

AKREDİTASYON SÜREÇLERİNDE PROGRAM İYİLEŞTİRME NASIL OLMALIDIR?

Prof. Dr. Dilek ÖZMEN
MCBÜ SBF Hem. Böl.
HEPDAK Yönetim Kurulu Başkanı

Sağlık Bilimleri Dekanlar Konseyi 19. Genel Kurul
Toplantısı, 07–09 Mayıs 2026, Eskişehir

- Akreditasyon Süreçlerinde Program İyileştirme Nasıl Olmalı
- HEPDAK Akreditasyon Süreçlerinde İyileştirme
- Neden Sürekli İyileştirme
- HEPDAK Standartları
- HEPDAK- Standartlar-Sürekli İyileştirme
- Si. Sık Yapılan Hatalar
- Hatalar- İyileşmeyi Hızlandırıcı Öneriler
- HEPDAK Destekleri

“BİR PROGRAM NEDEN GELİŞEMEZ/İYİLEŞEMEZ?”

“Çünkü değişimi yönetemez.”

Akreditasyonda değişimi yönetmek “rapor yazmak” değil, **kurumsal davranışı dönüştürmektir.**

En sık yapılan hata, süreci belge üretimine indirgemek.

Yapılması gereken akreditasyonu **Sİ kültürü** haline getirmek.

“Süreç sadece akademik değil,
BİR LİDERLİK SORUNU...”

AKREDİTASYON SÜREÇLERİNDE PROGRAM İYİLEŞTİRME



KALİTE KÜLTÜRÜ

İYİ BİR LİDER



**BİR EKİP İŞİ OLDUĞU ASLA
UNUTULMAMALI !!!**

BİR SÜRE YOL ALINABİLİR, SONRA ...



BİR HEMŞİRELİK PROGRAMI DÜŞÜNÜN...

Program amaçları, çıktıları oluşturulmuş, misyon ve vizyonu belirlenmiş, paydaşlar belirlenmiş, geribildirimler alınıyor, PUKÖ işletilmeye başlanmış.

Mezun izlemleri, klinik uygulamalar, öğretim üyesi sayısı yetersiz, ders yükü dengesiz, öğrenci ve öğretim elemanı memnuniyeti düşük, öğrenci merkezli yöntemler, ölçme-değerlendirme, öğrenci katılımı zayıf.



Müfredat güncelleme, simülasyon laboratuvarı, öğretim elemanı alımı, yeni klinik alanların açılması, ölçme değerlendirme sisteminin kurulması, rehber hemşire desteği, vs.

Kenara çekilmiş bir yönetici

Bütçe yok, tasarruf tedbirleri var.
Kadro yok.
Üniversitedeki tek program siz değilsiz.



- ✗ Duvara asılan bir belge değildir.
- ✗ Denetim günü yapılan sahte bir hazırlık değildir.
- ✗ Sadece kalite biriminin sorumluluğu değildir.
- ✗ Evrak düzenleme işi hiç değildir.
- ✗ Ceza korkusuyla yapılan geçici bir düzenleme değildir.

🏆 Akreditasyon bir kùltùrdür. Süreklilik, sistem ve takım işidir.

- ✓ Doğru uygulandığında kurumunuzun niteliğini artırır, tercih edilirliliğini güçlendirir, güveni ve kârlılığını beraberinde getirir.

AKREDİTASYON NE DEĞİLDİR?

AKADEMİDE GÜNCEL TARTIŞMALAR: AKREDİTASYON SÜREÇLERİ



Prof. Dr. M. Fedai Çavuş (Y... X.com
@MFedaiCavus

Universitelerde akreditasyon süreci akademisyen ve personele işkenceye dönüşmüş durumda. Amaç kaliteden ziyade evrak üretme ve zaman öldürmeye odaklı.

SİZ DE HER YAPTIĞINIZ İŞTEN SONRA
SELFİE ÇEKİP ANKET YAPIYOR MUSUNUZ?



akademik.pratikler

Takip ...

Eğer akreditasyon süreci bu şekilde algılanıyorsa, bu durum doğrudan sürecin kötü tasarlandığının göstergesidir. Akreditasyon, selfie çekmek değil, aynaya bakma sürecidir. Ancak bu süreç aynaya bakmak yerine vitrin düzenlemeye dönüşürse, doğal olarak yorucu hale gelir ve anlamını kaybeder. Oysa akreditasyonun asıl amacı, süreç-sonuç-etki zincirini görünür kılmaktır. Ne yaptık? sorusundan çok, ne değişti? sorusuna yanıt aramaktır. Amaç yalnızca dış denetimi karşılamak değil, aynı zamanda kurum içi öğrenmeyi ve gelişimi tetiklemektir.

13 beğenme Yanıtla

akademik.pratikler Prof. Dr. M. Fedai Çavuş'un da altını çizdiği gibi, üniversitelerdeki akreditasyon süreçleri akademisyenler ve personel için bir "zaman öldürme" ve "evrak yükü" haline gelmeye başladı.

Kaliteyi artırmak için yola çıkılan bu süreçlerde, asıl işimiz olan araştırma ve eğitime ayırmamız gereken vakti kanıt üretmeye harcıyoruz.

Ders bitti: Selfie.
Toplantı bitti: Selfie ve Anket.
Kütüphaneye girildi: Selfie.

Paydaş katılımının esas alındığı akreditasyon süreçlerinde bir numaralı paydaş olan öğretim elemanına sürece dair fikrini soran ise yok.

Kalite süreçleri gereksizdir demiyorum. Fakat üniversiteyi ana faaliyet konusunu bırakıp bu işlere angaje etmeyi garip buluyorum. Optimum noktayı bulmak gerekiyor.

Neyse, en azından selfie çekerken bir kendimize çeki düzen veriyoruz değil mi?

AKREDİTASYON SÜRECİ-HEPDAK DEĞERLERİ

- Mezunların izlenmesi
- Öğrenci katılımının sağlanması
- Öğrencilerin doğru değerlendirilmeleri
- Öğrencilere danışmanlık
- Çağdaş müfredat, öğrenci merkezli, kanıta dayalı eğitim
- Eğitici eğitimi
- Uygulamaların ve uygulama ortamlarının yeterliliği

**HEPDAK akreditasyon süreçlerinde
Kanıta dayalı, sistematik ve sürdürülebilir bir iyileştirme
beklemekte.**

HEPDAK KALİTE POLİTİKASI

Akreditasyonun ana değerleri;

- Öğrenme
- Toplum
- Sorumluluk
- Sürekli İyileşmedir.

PROGRAM İYİLEŞTİRME

Eğitim programının amaç, çıktı, içerik ve uygulamalarının **verilere dayanarak gözden geçirilmesi ve geliştirilmesi süreci.**

Sürecin



Sürekli işleyen bir **kalite döngüsü.**



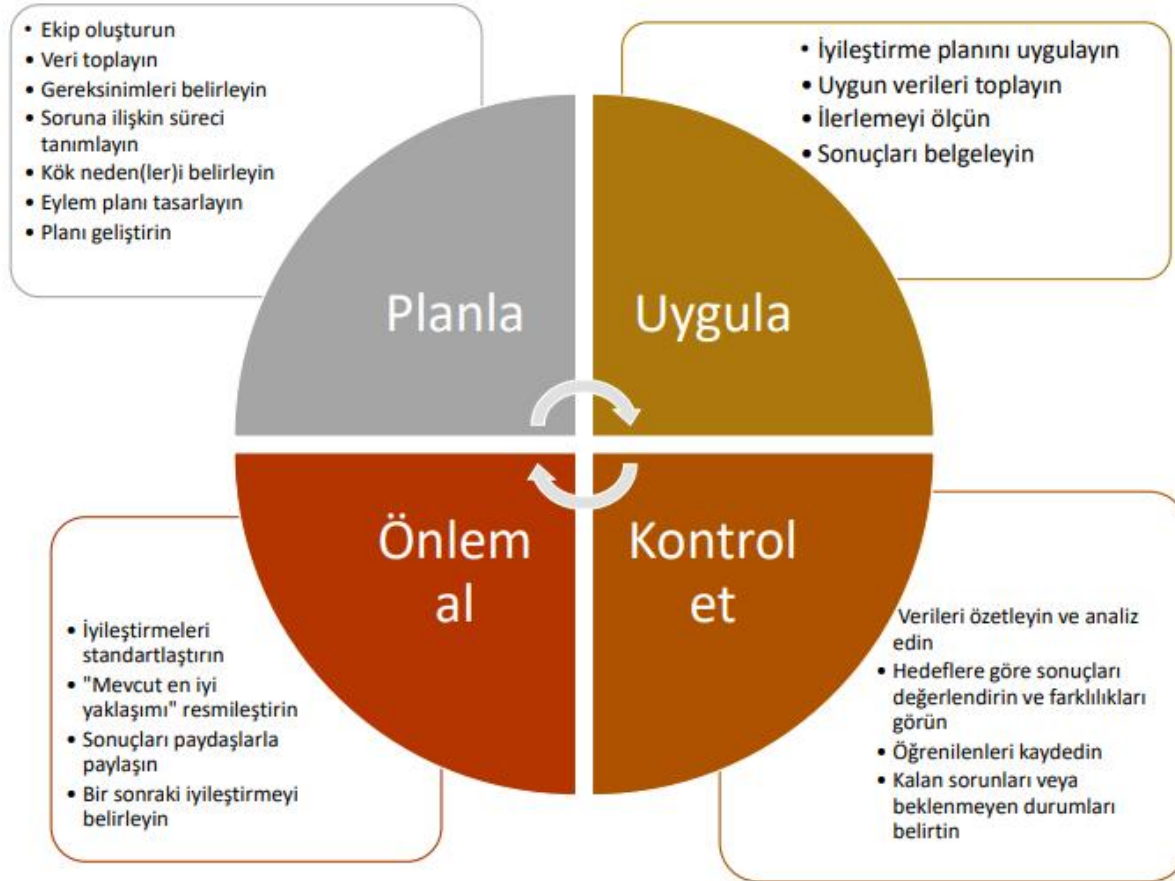
Rastgele değil → **kanıta dayalı**
Tek seferlik değil → **sürekli**
Bireysel değil → **kurumsal**

PUKÖ DÖNGÜSÜ

SÜREKLİ İYİLEŞTİRMENİN KALBI

“ Planlamadan iyileştirme olmaz,
ölçmeden gelişme olmaz. ”

Gidey, E., Jilcha, K., Beshah, B., & Kitaw, D. (2014). The plan-do-check-act cycle of value addition. *Industrial Engineering & Management*, 3(124), 2169-0316.



HEPDAK STANDARTLARI

ÖDR 6.0 Sürüm

Standart 1. Program Amaçları

Standart 2. Program Çıktıları

Standart 3. Eğitim Programı

Standart 4. Öğrenciler

Standart 5. Öğretim Elemanları

Standart 6. Fiziksel Alt Yapı

Standart 7. Eğitim Yönetimi

TOPLAM: 36 Alt standart

PUKÖ döngüsü ile ilişkilendirilmiş olgunluk düzeyleri

1	2	3	4	5
Karşılanmıyor (PUKÖ yok) Planlama ve/veya uygulama bulunmamaktadır.	Kısmen karşılanıyor (P var, U var/zayıf): Planlama ve/veya uygulama bulunmakta, ancak düzenli değildir. İzleme ve iyileştirme bulunmamaktadır.	Kabul edilebilir (PU var, KÖ kısmi): Planlama ve uygulama mevcuttur ve işlevseldir; ancak izleme, değerlendirme ve iyileştirme sınırlıdır veya sistematiklik göstermemektedir.	Tam karşılanıyor (PUKÖ tam): Süreç planlı uygulanmakta ve düzenli izlenmektedir; sonuçlara dayalı iyileştirmeler yapılmış ve kurumsallaşma mevcuttur.	Çok İyi (Örnek Uygulama): ÖDR'nin ilgili bölümünde standardın karşılanmasına ilişkin tanımlamalar/ uygulamalar/belgeler/ kanıtlar kapsamlı ve sistemli bir yaklaşımla elde edilmiştir.

14 KRİTİK STANDART

- Standart 1. Program Amaçları (T.S.1.1-1.2)
- Standart 2. Program Çıktıları (T.S. 2.1-2.2)
- Standart 3. Eğitim Programı (T.S. 3.2, T.S. 3.3, 3.4- 3.5, 3.6, 3.7)
- Standart 4. Öğrenciler (T.S.4.6)
- Standart 5. Öğretim Elemanları (T.S. 5.1)
- Standart 6. Fiziksel Altyapı (T. S. 6.2)
- Standart 7. Eğitimin Yönetimi (T.S. 7.2)

HEPDAK-SÜREKLİ İYİLEŞTİRME

Bir programın, HEPDAK akreditasyonu alabilmesi için **etkili bir Sİ sürecine sahip olması gerekir.**

**PROGRAMLARIN EN ÇOK
ZORLANDIKLARI NOKTA**

HEPDAK'TA SÜREKLİ İYİLEŞTİRME

HEPDAK'ta Sİ nedir?

- Kanıta dayalı karar vermek
- BG'lerini, başlangıç ve hedef değerlere temellendirmek
- PUKÖ döngüsüne dayalı iyileştirme yapmak
- İyileştirmeler sonrası yeniden ölçmek

HEPDAK'ta Sİ ne değildir?

- Sadece faaliyet listesi hazırlamak
- “İyileştirilecektir” ifadesi yazmak
- Doküman/ dosya/toplantı tutanağı üretmek
- Sadece anket yapmak
- Hedef değersiz ölçüm yapmak
- Kanıtsız beyanda bulunmak

HEPDAK Sİ. TABLOLARI

Tablo Sİ.1.1. Yıllara Göre Program Amaçlarına Ulaşma Durumu¹

Program Amaçlarının Başarım Göstergeleri ²	Hedef Değer	Başlangıç Değeri	Yıl (...)	Yıl (...)	Yıl (...)	Yıl (...)
PA 1... Başarım Göstergesi:						
PA 2... Başarım Göstergesi:						
PA 3... Başarım Göstergesi:						
.....						

¹ Tabloda yalnızca sayısal veriler sunulmalıdır.

² Program amaçlarının başarım göstergelerine göre satır sayısı artırılabilir.

Tablo Sİ. 1.2. Program Amaçlarına Yönelik Sürekli İyileştirme Çalışmaları¹

İyileştirme Alanı	İyileştirme Konusu	PUKÖ			
		P: Planla (.../.../...-.../...)	U: Uygula (.../.../...-.../...)	K: Kontrol Et (.../.../...-.../...)	Ö: Önlem Al (.../.../...-.../...)

ÖDR'de her standartın altında

HEPDAK-ÖRNEK BAŞARIM GÖSTERGESİ

“Ölçmediğin şeyi
iyileştiremezsin.”

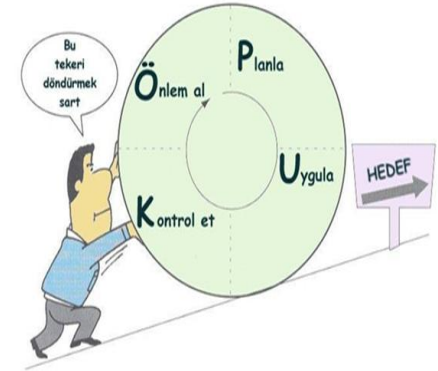
Tablo Sİ.1.1. Yıllara Göre Program Amaçlarına Ulaşma Durumu ¹									
Program Amaçlarının Başarım Göstergeleri ²	Hedef Değer	Başlangıç Değeri	Yıl (2022-2023)	Yıl (2023-2024)	Yıl (2024-2025)	Yıl (2025-2026)	Yıl (2026-2027)	Yıl (2027-2028)	
PA 1. Birey, aile ve toplumun hemşirelik bakım gereksinimlerini karşılayabilecek hemşireler yetiştirir.									
BG1: Mezunların mezuniyetten sonra üç yıl içerisinde istihdam oranı % 80'dir.	%80	%85.6	%85.6	%86.95	%28				
BG2: Hizmet alan bireylerin mezunlardan memnuniyet oranı %70'in üzerindedir.	%70	%73.75	%73.75	%78.4	%83.1				
BG3: Mezunlarla birlikte çalışan ekip üyelerinin mezunlardan memnuniyet oranı %70'in üzerindedir.	%70	%95	%95	%100	%90.0				
PA.2. Mezunlar mesleki bilgi ve becerileri doğrultusunda hemşirelik bilimine katkı sunar ve yaşam boyu öğrenme sorumluluğunu sürdürür.									
BG1: Mezuniyetten sonra dört yıl içerisinde lisanüstü eğitime başlama oranı % 10'dur.	%10	%25	%25	%39.1	%36.8				
BG2: Kongre, sempozyum, konferans, seminer gibi etkinliklere katılan mezun oranı %15'dir.	%15	%17.8	%17.8	%17.4	%26.3				

HEPDAK-ÖRNEK PUKÖ

İyileştirme Alanı	İyileştirme Konusu	PUKÖ			
		P: Planla (30/06/2025-30/08/2025)	U: Uygula (15/09/2025-30/06/2026)	K: Kontrol Et (30/06/2026-30/07/2026)	Ö: Önlem Al (30/07/2026-30/08/2026)
EPİA 3.6. Öğrenme Etkinliklerinin Ölçülmesi ve Değerlendirilmesi: Öğrencilerin ders, laboratuvar ve uygulama alanlarındaki öğrenme etkinlikleri geçerli ve güvenilir, şeffaf, adil, tutarlı ve çoklu yöntemlerle ve bilgi, tutum ve becerileri kapsayacak şekilde ölçülmüş ve değerlendirilmiştir. 1- Klinik karar verme ve iletişim değerlendirme formu ortalaması 70/100 ve üzerinde olacak. 2- Öğrenci öz-yeterlik değerlendirme	4. sınıf öğrencilerin klinik uygulama alanlarındaki bilgi, tutum ve becerilerini ölçen çoklu değerlendirme yöntemlerinde (OSCE ve Mini Klinik Sınav) puan ortalamalarının hedeflenen düzeyin (70/100) altında kalması. OSCE: 67 Mini Klinik Sınav: 62 Kök neden analizi: OSCE ve Mini Klinik Sınav puan ortalamalarının hedefin altında kalmasının nedeni; öğrencilerin açık laboratuvar saatlerini yeterince kullanmaması ve laboratuvar ders saatlerinde (2 saat) klinik beceri pratiğinin yerine	Amaç: Açık laboratuvar kullanımını ve laboratuvar beceri uygulama süresini artırarak OSCE ve Mini Klinik Sınav puan ortalamalarını $\geq 70/100$ düzeyine yükseltmektir. 2025-2026 Eğitim öğretim yılı sonunda: - Her öğrencinin açık laboratuvarı her dönemde (güz ve bahar) en az 1 kez kullanması sağlanacak; - Laboratuvar derslerinin en az %70'i klinik beceri uygulamasına ayrılacak - Açık laboratuvar uygulamasına ilişkin öğrenci memnuniyet oranı %80 ve üzerinde olacak. Uygulama Planı: - Açık laboratuvar ve laboratuvar ders süreçlerini izlemek üzere iyileştirme ekibi	- Açık laboratuvar ve laboratuvar ders süreçlerini izlemek üzere iyileştirme ekibi kuruldu ve görev dağılımı yapıldı. (Kanıtlar: Görevlendirme yazısı, görev dağılım çizelgesi) - Açık laboratuvar kullanımını izlemek için randevu/katılım takip sistemi oluşturuldu ve öğrenci bazlı takip çizelgesi hazırlandı. (Kanıtlar: Açık laboratuvar randevu sistemi kayıtları, takip çizelgesi) - Açık laboratuvar kullanımını artırmak amacıyla her dönem başında açık laboratuvar saatleri ilan edildi ve öğrencilere zorunlu	Hedefe ulaşma durumu izlem verileri üzerinden değerlendirildi: OSCE puan ortalaması: Ortalama: 72/100 Hedefe ulaşıldı. OSCE puan ortalaması hedeflenen düzeye yükselmiş ve öğrencilerin klinik beceri performansında iyileşme gözlenmiştir. Mini Klinik Sınav puan ortalaması: Ortalama: 71/100 Hedefe ulaşıldı. Mini Klinik Sınav puan ortalaması hedef değerine çıkmış ve klinik uygulama performansında gelişme sağlanmıştır. Açık laboratuvar kullanım oranı: Kullanım oranı: %100	Kontrol değerlendirmelerine dayanarak; - Açık laboratuvar uygulamasının ve laboratuvar derslerinde klinik beceri uygulamasına ayrılan sürenin mevcut yapıda sürdürülmesine, - Açık laboratuvar randevu/katılım izlem sisteminin aynı şekilde uygulanmaya devam edilmesine, - Açık laboratuvar memnuniyet oranı hedefin altında kaldığı için (memnuniyet %72; hedef %80), açık

HATALAR-İYİLEŞMEYİ HIZLANDIRICI ÖNERİLER

- Başarım göstergelerinin ilgili standarta yönelik olarak doğru tanımlanması
- Başarım göstergelerinde yeterli gösterge verilmesi (3-4 ideal olan)
- **“Artırılacaktır”** gibi ölçüm olmayan hedefler belirlenmesi
- Sürekli iyileştirme çalışmalarının yapılması-PUKÖ izlenmesi
- İzlem sonucunda hedef değerin altında kalan gösterge/ler için sürekli iyileştirme çalışmalarının başlatılması.
- Döngülerin en az bir kez kapatılmış olması ve ondan sonra akreditasyona başvurulması.
- Sürekli iyileştirme çalışmalarının paydaş katılımlı yapılması



HEPDAK'IN PROGRAMLARA DESTEĞİ-Sİ. ODAKLI

- Kurum tanıtım eğitimleri-**İnteraktif eğitim-Sİ. odaklı**
- Programlara özel bilgilendirme toplantıları-**Eğitim Timleri**
- Sİ. Kursları
- Webinarlar (Değerlendirme gözlemler ve programlardan gelen geribildirimler doğrultusunda)
- Güncel web sayfası
- Kolay ulaşılır YK. üyeleri
- Karar süreçlerinde değişiklik- 5 yıla odaklı ve program motivasyonunu arttırıcı bir sürece geçiş

**“AKREDİTASYON MÜKEMMELLİK
DEĞİLDİR.”
“GELİŞEBİLDİĞİNİ KANITLAMAKTIR.”**

TEŞEKKÜRLER

<http://www.hepdak.org.tr/>

0.553 986 43 02 (HEPDAK)
0.533.343 45 23 (DİLEK ÖZMEN)

info@hepdak.org.tr
hepdak2013@gmail.com