

1. Amaç

Bu prosedürün amacı, Onkoloji Enstitüsü'nde OE Bütünleşik Kalite Yönetim Sistemi (OE-BKYS) çerçevesinde tanımlanmış süreçlerin izlenmesi ve ölçülmesi ile ilgili yöntem belirlemektir.

2. Kapsam

Bu prosedür, Onkoloji Enstitüsü'nün OE-BKYS kapsamında tanımlanmış süreçlerinde yürütülen izleme ölçme faaliyetlerini kapsar.

3. Sorumlular

Bu prosedürün uygulanmasından Kalite Temsilcisi, Kalite Sistem Sorumlusu ve süreç/birim sorumluları sorumludur.

4. Tanımlar ve Kısaltmalar

OE: Onkoloji Enstitüsü

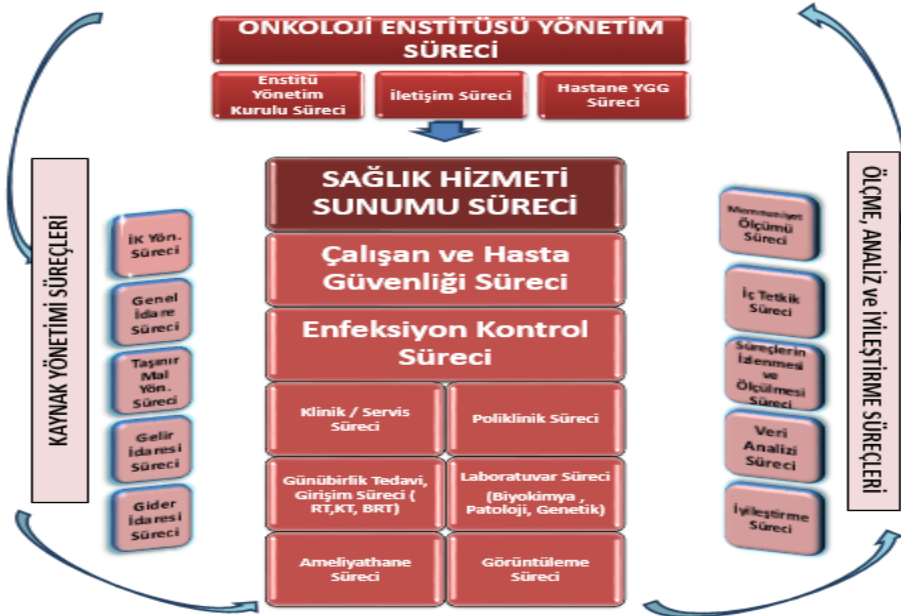
KT: Kalite Temsilcisi

HYGG: Hastane Yönetim Gözden Geçirme Toplantısı

5. Uygulama

5.1. Süreç hedeflerinin belirlenmesi:

5.1.1. OE-BKYS süreçleri aşağıdaki şemada gösterilmiştir.



HAZIRLAYAN:

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:

ONAYLAYAN:

KALİTE SİSTEM SORUMLUSU

KALİTE TEMSİLCİSİ

BAŞHEKİM/ENSTİTÜ MÜDÜRÜ



SÜREÇLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No: OE-SİOS-PR-001
İlk Yayın Tarihi :26.05.2017
Revizyon No :002
Revizyon Tarihi :14.11.2018
Sayfa No : 2 / 3

5.1.2. OE süreçlerinin etkinlik ve verimliliği; sürece spesifik, ölçülebilir, ulaşılabilir, gerçekçi ve belirli bir zaman aralığında tanımlanmış hedefler ve performans indikatörleri aracılığıyla izlenir.

5.1.3. Bu parametrelerin bilgilendirici, basit, anlaşılır ve eyleme dökülebilir olmasına, hedef ve indikatör izleminin sürece değer katmasına özen gösterilir.

5.1.4. Bu parametrelerin belirlenmesi sırasında, verilerin izlenmesini sağlayacak kayıt ortamlarının varlığı mutlaka göz önünde bulundurulur. Uygun kayıt ortamı yoksa oluşturulur.

5.1.5. Süreç hedef ve indikatörleri, “**Süreç Planları**” ile dokümante edilir.

5.1.6. Süreç hedefleri, belirlenen periyodlarla analiz edilir, yorumlanır ve raporlanır. Bu detaylar 5.3. maddesinde belirtilmiştir.

5.1.7. Süreç hedeflerine ulaşma durumu ve indikatörlerin gösterdiği eğilim, her HYGK toplantısında gündem maddesi olarak ele alınır, gerekirse parametreler güncellenir.

5.1.8. Olağanüstü durumlarda (veri izlemede karşılaşılan aşılamayacak sorunların varlığında, hedefin mevzuat/fonksiyon değişikliği vb nedenlerle geçerliliğini yitirmesi durumunda, sürecin yeniden planlandığı durumlarda, vb...) HYGK beklenmeksizin hedef ve indikatörler gözden geçirilebilir ve yeniden tanımlanabilir.

5.2. İzleme Ölçme Periyotları:

5.2.1. Süreç hedefleri ve indikatörler yıllık olarak belirlenir ve aylık periyodlarla izlenir.

5.2.2. Uzun döneme yayılarak izlem gerektiren hedef ve indikatörlerde izlem periyodu, en fazla 1 yıllık olarak belirlenir, bu durum süreç planında belirtilir.

5.3. Hedef ve İndikatörlere İlişkin Verilerin Toplanması, Analizi ve Raporlanması:

5.3.1. Süreç planlarında belirlenen hedef ve indikatör verilerinin toplanmasını sağlama sorumluluğu ilgili süreç/birim sorumlularına ve Kalite Birimine aittir.

5.3.2. Belirlenen her bir indikatör için kalite birimi tarafından “**İndikatör Kartı Formu**” oluşturulur ve aylık dönemlerde veri girişi yapılır.

5.3.3. Belirlenen hedef ve indikatörlere ilişkin veriler, Kalite Birimi/süreç çalışanları tarafından toplanır. Toplanan veriler “**Hedef/İndikatör Analiz Formu**” na kaydedilir ve Kalite Birimi tarafından analizi yapılır.

5.3.4. Analiz sonuçları “**Hedef/İndikatör İzlem Formu**” ile süreç sorumlularına ve yönetime raporlanır.

5.3.5. İndikatörler ve hedefler ayda bir süreç sorumlularına e-posta yoluyla raporlanır, üst yönetime raporlama yılda bir kez yapılır.

HAZIRLAYAN:

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:

ONAYLAYAN:

KALİTE SİSTEM SORUMLUSU

KALİTE TEMSİLCİSİ

BAŞHEKİM/ENSTİTÜ MÜDÜRÜ



SÜREÇLERİN İZLENMESİ VE ÖLÇÜLMESİ PROSEDÜRÜ

Doküman No: OE-SİOS-PR-001
İlk Yayın Tarihi :26.05.2017
Revizyon No :002
Revizyon Tarihi :14.11.2018
Sayfa No : 3 / 3

5.3.6. Süreç sorumluları tarafından onaylanan “**Hedef/İndikatör İzlem Formları**” Kalite Birimi’nde arşivlenir.

5.3.7. Gerektiğinde ilgili birim/ süreç sorumluları tarafından “**Düzeltilici Önleyici Faaliyet Prosedürü**” uyarınca DÖF açılır.

5.3.8. Süreç performanslarının durumu HYGG toplantılarında gündem maddesi yapılır ve bunlara ilişkin görüşler, toplantı tutanakları ile kayıt altına alınır.

6. İlgili Dokümanlar:

- 6.1. Süreç Planları
- 6.2. İndikatör Kartı Formu
- 6.3. Hedef/İndikatör Analiz Formu
- 6.4. Hedef/İndikatör İzlem Formu
- 6.5. Düzeltilici Önleyici Faaliyet Prosedürü
- 6.6. YGG Toplantı tutanakları

HAZIRLAYAN:

GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN:

ONAYLAYAN:

KALİTE SİSTEM SORUMLUSU

KALİTE TEMSİLCİSİ

BAŞHEKİM/ENSTİTÜ MÜDÜRÜ