



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Belge No	AFSÜ.PR.2
Yayın Tarihi	22/09/2022
Revizyon Tarihi	00/00/0000
Revizyon No	0
Sayfa No	1 / 6

1. AMAÇ

(1) Bu prosedürün amacı, Üniversitede uygulanan kalite yönetim sistemlerinin işlerliğini ve açıklarını tespit etmek, süreçlerin etkinliğini gözlenmek, rapor etmek ve gerektiğinde Düzeltici Faaliyetler başlatılmak ve dış tetkike hazırlanmak üzere standart bir yöntem oluşturmaktır.

2. KAPSAM

(1) Bu prosedür, Üniversite içerisindeki tüm birimlerin iç tetkik faaliyetlerini kapsar.

3. TANIMLAR

AFSÜ: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi kısaltma kodunu,

Dış Tetkik: Bağımsız bir belgelendirme kuruluşu tarafından yapılan tetkiki,

Düzeltici İyileştirici Önleyici Faaliyet: İşleyişte saptanmış bir uygunsuzluğun sebebinin veya istenmeyen diğer durumların ortadan kaldırılması ve tekrarının önlenmesi için yapılan faaliyeti,

Gözlemci: Tetkikçi eğitimini başarıyla tamamlamış olup, deneyim kazanmak üzere tetkike izleyici olarak katılan kişiyi,

İç Tetkik: Kalite Yönetim Sistemi'nin etkinliği ve yeterliliğinin gözlenmesi amacı ile Kalite Sorumlusu veya Kalite Koordinatörlüğü'nün görevlendirdiği kişi ya da kişiler tarafından yapılan tetkiklerdir. İç Tetkikler, her süreç için bir tetkik ekibi tarafından süreçler bazında ve süreç sorumlusunun da katılımıyla gerçekleştirilmesini,

KYS: Kalite Yönetim Sistemini,

Kılavuz/Rehber: Bir alanda, konuda bilgi veren, yol yöntem gösteren belgeyi,

Majör Uygunsuzluk: Denetim yapılan standart maddesinin tanımlanmaması veya tanımlı dokümanlara ait hiçbir uygulama ve kayıt olmamasını,

Minör Uygunsuzluk: Denetim yapılan standart maddeleri veya tanımlı dokümanların uygulama ve kayıtlarında görülen eksiklikleri,

SGDB: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Strateji Geliştirme Daire Başkanlığı kısaltma kodunu,

Kalite Koordinatörlüğü: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi Kalite Koordinatörlüğü

Takip Tetkiki: İç tetkik sonrası belirlenen düzeltici ve iyileştirici faaliyetlerin tamamlanma tarihinden sonra iç tetkikçi tarafından yapılan tetkiki,

Tavsiye / Öneri: Mevcut kriterlere göre uygunsuzluk olarak değerlendirilmeyen, fakat ileride bir uygunsuzluk yaratabilecek gözlemleri, (Gözlemler tetkik edilen bölümün kontrolünde olmayan konulardaki eksik ya da farklı uygulanan durumlarla da ilgili olabilir. Gözlemler temel ilke olarak denetçi tarafından sistemi iyileştirici ve geliştirici öneriler olup uygulamaya alma kararı denetim yapılan birime bağlıdır.)



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Belge No	AFSÜ.PR.2
Yayın Tarihi	22/09/2022
Revizyon Tarihi	00/00/0000
Revizyon No	0
Sayfa No	2 / 6

İç Tetkikçi: Tetkik çalışmasında görevlendirilen, bu görevi yerine getirebilecek eğitimde (ISO 19011:2018 Yönetim Sistemleri Tetkik Kılavuzu Eğitimi ve ilgili Kalite Yönetim Sistemleri eğitimi almış), tarafsız ve bağımsız personeli,

Uygunsuzluk: Bir standardın (ölçütün) yerine getirilememesini,

Üniversite: Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesini ifade eder.

4. PERSONEL ve SORUMLULUK

(1) Bu prosedürün, hazırlanmasından SGDB ve Kalite Koordinatörlüğü, uygulanmasından Kalite Koordinatörlüğü öncülüğünde tüm birimler sorumludur.

(2) Üst Yönetim Sorumluluğu;

- Yıllık tetkik planının onaylanması,
- Tetkik raporlarının ve sonuçlarının Yönetimin Gözden Geçirmesi (YGG) sırasında incelenmesi ve değerlendirilmesi,
- Gerekli durumlarda düzeltici-önleyici faaliyetlerin gerçekleştirilmesinin hızlandırılması.

(3) Kalite Birim Temsilcisinin Sorumluluğu;

- Tetkiklerin planlanması ve yürütülmesi,
- Takip tetkikinin yapılması veya planlanması,
- Tetkik kayıtlarının saklanması,
- Tetkikçilerin seçilmesi ve görevlendirilmesi,
- Tetkik sonuçlarının gözden geçirilmesi ve YGG toplantılarında görüşülmesinin sağlanması,

(4) İç Tetkikçi / Denetçi Sorumluluğu;

- Tetkiklerin ilgili standart ve prosedür(ler)e uygun olarak gerçekleştirilmesi,
- Ekip lideri tarafından verilen görevlerin etkin ve amaca uygun olarak gerçekleştirilmesi.

(5) Ekip Lideri Sorumluluğu;

- Tetkik tüm aşamalarının planlanması ve yürütülmesi,
- Tetkik ve tetkikçilerin yönetilmesi.

(6) Denetlenen Bölümler:

- Personelin tetkik konusunda bilgilendirilmesi,
- Kılavuzun seçimi ve görevlendirilmesi,
- Düzeltici ve önleyici faaliyetlerin planlanması ve belirlenen sürede gerçekleştirilmesi.

5. UYGULAMA

Risklerin ve Kalite Koordinatörlüğü tarafından hazırlanan KK.FR.10. İç Tetkik Planı ve KK.FR.5 İç Tetkik Soru Listesi esas alınarak iç tetkik yılda en az bir defa uygulanır. Plan tüm birimlere dağıtılır. Tetkikçilerin



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Belge No	AFSÜ.PR.2
Yayın Tarihi	22/09/2022
Revizyon Tarihi	00/00/0000
Revizyon No	0
Sayfa No	3 / 6

belirlenmesinde KK.FR.9. İç Tetkikçi Listesi referans alınır. Önemli kalite sorunları ve kurum şikâyetleri ortaya çıktığı takdirde, Kalite Koordinatörlüğü tarafından tetkik sıklığı arttırılabilir.

İç tetkikler, Kalite Koordinatörlüğünün belirlediği ve Rektör oluru ile uygun niteliklere sahip ve tetkik edilen birimden bağımsız personel tarafından gerçekleştirilir.

Tetkikçiler aşağıda belirtilen niteliklere sahip olmalıdır;

- ISO 9001:2018 Kalite Yönetim Sistemi Temel Dokümantasyon, eğitimini almış olmak,
- ISO 19011: 2011 İç Tetkikçi eğitimi almış olmak,
- Birimin faaliyetler alanlarına ilişkin bilgi ve beceri açısından yeterlilik sahibi olmak.

Kalite Koordinatörlüğü, planlanan tetkik tarihinden en az 5 gün önce iç tetkikçilerden oluşan ekipleri ekip başlarını da belirterek görevlendirilmek üzere Rektör ya da devri yaptığı rektör yardımcısının onayına sunar.

İç Tetkikçiler;

- ISO 9001:2018 Kalite Yönetim Sistemini,
- Tetkik edilecek birimin kalite sistem dokümantasyonunu,
- Var ise bir önceki uygunsuzluk raporunu dikkate alarak, süreç bazında iç tetkiki gerçekleştirir.

5.1. İç Tetkikin Planlanması

Planlı tetkikler dışında Üst Yönetimin isteği doğrultusunda olağanüstü iç tetkik yapılabilir. Tetkik, görevlileri iç tetkikçi niteliklerine sahip ve denetlenecek sahadan bağımsız kişiler arasından Yönetim Temsilcisi tarafından Tetkikçiler ile yapılır.

Her akademik yılın başında Kalite Koordinatörlüğü ve baş tetkikçi her bir akademik ve idari birimi tetkik etmek için plan yapar. İç tetkik planı her akademik yıl başlangıcında kurumsal yetkili tarafından KK.FR.10. İç Tetkik Planı formatı doğrultusunda hazırlanır ve Kalite Koordinatörlüğü web sayfasında da ilan edilir. Kalite yönetim sisteminin ilgili standart ve yasal mevzuat şartlarının hangi ölçüde karşıladığı ve etkin olarak sürdürüldüğünü doğrulamak için Afyonkarahisar Sağlık Bilimleri Üniversitesi'nde planlı iç tetkik faaliyetleri yürütülür.

İç Tetkik Planı hazırlanırken her birimin akademik yıl içinde en az bir kez tetkik edilmesi esası izlenir. Bununla birlikte ihtiyaç duyulan birimlerin daha sık tetkik edilmesi sağlanabilir. Tetkik süresi ve tetkikçi sayısı birim büyüklüklerine göre değişiklik gösterebilir ve planda belirtilir.

5.2. İç Tetkik Hazırlıkları

KK.FR.10. İç Tetkik Planı gözüken tetkiklerin zamanı Kalite Koordinatörlüğü tarafından takip edilir ve tetkiklerden en geç 1 hafta önce kesin tetkik tarihi, saati ve tetkik ekibi tetkikçilere ve tetkik edilecek saha sorumlularına üst yazı ile bildirilir. İç tetkik gerçekleştirilmeden önce gidilecek birime ait prosedür, talimat,



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Belge No	AFSÜ.PR.2
Yayın Tarihi	22/09/2022
Revizyon Tarihi	00/00/0000
Revizyon No	0
Sayfa No	4 / 6

iş akışı, faaliyet planı, alınan iç ve dış paydaş şikayetleri, bir önceki seneye ait iç tetkik raporunu, varsa soru çizelgelerini, düzeltici-önleyici-iyileştirici faaliyet istek formlarını, tetkik planlarını vb. tüm dokümantasyonu ve AFSÜ Kalite El Kitabı ile AFSÜ Stratejik Planı incelenir ve gerekli bilgi alt yapısına sahip olunur. İç tetkik planında belirtilen iç tetkik tarihinden önce iç tetkik ekibinin tüm hazırlıklarını tamamlamış olması gerekmektedir. Tetkik edilecek birimin tüm dokümantasyonu incelenir. KK.FR.10. İç Tetkik Planı AFSÜ.FR.1 Toplantı Tutanağı Formu ve KK.FR.5 İç Tetkik Soru Listesi alınarak iç tetkikte belirtilen tarihte tetkik edilecek birime gidilir. Tetkik için hazırlık yapılırken denetlenecek birim ile ilgili mevzuat tespit edilmelidir.

5.3. İç Tetkikin Uygulanması ve Raporlanması

Tetkik ekibi daha önce belirlenmiş olan tarih ve saate tetkik edilecek sahaya giderler ve ilgili birim sorumluları ile aralarında yaptıkları kısa açılış toplantısında yapılacak olan tetkikin planı hakkında görüş birliğine vardıldıktan sonra tetkike başlarlar. Tetkikler sırasında tetkik edilen saha ile ilgili en az bir kişi Tetkik Görevlilerine eşlik eder. Hazırlanmış olan KK.FR.5 İç Tetkik Soru Listesi tetkikçiler tarafından kılavuz olarak kullanılır. Bu listelerde bulunan olumlu ve olumsuz tüm bulgular kaydedilir. Bulunan olumsuz bulgular için AFSÜ.PR.4 Uygun Olmayan Hizmetlerin Yönetimi Prosedürü'ne göre Düzeltici, Önleyici ve İyileştirici Faaliyet başlatılır ve takip edilir.

Açılış Toplantısı: Ekip lideri tarafından tetkikin amacı, kapsamı, planlama ve sonuçların raporlanması hakkında bilgi verilir, varsa sorular cevaplandırılır. AFSÜ.FR.1 Toplantı Tutanağı Formu tüm katılımcılar tarafından imzalanır.

İç Tetkikin Yapılması: Tetkikçi(ler) tarafından işi yapan personele tetkik soru listesi referans alınarak sorular yöneltir, uygulamalar yazılanlarla mukayese edilir ve bulgular açık bir şekilde kaydedilir.

Ara Toplantı: Tetkik sonrasında tetkikçilerin kendi aralarında yaptığı bu toplantıda tespit edilen uygunsuzluklar görüşülerek kesinleştirilir.

İç Tetkik Raporu hazırlanır ve her bir uygunsuzluk için KK.FR.8 Düzeltici, Önleyici, İyileştirici Faaliyet Talep Formu'na uygunsuzluk tanımına yazılır. DÖİF Talep eden Kişi/Birim kısmı doldurularak ilgili form Kalite Koordinatörlüğüne teslim edilir. Kalite Koordinatörlüğü, tetkikçiler tarafından uygunsuzluk olarak bildirilen konulara ilişkin *UYGUN GÖRÜLEN* uygunsuzlukların kök nedeninin belirlenmesi için KK.FR.8 Düzeltici, Önleyici, İyileştirici Faaliyet Talep Formu ilgili birime tekrar gönderilerek **5 iş günü** içerisinde, kök neden analizinin tamamlanması ve yapılacak faaliyetler ve termin tarihi belirlenerek Kalite Koordinatörlüğü'ne gönderilmesi istenir.

Kapanış Toplantısı: Ekip lideri tarafından tetkikin kısa bir özeti yapılarak tespit edilen olumlu bulgular ve



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Belge No	AFSÜ.PR.2
Yayın Tarihi	22/09/2022
Revizyon Tarihi	00/00/0000
Revizyon No	0
Sayfa No	5 / 6

uygunsuzluklar açıklanır. Her bir uygunsuzluk için alınacak düzeltme ve düzeltici faaliyetler, KK.FR.8 Düzeltici, Önleyici, İyileştirici Faaliyet Talep Formu işlenerek Birim Kalite Temsilcisi ile birlikte imzalanır. KK.FR.6 İç Tetkik Raporu Formu ile KK.FR.8 Düzeltici, Önleyici, İyileştirici Faaliyet Talep Formu birer kopyası Birim Kalite Temsilcisi ve Birim Yöneticisi'ne iletilir. Eğer uygunsuzluk bulunmamışsa KK.FR.6 İç Tetkik Raporu Formu imzalanarak, Birim Kalite Temsilcisi ve Birim Yöneticisi'ne teslim edilir. KK.FR.6 İç Tetkik Raporu Formu ve kapatılmış KK.FR.8 Düzeltici, Önleyici, İyileştirici Faaliyet Talep Formu orijinalleri iç tetkikçiler tarafından Kalite Koordinatörlüğüne **en geç 5 gün** içinde teslim edilir. İç tetkik sonuçları, yönetimin gözden geçirmesi toplantılarında ele alınarak değerlendirilir. İç tetkik ile ilgili kayıtlar, AFSÜ.PR.1 Doküman Edilmiş Bilginin Yönetimi Prosedürü' ne uygun olarak saklanır.

5.4. İç Tetkik Sonuçlarının Değerlendirilmesi

Tüm birimlere ait iç tetkiklerin tamamlanmasından sonra, Kalite Koordinatörlüğü sürecinin eksiksiz bir şekilde tamamlandığını kontrol etmek amacıyla iç tetkik raporlarını değerlendirir, KYS ile ilgili olarak iyileştirme ihtiyaçlarını belirler ve sonuçları YGG raporunda belirtir.

5.5. Kök-Neden Analizi

Uygunsuzlukların tekrarının engellenmesi için kök nedenin bulunup ortadan kaldırılması gerekir. Kök neden analizindeki “kök” sözcüğü gözlemlenen uygunsuzluğun altında yatan bütün nedenler olarak anlaşılmalıdır. Bu analiz için farklı teknikler uygulanmakla beraber Üniversitemizde “5 Neden Tekniği” kullanılmaktadır. Karşılaşılan bir sorunun kaynağına inebilmek ve asıl sebebini bulabilmek için oluşturulmuş bu teknikte “5N, 1K” sorularına yanıt arandığı gibi; her bir soruda ortalama olarak beş aşamalı olarak sorular detaylandırılır.

Örnek:

Problem: X Dersinde başarı oranının düşük olması

Soru 1: Neden başarı düşük?

Cevap 1: Öğrenciler derse devam etmiyorlar.

Soru 2: Neden devam etmiyorlar?

Cevap 2: Dersin hocasını sevmiyorlar.

Soru 3: Hocayı sevmeme nedenleri nelerdir?

Cevap 3: Derse hazırlıklı gelmiyor.

Soru 4: Peki hocanın hazırlıklı olmasından ne anlamalıyız?

Cevap 4: Ders notlarını önceden hazırlayıp bizimle paylaşmalı

5.6. İç Tetkik Bulgularının Yanıtlandırılması



İÇ TETKİK PROSEDÜRÜ

Belge No	AFSÜ.PR.2
Yayın Tarihi	22/09/2022
Revizyon Tarihi	00/00/0000
Revizyon No	0
Sayfa No	6 / 6

Her uygunsuzluk tetkik edilen birim tarafından en geç **bir hafta** içinde, belirtilen uygunsuzluğun giderilmesi için gerekli düzeltici faaliyetlerin ve uygunsuzluğun tekrarlanmaması için yapılacak önleyici faaliyetlerin tanımları yazılarak cevaplandırılır. Yanıtlar iç tetkikçilere gönderilir.

5.7. İç Tetkikin Takip Edilmesi

Yapılan tetkikler sırasında elde edilen bulguların durumuna göre Birim Yöneticisi ekibinin vereceği karara göre gerekirse Düzeltici Faaliyetler kapandıktan sonra takip tetkiki yapılır. Takip tetkikleri denetlenecek birimin Birim Kalite Temsilcisi ile kararlaştırılan gün ve saatte ilk tetkiki yapan tetkik ekibi tarafından yapılır. İç tetkikte tespit edilen uygunsuzluklar Birim Kalite Temsilcisi tarafından gözden geçirilir, ilgililerle görüşülerek bu uygunsuzlukların giderilmesi ve tekrarının engellenmesi için gerçekleştirilecek faaliyetler belirlenir ve uygulanır. Düzeltici faaliyetlerin 5 iş günü içerisinde planlanması esastır. Faaliyetin gerçekleştirilmesi için belirtilecek termin uygunsuzluğun türüne göre belirlenir. Planlanan faaliyetlerin kontrolü tetkik ekibinin sorumluluğundadır. Düzeltici faaliyetlerin metodolojisinde AFSÜ.PR.4 Uygun Olmayan Hizmetlerin Yönetimi Prosedürü esastır.

6. İLGİLİ DOKÜMANLAR

6.1. İç Kaynaklı Dokümanlar

AFSÜ.PR.1 – Dokümante Edilmiş Bilginin Kontrolü Prosedürü

AFSÜ.PR.4 – Uygun Olmayan Hizmetlerin Yönetimi Prosedürü

AFSÜ.FR.1 – Toplantı Tutanağı Formu

KK.FR.5 – İç Tetkik Soru Listesi

KK.FR.6 – İç Tetkik Raporu Formu

KK.FR.7 – Düzeltici, Önleyici, İyileştirici Faaliyet Talep Formu

KK.FR.9 – İç Tetkikçi Listesi Formu

KK.FR.10 – İç Tetkik Planı Formu

6.2. Dış Kaynaklı Dokümanlar

ISO 9001:2018 – Kalite Yönetim Sistemi

7. YÜRÜRLÜK ve REVİZYON

(1) Bu prosedür, Rektörlük Makamının onayı ile yürürlüğe girer. Bu prosedürün yürütülmesinden Rektör sorumludur.

Revizyon Numarası	Revizyon Tarihi	Revizyon Açıklaması
-	-	İlk Yayın
001		