



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



### 1. AMAÇ:

Bu prosedürün amacı, hastaya ve/veya çalışana zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını engellemektir.

### 2. KAPSAM:

Bu prosedür, hastanemizden hizmet alan hastaları ve tüm çalışanları kapsar.

### 3. TANIMLAR:

**İstenmeyen Olay:** Hasta, hasta yakını, çalışanların ve/veya hastanede bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır.

**Ramak Kala Olay:** Hastanede hasta ve çalışan güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen olayları ifade eder.

**Hasta Güvenliği İle İlgili İstenmeyen Olaylar:** İlaç güvenliği, cerrahi güvenlik, transfüzyon güvenliği, tesis güvenliği, düşmeler, radyasyon güvenliği, bilgi güvenliği gibi konularda gelişebilir.

**Çalışan Güvenliği İle İlgili İstenmeyen Olaylar:** Kesici delici alet yaralanması, tesis güvenliği, radyasyon güvenliği, mesleki enfeksiyonlar, kan ve vücut sıvıları ile temas gibi konularda gelişebilir.

**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.

### 4. SORUMLULAR:

Bu prosedürün uygulanmasından tüm sağlık çalışanları, analizinden ve iyileştirme sürecinden ilgili komiteler, takibi ve idaresinden Başhekim, Kalite Direktörü, İdari Ve Mali Hizmetler Müdürü, Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü sorumludur.

### 5. FAALİYET:

#### 5.1. İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEM SÜRECİ

- Hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden veya edebilecek her türlü gerçekleşen veya oluşmadan önce fark edilen (ramak kala) olayların bildiriminde İstenmeyen Olay Bildirimi yapılır.
- Bildirim HBYS üzerinden direkt Hata Sınıflandırma Sistemi (SB) ve Hata Sınıflandırma Sistemi şikkı seçilerek Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemine (GRS) ve Hastanemiz Kalite Yönetim ve/veya Çalışan Güvenliği (İSG) Birimine yapılır.

#### ➤ Bildirim Sisteminde Temel Kurallar:

- Bildirim formunda yer alan “ uygunsuzluğun tanımı” bölümünün doldurulması zorunlu olup diğer iki bölümün doldurulması ise ihtiyaridir.

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İÖ.PR.01	02.06.2022	02	17.07.2024	1 / 14



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ

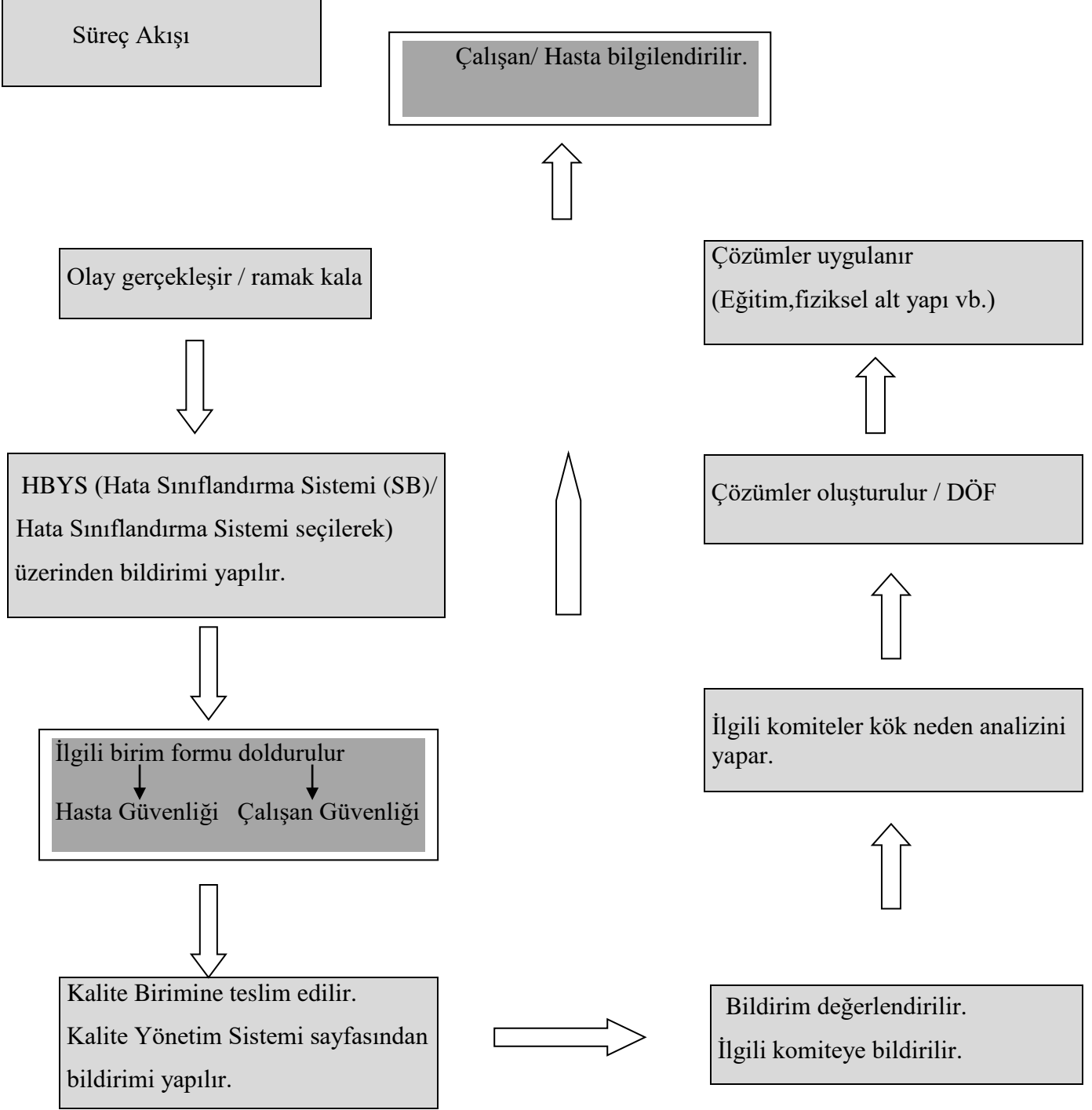


- Bildirim formları;
  - ✓ Olayın konusu
  - ✓ Olayın gelişim süreci
  - ✓ Olaya ilişkin görüş ve önerileri içerir.
- Çalışanlar, personel ve hasta isminden bağımsız olarak sadece olayın konusu ve olaya ilişkin bilgilere yer vermelidir.
- Olay ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri için herhangi bir tanımlayıcı kullanılmamalıdır.
- Forma, olayın gerçekleştiği bölüm veya birim ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri yazılmamalıdır.
- Bildirim sürecinde, çalışanın kimliği saklı tutulacak şekilde düzenleme yapılır.
- Bildirim formları, kurallara uygunluk açısından Kalite Yönetim Birimi tarafından değerlendirilir.
- Hasta ve çalışanın isminin yer aldığı ve/veya tanımlayıcı bulunan formlar değerlendirmeye alınmaz
- Olayın gerçekleştiği bölüm veya birim ismi ile olayın olduğu tarih ve saat bilgileri yer alan formlar değerlendirmeye alınmaz.
- Kalite Yönetim Birimince kurallara uygun gönderilen bildirimler ilgili komitelere iletilir.
- Olay, bildirim yapanın kendi cümleleri ile anlatılmalıdır.
- Kalite direktörlüğü;
  - İstenmeyen olay bildirim sistemine ilişkin süreçleri yönetir.
  - Risk yönetimine ilişkin süreçleri yönetir.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>İO.PR.01</i>	<i>02.06.2022</i>	<i>02</i>	<i>17.07.2024</i>	<i>2 / 14</i>



## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SÜRECİ



Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İO.PR.01	02.06.2022	02	17.07.2024	3 / 14



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



### 5.2. BİLDİRİMİ YAPILACAK OLAYLAR:

Sağlıkta Hastane Kalite Standartlarında (SHKS) Hasta Güvenliği ve Çalışan Güvenliği kapsamında bildirim yapılacak istenmeyen olaylar:

- Hasta Güvenliği
- İlaç Güvenliği
- Cerrahi Güvenlik
- Laboratuvar güvenliği
- Transfüzyon Güvenliği
- Tesis güvenliği
- Düşmeler
- Radyasyon güvenliği
- Bilgi güvenliği
- Kesici Delici Alet Yaralanmaları
- Mesleki enfeksiyonlar
- Kan ve Vücut Sıvıları ile Temas
- Bunların dışında hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden diğer benzer olaylarda da Güvenlik Raporlama Sistemi kapsamında bildirim yapılır.

### 5.3. HASTA GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN İSTENMEYEN OLAYLAR

Hasta güvenliği ile ilgili yaşanan istenmeyen olaylarda hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi; Hasta güvenliğini olumsuz etkileyen istenmeyen olayların meydana gelmesinde, hastanın primer hekimi ve gerekirse Başhekim tarafından bilgilendirilir.

#### 5.3.1. HASTA GÜVENLİĞİ

- Bina yapısı ile ilişkili olan hatalar
- Cihaz / ekipman / sistem kaynaklı hatalar
- Tıbbi kayıt ve klinik değerlendirme hataları
- İletişim hataları
- Bakım, teşhis ve tedavi sürecine ilişkin hatalar
- Hasta / refakatçi kaynaklı hatalar
- Kan ve kan transfüzyonuna ilişkin hatalar
- Nutrisyona ilişkin hatalar

#### 5.3.2. İLAÇ GÜVENLİĞİ

- **Muhafaza (Depolama Koşulları)**
- Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İO.PR.01	02.06.2022	02	17.07.2024	4 / 14



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



- İlk gelen ilk çıkar (FİFO) kuralı ihlali
- Işık maruziyeti
- Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
- Pediatrik dozların aynı rafta olması
- Kritik stok seviyesinin hatalı kontrolü
- Miat ve kritik stok seviyesi uyarı sisteminin hatalı olması
- Yüksek riskli ilaçların tanımlanmaması
- Psikotrop narkotik ilaçların tanımlanmaması
- İlaçların çalınması
- İlacın kaybolması
- Miadı dolmuş ilaç

### ➤ İlaç İstemi İle İlgili Yanlış İlaç İstenmesi

- Elektronik ekranda yanlış ilaç seçimi
- Yanlış tedavi yazılması
- Kontrendike ilaç yazılması
- İlaç adında kısaltma kullanımı
- Okunaksız el yazısı
- Hatalı doz istemi
- Sözel istemin yanlış anlaşılması
- Sözel istemin yazılı hale getirilmemesi
- İletişim eksikliği

### ➤ İlaç Hazırlama İle İlgili

- Doktor isteminin yanlış yorumlanması
- Yanlış hazırlanması
- İlaçların yanlış paketlenmesi
- İlaçların yanlış etiketlenmesi
- Hastanın yanında getirdiği ilaçların tanımlanmaması
- El hijyeni uygulanmaması
- İlaç geçimsizliği
- İlacın yanlış teknikle hazırlanması
- Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
- Hazırlanan ilaçların yanlış etiketlenmesi
- Doktor istemi dışında ilaç uygulanması

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İO.PR.01	02.06.2022	02	17.07.2024	5 / 14



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



- Yetki dışında ilaç uygulanması
- Bozulmuş ilaç uygulanması
- Hasta başında ilaç bulundurulması
- İlacın kullanımı hakkında hastaya yanlış bilgi verilmesi
- İlacın kullanımı hakkında hastaya bilgi verilmemesi
  - **İlaç transferi ile ilgili**
- Hazır ilaçların yanlış hastaya gönderilmesi
- Yanlış zamanda ilaç dağıtılması
- Eczaneden yanlış ilaç transferi
  - **İlaç uygulama ile ilgili**
- El hijyeni uygulanmaması
- Sterilizasyon/dezenfeksiyon kurallarına uyulmaması
- Yanlış hasta
- Yanlış ilaç
- Yanlış doz (Aşırı / Yetersiz)
- Yanlış farmasötik form
- Yanlış zaman
- Yanlış teknik
- Geçimsiz ilaçların aynı anda uygulanması
- Doz atlama
- Mükerrer ilaç verme
- Yanlış uygulama süresi (Enjeksiyon / İnfüzyon)
  - **İlaç uygulama sonrası ile ilgili**
- İlaç uygulama sonrası el hijyeni uygulanmaması
- İlaç uygulamasının kayıt altına alınmaması
- İlaç uygulama sonrası atıkların ortamdaki uzaklaştırılmaması
- İlaç uygulaması sonrasında gözlem yapılmaması
- Advers etki (Yönetiminin tanımlanmaması / bildirim yapılmaması)
- İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşiminin gözlenmemesi

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>İÖ.PR.01</i>	<i>02.06.2022</i>	<i>02</i>	<i>17.07.2024</i>	<i>6 / 14</i>



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



### 5.3.3. CERRAHİ GÜVENLİK

#### ➤ Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı

- Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi / işaretlemenin kontrol edilmemesi
- Pre-op açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi
- Ameliyat bölgesinin traşının yapılmamış olması
- Makyaj, protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığıının teyit edilmemesi
- Ameliyat öncesi özel işlemin (lavman uygulaması vb.) atlanması
- Ameliyat için gerekli malzeme, kan/kan ürünlerinin tedarik kontrolünün yapılmaması
- Tetkik ve tahlillerin hasta yanında olduğunun kontrol edilmemesi
- Hasta rızasının alınmaması / kontrol edilmemesi

#### ➤ Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü

- Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
- Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi
- Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi
- Teslim sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmemesi

#### ➤ Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı

- Ameliyat odasının ve ameliyat masasının temizliğinin uygun olmaması
- Anestezi cihaz ve ekipmanlarının kontrol edilmemesi
- Kalibrasyon/bakım eksikliğinden kaynaklanan ekipman arızası
- Prizlerin kesintisiz güç kaynağına bağlı olduğunun kontrol edilmemesi
- Partikül ölçümlerinin yapılmaması/kontrol edilmemesi
- Oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu/kontrol edilmemesi
- Tıbbi gaz sisteminin kontrol edilmemesi

#### ➤ Ameliyat Öncesi Hazırlık ve Kontroller

- Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
- Hasta rızasının kontrol edilmemesi
- Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi
- Pulseoksimetre cihazının hasta üzerinde olmaması/ kontrol edilmemesi
- Alerji durumunun değerlendirilmemesi
- Kan transfüzyonu gerekliliğinin değerlendirilmemesi
- İhtiyaç duyulabilecek görüntüleme cihazlarının kontrol edilmemesi
- Anestezi risklerinin değerlendirilmemesi

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İO.PR.01	02.06.2022	02	17.07.2024	7 / 14



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



### ➤ Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller

- Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
- Ekip üyelerinin kendini tanıtmaması
- Cerrahi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
- Anestezi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
- Malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi. Gerekli cerrahi profilaksinin uygulanmaması
- Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi
- Antikoagülan kullanımının sorgulanmaması
- Gerekli DVT-profilaksisinin uygulanmaması

### ➤ Ameliyat Sürecinde Takip ve Kontroller

- Kan/kan ürünü kullanımı gerektiğinde hastaya uygunluk kontrolünün yapılmaması
- Frozen gerektiği durumda numunenin uygun şekilde etiketlenmemesi

### Ameliyat Sonu Kontrolleri

- Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
- Kullanılan alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrol edilmemesi
- Alınan numunelerin uygun şekilde etiketlenmemesi
- Olası cerrahi / anestezi kritik bakım gereksinimlerin değerlendirilmemesi
- Post-op hastanın transfer edileceği bölümün belirtilmemesi

### ➤ Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi

- Cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin hastayı teslim alan sağlık personeline iletilmemesi
- Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi / transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi

## 5.3.4. LABORATUVAR GÜVENLİĞİ

- Preanalitik Süreç (olay)
- Analitik Süreç (olay)
- Postanalitik Süreç (olay)

## 5.3.5. 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 koşullarda depolanması
- Transfüzyon sırasında uygun takip yapılmaması
- Uygulama sonrası reaksiyon gelişmesi

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İO.PR.01	02.06.2022	02	17.07.2024	8 / 14



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



### 5.3.6. TESİS GÜVENLİĞİ

- Elektrik, jeneratör sistem bakım eksikliği
- Tıbbi cihaz bakım ve kalibrasyonlarının yapılmaması
- Yangın güvenliğinin sağlanmaması
- Deprem ve doğal afet güvenliği tedbirlerinin alınmaması
- Güvenlik kamera sistemleri ile ilgili sorunlar
- Tesis kaynaklı düşmeler
- Tesis kaynaklı kazalar

Tesis kaynaklı düşmeler, “İstenmeyen Olay Bildirim Formu (Tesis Kaynaklı)” ile Kalite Yönetim Birimine bildirilir. İlgili Komitede görüşülerek, kök neden analizi yapılır ve gerekli düzenlemeler yaptırılır.

### 5.3.4. HASTA DÜŞMELERİ İLE İLGİLİ GÜVENLİK RAPORLAMA

- Hastanın yatağından düşmesi
- Hastanın sedyeden düşmesi
- Hastanın banyoda düşmesi
- Hastaların düşme riski yönünden değerlendirilmemesi
- Düşme riski değerlendirilmesi sonucunda uygun önlemlerin alınmaması gibi

Düşen hastalar “Düşen Hasta Olay Bildirim Formu” ile Kalite Yönetim Birimine ve HBYS üzerinden bildirim yapılır. Düşen hasta indikatör takibi Kalite Yönetim Birimi tarafından yapılır.

### 5.3.5. RADYASYON GÜVENLİĞİ

- Kişisel koruyucu kullanılmaması (Hasta yakını / çalışan)
- Radyasyon riskleri hakkında bilgilendirme yapılmaması
- Dozimetre takiplerinin yapılmaması
- Radyasyon izni verilmemesi
- TAEK lisansı olmayan ve kalibrasyon yapılmayan cihaz kullanımı

### 5.3.6. BİLGİ GÜVENLİĞİ

- Hasta bilgilerinin uygunsuz paylaşımı HBYS şifresini paylaşmak
- Kurum ile ilgili bilgilerin kurum dışı kişilerle paylaşılması
- Ana Server bulunan alanların uygunsuzluğu
- Antivirüs programları kullanılmaması

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>İO.PR.01</i>	<i>02.06.2022</i>	<i>02</i>	<i>17.07.2024</i>	<i>9 / 14</i>



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



- Lisanssız program kullanımı

### 5.3.7. BİLDİRİM YÖNTEMLERİ

- Bildirimler <http://grs.saglik.gov.tr/ile> Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemine (GRS) yapılır.
- HBYS üzerinden hastane sistemine yapılarak hastanemiz Kalite Yönetim Birimi Sorumlusuna;
- ✓ **Hasta Güvenliği Olay Bildirim Formu,**
- ✓ **İlaç Güvenliği Olay Bildirim Formu,**
- ✓ **Cerrahi Güvenlik Olay Bildirim Formu,**
- ✓ **Laboratuvar Güvenliği Olay Bildirim Formu,**
- ✓ **Düşen Hasta Olay Bildirim Formu** ile bildirim yapılır analizi ve iyileştirme çalışmaları yapılmak üzere Kalite Yönetim Direktörüne iletilir.

### 5.4. ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ

➤ Çalışanların fiziki, ruhsal ve sosyal durumlarının en üst düzeye taşınması, sağlıklarına gelebilecek zararların en aza indirilmesi için korunma yöntemlerinin uygulanması, kişinin işine ve işin kişiye uygunluğudur.

#### 5.4.1. Kesici-Delici Alet Yaralanmaları

- Hastadan örnek alma sırasında iğne 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
- Kesici delici alet yaralanmaları “**Kesici/Delici Alet Yaralanmaları Bildirim Formu**” ile Kalite Yönetim Birimine ve aynı zamanda HBYS üzerinden bildirim yapılır

#### 5.4.2. Kan Ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma

- Hastaya müdahale sırasında hastaya ait kan ve vücut sıvılarının sıçraması konularını kapsar.
- Kan ve vücut sıvıları sıçramalarına maruz kalındığında “**Kan Ve Vücut Sıvılarına Maruz Kalma Bildirim Formu**” ile Kalite Yönetim Birimine ve HBYS üzerinden bildirim yapılır.

- **Çalışana Şiddet**
- **Fiziksel şiddet**
- **Sözel şiddet**
- **Psikososyal şiddet,**

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>İO.PR.01</i>	<i>02.06.2022</i>	<i>02</i>	<i>17.07.2024</i>	<i>10 / 14</i>



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



Yukarıda ki şiddet durumlarında beyaz kod (1111) verilir. “Beyaz Kod Olay Bildirim Formu” ile Kalite Yönetim Birimine bildirim yapılır.

### 5.4.3. Diğer İş Kazaları (darbe, yanma, patlama vs.)

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi ile ilgili eğitimler tüm kurum çalışanlarını kapsayacak şekilde planlanır. Eğitim aşağıdaki konuları içerir:

- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi 'nin amacı, önemi ve sorumluluklar
- Sistemin, çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik kurgulanmış yapısı
- Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amacının vurgulanması
- İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi hangi olayların bildirim kapsamında ele alınacağı
- Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik
- Örnek olaylar üzerinden, bildirim formlarını nasıl doldurulacağı
- Bildirimlerin nasıl değerlendirildiği ve analiz edildiğine ilişkin genel bilgi
- Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizleri kalite yönetim birimi tarafından düzenli aralıklarla tekrarlanır, raporlanır ve değerlendirilir.
- Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetler gerçekleştirilir.
- Gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanlar bilgilendirilir.
- Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri kalite yönetim birimi tarafından alınır ve düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulur.

### 5.5. RAMAK KALA OLAY

- Çalışan, merdivende ayağı kayar ama yaralanma gerçekleşmez.
- Çalışan, takılma tehlikesi yüzünden sendeler ama yaralanma gerçekleşmez.
- Çalışan, enjektörün iğne kapağını takmaya çalışırken iğne eldiveni yırtar, ama batma gerçekleşmez.
- Çalışan, sterilizasyon makinasına aletleri yerleştirmiş, kapağını kapatırken son anda elini çekmiş, sıkışma olmamıştır vb.

### 5.6. ÇALIŞANLARIN SORUMLULUĞU

- Hastanemizde yılda 1 kez yapılan çalışan memnuniyet anketlerinin gerçekçi olarak doldurmalarını
- Olay bildirimlerinde bulunmaları
- Kayıtların düzenli ve doğru bir şekilde sunulmasını sağlamaları
- Kendi sağlık taramalarını mutlaka takip etmeleri
- Eğitimlere katılmaları ve eğitim önermeleri
- Görüş ve önerilerini uygun bir dille iletmeye açık olmaları

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>İO.PR.01</i>	<i>02.06.2022</i>	<i>02</i>	<i>17.07.2024</i>	<i>11 / 14</i>



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



- Belli başlı sorumluluklarımızdan bazılarıdır.

### 5.6.1. BİLDİRİM YÖNTEMLERİ

- Bildirimler <http://grs.saglik.gov.tr> ile Sağlık Bakanlığı Güvenlik Raporlama Sistemine (GRS) yapılır.
- HBYS üzerinden hastane sistemine bildirim yapılarak Hastanemiz Kalite Yönetim Birimi sorumlusuna;
  - ✓ **İstenmeyen olay bildirim formu (tesis kaynaklı),**
- Olay bildirimini yapıldıysa;
  - ✓ **Beyaz Kod Olay Bildirim Formu,**
  - ✓ **Kırmızı Kod Olay Bildirim Formu,**
  - ✓ **Turuncu Kod Olay Bildirim Formları** ile bildirim yapılır analizi ve iyileştirme çalışmaları yapılmak üzere Kalite Yönetim Direktörüne iletilir.

### 5.7. OLAYIN SEBEPLERİNİN ARAŞTIRILMASI (KÖK NEDEN ANALİZİ)

- Hasta ve Çalışan güvenliği komiteleri öncelikle olayın İstenmeyen Olay Bildirimi Sistemi içinde ele alınmasının gerekli olup olmadığı noktasında karar verir.
- Hasta ile ilgili istenmeyen olay bildirimlerinin takibi, analizi ve raporlanması Hasta Güvenliği Komitesi tarafından, çalışan ile ilgili istenmeyen olay bildirimlerinin takibi, analizi ve raporlanması Çalışan Güvenliği Komitesi (İş Sağlığı Güvenliği Kurulu) tarafından yapılır.
- Komiteler olay bildiriminin konusuna göre ilgili komite ve ekip üyelerinden analiz ve raporlama yapabilmesi için kişi veya kişiler belirler, belirlenen kişiler gerekli çalışmaları başlatırlar.
- Hasta güvenliğini ve çalışan güvenliğini tehdit eden bir unsur içermesi durumunda olay komite tarafından incelemeye alınır, olayın sebep ve sonuçları araştırılır, olayların kim tarafından gerçekleştirildiği ve zarar görenlerin kimler olduğu araştırmamalıdır.
- Her olay kendi içinde değerlendirilir ve kök neden analizi yapılır. İstenmeyen olaylar ve olayların sebepleri incelemeli, analiz yapılırken Hasta Güvenliği Komitesi ve Çalışan Güvenliği Komitesi, sisteme ilişkin değerlendirmelerde bulunur, sistemin aksayan yönleri, düzeltilecek alanların olup olmadığını irdeler.
- Analiz sonuçlarına göre iyileştirme DÖF çalışmaları başlatılır. Kök neden analizi yapılan olaylar hakkında yapılan düzeltici önleyici çalışmalar hakkında düzenlemeler yapılır. KYB gerçekleştirilen düzeltici-önleyici faaliyetler hakkında ilgili çalışanları bilgilendirir. Yapılan bildirimlerden elde edilen çalışmalar, çalışanlar ile eğitim ortamında paylaşılır.

<i>Doküman No</i>	<i>Yayın Tarihi</i>	<i>Revizyon No</i>	<i>Revizyon Tarihi</i>	<i>Sayfa No</i>
<i>İO.PR.01</i>	<i>02.06.2022</i>	<i>02</i>	<i>17.07.2024</i>	<i>12 / 14</i>



# Özel EKOL HASTANESİ

## İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ PROSEDÜRÜ



- Hukuka yansımış istenmeyen olayların, istenmeyen olay bildirim sistemi kapsamında ilgili komitelerce (hasta güvenliği, çalışan güvenli komiteleri) takip ve analizleri yapılır.
- Sisteme yapılan bildirim olup olmadığı Kalite Yönetim Direktörü tarafından kontrol edilir. Bildirim tespit edilmediyse her ay sonunda tutanak ile kayıt altına alınır.

### 5.8. İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ SİSTEMİNE YÖNELİK EĞİTİMLER

- Eğitimler ve intranet duyuruları ile çalışanların bilgilendirilmesi sağlanır.
- Bu sisteme ilişkin eğitimlerde asgari;
- İstenmeyen Olay Bildirimi Sisteminin amacı, önemi ve sorumluluklar,
- İstenmeyen Olay Bildirimi Sisteminin, çalışanların kendilerini güvende hissetmelerine yönelik kurgulanmış yapısı,
- Sistemin odağı olan hatalardan öğrenme ve sürekli iyileştirme amacının vurgulanması,
- İstenmeyen Olay Bildirimi Sisteminde hangi olayların bildirim kapsamında ele alınacağı,
- Bildirimin yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik,
- Örnek olaylar üzerinden sağlık çalışanlarının bildirim formlarını doldurması ve bu formların niceliksel ve niteliksel açıdan değerlendirilmesi konularına yer verilir.

#### İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- İstenmeyen Olay Bildirim Formu
- Kök Neden Analiz Formu
- Ramak Kala Olay bildirim formu

Hazırlayan	Kontrol Eden	Onaylayan
<p>Kalite &amp; Akreditasyon Sorumlusu Sude BAKIR</p>	<p>Kalite Koordinatörü Yeşim İNÇİ</p>	<p>Kalite Yönetim Direktörü Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR</p>

Doküman No	Yayın Tarihi	Revizyon No	Revizyon Tarihi	Sayfa No
İO.PR.01	02.06.2022	02	17.07.2024	13 / 14