%	55%	100%	100%	100%	38%	86%	75%	91%	79%	83%
• TOPLAM AÇILAN DÜZELTİCİ İŞLEM SAYISI		2	12	6	22	5	4	5	77	7	4	23	160	327
• KAPATILAN DÜZELTİCİ İŞLEM SAYISI		2	10	5	12	5	4	5	29	6	3	21	127	229
OLAY BİLDİRİMLERİN SONUÇLANMA ORANI	%90'in üstünde olması	93%	67%	67%	100%	89%	92%	93%	95%	0%	85%	50%	35%	72%
• TOPLAM AÇILAN OLAY BİLDİRİM SAYISI		15	3	6	4	9	12	14	22	39	55	20	17	216
• AÇIK OLAY BİLDİRİM SAYISI		1	1	2	0	1	1	1	1	39	8	10	11	76
PLANLANAN EĞİTİMLERİN GERÇEKLEŞTİRİLME ORANI	%95 in üzerinde olması	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	100,00%	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	#SAYI/0!	100%
• PLANLANAN EĞİTİM SAYISI		0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
• GERÇEKLEŞEN EĞİTİM SAYISI		0	0	0	0	0	2	0	0	0	0	0	0	2
İNDİKATÖR VERİLERİNDE HEDEFİ GERÇEKLEŞTİRME ORANI	%95 in üzerinde olması	84%	88%	89%	86%	90%	85%	88%	86%	89%	86%	88%	89%	87%
• HEDEFİN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ İNDİKATÖR SAYISI		81	84	85	83	86	82	84	83	85	83	84	85	84
• TOPLAM ANA İNDİKATÖR SAYISI		96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96	96
PLANLANAN DENETİMLERDE BAŞARI ORANI	%85 in üzerinde olması	-	-	-	-	-	97%	-	-	-	-	-	91%	94%
• KALİTE İÇ DENETİM BAŞARI YÜZDESİ (YILDA 2 KEZ)		-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	90%	90%
• BİNA TURU BAŞARI YÜZDESİ (YILDA 4 KEZ)		-	-	-	-	-	97%	-	-	-	-	-	92%	95%

8. PERFORMANS GÖSTERGELERİ (KPI)

Performans Göstergeleri:
2025 Yılı Kalite, Akreditasyon ve Derecelendirme Birimi Performans Göstergeleri (Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi)

KALİTE, AKREDİTASYON VE DERECELENDİRME BİRİMİ	HEDEF	OCAK	ŞUBAT	MART	NİSAN	MAYIS	HAZİRAN	TEMMUZ	AĞUSTOS	EYLÜL	EKİM	KASIM	ARALIK	2025 YIL SONU DEĞERİ
SONUÇLANDIRILAN DÜZELTİCİ FAALİYET ORANI	%50'in üstünde olması	100%	#SAYI/0!	76%	75%	0%	0%	0%	50%	4%	0%	0%	6%	28%
• TOPLAM AÇILAN DÜZELTİCİ İŞLEM SAYISI		5	0	42	69	1	2	6	2	51	8	4	54	244
• KAPATILAN DÜZELTİCİ İŞLEM SAYISI		5	0	32	52	0	0	0	1	2	0	0	3	95
OLAY BİLDİRİMLERİN SONUÇLANMA ORANI	%90'in üstünde olması	100%	100%	100%	100%	100%	100%	100%	0%	100%	100%	100%	100%	100%
• TOPLAM AÇILAN OLAY BİLDİRİM SAYISI		1	4	2	3	5	2	3	0	2	9	6	4	41
• AÇIK OLAY BİLDİRİM SAYISI		0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0	0
İNDİKATÖR VERİLERİNDE HEDEFİ GERÇEKLEŞTİRME ORANI	%95 in üzerinde olması	91%	96%	91%	89%	89%	85%	94%	91%	94%	96%	91%	94%	92%
• HEDEFİN GERÇEKLEŞTİRİLDİĞİ İNDİKATÖR SAYISI		43	45	43	42	42	40	44	43	44	45	43	44	43
• TOPLAM ANA İNDİKATÖR SAYISI		47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47	47
PLANLANAN DENETİMLERDE BAŞARI ORANI	%85 in üzerinde olması	-	-	90%	94%	-	97%	-	-	91%	-	-	86%	92%
• KALİTE İÇ DENETİM BAŞARI YÜZDESİ (YILDA 2 KEZ)		-	-	-	94%	-	-	-	-	-	-	-	78%	86%
• BİNA TURU BAŞARI YÜZDESİ (YILDA 4 KEZ)		-	-	90%	-	-	97%	-	-	91%	-	-	93%	93%

KARŞILAŞILAN SORUNLAR VE ÇÖZÜM ÖNERİLERİ

Hasta Güvenliği Kültürünün Yeterince Yerleşmemesi

- Sürekli iyileştirme kültürünün yerleşmemesi
- İstenmeyen olay bildirim oranlarının düşük olması
- Çalışanlarda hata bildirme konusunda çekingenlik ya da korku olması
- Hasta güvenliği farkındalığının az olması

Çözüm Önerileri

Hasta Güvenliği Kültürünü Güçlendirmek İçin;

- Ceza yerine teşvik odaklı hata bildirim sistemi kurmak; böylece çalışanlar hata raporlamaya daha istekli olur.
- Hasta güvenliği eğitimleri düzenlemek; bu eğitimlerde sürekli iyileştirme kültürünün önemi vurgulanmalı.
- Alan bazlı hasta güvenliği turları organize ederek çalışanların hasta güvenliği uygulamalarını yerinde görmesi sağlanmalı.
- Çalışan motivasyonunu artırmak için ödüllendirme ve takdir programları oluşturulmalı.
- Hasta güvenliği turları düzenleyerek Çalışanlardan geri bildirimler alınarak hasta güvenliği kültürünün gelişimi takip edilmeli.

İç denetim (öz değerlendirme) ve bina turu sonuçları, istenmeyen olay raporları ve DÖF'lere yönelik iyileştirme çalışmalarında sürekli iyileştirme tekniklerinin yeterince kullanılamaması (PUKÖ, Kök Neden Analizi-Kaizen (Balık Kılçığı, 5N1K, 5 Neden Analizi), Pareto, FMEA - HTEA (Hata Türleri Etkileri Analizi)

- Teknik Bilgi Eksikliği
- Zaman ve Kaynak Kısıtları
- İletişim ve Koordinasyon Eksikliği
- Motivasyon Eksikliği / Kültürel Engeller
- İzleme ve Ölçüm Eksikliği

Karşılaşılan Sorunlar / Önerilen Uygulamalar

- **Eğitim ve Farkındalık Artırma**
 - Kaliteyi süreçlerini ek iş olarak görünmesinden dolayı Kalite Kültürünün yayılması amacıyla Kalite Temsilcilerine kalite iyileştirme teknikleri eğitimleri (PUKO, Kaizen, Balık Kılçığı, 5N1K) vermek.
- **Zaman ve Kaynak Planlaması**
 - İyileştirme çalışmalarını kalite ekibi ve sorunun ortaya çıktığı ilgili bölüm/lerle birlikte gerçekleştirmek.
- **Motivasyon ve Katılımı Teşvik Etmek**
 - Başarılı iyileştirme örneklerini ödüllendirme veya takdir etme sistemi geliştirmek.
 - Çalışanları hataları bildirme ve çözüm önerme konusunda kültürel dönüşümü sağlamak.
- **İzleme ve Raporlama Sistemleri**
 - Yapılan iyileştirmelerin sürdürülebilirliğini sağlama konusunda yaşanan önceden benimsenmiş olan kültürel yatkınlıklar doğrultusunda izleme ve raporlama çalışmalarının periyodik olarak takip etmek.
- **Basit ve Pratik Araçlar Kullanmak**
 - Büyük ve karmaşık yöntemler yerine, küçük ekiplerin günlük iş akışına entegre edebileceği basit teknikler (5N, kısa Kaizen toplantıları vb.) kullanmak.

Performans gösterge verilerinin bölümler tarafından zamanında girişlerinin yapılmaması nedeniyle çeyrek dönem raporlarının hazırlanmasında KKS'ye (Kurumsal Kalite Sistemi) girişte gecikme olması

- Veri giriş gecikmesi
- Rapor hazırlama süresinin uzaması
- Veri tutarsızlığı ve eksikliği
- İletişim ve koordinasyon eksikliği

Çözüm Önerileri

Performans göstergeleri raporunun zamanında tamamlanması için;

- Otomatik hatırlatma ve uyarı sisteminin etkin çalışmasını sağlamak
- Her sene başında Kalite Temsilcileri ve veri sorumlularına yetkilendirme, bilinçlendirme ve eğitim vermek
- Bölüm kaynaklı veri girişlerinin gecikmesinden dolayı teşvik edici, uyarıcı mekanizmalar kurulması
- Performans takibi ve geri bildirim için bölümlerin veri giriş performansının düzenli olarak takip edilmeli ve gecikmeler ile ilgili bölüm yöneticisi ve yönetime raporlamak. İyi takip yapan ve yıl sonu hedeflere ulaşan başarılı bölümleri ödüllendirmek.

2026 YILI HEDEFLERİ VE PLANLANAN FAALİYETLER

- **Kalite Yönetim Sistemi**

- ISO 9001:2015 Kalite Yönetim Sistemi belgelendirmesinin sürekliliğini sağlamak.
- Sağlıkta Kalite Akreditasyon Standartları (SAS)/(JCI)
- ISO 27001 Bilgi Güvenliği Yönetim Sistemi
- ISO 10002 Müşteri Memnuniyeti Yönetim Sistemi
- ISO 45001:2018 İş Sağlığı ve Güvenliği Yönetim Sistemi

- **Sağlıkta Kalite Standartları (SKS)**

- Hastane ve bağlı sağlık kuruluşlarında SKS öz değerlendirme çalışmalarını yılda iki kez gerçekleştirmek.
- İç denetim (öz değerlendirme) ve bina turları puanlarını **95** ve üzerine çıkarmak.

- **Bina Turları ve İç Denetimler**

- Hastane ve bağlı sağlık kuruluşlarında **yılda dört kez** bina turlarını etkin gerçekleştirmek.
- İç kalite denetimleri ve bina turlarının raporlamalarını süreç bazında düzenlemek.

- **Sağlıkta Akreditasyon Standartları (SAS)**
 - Bezmialem Vakıf Üniversitesi Hastanesi ve Dragos Hastanesi'nde SAS doğrultusunda akreditasyon çalışmalarını yürütmek / SAS Akreditasyon belgesi alınmasını sağlamak.
 - Akreditasyon süreçlerinin sürdürülebilirliğini sağlamak.
- **Dokümantasyon Yönetim Sisteminin dijitalleşmesi**
 - Dokümantasyon sisteminin etkin yönetimi açısından dijital ortama taşımak.
- **Süreç Yönetimi ve Risk Analizi**
 - Hastane süreçlerini tanımlamak.
 - Süreç risk analizi çalışmalarını bölümlerle birlikte gerçekleştirmek.
 - İç denetim (öz değerlendirme), performans göstergeleri raporlarını vb. süreçler bazında hazırlamak ve takibini yapmak.

- **Hasta Güvenliği ve İyileştirme Çalışmaları**

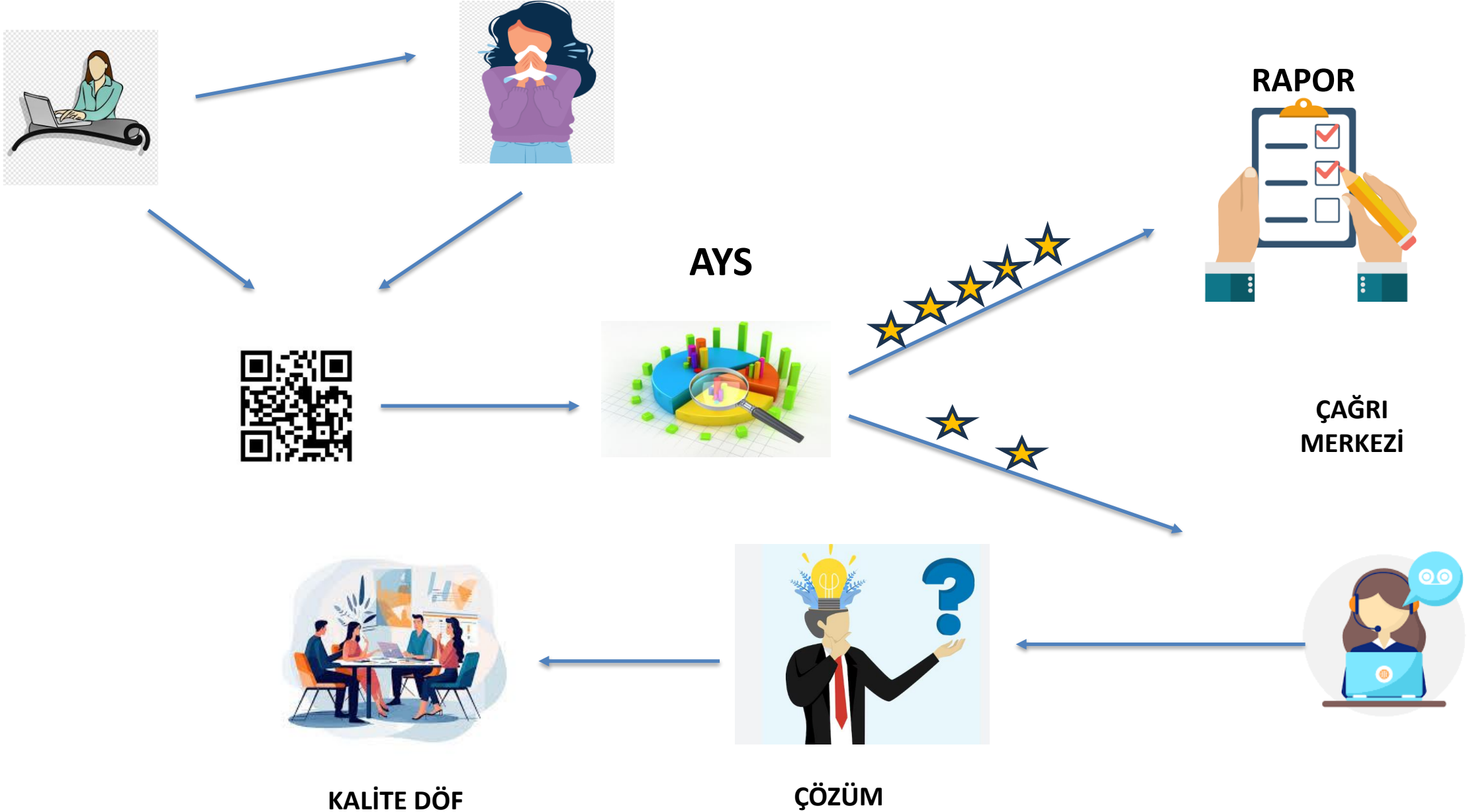
- Hasta güvenliği kültürünü yaygınlaştırmak ve raporlamaları artırmak (hasta güvenliği turları ve iz sürme çalışmalarını planlamak).
- Hasta Güvenliği Kültürü Anketi'ni uygulamak ve iyileştirmeleri takip etmek.
- İyileştirme çalışmalarını PUKÖ (Planla-Uygula-Kontrol Et-Önlem Al) döngüsü ve iyileştirme teknikleri doğrultusunda bölümlerle birlikte yürütmek.
- İstenmeyen olayları belirli periyotlarda multidisipliner ekiple takip etmek ve iyileştirme çalışmalarını yürütmek.

- **Klinik Yol ve Rehber Çalışmaları**

- Başhekimlik ve anabilim dalları ile Klinik Yol ve Rehber çalışmalarını yürütmek.
- Bu çalışmalara yönelik prosedürleri hazırlamak ve performans uyumunu Nucleus üzerinden geliştirmek.
- Öncelikli olarak VTE (Venöz Tromboemboli) vb. klinik algoritmaları devreye almak.

- **Eğitim ve Oryantasyon**

- Kalite Yönetim Sistemi oryantasyon eğitimlerini online/video formatında sürdürülebilir hale getirmek.



Anket Yönetim Sistemi: Hasta Hizmetleri Anketi Modülü (Hasta Hizmetleri ve Sağlık Bakanlığı Anket Uygulamaları)

Hasta memnuniyet oranının artırılması amacıyla memnuniyetsizlik oranları analiz edilmiştir. (Google ve hasta haklarına gelen başvurular)

Hasta Hizmetleri Anket Yönetimi kapsamında her bir Hasta Hizmetleri bankosu için bir QR kod oluşturulmuş ve personelimiz her gün veya gün içerisinde her oturduğu bilgisayardan kendi kullanıcı adı şifresi ile birlikte oturum açmaktadır. Hastalarımız bire bir temasta bulunmuş olduğu personelimizin tutumunu QR Kodlarımız üzerinden değerlendirmektedir.

Sistem kurgulanmasında Hasta Hizmetleri Personelimiz için 3 adet çoktan seçmeli ve 1 adet açık uçlu soru belirlenmiştir. Sorular aşağıdaki gibidir.

- 1- Çalışanımızın sizinle olan ilgi ve üslubunu değerlendiriniz
- 2- Size sunulan bilgiler yeterli ve anlaşılır mıydı? Değerlendiriniz
- 3- İşlemlerinizin tamamlanma hızını değerlendiriniz

Çalışanlarımız bu 3 soruya istinaden ilgi ve üslubu, bilgi ve hızları açısından değerlendirmekte olup hangi alanda yetersizlikleri olduğunun tespit edilerek o alanlara yönelik personelimize iyileştirme çalışmaları planlanmaktadır.

Toplantı Yönetim Sistemi: Kurumumuzun toplantılarını tek bir çatı altında toplamak, toplantıların verimliliğini, toplantıda alınan kararların işlevselliğinin ve toplantıların performansının ölçülmesine yönelik dijitalleşme süreçlerinde kurulmuş bir

Bezmialem Görev İş Takip Sistemi

Görevlerinizi kolayca yönetin, takip edin ve raporlayın.

- ✓ Görev atama ve takip
- ✓ Detaylı raporlama
- ✓ Gerçek zamanlı bildirimler
- ✓ Kullanıcı dostu arayüz



Giriş Yap

E-posta Adresi / Kullanıcı adı



admin

Şifre



.....

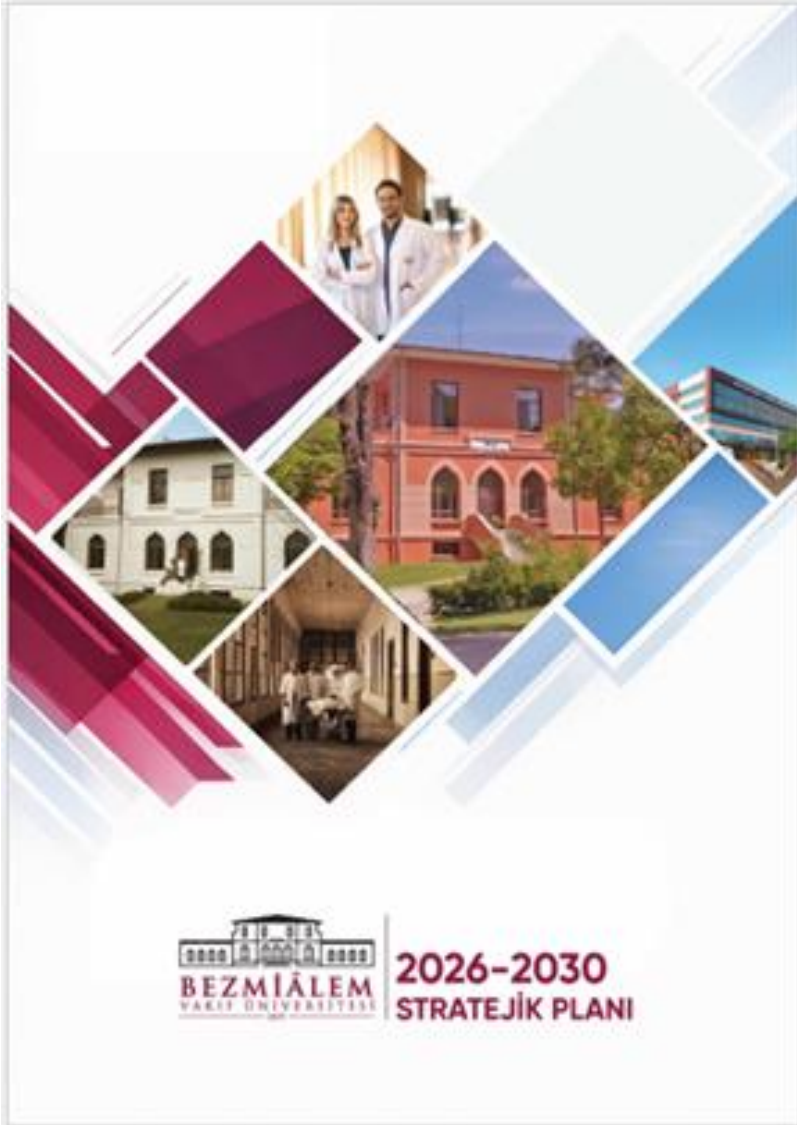


Beni Hatırla

[Şifremi Unuttum](#)

Giriş Yap

Bütün toplantılar Dijitalleşme kapsamında kayıt altına alınarak toplantı kararları kişilere atanan görevler üzerinden takip edilebilir. Yapılan toplantıların işlevselliği ve kişilerin performansları yapılan analizlerden çıkartılabilir.



2026-2030 Stratejik Plan kapsamında;

7 kişilik Strateji Geliştirme Kurulu

13 farklı Strateji çalışma grubu

39 kişilik Stratejik çalışma ekibi

4 farklı konu başlığında paydaş çalıştay

(-Eğitim, AR-GE, Uluslararasılaşma, Toplumsal Katkı)

23 kişilik alanında uzman paydaş grubu

ile çalışılarak Stratejik Planın hazırlanma süreci paydaşlar ve BVU ekibi tabanına yayılarak yapılmıştır.

Stratejik Planlama Koordinasyon Kurulunun Güncellenmesi
Stratejik Plan Ekibinin Oluşturulması
Dış Paydaş Toplantıları

ANKETLER

- Dış Paydaş Anketi
- İç Paydaş Anketi
- Farklılaşma Stratejisi Anketi
- Kalite Kültürü Anketi

2025-2029 Stratejik Plan ilk 6 ay performans göstergelerinin değerlendirilmesi tamamlanmıştır.

Stratejik Plan Amaçlarının Belirlenmesi

- 1.Eğitim-öğretimde kalite, etkililik ve sürdürülebilirliği bütüncül bir yaklaşımla güçlendirmek
- 2.Hasta güvenliği temelinde kaynakları etkin kullanarak klinik kalite ve hizmet sürekliliğini sağlamak,
- 3.Yenilikçilik ve sonuç odaklı, araştırma performansı, insan kaynağı ve altyapısı güçlü bütüncül bir araştırma ekosistemi oluşturmak,
- 4.Kurumsal değerin yükselişini destekleyen, strateji ve kaynak yönetimi güçlü bir yönetim yapısı oluşturmak,
- 5.Uluslararası tanınırlığı ve marka değerini artırmak üzere, uluslararası iş birliklerini ve uluslararasılaşma strateji ve yönetişimini güçlendirmek,
- 6.Etkin kaynak yönetimi ve paydaşlarla iş birliğiyle toplumsal katkıyı güçlendirmek

Üniversitemiz, sürdürülebilirlik alanındaki uluslararası başarısını 2025 GreenMetric Dünya Üniversiteleri Sıralaması'nda yükselmesi için çalışmalar yapılmıştır. Çalışmalar neticesinde Üniversitemiz düşüşte olan gidişatını tersine çevirerek 89.basamak yükselişe geçirilmiştir.

Aynı kapsamda Bezmialem Vakıf Üniversitemizde ilk defa **Sürdürülebilirlik Raporu** hazırlanmıştır.

Bezmiâlem Vakıf Üniversitesi'nden
2025 UI **GreenMetric**'te
Dikkat Çeken Yükseliş





Sürdürülebilirlik çalışmaları kapsamında Bezmialem Vakıf Üniversitemizde ilk defa 2024 yılına ait **Sürdürülebilirlik Raporu** Ekim 2025 tarihinde hazırlanmıştır.



Kurumumuzda Çalışma İlkeleri'nin olmadığı tespit edilmiştir. Üst Yönetim ile Temel Değerler ve İlkeler Çalıştayı yapılarak Temel Değerlerimiz sadeleştirilmiş ve Çalışma İlkelerimiz Temel Değerler'in içerisinde yer alacak şekilde oluşturulmuştur.

Üniversite personelimizin zihnindeki Temel Değerler algısı bilimsel bir yöntemle (FAHP) matrislere alınıp kendi algoritmamızı kurduğumuz yapay zeka ile ağırlık oranları bulunmuştur.

[illegible]

Yükseköğretim Kurulu çerçevesinde düzenlenen Dış Danışma Kurulu Toplantısı, üniversitemizin ev sahipliğinde; kamu, akademi ve sektör temsilcilerinin katılımıyla gerçekleştirildi.

Toplantıda; sağlık alanında eğitim-öğretim kalitesinin güçlendirilmesi, üniversite–paydaş iş birliklerinin geliştirilmesi, dijitalleşme ve yapay zekâ uygulamalarının eğitim süreçlerine entegrasyonu, yaşam boyu öğrenme yaklaşımları ve toplumsal katkı odaklı çalışmalar kapsamlı biçimde ele alındı. Yapılan değerlendirmelerde, bilgi üretimini toplum yararına dönüştüren ve sürdürülebilir değer oluşturan bir üniversite modeli üzerine nitelikli görüş ve öneriler paylaşıldı.



Üniversitemizin sahip olduğu 2 yıllık akreditasyon 31 Temmuz 2026'da bitecektir. Bundan sonraki süreçte 5 yıllık akreditasyon alma zorunluluğumuz bulunmaktadır.

Bu kapsamda YÖK KAR raporunda geçen kurumumuzun gelişmeye açık yönlerine ilişkin çalışmalar sürdürülmekte olup, iyileştirme çalışmaları kurum tabanına yayılarak yapılacaktır.

Planlanan Çalışmalar

Akademik birimlerimizden Birim İç Değerlendirme Raporu (BİDR) hazırlıklarının yapılması
Kurum İç Değerlendirme Raporunun (KİDR) hazırlanması
Eğitim alanında tüm iyileştirmelerin yapılması

Yeni yapılanma kapsamında Kurumsal Yapı Organizasyon Çalışmaları öncesinde tüm Birimlerle tek tek görüşülerek, birimlerin süreçlerine yönelik çalışma yapılmıştır.

Birimlerim içerisinde birimlere ait olmayan süreçler çıkartılmış, İşleyişte olmayan ama birime ait olan işler süreçlerine dahil edilmiştir.

Süreçler sadeleştirilip, süreçler iş akışları üzerinden performans göstergeleri ile takibinin sağlanması amaçlanmıştır.

TSE EN ISO 9001:2015 Denetimi çerçevesinde kurumumuz Birim Kalite Sorumluları ağırlıkta olmak üzere çalışanlarımıza;

“Kalite Yönetim Sistemi Temel Eğitimi”

“Kalite Yönetim Sistemi Dokümantasyon Eğitimi”

"Kalite Yönetim Sistemi İç Tetkik Eğitimi"

eğitimleri verilmiştir.

Biyomedikal Birimimize ve cihaz kullanan personellerimize farkındalığı artırmak amacıyla

«Genel Metroloji ve Kalibrasyon Eğitimi»

verilmiştir.

TS EN ISO 9001:2015 Denetimi çerçevesinde kurumumuzun İç Tetkikçi listesi TSE tarafından verilmiş olan İç Tetkik Sertifikası olan çalışanlarımız eklenerek güncellenmiştir.

Denetim öncesi eksiklerimizi görmek amacıyla kurumumuzda İç Tetkik yapılmıştır. 2 gün boyunca Üniversitemizin tüm birimleri denetlenmiş, süreçler gözden geçirilmiş ve eksikliklerimiz tespit edilmiştir.

Tespit edilen eksikliklerimize istinaden Düzeltici Önleyici Faaliyet Formu doldurularak süreçleri iyileştirilmeye yönelik çalışmalar yapılmıştır.



Denetim kapsamında;

Denetim Rehberi hazırlanmıştır.

Kalite El Kitabı güncellenerek hazırlanmıştır.

Birim Kalite Sorumluları ile denetim toplantısı gerçekleştirilmiştir.

Denetlenecek birimlerle denetime hazırlık toplantıları gerçekleştirilmiştir.

Denetim öncesi saha düzenlemeleri yapılmıştır.

Misyon-vizyon, Kalite Politikası ve Temel değerler ve İlkeler denetlenecek tüm alanlara asılmıştır.

Denetime dair tüm Kalite Prosedürleri gözden geçirilerek revize edilmiştir.

Yeni Organizasyon şeması ve Görev tanımları denetim öncesi güncellenmiştir.

TS EN ISO 9001:2015 Denetimi TSE denetçileri tarafından 19-21 Ocak 2026 tarihinde başarıyla gerçekleştirilerek Belge Yenilemeye hak kazanılmıştır.



Saygılarımızla