

HASTA GÜVENLİĞİ GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

RUKİYE KARAMAN
KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ

13.07.2015

rkaraman@ktu.edu.tr

rukiyekaraman@windowslive.com

SUNUM PLANI



- SKS İÇERİSİNDE HASTA GÜVENLİĞİ
- HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ
- GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ
- KALİTE MODÜLÜ
- KÖK NEDEN ANALİZİ
- SONUÇ

SKS YÖNETMELİK, REHBER

6 Nisan 2011

Resmî Gazete

Sayı :27897

Sağlık Bakanlığından:

**HASTA VE ÇALIŞAN GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASINA
DAİR YÖNETMELİK**

6 Ağustos 2013

Sağlık Bakanlığından:

Resmî Gazete

Sayı:28730

**SAĞLIK HİZMETİ KALİTESİNİN GELİŞTİRİLMESİ VE
DEĞERLENDİRİLMESİNE DAİR YÖNETMELİK**



SON HALİ

■ 27.06.2015

Sağlık Bakanlığından:

Resmi Gazete

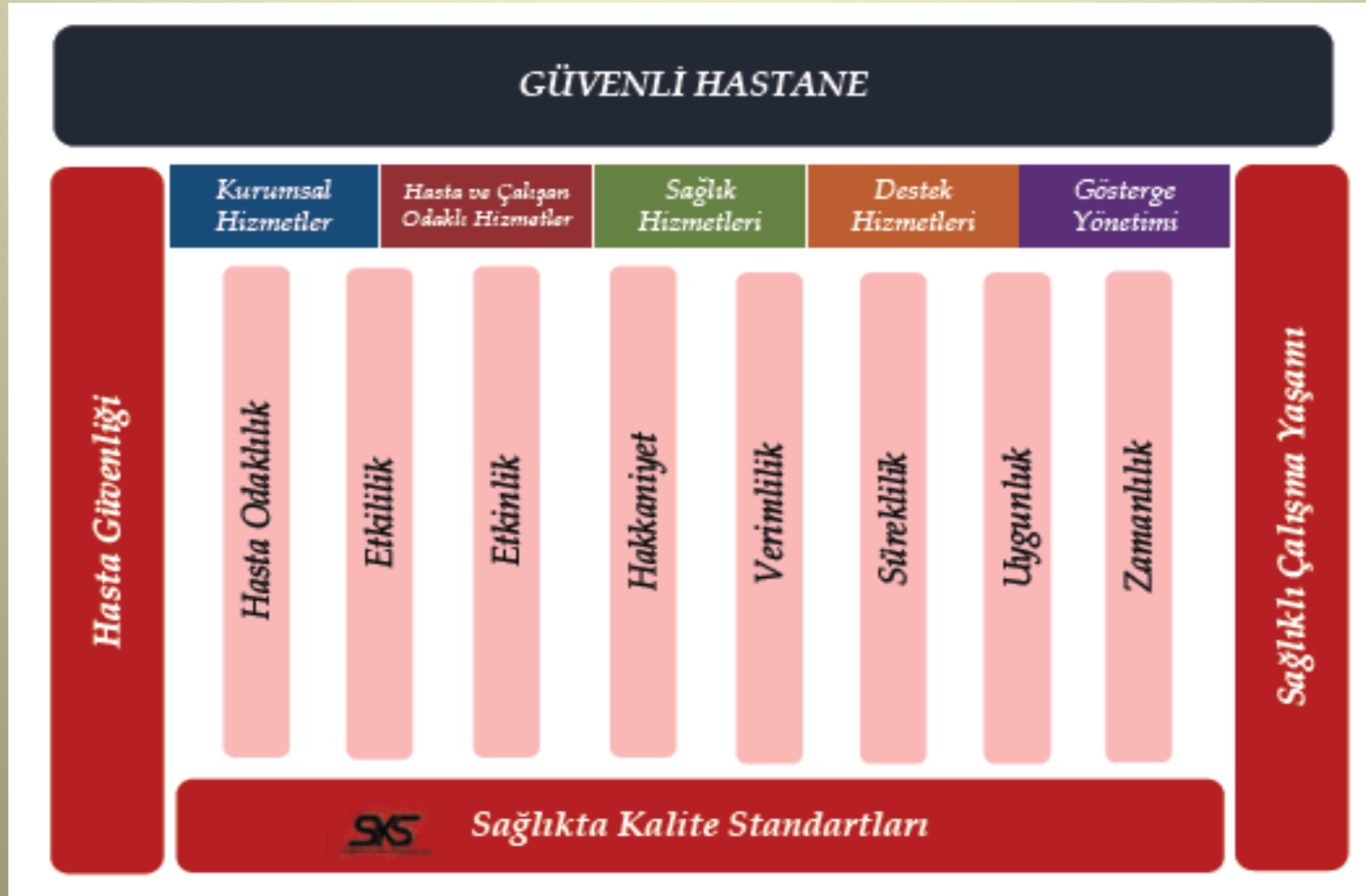
Sayı:29399

■ **Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi Ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik**

■ **SKS VERSİYON 5**



5 BOYUT 10 HEDEF GÜVENLİ HASTANE



HASTA GÜVENLİĞİ- TIBBİ HATALAR

Hataların hastaya **ulaşmadan** önce belirlenmesi,
bildirilmesi ve
düzeltilmesini sağlayacak önlemlerin alınması

SİSTEM VE SÜREÇ ODAKLI

TIBBİ HATALARIN OLUŞMA NEDENLERİ

TIBBİ HATALAR VE İSTENMEYEN OLAYLARIN OLUŞMA NEDENLERİ	
İnsan kaynaklı hatalar	Kişilerin sebep olduğu bireysel hatalardır.
Sistem hataları	Sistemde olan bir eksikliğin veya yanlışın sonucunda oluşan hatalardır. Sistemde var olan bir hata kişilerin hatasıyla sonuçlanır. Örnek: hekim ve hemşirelerin yoğun çalışma saatleri veya kişi başına düşen hasta sayısının fazla olması (iş yükü fazlalığı) hastaya yanlış ilaç verilmesine yol açabilir.
Altyapı veya malzeme eksiklerine bağlı hatalar	Hastane altyapısının iyi olmaması sonucu elektrik veya güç kaynaklarının kesilmesi ya da iletişimde kopma istenmeyen olaylara sebebiyet verebilir.
Hastane içinde veya dışında oluşan ihtiyaçlar sonucu oluşan hatalar	Hastanenin bir bölümündeki çalışan eksikliğini diğer bir bölümden eleman alarak kapatma gibi planlama hataları sonucu istenmeyen olaylar oluşabilir.

Kaynak: (Mc Fadden ve Stock, 2006:328)

‘Hata yapmak insanın doğası gereğidir ve bu değiştirilemez. Ancak insanların çalıştığı koşullar düzeltilebilir’
Reason, 2000

HATA



İYİ NİYETLE



Tekrar ve monoton işlerde



Hatadan 30 sn dinlenmeye geçiyor

YANLIŞ



ART NİYETLE

Hatayı ortadan kaldırmak için **kişilere değil sistem üzerine** odaklanılmalı, hataların yapılabirliği kabul edilmeli, analiz edilip sonuçlarına göre ders çıkarılmalı ve sistemde iyileştirmeler yapılmalıdır.

STANDARTLAR HASTA GÜVENLİĞİ

HASTA GÜVENLİĞİ

HASTANEDEKİ **GENEL RİSKLERİN** DEĞERLENDİRİLMESİ
TESİS GÜVENLİĞİ
ACİL DURUM VE AFET YÖNETİMİ

HASTA İLE İLİŞKİLİ RİSKLERİN **DEĞERLENDİRİLMESİ**

HASTA İLE İLİŞKİLİ RİSKLERİN
TANIMLANMASI

RİSKLERİN **RAPORLANMASI** VE KÖK NEDEN ANALİZİ

ÇÖZÜMLERİN UYGULANMASI, HASTAYA
GÜVENLİ BAKIMIN VERİLMESİ

HKS KOMİTE OLUŞTURULMASI

HASTA GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

TIBBİ İDARİ VE HEMŞİRELİK YÖNETİCİ TEMSİLCİLER, KALİTE KOORDİNATÖRÜ, CERRAHİ-DAHİLİ-LABORATUVAR BÖLÜMÜ-ANESTEZİ REANİMASYON TEMSİLCİLER, ECZACI, BİLGİ İŞLEM SORUMLUSU, BİRİM KALİTE TEMSİLCİLERİ

1-Hastaların doğru kimliklendirilmesi,

2-Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının sağlanması,

3-Güvenli ilaç uygulamalarının sağlanması,

4-Transfüzyon güvenliğinin sağlanması,

5-Radyasyon güvenliğinin sağlanması,

6-Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması,

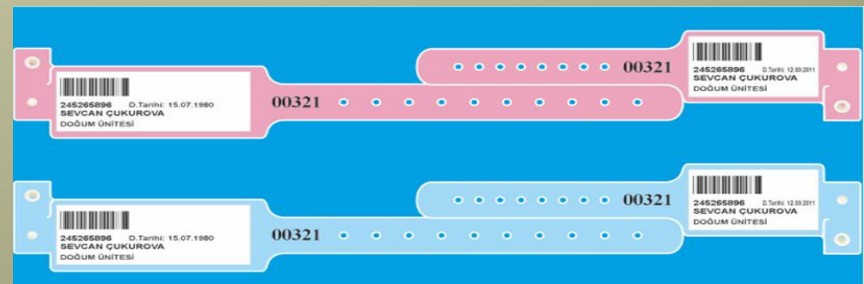
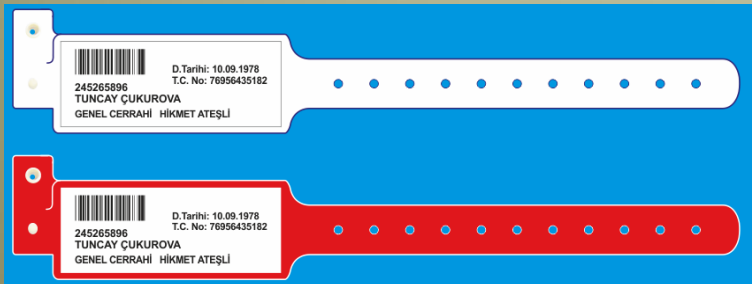
7-Güvenli cerrahi uygulamalarının sağlanması,

8-Tıbbi cihaz güvenliğinin sağlanması.

1-HASTA KİMLİĞİNİN DOĞRULANMASI

- Yatışı yapılan her hastaya(günübirlik işlemler)
- Hastaya ismi ile hitap edilmesi
- Hastanın tedavi ve bakım sürecinde tüm uygulamalardan önce hasta kimliğinin kontrolü
 - İlaç uygulamalarından önce
 - Kan ve kan ürünlerinin transfüzyonundan önce
 - Laboratuvar ve radyoloji tetkiklerinden önce
 - Ameliyattan önce
 - Hasta transferinden önce

**BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR**

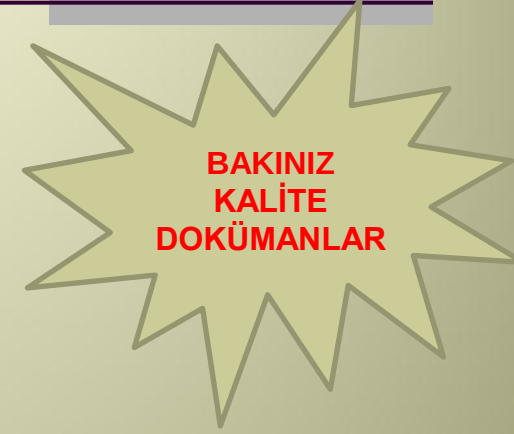


1-HASTANIN KİMLİĞİNİN DOĞRULANMASI



- Hastaların doğru tanımlanması ve olası tıbbi hataların önlenmesi açısından kullanılan sistemdir.
- Uygulama ?????

2-ÇALIŞANLAR ARASINDA ETKİLİ İLETİŞİM

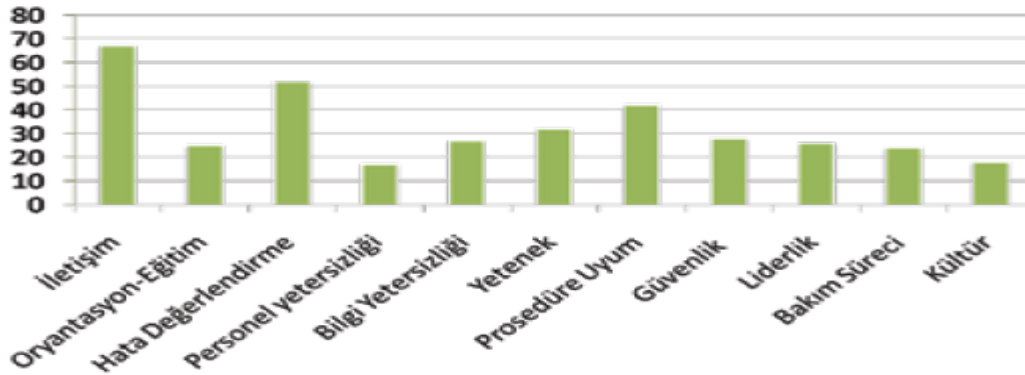


İLETİŞİMDE MESAJIN İLETİLMESİNİ SAĞLAYAN KANALLAR

Bilgi işlem kayıtları
Sözel telefonla alınan istemler
Tetkik sonuçları
İlaç kısaltmaları

2- ÇALIŞANLAR ARASINDA ETKİLİ İLETİŞİM

Şekil. Tıbbi Hataların Kök Nedenleri



İLETİŞİMİ ETKİLEYEN FAKTÖRLER

Sağlık hizmetlerinin karmaşık olması

Hiyerarşi (hekim-hemşire, hemşire-personel arasında)

Dil farklılıkları

Okunaksız bir yazıyla yazılmış order

Hastalarla ilgili eksik veriler

Yoğun ve stresli çalışma ortamları

Hastanın durumu ve tedavi planlarındaki günlük-anlık değişiklikler

Gürültü

2-İLETİŞİM HASTA GÜVENLİĞİ

■ HASTANELERDE İLETİŞİM HASTA GÜVENLİĞİNİ NASIL TEHDİT EDİYOR

En sık:

- Doktor-doktor arası konsültasyon
- Hemşire-doktor arası sözel istem
- Hemşire-hemşire arası nöbet teslim

**BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR**

Hasta güvenliği açısından risk oluşturmaktadır.

- »» Sözel/Telefonla İstem Uygulamaları(**TALİMAT**)
- »» Kısaltma ve Sembollerin Kullanılması
- »» Kritik Test Sonuçlarının İletilmesi

Kullanılmaması Gereken Kısaltma ve Semboller	Anlamları	Doğru Kullanım
IU (IV?)	Uluslar arası ünite	Uluslar arası ünite
µg (?)	Mikrogram	mcg
.5 mg (. görülmeyebilir)	0.5 mg	0.5 mg
1.0 mg (10?)	1 mg	1 mg
SC (SL ?)	Subkutan	Subkutan ya da cilt altı

3-GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMASI

İLAÇ GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

- Üretim koşulları
- Alım aşamaları
- Depolama
- Ulaşım-Transfer
- V.b

ÜRETİM

UYGULAMA

- İlacın teslim alınması
- Klinik koşullar
- İlacın hazırlanması
- Uygulama şekli
- Saklanması
- V.b

- İlacın tedavi cevabı
- Advers etki
- Uzun dönem komplikasyonları
- V.b

GÖZLEM

**BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR**

ADVERS ETKİ BİLDİRİMİ (FARMAKOVİJİLANS SORUMLUSU)

3-GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMASI

İLAÇ YÖNETİMİ
HGK İlaç güvenliği ekibi

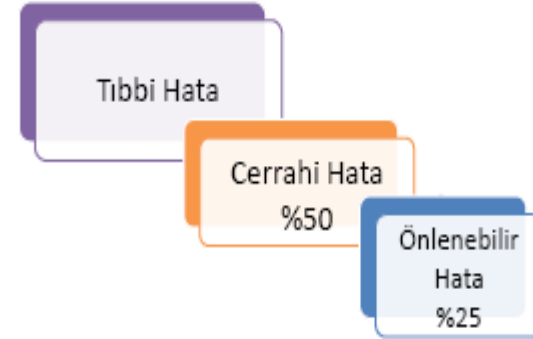
BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar
Karışmasını engellemeye yönelik çalışmalar
Pediatrik dozda ilaç listeleri
Yeşil ve kırmızı reçeteye tabii ilaçların yönetimi
Advers etki bildirimi
İlacın güvenli uygulanması
İlaç ve kitlerin saklandığı dolapların sıcaklık takibi

4- GÜVENLİK CERRAHİ

Güvenli cerrahi hayat kurtarır/2008/DSÖ
25 ülke 3000 hastane
GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ/ 2009

**BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR**



4- GÜVENLİK CERRAHİ

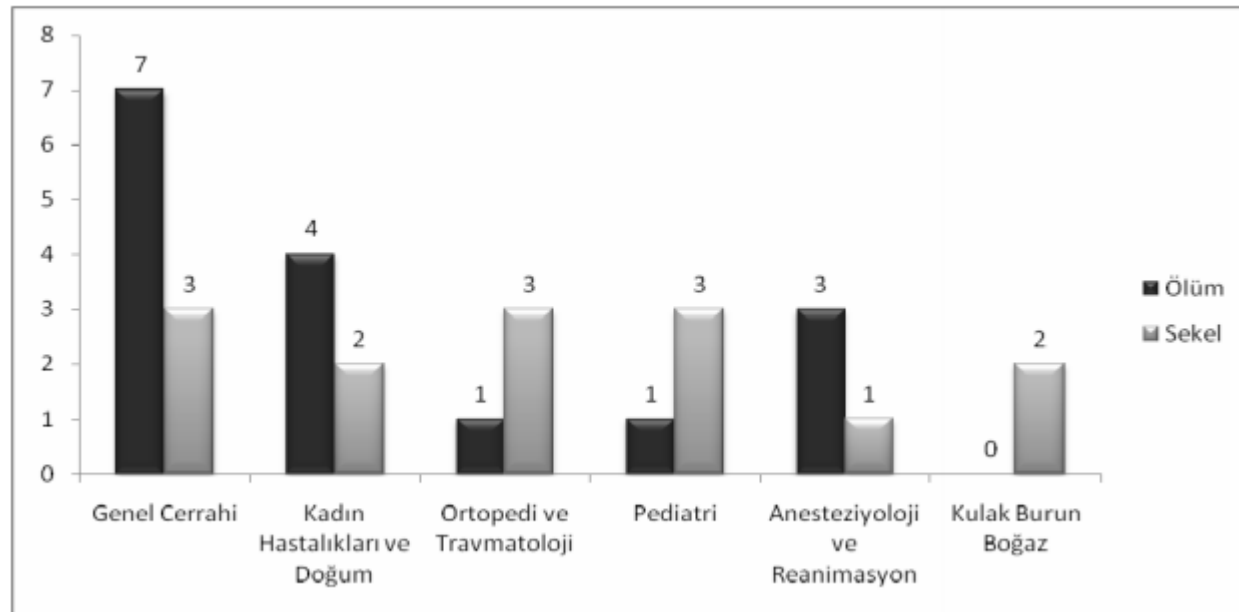


TÜRKİYE VERİSİ



Yargıtayda Karara Bağlanan Tıbbi Uygulama Hatası Dosyalarının Değerlendirilmesi

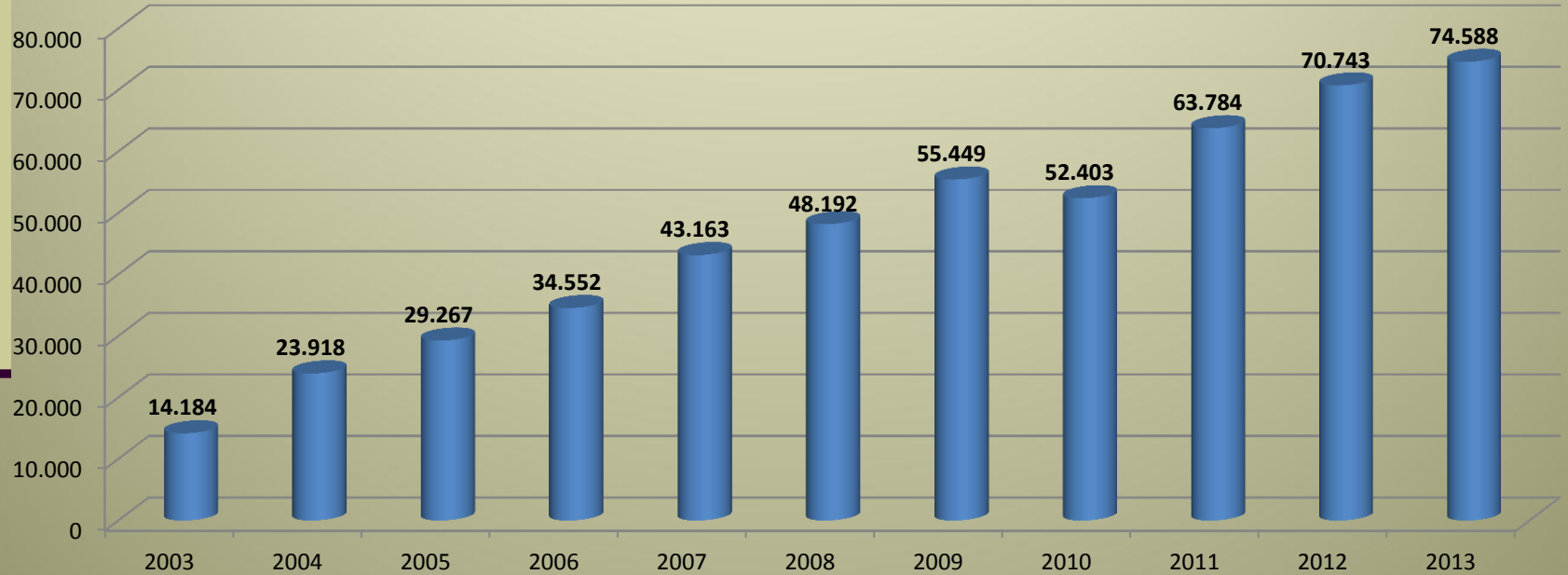
Grafik 2. Uzmanlık alanlarına göre tıbbi müdahale sonuçları



MEDICAL MALPRACTICE VERDICTS OF HIGH COURT IN TURKEY
İsmail Özgür CAN, Erdem ÖZKARA, Muhammed CAN
CİLT 25, SAYI 2, (MAYIS) 2011, S: 69 - 76

Yıllara göre ameliyat sayıları oranı (2003-2013)

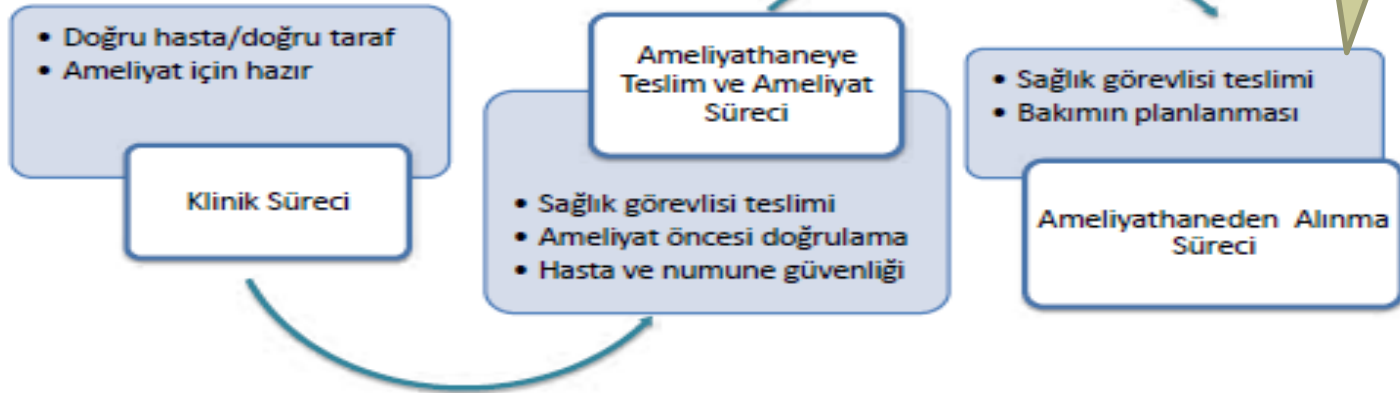
Ameliyat Edilen Toplam Hasta Sayısı



4-GÜVENLİ CERRAHİ LİSTESİ

BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR

Ameliyathane Süreç Güvenliği



ACİL DURUMLAR DIŞINDA??

5-TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ

**BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR**

BÖLÜME TRANSFERİ

- Uygun donör seçimi
- Güvenlik testlerinin yapılması
- Kanın alınması
- Hazırlanması
- Saklanma koşulları
- Etiketlenmesi

KAN BANKASI

- Bölüm tarafından isteğin yapılması
- Taşıma konteynerleri
- Bölümde en geç 1 saat uygulama
- Bölümde saklama koşulları

- Kimlik doğrulama
- Çapraz karşılaştırma
- 2 sağlık çalışanı kontrolü
- Vital bulguların takibi
- Gözlem
- Akut ve geç reaksiyonlar

UYGULAMA

KAN MERKEZİ TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR									
Hastanın Adı, Soyadı					İstek Tarihi				
Protokol No					İstenen Bileşen				
Doğum Tarihi					İsteyen				
Cinsiyeti					Hastanın Kan Grubu		Rh		
Kan Bileşeni Bilgileri	Kan Grubu	Crossmatch uygun			Uygun değil		Yapılmadı		
	Tipi	Filtrasyon yapıldı			Yapılmadı				
	No	Işınlama yapıldı			Yapılmadı				
	Miktarı.....cc	Hemoliz var			Yok				
	Son Kullanma Tarihi:	Renk uygun			Uygun değil				
	/...../.....	Pıhtı var			Yok				
İstemi Karşıllayan İsim		Teslim Eden İsim			Teslim Saati		Transferi Yapan İsim		
.....									
TRANSFÜZYON İŞLEMİ YAPAN BİRİM TARAFINDAN DOLDURULACAKTIR									
Transfüzyon Öncesi Kontrol		1. kişi			1.kişi Adı, Soyadı-İmza	2. kişi			2.kişi Adı, Soyadı-İmza
	Kan ve kan bileşeni bilgileri kontrolü	Uygun	Uygun değil			Uygun	Uygun değil		
	Hasta kimlik bilgileri kontrolü	Uygun	Uygun değil			Uygun	Uygun değil		
	Crossmatch etiket kontrolü	Uygun	Uygun değil			Uygun	Uygun değil		
	Kan grubu kontrolü (kan torbası ve form)	Uygun	Uygun değil			Uygun	Uygun değil		
	Torba numarası kontrolü (kan torbası ve form)	Uygun	Uygun değil			Uygun	Uygun değil		
Planlanan Veriliş Süresi:									
	Saat	Kan Basıncı (mm Hg)	Nabız (.../dk)	Vucut ısısı (C ⁰)	Hemşire (imza)				
Transfüzyon Öncesi									
Transfüzyon İzlem**	15. dk.								
	45. dk.								
	1 saat 15dk								
	1 saat 45dk								
	2 saat 15dk								
	2 saat 45dk								
	3 saat 15. dk								
	3 saat 45. dk								
	4 saat								
Transfüzyon bitiş saati:									
Transfüzyon Miktarı	☐ Tümü			Reaksiyon şüphesi*	Var				
	Yaklaşık				Yok				
*Reaksiyon gelişti ise lütfen açıklayınız. Güvenlik raporlama sistemi olay bildirim formu doldurunuz ve Kalite Koordinatörlüğüne iletiniz.									
**Transfüzyon izlemi, ilk 15 dakikada, daha sonra 30 dakikada bir ve transfüzyon bitimine kadar yapılır. Transfüzyon bittikten bir saat sonra kontrol edilir.									

**BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR**

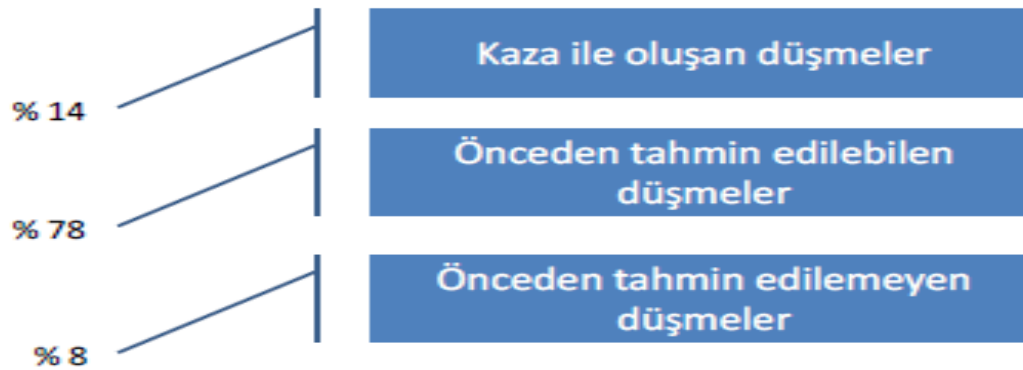
6- DÜŞMELERDEN KAYNAKLANAN RİSKLERİN AZALTILMASI

Düşme nedenleri

Hastanın Durumundan
Kaynaklanan Nedenler

Hastane Ortamından
Kaynaklanan Nedenler

**BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR**



6-DÜŞME SKORU DEĞERLENDİRİLMESİ

İtaki Düşme Ölçeği Harizmi Düşme Ölçeği



- Yatan her hastaya
- Hemşire tarafından
- Hasta odası, yatak başında yapılır
- HANGİ DURUMDA TEKRARI**
- Bölüme kabul
- Post-op
- Bölüm değişikliği
- Durum değişikliği

RİSKİN DEĞERLENDİRİLMESİ

ÖNLEM ALINMASI

- Yonca sembolü
- Çevre düzenlemesi
- Refakatçi bulundurulması
- Hemşire deskine yakın oda
- Yatak kenarlıklarının kaldırılması

- HBYS güvenlik raporlamadan bildirimin yapılması
- DÜŞEN HASTA İNDİKATÖRÜ
- ALT İNDİKATÖR
- DÖF

BİLDİRİMİN YAPILMASI İNDİKATÖR TAKİBİ

7-TIBBİ CİHAZLARIN YÖNETİMİ



7-HASTA BAŐI TEST CİHAZLARI KULLANIMI

■ HBTC nedir?

GLUKOMETRE CİHAZI

KAN GAZI CİHAZI

ACT CİHAZI

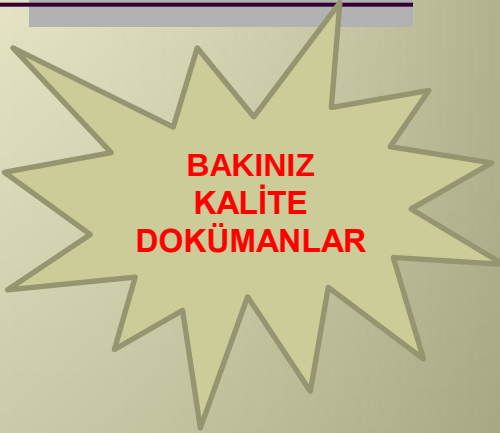
Hasta güvenliği ????????????????????

Sorumluları belirlenmeli

Envanter oluřturulmalı

Kullanım talimatı

Kalibrasyon kontrol kalite testleri yapılmalı



BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR

8- RADYASYON GÜVENLİĞİ

■ Hastanelerdeki Radyasyon Alanları

- Radyoterapi üniteleri
- Nükleer tıp üniteleri
- Radyoloji üniteleri
- Anjiyo ünitesi
- Skopi cihazının kullanıldığı ameliyathaneler
- Diş röntgen üniteleri

■ RADYASYON GÜVENLİĞİ KOMİTESİ

■ TAEK

■ RADYASYON ALANLARI

■ Denetimli alanlar

■ Gözetimli alanlar



9- ENFEKSİYON KONTROLÜ

ENFEKSİYON KONTROLÜ

EL HİJYENİ, BEŞ ENDİKASYON KURALI

İZOLASYON YÖNTEMLERİ

STERİLİZASYON-DEZENFEKSİYON

RUTİN SÜVEANSLARIN YAPILMASI

HASTANE ENFEKSİYON HIZI, DİRENÇ PROFİLİ

EĞİTİM, DAVRANIŞ DEĞİŞİKLİĞİ

ANTİBİYOTİK KONTROL EKİBİ

BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR

SKS HATA RAPORLAMA SİSTEMİ GRS

HASTA GÜVENLİĞİNİ TEHDİD EDEN OLAYLARIN BİLDİRİLMESİ

GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR

SAĞLIK SİSTEMİNDE MEYDANA GELECEK
HATALARI ORTAYA ÇIKARARAK
BENZERLERİNİN YAPILMASINI
ENGELLEMEK.

HASTA GÜVENLİĞİNİ TEHDİT EDEN OLAYLARIN ORTAYA
ÇIKARILMASI VE BU OLAYDAN YOLA ÇIKARAK SİSTEMDE
İYİLEŞTİRME ÇALIŞMALARINI İÇEREN BİR **BİLDİRİM**
SİSTEMİDİR.

GRS İŞ AKIŞ DİYAGRAMI



Hasta güvenliğinde kültür deęiřimi

KÜLTÜREL BİR DEğİşİMİN YAřANMASIDIR.

Suçlama ve cezalandırma kültürünün yerini anlayışla kabullenme ve düzeltme kültürü yer alması

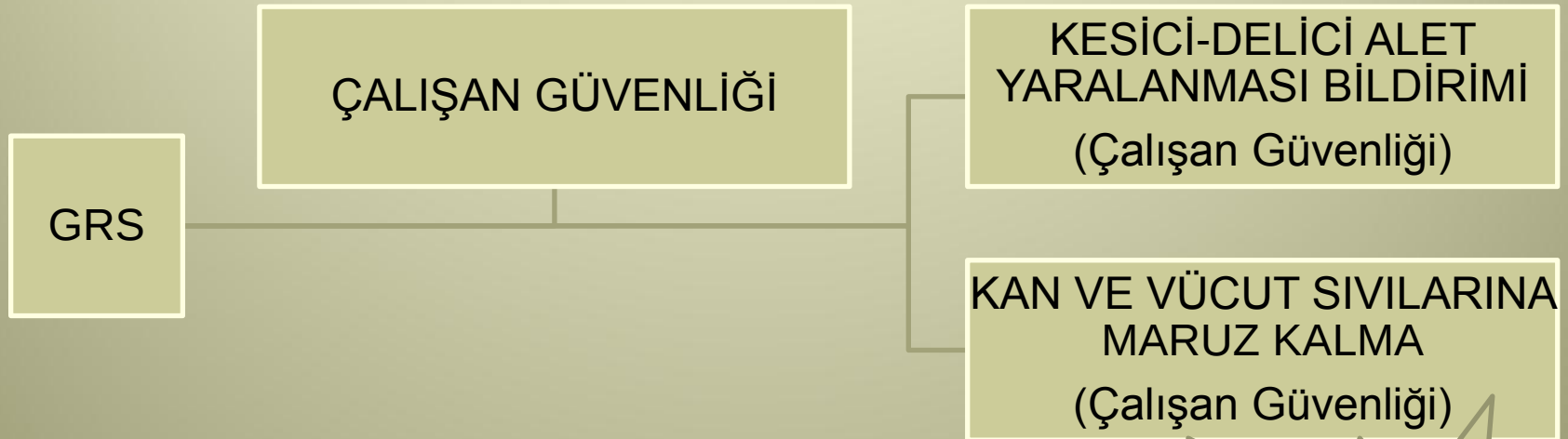
Hatalar daha çok konuşulmakta, kabullenilmekte, açıklanmakta ve bildirilmesiyle.

HATALAR FIRSATA ÇEVİRİLEREK İYİLEşME ÇALIřMALARI YAPILMASI

GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ



GRS BİLDİRİMİ YAPILACAK OLAYLAR-2



**BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR**

GRS MODÜLÜ KULLANIMI



GRS MODÜLÜ KULLANIMI

Kodu	S.No	Tarih	Tipi	Açıklaması
2	2	26/06/2013	FRB.YÖN.FR.05	GÜVENLİK RAPORLAMA BİLDİRİM FORMU
2	3	26/06/2013	FRB.ENF.FR.02	KAN VE VÜCUT SIVILARININ SIÇRAMASINA MARUZ KALAN ÇALIŞANL
2	4	26/06/2013	FRB.ENF.FR.05	KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI
2	5	01/07/2013	FRB.YÖN.FR.06	DÜŞEN HASTA BİLDİRİM FORMU

Güncelle Başla

S. No : Açıklaması Cevap

Not :

Tarih :

Tarih

İptal Et Sonlandır ÇIKIŞ



GRS MODÜLÜ KULLANIMI

Kodu	S.No	Tarih	Tipi	Açıklaması
2	2	26/06/2013	FRB.YÖN.FR.05	GÜVENLİK RAPORLAMA BİLDİRİM FORMU
2	3	26/06/2013	FRB.ENF.FR.02	KAN VE VÜCUT SIVILARININ SIÇRAMASINA MARUZ KALAN ÇALIŞAN
2	4	26/06/2013	FRB.ENF.FR.05	KEŞİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI
2	5	01/07/2013	FRB.YÖN.FR.06	DÜŞEN HASTA BİLDİRİM FORMU

Güncelle **Başla**

S. No : 2 **Açıklaması** **Cevap** **Not :**

1	BİLDİRİMİN KONUSU	
2	OLAYI ANLATINIZ	
3	VARSA GÖRÜŞ VE ÖNERİLERİNİZ	

Tarih : 09/01/2014 11:10:13
4
Seçiminizi Yapınız.

İptal Et **Sonlandır** **ÇIKIŞ**



GRS MODÜLÜ KULLANIMI

Kodu	S.No	Tarih	Tipi	Açıklaması
2	2	26/06/2013	FRB.YÖN.FR.05	GÜVENLİK RAPORLAMA BİLDİRİM FORMU
2	3	26/06/2013	FRB.ENF.FR.02	KAN VE VÜCUT SIVILARININ SIÇRAMASINA MARUZ KALAN ÇALIŞANLAR
2	4	26/06/2013	FRB.ENF.FR.05	KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI
2	5	01/07/2013	FRB.YÖN.FR.06	DÜŞEN HASTA BİLDİRİM FORMU

Güncelle **Başla**

S. No : 3 **Açıklaması** **Cevap** **Not :**

1	ADI SOYADI	
2	ÇALIŞTIĞI BÖLÜM	
3	YARALANMA TARİHİ	
4	YARALANMA SAATİ	
5	GÖREVİ	
6	YARALANMAYA NEDEN OLAN SIVININ CİNSİ NEDİR	
7	YER TANIMI	
8	YARALANMAYA NEDEN OLAN SIVI ENFEKTE Mİ	
9	8. SORUNUN CEVABI EVET İSE HASTANIN KAN YOLU İLE BULAŞAN BİR HASTALIĞI VAR MI	
10	OLAY ESNASINDA KİŞİSEL EKİPMAN KULLANIYORMUYDUNUZ	
11	10. SORUNUN CEVABI EVET İSE HANGİLERİ OLDUĞUNU İŞARETLEYİNİZ.	

Tarih : 09/01/2014 11:11:55
1
Metin Cevabınızı Giriniz.



GRS MODÜLÜ KULLANIMI

Kodu	S.No	Tarih	Tipi	Açıklaması
2	2	26/06/2013	FRB.YÖN.FR.05	GÜVENLİK RAPORLAMA BİLDİRİM FORMU
2	3	26/06/2013	FRB.ENF.FR.02	KAN VE VÜCUT SIVILARININ SIÇRAMASINA MARUZ KALAN ÇALIŞAN
2	4	26/06/2013	FRB.ENF.FR.05	KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI
2	5	01/07/2013	FRB.YÖN.FR.06	DÜŞEN HASTA BİLDİRİM FORMU

Güncelle **Başla**

S. No : 5 **Açıklaması** **Cevap** **Not :**

1	BİLDİRİM TARİHİ	
2	HASTA ADI SOYADI	
3	YAŞI	
4	CİNSİYETİ	
5	TANI	
6	DÜŞME TARİHİ	
7	HASTANIN YATTIĞI KLİNİK	
8	DÜŞTÜĞÜ YER	
9	DÜŞME RİSKİ SKORU	
10	BİLDİRİMİ YAPAN KİŞİ-ÜNVAN	
11	DÜŞME NEDENİ	

Tarih : 09/01/2014 11:13:20
7
Tarih



GRS MODÜLÜ KULLANIMI

10.10.4.27 - FARABI HASTANESİ BİLGİ İŞLEM MERKEZİ (KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ)

KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ



Dokümanlar
Öz Değerlendirme
Komiteler
Birim Kalite Temsilcileri
Hasta Güvenliği
Çalışan Güvenliği
Dış Kaynaklı Dokümanlar

Döküman Okuma veya Anket Cevaplama

Personel Sağlık Tarama ve Takip Formu

Hasta Arama

Rapor Güncelle

Anketler

Güvenlik Raporlama Sistemi

İndikatör

Acil Durum Afet Yönetimi

Dilek ve Şikayetler

S.No	Tarih	Tipi	Açıklaması	Katılan	Okunan	Okunmayan
2	26/06/2013	FRB.YÖN.FR.05	GÜVENLİK RAPORLAMA BİLDİRİM FORMU	474	474	0
3	26/06/2013	FRB.ENF.FR.02	KAN VE VÜCUT SIVILARININ SIÇRAMASINA MARUZ KALAN	76	76	0
4	26/06/2013	FRB.ENF.FR.05	KESİCİ DELİCİ ALET YARALANMALARI	97	97	0
5	01/07/2013	FRB.YÖN.FR.06	DÜŞEN HASTA BİLDİRİM FORMU	96	96	0
16	07/04/2014	0402 DİLEK ŞİKAYET	0402 DİLEK ŞİKAYET FORMU	401	401	0
19	09/07/2014	01.ENFEKSİYON HANESTEZİ YBÜ ENFEKSİYON HIZ ORANI		2	2	0

Cevaplar / İstatistik

Güncelle
İstek Bildirisi
Anıza Bildirimi
Malzeme İstek
Duyurular
Telefon Rehberi
Çıkış

OLAY BİLDİRİMİ-KÖK NEDEN ANALİZİ

KÖK NEDEN ANALİZİ

PROBLEMİN OLUŞMASINA YOL AÇAN EN ÖNEMLİ SEBEPTİR.

PROBLEMİN GERÇEK ÇÖZÜMÜNE ULAŞMAK İÇİN PROBLEMİN VAROLUŞ NEDENLERİNİ ÖĞRENMEYİ SAĞLAR.

DÖF

	KTÜ FARABI HASTANESİ BAŞHEKİMLİĞİ	DOKÜMAN KODU	FRB. YÖN. FR. 14
		YAYIN TARİHİ	30.09.2013
		REVİZYON TARİHİ	00
		REVİZYON NO	00
		SAYFA NO/SAYI	1/1
DÜZELTİCİ ONLEYİCİ FAALİYET FORMU			
DÖF Sayısı:		TARİH:	
DÖF (Uygunsuzluğun Tanımı)			
DÖF Başlatılan Veri Kaynağı:	Öz değerlendirme ☐ GRS Sistemi ☐ Bina Turu, Gözlem ☐ Dilek-Şikayet-Öneri ☐ Sonuçlanmamış DÖF ☐		
DÖF Başlatan Kişinin Adı Soyadı: Görüşleri:			
DÖF Açılan Bölüm-Birim: Sorumlusu:	DÖF Takipçisi imza:		
DÖF Tahmini Giderilme Süresi			
KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ DEĞERLENDİRMESİ			
Kalite Koordinatörünün Değerlendirmesi:			
UYGUNDUR:	☐	UYGUN DEĞİLDİR:	☐
DÖF Faaliyet Planı	1.		
	2.		
	3.		
	4.		
DÖF Sonucu:			
		Başhekim Yardımcısının Onayı	
DÖF Sonlandırma Tarihi:			

**BAKINIZ
KALİTE
DOKÜMANLAR**

SONUÇ SÜREÇLERİN İYİLEŞTİRİLMESİ



Thomas EDİSON ?

‘999 kez hata yapmanıza rağmen bininci deney için gücü nerden buldunuz’

“AMPULÜN İCADI BİN AŞAMALI BİR SÜREÇ”

“Hata gibi görünen ilk 999 aşama,
1000. ve son aşamaya götüren öğretilerle doluydu”



SONUÇ

■ Institute Of Medicine

21.Yüzyıl için sağlık sisteminde iyileştirilmesi gereken konular

**GÜVENLİ
ETKİLİ
HASTA ODAKLI
ZAMANINDA
VERİMLİ
EŞİT VE HAKKANİYETLİ**