1. Amaç

OE, OE-BKYS' nin uygunluğunu, etkinliğini ve sürekli iyileştirmelerin yapılabileceği yerleri değerlendirmek için uygun verileri belirler, toplar ve analiz eder. Bu prosedür, bu verilerin belirlenmesi, toplanması ve analizi konusunda yöntem belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

2. Kapsam

Bu prosedür; izleme ve ölçme sonuçlarından elde edilen ve ilgili diğer kaynaklardan gelen verileri kapsar.

3. Sorumlular

Bu prosedürün uygulanmasının kontrolünden Kalite Temsilcisi, verilerin zamanında girilmesinden veri sağlayan tüm çalışanlar, verilerin erişilebilir olması ve sağlıklı iletiminden süreç yöneticileri ve ilgili çalışanlar, verilerin zamanında toplanmasını, analiz edilmesini ve raporlanmasını takip etmekten Kalite Sistem Sorumlusu, zamanında analiz edilip raporlanmasından Veri Çekme Elemanı ve Kalite Birimi çalışanları sorumludur.

4. Tanimlar ve Kısaltmalar

OE: Onkoloji Enstitüsü

KT: Hastane Kalite Temsilcisi

OE-BKYS: OE Bütünleşik Kalite Yönetim Sistemi

5. Uygulamalar

5.1. Toplanacak verilerin ve veri toplama yönteminin belirlenmesi:

5.1.1. OE-BKYS kapsamında aşağıdaki kategorilerde bilgileri içeren veriler toplanır:

A. Hizmet alan kişi ve kuruluşların memnuniyeti, şikayetleri ve önerilerine ilişkin veriler,

B. Çalışanların memnuniyetleri ve önerilerine ilişkin veriler,

C. Onkoloji Enstitüsü ile çalışan tedarikçilerin performanslarına ilişkin veriler,

D. Düzeltici önleyici faaliyet sonuçlarına ilişkin veriler,

E. Olay bildirim verileri,

F. Süreç hedefleri ve performans indikatörlerine ilişkin veriler,

G. Üst yönetimce belirlenen diğer veriler.

H. Klinik kalite verileri

5.1.2. Verilerin hangi sıklıkta, kim tarafından, hangi kayıt ortamlarından yararlanarak toplanacağı, hangi sıklıkta analiz edileceği, hangi sıklıkta hangi makama raporlanacağı ya da iletileceği **"Veri**

Yönetim Çizelgesi" ile belirlenir. Veri toplama yöntemi, uygulayıcıların iş akışlarını en az kesintiye uğratacak şekilde tasarlanır.

5.1.3. H kategoride takip edilen klinik kalite verileri, klinik kalite iyileştirme komitesi tarafından **"Klinik Kalite İyileştirme Komitesi Çalışma Prosedürü"** nde belirtilen şekilde takip edilir.

5.1.4. Veri toplama yönteminin ne kadar sağlıklı olduğunu doğrulayabilmek amacıyla, yöntem test edilir. Her bir veri, uygulama öncesi daha kısa peryodlarla, küçük ve kolay ulaşılabilir birimlerden toplanır ve yöntem, uygulayıcılardan alınan geri bildirimler doğrultusunda gerekirse modifiye edilir/uyarlanabilir. Yöntemin, veriye kaynak oluşturan her birimde aynı işlerlikte yürüyebileceği de test edildikten sonra, yöntem uygulamaya konur.

5.1.5. Verilerin, digital ortamda saklanabilen ve yine digital olarak erişilebilen veriler olması sağlanmaya çalışılır.

5.1.6. Toplanan verilerin güvenilirliğini sağlamak amacıyla, ilgili birim çalışanları (verinin girilmesinden sorumlu kişiler), veri girişine özen göstermeleri konusunda birincil amirleri ya da gerektiğinde Kalite Birimi tarafından bilgilendirilirler.

5.1.7. Eğer veri, veriyi giren birim tarafından analiz edilmeyecekse, **"Veri Yönetim Çizelgesi"**nde belirtilen sıklıklarla, Kalite Birimi tarafından birimlerden toplanır.

5.2. Verilerin analizinde amaca uygun istatistik yöntemleri ve diğer teknikler seçilir ve uygulanır.

5.3. Veri analizi sonuçları Kalite Birimi tarafından **"Veri İzlem Çizelgesi"**ne kaydedilir.

5.4. Analiz sonuçları, ilgili süreç/birim sorumluları, ilgili kurullar ve üst yönetim ile paylaşılır ve değerlendirilir.

5.5. Değerlendirme sonuçları doğrultusunda iyileştirme ihtiyacı tespit edilirse **"Düzeltici Önleyici Faaliyet Prosedürü"** uyarınca iyileştirmeler planlanır ve uygulanır. Başlatılan DÖF **"Veri İzlem Çizelgesi"**ne kaydedilir.

6. İlgili Dokümanlar

6.1. Veri Yönetim Çizelgesi

6.2. Veri İzlem Çizelgesi

6.3. Klinik Kalite İyileştirme Komitesi Çalışma Prosedürü

6.4. Düzeltici-Önleyici Faaliyet Prosedürü

HAZIRLAYAN	GÖZDEN GEÇİREN/KONTROL EDEN	ONAYLAYAN
KALİTE SİSTEM SORUMLUSU	KALİTE TEMSİLCİSİ	BAŞHEKİM/ENSTİTÜ MÜDÜRÜ