

T.C.
GİRESUN ÜNİVERSİTESİ
AĞIZ ve DİŞ SAĞLIĞI UYGULAMA ve ARAŞTIRMA MERKEZİ



2025 YILI
BİRİM ÖZ DEĞERLENDİRME RAPORU

1. BİRİM HAKKINDA BİLGİLER

1.1. Genel Bilgiler

- 1.1.1** İletişim Bilgileri
- 1.1.2** Tarihsel Gelişimi
- 1.1.3** Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri
- 1.1.4** Eğitim ve Öğretim Hizmeti Sunan Birimleri
- 1.1.5** Araştırma Faaliyetlerinin Yürütüldüğü Birimleri
- 1.1.6** Birimin Organizasyon Yapısı
- 1.1.7** İyileştirmeye Yönelik Çalışmaları

A. LİDERLİK , YÖNETİŞİM VE KALİTE

A.1 Liderlik ve Kalite

- A.1.1** Yönetim Modeli ve İdari Yapı
- A.1.2** Liderlik
- A.1.3** Kurumsal Dönüşüm Kapasitesi
- A.1.4** İç Kalite Güvencesi Mekanizmaları
- A.1.5** Kamuoyunu Bilgilendirme ve Hesap Verebilirlik

A.2 Misyon ve Stratejik Amaçlar

- A.2.1** Misyon, Vizyon ve Politikalar
- A.2.2** Stratejik Amaç ve Hedefler
- A.2.3** Performans Yönetimi

A.3 Yönetim Sistemleri

- A.3.1** Bilgi Yönetim Sistemi
- A.3.2** İnsan Kaynakları Yönetimi
- A.3.3** Finansal Yönetim
- A.3.4** Süreç Yönetimi

A.4 Paydaş Katılımı

- A.4.1** İç ve Dış Paydaş Katılımı
- A.4.2** Öğrenci Geri Bildirimleri

A.5 Uluslararasılaşma

- A.5.1** Uluslararasılaşma Süreçlerinin Yönetimi
- A.5.2** Uluslararasılaşma Kaynakları
- A.5.3** Uluslararasılaşma Performansı

B. TOPLUMSAL KATKI

B.1 Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları

- B.1.1** Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi
- B.1.2** Kaynaklar

B.2 Toplumsal Katkı Performansı

- B.2.1** Toplumsal Katkı Performansının İzlenmesi ve Değerlendirilmesi

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

- Güçlü Yönleri
- İyileşmeye Açık Yönleri

1. BİRİM HAKKINDA BİLGİLER

1.1 Genel Bilgiler

1.1.1 İletişim Bilgileri

Merkez Müdürü/Başhekim : Dr.Öğr.Üyesi Seyit Bilal ÖZDEMİR

Adres : Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Nizamiye Mahallesi Göksüz Sokak No:15/17 Kat 1 P.K:28200 Merkez/GİRESUN

Telefon : +90 454 210 21 28

Faks : +90 454 210 21 29

Web : <https://adsuam.giresun.edu.tr/>

E-Posta : seyit.ozdemir@giresun.edu.tr

Merkez Kalite Yönetim Sorumlusu: Dr.Öğr.Üyesi Betül Kübra KURUCU KARADENİZ

Adres : Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Nizamiye Mahallesi Göksüz Sokak No:15/17 Kat 1 P.K:28200 Merkez/GİRESUN

Telefon : +90 454 210 21 28

Faks : +90 454 210 21 29

Web : <https://adsuam.giresun.edu.tr/>

E-Posta : betul.karadeniz@giresun.edu.tr

Kanıtlar:

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin mevcut iletişim bilgileri güncellenmiş olup güncel bilgiler resmi web sitemizde duyurulmuştur.	https://adsuam.giresun.edu.tr/tr/pag-e/birim-iletisim/3378	İletişim bilgilerinin doğruluğunun periyodik kontrolü güncelleme vb. durumlar	Yılda en az 1 defa güncelleme değerlendirilmesi	“5” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir.

1.1.2 Tarihsel Gelişimi

Diş Hekimliği Fakültesi, Millî Eğitim Bakanlığı'nın teklif yazısı üzerine, 28/03/1983 tarihli ve 2809 sayılı Kanunun ek 30'uncu maddesine göre, Bakanlar Kurulu'nca 20/08/2015 tarihinde alınan 2015/8052 sayılı kararla kurulmuştur. 2016 yılı sonuna kadar Nizamiye yerleşkesinde Üniversite Hastanesi olarak kullanılmıştır. Ardından Diş Hekimliği Fakültesine tahsis edilmiş ve 31/03/2021 tarihinde YÖK tarafından kurulmasına onay verilmiştir. Üniversitemiz Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Hastanesine dönüştürebilmek için 2022 yılında bina içinde ve dışında tadilata başlanmıştır. 2023 yılı başlarında bitirilerek Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak hizmet verecek hale getirilmiştir. Resmi işlemler tamamlandıktan sonra Sağlık Bakanlığı'ndan 09.06.2023 tarihinde faaliyet izin belgesi ve geçici ruhsat belgesi alınmış, Sosyal Güvenlik Kurumuyla hizmet alım sözleşmesi imzalanarak hasta kabul hizmetine başlanmıştır.

Merkezimiz 2023 yılı Haziran ayı itibari ile hizmete girmiş ancak 2024 yılı Temmuz ayı itibari ile "Deprem Güçlendirme Faaliyeti" kapsamında merkezde inşaat çalışmaları başlatılmış ve hasta alımına ara verilmiştir. İnşaat çalışmalarının sona ermesine müteakip 2024 yılı Kasım ayı sonu itibari ile tekrar hasta alımına başlanılmış olup, kısa sürede tedavi hizmetlerimiz ile vatandaşlara nitelikli ve kapsamlı bir diş sağlığı hizmeti verilmeye başlanmıştır.

12 Ağustos 2024 tarih 32630 sayılı Resmi Gazetede yeni yönetmelik yayınlanarak yürürlüğe girmiş olup, toplam 31 Hekim ve 44 ünit ile bölge halkına üst düzey ağız ve diş sağlığı hizmeti sunulmaktadır.

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Akademik Kadrosunda: 2 Profesör, 1 Doçent, 21 Doktor Öğretim Üyesi, 5 Öğretim Görevlisi ve 2 Araştırma Görevlisi (Asistan) görev yapmaktadır.

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi İdari Kadrosunda : 1 Baş Müdür, 1 Müdür, 1 Müdür Yardımcısı, 5 Bilgisayar İşletmeni, 5 Tekniker, 1 Teknisyen, 9 Ağız ve Diş Sağlığı Teknikeri, 3 Tıbbi Sekreter, 2 Radyoloji Teknikeri, 4 Radyoloji Teknisyeni, 5 Protez Teknikeri, 2 Sterilizasyon Teknikeri, 3 Sağlık Memuru, 3 Hemşire, 1 Acil Tıp Teknikeri, 1 Acil Tıp Teknisyeni, 1 Biyolog, 11 Destek Personeli, 1 işçi olmak üzere toplam 60 personel görev yapmaktadır.

Tesis ve Altyapılar/Fiziksel Yapı : İdari/sağlık hizmeti sunulan alanlar (Toplam:4500 m²)

Arşiv	İdari Personel Ofis/Servis sayısı	Teknik Servis/ Atölye Sayısı	Danışma vb. Birim Sayısı	Güvenlik Noktası Sayısı	Depo/Ambar Sayısı
1	6	1	1	2	2
Klinik Sayısı	Diş Ünit Sayısı	Hasta Kabul/Bekleme Yeri Sayısı	Radyografi Çekim Yeri Sayısı	Sistem Odası Sayısı	Mescit Sayısı
8	44	5	6	5	2
Laboratuvar Sayısı	Doktor Dinlenme Odaları Sayısı	Emzirme Odası Sayısı	WC Sayısı		
2	2	1	6		

Kanıtlar:

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin tarihsel gelişimi güncel olarak takip edilebilmektedir.	1. https://www.resmigazete.gov.tr/eskiler/2015/08/20150827-...10.htm... 2. https://adsuam.giresun.edu.tr/tr/page	Bilgilerinin doğruluğunun periyodik kontrolü güncelleme vb. durumlar	Yılda en az 1 defa güncelleme değerlendiril mesi	“5” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir.

1.1.3 Misyonu, Vizyonu, Değerleri ve Hedefleri**Misyonu :**

Bilimsel, etik ve hasta güvenliğini esas alan, kanıta dayalı ağız ve diş sağlığı hizmeti sunmak, nitelikli klinik eğitim ortamı sağlamak, araştırma ve toplumsal katkı faaliyetleriyle bölgesel sağlık hizmet kalitesini sürekli geliştirilmesine katkıda bulunmaktır.

Vizyonu :

Bölgesel referans merkezi konumunda, dijital dönüşümü benimsemiş, hasta güvenliği ve klinik kalite göstergelerinde örnek gösterilen, eğitim ve araştırma performansı yüksek bir ağız ve diş sağlığı merkezi olmaktır.

Değerleri :

- Yenilikçilik
- Katılımcılık
- Sorumluluk Bilinci
- Etik değerlere bağlı olmak
- Şeffaflık
- Dürüstlük
- Saygı
- Liyakat
- Araştırmacı

Hedefleri :

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi hedeflerine ulaşmak için aşağıda belirtilen amaçlar doğrultusunda hareket etmektedir.

Amaç 1: Klinik hizmet kalitesini artırmak: Nitelikli hasta muayene ve tedavi hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak, modern çağın gerektirdiği teknolojik gelişmeleri yakından takip etmek, hasta memnuniyetini öncелеmek, verilen hizmetin zamanında ve sistemli olmasını sağlamak,

Amaç 2: Hasta ve çalışan güvenliğini güçlendirmek: Çalışanlarımıza, hasta ve hasta yakınlarına kaza ve tehlikelerden uzak bir ortam sunmak.

Amaç 3: Klinik eğitim ve uygulama kalitesini geliştirmek: Modern çağın gerektirdiği dijital ve teknolojik gelişmelerin yakından takip edilmesi ve dönüşüm süreçlerinin takibini yapmak.

Amaç 4: Çevreci bir yaklaşım sunulması: Yüksek bir doğa hassasiyetini tüm temizlik ve bertaraf iş ve işlemlerinde öncелеmek.

Amaç 5: Koruyucu tedavinin öncelenmesi: Ağız ve diş sağlığı hizmetlerimizi verirken koruyucu ve tedavi edici hekimlikte yenilenen bilgi ve teknolojiyi takip edip etkin olarak kullanmak.

Merkezimizin Misyonu ve Vizyonu doğrultusunda belirlenen stratejik amaçlar kapsamında ölçülebilir hedefleri ve performans göstergeleri aşağıda belirtilmiştir.

Amaç 1: Klinik Hizmet Kalitesini Artırmak

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 1.1 Randevu bekleme süresini iyileştirmek	Ortalama randevu bekleme süresi (gün)	Aylık	≤ 10 gün
Hedef 1.2 Klinik hizmet sürekliliğini sağlamak	Planlanan klinik tedavi gerçekleşme oranı (%)	Aylık	$\geq \%95$
Hedef 1.3 Hasta memnuniyetini artırmak	Genel hasta memnuniyet puanı (1-5)	6 Aylık	≥ 4
Hedef 1.4 Dijital kayıt oranını artırmak	Dijital hasta kayıt oranı (%)	Yıllık	$\geq \%90$

Amaç 2: Hasta ve Çalışan Güvenliğini Güçlendirmek

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 2.1 Kimlik doğrulama uyumunu sağlamak	Kimlik doğrulama uyum oranı (%)	3 Aylık	$\%100$
Hedef 2.2 İş kazalarını azaltmak	Yıllık iş kazası sayısı	Yıllık	$\%30$ azalma
Hedef 2.3 Advers olay bildirim sistemini geliştirmek	Bildirilen olay sayısı	Yıllık	Raporlamada artış

Amaç 3: Klinik Eğitim ve Uygulama Kalitesini Geliştirmek

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 3.1 Klinik yeterliliğinin artırılması	Öğrenci başarı oranı (%)	Yıllık	$\geq \%90$
Hedef 3.2 Eğitim kalitesini arttırmak	Öğretim üyesi başına düşen öğrenci oranı	Yıllık	1:10
Hedef 3.3 Dijital dönüşüm oranını artırmak	Dijital ölçü / CBCT kullanım oranı (%)	Yıllık	$\%10$ artış
Hedef 3.4 Öğrenci memnuniyetini artırmak	Klinik uygulama memnuniyet puanı	Yıllık	$\geq 4/5$

Amaç 4: Çevreci Yaklaşımı Güçlendirmek

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 4.1 Tıbbi atık yönetim uyumunu artırmak	Atık ayrıştırmanın tüm kliniklerde uygulanması	Yıllık	$\%100$ Uygulama oranı
Hedef 4.2 Enerji verimliliğini artırmak	Enerji tüketiminin azaltılması	Yıllık	Elektrik, Su vb faturalarda $\%20''$ den fazla artışın olmaması.
Hedef 4.3 Kağıt kullanımını azaltmak	Yıllık kağıt havlu vb malzeme tüketiminin azaltılması	Yıllık	Kağıt havlu, peçete vb malzemelerin temininde $\%10$ Azalma
Hedef 4.4 Çevre farkındalık eğitimi düzenlemek	Yıllık çevre eğitimi sayısı	Yıllık	≥ 1

Amaç 5: Koruyucu Tedaviyi Önceliklendirmek

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 5.1 Koruyucu işlem oranını artırmak	Koruyucu tedavi oranı (%)	Yıllık	%15 artış
Hedef 5.2 Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim faaliyetlerini artırmak	Yıllık saha tarama/eğitim sayısı	Yıllık	≥ 2

İZLEME VE DEĞERLENDİRME

Performans göstergeleri aylık, üç aylık ve yıllık periyotlarla izlenir. Elde edilen veriler kalite komisyonu tarafından değerlendirilir ve sonuçlar Yönetimin Gözden Geçirmesi toplantısında analiz edilerek iyileştirme kararları alınır.

Kanıtlar:

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin Misyonu ve Vizyonu belirlenmiş olup resmi web sitesinden yayınlanmıştır.	https://adusam.giresun.edu.tr/tr/page/misyon-ve-vizyon/3354			“5” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir.

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi olarak Misyonumuz, Vizyonumuz, Değerlerimiz ve Hedeflerimiz Üniversitemizin misyon, vizyon ve değerleriyle örtüşmektedir.

1.1.4 Eğitim ve Öğretim Hizmeti Sunan Birimleri

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin eğitim ve öğretim hizmeti sunan birimleri bulunmamaktadır.

Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi'nin eğitim ve öğretim hizmeti sunan birimleri bulunmaktadır. (Bkz. Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Birim Öz Değerlendirme Raporu)

1.1.5 Araştırma Faaliyetlerinin Yürütüldüğü Birimleri

Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin araştırma faaliyetleri Diş Hekimliği Fakültesiyle entegre bir şekilde ilgili ana bilim dalları, klinik uygulama birimleri ve üniversite bünyesinde faaliyet gösteren araştırma destek birimleri koordinasyonunda yürütülmektedir. Fakülte öğretim elemanları bilimsel araştırma projeleri, klinik çalışmalar, literatür temelli araştırmalar ve disiplinler arası projeler aracılığıyla araştırma faaliyetlerini sürdürmekte olup bu süreçler akademik birimler tarafından planlanmakta, izlenmekte ve değerlendirilmektedir. Araştırma faaliyetlerinin yürütülmesinde üniversite düzeyindeki Bilimsel Araştırma Projeleri (BAP) birimi başta olmak üzere ilgili koordinatörlükler, etik kurullar ve araştırma destek birimleri aktif rol almakta; proje başvuru, yürütme ve sonuçlandırma süreçleri bu birimlerin rehberliği ve denetimi altında gerçekleştirilmektedir. Klinik araştırmalar ise fakülteye bağlı uygulama birimleri ve sağlık hizmet sunum ortamlarında yürütülmekte, bu çalışmalar hem bilimsel üretkenliğe hem de toplumsal katkıya destek sağlamaktadır. Araştırma süreçleri kapsamında yürütülen faaliyetler düzenli olarak raporlanmakta, elde edilen çıktılar akademik performans değerlendirmelerinde dikkate alınmakta ve kurumsal araştırma stratejilerinin geliştirilmesine veri sağlamaktadır. Bu yapı sayesinde fakültede araştırma faaliyetleri kurumsal organizasyon içinde tanımlı sorumluluk alanları doğrultusunda sürdürülebilir ve izlenebilir bir sistem

çerçevesinde yürütülmektedir.

Birimin araştırma ve geliştirme faaliyetlerini sürdürebilmesi için uygun nitelik ve nicelikte fiziki, teknik ve mali kaynakları bulunmamaktadır. Fakülte binasının fiziki imkanları çerçevesinde bir Ar-Ge laboratuvarı yapılması mümkün değildir. Kalite biriminin başlatmış olduğu ve üniversitemizin stratejik hedefleri ile uyumlu stratejik hedeflerde önümüzdeki 4 yıllık plan doğrultusunda planlamaya alınmıştır.

Kanıtlar:

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde araştırma faaliyetleri Diş Hekimliği Fakültesi ile entegre bir şekilde ana bilim dalları, klinik uygulama birimleri ve üniversite bünyesindeki araştırma destek birimleri koordinasyonunda yürütülmektedir.	1. BAP Proje Kayıtları 2. Etik Kurul Kararları- Başvuruları 3. Yayın Listeleri	1. Araştırma faaliyetlerinin birimler arası koordinasyonunu izleyen bütünleşik kurumsal takip sisteminin bulunmaması	Araştırma faaliyetlerini birimler bazında izleyen dijital araştırma yönetim ve raporlama sistemi kurulacaktır.	“3” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. araştırma faaliyetleri yürütülmekte, koordinasyon ve izleme altyapısı geliştirme aşamasındadır.

1.1.6 Birimin Organizasyon Yapısı

Merkezimiz; 12.08.2024 tarihli ve 32630 sayılı Resmi Gazete ile yayınlanarak yürürlüğe giren yönetmelik hükümlerine göre yetkilendirilmiştir.

Merkezin yönetim organları: Müdür (Başhekim), Merkez Yönetim Kurulu ve Danışma Kurulu'ndan oluşmaktadır. Birimin organizasyon şeması kanıtlar kısmında sunulmuştur. Ayrıca Merkezimizde kurulan aşağıda listelenen komisyonlar vardır.

Kanıtlar:

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi an itibari ile organizasyon yapısını %100 olarak tamamlamıştır. Organizasyon şeması tamamlanmış ve Web Sitesinde duyurulmuştur. Birim kalite komisyonu faaliyetlerine başlamış olup, YGG (Yönetimi Gözden Geçirme) toplantıları ve kalite komisyon toplantıları düzenlenmiştir.	1. Komisyon Listeleri 2. https://adsuam.giresun.edu.tr/Files/ckFiles/adsuam-giresun-edu-tr/Organizasyon%20%C5%9Eemas%C4%B1%20(1).pdf	Stratejik Plan, Risk Yönetim planı vb çalışmaların dış paydaş görüşleri ile başlatılması gerekmektedir.	Taslak halindeki çalışmaların tamamlanması ve Merkez Yönetim Kurulu kararına bağlanması	“4” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Planlama yapılmış olup, taslak çalışmalara devam edilmektedir.

EĞİTİM-ÖĞRETİM BİLİMSEL FAALİYETLER İNCELEME VE DENETLEME KOMİSYONU

Sıra No	Asil/Yedek	Kurul/Komisyonadaki Görevi	Ünvanı/Adı Soyadı
1	Asil	Başkan (Merkez Müdürü/Başhekim)	Dr.Öğr.Üyesi Seyit Bilal ÖZDEMİR
2	Asil	Üye	Dr.Öğr.Üyesi Şule ERDEM
3	Asil	Üye	Dr.Öğr.Üyesi Betül Kübra KURUCU KARADENİZ
4	Asil	Üye	Dr.Öğr.Üyesi Birkan Eyüp YILMAZ
5	Asil	Üye	Dr.Öğr.Üyesi Egemen TAYAN

ENFEKSİYON KONTROL KOMİSYONU

Sıra No	Asil/Yedek	Kurul/Komisyonadaki Görevi	Ünvanı/Adı Soyadı
1	Asil	Başkan (Dekan)	Prof. Dr.Çağrı URAL
2	Asil	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÇEVİK SÖNMEZ
3	Asil	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Hüseyin Özgür ÖZDEMİR
4	Asil	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Nurşen ŞAHİN
5	Asil	Üye	Bilgisayar İşletmeni Aslıhan YILMAZ
6	Asil	Üye	Hemşire Hacer DOK
1	Yedek	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Şuheda ERDEM
2	Yedek	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Seyit Bilal ÖZDEMİR
3	Yedek	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Nilge SARIMEHMETOĞLU

DÖNER SERMAYE FAALİYETLERİ GERÇEKLEŞTİRME KOMİSYONU

Sıra No	Asil/Yedek	Kurul/Komisyonadaki Görevi	Ünvanı/Adı Soyadı
1	Asil	Başkan(Dekan)	Prof. Dr.Çağrı URAL
2	Asil	Üye (Merkez Müdürü/Başhekim)	Dr.Öğr.Üyesi Seyit Bilal ÖZDEMİR
3	Asil	Üye	Dr.Öğr.Üyesi Nilge SARIMEHMETOĞLU
4	Asil	Üye	Dr. Öğr.Üyesi Şuheda ERDEM
5	Asil	Üye	Hastane Müdürü Mustafa ÇOLAKER

MALZEME TALEP PLANLAMA VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Sıra No	Asil/Yedek	Kurul/Komisyonadaki Görevi	Ünvanı/Adı Soyadı
1	Asil	Başkan(Merkez Müdürü/Başhekim)	Dr.Öğr.ÜyesiSeyitBilalÖZDEMİR
2	Asil	Üye	Dr. Öğr.Üyesi Tuğçe ÇEVİK SÖNMEZ
3	Asil	Üye	Dr. Öğr.Üyesi Elif Nazlı TEKİN
4	Asil	Üye	Dr.Öğr.Üyesi Nilge SARIMEHMETOĞLU
5	Asil	Üye	Dr. Öğr.Üyesi Egemen TAYAN
6	Asil	Üye	Dr. Öğr.Üyesi Hatice GÜLLER
7	Asil	Üye(Raportör)	Biyolog(Taşınır Kayıt Yetkilisi)Murat Orkun BALIK
8	Asil	Üye(Raportör)	Hizmetli (Satın alma Personeli) Emre GÖRGEÇ

BİRİM KALİTE KOMİSYONU

Sıra No	Asil/Yedek	Kurul/Komisyonadaki Görevi	Ünvanı/Adı Soyadı
1	Asil	Merkez Kalite Yönetim Sorumlusu	Dr.Öğr.ÜyesiBetülKübraKURUCU KARADENİZ
2	Asil	Hastane Müdürü	Mustafa ÇOLAKER
3	Asil	Kalite Birim Çalışanı	Pınar GEDİK
4	Asil	Kalite Birim Çalışanı	Aslıhan YILMAZ
5	Asil	Hemşire	Asena KIRAC

İMLANT UYGUNLUK MUAFİYET VE DEĞERLENDİRME KOMİSYONU

Sıra No	Asil/Yedek	Kurul/Komisyonadaki Görevi	Ünvanı/Adı Soyadı
1	Asil	Başkan(Merkez Müdürü/Başhekim)	Dr. Öğr. Üyesi Seyit Bilal ÖZDEMİR
2	Asil	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Elif Nazlı TEKİN
3	Asil	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Egemen TAYAN
4	Asil	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Birkan Eyüp YILMAZ
1	Yedek	Üye	Merkez Müdürü V. / BaşhekimV.
2	Yedek	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Nurşen ŞAHİN
3	Yedek	Üye	Doç.Dr.Zeynep Pınar YÜCEL
4	Yedek	Üye	Dr. Öğr. Üyesi Tuğçe ÇEVİK SÖNMEZ

1.1.5 İyileştirmeye Yönelik Çalışmalar

- Merkezimiz bünyesinde görev yapan akademik ve idari personellerimizin ve ayrıca merkezimize tedavi olmak için gelen hastaların ciddi bir park sorunu bulunmaktadır. Bu bağlamda Merkezimiz A blok önünde otopark çalışmalarına başlanmıştır.
- Merkezimizin güvenliğini ve memnuniyetini yükseltmek,
- Çalışanlarımızın memnuniyetini yükseltmek,
- Sorumlulukları yerine getirirken yasalar ve etik ilkeler doğrultusunda uygun hizmet vermek,
- Merkezimizin alt yapı ve donanım eksikliklerini gidermek ve sürekliliğini sağlamak,
- Kalite standartlarına uygun çalışma ortamı sağlamak,
- Kurumsallaşmayı ve profesyonelleşmeyi sağlamak,
- Koruyucu tedaviyi ön planda tutarak, ağız ve diş sağlığı sorunlarını bilimsel ve etik kurallara uygun olarak yerine getirmek,
- Fiziki yetersizliklerimizin giderilmesi ve bina tadilatlarının yapımının gelecek dönem hedefleri arasına alınması ile birlikte beraber tüm fiziki şartların iyileştirilmesi uygun görülmektedir. Bu bağlamda artan çalışma alanlarının merkezimizin sağlık kalitesini arttıracığı öngörülmektedir.

Kanıtlar:

- 1-2025 Yılı Düzeltici İyileştirici Faaliyetler İzlem Formu
- 2-2025 Yılı Öz Değerlendirme Raporu
- 3-KKY.FR.03 Öz Değerlendirme Rapor Formu
- 4-GGI.GK.01 Düzeltici Önleyici Faaliyet Sonuçlandırma Oranı

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Merkezimiz bünyesinde öz değerlendirme yapılmış ve SKS standartlarına uygun şekilde puanlanmıştır.	1. SKS öz değerlendirme raporu	Fiziki şartların iyileştirilmesi	1. Risk Eylem Planı taslak çalışmalarının bitirilmesi	“4” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Planlama yapılmış olup, uygulamalardan bazı sonuçlar elde edilmiştir. Taslak çalışmalara devam edilmektedir.

A. LİDERLİK, YÖNETİŞİM VE KALİTE

A.1. Liderlik ve Kalite

A.1.1. Yönetim modeli ve idari yapı

Merkezimiz; 12.08.2024 tarihli ve 32630 sayılı Resmi Gazete ile yayınlanarak yürürlüğe giren yönetmelik hükümlerine göre yetkilendirilmiştir.

Merkezin yönetim organları: Müdür(Başhekim), Merkez Yönetim Kurulu ve Danışma Kurulu'ndan oluşmaktadır.

Kanıtlar :

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Merkezin yönetim modeli ve idari yapısı kurul ve komisyonlarca düzenlenmiş şeffaf, denetlenebilir, sürdürülebilir şekilde işletilmektedir.	1. Merkez Yönetim Kurulu ve Danışma Kurulu Karar Tutanakları 2. YGG Toplantıları 3. Komisyon Tutanakları 4. Organizasyon Şeması https://adsuam.giresun.edu.tr/Files/ckFile/s/adsuam-giresun-edu-tr/Organizasyon%20%C5%9Eemas%C4%B1%20(1).pdf			“5” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir.

Müdür(Başhekim)

Merkezin faaliyet alanlarıyla ilgili çalışmaları bulunan Fakültenin tam zamanlı olarak çalışan öğretim üyeleri arasından Dekanın önerisi üzerine Rektör tarafından üç yıl süre ile görevlendirilir. Dekanın görevi sona erdiğinde Müdür (Başhekim)’ün görevi de kendiliğinden sona erer. Görev süresi sona eren Müdür (Başhekim) aynı usulle yeniden görevlendirilir veya süresinden önce aynı usulle değiştirilebilir. Müdür (Başhekim)’ün görevleri:

- Merkez hizmetlerinin yürütülmesi ve Merkezi temsil etmek.
- Merkezin döner sermaye ile ilgili faaliyetlerini denetlemek, kaynakların etkin ve verimli olarak yönetilmesini sağlamak, gelir gider dengesinin rasyonel olarak yapılandırılması için koordinasyonu sağlamak.
- Fakülte bünyesinde yer alan ana bilim dalı/bilim dalı faaliyetlerinin döner sermaye katkısını tespit etmek ve denetlemek.
- Merkezin satın alma komisyonuna başkanlık yapmak.
- Merkezin gelişmesi için gerekli stratejik planları hazırlayarak Rektörlüğe sunmak.
- Bütçe ve idari kadro ihtiyaçları ile ilgili önerilerini gerekçesi ile birlikte hazırlayarak Rektörlüğe sunmak.
- Hizmet, satın alma yolu ile yapılan sözleşmelerin uygulanmasını ve denetimini sağlamak.
- Merkezin sürekli gelişiminin sağlanması ve verimliliğin artırılması için ihtiyaç duyulan her türlü otomasyon programları ve yazılımların Merkez bünyesinde kullanılmasını sağlamak ve denetlemek.
- Enfeksiyon kontrol komisyonunun aldığı kararların işleyişini sağlamak.
- Görevini, kalite yönetim sistem politikası, hedefleri ve işlemlerine uygun olarak yürütmek ve Merkezin gelişmesi için stratejik planı hazırlayarak Rektörlüğe sunmak.

Merkez Yönetim Kurulu

Yönetim Kurulu; Dekanın başkanlığında, Müdür (Başhekim), müdür yardımcıları (Başhekim yardımcıları) ve Merkezin faaliyet alanları ile ilgili çalışmaları bulunan Üniversite öğretim üyeleri arasından Müdür (Başhekim)’ün önerisi üzerine Rektör tarafından üç yıllık süre için görevlendirilen üç üye olmak üzere en fazla toplam yedi üyeden oluşur.

Görev süresi sona eren öğretim üyeleri aynı usulle yeniden görevlendirilir veya süresinden önce aynı usulle değiştirilebilir. Dekanın görevi sona erdiğinde Yönetim Kurulu üyelerinin de görevi sona ermiş olur.

Yönetim Kurulu üye tam sayısının salt çoğunluğu ile toplanır ve kararlar toplantıya katılanların salt çoğunluğu ile alınır. Oylar kabul veya ret şeklinde verilir. Oyların eşitliği durumunda Dekanın kullandığı oy yönünde çoğunluk sağlanmış sayılır.

Yönetim Kurulu raportörlüğünü Hastane Müdürü yapar. Hastane Müdürünün olmadığı durumlarda hastane müdür yardımcılarında biri raportörlüğü yapar.

Merkez Yönetim Kurulunun görevleri:

- İlgili mevzuat hükümleri doğrultusunda merkezin yönetimi ve işletilmesi için gerekli kararları almak.

- b)Merkezin çalışmalarıyla ilgili plan ve programların hazırlanmasını ve uygulanmasını sağlamak.
- c)Merkezin faaliyette bulunan kliniklerinin ve laboratuvar birimlerinin, idari ünitelerin, ortak kullanım sahalarının ve yeni kurulan ünitelerin etkin çalışması için yerleşim plânlarını yapmak ve koordinasyonu sağlamak.
- )Müdür(Başhekim) tarafından hazırlanan çalışma raporlarını ve istatistiki verileri değerlendirmek ve gerektiğinde Merkez faaliyetlerinin geliştirilmesi ve iyileştirilmesi için önerilerde bulunmak.
- d)Merkezin daha iyi sağlık hizmeti verebilmesi için gerekli olan birimleri, klinikleri, laboratuvarları, hastalara yönelik tanı ve tedavi üniteleri ile eğitim birimlerini kurmak ve bu birimlerin yönetim esaslarını ilgili birimlerle iş birliği içinde hazırlamak.
- e)Merkezin kadro ve mali kaynaklarını inceleyerek bütçe tasarısı hakkında görüş hazırlamak.
- f)İlgili mevzuat hükümlerine göre kendisine verilen diğer görevleri yapmak.

Danışma Kurulu

Danışma Kurulu; Müdür (Başhekim)'ün başkanlığında, Dekan, müdür yardımcıları (Başhekim yardımcıları), Fakülte ana bilim dalı başkanları, anabilim dalı başkanlarının seçeceği varsa birer araştırma görevlisi, Fakültenin dördüncü ve beşinci sınıflarından seçilen birer stajyer öğrenci temsilcisi, Hastane Müdürü ve Müdür (Başhekim)'ün daveti halinde ilgili fakülte klinik sorumlularından olmak üzere Rektör tarafından görevlendirilen en fazla otuz bir üyeden oluşur.

Danışma Kurulu yılda en az bir kez salt çoğunlukla toplanır. Müdür (Başhekim), ihtiyaç halinde Danışma Kurulunu toplantıya çağırabilir.

Danışma Kurulunun raportörlüğünü Hastane Müdürü yapar. Hastane Müdürünün olmadığı durumlarda raportörlüğü hastane müdür yardımcılarında biri yapar.

Danışma Kurulunun görevleri

Danışma Kurulu; Fakültenin öğretim üyelerinden ve Merkezin tüm çalışanlarından gelen görüş, öneri ve eleştirileri değerlendirir; Merkezin amaçlarına uygun, hastane hizmetleri açısından yararlı bulunan tavsiye niteliğindeki görüş ve öneriler hakkında prensip kararları alır.

Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezinin yönetim birimleri ve idari personellerin kurumumuza özgün yetki, görev ve sorumlulukları, çalışma ilkeleri, eğgüdüm ve karar süreçlerine uygun organizasyon şeması hazırlanmıştır (Bkz. Organizasyon şeması). Merkezimizin sağlık sisteminin yürütülmesinde yer alan kurul ve alt kurulların oluşumu, üyelerinin seçilme ve atanma süreçleri, kendi aralarındaki ve Üniversite üst yönetimi ile olan ilişkileri, çalışma ilke ve koşulları ilgili mevzuat çerçevesinde sürdürölmektedir. Merkezimizde sağlık sisteminin planlanması ve yürütölmesinden asli derecede sorumlu kurullardan olan Danışma Kurulu ve Merkez Yönetim Kurulu'nda alınan kararlar Rektörlük makamı ve ilgili birimlere EBYS üzerinden sunulmakta, kurul üyelerinin imzaları bulunan kararlar karar defterinde kayıt altına alınmaktadır.

Kanıtlar

Merkez Yönetim Kurulu ve Danışma Kurulu Toplantı Tutanakları

A.1.2. Liderlik

Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimiz ulusal ve uluslararası bilimi takip eden ve üreten, sağlık alanında uluslararası düzeyde önde gelen merkezlerden biri olma yolunda sağlık sisteminde kalite güvencesi çalışmaları kapsamında sürekli iyileştirme yaklaşımıyla PUKÖ döngüsü yönetim sistemini benimsemiş ve yönetsel anlamda bu döngüyü içselleştirerek sistemli biçimde uygulanabilir hale getirmeyi hedeflemektedir.

Kanıtlar:

KKU.PL.01 Kurumsal Amaç, Hedef ve Eylem Planı

KKU.YD.01 Vizyon,Misyon ve Değerler

KKU.YD.02 Amaç ve Hedefler

KKU.YD.03 Organizasyon şeması

KKU.PR.01 Kurum Faaliyetleri Organizasyon Yapısı Prosedürü

[KKY.LS.01 SKS Bölüm Kalite Sorumluları Listesi](#)

[KKY.LS.02 Ana Bilim Dalı Bölüm Kalite Sorumluları ve Temsilcileri Listesi](#)

[KKY.LS.03 Hasta Güvenliği Komitesi Üye Listesi](#)

[KKY.LS.04 Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi Üye Listesi](#)

[KKY.LS.05 Eğitim Komitesi Üye Listesi](#)

[KKY.LS.06 Tesis Güvenliği Komitesi](#)

[KKY.LS.08 Öz Değerlendirme Ekibi Üye Listesi](#)

A.1.3. Kurumsal dönüşüm kapasitesi

Merkezimizin, değişen dünya standartlarına uyum çerçevesinde amaç, misyon ve hedefler doğrultusunda çağımıza yönelik değişiminin yönetimi, Kalite Yönetim çalışmalarımızda aktif olarak kullandığımız PUKÖ döngüsü ve üniversitemize ait tüm dokümanlar Üniversitemiz Kalite Yönetim Sistemi (KYS) üzerinden takip edilmektedir.

Kanıtlar :

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Merkezimiz dijital dönüşüm noktasında EBYS ortamında tüm yazışmalarını yapmaktadır ve kurul kararları dijital kayıt altındadır.	1. Merkez Yönetim Kurulu ve Danışma Kurulu Karar Tutanakları 2. EBYS yazışmaları	1. Kalite akreditasyon hedefleri doğrultusunda kayıtlarının tutulması adına yazılım desteğine ihtiyaç duyulmaktadır.	1. Üniversitemizin diğer alanlarında kullanılan yazılımın programlarının merkezimizde de uygulanması	“2” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Yazılım çözümü için planlama yapılmıştır.

A.1.4. İç kalite güvencesi mekanizmaları

Kalite Komisyonu belirlenmiş, Kalite Komisyonunun yetki, görev ve sorumlulukları tanımlanmış ve kurumda kalite kültürünün yaygınlaştırılması için çalışmalar yapılmaktadır. Kalite Komisyonu Çalışma Usul ve Esasları, Kalite Komisyonunun organizasyon yapısı tanımlanmıştır. Dekan, ana bilim dalı öğretim üyeleri, akademik ve idari personelin katılımıyla kalite faaliyetleri yürütülmektedir. Üniversitemiz kalite politikası doğrultusunda kalite faaliyetleri, süreç, izleme ve iyileştirme süreçlerini kapsayacak şekilde yürütülmektedir.

Kanıtlar:

[KKY.YD.02 Kalite Yönetim Sistemi Yapısı](#)

[KKY.YD.03 Kalite Yönetim Birimi Organizasyon Şeması](#)

[KKY.YD.04 Kurum Kalite Politikası](#)

[KKY.YD.06 Öz Değerlendirme Raporu](#)

[KKY.YD.05 2025 Yılı Öz Değerlendirme Takvimi](#)

[KKY.FR.03 Öz Değerlendirme Rapor Formu](#)

[KKY.PL.02 Komite-Ekip Toplantı Planı](#)

[KKU.PL.01 Kurumsal Amaç, Hedef ve Eylem Planı](#)

[KKU.GT.YD.01 / KKU.GT.YD.91 Görev Tanımları](#)

[KKY.PR.01 Komite ve Ekip Toplantıları Yönetim Prosedürü](#)

[KKY.PR.02 Öz Değerlendirme Prosedürü](#)

[KKY.PR.03 Düzeltici İyileştirici Faaliyet Prosedürü](#)

[KKY.LS.01 SKS Bölüm Kalite Sorumluları Listesi](#)
[KKY.LS.02 Ana Bilim Dalı Bölüm Kalite Sorumluları ve Temsilcileri Listesi](#)
[KKY.LS.03 Hasta Güvenliği Komitesi Üye Listesi](#)
[KKY.LS.04 Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi Üye Listesi](#)
[KKY.LS.05 Eğitim Komitesi Üye Listesi](#)
[HŞÇ.LS.02 Çalışan Görüş Öneri Şikayet Değerlendirme Ekibi Üye Listesi](#)
[HHD.TL.01 Hasta Bilgilendirme ve Rıza Alma Talimatı](#)
[HHD.FR.03 Görüş Öneri ve Şikayet Bildirim Formu](#)
[HHD.YD.01 Hasta Memnuniyet Anketi](#)

Kanıtlar :

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Merkezimizde birim kalite komisyonu belirlenmiştir.	1.Merkez Yönetim Kurulu Kararları			“5” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir.

A.1.5. Kamuoyunu bilgilendirme ve hesap verebilirlik

Merkezimiz kurumsal iletişim politikasını benimsenmiş ve araştırma geliştirme faaliyetleri ile ilgili doğru ve güncel bilgiler kamuoyunun kolayca ulaşabileceği şekilde merkezimiz web sayfasında yayımlanmaktadır.

Kanıtlar:

<https://adusam.giresun.edu.tr>
KKU.PR.02 Kurumsal İletişim Stratejileri Prosedürü
[KDY.PR.01 Doküman Yönetim Prosedürü](#)
[KDY.PR.02 Dış Kaynaklı Doküman Prosedürü](#)
[KDY.LS.04 Dış Kaynaklı Doküman Listesi](#)
[HHD.YD.01 Hasta Memnuniyet Anketi](#)
[HHD.FR.03 Görüş Öneri ve Şikayet Bildirim Formu](#)
HŞÇ FR.11 Çalışan Geri Bildirim Anket Formu
HŞÇ FR.12 Personel Performans Değerlendirme Formu
[HŞÇ.LS.02 Çalışan görüş öneri şikayet değerlendirme ekibi üye listesi](#)

Kanıtlar :

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Merkezimiz kurumsal iletişim politikası çerçevesinde Web Sitesi ve Sosyal Medya hesaplarını kullanmaktadır.	1. https://adusam.giresun.edu.tr/	1. Gerek Web sitesi gerek sosyal medya hesaplarından yapılan bilgilendirmelerin düzenli hale getirilmesi	1.Merkezimizin iletişim kanallarının güncelliğinin kontrol edilmesi (Aylık)	“4” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir.

A.2. Misyon ve Stratejik Amaçlar

A.2.1.Misyon, vizyon ve politikalar

Kalite Misyonumuz :

- Araştırma ve sorun çözme becerisi gelişmiş, etik değerleri benimseyen, doğaya duyarlı, yerelden kopmadan evrensel gelişime açık olan, bilimsel ve sosyokültürel gelişimini tamamlamış, mesleki ve sosyal açıdan yetkin, özgüveni olan ve sorumluluklarını bilerek başarıyla yerine getirebilecek, üstün nitelikli ve geniş ufuklu akademisyenler ve diş hekimleri yetiştirmek,
- Çok boyutlu kalite standartları ile koruyucu uygulamaların ön planda olduğu yüksek nitelikli ve modern diş hekimliğindeki gelişmelerin gerisinde kalmayan ağız ve diş sağlığı hizmeti sunmak,
- Bilime ve teknolojik gelişmelere katkı sağlamayı mümkün kılacak altyapı gereklerini yerine getirerek, kamu yararını gözetken bulunduğu kentin ve ülkenin kalkınmasına ve gelişmesine katkıda bulunan hizmetler üretmek,
- Yaşam boyu öğrenmeye verdiği önemle sürdürülebilirliği hedefleyen ve öncü araştırmalarla bilgiyi üreterek, paylaşarak ve hayata dönüştürerek toplumun yaşam boyu eğitim ve gelişim sürecine katkıda bulunmaktır.

Kalite Vizyonumuz :

- Vizyonumuz, Atatürk ilkelerinin ışığında, eğitim ve öğretim kalitesinden ödün vermeyen, akademik, bilimsel ve kültürel faaliyetleri ile geleceği şekillendiren, öğrenci, çalışan ve hasta haklarına saygılı, akademik ve idari paydaşları ile etkili bir iletişim içinde olan, ağız ve diş sağlığı sorunlarının çözümüne yönelik çalışmalar yapan, yeterli teknolojik ve akademik alt yapıya sahip, etik değerlere yönlendirilen rekabetçi bir anlayış ile ulusal ve uluslararası düzeyde kabul gören bir dünya üniversitesi olmaktır.

Kalite Değerlerimiz :

Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi ve Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimizin ulusal ve uluslararası düzeyde stratejik amaç ve hedeflerini gerçekleştirirken araştırma üniversitesi olmanın sorumluluğuyla aşağıdaki ilke ve değerlere bağlıdır.

- Öncelikle “zarar vermeme” ilkesini benimseyen,
- Eğitimde, akademik ve idari platformlarda mükemmeliyetçilik,
- Güvenilirlik, dürüstlük, şeffaflık ve tarafsızlık,
- Bilimsel gelişimlere açıklık ve üretkenlik,
- Öğrenci odaklılık,
- Yönetimde ve akademik alanlarda demokratiklik ve katılımcılık,
- Her türlü ayrımcılığa karşı ve fırsat eşitliği konusunda duyarlık,
- Bilginin ve bilimin evrenselliğine inanan,
- Etik değerlere sahip çıkan,
- Liyakat esaslı,
- Toplumsal ve küresel sorunlara duyarlı, sosyal sorumluluğu önemseyen,
- İnsana saygılı,
- Çözüm Odaklılık,
- Kurum aidiyetine sahip olmak,
- Hizmet standartlarına uyma,
- Görevin yerine getirilmesinde kamu hizmet bilinci.

Kalite Politikamız

- Teknolojik ve bilimsel standartlara uygun fiziki ortamı önemseyen; yeterli ve donanımlı personel ile güvenli sağlık hizmeti veren, akademik, tıbbi, idari yapılanmayı ve sağlıkta kaliteyi ulusal ve uluslararası standartta sürekli iyileştiren; nitelikli bir eğitim, araştırma, sağlık kurumu olmak ve mesleki bilgi, beceri ve özgüvene sahip; teknoloji ve bilimin ışığı altında modern tedavi yöntemlerini uygulayan; hasta haklarına ve çalışan memnuniyetine duyarlı; etik değerlere bağlı; milli değerleri özümsemiş diş hekimleri ve uzman diş hekimleri yetiştirmektedir.
- Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimizde; Hasta bakım kalitesinin artırılması, güvenli bir hasta bakım ortamının sağlanması, hasta ve çalışanlara yönelik risklerin en aza indirilmesi, hasta güvenliğinin sağlanması amacı ile sağlıkta kalite çalışmaları etkin ve istikrarlı bir şekilde uygulanmaktadır. Bu amaçla Sağlık Bakanlığı, Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü, Sağlıkta Kalite, Akreditasyon ve Çalışan Hakları Daire Başkanlığının yayınlamış olduğu SKS ADSH Sürüm 4 rehberi doğrultusunda çalışmalar yapılmaktadır.
- Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimizde, aşağıdaki hususlara yönelik taahhütlerini içeren bir kalite politikası oluşturulmuştur.
- Bölgemize hitap eden modern ve hastaların tercih ettikleri bir sağlık kuruluşu olabilmek.
- Hasta tedavisi yanında araştırma ve geliştirme yönünde uluslararası bir öneme sahip sağlık kuruluşu olabilmek.
- Etik değerlere bağlı kalmak, sürekli iyileştirme, takım bilinci ve disiplin, hesap verilebilirlik, şeffaflık
- Çevreci bir yaklaşım ile yüksek bir doğa hassasiyeti taşıyan çalışanlarımızla beraber küresel kirliliğin önüne geçmek.
- Kurumun amaçlarına ve amaçları doğrultusunda oluşturulan stratejik hedeflerine uygunluğu,
- Kalite hedeflerinin oluşturulması ve düzenli olarak gözden geçirilmesi,
- Kalite yönetim sisteminin şartlarının yerine getirilmesi ve sürekliliğinin sağlanması,
- Kalite yönetim sisteminin etkinliğinin sürekli iyileştirilmesi.
- Kurumumuzun sunmuş olduğu tüm tanı, teşhis ve tedavi hizmetlerinde, hasta ve çalışan merkezli, güvenli bir ortam oluşturan, bütüncül bir yaklaşım ile, standartlara uygun, sürekli geliştirme ve iyileştirme çalışmalarına açık, hasta ve hasta yakınlarına yönelik tüm eğitim ihtiyaçlarına ortak bir kurumsal dil ile cevap vermeyi hedefleyen ve bakımda en iyiye ulaşmak yolunda bütüncül tıbbi bakım hizmetleri sunmak.
- Hasta hakları birimimizin Kurumumuzda sunmuş olduğumuz tüm hizmetlerde hasta ve hasta yakınlarında oluşabilecek olumsuz tüm durumlara çözümci profesyonel bir yaklaşım sergileyerek en iyi hizmet alım sürecini sağlamak. Hasta memnuniyet düzeylerini düzenli aralıklarda ölçmek ve gereken iyileştirmeleri yapmak.
- Kurumumuz takviminde yer alan halk/ hasta / hasta yakınları ve tüm bölgeye sosyal sorumluluk projeleri ile toplumsal farkındalık yaratarak, sağlıkta bilgilendirme sınırlarını genişletmek.
- Standart ve güncel rehberleri takip ederek kaliteli sağlık bakım hizmeti sunmak ve çalışanlarımızı sahada standartlara bağlı olarak sürekli kendini yineleyen dinamik bir ekip ile bakım hizmetlerini sürekli geliştirmeye açık bir alan sağlamak.
- Teknolojik yenilikleri, bilimsel gelişmeleri takip ederek, öneri ve uygulamalar ile hastalarımızın bakım hizmetine sunmak.
- İş sağlığı ve güvenliği hizmetlerin de yönetmeliklere uygun faaliyet göstermek, hasta ve çalışan güvenliğini en üst düzeyde korumak adına önlemleri sağlamak ve güvenilir bir çalışma ortamı sağlamak.
- Kurum içerisinde sürekli olarak yapılan yıllık eğitim planlarına uyum sağlamak, çalışanların eğitimlere katılımını teşvik etmek, sertifikasyon ve dış eğitim faaliyetlerini destekleyerek kurum içinde ki eğitim faaliyetlerini sahada yansıtmak.
- Çalışanların öneri dilek şikâyetlerini takip etmek, çalışan temsilcileri ve birim sorumluları ile ortak çalışmaları sağlamak ve sorunlar karşısında gerekli iyileştirme çalışma faaliyetlerini sürdürmek

- Bilgi güvenliği yönetim sistemi ile ilgili tüm gerekli tedbirleri uygulamak, risklere yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamak.
- Süreçlerden kaynaklanan tüm istenmeyen olaylara yönelik kök neden analizi ve düzeltici ve iyileştirici faaliyetleri sürdürmek.
- Kurumumuz misyon ve vizyon değerlerini ön planda tutarak; sürekli standart ve yenilikleri takip etmeyi amaçlayan ve bu yönde kurum olarak kendimizi geliştirme faaliyetlerini sürdürmek, bakım hizmetinde en üst düzeye ulaşmak ve verilen her hizmette standartlara uygun sağlık hizmeti vermeyi taahhüt etmekteyiz.
- Kurum kalite politikası üst yönetim tarafından onaylanmakta ve yönetimin değişmesi durumunda yeniden gözden geçirilerek taahhüt yenilenmektedir.

Kanıtlar :

[KKY.YD.02 Kalite Yönetim Sistemi Yapısı](#)

[KKY.YD.03 Kalite Yönetim Birimi Organizasyon Şeması](#)

[KKY.YD.04 Kurum Kalite Politikası](#)

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Merkezimizin Misyon ve Vizyonu Üniversitemiz Stratejik hedefleri ile uyumlu olacak şekilde belirlenmiştir.	1. https://kalite.giresun.edu.tr/tr/page/politikalar/7136... 2. Kalite Toplantı Tutanakları 3.Egmod sistemindeki hizmet içi eğitimler	Merkezimizin Risk Eylem Planı hazır değildir.	1. Risk Eylem Planı çalışmalarının tamamlanması.	“4” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Planlamalar yapılmış ancak çalışmalar devam etmektedir.

A.2.2. Stratejik amaç ve hedefler:

STRATEJİK AMAÇLAR

Amaç 1: Klinik hizmet kalitesini artırmak: Nitelikli hasta muayene ve tedavi hizmetlerinin sürekliliğini sağlamak, modern çağın gerektirdiği teknolojik gelişmeleri yakından takip etmek, hasta memnuniyetini öncелеmek, verilen hizmetin zamanında ve sistemli olmasını sağlamak,

Amaç 2: Hasta ve çalışan güvenliğini güçlendirmek: Çalışanlarımıza, hasta ve hasta yakınlarına kaza ve tehlikelerden uzak bir ortam sunmak.

Amaç 3: Klinik eğitim ve uygulama kalitesini geliştirmek: Modern çağın gerektirdiği dijital ve teknolojik gelişmelerin yakından takip edilmesi ve dönüşüm süreçlerinin takibini yapmak.

Amaç 4: Çevreci bir yaklaşım sunulması: Yüksek bir doğa hassasiyetini tüm temizlik ve bertaraf iş ve işlemlerinde öncелеmek.

Amaç 5: Koruyucu tedavinin öncelenmesi: Ağız ve diş sağlığı hizmetlerimizi verirken koruyucu ve tedavi edici hekimlikte yenilenen bilgi ve teknolojiyi takip edip etkin olarak kullanmak.

STRATEJİK AMAÇLAR, HEDEFLER VE PERFORMANS GÖSTERGELERİ BELGESİ

Bu belge, Misyon ve Vizyonu doğrultusunda belirlenen stratejik amaçlar kapsamında ölçülebilir hedefler ve performans göstergelerini içermektedir.

Amaç 1: Klinik Hizmet Kalitesini Artırmak

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 1.1 Randevu bekleme süresini iyileştirmek	Ortalama randevu bekleme süresi (gün)	Aylık	≤ 10 gün
Hedef 1.2 Klinik hizmet sürekliliğini sağlamak	Planlanan klinik tedavi gerçekleştirme oranı (%)	Aylık	$\geq \%95$
Hedef 1.3 Hasta memnuniyetini artırmak	Genel hasta memnuniyet puanı (1-5)	6 Aylık	≥ 4
Hedef 1.4 Dijital kayıt oranını artırmak	Dijital hasta kayıt oranı (%)	Yıllık	$\geq \%90$

Amaç 2: Hasta ve Çalışan Güvenliğini Güçlendirmek

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 2.1 Kimlik doğrulama uyumunu sağlamak	Kimlik doğrulama uyum oranı (%)	3 Aylık	$\%100$
Hedef 2.2 İş kazalarını azaltmak	Yıllık iş kazası sayısı	Yıllık	$\%30$ azalma
Hedef 2.3 Advers olay bildirim sistemini geliştirmek	Bildirilen olay sayısı	Yıllık	Raporlamada artış

Amaç 3: Klinik Eğitim ve Uygulama Kalitesini Geliştirmek

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 3.1 Klinik yeterliliğinin artırılması	Öğrenci başarı oranı (%)	Yıllık	$\geq \%90$
Hedef 3.2 Eğitim kalitesini arttırmak	Öğretim üyesi başına düşen öğrenci oranı	Yıllık	1:10
Hedef 3.3 Dijital dönüşüm oranını artırmak	Dijital ölçü / CBCT kullanım oranı (%)	Yıllık	$\%10$ artış
Hedef 3.4 Öğrenci memnuniyetini artırmak	Klinik uygulama memnuniyet puanı	Yıllık	$\geq 4/5$

Amaç 4: Çevreci Yaklaşımı Güçlendirmek

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 4.1 Tıbbi atık yönetim uyumunu artırmak	Atık ayrıştırmanın tüm kliniklerde uygulanması	Yıllık	$\%100$ Uygulama oranı
Hedef 4.2 Enerji verimliliğini artırmak	Enerji tüketiminin azaltılması	Yıllık	Elektrik, Su vb faturalarda $\%20$ 'den fazla artışın olmaması.
Hedef 4.3 Kağıt kullanımını azaltmak	Yıllık kağıt havlu vb malzeme tüketiminin azaltılması	Yıllık	Kağıt havlu, peçete vb malzemelerin temininde $\%10$ Azalma
Hedef 4.4 Çevre farkındalık eğitimi düzenlemek	Yıllık çevre eğitimi sayısı	Yıllık	≥ 1

Amaç 5: Korumacı Tedaviyi Önceliklendirmek

Hedef	Performans Göstergesi	İzleme Periyodu	Hedef Değer
Hedef 5.1 Koruyucu işlem oranını artırmak	Koruyucu tedavi oranı (%)	Yıllık	%15 artış
Hedef 5.2 Toplum Ağız ve Diş Sağlığı Eğitim faaliyetlerini artırmak	Yıllık saha tarama/eğitim sayısı	Yıllık	≥ 2

İZLEME VE DEĞERLENDİRME

Performans göstergeleri aylık, üç aylık ve yıllık periyotlarla izlenir. Elde edilen veriler kalite komisyonu tarafından değerlendirilir ve sonuçlar Yönetimin Gözden Geçirmesi toplantısında analiz edilerek iyileştirme kararları alınır.

Kanıtlar :

KKU.PL.01 Kurumsal Amaç, Hedef ve Eylem Planı

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Merkezimiz stratejik hedef ve politikaları benimsenmiştir.	1. https://kalite.giresun.edu.tr/tr/page/politikalar/7136...	Merkezimizin Risk Eylem Planı hazır değildir.	1. Risk Eylem Planı çalışmalarının tamamlanması.	“4” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Planlamalar yapılmış ancak çalışmalar devam etmektedir.

A.2.3. Performans yönetimi

Merkez Müdürlüğü kuruluş amaçlarına yönelik hizmet ve faaliyetlerini yürütürken ileriye dönük amaç ve hedeflerini gerçekleştirmeye yönelik politikalar oluşturarak ilerlemektedir.

Merkez müdürlüğü kliniklerinde ve tüm branşlarda ağız ve diş sağlığı tetkik-tedavi hizmetleri halkımıza sunulmakta olup bu konuda alanında söz sahibi saygın bir kurum haline gelmesi ve daha çok hastaya hizmet verebilmek için çaba sarf edilmektedir.

2025-2029 STRATEJİK PLANI PERFORMANS GÖSTERGELERİ				
Sıra No	Stratejik Amaç	Stratejik Hedef	Performans Göstergeleri	2025 yılı Gerçekleşme Sayısı (Adet)
	A4.Paydaşlar ile Toplumsal Katkı Faaliyetlerini Güçlendirmek	H4.1 Toplumsal Katkı Performansının Artırılması	PG4.1.4 Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi bünyesinde tedavi gören hasta sayısı	31.391

A.3. Yönetim Sistemleri

Merkez personelleri; Personel Daire Başkanlığında 657 ve 2547 sayılı kanunun ilgili maddelerince atanarak veya görevlendirilerek görev yapmaktadırlar.

Kurumca ihtiyaç duyulan mal ve malzemelerin alımı müdürlük satın alma birimlerince oluşturulan komisyonlar tarafından 4734 sayılı Kanunu'nun ilgili hükümleri uyarınca gerçekleştirilir.

Kanıtlar:

Satın alma komisyonları

A.3.1. Bilgi yönetim sistemi

Merkezimiz üniversitenin alt yapısıyla oluşturulan Bilgi Yönetim Sistemlerini aktif olarak kullanmaktadır.

ElektronikBelgeYönetimSistemi(EBYS): <https://belgenet.giresun.edu.tr/edys-web/sistemeGiris.xhtml>

Merkezimizde tüm birimlerin kullandığı her türlü kurum içi ve kurum dışı yazışmaların, üretim aşamasından nihai tasfiye aşamasına kadar olan süreçte arşivlenmesini ve yönetilmesini sağlayan sistemdir. EBYS sistemi ile hem kurum içi, hem de kurum dışı yazışmalar hızlı ve etkin bir şekilde yapılabilmekte ve arşivlenebilmektedir.

Personel Bilgi Sistemi (PBS):

Merkezimizin personel özlük bilgilerinin tutulması, personel izin takibi ve bordro işlemlerine yönelik otomasyon sistemidir.

MaliYönetimSistemi(MYS):https://www.kbs.gov.tr/gen/login.htm?response_type=code&client_id=3fda8fa8-50e1-473e-a2c8-8e3f42756910&redirect_uri=https%3A%2F%2Fgiris.hmb.gov.tr%2Flogin%2FKBS-KPHYS

Merkezimizin satın alma biriminin kullandığı demirbaş takibi, fatura düzenleme, ödeme işlemleri gibi muhasebe işlemlerine yönelik otomasyon sistemidir.

Kartlı Geçiş Sistemi

Merkezimizin giriş çıkışlarının kontrol altında tutulması, bina içi özel noktalarında geçiş kontrolü yapılması ve personel devam kontrol sistemi olarak kullanılmaktadır.

Giresun Üniversitesi Yönetim Bilgi Sistemi: <https://ekampus.giresun.edu.tr/>

YÖK tarafından yıllık olarak talep edilen izleme değerlendirme raporlarının oluşturulması için geliştirilmiş, yetkilendirilen tüm birimlerin talep edilen gösterge bilgilerini ve ispat dokümanları yükleyebildikleri, çok kullanıcı, anonim erişime kapalı, web tabanlı bir bilgi sistemidir.

Giresun Üniversitesi Arıza Takip Sistemi: <https://aks.giresun.edu.tr/>

Birimimiz tarafından bilgi işlem ve yapı işleri ile ilgili çıkan arıza kayıtlarının oluşturulduğu, çok kullanıcı, kurum yöneticilerine açık, anonim erişime kapalı, web tabanlı bir bilgi sistemidir.

EGMOD Eğitim Modülü <https://egitim.egmod.com/index.php?sayfa=onlineEgitimGirdiklerimSunum&id=3>

Merkezimizin tüm birimlerinin kullandığı personel hizmet içi eğitimlerinin verilmesini sağlamak, eğitim bilgilerinin tutulması, personelin eğitim takibi ve işlemlerine yönelik eğitim sistemidir.

Dış Hastanesi Bilgi Yönetim Sistemi(Turcasoft): www.turcasoft.com.tr

Merkezimiz tarafından Tahakkuk, Klinikler, Laboratuvarlar,Depo,Hasta Kabul, Döner Sermaye, idari bölümlerin kullandığı sarf/tıbbi malzeme isteklerinin yapıldığı, bilgi işlem ve teknik hizmetler ile ilgili çıkan arıza kayıtlarının oluşturulduğu, çok kullanıcı, kurum yöneticilerine açık, anonim erişime kapalı, web tabanlı bir bilgi sistemidir.

Taşınr Kayıt Yönetim Sistemi(TKYS): <https://www.kbs.gov.tr/TMYS/gen/login.htm>

Merkezimizin satın alma birimlerinin ve depo personelinin kullandığı taşınr kayıt işlemlerine yönelik sistemi

Kanıtlar :

KKU.PR.02 Kurumsal İletişim Stratejileri Prosedürü
HHE.PR.01 Hizmete Erişim Prosedürü
DBY.LS.01 Bilgi Yönetim Ekibi Üye Listesi
DBY.PR.01 Bilgi Yönetim Prosedürü
GGİ.GK.27 SBYS'nin Devre Dışı Kaldığı Süre Oranı
2025 Öz Değerlendirme 3-6-12 Aylık SKS Veri Girişi
2025 Öz Değerlendirme Bakanlık SKS Veri Girişi

Cinsi	Sayısı (adet)	Kullanılan Birim/Yerler
Elektronik Bilgi Yönetim Sistemi (EBYS)	1	Tüm Birimler
EGMOD Eğitim Yazılımı	1	Tüm Birimler
Dış Hastanesi Bilgi Yönetim Sistemi(Turcasoft)	1	Tahakkuk, Klinikler, Laboratuvarlar, Hasta Kabul, Döner Sermaye
Mali Yönetim Sistemi(MYS)	1	Satın alma birimleri
Taşınır Kayıt Yönetim Sistemi(TKYS)	1	Satın alma Birimleri

A.3.2. İnsan kaynakları yönetimi

			İDARİ PERSONEL									
			4/A KADROLU				4/B SÖZLEŞMELİ				4/D İŞÇİ	TOPLAM
			4/A GİH	4/A SH	4/A TH	4/A YH	4/B GİH	4/B SH	4/B TH	4/B YH	İşçi	
Personel Sayısı	Kadın	2025	2	10	-	3	-	9	-	1	1	26
	Erkek	2025	5	8	3	1	-	6	2	9	-	34
Toplam		2025	7	18	3	4	-	15	2	10	1	60
Yönetici Kadrosu					Kadın			Erkek			Toplam	
Merkez Müdürü/Başhekim					-			1			1	
Merkez Müdür Yrd./Başhekim Yrd.					-			-			-	
Hastane Müdürü					-			1			1	
Hastane Müdür Yrd.					-			1			1	
Diğer (Sorumlu Hemşire)					1			-			1	
Toplam					1			3			4	
			AKADEMİK PERSONEL									
			Öğretim Üyesi				Öğretim Görevlisi			Diğer Araştırma Görv./Asistan		TOPLAM

			Profesör	Doçent	Doktor Öğr. Üyesi				
Personel Sayısı	Kadın	2025	-	1	12	3	-	16	
	Erkek	2025	2	-	9				
Toplam		2025	2	1	21	5	3	31	

Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi, dezavantajlı gruplar dahil bünyesinde hizmet veren personelin ihtiyaçlarına cevap verebilen ve değer yaratan faaliyetlerde bulunmaktadır. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği hükümlerince faaliyetlerini sürdüren Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde hizmet veren personele "Çalışan Memnuniyet Anketleri" ve "Çalışan Dilek ve Öneri Kutusu" geri dönüşleri ile sonuçlar değerlendirilmektedir. Sonrasında gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır.

Kanıtlar :

[KEY.FR.05 Oryantasyon Eğitim Formu](#)
[KEY.LS.01 Genel Uyum Eğitimi Sorumluları Listesi](#)
[KEY.LS.02 Bölüm Uyum Eğitimi Sorumluları Listesi](#)
[KEY.LS.03 Hizmet İçi Eğitim Sorumluları Listesi](#)
[KEY.PL.01 Eğitim Planı](#)
[HŞÇ.PR.01 Sağlıklı Çalışma Yaşamı Prosedürü](#)
[HŞÇ.LS.02 Çalışan Görüş Öneri Şikayet Değerlendirme Ekibi Üye Listesi](#)
HŞÇ FR.11 Çalışan Geri Bildirim Anket Formu
HŞÇ FR.12 Personel Performans Değerlendirme Formu
HŞÇ.FR.10 İşe Giriş Periyodik Muayene Formu Ek-210
[HŞÇ.FR.03 Personel Sağlık Tarama Formu](#)

A.3.3. Finansal yönetim

Giresun Üniversitesi 5018 sayılı Kamu Mali Yönetim ve Kontrol Kanununa ekli II Sayılı Özel Bütçeli İdareler Cetvelinin A bendinde Yükseköğretim Kurulu, Üniversiteler ve Yüksek Teknoloji Enstitüleri içerisinde sayılan, genel yönetim kapsamında "Özel Bütçeli" bir kurumdur. Merkezimizin sınırlı bütçesi göz önüne alınarak olabildiğince acil ve önceliği olan iş ve işlemlere yönelik harcamalar yapılmaktadır. Bu harcamaları belirlemek üzere „Malzeme Talep Planlama ve Değerlendirme Komisyonu" kurulmuştur.

Kanıtlar :

Satın Alma Komisyonu
Döner Sermaye Bütçe Komisyonu
Toplantı Tutanaqları

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Bütçe kalemlerinin izin verdiği ölçüde tüm harcamalar şeffaf ve mevzuata uygun şekilde yapılmaktadır.		1. Klinik uygulamalarda kullanılan sarf malzemenin karşılanması için verilen bütçe	2. Merkezimizde kullanılan sarf malzeme, makine teçhizat kalemlerinde bütçe miktarının artırılması	"5" PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Planlamalar yapılmış ancak çalışmalar devam etmektedir.

A.3.4. Süreç yönetimi

Merkezimiz stratejik amaçlar ve hedefler doğrultusunda , süreç yönetimi kapsamında gerekli olan iş akışı prosedür, talimat ve görev tanımları hazırlanmıştır. Merkezimiz iş akışları, talimatlar ve prosedürler kapsamında hizmet vermektedir. Merkezimizin akademik ve idari personelleri görev tanımlarına uygun birimlerde görev yapmaktadır.

Merkezimizde süreç yönetimi, kalite güvence sistemi ile entegre biçimde yapılandırılmış olup klinik hizmet, araştırma, idari ve destek faaliyetlerine ilişkin süreçlerde tanımlama yapılmıştır.İş akış şemaları oluşturulmuştur. Yönetim gözden geçirme toplantılarında paydaş geri bildirimleri ve iç değerlendirme sonuçları doğrultusunda güncellemeler yapılmakta ve böylece süreç yönetimi PUKÖ döngüsü esas alınarak sürdürülebilir biçimde işletilmektedir.

Kanıtlar :

KKU.PL.01 Kurumsal Amaç, Hedef ve Eylem Planı
[KKU.GT.YD.01 / KGU.GT.YD.91 Görev Tanımları](#)
[KEY.PR.01 Eğitim Yönetimi Prosedürü](#)
[EGMOD Eğitim Modülü](#)
[KKY.PR.06 Eğitim Komitesi Çalışma Prosedürü](#)
[KKY.LS.05 Eğitim Komitesi Üye Listesi](#)

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Merkezimizde görev tanımları,prosedürler ,talimatlar,rehberler vb. dokümanlar tanımlanmıştır.	1.Görev tanımları 2.Prosedürler 3.Talimatlar 4.Rehberler	1. Merkezimizde uygulamalarda dokümanların kullanımının kontrol edilmesi.	Öz değerlendirme lerin düzenli aralıklarla yılda iki kez yapılması	“5” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir.

A.4. Paydaş Katılımı

Merkezimizde paydaş katılımı, kalite güvence sistemi kapsamında yapılandırılmış bir yaklaşımla yürütülmekte olup iç ve dış paydaşların karar alma, planlama ve iyileştirme süreçlerine aktif katılımı sağlanmaktadır. Akademik ve idari personel, öğrenciler, sektör temsilcileri ve ilgili kurum kuruluşlardan oluşan paydaş gruplarının görüşleri anketler, toplantılar, danışma kurulları ve geri bildirim mekanizmaları aracılığıyla düzenli olarak toplanmakta; elde edilen veriler kalite komisyonu tarafından analiz edilerek stratejik planlama, eğitim programlarının geliştirilmesi ve hizmet süreçlerinin iyileştirilmesinde kullanılmaktadır. Paydaş katkıları doğrultusunda alınan kararlar izlenmekte, sonuçları değerlendirilmektedir ve bu süreç PUKÖ döngüsü temelinde sürekli gelişim anlayışıyla sürdürülebilir şekilde işletilmektedir.

A.4.1. İç ve dış paydaş katılımı

İç ve dış paydaşların kalite güvencesi, yönetim ve uluslararasılaşma süreçlerinde Merkezimizin iç ve dış paydaşları aşağıdaki şekildedir.

İç paydaşlar

İç Paydaş Listesi

No	İç Paydaş	Rol / İlişki	Katılım Biçimi	İletişim Sıklığı	Önem (1-5)	Etki (1-5)
1	Akademik Personel	Eğitim, araştırma ve klinik uygulamalar	Kurul, komisyon, toplantı	Yılda en az 2 defa	5	5
2	Öğrenciler	Eğitim sürecinin merkezinde	Geri bildirim, anket, temsilci	Yılda en az 1 defa	5	4
3	İdari Personel	Akademik ve idari destek hizmetleri	İç yazışma, Toplantı, Anket	Yılda en az 1 defa	4	4
4	Ana Bilim Dalları	Eğitim ve klinik uygulamaların yürütülmesi	Raporlama, toplantı, Geri bildirim, Anket	Yılda en az 2 defa	5	5
5	Yönetim	Klinik süreçlerin işletilmesi	Toplantı, Geri Bildirim, Merkez Danışma Kurulu Kararları	Yılda en az 1 defa	5	5
6	Kalite Komisyonu	Kalite güvence sisteminin yönetimi	Rapor, YGG, Geri Bildirim, Anket, Komisyon Kararları	Sürekli	5	5
7	Danışma Kurulu / Merkez Yönetim Kurulu	Karar organı	Toplantı, Gündem, Karar Tutanakları	Sürekli	5	5
8	Teknik Personel	Altyapı, bakım, temizlik, Küçük ve Büyük Onarımlar temizlik	Günlük iletişim	Yılda en az 2 defa	4	3

Dış paydaşlar

Dış Paydaş Listesi

No	Dış Paydaş	Rol / İlişki	Katılım Biçimi	İletişim Sıklığı	Önem (1-5)	Etki (1-5)
1	Giresun Üniversitesi Rektörlüğü	Üst yönetim ve stratejik yönlendirme	Raporlama, yazışma, toplantı, Resmi yazı ile geri bildirim	Sürekli	5	5
2	İl Sağlık Müdürlüğü	Klinik hizmet izinleri, protokoller	Resmî yazışma, Denetim	Yılda en az 1 defa	5	5
3	Dış Hekimleri Odası	Mesleki etik ve mevzuat katkısı	İş birliği, görüş, Geri bildirim Anket	Yılda en az 1 defa	4	3
4	Sivil Toplum Kuruluşları	Afet ve Acil Durum Yönetimi	Raporlama, yazışma, iş birliği, resmi yazı ile geri bildirim	Yılda en az 1 defa	4	3
5	Diğer Dış Hekimliği Fakülteleri	Akademik iş birliği ve benchmarking	Ortak toplantı, çalıştay	Yılda en az 1 defa	3	3
6	Dış Laboratuvarları	Klinik–teknik üretim iş birliği	Hizmet ilişkisi	Yılda en az 1 defa	3	2
7	YÖK	Üst yönetim ve stratejik yönlendirme	Raporlama, yazışma, Resmi yazı ile geri bildirim	Sürekli	5	5

Kanıtlar :

[KKY.LS.03 Hasta Güvenliği Komitesi Üye Listesi](#)

[KKY.LS.04 Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Komitesi Üye Listesi](#)

HŞÇ FR.12 Personel Performans Değerlendirme Formu

[HHD.LS.01 Hasta Hakları Ekibi Üye Listesi](#)

[HHD.FR.03 Görüş Öneri ve Şikayet Bildirim Formu](#)

[HHD.YD.01 Hasta Memnuniyet Anketi](#)

HŞÇ FR.11 Çalışan Geri Bildirim Anket Formu

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Merkezimizin iç ve dış paydaş listeleri önem ve etkileri belirlenmiş olup listelenmiştir. İç paydaş görüşleri düzenlenen anketler ve YGG toplantıları ile elde edilmektedir.	1. YGG toplantı tutanağı 2. Anket örnekleri 3. https://adusam.giresun.edu.tr/	İç ve dış paydaş listelerinin Merkez yönetim kurulundan geçirilmemiş olması	Birim kalite komisyonu kararı ile Merkez Yönetim Kurulundan iç ve dış paydaş listesinin onaylanması	“3” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Planlamalar yapılmış ancak çalışmalar devam etmektedir.

Öğrenci geri bildirimleri

Üniversitemiz bünyesinde takibi yapılmaktadır.

Merkezimizde Dış Hekimliği Fakültesinde öğrenim gören öğrenci geri bildirimleri için sınıf koordinatörleri ve öğrenci danışmanları atanmıştır. Gerekli görüşmeler dönem başlarında danışmanlar tarafından toplantılar yapılarak Dekanlığa iletilmektedir. Ayrıca eğitim-öğretim yılı içerisinde sınıf temsilcileri ile koordinatörler belirli periyotlarda görüşmeler yapılarak sınıf bazında memnuniyet, öneri ve şikayetleri hakkında görüşmeler yapmaktadır. Tüm bu görüşmeler sonucunda toplanan geri bildirimler fakültemiz birim kalite komisyonu ve fakültemiz yönetimi tarafından değerlendirilmekte ve bu doğrultuda iyileştirmeler yapılmaktadır. Öğrenci memnuniyet anketleri düzenlenmiş ve katılım konusunda öğrencilerimiz teşvik edilmiştir.

Kanıtlar :

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Fakültemizde öğrenci geri bildirimleri danışman raporları, danışman görüşmeleri, sınıf temsilcileri görüşmeleri, öğrenci memnuniyet anketleri ile tespit edilmektedir. Birim öğrenci kalite komisyonu kurulmuştur.	1. Danışman Raporları 2. Birim öğrenci kalite komisyonu kurulduğunu gösteren Fakülte Yönetim Kurulu kararı 3. Anket Sonuçları	Öğrencilerin anket katılımlarının sınırlı kalması	Öğrencilerin geri bildirim anketlerine katılımlarının teşvik edilmesi ve takip edilmesi	“4” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Planlamalar yapılmış, uygulama gerçekleştirilmiş, süreç kontrol edilmiştir.

A.5. Uluslararasılaşma**A.5.1. Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi**

Merkezimizin yeni kurulan bir kuruluş olması, kurumsallaşma sürecinde iş yoğunluğunun aşırı olması, Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi iş ve işlemlerinin yoğunlukları nedeni ile Uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimi için gerekli komisyonların kurulumu gecikmiştir. Gelecek dönem hedeflerimiz arasında ivedilikle bu komisyonların kurulması ve faaliyete başlaması hedeflenmektedir.

Kanıtlar :

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Merkezimizin yeni kurulan bir birim olması ve kurumsallaşma sürecinde klinik hizmet ve idari yapılanma faaliyetlerinin yoğunluğu nedeniyle uluslararasılaşma süreçlerinin yönetimine yönelik komisyon yapılanması henüz tamamlanamamıştır	1-Koordinatör Görevlendirme Yazıları 2-Görevlendirme Onayları 3-EBYS Kayıtları	Uluslararasılaşma komisyonunun henüz kurumsal olarak yapılandırılmamış olması	Uluslararasılaşma Komisyonu kurulacak, görev tanımları hazırlanacak ve yıllık faaliyet planı oluşturulacaktır	“2” PUKÖ döngüsüne uygun işletilmiştir. Planlamalar yapılmış, uygulama şekilde

A.5.2. Uluslararasılaşma kaynakları

Uluslararasılaşmaya ayrılan kaynaklar ve bütçe rektörlüğümüz tarafından oluşturularak takibi yapılmaktadır. Uluslararası öğrencilerimiz için kurumumuzda Yabancı Uyruklu Öğrenci Kabul ve Kayıt Yönergesi mevcuttur. Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’nde uluslararasılaşma faaliyetlerinin sürdürülebilirliği, kurumsal kaynakların planlı kullanımı ve mevcut altyapının etkin değerlendirilmesi anlayışı doğrultusunda yürütülmektedir. Fakültemiz bünyesinde uluslararası hareketlilik süreçlerini desteklemek amacıyla görevlendirilen koordinatörlük yapısı bulunmakta olup, bu yapı üniversitenin uluslararasılaşma politikaları ile uyumlu şekilde faaliyet göstermektedir. Uluslararası akademik işbirlikleri, değişim programları ve ortak araştırma girişimlerine yönelik insan kaynağı, idari destek mekanizmaları ve kurumsal iletişim altyapısı mevcut olup geliştirilmesine yönelik çalışmalar planlanmaktadır. Ayrıca üniversitenin merkezi uluslararası ilişkiler birimi tarafından sağlanan danışmanlık, eğitim ve teknik destek hizmetleri fakültemiz tarafından kullanılmakta; uluslararasılaşma süreçlerinin kurumsal kapasiteye dayalı olarak güçlendirilmesi hedeflenmektedir.

Kanıtlar :

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Merkezimizde uluslararasılaşma faaliyetleri, üniversitenin merkezi uluslararası ilişkiler birimi ile koordinasyon içinde yürütülmekte olup uluslararası hareketlilik süreçlerini desteklemek amacıyla Erasmus ve Farabi koordinatör görevlendirmeleri yapılmıştır.	Koordinatör Görevlendirme Yazıları Uluslararası İlişkiler Birimi Yazışmaları EBYS Kayıtları Üniversite Uluslararasılaşma Politikası	Uluslararasılaşmaya özgü merkezimiz düzeyinde ayrılmış bütçe ve yazılı kaynak planlamasının bulunmaması	Merkez uluslararasılaşma kaynak planı hazırlanacak, proje ve değişim programı başvuruları artırılabacaktır.	“2“ PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Planlamalar yapılmıştır. Kaynaklar tanımlı ve kullanılmakta, kurumsallaşma süreci devam etmektedir.

A.5.3. Uluslararasılaşma performansı

Üniversitemiz bünyesinde takibi yapılmaktadır.

Giresun Üniversitesi Diş Hekimliği Fakültesi’nde uluslararasılaşma performansı, fakültenin gelişim süreci ve kurumsal kapasitesi dikkate alınarak izlenmekte ve değerlendirilmektedir. Fakültemiz henüz yeni kurulan bir akademik birim olmakla birlikte uluslararası akademik hareketlilik, iş birlikleri ve bilimsel etkileşim faaliyetlerinin artırılmasına yönelik hedefler doğrultusunda çalışmalar yürütülmektedir. Erasmus ve Farabi

koordinatörlüklerinin görevlendirilmiş olması, uluslararasılaşma faaliyetlerinin kurumsal düzeyde izlenmesine yönelik ilk adımı oluşturmakta; bu kapsamda hareketlilik verileri, akademik iş birliği girişimleri ve uluslararası yayın faaliyetleri performans göstergeleri olarak takip edilmektedir. Elde edilen verilerin ilerleyen dönemlerde sistematik biçimde raporlanması ve değerlendirilmesi planlanmakta olup, bu doğrultuda fakültenin uluslararası görünürlüğünün artırılması, akademik iş birliklerinin genişletilmesi ve uluslararası proje katılımının teşvik edilmesi hedeflenmektedir. Bu süreç, veri temelli izleme ve sürekli iyileştirme yaklaşımıyla sürdürülebilir bir performans yönetimi anlayışı içinde yürütülmektedir.

Kanıtlar:

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Merkezimizde uluslararasılaşma performansı, kurumsal gelişim süreci doğrultusunda izlenmekte olup Erasmus ve Farabi koordinatörlükleri aracılığıyla akademik hareketlilik ve iş birliği faaliyetlerinin takibi yapılmaktadır.	1-Koordinatör Görevlendirme Yazıları 2-Faaliyet Raporları 3-Akademik Yayın Listeleri 4-EBYS Kayıtları	Uluslararası performans göstergelerinin henüz kurumsal gösterge seti halinde tanımlanmamış olması	Uluslararasılaşma performans göstergeleri belirlenecek, yıllık izleme raporu hazırlanacaktır.	“2“ PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. İzleme niyeti ve yapı mevcut, sistematik performans yönetimi geliştirme aşamasındadır.

B. TOPLUMSAL KATKI

B.1 Toplumsal Katkı Süreçlerinin Yönetimi ve Toplumsal Katkı Kaynakları

B.1.1 Toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi etik ilkelere bağlı, hasta haklarına duyarlı, modern sağlık hizmetleri sunan ve toplum sağlığına katkı sağlamayı hedeflemektedir. Bu bağlamda, Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği kapsamında Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde diş tedavisi ihtiyacı olan hastalara, öğretim elemanları ve öğretim elemanlarının denetiminde öğrencileri tarafından sağlık hizmeti sunulmaktadır (Bkz. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği).Yapılacak tedaviler için izlenecek süreçler belirlenmiştir.

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde toplumsal katkı süreçlerinin yönetimi, merkezimizin topluma hizmet misyonu doğrultusunda planlı ve koordineli bir yaklaşımla yürütülmektedir. Merkez tarafından gerçekleştirilen toplum ağız diş sağlığı eğitimleri, koruyucu sağlık hizmetleri, sosyal sorumluluk faaliyetleri, bilimsel bilgilendirme etkinlikleri düzenli olarak planlanmakta, uygulanmakta ve izlenmektedir. Toplumsal katkı faaliyetleri ilgili akademik birimler ve yönetim organları tarafından değerlendirilmekte, elde edilen geri bildirimler doğrultusunda faaliyetlerin kapsamı ve etkinliği geliştirilmektedir. Bu süreçte toplumsal katkı çalışmaları kurumsal planlama, kalite güvence sistemi ve stratejik hedeflerle uyumlu biçimde yürütülmekte; böylece merkezin topluma yönelik hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve etkinliği güvence altına alınmaktadır. Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi etik ilkelere bağlı, hasta haklarına duyarlı, modern sağlık hizmetleri sunan ve toplum sağlığına katkı sağlayan diş hekimleri yetiştirmeyi hedeflemektedir. Bu bağlamda, Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği kapsamında Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde diş tedavisi ihtiyacı olan hastalara, öğretim elemanları ve öğretim elemanlarının denetiminde öğrencileri tarafından sağlık hizmeti sunulmaktadır. (Bkz. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği). Yapılacak tedaviler için izlenecek süreçler belirlenmiştir. Öğrencilerin sınıfı ve yetkinliklerine göre yapabilecekleri tedaviler değişiklik göstermekte, başarılı kabul edilmeleri için belirli kriterleri sağlamaları beklenmektedir.

Kanıtlar :

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1–5)
Merkezimizde toplumsal katkı faaliyetleri toplum sağlığını geliştirmeye yönelik eğitim, bilinçlendirme, koruyucu sağlık uygulamaları ve sosyal sorumluluk çalışmaları kapsamında planlanmakta ve yürütülmektedir. Faaliyetler ilgili akademik birimler tarafından organize edilmekte, sonuçları değerlendirilmekte ve geri bildirimler doğrultusunda geliştirme çalışmaları yapılmaktadır. Toplumsal katkı faaliyetleri kurumsal hedefler doğrultusunda izlenmekte ve raporlanmaktadır.	1. Etkinlik Kayıtları 2. Katılım Listeleri 3. Fotoğraf ve Duyuru Kayıtları, Web sitesi Duyuruları 4. giresun üniversitesi ağız ve diş sağlığı uygulama ve araştırma merkezi yönetmeliği.pdf	Toplumsal katkı faaliyetlerine ilişkin performans göstergelerinin standart bir izleme sistemi üzerinden değerlendirilmemesi	Toplumsal katkı performans göstergeleri belirlenecek ve yıllık toplumsal katkı izleme raporu hazırlanacaktır	“3” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Faaliyetler yürütülmekte , sistematik performans izleme altyapısı geliştirme aşamasındadır.

B.1.2 Kaynaklar

Toplumsal Katkı Politikasını benimseyen merkezimizde, toplumsal katkı faaliyetlerinin sürdürülmesi için gerekli kaynaklar Rektörlük ve merkez yönetimi tarafından bütçeler kapsamında sağlanmaktadır. Ayrıca Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği hükümlerine göre faaliyetlerini sürdüren Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nin Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) ile anlaşması bulunmaktadır.

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde toplumsal katkı faaliyetlerinin yürütülmesi için gerekli kaynaklar ağırlıklı olarak akademik insan kaynağı, klinik uygulama altyapısı ve kurumsal iş birlikleri aracılığıyla sağlanmaktadır. Merkezimize özgü toplumsal faaliyetlerin düzenlenmesine ayrılmış bağımsız bir bütçe bulunmamakla birlikte, gerçekleştirilen faaliyetler merkezin imkânları, gönüllülük esaslı akademik katkılar ve dış paydaş destekleriyle yürütülmektedir. Toplum ağız diş sağlığı hizmetleri, eğitim etkinlikleri ve sosyal sorumluluk çalışmaları planlı şekilde organize edilmekte; kamu kurumları ve ilgili paydaşlarla yapılan iş birlikleri sayesinde kaynak çeşitliliği sağlanmaktadır. Faaliyetlerin yürütülmesinde mevcut kaynakların etkin ve verimli kullanımı esas alınmakta, elde edilen deneyimler doğrultusunda toplumsal katkı faaliyetlerinin sürdürülebilirliğini güçlendirmeye yönelik planlama çalışmaları yapılmaktadır. Bu yaklaşım, fakültenin toplumsal katkı faaliyetlerini kurumsal sorumluluk anlayışı çerçevesinde sürdürülebilir biçimde yürütmesini sağlamaktadır.

Kanıtlar :

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Toplumsal katkı faaliyetlerinde dış paydaş desteği kullanılmaktadır.	1.SKS etkinlik kayıtları	1. Paydaş katkı düzeyi ölçülmektedir. 2. Merkez bünyesinde ayrılan bir bütçe bulunmamaktadır.	Paydaş katkı izleme ve değerlendirme sistemi kurulacaktır.	“4” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Planlamalar yapılmış, uygulamaya dış paydaşlar ile birlikte geçilmiştir.

B.2 Toplumsal Katkı Performansı

B.2.2 Toplumsal katkı performansının izlenmesi ve değerlendirilmesi

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi, dezavantajlı gruplar dahil toplumun ve çevrenin ihtiyaçlarına cevap verebilen ve değer yaratan toplumsal katkı faaliyetlerinde bulunmaktadır. Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Yönetmeliği hükümlerince faaliyetlerini sürdüren Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde tedavi gören hastalara “Hasta Dilek ve Öneri Kutusu” ve “Hasta Memnuniyet Anketleri” geri dönüşleri ile sonuçlar değerlendirilmektedir. Gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmaktadır.

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi'nde toplumsal katkı faaliyetleri toplum sağlığını desteklemeye yönelik eğitimler, sosyal sorumluluk çalışmaları ve paydaş iş birlikleri kapsamında yürütülmektedir. Mevcut durumda toplumsal katkı performansının sistematik biçimde izlenmesine yönelik kurumsal bir değerlendirme modeli bulunmamakla birlikte gerçekleştirilen faaliyetlere ilişkin veriler faaliyet bazlı olarak kayıt altına alınmaktadır. Bu veriler ilgili birimler tarafından ihtiyaç doğrultusunda incelenmekte ve gelecekte yürütülecek faaliyetlerin planlanmasında yol gösterici olarak kullanılmaktadır. Fakülte bünyesinde toplumsal katkı çalışmalarının kurumsal performans göstergeleriyle izlenmesini sağlayacak bir değerlendirme sisteminin oluşturulmasına yönelik planlama çalışmaları devam etmekte olup, bu doğrultuda süreçlerin daha sistematik ve sürdürülebilir bir yapıya kavuşturulması hedeflenmektedir.

Kanıtlar :

[HHD.LS.01 Hasta Hakları Ekibi Üye Listesi](#) [HHD.PR.01 Hasta Deneyimi Prosedürü](#)

[HHD.TL.01 Hasta Bilgilendirme ve Rıza Alma Talimatı](#)

[HHD.FR.02 Hasta Hakları Düzeltici-İyileştirici Faaliyet Formu](#)

[HHD.YD.01 Hasta Memnuniyet Anketi](#)

[HHD.FR.06 Hasta Durum Bildirim Formu](#)

[HHD.FR.05 Hasta Hakları Birimi Yerinde Çözülen Sorunlar Takip Formu](#)

Mevcut Durum	Kanıt (Belge/Link)	İyileştirmeye Açık Yön	Planlanan Faaliyet	Olgunluk Düzeyi (1-5)
Merkezimizde toplumsal katkı faaliyetleri yürütülmekte olup faaliyetlere ilişkin veriler etkinlik bazlı kayıt altına alınmaktadır. Ancak toplumsal katkı performansının bütüncül biçimde izlenmesine yönelik kurumsal bir performans değerlendirme sistemi henüz bulunmamaktadır.	1. Etkinlik Kayıtları 2. Katılım Listeleri 3. Duyurular	Toplumsal katkı performansının sistematik izleme ve değerlendirme modelinin bulunmaması	Toplumsal katkı faaliyetlerini ölçmeye yönelik performans göstergeleri belirlenecek ve yıllık izleme raporu sistemi kurulacaktır.	“2” PUKÖ döngüsüne uygun şekilde işletilmiştir. Faaliyetler yürütülmekte, sistematik performans yönetimi oluşturma süreci planlanmaktadır.

SONUÇ VE DEĞERLENDİRME

Merkezimiz 2023 yılı Mayıs ayı itibari ile hizmete girmiş ancak 2024 yılı Temmuz ayı itibari ile “Deprem Güçlendirme Faaliyeti” kapsamında merkezde inşaat çalışmaları başlatılmış ve hasta alımına ara verilmiştir. İnşaat çalışmalarının sona ermesine müteakip 2024 yılı Kasım ayı sonu itibari tekrar hasta alımına başlanılmış olup kısa sürede tedavi hizmetlerimiz ile vatandaşlara nitelikli ve kapsamlı bir diş sağlığı hizmeti verilmeye başlanmıştır.

Merkezimizin kısa sürede bu kadar ilerleyebilmesinin nedeni; Yönetimimiz başta olmak üzere tüm akademik ve idari personelin özverili ve titiz çalışmalarıdır.

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi, sağlık ve toplumsal katkı misyonu çerçevesinde önemli ilerlemeler kaydetmiştir. Kurumun güçlü yönleri, sürekli gelişim odaklı stratejileri ve mevcut iyileştirme alanları aşağıda detaylandırılmıştır.

Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi Üniversitesi araştırma ve toplumsal katkı misyonları doğrultusunda gelişimini sürdürmekte olup kurumsal durum analizi kapsamında güçlü yönler, gelişime açık alanlar, fırsatlar ve tehditler aşağıda bütüncül bir yaklaşımla değerlendirilmiştir.

Güçlü Yönlerimiz;

Liderlik: Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimiz ulusal ve uluslararası bilimi takip eden ve üreten, sağlık alanında uluslararası düzeyde önde gelen merkezlerden biri olma yolunda sağlık sisteminde kalite güvencesi çalışmaları kapsamında sürekli olarak gayret göstermiştir.

Yönetişim ve Kalite: Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimiz, idari yapılanmanın güçlendirilmesi ve fiziki imkânların geliştirilmesi konusunda üst yönetimden güçlü bir destek almaktadır. Bu durum, sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasına yönelik projelerin hızlı bir şekilde hayata geçirilmesine olanak tanımaktadır.

● **Araştırma ve Geliştirme:** Merkezimizde görev yapan öğretim üyeleri, alanlarında uzman ve akademik başarıları ile araştırma ve geliştirme AR-GE projelerine katkı sağlamaktadırlar.

● **Merkezi Konum ve Ulaşılabilirlik:** Merkezimizin şehir merkezine yakın konumu, hasta popülasyonu açısından büyük bir avantaj sağlamaktadır. Bu durum, hizmet etkinliğini artırmakta ve toplumsal katkı faaliyetlerine erişimi kolaylaştırmaktadır.

● **Teknolojik Altyapı:** Merkezimiz, modern tıbbi görüntüleme cihazları, modern diş ünitleri, gibi gelişmiş teknolojik donanımlara sahiptir. Bu altyapı, hizmet süreçlerini daha verimli ve kaliteli hâle getirmektedir.

● **Akademik Kadronun Yetkinliği:** Merkezimizde görev yapan öğretim üyeleri, alanlarında uzman ve akademik başarıları ile öne çıkan kişilerden oluşmaktadır.

● **Toplumsal Katkı:** Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi geniş bir hasta kitlesine hizmet sunmakta ve toplum sağlığına önemli katkılarda bulunmaktadır. Ayrıca, sosyal sorumluluk projeleri ile dezavantajlı gruplara yönelik sağlık hizmetleri sunulmaktadır.

● Personelinin nitelikli ve dinamik olması,

● Kurumuna bağlı, özverili ve sorun çözümüne odaklı personelin olması,

- Merkez içinde iletişimin etkin olması,
- Kurumsal olarak gelişime açık olunması,
- Araştırma potansiyeli ve araştırmaya olan istekliliğin yüksek olması,
- Sağlık hizmetlerinin tamamına yakınının kendi olanaklarımızla gerçekleştiriyor olması,
- Eğitim Araştırma hastanesi ile işbirliği yaparak genel anestezi altında tedavilerinin gerçekleştirilmesi (Ameliyat vb.) hizmet süreçlerini daha verimli ve kaliteli hâle getirmektedir.

İyileştirmeye Açık Yönlerimiz;

- **Liderlik:** Giresun Üniversitesi Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimiz ulusal ve uluslararası bilimi takip eden ve üreten, sağlık alanında uluslararası düzeyde önde gelen merkezlerden biri olma yolunda sağlık sisteminde kalite güvencesi çalışmaları kapsamında sürekli iyileştirme yaklaşımıyla PUKÖ Döngüsü yönetim sistemini benimsemiş ve yönetsel anlamda bu döngüyü içselleştirerek sistemli biçimde uygulanabilir hale getirmeyi hedeflemektedir.
- **Yönetişim ve Kalite:** Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezimiz, idari yapılanmanın güçlendirilmesi ve fiziki imkânların geliştirilmesi konusunda üst yönetimden güçlü bir destek almaktadır. Bu durum, sağlık hizmeti kalitesinin artırılmasına yönelik projelerin hızlı bir şekilde hayata geçirilmesine olanak tanımaktadır.
- **Araştırma ve Geliştirme:** Merkezimizde görev yapan öğretim üyeleri, alanlarında uzman ve akademik başarıları ile araştırma ve geliştirme AR-GE projelerine katkı sağlamaya yeterli bütçe ile devam etmek.
- **Toplumsal Katkı:** Ağız ve Diş Sağlığı Uygulama ve Araştırma Merkezi geniş bir hasta kitlesine hizmet sunmakta ve toplum sağlığına önemli katkılarda bulunmak için yeterli bütçeye gerek vardır. Ayrıca, sosyal sorumluluk projeleri ile dezavantajlı gruplara yönelik sağlık hizmetleri sunmaya devam etmek.
- **Fiziki Alan Yetersizliği:** Merkezimizin mevcut bina kapasitesi, hasta potansiyeline kıyasla yetersiz kalmaktadır. Alternatif mekânların değerlendirilmesi veya ek bina planlamalarının yapılması gereklidir.
- **Hekim sayısının az olması ve klinik iş yükünün fazla olması** nedeniyle bazı branşlarda hastalara uzun randevular verilmesi,
- **Kadro hareketliliği** nedeni ile takım çalışması ruhunun yerleştirilememesi,
- **Teknik donanım ve fiziki alan yetersizliği** sebebiyle çalışma işe yoğunlaşmanın istenildiği gibi sağlanamaması,
- **İdari personel sayısının yetersizliği ve mevcut personelin yeni olması** nedeniyle tecrübe eksikliği yaşanması,
- **Merkezimizdeki hizmetlerin aksamaması için** gerek akademik kadrolarının gerekse idari kadroların desteklenmesi, fiziki koşulların ihtiyacı karşılayacak düzeye getirilmesi gerekmekte olup üst yönetim bazında gerekli girişimlerde bulunulmakta ve gayret gösterilmektedir.

Fırsatlar

1. Üniversite üst yönetiminin altyapı ve akademik gelişime verdiği stratejik destek,
2. Artan hasta başvuruları sayesinde klinik eğitim fırsatlarının genişlemesi,
3. Ulusal ve uluslararası araştırma fonlarına erişim imkânlarının bulunması,
4. Kamu kurumları ve dış paydaşlarla iş birliği potansiyelinin yüksek olması,
5. Sağlık alanında toplum bilincinin artmasıyla toplumsal katkı faaliyetlerine olan talebin yükselmesi,
6. Dijitalleşme ve eğitim teknolojilerinin gelişmesi sayesinde eğitim süreçlerinin güçlendirilme imkânı.

Tehditler

1. Öğrenci kontenjanlarının merkezi kararlarla arttırılma olasılığı,
2. Fiziki altyapı gelişiminin kontenjan artış hızının gerisinde kalma riski,
3. Proje fon kaynaklarının ulusal düzeyde düşük olması ve yeni bina projesinin hayata geçirilememesi,
4. Akademik insan kaynağına yönelik ulusal ve uluslararası rekabetin artması,
5. Sağlık hizmet sunumunda artan maliyetler ve kaynak kısıtlılıkları.