



KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ
Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi)
Başhekimliği

İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM PROSEDÜRÜ

Dok. Kod: İO.PR.01

Yayın Tarihi:10.02.2016

Revizyon No:04

Revizyon Tarihi:24.03.2022

Sayfa Sayısı:20

1.0 AMAÇ

Karadeniz Teknik Üniversitesi Uygulama Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi içerisinde, Tıbbi süreçlerde yapılan hata bildirimlerini hastane boyutunda toplamak, toplanan bildirimleri kullanılarak yeni kalite standartlarının geliştirilmesi ve sistemsel boyutta iyileştirme sağlamak, tıbbi hatalar ve bildirim konusunda sağlık profesyonellerinin farkındalığını artırmak, elde edilen raporlarla hastane iyileştirme çalışmalarında yol gösterici olmak, bilgi merkezi vasıtası ile, hastanede güvenlik raporlama sistemlerini nasıl yapılabileceğine rehberlik etmek, hasta ve çalışan güvenliğini tehdit eden her türlü olayların (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) ortaya çıkarılması ve bu olaylardan yola çıkılarak hastaya veya çalışana zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce sistemde iyileştirilmesi çalışmalarını içeren bildirim sistemini kurarak süreci sürekli iyileştirmek, hataları en aza indirmek ve sağlık bakım kalitesini artırmaktır.

2.0 KAPSAM

Karadeniz Teknik Üniversitesi Sağlık Uygulama Araştırma Merkezi Farabi Hastanesi içerisinde sağlık hizmeti verilen tüm alanları ve bu alanlarda çalışan ve tedavi gören hasta ve hasta yakınlarını kapsar.

3.0 KISALTMALAR

İOBS: İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi

HGK: Hasta güvenliği komitesi

KNA: Kök neden analizi

SKS: Sağlıkta kalite sistemleri

HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi

HHSS: Hasta Hata Sınıflandırma Sistemi

İHSS: İlaç Hata Sınıflandırma Sistemi

CHSS: Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi

4.0 TANIMLAR

Anonim: Söyleyeni ve kaynağı belli olmayan, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi (**İOBS™**), sağlık tesislerinin ve profesyonellerinin tıbbi süreçlerde karşılaştıkları hataları bildirebilecekleri, hastanemizde yaygın olarak gerçekleşen hatalar ve bunların iyileştirilmesine yönelik önlemler hakkında bilgi edinebilecekleri bir platformdur.

Proaktif: Bilinçli veya bilinçsiz, sonu olumlu veya olumsuz olsun yeni koşullar oluşturmak ya da mevcut koşulların seyrini değiştirmek için inisiyatif kullanmaktır.

5.0 SORUMLULAR

• Başhekimlik
• Hastane Başmüdür V.
• Kalite Koordinatörlüğü
• Hasta güvenliği Komitesi
• Başhemsirelik
• Anabilim/Bilim Dalı/Bölüm Başkanları
• Bölüm Sorumluları ve Birim Kalite Temsilcileri
• Tüm Çalışanlar

6.0 FAALİYET AKIŞI

6.1 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ HASTA HATA BİLDİRİMİ YAPILACAK HATA BİLDİRİMLERİNİN SÜREÇ ALT KATEGORİ BAŞLIKLARI

6.2 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN OLUŞTURULMASI

6.3 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNDE TEMEL KURALLAR

6.4 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ

6.5 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN İŞ AKIŞI

6.6 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİN ANALİZ VE RAPORLAMA SÜREÇLERİNE YÖNELİK SORUMLULAR

6.7 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN SORUMLULUKLARI

6.8 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNDEN HATA BİLDİRİMLERİN YAPILMASI

6.9 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ EĞİTİMLERİ

6.10 İSTATİSTİK VE ANALİZ RAPORLARI

6.1 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ HASTA HATA BİLDİRİMİ YAPILACAK HATA BİLDİRİMLERİNİN SÜREÇ ALT KATEGORİ BAŞLIKLARI

6.1.1 Cerrahi Hata Sınıflandırma(CHSS)

CHSS™ PARAMETRE TABLOSU

Kategori	Parametre Kodu	Parametre	Alt Parametre Kodu	Alt Parametre
YER	CDK	Klinik(Dahili)		
YER	CAS	Acil Servis		
YER	CPL	Poliklinik		
YER	CMA	Ameliyathane(Merkez)		
YER	CCA	Ameliyathane(Acil)		
YER	CBA	Ameliyathane(Klinik/Brans)		
YER	CYB	Yoğun Bakım		
YER	CCK	Klinik(Cerrahi)		
YER	CAM	Acil Sağlık Hizmetleri (Ambulans)		
YER	COY	Acil Sağlık Hizmetleri (Olay Yeri)		
KISI	BM	Biyomedikal Mühendisi		
KISI	UA	Uzman Hekim(Asistan)		
KISI	HM	Hemşire		
KISI	AC	Asistan(Cerrahi Brans)		
KISI	AA	Asistan(Anestezi)		
KISI	AT	Anestezi Teknisyeni/Teknikeri		
KISI	UC	Uzman Hekim(Cerrahi Brans)		
KISI	TY	Teknisyen		
KISI	TP	Temizlik Personeli		
KISI	AE	Acil Tıp Teknisyeni/Teknikeri		
KISI	NA	Kişiden Kaynaklanmayan Hata		
KISI	PT	Hasta		
KISI	PR	Hasta Yakını		
ZAMAN	Z1	00:00-04:00		
ZAMAN	Z2	04:01-08:00		
ZAMAN	Z3	08:01-12:00		
ZAMAN	Z4	12:01-16:00		
ZAMAN	Z5	16:01-20:00		
ZAMAN	Z6	20:01-23:59		
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	di	Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	ik	Ameliyat bölgesinin/tafının kontrol edilmemesi
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	ac	Pre-op açlık gerekliliğinin teyit edilmemesi
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	tr	Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	gd	Makyaj, protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığının teyit edilmemesi
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	oi	Ameliyat öncesi özel

					işlemin(lavman uygulaması vb.) atlanması
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	mk		Ameliyat için gerekli malzeme, kan/kan ürünlerinin tedarik kontrolünün yapılmaması
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	tk		Tetkik ve tahlillerin hasta yanında olduğunun kontrol edilmemesi
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	oa		Hasta rızasının alınmaması
ISLEM	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	ok		Hasta rızasının kontrol edilmemesi
ISLEM	C2	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	kd		Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
ISLEM	C2	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	te		Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi
ISLEM	C2	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	ta		Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi
ISLEM	C2	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	ti		Teslim sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmemesi
ISLEM	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	at		Ameliyat odasının ve ameliyat masasının temizliğinin uygun olmaması
ISLEM	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	ak		Anestezi cihaz ve ekipmanlarının kontrol edilmemesi
ISLEM	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	ck		Kalibrasyon/bakım eksikliğinden kaynaklanan ekipman arızası
ISLEM	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	gk		Prizlerin kesintisiz güç kaynağına bağlı olduğunun kontrol edilmemesi
ISLEM	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	pk		Partikül ölçümlerinin yapılmaması/kontrol edilmemesi
ISLEM	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	sn		Oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu/kontrol edilmemesi
ISLEM	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	tg		Tıbbi gaz sisteminin kontrol edilmemesi
ISLEM	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık Kontroller	ve kd		Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
ISLEM	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık Kontroller	ve ok		Hasta rızasının kontrol edilmemesi
ISLEM	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık Kontroller	ve ik		Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi
ISLEM	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık Kontroller	ve po		Pulse oksimetre cihazının hasta üzerinde olmaması/kontrol edilmemesi
ISLEM	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık Kontroller	ve ad		Alerji durumunun değerlendirilmemesi
ISLEM	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık Kontroller	ve kk		Kan transfüzyonu gerekliliğinin değerlendirilmemesi
ISLEM	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık Kontroller	ve gc		İhtiyaç duyulabilecek görüntüleme cihazlarının

						kontrol edilmemesi
ISLEM	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	hd			Anestezi risklerinin değerlendirilmemesi
ISLEM	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	kd			Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
ISLEM	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	et			Ekip üyelerinin kendini tanıtmaması
ISLEM	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	kc			Cerrahi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
ISLEM	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	ka			Anestezi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
ISLEM	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	sk			Malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi
ISLEM	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	cp			Gerekli cerrahi profilaksinin uygulanmaması
ISLEM	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	ks			Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi
ISLEM	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	ko			Antikoagülan kullanımının sorgulanmaması
ISLEM	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	vp			Gerekli DVT-profilaksisinin uygulanmaması
ISLEM	C6	Ameliyat Sürecindeki Takip ve Kontroller	ku			Kan/kan ürünü kullanımı gerektiğinde hastaya uygunluk kontrolünün yapılmaması
ISLEM	C6	Ameliyat Sürecindeki Takip ve Kontroller	pf			Frozen gerektiği durumda numunenin uygun şekilde etiketlenmemesi
ISLEM	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	gi			Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
ISLEM	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	ta			Kullanılan alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrol edilmemesi
ISLEM	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	pe			Alınan numunelerin uygun şekilde etiketlenmemesi
ISLEM	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	cg			Olası cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin değerlendirilmemesi
ISLEM	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	ag			Olası anestezi kritik bakım gereksinimlerinin değerlendirilmemesi
ISLEM	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	gy			Post-op hastanın transfer edileceği bölümün belirtilmemesi
ISLEM	C8	Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi	gb			Cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin hastayı teslim alan sağlık personeline iletilmemesi
ISLEM	C8	Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi	kd			Hasta kimliği, cerrahi işlem ve hastanın transfer edileceği bölümün doğrulanmaması
ISLEM	C8	Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi	ta			Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi

ISLEM	C8	Ameliyathaneden Ayrılışı ve Transferi	Hastanın ts	Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi
-------	----	---------------------------------------	-------------	---

6.1.2 İlaç Hata Sınıflandırma Bildirim(İHSS)

İHSS™ PARAMETRE TABLOSU

Kategori	Parametre Kodu	Parametre	Alt Parametre Kodu	Alt Parametre
YER	HKL	Klinik		
YER	HAS	Acil Servis		
YER	HPL	Poliklinik		
YER	HAY	Ameliyathane		
YER	HEC	Eczane		
YER	HAM	Acil Sağlık Hizmetleri (Ambulans)		
YER	HOY	Acil Sağlık Hizmetleri (Olay Yeri)		
KISI	UH	Uzman Hekim		
KISI	PH	Pratisyen Hekim		
KISI	DT	Diş Tabibi		
KISI	EC	Eczacı		
KISI	HM	Hemşire		
KISI	ET	Eczane Teknisyeni		
KISI	AS	Asistan		
KISI	ST	Stajyer		
KISI	HS	Hasta		
KISI	HY	Hasta Yakını		
KISI	AE	Acil Tıp Teknisyeni/Teknikeri		
KISI	NA	Kişiden Kaynaklanmayan Hata		
ZAMAN	Z1	00:00-04:00		
ZAMAN	Z2	04:01-08:00		
ZAMAN	Z3	08:01-12:00		
ZAMAN	Z4	12:01-16:00		
ZAMAN	Z5	16:01-20:00		
ZAMAN	Z6	20:01-23:59		
ISLEM	I0	Muhafaza	a	Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu
ISLEM	I0	Muhafaza	b	İlk gelen ilk çıkar (FIFO) kuralı ihlali
ISLEM	I0	Muhafaza	c	Işık maruziyeti
ISLEM	I0	Muhafaza	d	Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
ISLEM	I0	Muhafaza	e	Pediyatrik dozdaki ilaçların diğer ilaçlar ile aynı rafta olması
ISLEM	I0	Muhafaza	f	Kritik stok seviyesinin hatalı kontrolü
ISLEM	I0	Muhafaza	g	Miat ve kritik stok seviyesi uyarı sisteminin hatalı olması
ISLEM	I0	Muhafaza	h	Yüksek riskli ilaçların tanımlanmaması
ISLEM	I0	Muhafaza	i	Psikotrop ve narkotik

				ilaçların tanımlanmaması
<i>ISLEM</i>	I0	Muhafaza	j	İlacın çalınması
<i>ISLEM</i>	I0	Muhafaza	k	İlacın kaybolması
<i>ISLEM</i>	I0	Muhafaza	l	Miadı dolmuş ilaç
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	a	Yanlış ilaç istemi
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	b	Elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	c	Yanlış tedavi yazılması
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	d	Kontrendike ilaç yazılması
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	e	İlaç adında kısaltma kullanımı
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	f	Okunaksız el yazısı
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	g	Hatalı doz istemi
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	h	Sözel istemin yanlış anlaşılması
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	i	Sözel istemin yazılı hale getirilmemesi
<i>ISLEM</i>	I1	İstem	j	İletişim eksikliği
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	a	Doktor isteminin yanlış yorumlanması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	b	Yanlış ilaç hazırlanması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	c	İlaçların yanlış paketlenmesi
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	d	İlaçların yanlış etiketlenmesi
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	e	Hastanın yanında getirdiği ilaçların tanımlanmaması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	f	El hijyeni uygulanmaması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	g	İlaç geçimsizliği
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	h	İlacın yanlış teknik ile hazırlanması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	i	Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	j	Hazırlanan ilaçların yanlış etiketlenmesi
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	k	Doktor istemi dışında ilaç uygulanması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	l	Yetki dışında ilaç uygulanması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	m	Bozulmuş ilaç uygulanması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	n	Hasta başında ilaç bulundurulması
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	o	İlacın kullanımı hakkında hastaya yanlış bilgi verilmesi
<i>ISLEM</i>	I2	Hazırlama	p	İlacın kullanımı hakkında hastaya bilgi verilmemesi
<i>ISLEM</i>	I3	Transfer	a	Hazır ilaçların yanlış hastaya gönderilmesi
<i>ISLEM</i>	I3	Transfer	b	Yanlış zamanda ilaç dağıtılması
<i>ISLEM</i>	I3	Transfer	c	Eczaneden yanlış ilacın transferi
<i>ISLEM</i>	I3	Transfer	d	İlaçların yanlış birime gönderilmesi
<i>ISLEM</i>	I3	Transfer	e	İlaçların hastaya/birime zamanında gönderilmemesi
<i>ISLEM</i>	I4	Uygulama	a	El hijyeni uygulanmaması
<i>ISLEM</i>	I4	Uygulama	b	Sterilizasyon/dezenfeksiyon kurallarına uyulmaması

ISLEM	I4	Uygulama	c	Yanlış hasta
ISLEM	I4	Uygulama	d	Yanlış ilaç
ISLEM	I4	Uygulama	e	Yanlış doz (Aşırı)
ISLEM	I4	Uygulama	f	Yanlış doz (Yetersiz)
ISLEM	I4	Uygulama	g	Yanlış farmasötik form
ISLEM	I4	Uygulama	h	Yanlış zaman
ISLEM	I4	Uygulama	i	Yanlış teknik
ISLEM	I4	Uygulama	j	Geçimsiz ilaçların aynı anda uygulanması
ISLEM	I4	Uygulama	k	Doz atlama
ISLEM	I4	Uygulama	l	Mükerrer ilaç verme
ISLEM	I4	Uygulama	m	Yanlış uygulama süresi (Enjeksiyon)
ISLEM	I4	Uygulama	n	Yanlış uygulama süresi (İnfüzyon)
ISLEM	I5	Uygulama Sonrası	a	İlaç uygulanması sonrası el hijyeni uygulanmaması
ISLEM	I5	Uygulama Sonrası	b	İlaç uygulamasının kayıt altına alınmaması
ISLEM	I5	Uygulama Sonrası	c	İlaç uygulama sonrası atıkların ortamdan uzaklaştırılmaması
ISLEM	I5	Uygulama Sonrası	d	İlaç uygulama sonrası gözlem yapılmaması
ISLEM	I5	Uygulama Sonrası	e	Advers etki (Yönetiminin tanımlanmaması)
ISLEM	I5	Uygulama Sonrası	f	Advers etki (Bildirim yapılmaması)
ISLEM	I5	Uygulama Sonrası	g	İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşiminin gözlenmemesi
ISLEM	I5	Uygulama Sonrası	h	İade edilen ilaçların orijinal ambalajının bozulmuş olması

6.1.3 Hasta Güvenliği Hata Sınıflandırma (HGHS)

HHSS™ PARAMETRE TABLOSU

Kategori	Parametre Kodu	Parametre	Alt Parametre Kodu	Alt Parametre
YER	HGKL	Klinik		
YER	HGAS	Acil Servis		
YER	HGPL	Poliklinik		
YER	HGAH	Ameliyathane		
YER	HGEC	Eczane		
YER	HGLB	Laboratuvar		
YER	HGKA	Kan Alma Birimi		
YER	HGTG	Tıbbi Görüntüleme Birimi		
YER	HGKH	Kişisel Hijyen Alanları		
YER	HGTB	Tesis Bahçesi		
YER	HGOT	Otopark		
YER	HGTK	Teknik Birim		
YER	HGAM	Acil Sağlık Hizmetleri (Ambulans)		
YER	HGOY	Acil Sağlık Hizmetleri (Olay Yeri)		

YER	HGKT	Kişisel Temizlik Alanı (Banyo, Tuvalet vb.)		
YER	HGYB	Yoğun Bakım Ünitesi		
KISI	DT	Diş Tabibi		
KISI	EC	Eczacı		
KISI	HM	Hemşire		
KISI	ET	Eczane Teknisyeni		
KISI	AS	Asistan		
KISI	ST	Stajyer		
KISI	HS	Hasta		
KISI	HY	Hasta Yakını		
KISI	AE	Acil Tıp Teknisyeni/Teknikeri		
KISI	NA	Kişiden Kaynaklanmayan Hata		
ZAMAN	Z1	00:00-04:00		
ZAMAN	Z2	04:01-08:00		
ZAMAN	Z3	08:01-12:00		
ZAMAN	Z4	12:01-16:00		
ZAMAN	Z5	16:01-20:00		
ZAMAN	Z6	20:01-23:59		
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	a	Hastanın asansör arızası nedeni ile mahsur kalması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	b	Hastanın asansör arızası nedeni ile düşmesi/yaralanması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	c	Hastanın yürüyen merdiven arızası nedeni ile düşmesi/yaralanması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	d	Hastanın ıslak/kaygan zemin nedeni ile düşmesi/yaralanması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	e	Acil durum ve afet planının bulunmaması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	f	Acil durum ve afet yönetimine ilişkin yönlendirmelerin eksik olması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	g	Hasta yönlendirme işaretlerinin eksik olması/bulunmaması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	h	Yaşlı veya engelli hastalara yönelik düzenlemelerin eksik olması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	i	Medikal gaz kontaminasyonu veya yanlış gaz karışımı
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	j	Elektrik kaçağı sonucu hastanın yaralanması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	k	Yangın/patlama sonucu hastanın yaralanması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	l	Su kaynaklarının kontaminasyonu
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	m	Su/kanalizasyon baskını
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	n	Teşhis/tedavi amacı dışında hastanın tehlikeli atık/maddelere maruziyeti
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	o	Yoğunbakım ünitelerinde gürültü kontrolünün sağlanmaması
ISLEM	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	p	Temel tesis kaynakları ile ilişkili

				yedek sistemlerin zamanında devreye girmemesi (su, elektrik, gaz vb.)
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	a	Hareket kısıtlama ekipmanının hastaya zarar vermesi
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	b	Asepsi koşullarının altyapı/ekipman eksikliği nedeni ile sağlanmaması
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	c	Arızalı ekipmanın zamanında onarılmaması/değiştirilmemesi
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	d	Cihaz kalibrasyon ve/veya testlerinin zamanında yapılmaması
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	e	Bakım, teşhis veya tedavi sürecine ilişkin ekipmanın yetersizliği
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	f	Cihaz arızası nedeni ile hastanın zarar görmesi
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	g	Tesiste sentinel olay veya iç güvenlik raporlama sistemlerinin bulunmaması
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	h	Sentinel olay bildirimlerine zamanında müdahale edilmemesi
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	i	İç güvenlik raporlama bildirimlerinin değerlendirilmemesi
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	j	Acil durum ve afet yönetimine ilişkin eğitimlerin verilmemesi
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	k	Hasta şikayet ve geribildirimlerinin değerlendirilmemesi
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	l	Bilgi ağındaki güvenlik açığı sebebi ile hasta bilgilerinde veri kaybının gerçekleşmesi
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	m	Bilgi ağındaki güvenlik açığı sebebi ile hasta verilerinin çalınması
ISLEM	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	n	Hastanın Düşmesi
ISLEM	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	a	Hastanın yanlış kimliklendirilmesi
ISLEM	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	b	Hastaya yanlış kişiye ait reçetenin verilmesi
ISLEM	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	c	Yenidoğanın yanlış kişiye teslimi
ISLEM	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	d	Yapılan bakım/tedavinin tıbbi kayıtlara hatalı işlenmesi
ISLEM	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	e	Değerlendirme/konsültasyon notlarının okunaksız olması
ISLEM	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	f	Değerlendirme/konsültasyon notlarının eksik/hatalı olması
ISLEM	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	g	Hastanın temel bilgilerinin yanlış kaydedilmesi
ISLEM	ILH	İletişim Hataları	a	Hastanın uygulanan bakım, teşhis metodu veya tedavi konusunda bilgilendirilmemesi

ISLEM	ILH	İletişim Hataları	b	Hastanın uygulanan bakım, teşhis metodu veya tedavi konusunda hatalı/eksik bilgilendirilmesi
ISLEM	ILH	İletişim Hataları	c	Taburcu sonrası bakım ve tedavi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	a	Bakım/tedavi gecikmesine bağlı olarak hastada komplikasyon gelişmesi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	b	Konsültasyon gecikmesine bağlı olarak hastada komplikasyon gelişmesi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	c	Hasta bakım planının hasta ihtiyaçlarına göre belirlenmemesi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	d	Hastanın nutrisyon açısından değerlendirilmemesi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	e	Bakım için gerekli asepsi/sterilizasyon/izolasyon koşullarının sağlanmaması
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	f	Tahlil ve tetkik sonuçlarının yanlış değerlendirilmesi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	g	Bakım/tedavi uygulaması öncesinde hasta kimliğinin doğrulanmaması
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	h	Hastanın düşmesi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	i	Hasta tesliminin uygun yapılmaması
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	j	Mavi kod durumuna müdahalenin geç yapılması
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	k	Pembe kod durumuna müdahalenin geç yapılması
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	l	Kırmızı kod durumuna müdahalenin geç yapılması
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	m	Hasta mahremiyetinin ihlal edilmesi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	n	Hasta emniyetinin sağlanmaması
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	o	Kalibrasyon süresi dolmuş tıbbi cihaz ile uygulama yapılması
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	p	Yatış sürecinde hastada 3. seviye ve üstü bası ülseri oluşumu
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	q	Yenidoğanda geç tespit edilen hiperbilirubinemi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	r	Yenidoğanda geç tespit edilen hipoglisemi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	s	Yenidoğanda geç tespit edilen prematüre retinopati
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	t	Hastaya yanlış kan/kan ürünü verilmesi
ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	u	Tıbbi görüntüleme esnasında hastaya gerekli koruyucu ekipmanın kullanılmaması

ISLEM	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi v Sürecine İlişkin Hatalar			Bakım veya tedavi sonrasında gelişen komplikasyonların izlenmemesi
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı a		Ciddi yaralanma veya ölümle sonuçlanan intihar girişimi
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı b		Hastanın, sağlık durumu nedeni ile diğer hastalara zarar vermesi
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı c		Hastanın düşmesi
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı d		Hastanın, yatış sürecinde bakım/tedavi yönergelerine uymaması
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı e		Hastanın, sağlık personelinin bilgisi dışında kimlik tanımlayıcısını çıkarması/değiştirilmesi
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı f		Hastanın, sağlık personelinin bilgisi dışında yatağını değiştirmesi
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı g		Hastanın, sağlık personelinin bilgisi dışında ilaç/nutrisyon/gıda takviyesi kullanması
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı h		Hastanın, ameliyat öncesi gereklikleri yerine getirmemesi
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı i		Hastanın, sağlık personelinin bilgisi dışında sağlık tesisinden ayrılması
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı j		Hastanın, ilgili personele sağlık geçmişi hakkında eksik/yanıltıcı bilgi vermesi
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı k		Hastanın veya refakatçilerin, kendilerine verilmesi zorunlu eğitimi reddetmeleri/dinlememeleri
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı l		Taburcu sonrası 3. seviye üstü bası ülseri oluşumu
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı m		Hastanın, taburcu sonrası kontrole gelmemesi
ISLEM	HRH	Hasta/Refakatçi Hatalar	Kaynaklı n		Hastanın, taburcu sonrası bakım/tedavi yönergelerine uymaması
ISLEM	KTS	Kan ve Kan Transfüzyonuna Hatalar	Ürünlerinin İlişkin a		Hasta kimliğinin doğrulanmaması
ISLEM	KTS	Kan ve Kan Transfüzyonuna Hatalar	Ürünlerinin İlişkin b		Transfüzyon istemine ilişkin kayıtlarda eksiklik bulunması
ISLEM	KTS	Kan ve Kan Transfüzyonuna Hatalar	Ürünlerinin İlişkin c		Ürün bilgilerinin kontrol edilmemesi (Kan grubu, Cross- match, SKT, Testler vb.)
ISLEM	KTS	Kan ve Kan Transfüzyonuna Hatalar	Ürünlerinin İlişkin d		Ürünün etiket bilgilerinin hatalı olması
ISLEM	KTS	Kan ve Kan Transfüzyonuna Hatalar	Ürünlerinin İlişkin e		Kan ürününün birime hatalı transferi

		Hatalar			
ISLEM	KTS	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar	f		Kan ürününün hatalı uygulanması
ISLEM	KTS	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar	g		Süreç öncesi ve sonrasında hasta gözleminin uygun olarak yapılmaması
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	a		Hastanın nütrisyon durumunun değerlendirilmemesi
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	b		Hastanın gıda alerji öyküsünün sorgulanmaması
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	c		Hasta için hatalı nütrisyon desteği veya diyet seçimi
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	d		Hastaya yanlış yemeğin verilmesi
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	e		Hastaya tesis dışından yemek/gıda getirilmesi
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	f		Gıda zehirlenmesi
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	g		Tedavi sürecinde hastanın yetersiz beslenmesi
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	h		Tedavi sürecinde hastanın aşırı beslenmesi
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	i		PN süspansiyonunun yanlış hazırlanması
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	j		PN süspansiyonunun yanlış muhafazası
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	k		PN süspansiyonunun yanlış uygulanması
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	l		PN süspansiyonunun yanlış hastaya verilmesi
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	m		Bakım kaynaklı TPN kateter enfeksiyonu oluşması
ISLEM	NIH	Nütrisyon İlişkin Hatalar	n		Taburculukta hastaya nütrisyon konusunda bilgi verilmemesi

6.1.4 Laboratuvar Hata Sınıflandırma Sistemi

LHSS™ PARAMETRE TABLOSU

Kategori	Parametre Kodu	Parametre	Alt Parametre Kodu	Alt Parametre
ISLEM	PR	Preanalitik	L01	Hatalı test istemi
ISLEM	PR	Preanalitik	L02	Test isteminde eksik/yanlış bilgi
ISLEM	PR	Preanalitik	L03	Patoloji istek formunun düzenlenmemesi
ISLEM	PR	Preanalitik	L04	Kayıtsız numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L05	Hatalı kayıt
ISLEM	PR	Preanalitik	L06	Yanlış hastadan numune alınması
ISLEM	PR	Preanalitik	L07	Hatalı kimliklendirilmiş numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L08	Kaybolan numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L09	Tekrar alınan numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L10	Hatalı numune kabı/tüpü
ISLEM	PR	Preanalitik	L11	Boş numune kabı/tüpü (içinde numune yok)
ISLEM	PR	Preanalitik	L12	Son kullanma tarihi geçmiş tüplere

				numune alınması
ISLEM	PR	Preanalitik	L13	Barkodsuz numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L14	Hastadan numune alınamaması nedeni ile kaydın iptal edilmesi
ISLEM	PR	Preanalitik	L15	Uygunsuz alınmış numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L16	Yetersiz numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L17	Hemolizli numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L18	Pıhtılı numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L19	Lipemik numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L20	İkterik numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L21	Numunenin fiksatif içinde gönderilmemesi
ISLEM	PR	Preanalitik	L22	Numune alma zamanının kaydedilmemesi
ISLEM	PR	Preanalitik	L23	Laboratuvarda teslim edilmeyen numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L24	Uygunsuz transfer koşulları
ISLEM	PR	Preanalitik	L25	Belirlenen maksimum numune transfer süresinin aşılması
ISLEM	PR	Preanalitik	L26	Numunelerin karışması
ISLEM	PR	Preanalitik	L27	Reddedilmesi gereken numunenin kabulü
ISLEM	PR	Preanalitik	L28	Otomasyon arızası
ISLEM	PR	Preanalitik	L29	Uygunsuz saklanmış numune
ISLEM	PR	Preanalitik	L30	Miadi geçmiş kit tespiti
ISLEM	PR	Preanalitik	L31	Miadi geçmiş malzeme tespiti
ISLEM	PR	Preanalitik	L32	İsteği yapılan malzeme/kit gelmemesi
ISLEM	PR	Preanalitik	L33	Yanlış malzeme/kit gelmesi
ISLEM	PR	Preanalitik	L34	Malzeme transferinin uygun şartlarda yapılmaması
ISLEM	PR	Preanalitik	L35	Malzemenin uygun koşullarda saklanmaması
ISLEM	PR	Preanalitik	L36	Laboratuvar ortam ısısının uygunsuzluğu
ISLEM	PR	Preanalitik	L37	Cihaz bakımlarının yapılmaması
ISLEM	PR	Preanalitik	L38	Besiyerinin uygun hazırlanmaması
ISLEM	AN	Analitik	L28	Otomasyon arızası
ISLEM	AN	Analitik	L39	Cihaz arızası
ISLEM	AN	Analitik	L40	Cihaz pipetasyon hatası
ISLEM	AN	Analitik	L41	Numunenin yetersiz homojenizasyonu
ISLEM	AN	Analitik	L42	Test çalışma prosedürlerine uyulmaması
ISLEM	AN	Analitik	L43	Ekim hataları
ISLEM	AN	Analitik	L44	Dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk
ISLEM	AN	Analitik	L45	Uygunsuz kalite kontrol sonucu ile çalışılması
ISLEM	AN	Analitik	L46	İç kalite kontrol çalışılmaması
ISLEM	AN	Analitik	L47	Uygunsuz inkübasyon sıcaklığı
ISLEM	AN	Analitik	L48	Uygunsuz inkübasyon süresi
ISLEM	AN	Analitik	L49	Uygunsuz boyama tekniği
ISLEM	AN	Analitik	L50	Uygunsuz dilüsyon
ISLEM	AN	Analitik	L51	Uygunsuz solüsyon kullanılması
ISLEM	AN	Analitik	L52	Sonucun yanlış değerlendirilmesi
ISLEM	AN	Analitik	L53	Hatalı teknik onay

ISLEM	PO	Postanalitik	L05	Hatalı kayıt
ISLEM	PO	Postanalitik	L28	Otomasyon arızası
ISLEM	PO	Postanalitik	L54	Sonuçların sisteme hatalı girilmesi
ISLEM	PO	Postanalitik	L55	Hatalı rapor
ISLEM	PO	Postanalitik	L56	Hasta raporlarının kaybedilmesi
ISLEM	PO	Postanalitik	L57	Zamanında verilmeyen sonuç
ISLEM	PO	Postanalitik	L58	Panik değerin geç bildirilmesi
YER	KL	Klinik		
YER	YB	Yoğun Bakım Ünitesi		
YER	AS	Acil Servis		
YER	PL	Poliklinik		
YER	AY	Ameliyathane		
YER	KA	Kan Alma Ünitesi		
YER	NK	Numune Kabul Birimi		
YER	LA	Laboratuvar		
KISI	TE	Teknisyen		
KISI	HM	Hemşire		
KISI	ST	Stajyer		
KISI	DR	Doktor		
KISI	TS	Tıbbi Sekreter		
KISI	TR	Transfer Elemanı		
KISI	HS	Hasta		
KISI	HY	Hasta Yakını		
ZAMAN	Z1	00:00-04:00		
ZAMAN	Z2	04:01-08:00		
ZAMAN	Z3	08:01-12:00		
ZAMAN	Z4	12:01-16:00		
ZAMAN	Z5	16:01-20:00		
ZAMAN	Z6	20:01-23:59		
YER	AB	Acil Sağlık Hizmetleri (Ambulans)		
YER	OY	Acil Sağlık Hizmetleri (Olay Yeri)		
KISI	AE	Acil Tıp Teknisyeni/Teknikeri		
KISI	NA	Kişiden Kaynaklanmayan Hata		

Laboratuvar hata sınıflandırma analizleri laboratuvarların kendi içinde yapılmıştır.

6.1.5 Hasta Düşmesi

Hasta Düşmesi	Hastanın Adı Soyadı Yaşı Cinsiyeti Tanısı Düşme Tarihi Hastanın Yattığı Klinik Düştüğü Yer Düşme Risk Skoru Bildirim Yapan Kişi Unvan Düşme Nedeni Notlar
	Kalite koordinatörlüğü tarafında her sabah bildirimlerin değerlendirilip ilgili bölümdeki hasta ziyaret edilip, yerinde değerlendirilmesi, personel hasta, hasta yakınına eğitim verilmesi, düşme riski değerlendirilmesi sonucunda uygun önlemlerin alınmasının sağlanması ve takibi yapılmaktadır.

(Kişisel bilgiler kesinlikle kayıt altına alınmamaktadır.)

Kodu	S.No	Tarih	Tipi	Açıklaması
101	5	01/07/2013	FRB.YON.FR.06	DÜŞEN HASTA BİLDİRİM FORMU
101	28	30/11/2015	KKU.FR.06	İLAÇ HATALARI SINIFLANDIRMA SİSTEMİ
101	29	30/11/2015	KKU.FR.07	CERRAHİ HATA SINIFLANDIRMA SİSTEMİ
101	31	31/12/2015	KKU.FR.10	HASTA HATA BİLDİRİM SİSTEMİ
101	35	03/02/2016	KKU.FR.12	KAN VE KAN BİLEŞENİ REAKSİYON FORMU

Güncelle Başla

S. No : 5 Açıklaması Cevap Zor./Sec. Not :

1	BİLDİRİM TARİHİ	21/03/2020 00:00:00	Zorunl	
2	HASTA ADI SOYADI	Metin Kara	Zorunl	
3	YAŞI	68	Zorunl	
4	CİNSİYETİ	ERKEK	Zorunl	
5	TANI	Multiple Skleroz	Zorunl	
6	DÜŞME TARİHİ	21/03/2020 22:00:00	Zorunl	
7	HASTANIN YATTIĞI KLİNİK/POLİKLİNİK	NÖROLOJİ SERVİSİ	Zorunl	
8	DÜŞTÜĞÜ YER	TUVALET	Zorunl	
9	DÜŞME RİSKİ SKORU	17	Zorunl	
10	BİLDİRİMİ YAPAN KİŞİ ÜNVAN	Sevinç Bal hemşire	Zorunl	
11	DÜŞME NEDENİ	HASTA KAYNAKLI	Zorunl	

Tarih : 22/03/2022 16:22:30
1
Metin Cevabınızı Giriniz.
Multiple Skleroz

İptal Et Sonlandır ÇIKIŞ

6.2 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN OLUŞTURULMASI

İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi, HBYS üzerinde hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) kapsayacak şekilde düzenlendi. Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizinin yapılması sağlandı.

Sistem, "**Hasta Güvenliği**" ve "**Çalışan Güvenliği**" olmak üzere iki ayrı modülde ele alındı. Oluşturulan sistem web tabanlı olup internet ortamında hazırlandı.

HASTA GÜVENLİĞİ	ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ
• İlaç hataları sınıflandırma sistemi	• Dilek Şikayet Formu
• Cerrahi hataları sınıflandırma sistemi	• Malzeme Cihaz Olay Bildirim Formu
• Hasta hata bildirim sistemi	• Ramak Kala/Tehlikeli Durum Bildirim Formu
• Düşen Hasta Bildirim Formu	• Düşen Personel Bildirim Formu
• Kan kan bileşeni reaksiyon formu	• Kan Ve Vücut Sıvıları Maruz Kalan Çalışanlar,
• Advers Etki Bildirim Formu	• Kesici Delici Alet Yaralanmaları

6.3 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN TEMEL KURALLARI

- HBYS üzerinde bulunan kalite modülündeki İOBS de hastaya veya çalışana zarar veren ve/veya zarar oluşmadan önce fark edilen olayların benzerlerinin oluşmasını engellemeye yönelik sistemde iyileştirme çalışmalarının yapılmasına ve bu süreçten bir eğitim materyali oluşturularak benzer olayların oluşmasını engellemeye odaklı bir bildirim sistemidir.
- İOBS, kurumsal güvenlik kültürünün oluşmasını ve kurum içinde kurumsal bir öğrenme sürecinin oluşmasını sağlamaya odaklanmış bir sistemdir.
- İOBS, hasta ve çalışan güvenliğini sağlamaya yönelik kurumun iyileştirme sürecidir.
- HBYS üzerinde bulunan kalite modülündeki İOBS den yapılan hata bildirimleri, bildirim yapan sağlık çalışanının bilinmesini önleyecek şekilde gizlilik esaslı gözetilerek kurgulanmıştır. İOBS den her bir çalışan hata bildirimini yapabilir.
- HBYS üzerinde bulunan kalite modülündeki İOBS deki bildirim formunda yer alan, hasta güvenliğini ilgilendiren "**Hata Bildiriminin**" tam olarak doldurulması gereklidir.
- Çalışanlar, personel ve hasta isminden bağımsız olarak sadece hata konusu ve hataya ilişkin bilgilere yer verilir.

- Hata bildirimini ile ilgisi olan çalışanların ve hastaların isimleri için herhangi bir tanımlayıcı kullanılmaz.
- Kalite modülü üzerindeki İOBS' den yapılan bildirimler, kalite yönetim biriminin sorumluluğunda olup, yapılan hata bildirimlerinin nitelik ve uygunluğu günlük olarak kalite koordinatörlüğü tarafından değerlendirilerek dosyalanır.
- İOBS süreci de sağlıkta kalite standartları çerçevesinde, kurum içerisindeki hata bildirimini yapılan olaylar üzerinden veriler analiz edilerek sürecin yönetimi sağlamaktadır.

6.4 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN ÖZELLİKLERİ

- İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin kurulması aşamasında;
- Sistemin gizliliği
- Çalışanların kendilerini güvende hissetmeleri
- Sistemin gönüllülük esasına uygunluğu
- Bildirimlerin anonim olması
- Oluşturulacak sistemin işlevselliği çalışanların sisteme bildirim yapmaları ile mümkündür.

Bu nedenle;

- Bildirim Formlarını İOBS üzerinden nasıl doldurulacakları konusunda eğitim,
- Çalışanlara bildirim sisteminin önemi,
- Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerilerinin alınması ve geri bildirimlerde bulunulması,
- Çalışanların bildirim sistemini kullanmaları yönünde teşvik edici çalışmaların hastane genelinde yürütülmesidir.

Anonim olması

- İOBS, kişiler üzerinden işlemeyen bir sistem olma özelliği taşıdığından bildirim yapan kişinin kişisel bilgilerinin bildirim sisteminde yer almasını özellikle istemez.
- Bildirim yapan kişinin veya bildirim yapılan olay ile ilgili tanımlayıcıların yapılmadığı bir bildirim formuna sahiptir. Bu özelliğinden dolayı da İOBS anonim olma özelliği gösterir

Gönüllülük

- İOBS' de bildirim yapılması mevcut durum doğrultusunda gönüllülük esasına dayanmaktadır.
- Ancak yöneticilerin sağlık çalışanlarını İOBS' de bildirim yapmaları konusunda teşvik etmesi gerekmektedir.

Sistem bazlı olması

- İOBS, hastaya zarar verebilecek veya zarar vermesi olası olayların kimden kaynaklı olduğuna değil sürecin hangi noktasındaki eksiklikten kaynaklandığına odaklıdır. Bu nedenle olayların analizinde sistemde değişiklik ve düzenleme yapmaya yönelir.

Gizlilik

- İOBS, gizlilik esasına dayanır. İyi organize edilerek kurulan sistemlerde, yöneticilerin bildirim yapan veya olaya karışan kişinin ortaya çıkarılması yönünde bir girişim içinde bulunmaması gerekir.
- Hastanemizde kurulan güvenlik raporlama sisteminde gizlilik esas alınmaktadır.

Cezalandırma mekanizmasının olmaması

- Gizlilik ve sistem bazlı özellikleri kurgulanarak oluşturulan İOBS' de dahi bir şekilde olaya neden olan ve/veya bildirim yapan kişi deşifre olur ise, yönetim bu kişi ya da kişilere cezalandırıcı bir yaptırım uygulamamalıdır.
- İOBS ilaç güvenliği, hasta güvenliği, cerrahi güvenlik konularında bildirim yapılmasına öncelik vermiştir.
- Kurumlar hasta güvenliği ile ilgili olması kaydıyla, belirleyeceği konu başlıklarına bu sistemde ayrıca yer verebilir.

6.5 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN İŞ AKIŞI

6.5.1 Bildirim, analiz ve raporlamaya ilişkin süreçler ile her bir sürecin işleyişine yönelik basamaklar;

Bildirim Süreci İşleyiş Basamakları:

- Hastanın tedavi, teşhis ve bakım süreçlerine yönelik uygulanan işlemler sırasında bir hata olduğunda, çalışanlar hataları hastane HBYS sistemindeki kalite koordinatörlüğü modülü üzerinde bulunan

İOBS hata sınıflandırma sekmesinden yapar. Sistem, "**Hasta Güvenliği**" ve "**Çalışan Güvenliği**" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınır.

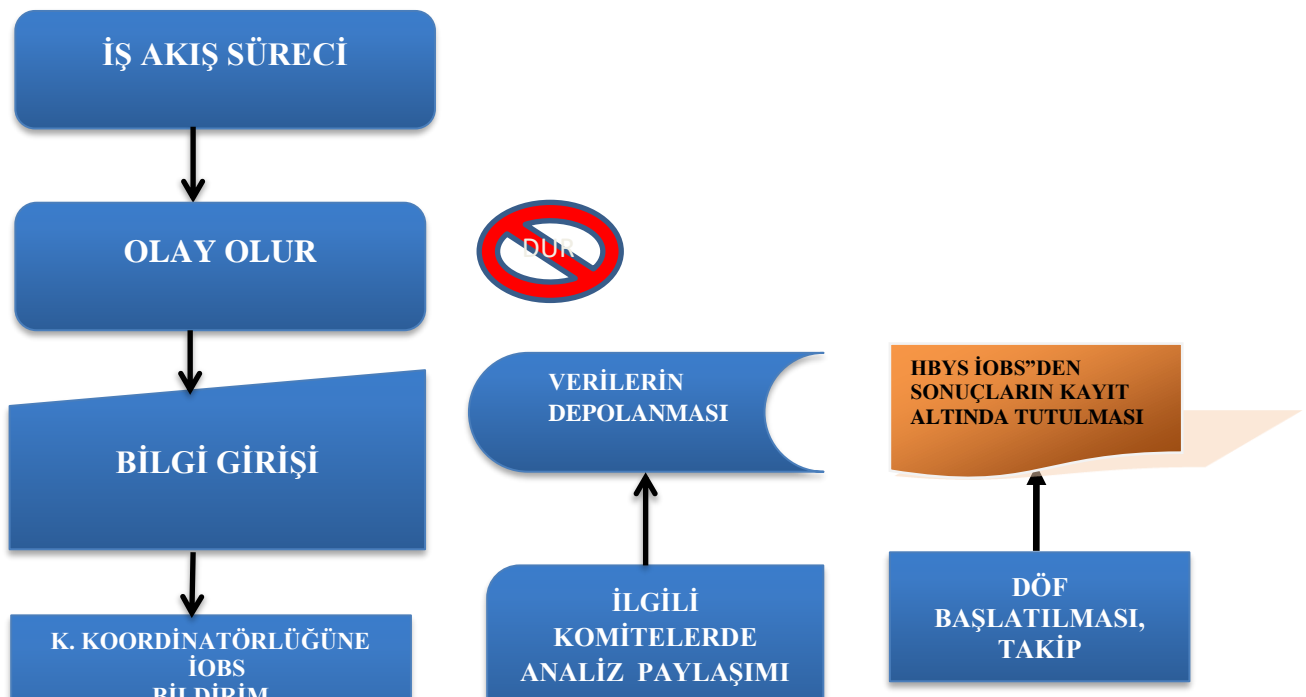
- Bildirim, çalışan güvenliği ile ilgiliyse kalite modül üzerinden '**Çalışan Güvenliği**' kısmı, hasta güvenliği ile ilgili ise '**Hasta Güvenliği**' kısmı doldurarak bildirim yapılır.
- **Formda 4 bölüm yer almaktadır:**
 - ✓ **Bildirim Konusu:** Bildirimi yapılan olayın hangi sınıfa girdiği tanımlanır. Bu bölümde "**İlaç hataları sınıflandırma sistemi**", "**Cerrahi hataları sınıflandırma sistemi**", "**Kesici Delici Alet Yaralanması**" "**Düşen Hasta Bildirim Formu**" ve diğer konu başlıkları yer almaktadır. Bildirim yapılan olayın ilgili olduğu konu seçilir.
 - ✓ **Olayın gerçekleştiği yer, zaman, tarih gibi genel bilgiler:** Bu bölüm kişinin gizlilik talebi varsa doldurulmaz.
 - ✓ **Olayı Anlatınız:** Olay ile ilgili daha fazla detayı yakalayabilmek amacıyla bu bölümde bildirim yapan kişi olayı kendi cümleleri ile anlatır.
 - ✓ **Varsa Görüş ve Önerileriniz:** Çalışanların sistem için en uygun önerilerini tespit etmek ve çalışanların süreçte gizli dahi olsa proaktif bir yaklaşım ile çalışmalarını sağlamak amacıyla bu bölümde bildirim yapanın varsa görüş ve önerilerini yazması beklenir. Formun hiçbir bölümünde hastaya ya da çalışana ait herhangi bir tanımlayıcının kullanılmaması gerekir.

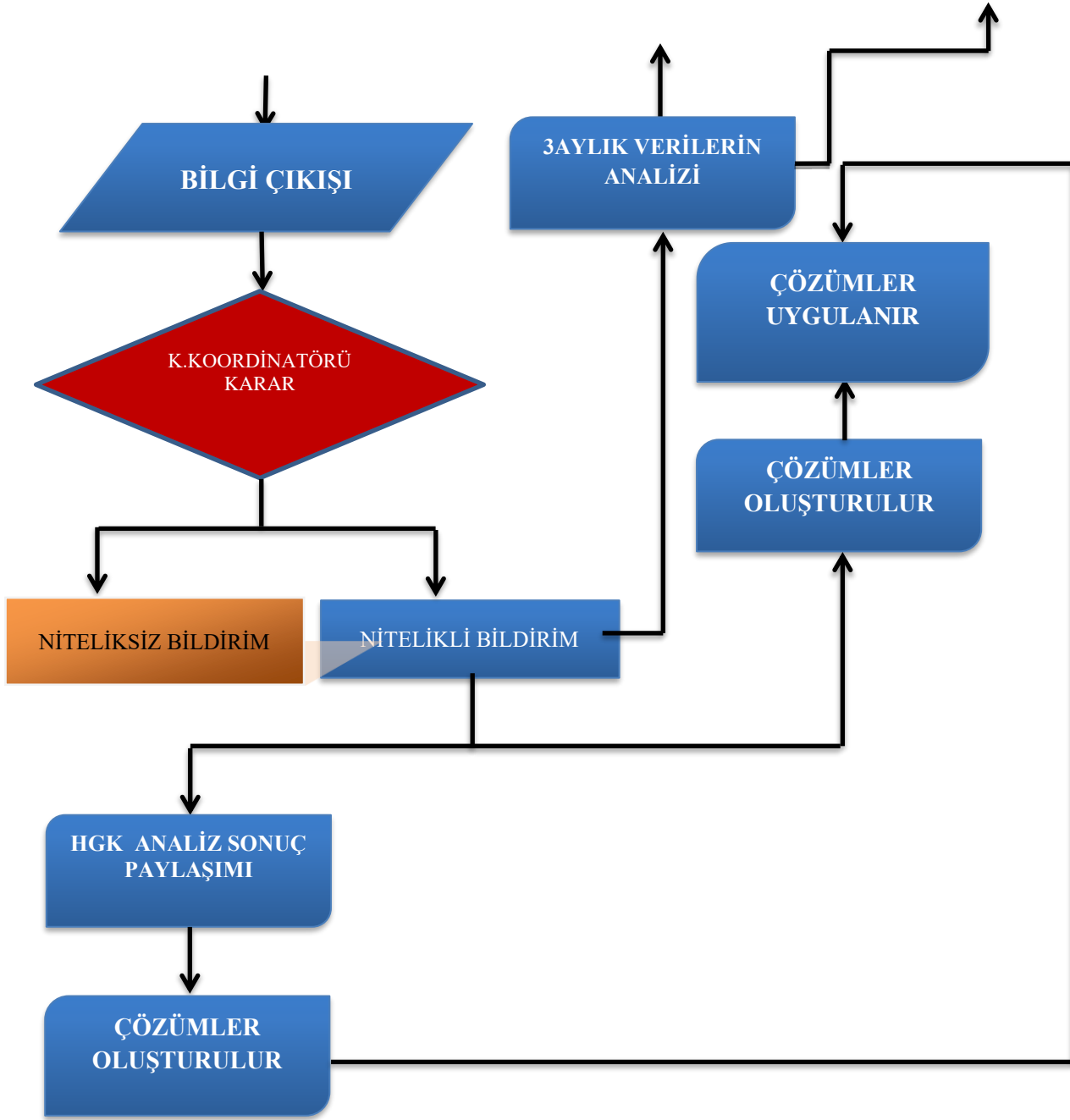
Analiz Süreci İşlem Basamakları:

- Bildirim formları HBYS sisteminde sadece kalite koordinatörlüğü tarafından görülecek şekilde düzenlenmiş olduğu için değerlendirme kalite koordinatörlüğünce yapılmaktadır.
- Kalite koordinatörlüğünde bildirimler günlük olarak değerlendirilir. Anında çözümlenmesi gereken konular ilgili birim ve bölümle işbirliği yapılarak yerinde değerlendirilir.
- Sistem üzerinden yapılan bildirimlerin kök nedeni araştırılır, çözümlenmeye çalışılır. Eğer çözümlenemezse düzenleyici önleyici faaliyet(DÖF) başlatılır ve sonuç takip edilip kayıt altına alınır.
- Değerlendirilen bildirimlerin analizleri 3 aylık dönemlerde yapılır ve **Hasta Güvenliği Komitesinde** hata bildirimlerinin (KNA) sonuçları paylaşılır ve çözüm önerileri oluşturulur.
- İyileştirmeler ve çözümler kalite yönetim birimi ile birlikte uygulamaya konarak çözümlerin ve iyileştirmelerin uygulanması sağlanır.

Raporlama Süreci İşlem Basamakları:

- Tüm bu süreç ile benzer zararlı ve/veya zarar verebilecek hataların gerçekleşmesi en alt seviyeye indirilmiş olur. Bütün bildirimler kalite modülünde kayıt ve çıktı alınarak depolanır.
- Analiz ekibi tarafından incelenerek kök neden analizleri yapılan bildirimlere "**Kök Neden Analiz Formu**" doldurularak ilgili komiteye sevk edilir. Komite toplantılarında bu bildirimler görüşülür. "**Toplantı Tutanak Formu**" na kaydedilir. Gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılır.
- Oluşturulan çözümlerle ilgili bölüm/birimlere geri bildirimde bulunulur. İOBS' de iş akış şeması aşağıda gösterilmektedir.





6.6 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİN ANALİZ VE RAPORLAMA SÜREÇLERİNE YÖNELİK SORUMLULAR

Bildirim, analiz ve raporlama süreçlerine yönelik sorumlular aşağıdaki gibi belirlenmiştir.

Bildirim süreci sorumluları: Bildirimlerin yapılmasından tüm personel sorumludur.

Analiz süreci sorumluları: Bildirimleri değerlendirerek ilgili analiz ekibine iletmekten Kalite Yönetim Direktörü, Olayların analizlerini yapmaktan ve gerektiğinde DÖF başlatmaktan belirlenen analiz ekibi, Yapılan kök neden analizlerinin değerlendirilmesinden de ilgili komite/ komiteler sorumludur.

Raporlama süreci sorumluları: İlgili Komiteler ve Kalite Yönetim Birimi sorumludur.

6.7 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN SORUMLULUĞU

İOBS' den en üst seviyede verim alabilmek için hastane çalışanları arasındaki sorumlulukların tümü belirlenmiş olmalıdır. İOBS tüm hastane çalışanlar ve yöneticilerini ilgilendiren bir süreç olup, sürecin farklı aşamalarında çalışan ve yöneticinin farklı sorumlulukları bulunmaktadır. Çalışanları tabloda da görüldüğü gibi; yöneticiler, Kalite Koordinatörlüğü ve Kalite Yönetim Birimi çalışanları, komiteler ve çalışanlar olarak gruplamak mümkündür. Sorumluluklar tablo hali aşağıda verilmiştir:

Yönetici	Sistemin kurulmasından
Kalite Koordinatörlüğü	Sistemin kurulmasından Bildirimlerin kabulünden Olayların gizliliğinden 3 aylık bildirim analizlerinden Çözüm uygulamalarından Düzeltilici Önleyici Faaliyetlerden Tüm Birim/ Bölüm Ünite Dokümanlarından
Komiteler	Olayların kök neden analizinden Çözüm ve iyileştirme önerilerinin sunulmasından Çözüm ve iyileştirme çalışmalarının uygulanmasından Düzeltilici Önleyici Faaliyetlerden
Çalışanlar	Bildirim yapmaktan Çözüm ve iyileştirme çalışmalarını uygulamaktan Düzeltilici Önleyici Faaliyetlerden

Yönetici, İOBS' nin hastanede kurulmasından sorumlu olan kişidir ve sistem için gerekli tüm alt yapı ve sistemin işlerliğini sağlamak üzere yapılacak işlemlerden de sorumludur. Yöneticinin desteği sağlanarak oluşturulan sistemlerde İOBS' nin daha işler ve çalışanlar tarafından daha benimsenen bir sistem olması sağlanır.

Kalite Koordinatörlüğü sistemin kilit sorumluluğuna sahiptir. Sistemin kurgulanmasında ve kurulum aşamasında yönetici ile birlikte hareket eder. Ancak koordinatörlüğün kilit görevi bildirim kabul eden birim olmasından kaynaklanır. Kalite koordinatörlüğü sistemin en mahrem bilgisine sahiptir ancak bunu sistemin izin verdiği ölçülerde paylaşır. Bildirimlerin sisteme kabulünü de kalite koordinatörlüğü yaptığı için İOBS bilgi güvenliğinin korunmasından da sorumludur. Kalite Koordinatörlüğü kabul ettiği bildirimleri **Hasta Güvenliği Komitesine** ve varsa ilgili diğer komitelere iletir. Hasta Güvenliği Komitesi değerlendirilmiş bildirimlerin kök neden analizi (KNA) yapar. Yapılan kök neden analizi sonuçlarına göre sistemi iyileştirmeye ya da değiştirmeye yönelik çözüm önerileri oluşturur.

Bu öneriler içinde uygulanması en uygun olan öneriler Kalite Koordinatörlüğü ile birlikte uygulamaya konulur. Uygulama için yapılması gerekenlerde başta Hasta Güvenliği Komitesi ve varsa diğer komiteler bu çalışmalarda yer almalıdır. Yapılan uygulamalar doğrultusunda benzer olayların oluşması engellenmelidir.

6.8 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNDEN HATA BİLDİRİMLERİN YAPILMASI

İOBS' nin kilit noktalarından biri hata bildirim formlarının Kalite modülü üzerinden doldurulmasıdır. Hata Bildirim Formun basit ve anlaşılır olması, doldurmanın kolay olması çalışanların bildirim yapmasında teşvik edici bir araçtır. İstenmeyen olay bildirim sistemi hata bildirim formu toplam 6 bölümden oluşmaktadır.

1.Bölüm: Hasta Güvenliği Hatası

2.Bölüm: Hatanın Gerçekleştiği (Yer)

3.Bölüm: Hatayı yapan kişi meslek grubu

4.Bölüm: Hatanın Zaman Aralığı (Saat)

5.Bölüm: Hatalı İşlem/ süreç ana kategorileri

6.Bölüm: Olayı Anlatınız

Hastanemiz içerisinde İOBS Sistemi HBYS üzerinden oluşturulan kalite koordinatörlüğü modülündeki İstenmeyen Olay Bildirim sekmesinden; ***Hasta Güvenliği ve Çalışan Güvenliği*** hata bildirim alanlarından doldurulacak şekilde yapılandırılmıştır.

- Hata bildirim hangi hata güvenliğini ilgilendiriyorsa sekme işaretlenir.
- İkinci bölümde bildirim gerçekleştiği yer genel (sistemde belirlenen şekilde) doldurulur.
- Üçüncü bölümde ise hatayı yapan meslek grubu (sistemde belirlenen şekilde) doldurulur.
- Dördüncü bölümde ise hata hangi zaman aralığı ya da zaman diliminde gerçekleşmiştir (sistemde belirlenen şekilde) bildirim doldurulur.

- Beşinci bölümde ise hatanın hangi süreçte ve hangi alt kategoride gerçekleştiği sistem üzerinden doldurularak varsa görüş ve açıklama yapıp, HBYS üzerinden internet ortamında elektronik kopya formatında kalite koordinatörlüğüne gönderilir.
- Ayrıca bu yolla çalışanların görüş ve önerileri alınarak çalışanların süreçte gizli dahi olsa proaktif bir yaklaşım ile çalışmalarını sağlayacaktır.
- Hata bildirimleri gönüllülük esasına dayanmaktadır. Hata bildirimlerinin hiçbir bölümünde hastaya ya da çalışana ait herhangi bir tanımlayıcının kullanılmaması gerekmektedir.
- İOBS' den gönderilen hata bildirimlerim formları niteliksel açıdan değerlendirilmesi Kalite Koordinatörü tarafından yapılır.
- Çalışanların İOBS hata bildirim formlarına, tüm bölümlerde HBYS üzerinden kolayca ulaşılabilecek şekilde gizlilik esas alınarak düzenleme yapılmıştır.

6.9 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ EĞİTİMLERİ

Bildirim sistemine yönelik yapılacak eğitim programında çalışanların farklı sorumlulukları olmasından dolayı farklı gruplar oluşturulmuş ve eğitim programları bu gruplara göre belirlenmiştir.

YÖNETİCİLERE	KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ ÇALIŞANLARINA
<p>Sistemin ne olduğu ve nasıl kurulacağı Gizliliğin ne olduğu ve nasıl sağlanacağı Anonim özelliğinin ne olduğu ve olayların nasıl anonim hale getirileceği Cezalandırmanın olmaması gerektiği Çıktılardan eğitim materyali oluşturulması süreci Bildirim asıllarının asla yöneticiler tarafından görülmeyeceği olmalıdır. İstenmeyen Olay Bildirim istemi Hata Sınıflandırma Sistemi</p>	<p>Sistemin ne olduğu ve nasıl kurulacağı Sistemin gizliliğinin nasıl sağlanacağı Eğitim materyallerinin nasıl oluşturulacağı Birebir uygulamalı eğitimi kimlere nasıl yapılacağı</p>
BİRİM KALİTE TEMSİLCİLERİNE	HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİNE
<p>İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin önemi ve sorumluluklar Hata bildirim sisteminin ne olduğu Sistemin anonim olmasının nasıl sağlanacağı Sistemin gizliliğinin nasıl sağlanacağı Cezalandırma sisteminin olmadığı Hata bildirimleri hakkında bilgi Bildirimlerin nasıl doldurulacağı Hangi olayların bildirileceği Görüş ve öneriler bölümünün yazılmasının önemi Formlarda yer alan bilgilerin nasıl analiz edileceği olmalıdır</p>	<p>Olay analizinde sistem odaklı çalışılacağı Olayın nasıl değerlendirileceği Kök neden analizlerinin nasıl yapılacağı Olayın analizi sonucunda eğitim konularının nasıl belirleneceği olmalıdır. Komite çalışanlarına verilecek eğitimde özellikle kök neden analizini nasıl yapılacağı</p>
TÜM ÇALIŞANLARA	<p>Örnek olaylar üzerinden sağlık çalışanlarının bildirim formlarını doldurması ve bu formların niceliksel ve niteliksel açıdan değerlendirilmesi konularına yer verilmelidir</p>
<p>İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin önemi ve sorumluluklar Sistemde yer alan konu başlıklarına ilişkin nelerin hasta güvenliğini dolaylı ve direk tehdit edebileceği İstenmeyen Olay bildirim yapılma şekli, uyulması gereken kurallar ve gizlilik</p>	

6.10 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ İSTATİSTİK VE ANALİZ RAPORLARI

- Sisteme yapılan hata bildirimler, İOBS'nin raporlama yetenekleri sayesinde anında raporlanabilmektedir. Hastanede gelişen hata risklerine karşı önlem alma amacı ile gerçekleştirdiği faaliyetlerde yol gösterici olması, sağlık çalışanlarının yaygın hatalar konusunda daha bilinçli olması adına önemli raporlar, herkesin erişimine açık şekilde paylaşılmaktadır. Ayrıca hatalara ilişkin tüm raporlar, hastanemizde Sağlıkta Kalite Standartları'nın geliştirilmesi amacı ile kullanılmakta, böylece sağlık hizmet süreçlerine ilişkin hataların önüne geçilmesi hedeflenmektedir.
- İOBS den yapılan tüm hata bildirimleri günlük değerlendirilip 3 aylık dönemlerde grafiksel analizleri yapılarak, Hasta Güvenliği 3 aylık dönem toplantılarında olağan, gerekli görüldüğü zamanlarda ise bu sürele uyulmadan paylaşılır. Bu grafik ve analizler;

En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hata Kodu

- Zaman Aralıklarına Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- Meslek Gruplarına Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- Hata Yerine Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- Hata Sürecine Göre Bildirim Sayı Dağılımları
- En Sık Bildirimi Yapılan İlk 10 Hata
- Yıllık veya dönemsel hata analizleri yapılmaktadır.

6.10.1 İstenmeyen Olay Bildirim Sistemine yapılan bildirimlerin analiz edilmesi, analiz sonuçlarına göre iyileştirme çalışmalarının yapılması.

Sisteme yapılan bildirimlerin değerlendirilmesi ve olay bazında kök neden analizi yapılması:

Kalite Yönetim Birimine gönderilen form içerik yönünden Kalite Yönetim Direktörü tarafından değerlendirilir. Formun herhangi bir bölümünde hasta ve çalışan adı/soyadı var ise ve/veya formun birinci ve üçüncü bölümlerinden biri veya ikisi doldurulmamış ise form değerlendirmeye alınmaz.

Değerlendirilmeye alınan bildirimlerin, kalite koordinatörlüğü tarafından incelenerek kök neden analizleri yapılır. Analiz sonrası gerektiğinde düzeltici önleyici faaliyetler başlatılır.

Analiz yapılırken, sisteme ilişkin değerlendirmelerde bulunulur, sistemin aksayan yönleri, düzeltilecek alanları olup olmadığı incelenir.

Kök Neden Analizinde Anahtar Noktalar

- KNA çalışmasına tüm ilgili taraflar dahil 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 araştırın.
- ✓ Olayın nasıl oluştuğunu tartışın.
- ✓ Olayın sıklığını belirleyin.
- ✓ Olayların sıklığındaki sapmayı tanımlamak için olayda istenmeyen etkiye katkısı olan oluşumlarla, ideal olan durumun arasındaki boşluğun potansiyel nedenlerini açığa çıkaran neden ve sonuç diagramlarını kullanın.
- ✓ Fonksiyonunu yerine getirmede başarısız olan engelleri veya var olmayan güvensiz uygulamaları tanımlayın.
- ✓ Bu tür olayların gelecekte nasıl önlenebileceğini tartışın.
- ✓ Ekibin tüm görüşlerini bir araya getirin ve mantıklı bir fikir kümesi oluşturun.
- ✓ Bir aksiyon planı oluşturun.
- ✓ Riskleri azaltmak için uygulanabilir değişiklikleri tanımlayın.

- ✓ Bu değişikliklerin uygulanmasından kimlerin sorumlu olacağını belirleyin.
- ✓ Uygulamanın ne zaman gerçekleşeceğini belirleyin.
- ✓ Benzer hataların gelecekte oluşmaması için iyileştirmeleri standartlaştırın.

6.10.2. Sisteme yapılan bildirimlerin genel analizlerinin düzenli aralıklarla tekrarlanması, raporlanması ve değerlendirilmesi;

İOBS den yapılan tüm hata bildirimleri günlük değerlendirilip 3 aylık dönemlerde grafiksel analizleri yapılarak, Hasta Güvenliği 3 aylık dönem toplantılarında olağan, gerekli görüldüğü zamanlarda ise bu sürelerle uyulmadan paylaşılır.

6.10.3 Tespit edilen olumsuzluklara yönelik gerekli düzeltici-önleyici faaliyetlerin gerçekleştirilmesi:

Değerlendirmeye alınan olay bildirimlerine kalite koordinatörlüğü analiz ekibi tarafından incelenerek kök neden analizleri yapılır ve “Kök Neden Analiz Formu” doldurulur. Aynı zamanda düzeltici önleyici faaliyet başlatılması gerekiyorsa analiz ekibi tarafından DÖF açılır.

6.10.4 Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri alınması, düzenli aralıklarda çalışanlara sistemin kullanımı ile ilgili geri bildirimlerde bulunulması:

Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri bölüm kalite sorumluları ile yapılan toplantılarda veya HBYS üzerinden alınmakta ve yapılan uygulamalar hakkında geri bildirimlerde bulunulmaktadır.