

 KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ	KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ TIPTA UZMANLIK VE YAN DAL EĞİTİMİ PROGRAMLARININ İÇ DEĞERLENDİRME YÖNERGESİ	Yürürlük Tarihi: 09.06.2023
		Güncelleme Tarihi/No:

BİRİNCİ BÖLÜM

Amaç, Kapsam, Dayanak ve Tanımlar

Amaç

Madde 1

(1) Bu yönerge, KÜTF-TUYEK'in KÜTF-TUYEK eğitim programlarını güncel standartlar ve kılavuzlar ışığında değerlendirmesine ilişkin prosedürleri özetlemektedir. Yönerge, programların ve bölümlerin ulusal ve/veya uluslararası yetkili birimler tarafından akreditasyona hazırlanmasında bir ön süreç görevi görür. Ayrıca, tüm iç değerlendirme faaliyetlerinde kamu yararını gözetir ve halk sağlığını geliştirmeyi ve iyileştirmeyi amaçlar.

Kapsam

Madde 2

(1) Bu iç değerlendirme yönergesi doğrultusunda uzmanlık eğitimi programları dört yılda bir ziyaret edilir. Değerlendirme sırasında toplanan veriler "KÜTF-TUYEK iç değerlendirme ilkeleri, TTB-UDEK ve Royal College akreditasyon standartları" çerçevesinde değerlendirilir. Bu standartlara uygunluğu ve yeterliliği incelenerek, iyileştirme yapılabilecek alanlar saptanarak öneriler geliştirilir. Buna göre iç değerlendirme aşağıdakiler değerlendirilecektir:

- Uzmanlığa/yan dal uzmanlığa özgü program ve kurumsal gerekliliklere uygunluk,
- Eğitim hedefleri ve bu hedeflere ulaşmadaki etkinlik,
- Eğitimsel ve finansal kaynaklar,
- Varsa önceki TUKMOS akreditasyon bildirim ve önceki iç değerlendirme raporlarındaki önerilerin ele alınmasındaki etkinlik,
- Uzmanlık öğrencisinin TUKMOS genel yeterliliklerinin her birinde yeterlik düzeyini değerlendirmek için değerlendirme araçlarının ve sonuç ölçütlerinin kullanılmasındaki etkinlik,
- Ana bilim/bilim dalı Program Komitesinin ve alt komitelerinin toplantılarında alınan kararlar ve uygulanması,
- Programa ait değerlendirmeler,
- Uzmanlık öğrencileri ve eğiticilerin akademik durumu, gelişimi ve performansı,
- Varsa mezunların ulusal/uluslararası yeterlik sınavlarındaki performansı da dahil olmak üzere mezun performansı,
- Uzmanlık öğrencisi ve eğiticilerin esenlik durumları,
- Uzmanlık öğrencisinin öğrenme ortamı veya eğitim bileşenlerine ait yakınma ve endişelerinde uygulanan yöntemler,
- Uzmanlık öğrencisinin yetersizliği durumunda izlenen yollar ve iyileştirme planları,
- Hasta güvenliği ve güvenli eğitim ortamı sağlanması ve kalitenin geliştirilmesi için alınan önlemler.

Dayanak

Madde 3

(1) Bu yönerge TUKMOS program gereklilikleri, Dünya Tıp Eğitimi Federasyonu (WFME) ve “Royal College” akreditasyon standartları ve Türk Tabipleri Birliği – Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulu (TTB-UDEK) Eğitim Kurumları İçin Akreditasyon Programlarının ilgili hükümlerine uygun olarak oluşturulmuştur. KÜTF-TUYEK’in tüm iç değerlendirme çalışmalarında, standartların ve süreçlerin açıklık, eşitlik ve adalet ilkelerine dayandırılması sağlanır.

Tanımlamalar ve Kısaltmalar

Madde 4

(1) Bu Yönergede geçen;

- a) Birim: Tıpta uzmanlık eğitimi veren ana bilim veya bilim dalını,
- b) Bölüm: Tıp Fakültesi Temel, Dahili ve Cerrahi Tıp Bilimleri Bölümlerini,
- c) Çekirdek eğitim müfredatı: Uzmanlık eğitiminin tamamlanabilmesi için programda bulunması ve ilgili alanda uzmanlık eğitimi süresince her bir tıpta uzmanlık öğrencisinin alması gereken asgari eğitim ve öğretim müfredatını,
- d) Dekan: Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanını,
- e) Dekanlık: Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanlığını,
- f) Eğitici: Uzmanlık eğitimi verme yetkisine sahip kişiler,
- g) Fakülte Kurulu (FK): Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulunu,
- h) Genişletilmiş eğitim müfredatı: Çekirdek eğitim müfredatını da içeren, kuruma özgü eğitim ve öğretim müfredatını,
- i) İç Değerlendirme Komitesi (İDK): Kurum içi uzmanlık programlarını inceleyen KÜTF-TUYEK üyelerinden oluşan topluluğunu
- j) KÜ: Koç Üniversitesini,
- k) KÜTF: Koç Üniversitesi Tıp Fakültesini,
- l) Program: Bir ya da birden fazla kurum tarafından oluşturulmuş, belirli bir uzmanlık dalının eğitimine yönelik eğitim standartlarını içeren ve çekirdek eğitim müfredatını kapsayacak şekilde yapılandırılmış fonksiyonel yapıyı,
- m) Program koordinatörü: İlgili programda Ana bilim Dalı başkanı tarafından atanan uzmanlık eğitim programından sorumlu öğretim üyesini,
- n) Tıpta uzmanlık eğitimi: Belirli tıp bilimleri alanlarında özel yetki ve yetenek kazanarak uzman olabilmek için gereken kuramsal öğretim ve uygulamaları kapsayan lisansüstü eğitimini
- o) TTB-UDEK: Türk Tabipleri Birliği – Uzmanlık Dernekleri Koordinasyon Kurulunu,
- p) TUKMOS: Tıpta Uzmanlık Kurulu Müfredat Oluşturma ve Standart Belirleme Sistemini,
- q) TUYEK: Tıpta Uzmanlık Eğitimi Komitesini (*Postgraduate Medical education Committee, PGME*)
- r) Uzmanlık öğrencisi: Yönetmelik hükümlerine göre yerleştirilerek uzmanlık eğitimi görenleri,
- s) Tüzük: 19/06/2002 tarihinde Resmî Gazetede yayınlanan 24790 karar sayılı Tıpta Uzmanlık Tüzüğünü,
- t) Yönerge: Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Tıpta Uzmanlık ve Yan Dal Eğitimi Yönergesini,
- u) Yönetmelik: 3 Eylül 2022 tarihinde Resmî Gazetede yayınlanan 31942 karar sayılı Tıpta ve Diş Hekimliğinde Uzmanlık Eğitimi Yönetmeliğini ifade eder.

Faaliyet alanı

Madde 5

- (1) KÜTF-TUYEK iç değerlendirme sürecinin geliştirilmesinden, uygulanmasından ve gözetiminden sorumludur.
- (2) İç değerlendirme süreci, Dekanlık ve tüm bölümler ile koordineli bir şekilde bilimsel olarak özerk bir şekilde yürütülür.
- (3) İç değerlendirme süreci, tüm birimlerin değerlendirilmesini içerir.
- (4) İç değerlendirme, birimlere özgü oluşturulan İç Değerlendirme Komitesi tarafından yapılır.

İç Değerlendirme Komitesinin Oluşumu

Madde 6

- (1) İç Değerlendirme Komitesi (İDK) başka programlardan, mezuniyet sonrası tıp eğitimi konusunda deneyimli en az biri eğitim sorumlusu olmak üzere en az iki eğitici ve en az bir uzmanlık öğrencisinden oluşmalıdır. KÜTF-TUYEK tarafından ihtiyaç görülmesi durumunda İDK'ye kurum dışı üyeler veya eğitim sorumlusu dahil edilebilir.
- (2) KÜTF-TUYEK başkanı, İDK başkanını ve üyelerini her denetleme öncesi atamakla görevlidir.
- (3) İDK başkanı, planlanan iç denetim programının (EK 1) zamanlamasını koordine etmekle yükümlüdür.
- (4) KÜTF-TUYEK Başkanı, iç değerlendirme tarihinden en az on dört (14) gün önce aşağıdaki belgelerin komite üyelerine gönderilmesini KÜTF-TUYEK ofisi aracılığıyla talep etmelidir:
 - a) Planlanan takvim
 - b) İnceleme tarihinde yürürlükte olan TUKMOS Kurumsal, uzmanlık/yan dal uzmanlık Programı ve Kurumsal Gereklikler belgesi
 - c) Varsa önceki TUKMOS incelemelerinden alınan akreditasyon mektupları veya diğer kurumlardan alınmış akreditasyon raporları/mektupları
 - d) Programın önceki iç incelemelerinden elde edilen raporlar.

İç Değerlendirme Prosedürü

Madde 7

- (1) Ziyaret öncesi süreç aşağıdaki planlamaya uygun olarak yürütülür.
 - a) KÜTF-TUYEK ofisi tarafından en az üç (3) ay önce ziyaret günü ilgili bölüme ziyaret planını içeren Ek 1'i eğitim sorumlusu ve AD başkanına e-posta yoluyla bildirilir. Ek-1'de yer alan şablon, gerçekleşmesi gereken toplantıların sıra, süre ve katılımcıları hakkında rehberlik sağlayacaktır. Bu bağlamda; Programda yer alan aşağıdaki paydaşların inceleme günü boyunca hazır bulunması gerekmektedir:
 - i. Eğitim sorumlusu
 - ii. Eğiticiler
 - iii. Uzmanlık programı komitesi üyeleri
 - iv. Yeterlik Komitesi üyeleri (varsa)
 - v. Ana bilim dalı / bilim dalı başkanı
 - vi. Programın öğrencileri
 - b) **Ek-1'de** yer alan ziyaret programı formu, program sorumlusu tarafından düzenlenerek KÜTF-TUYEK ofisine gönderilir. KÜTF-TUYEK ofisine bildirilmesi gerekenler;
 - i. Ziyaret program formu
 - ii. Eğitim programı kopyası

- iii. Uzmanlık öğrencisi karne örneği
- iv. Uzmanlık programı komite ve alt komite tutanakları
- v. Eğiticilerin eğitim, araştırma ve hizmetlerini kapsayan detaylı özgeçmişleri

(2) Son iki yılın uzmanlık eğitim programına ait tüm belgelerin KÜTF-TUYEK ofisi tarafından oluşturulan bulut ortamındaki klasöre yüklenmesi eğitim sorumlusu sorumluluğunda olup, belirlenen denetim tarihinden en az on beş (15) gün önce bulut ortamındaki klasöre yüklenmelidir. Yükleme işlemi konusunda KÜTF-TUYEK ofisinden destek alınabilir.

(3) KÜTF-TUYEK ofisi tarafından başvuru dosyasının incelemesi ve varsa eksikliklerin bildirilerek tamamlanması sonrası KÜTF-TUYEK başkanı tarafından oluşturulan İDK ile paylaşılmalıdır.

(4) KÜTF-TUYEK ofisi tarafından ziyaret takviminin son hali oluşturulmalı ve ziyaret programı İDK üyeleri, eğitim sorumlusu, görüşme yapılacak eğiticiler ve uzmanlık öğrencilerine bildirilmelidir.

Değerlendirme

Madde 8

(1) İç Değerlendirme İDK başkanlığında hazırlanmış olan ziyaret programına uygun olarak aşağıdaki şekilde yürütülür:

a. Tanışma (10 dakika)

Toplantı Başkan ve üyelerinin tanışmaları ile başlar.

b. Program sorumlusu ile görüşme (60 dakika)

Uzmanlık programının tanıtımını yapmalı ve son iki yılın eğitim programını müfredat, değerlendirme yöntemleri ve sonuçlarını içerecek şekilde sunmalıdır.

c. Ana bilim/bilim dalı başkanı (15 dakika)

Programın yürütülmesini sağlayan olanakların varlığı veya eksiklikleri, bu konudaki planlar ve program sorumlusu ile olan iş birliklerinin düzeyi hakkında bilgiler toplanır.

d. Doküman incelemesi (45 dakika)

Bu toplantı İDK üyelerinin uzmanlık programına ait uzmanlık eğitimi komisyonu ve alt komitelerinin basılı veya bilgisayar ortamında erişilebilen uzmanlık programı klasöründeki tüm belge ve tutanaklarını incelemesine olanak tanır.

e. Uzmanlık öğrencileri (60 dakika)

En fazla 20 kişiden oluşan gruplardan oluşmalıdır ve gerekirse gruplara bölünerek görüşmeler yapılmalıdır. Daha büyük programlar için bu, öğrencilik yılına göre veya genç ve kıdemli öğrenciler şeklinde gruplandırarak düzenlenebilir.

Yürütülen programın oluşturulmasına katkıları, eğitimlerinin nasıl değerlendirildiği konusundaki bilgi ve görüşleri, eğitim sırasında gözetim politikasının varlığı, güvenli bir eğitim ortamı olup olmadığı konuları sorgulanmalıdır. Benzer şekilde hasta sayısı ve çeşitliliği, deneysel araştırmalar için ilgili laboratuvar alt yapı ve olanakları öğrenilmelidir. Ayrıca sorun durumunda hangi mekanizmaların devreye girdiği belirlenmelidir. Öğrencilerin eğitimleri sırasında akademik aktivitelere (klinik veya temel) katılım açısından teşvik edilme durumları ve programın bu konuda sağladığı imkanlar araştırılmalıdır.

f. Eğiticiler (45 dakika)

Uzmanlık eğitimi programı komitesinde yer almayan öğretim üyeleri bu toplantıya katılmalıdır.

Eğitim sorumlusu ve ana bilim dalı başkanları bu toplantıya KATILMAMALIDIR. Bu toplantıda eğiticilerin eğitimle ilgili zaman yönetimi, sürece dahil olma, olanakları ve akademik çıktıları değerlendirilmelidir.

g. Uzmanlık Eğitimi Programı Komitesi (45 dakika)

Toplantıları ne kadar sıklıkta yaptıkları, görevlerinin farkındalıkları, iletişimi nasıl gerçekleştirdikleri, eğitim sorumlusunun onları programın işlemesine dahil edip etmediği gibi konularda görüş toplanmalıdır.

h. İDK üyeleri özel görüşme süresi (60 dakika)

Görüşmelerden ve belgelerden elde edilen verilerin kısa bir özeti yapılmalıdır. Böylelikle inceleme ekibinin programın görünürdeki güçlü ve iyileştirilmesi gereken yönleri üzerinde fikir birliğine varmasına ve eğitim sorumlusu ile değerlendirme sonu “toplantıdan çıkış” toplantısına hazırlanmasına olanak tanır.

Toplanan veriler “KÜTF-TUYEK iç değerlendirme ilkeleri ve TTB-UDEK, Royal College of Canada akreditasyon standartları” doğrultusunda değerlendirilir ve İç Denetim Raporuna (Ek 2) işlenir.

i. Toplantıdan çıkış (15 dakika)

İDK üyeleri, programın güçlü yanlarını ve iyileştirme alanlarını belirlemeli ve eğitim sorumlusuna yapılan yorumlar hakkında geri bildirim sağlanmalıdır.

(2) Değerlendirme Raporunun yazılması:

- a) İDK başkanı ve üyeler, programın güçlü yanlarını ve iyileştirilmesi gereken alanları özetleyen raporu **Ek-2’de** verilen iç denetim raporuna göre hazırlar.
- b) İDK, değerlendirme tarihinden sonraki iki hafta içinde bu raporu KÜTF-TUYEK’e sunar.
- c) İç değerlendirme raporu asgari olarak aşağıdakileri içerecektir:
 - a) İncelenen programın veya yan dal programının adı ve değerlendirmenin tarihi;
 - b) İç değerlendirme komitesi üyelerinin adları ve unvanları;
 - c) Görüşülen grupların/bireylerin listesi de dahil olmak üzere iç değerlendirme sürecinin nasıl yürütüldüğüne dair kısa bir açıklama;
 - d) Kapsamlı bir incelemenin yürütüldüğünü ve KÜTF-TUYEK’in iç inceleme protokolüne dayandığını göstermek için uzmanlığın veya alt uzmanlığın Program Gereklilikleri ve Kurumsal Gerekliliklerinin belgelenmesi veya tartışılması,
 - e) Programın veya kurumun uygunsuzluk alanları, güçlendirilmesi gereken yanları, eksikliklerin giderilmesine yönelik öneriler.
- d) Hazırlanan rapor KÜTF-TUYEK’te değerlendirilir, eksiklikler saptanırsa İDK’ye düzeltilmesi için geri gönderilir. Raporun onaylanan son hali Dekanlık aracılığıyla ilgili eğitim sorumlusuna gönderilir.
- e) Gizlilik: İDK ve KÜTF-TUYEK, ziyaret raporunun tüm detaylarının ve uzmanlık öğrencileriyle yapılan görüşmelerden elde edilen bilgilerin gizli tutulmasından sorumludur.
- f) KÜTF-TUYEK, tüm iç değerlendirme faaliyetlerinde kamu yararını gözetir ve halk sağlığını geliştirmeyi ve iyileştirmeyi amaçlar.
- g) KÜTF-TUYEK’in tüm iç değerlendirme çalışmalarında, standartların ve süreçlerin açıklık, eşitlik ve adalet ilkelerine dayandırılması sağlanır.

İç Değerlendirmede Yetersiz Bulunma

Madde 9

(1) İç değerlendirme sonucunda eksik belgeler, yetersiz değerlendirme, eksik yapılanma gibi durumların saptanması durumunda düzeltici eylem planıyla birlikte, ilgili uzmanlık programına üç

(3) aylık bir süre verilerek tekrar değerlendirme yapılır.

Yürürlük**Madde 10**

(1) Bu yönerge Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Fakülte Kurulu ve Koç Üniversitesi Üniversite Akademik Kurulu tarafından kabul edildiği tarihten itibaren yürürlüğe girer.

Yürütme**Madde 11**

(1) Bu yönergeyi Koç Üniversitesi Rektörü adına Koç Üniversitesi Tıp Fakültesi Dekanı yürütür.

Ekler:

Ek 1. Ziyaret Programı Formu

Ek 2. İç Değerlendirme Raporu

Ek 1. Ziyaret Programı Formu

■ Briefing ■ Meeting ■ Break

TIME	LENGTH	TITLE	DESCRIPTION	ADDITIONAL INFO
08:45	15m	Arrival on-location		
09:00	1h	Program Director	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Must be first meeting of the day.</u> • At this meeting, the program director should provide an overview of the specialty, and the program at this institution. • The program director may also assist with an explanation of the documents available for review. 	Please enter names of attendees <ul style="list-style-type: none"> • Program Director • can also include deputy program director, if applicable
10:00	15 m	Department/Division Chair	During this meeting, the surveyor will ask the <u>chair</u> how he/she supports the training program, and what resources are available for the program.	Please enter names of <u>attendees</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Department Chair
10:15	30m	Meeting and Document Review	Document Review and Discussion This meeting is to review the documentation submitted and determine if anything is missing or needs attention prior to the formal application review. Possible topics: <ul style="list-style-type: none"> • Translation of documents - what and to what extent? 	The following documents must be available 2-3 weeks in advance of the meetings for review by the survey team: <ul style="list-style-type: none"> • Full application (Word format) and supporting documents/<u>attachments</u> The following documents must be available on site in advance of the meetings for review by the
			<ul style="list-style-type: none"> • Are any policies / university documents missing? • Definitions / clarifications of questions to ensure same understanding <u>and also</u> that the questions are addressed appropriately. 	survey team: <ul style="list-style-type: none"> • Internal review reports • Minutes of the residency education committee meetings of the program (previous two years) • Minutes of subcommittee meetings (previous two years) • Sample of resident files • Any other documents that support the education office and function (OneDrive Linki ekleyerek, belgelere Dekanlık Ofis'nden İrem Güler'e erişim verilmesi gerekmektedir.) Please enter names of <u>attendees</u> : <ul style="list-style-type: none"> • Department Chair • ...
10:45	15m	Break		
11:00	45m	Residents	<ul style="list-style-type: none"> • For larger programs, can be arranged by PGY or by grouping junior and senior residents. • This meeting will be to discuss with all residents how the program is supporting them to attain their competencies. The educational environment, assessment process, and goals and objectives will be part of the discussion. • Include the PGY year (or level) for each resident. 	Please enter names of attendees:
11:45	45m	Faculty/Teaching Staff	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Program director and department / division chair should not attend this meeting.</u> • Only required when faculty/teaching staff have special input in the residency program and are not involved in the Residency Program Committee. • If all faculty are members of the Residency Program Committee, this meeting would not be required, unless the program wishes to do so. • This time could be used for the surveyors to meet with another group / individual identified by the program. 	Please enter names of attendees:
12:30	30m	Lunch break		

13:00	45m	Residency Program Committee	<ul style="list-style-type: none"> • <u>Must be last meeting of the needs assessment visit.</u> • When Faculty are members of the Residency Program Committee, it is not necessary for them to attend the earlier meeting with faculty/teaching staff. • Resident representative(s) on the Residency Program Committee attend this meeting. • If department / division chair and/or program administrator are members of the RPC, they attend only the last 15 minutes of the meeting. 	<p>Please enter names of attendees:</p> <p><i>Note: the program director attends the last 15 minutes of this meeting</i></p>
13:45	30m	Meeting with the Program Director	<ul style="list-style-type: none"> • Should be scheduled immediately after RPC meeting. • Opportunity to ask clarifying questions resulting from previous meetings, and to finalize plans for the feedback meeting. 	Please enter names of attendees:
14:15	45m	Break	Reflection and preparation for the exit meetings	
15:00	1h 00m	Feedback meeting with the Program Director	<ul style="list-style-type: none"> • The surveyor will provide feedback to the program director outlining the strengths of the program and the areas for improvement. • The lead surveyor will also provide feedback / guidance on ways that the program can meet the requirements for recognition. 	Please enter names of attendees
16:00				

Ek 2. İç Değerlendirme Raporu

KOÇ ÜNİVERSİTESİ TIP FAKÜLTESİ İÇ DEĞERLENDİRME RAPORU

Rapor Tarihi: .../.../.....

Indicate, with a check mark (√), the extent to which the program meets the requirements:

- “Meets” when all indicators are met
- “Does not meet” when some or all indicators are not met
- Add comments in the Findings column as necessary.

Ana Bilim / Bilim Dalı:	
Fakülte:	
Kurum:	
İç Değerlendirme Tarihi:	
Eğitim Sorumlusu ¹ :	
Değerlendirme Komitesi Üyeleri:	

I. INTRODUCTION

a. Diagnostic review overview

b. Brief program description

¹ Ana Bilim Dalı Başkanı, eğitim sorumlusu değil ise, hem ABD Başkanı hem de eğitim sorumlusu belirtilmelidir.

II. PROGRAM RECOGNITION STANDARDS

If all indicators associated with a requirement are met, the requirement is met; if one or more of the indicators are not met, the requirement is not met.

DOMAIN: PROGRAM ORGANIZATION

The *Program Organization* domain includes standards focused on the structural and functional aspects of the residency program, which support and provide structure to meet the *Standards of Recognition for International Residency Programs*.

The Program Organization domain standards aim to:

- Ensure the organizational structure and personnel are appropriate to support the residency program, teachers, and residents;
- Define the expectations of the program director and residency program committee(s); and
- Ensure the residency program and its structure are organized to meet and integrate the requirements for the education program; resources; learners, teachers and administrative personnel; and continuous improvement domains.

STANDARD 1: There is effective leadership for the residency program.

Element 1.1: There is effective leadership and governance to lead the residency program.

Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
1.1.1	There is a program director available to oversee and advance the residency program.				
	Indicator(s)			Yes	No
	1.1.1.1 The program director has the support, time and resources to oversee and advance the residency program, in consideration of the size and complexity of the program.				
	1.1.1.2 The program director is accessible and responsive to the input, needs, and concerns of residents.				
	1.1.1.3 The program director is accessible and responsive to the input, needs, and concerns of teachers.				
	1.1.1.4 There is adequate administrative support to assist the program director, the residency program and residents.				
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
1.1.2	There is an effective committee structure to support the program director in overseeing the residency program.				

Indicator(s)		Yes	No
1.1.2.1	The residency program committee supporting the residency program has clearly written terms of reference that address the mandate, composition, roles and responsibilities, and meeting process.		
1.1.2.2	The residency program committee has responsibility for planning and organizing all aspects of the residency program, including: <ul style="list-style-type: none"> • Selection of residents; • Educational design; • Policy and process development; • Safety and resident wellness; • Assessment of resident progress; and • Continuous improvement, including program evaluation. 		
1.1.2.3	The residency program committee includes effective representation from the residency program's key stakeholders, including but not limited to: residents, teachers, major academic and clinical components of the residency program, and relevant learning sites.		
1.1.2.4	There is an effective process for residents to select their representatives on the residency program committee.		
1.1.2.5	The meeting frequency of the residency program committee is sufficient for the committee to fulfil all aspects of its mandate.		
Requirement(s)	Meets	Does not Meet	Findings
1.1.3	The program director, supported by the residency program committee, oversees the residency program with an effective and transparent decision-making process that includes input from residents and other residency program stakeholders.		

Indicator(s)		Yes	No
1.1.3.1	Members of the residency program committee are actively involved in a collaborative decision-making process, including regular attendance at and active participation in committee meetings.		
1.1.3.2	There is a culture of respect for residents' opinions within the residency program.		
1.1.3.3	Actions and decisions taken by the program director and/or the residency program committee are communicated in a timely manner to key stakeholders, as appropriate.		

STANDARD 2: The program director, supported by the residency program committee, oversees the residency program.

Element 2.1: The program director, supported by the residency program committee, oversees the residency program by developing and maintaining effective policies and processes, and organizing resources and learning sites.

Requirement(s)	Meets	Does not Meet	Findings																
2.1.1																			
<table border="1"> <thead> <tr> <th colspan="2">Indicator(s)</th> <th>Yes</th> <th>No</th> </tr> </thead> <tbody> <tr> <td>2.1.1.1</td> <td>The process of policy and process development, adoption, and communication, is transparent, effective, and collaborative.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.1.1.2</td> <td>The residency program's key stakeholders (e.g., residents, teachers, and administrative personnel) have access to the policies and processes.</td> <td></td> <td></td> </tr> <tr> <td>2.1.1.3</td> <td>There is an effective process to regularly review and make necessary changes to policies and processes.</td> <td></td> <td></td> </tr> </tbody> </table>				Indicator(s)		Yes	No	2.1.1.1	The process of policy and process development, adoption, and communication, is transparent, effective, and collaborative.			2.1.1.2	The residency program's key stakeholders (e.g., residents, teachers, and administrative personnel) have access to the policies and processes.			2.1.1.3	There is an effective process to regularly review and make necessary changes to policies and processes.		
Indicator(s)		Yes	No																
2.1.1.1	The process of policy and process development, adoption, and communication, is transparent, effective, and collaborative.																		
2.1.1.2	The residency program's key stakeholders (e.g., residents, teachers, and administrative personnel) have access to the policies and processes.																		
2.1.1.3	There is an effective process to regularly review and make necessary changes to policies and processes.																		
Requirement(s)	Meets	Does not Meet	Findings																
2.1.2																			

Indicator(s)			Yes	No
	2.1.2.1	There is an effective process to select, organize and review the residency program's learning sites based on the required educational experiences		
	2.1.2.2	Learning sites available to the residency program are sufficient to provide residents with all required educational experiences for the discipline.		
	2.1.2.3	There is effective communication and collaboration between the program director, the residency program committee and the site coordinators/supervisors for each major learning site.		
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings
2.1.3	The program director, supported by the residency program committee, engages in operational and resource planning to support the residency program.			
Indicator(s)			Yes	No
	2.1.3.1	There is an effective process to identify, advocate and plan for resources needed by the residency program.		

DOMAIN: EDUCATION PROGRAM

The *Education Program* domain includes standards focused on the planning, design, and delivery of the residency program, with the overarching outcome to ensure that the residency program prepares residents to be competent to begin independent practice.

NOTE: Time-based residency programs are planned and organized around educational objectives linked to required experiences, whereas Competency Based Medical Education (CBME) residency programs are planned and organized around competencies required for practice. The Education Program domain standards have been written to accommodate both.

STANDARD 3: Residents are prepared for professional practice.

Element 3.1: The residency program's educational design is based on competencies and/or objectives that prepare residents for professional practice.

Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
3.1.1	Educational competencies and/or objectives are in place to ensure residents progressively meet all required standards for the discipline.				
Indicator(s)				Yes	No
	3.1.1.1	The competencies and/or objectives meet standards of training for the discipline applicable in the jurisdiction.			
	3.1.1.2	The competencies and/or objectives articulate different expectations for the resident by stage or level of training.			

Element 3.2: The residency program provides educational experiences designed to facilitate residents' attainment of competencies and/or objectives.

Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
3.2.1	The residency program uses a comprehensive curriculum plan, which is specific to the discipline.				
Indicator(s)				Yes	No
	3.2.1.1	There is a clear curriculum plan which describes the educational experiences for each resident.			
	3.2.1.2	The curriculum plan includes both expert instruction and experiential learning opportunities, with a variety of learning activities, including, but not limited to, experience in the clinical environment,			

		skills training, simulation, seminars, reflective exercises, directed reading, journal clubs, research conferences, and others, as appropriate.			
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
3.2.2	The residency program's competencies and/or objectives are used to guide the educational experiences while providing residents with opportunities for increasing professional responsibility at each stage or level of training.				
Indicator(s)				Yes	No
	3.2.2.1	The educational experiences are appropriate for residents' stage or level of training and support residents' achievement of increasing professional responsibility.			
	3.2.2.2	The educational experiences allow residents to attain the required level of competency to transition to professional practice within the discipline.			
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
3.2.3	Residents' clinical responsibilities are assigned in a way that supports the progressive achievement of competencies and/or objectives.				
Indicator(s)				Yes	No
	3.2.3.1	Residents' clinical responsibilities are assigned based on level or stage of training and their individual level of competency.			
	3.2.3.2	Residents' clinical responsibilities, including on-call duties, provide opportunities for progressive experiential learning.			
	3.2.3.3	Residents are assigned to educational experiences in an equitable manner, such that all residents have opportunities to meet their educational needs and to achieve the expected competencies of the residency program.			
	3.2.3.4	Residents' clinical responsibilities are balanced with service expectations to ensure residents' ability to participate in mandatory academic activities.			

Element 3.3: Teachers facilitate residents' attainment of competencies and/or objectives.					
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
3.3.1	Resident learning needs, stage or level of training, and other relevant factors are used to guide all teaching, supporting resident attainment of competencies and/or objectives.				
Indicator(s)				Yes	No
	3.3.1.1	Teachers use experience-specific competencies and/or objectives to guide educational interactions with residents.			
	3.3.1.2	Teachers align their teaching appropriately with residents' stage or level of training.			
	3.3.1.3	Teachers contribute to the promotion and maintenance of a positive learning environment.			

Element 3.4: There is an effective, organized system of resident assessment.					
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
3.4.1	The residency program has a planned, defined and implemented system of assessment.				
Indicator(s)				Yes	No
	3.4.1.1	The system of assessment is based on residents' attainment of experience-specific competencies and/or objectives.			
	3.4.1.2	The system of assessment clearly identifies the methods by which residents are assessed for each educational experience.			
	3.4.1.3	The system of assessment clearly identifies the level of performance expected of residents, based on level or stage of training.			
	3.4.1.4	The system of assessment includes identification and use of appropriate assessment tools tailored to the residency program's educational experiences, with an emphasis on direct observation where appropriate.			
	3.4.1.5	Teachers are aware of the expectations for resident performance based on level or stage of training and			

		use these expectations in their assessments of residents.			
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
3.4.2	There is a mechanism in place to engage residents in a regular discussion for review of their performance and progression.				
Indicator(s)				Yes	No
	3.4.2.1	Residents receive regular, timely, meaningful, in-person feedback on their performance.			
	3.4.2.3	There is appropriate documentation of residents' progress towards attainment of competencies, which is available to the residents in a timely manner.			
	3.4.2.4	Residents are aware of the processes for assessment and decisions around promotion and completion of training.			
	3.4.2.5	The residency program fosters an environment where formative feedback is actively used by residents to guide their learning.			
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
3.4.3	The system of assessment allows for timely identification of and support for residents who are not attaining the required competencies as expected.				
Indicator(s)				Yes	No
	3.4.3.1	Residents are informed in a timely manner of any concerns regarding their performance and/or progression.			
	3.4.3.2	Residents who are not attaining the required competencies as expected are provided with the required support and opportunity to correct their performance, as appropriate.			

DOMAIN: RESOURCES

The *Resources* domain includes standards focused on ensuring resources are sufficient for the delivery of the education program and to ultimately ensure that residents are prepared for professional practice. The resources domain standards aim to ensure the adequacy of the residency program's clinical, physical, technical, human and financial resources.

STANDARD 4: The delivery and administration of the residency program are supported by appropriate resources.

Element 4.1: The residency program has the clinical, physical, technological, and financial resources to provide all residents with the educational experiences needed to acquire all competencies.

Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
4.1.1	The patient population is adequate to ensure that residents experience the breadth of the discipline.				
Indicator(s)				Yes	No
	4.1.1.1	The residency program provides access to the volume and diversity of patients appropriate to the discipline.			
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
4.1.2	Clinical and consultative services and facilities are organized and adequate to ensure that residents experience the breadth of the discipline.				
Indicator(s)				Yes	No
	4.1.2.1	The residency program has access to the diversity of learning sites and scopes of practice specific to the discipline.			
	4.1.2.2	The residency program has access to appropriate consultative services to meet both residents' competency requirements and the delivery of quality care.			
	4.1.2.3	Resident training takes place in clinically relevant learning environments that prepare residents for practice, including intra- and inter-professional collaborative practice, as appropriate.			

Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
4.1.3	Diagnostic and laboratory services and facilities are organized and adequate to ensure that residents experience the breadth of the discipline.				
Indicator(s)				Yes	No
	4.1.3.1	The residency program has access to appropriate diagnostic services and laboratory services to meet both residents' competency requirements and the delivery of quality care.			
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
4.1.4	The residency program has the necessary financial, physical and technical resources.				
Indicator(s)				Yes	No
	4.1.4.1	There are adequate financial resources for the residency program to meet educational requirements.			
	4.1.4.2	There is adequate space for the residency program to meet educational requirements.			
	4.1.4.3	There are adequate technical resources for the residency program to meet the specific requirements for the discipline.			
	4.1.4.4	Residents have appropriate access to adequate facilities and services, e.g., on-call rooms, workspaces, internet, and patient records, to conduct their work.			

Element 4.2: The residency program has the appropriate human resources to provide all residents with the required educational experiences.

Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
4.2.1	The number, credentials, competencies, and duties of the teachers are appropriate to teach the residency curriculum, supervise and assess trainees.				
Indicator(s)				Yes	No
	4.2.1.1	The number, credentials, competencies, and scope of practice of the teachers are adequate to provide the breadth and depth of the discipline, including required clinical teaching, academic teaching, assessment and feedback to residents.			

	4.2.1.2	The number, credentials, competencies, and scope of practice of the teachers are sufficient to supervise residents in all clinical environments, including when residents are on-call and when providing care to patients, as part of the residency program, outside of a learning site.		
--	---------	--	--	--

DOMAIN: LEARNERS AND TEACHERS

The *Learners and Teachers* domain includes standards focused on supporting teachers and learners. The Learners and Teachers domain program standards aim to ensure a safe and positive learning environment for all (i.e., residents, teachers, patients, and administrative personnel).

STANDARD 5: Safety and wellness are promoted, and residents are treated fairly throughout the learning environment.

Element 5.1: The safety and wellness of patients and residents are actively promoted.

Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
5.1.1	Residents are appropriately supervised.				
Indicator(s)				Yes	No
	5.1.1.1	There are applicable and comprehensive policies regarding supervision of residents, including ensuring the physical presence of the appropriate supervisor, when mandated, during acts or procedures performed by the resident.			
	5.1.1.2	Residents and teachers follow the applicable policies regarding supervision of residents.			
	5.1.1.3	Teachers are available for consultation for decisions related to patient care, in a timely manner.			
	5.1.1.4	Teachers follow the mechanism for disclosure of resident involvement in patient care, and for patient consent for such participation.			
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
5.1.2	Residency education occurs in a safe learning environment.				

Indicator(s)		Yes	No
5.1.2.1	Safety is actively promoted throughout the learning environment for all involved in the residency program.		
5.1.2.2	There is an effective resident safety policy addressing discipline-specific physical, psychological, and professional resident safety concerns. The policy includes, but is not limited to: <ul style="list-style-type: none"> i. travel, ii. patient encounters (including home visits and other patient care environments), iii. after-hours consultation, and iv. patient transfers. 		
5.1.2.3	Concerns with the safety of the learning environment are appropriately identified and appropriately resolved.		
5.1.2.4	Residents and teachers are aware of the process to follow if they perceive safety issues.		
Requirement(s)	Meets	Does not Meet	Findings
5.1.3	Residency education occurs in a positive learning environment that promotes resident wellness.		
Indicator(s)		Yes	No
5.1.3.1	There is a positive learning environment for all involved in the residency program.		
5.1.3.2	There is an effective resident wellness policy that addresses discipline-specific physical, psychological, and professional resident wellness concerns.		
5.1.3.3	The processes regarding identification, reporting and follow-up of resident mistreatment are effectively applied.		
5.1.3.4	Residents have access to and are aware of confidential support services to manage stress (e.g., financial, psychological) and illness.		

Element 5.2: The progression of residents through the residency program is fair and transparent.

Requirement(s)	Meets	Does not Meet	Findings
----------------	-------	---------------	----------

5.2.1	There are effective, clearly defined, transparent, formal processes for the selection and progression of residents.				
Indicator(s)			Yes	No	
	5.2.1.1	Processes for resident selection, promotion, remediation dismissal, and appeals are effectively applied and transparent.			
	5.2.1.2	The residency program encourages resident leadership.			

STANDARD 6: Teachers effectively deliver and support all aspects of the residency program.					
Element 6.1: Teachers are assessed and supported in their development as positive role models for residents in the residency program.					
Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
6.1.1	Teachers are regularly assessed and supported in their development.				
Indicator(s)			Yes	No	
	6.1.1.1	There is an effective process for the assessment of teachers involved in the residency program that balances timely feedback with preserving resident confidentiality.			
	6.1.1.2	Resident input is a component of the system of teacher assessment.			

	6.1.1.3	Faculty development for teaching that is relevant and accessible to the program is offered on a regular basis.		
	6.1.1.4	There is an effective process to identify, document, and address unprofessional behaviour by teachers.		

DOMAIN: CONTINUOUS IMPROVEMENT

The Continuous Improvement domain includes standards focused on ensuring a culture of continuous improvement is present throughout the residency program, with the aim of ensuring continuous improvement of residency programs.

STANDARD 7: There is continuous improvement of the residency program.

Element 7.1: The residency program committee reviews and improves the quality of the residency program.

Requirement(s)		Meets	Does not Meet	Findings	
7.1.1	There is an effective process to review and improve the residency program.				
Indicator(s)				Yes	No
7.1.1.1	<p>There is an evaluation of the residency program and its components which includes review of:</p> <ul style="list-style-type: none"> • Each of the residency program's educational experiences; • The learning environment; • Residents' achievements of objectives and/or competencies; • Clinical, physical, technical, teacher, and administrative personnel resources available to the residency program; • Residents' assessment data and the feedback provided to teachers in the residency program; <p>and</p> <ul style="list-style-type: none"> • Residency program policies and processes. 				
7.1.1.2	The system of evaluation used includes use of multiple sources of information, including but not limited to feedback from residents, teachers, and others as appropriate.				

	7.1.1.3	Feedback takes place in an open, collegial atmosphere.		
	7.1.1.4	Strengths and areas for improvement are used to identify and implement relevant and timely action plans.		
	7.1.1.5	Action plans are shared with the residency program's stakeholders, as appropriate.		

III. SUMMARY

Strengths of the program include:

-
-
-
-
-

The following areas need to be addressed:

Major issues

-
-
-
-

Medium issues

-
-
-

Minor issues

-
-

İMZA

İMZA

İMZA