 ERCIYES ÜNİVERSİTESİ HASTANELERİ 1975	<b>ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	İO.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
	<b>İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ PROSEDÜRÜ</b>	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2020
		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 prosedür 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 araştırılmalı.
  - Olayın nasıl oluştuğunu tartışılmalı.
  - 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.

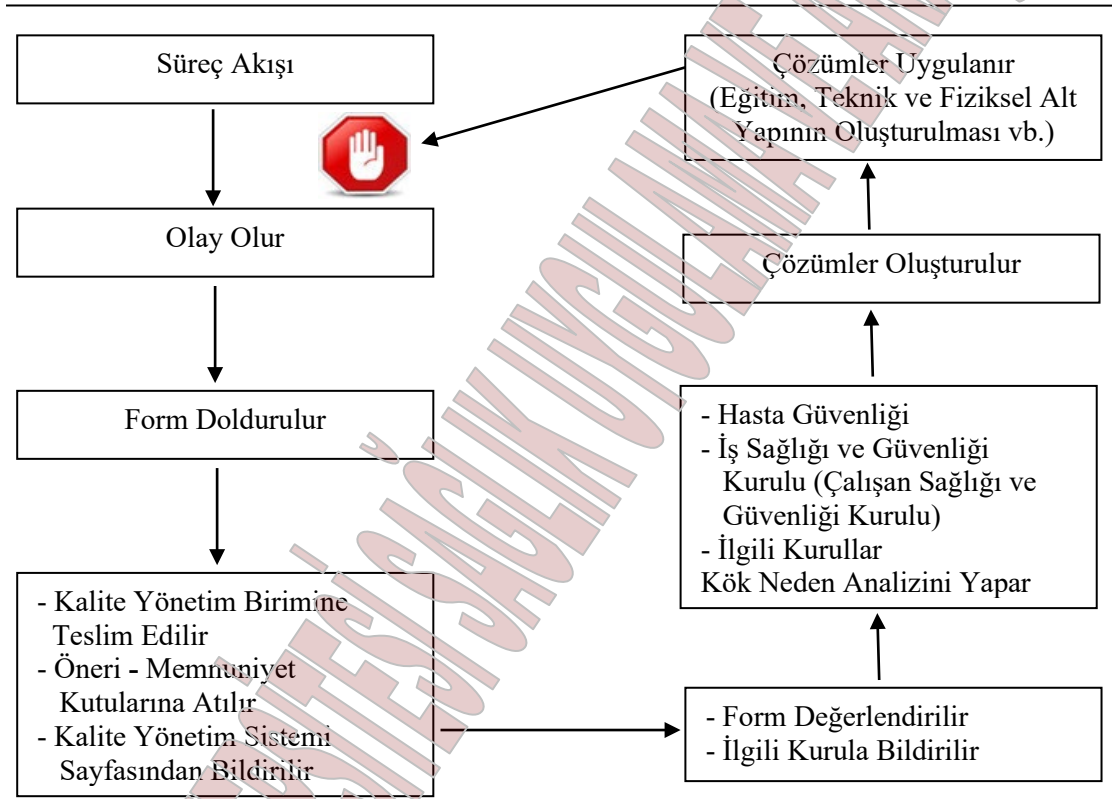
<b>HAZIRLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM YARDIMCISI</b>	<b>KONTROL EDEN:</b> <b>KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ</b>	<b>ONAYLAYAN:</b> <b>BAŞHEKİM</b>
--	---	--------------------------------------

 <b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b> <b>İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ PROSEDÜRÜ</b>	<b>DOKÜMAN KODU:</b>	<b>İO.PR.01</b>
	<b>YAYIN TARİHİ:</b>	<b>KASIM 2014</b>
	<b>REVİZYON NO:</b>	<b>02</b>
	<b>REVİZYON TARİHİ:</b>	<b>TEMMUZ 2020</b>
	<b>SAYFA NO:</b>	<b>2 / 4</b>

- 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 - İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi İş Akış Şeması**



## 6. FAALİYET AKIŞI:

**6.1.** İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi formlarında asgari;


- Olayın konusu
- Olayın gelişim süreci
- 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 kaza) ve / veya hukuka yansımış istenmeyen olayların bildiriminde “İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Formu” kullanılır.

**6.3.** İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi formu;

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

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

	<b>ERCİYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ</b>	DOKÜMAN KODU:	İO.PR.01
		YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
	<b>İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ PROSEDÜRÜ</b>	REVİZYON NO:	02
		REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2020
		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 İstenmeyen Olay Bildirim 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. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitimler tüm kurum çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanır.

6.11. Eğitimler aşağıdaki konuları kapsamalıdır:

- İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin amacı, önemi ve sorumluluklar,
- Sistemin yapısı,
- Çalışanlar açısından bildirimlerin gizliliği ve güvenliği,
- Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme kültürü,
- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi kapsamında yer alan istenmeyen olaylar,
- Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar,
- Bildirim formlarının nasıl doldurulacağı,
- Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi,
- İstenmeyen olayların meydana gelmesi durumunda hasta ve hasta yakınının nasıl bilgilendirileceği

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. İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi Formu

7.2. Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği

7.3. Sağlıkta Kalite Standartları

7.4. Sağlık Hizmeti Kalitesinin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik

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



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK  
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ  
PROSEDÜRÜ**

DOKÜMAN KODU:	İO.PR.01
YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
REVİZYON NO:	02
REVİZYON TARİHİ:	TEMMUZ 2020
SAYFA NO:	4 / 4

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine Bildirim Yapılabilecek Örnek Olaylar		
<b>HASTA GÜVENLİ</b>	<b>İLAÇ GÜVENLİĞİ</b>	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.....
	<b>TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ</b>	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.....
	<b>CERRAHİ GÜVENLİK</b>	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.....
	<b>DÜŞMELER</b>	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
	<b>KISITLAMALAR</b>	Kısıtlamaya Bağlı İstenmeyen Yaralanmalar
	<b>DİĞER</b>	İntiharlar
	<b>ÇALIŞAN GÜVENİĞİ</b>	<b>KESİCİ - DELİCİ ALET YARALANMALARI</b>
<b>KAN VE VÜCUT SIVILARINA MARUZ KALMA</b>		Hastaya Müdahale Sırasında Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçraması

**HAZIRLAYAN:  
BAŞHEKİM YARDIMCISI**

**KONTROL EDEN:  
KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ**

**ONAYLAYAN:  
BAŞHEKİM**