	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	GR.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
	<b>GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ TALİMATI</b>	REVİZYON NO:	01
		REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2016
		SAYFA NO:	1 / 4

**1. AMAÇ:** Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) ve hukuka yansımış istenmeyen olayların bildirilmesi, raporlanması, incelenmesi ve analiz edilmesinde izlenecek yolları belirlemek, bu risklerin azaltılması için stratejiler geliştirmektir. Ayrıca hastanemiz çalışanlarının dikkatini olayların altında yatan nedenlere çekerek, hastanenin sistem ve işleyişinde gerekli değişikliklerin yapılmasını ve benzer hataların oluşma riskinin azaltılmasını sağlamaktır.

**2. KAPSAM:** Bu talimat hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) ve hukuka yansımış istenmeyen adli olayları kapsar.

### 3. KISALTMALAR:

**KNA:** Kök Neden Analizi

**KYB:** Kalite Yönetim Birimi

### 4. TANIMLAR:

**İstenmeyen Olay:** Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya sağlık hizmeti verilen kuruluştaki bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır. İstenmeyen olaylar aşağıda örnekleriyle verilmiştir, ancak bunlarla sınırlı değildir:

- Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; kısıtlamalara bağlı istenmeyen yaralanmalar, tedavilerin gecikmesi / ertelenmesi, intiharlar, ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, transfüzyon güvenliği, tesis güvenliği, düşmeler, radyasyon güvenliği, bilgi güvenliği gibi konularda gelişebilir.
- Çalışan güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; kesici delici alet yaralanması, tesis güvenliği, radyasyon güvenliği, mesleki enfeksiyonlar, kan ve vücut sıvıları ile temas gibi konularda gelişebilir.


**Ramak Kala Olay:** Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olayları ifade eder.

**Kök Neden Analizi:** Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizi, gerçek sebeplerin tespit edilmesine yönelik yapılan çalışmalardır. Yaşanan problemlerin görünen nedenlerini ortadan kaldırmak yerine kalıcı bir şekilde çözüm üretmeye odaklanan bir süreç uygulamasıdır.

#### **Efektif Kök Neden Analizinde Anahtar Noktalar:**

- KNA çalışmasına tüm ilgili taraflar dâhil edilir.
- KNA ekibi, ilgili ekip üyelerini, KNA süreci konusunda bilgi sahibi olan kişileri ve olay ya da süreç hakkında uzmanlık bilgisi olan kişileri de kapsayacak şekilde toplanmalıdır.
- Tüm ekip üyeleri direkt olarak olay ya da sürecin içindedirler ya da organizasyonel sürece aşinadırlar.
- Bir KNA'yı yönetmek için aşağıdaki kurallara uyulmalıdır:
  - Olayı bir bütün çerçevesinde araştırılmalıdır.
  - Olayın nasıl oluştuğunu tartışılmalıdır.
  - Olayın sıklığını belirleyelim.
  - Olayların sıklığındaki sapmayı tanımlamak için Olayda istenmeyen etkiye katkısı olan oluşumlarla, ideal olan durumun arasındaki boşluğun potansiyel nedenlerini açığa çıkaran neden ve sonuç diagramlarını kullanalım.
  - Fonksiyonunu yerine getirmede başarısız olan engelleri veya var olmayan güvensiz uygulamaları tanımlayalım.
  - Bu tür olayların gelecekte nasıl önlenebileceğini tartışalım.
  - Ekibin tüm görüşlerini bir araya getirin ve mantıklı bir fikir kümesi oluşturalım.
  - Bir aksiyon planı oluşturalım.
  - Riskleri azaltmak için uygulanabilir değişiklikleri tanımlayalım.

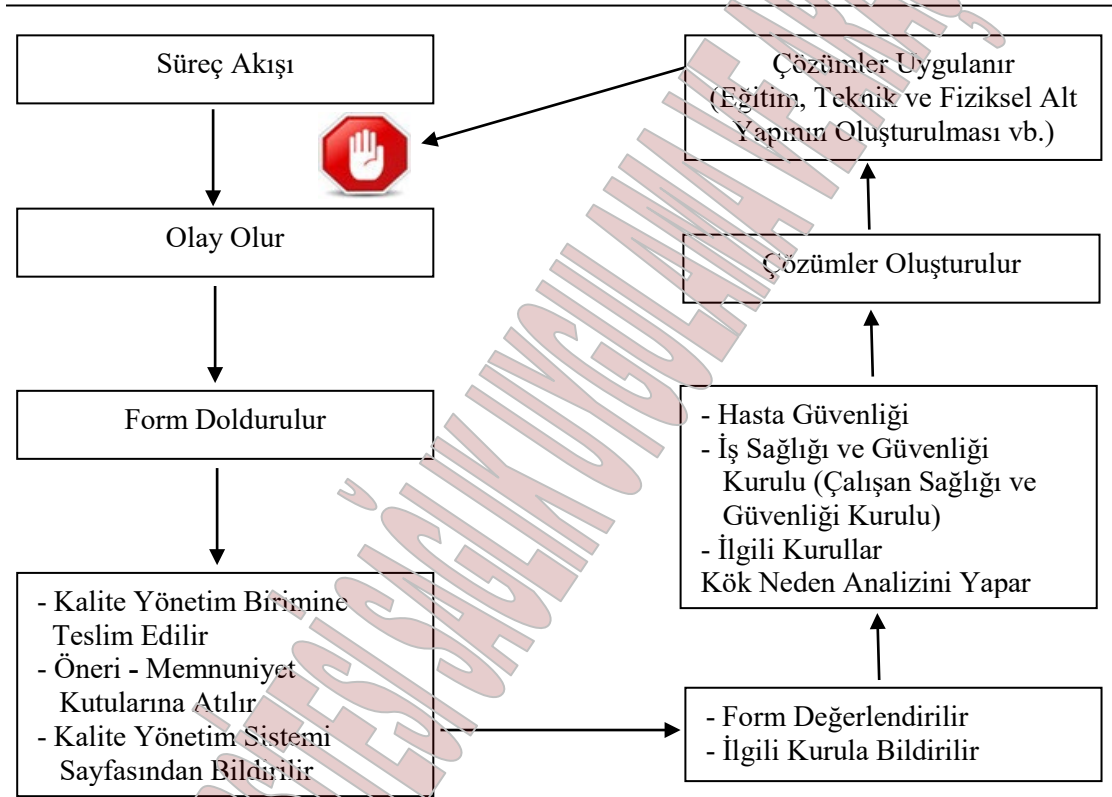
<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>BAŞMÜDÜR</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
---------------------------------------	---	--------------------------------------

	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	GR.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
	<b>GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ TALİMATI</b>	REVİZYON NO:	01
		REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2016
		SAYFA NO:	2 / 4

- Bu değişikliklerin uygulanmasından kimlerin sorumlu olacağını belirleyelim.
- Uygulamanın ne zaman gerçekleşeceğini belirleyelim.
- Benzer hataların gelecekte oluşmaması için iyileştirmeleri standartlaştıralım.

**5. SORUMLULAR:** Tüm Çalışanlar, Birim Sorumluları, Kalite Yönetim Birimi Çalışanları ve Kurullar, analiz ve raporlama süreçlerinden Kalite Yönetim Birimi Çalışanları, ilgili Kurullar ve Üst Yönetim sorumludur.

**Tablo: 1 - Güvenlik Raporlama Sistemi İş Akış Şeması**



## 6. FAALİYET AKIŞI:

### 6.1. Güvenlik Raporlama Sistemi formlarında asgari;


- Olayın konusu
- Olayın anlatılması
- Olaya ilişkin varsa görüş ve öneriler başlıkları bulunmalıdır.

6.2. Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden veya edebilecek her türlü gerçekleşen, oluşmadan önce fark edilen (ramak kala) ve / veya hukuka yansımış istenmeyen olayların bildiriminde "Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu" kullanılır.

### 6.3. Güvenlik Raporlama Sistemi formu;

- Bildirimin yapıldığı tarih
- Olayın konusu
- Olayın anlatılması
- Olaya ilişkin varsa görüş ve önerileri içerecek şekilde eksiksiz olarak doldurulur.

HAZIRLAYAN: BAŞMÜDÜR	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
-------------------------	---	------------------------

	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	GR.TL.01
		YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
	<b>GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ TALİMATI</b>	REVİZYON NO:	01
		REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2016
		SAYFA NO:	3 / 4

6.4. Eksiksiz bir şekilde doldurulan formlar Kalite Yönetim Birimine teslim edilebileceği gibi, öneri - memnuniyet kutularına da atılabilir veya Kalite Yönetim Sistemi sayfasından giriş yapılarak bildirimde bulunulabilir, böylece çalışan mahremiyeti gözetilmiş ve gizlilik ilkesi de uygulanmış olur.

6.5. Kalite Yönetim Birimi tarafından formlar değerlendirilir.

6.6. Raporlama sürecinde ilgili kullanıcının gizlilik yönünde talebi olması durumunda, özellikle raporlama ve raporların paylaşılması aşamalarına yönelik gizlilik ilkesi uygulanır.

6.7. Kalite Yönetim Birimi çalışanları tarafından Güvenlik Raporlama Sistemi formları bilgisayar ortamında kaydedilir ve her bir forma sayı numarası verilir. Gizlilik talebi olan formların çıktıları alınır böylelikle çalışanın el yazısından tanınma riski ortadan kalkar ve çalışan mahremiyeti gözetilmiş ve gizlilik esasına göre hareket edilmiş olur.

6.8. Bildirimi yapılan olayın konusuna / özelliğine göre sayı numarası verilen formlar hastanede çalışan “Hasta Güvenliği Kurulu”, “İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu (Çalışan Sağlığı ve Güvenliği Kurulu)” ve / veya ilgili kurullara gönderilir ve ilgili kurullar ve / veya sorumluları olayı incelemeye alır, olayın sebep ve sonuçlarını araştırarak değerlendirilir ve olay bazında kök neden analizlerini yapar.

6.9. Kök neden analizi yapılan olaylar hakkında yapılan düzeltici - önleyici çalışmalar hakkında düzenlemeler yapılır. Gerçekleştirilen düzeltici - önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilir.

6.10. Yapılan bildirimlerden elde edilen çalışmalar, çalışanlar ile eğitim ortamında paylaşılır (Tablo 1)

6.10. Güvenlik Raporlama Sistemi ile ilgili eğitimler tüm kurum çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanır.

6.11. Eğitimler aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- Güvenlik Raporlama Sisteminin amacı, önemi ve sorumluluklar
- Sistemin, çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik kurgulanmış yapısı,
- Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amacının vurgulanması,
- Güvenlik Raporlama Sisteminde hangi olayların bildirim kapsamında ele alınacağı,
- Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik,
- Örnek olaylar üzerinden, bildirim formlarının nasıl doldurulacağı,
- Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi

6.11. Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri Kalite Yönetim Birimi tarafından düzenli aralıklarla tekrarlanır, raporlanır ve üst yönetim ile birlikte değerlendirilir.

6.13. Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınır, düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulur.

## 7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

7.1. Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu

7.2. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

7.3. Sağlıkta Kalite Standartları

7.4. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

HAZIRLAYAN: BAŞMÜDÜR	KONTROL EDEN: KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN: BAŞHEKİM
-------------------------	---	------------------------



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK  
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ  
TALİMATI**

DOKÜMAN KODU:	GR.TL.01
YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
REVİZYON NO:	01
REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2016
SAYFA NO:	4 / 4

Güvenlik Raporlama Sistemine Bildirim Yapılabilecek Örnek Olaylar		
HASTA GÜVENLİ	İLAÇ GÜVENLİĞİ	Yanlış İlaç İstenmesi
		Yanlış İlaç Uygulanması
		İlacın Yanlış Yolla Uygulanması
		İlacın Yanlış Zamanda Uygulanması
		Eczaneden Yanlış İlaç Gelmesi
		Eczaneden İlaçların Uygun Şartlarda Gelmemesi
		Kayıtların Yanlış Olması
Tedavilerin Gecikmesi / Ertenmesi		
Diğer.....		
TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ	Hasta Kimlik Doğrulamasının Yapılmaması	
	Yanlış Kan ve / veya Kan Ürünü	
	Kan ve / veya Kan Ürününün Yanlış Etiketlenmesi	
	Kan ve / veya Kan Ürününün Uygun Olmayan Depolanması	
	Transfüzyon Sırasında Uygun Takip Yapılmaması	
	Uygulama Sonrası Reaksiyon Gelişmesi	
Diğer.....		
CERRAHİ GÜVENLİK	Hasta Kimlik Doğrulamasının Yapılmaması	
	Ameliyat Taraf İşaretleme Yapılmaması	
	Yanlış Taraf / Organ Cerrahisi	
	Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Yanlış Doldurulması	
	Cerrahi İşlem Sırasında Oluşan İstenmeyen Olayların Gerçekleşmesi (Yanık Gelişmesi vb.)	
	Diğer.....	
DÜŞMELER	Hastanın Düşme Riski Skorunun Değerlendirilmemesi	
	Düşme Riskine Göre Gerekli Önlemlerin Alınmaması	
	Hasta ve Refakatçilere Eğitim Verilmemesi	
	Hastanın Yataktan / Sedyeden - Banyoda vb. Düşmesi	
	Düşme Sonrası Yapılması Gerekenlerin Yapılmaması	
KISITLAMALAR	Kısıtlamaya Bağlı İstenmeyen Yaralanmalar	
DİĞER	İntiharlar	
ÇALIŞAN GÜVENİĞİ	KESİCİ - DELİCİ ALET YARALANMALARI	Kesici - Delici Alet Yaralanmalarında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanılmaması
		Kontamine Alet veya Kan Yolu İle Bulaşan Enfeksiyonu Olan Hastadan Kontamine Alet İle Yaralanma Durumunda Bildirim Yapılmaması
		Kesici - Delici Alet Yaralanmalarında Bildirim Yapılmaması
		Hastadan Örnek Alma Sırasında İğne Batması
		Ameliyat Sırasında Bisturi Batması
		Laboratuvarda Lam / Lamel Batması
		Hastaya Kateter Takma Sırasında Kateter Batması
		Kesici - Delici Alet Kutularının Aşırı Doldurulması
		Tıbbi Atık Poşetlerinin Taşınması Sırasında Kesici - Delici Alet Batması
	Diğer.....	
KAN VE VÜCUT SIVILARINA MARUZ KALMA	Hastaya Müdahale Sırasında Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçraması	
Diğer.....		

**HAZIRLAYAN:  
BAŞMÜDÜR**

**KONTROL EDEN:  
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:  
BAŞHEKİM**