 KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Farabi Hastanesi	KARADENİZ TEKNİK ÜNİVERSİTESİ Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi (Farabi Hastanesi) Başhekimliği			
	İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİ PROSEDÜRÜ			
Dok. Kod: İO.PR.01	Yayın Tarihi:10.02.2016	Revizyon No:05	Revizyon Tarihi:24.07.2023	Sayfa Sayısı:20

1.0 AMAÇ

Karadeniz Teknik Üniversitesi sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezi Farabi Hastanesinde, hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen (ramak kala) ya da gerçekleşen istenmeyen olayların bildirilmesini sağlamak, bu olayları izlemek, bildirimlerin sonucunda bu olaylara yönelik gerekli önlemlerin alınmasını sağlamaktır.

2.0 KAPSAM

Karadeniz Teknik Üniversitesi sağlık Uygulama ve 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
SKS: Sağlıkta kalite sistemleri
HBYS: Hastane Bilgi Yönetim Sistemi
HHSS: Hasta Hata Sınıflandırma Sistemi
İHSS: İlaç Hata Sınıflandırma Sistemi
CHSS: Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi
EBYS: Elektronik Bilgi Yönetim 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 Başmüdürü
• Kalite Koordinatörlüğü
• Başhemşirelik
• İlgili Komite Ve Ekipler
• 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 SİSTEMİNİN ANALİZ VE RAPORLAMA SÜREÇLERİNE YÖNELİK SORUMLULAR

6.7 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN SORUMLULUKLARI

6.8 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNDE HATA BİLDİRİMLERİNİN 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)

CERRAHİ HATA SINIFLANDIRMA SİSTEMİ- KOD TABLOSU				
Kod Bölümü	Ana Parametre Kodu	Ana Parametre	İkincil Parametre Kodu	İkinci Parametre
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CDK	Klinik (Dahili)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CAS	Acil Servis		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CPL	Poliklinik		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CMA	Ameliyathane (Merkez)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CCA	Ameliyathane (Acil)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CBA	Ameliyathane (Klinik/Branş)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CYB	Yoğun Bakım		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CCK	Klinik (Cerrahi)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CAM	Acil Sağlık Hizmetleri (Ambulans)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	COY	Acil Sağlık Hizmetleri (Olay Yeri)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	CDG	Diğer		
Olaya Sebep Olan Kişi	BM	Biyomedikal Mühendisi		
Olaya Sebep Olan Kişi	UA	Uzman Hekim (Asistan)		
Olaya Sebep Olan Kişi	HM	Hemşire		
Olaya Sebep Olan Kişi	AC	Asistan (Cerrahi Branş)		
Olaya Sebep Olan Kişi	AA	Asistan (Anestezi)		
Olaya Sebep Olan Kişi	AT	Anestezi Teknisyeni/Teknikeri		
Olaya Sebep Olan Kişi	UC	Uzman Hekim (Cerrahi Brans)		
Olaya Sebep Olan Kişi	TY	Teknisyen		
Olaya Sebep Olan Kişi	TP	Temizlik Personeli		
Olaya Sebep Olan Kişi	AE	Acil Tıp Teknisyeni/Teknikeri		
Olaya Sebep Olan Kişi	PT	Hasta		
Olaya Sebep Olan Kişi	PR	Hasta Yakını		
Olaya Sebep Olan Kişi	NA	Kişiden Kaynaklanmayan Hata/Diğer		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z1	00:00-04:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z2	04:01-08:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z3	08:01-12:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z4	12:01-16:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z5	16:01-20:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z6	20:01-23:59		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z7	Bilinmiyor		
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	di	Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmemesi
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	ik	Ameliyat bölgesinin/tafının kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	ac	Pre-op açıklık gerekliliğinin teyit edilmemesi
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	tr	Ameliyat bölgesinin tıraşının yapılmamış olması
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	gd	Makyaj, protez ve değerli eşyalarının çıkarıldığıının teyit edilmemesi
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	oi	Ameliyat öncesi özel işlemin(lavman uygulaması vb.) atlanması
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	mk	Ameliyat için gerekli malzeme, kan/kan ürünlerinin tedarik kontrolünün yapılmaması
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	tk	Tetkik ve tahlillerin hasta yanında olduğunun kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	oa	Hasta rızasının alınmaması
Olay/Hata	C1	Klinik Cerrahi İşlem Hazırlığı	ok	Hasta rızasının kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C2	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	kd	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi

				işlemin doğrulanmaması
Olay/Hata	C2	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	te	Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik etmemesi
Olay/Hata	C2	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	ta	Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi
Olay/Hata	C2	Ameliyathaneye Transfer ve Hasta Kabulü	ti	Teslim sırasında ameliyat sürecine ait bilgilerin iletilmemesi
Olay/Hata	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	at	Ameliyat odasının ve ameliyat masasının temizliğinin uygun olmaması
Olay/Hata	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	ak	Anestezi cihaz ve ekipmanlarının kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	ck	Kalibrasyon/bakım eksikliğinden kaynaklanan ekipman arızası
Olay/Hata	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	gk	Prizlerin kesintisiz güç kaynağına bağlı olduğunun kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	pk	Partikül ölçümlerinin yapılmaması/kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	sn	Oda sıcaklığı/nemin uygunsuzluğu/kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C3	Ameliyathane Cerrahi İşlem Hazırlığı	tg	Tıbbi gaz sisteminin kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	kd	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
Olay/Hata	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	ok	Hasta rızasının kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	ik	Ameliyat bölgesinin/tafının işaretlenmesinin kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	po	Pulse oksimetre cihazının hasta üzerinde olmaması/kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	ad	Alerji durumunun değerlendirilmemesi
Olay/Hata	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	kk	Kan transfüzyonu gerekliliğinin değerlendirilmemesi
Olay/Hata	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	gc	İhtiyaç duyulabilecek görüntüleme cihazlarının kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C4	Anestezi Öncesi Hazırlık ve Kontroller	hd	Anestezi risklerinin değerlendirilmemesi
Olay/Hata	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	kd	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
Olay/Hata	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	et	Ekip üyelerinin kendini tanıtmaması
Olay/Hata	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	kc	Cerrahi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
Olay/Hata	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	ka	Anestezi kaynaklı gerçekleşebilecek kritik olayların değerlendirilmemesi
Olay/Hata	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	sk	Malzemelerin hazır ve steril olduğunun kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	cp	Gerekli cerrahi profilaksinin uygulanmaması
Olay/Hata	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	ks	Kan şekeri kontrolü gerekliliğinin değerlendirilmemesi
Olay/Hata	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	ko	Antikoagülan kullanımının sorgulanmaması
Olay/Hata	C5	Ameliyat Kesisi Öncesi Kontroller	vp	Gerekli DVT-profilaksisinin uygulanmaması
Olay/Hata	C6	Ameliyat Sürecindeki Takip ve Kontroller	ku	Kan/kan ürünü kullanımı gerektiğinde hastaya uygunluk kontrolünün yapılmaması
Olay/Hata	C6	Ameliyat Sürecindeki Takip ve Kontroller	pf	Frozen gerektiği durumda numunenin uygun şekilde etiketlenmemesi
Olay/Hata	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	gi	Hasta kimliği, ameliyat yeri ve cerrahi işlemin doğrulanmaması
Olay/Hata	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	ta	Kullanılan alet, spanç, kompres ve iğne sayımlarının kontrol edilmemesi
Olay/Hata	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	pe	Alınan numunelerin uygun şekilde etiketlenmemesi
Olay/Hata	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	cg	Olası cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin değerlendirilmemesi
Olay/Hata	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	ag	Olası anestezi kritik bakım gereksinimlerinin değerlendirilmemesi
Olay/Hata	C7	Ameliyat Sonu Kontrolleri	gy	Post-op hastanın transfer edileceği bölümün belirtilmemesi
Olay/Hata	C8	Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi	gb	Cerrahi kritik bakım gereksinimlerinin hastayı teslim alan sağlık personeline iletilmemesi
Olay/Hata	C8	Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi	kd	Hasta kimliği, cerrahi işlem ve hastanın transfer edileceği bölümün doğrulanmaması
Olay/Hata	C8	Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve Transferi	ta	Hastanın sağlık çalışanına teslim edilmemesi
Olay/Hata	C8	Ameliyathaneden Hastanın Ayrılışı ve	ts	Hasta transferine sağlık çalışanının eşlik

		Transferi		etmemesi
--	--	-----------	--	----------

6.1.2 İlaç Hata Sınıflandırma Bildirim (İHSS)

İLAÇ HATALARI SINIFLANDIRMA SİSTEMİ- KOD TABLOSU				
Kod Bölümü	Ana Parametre Kodu	Ana Parametre	İkincil Parametre Kodu	İkinci Parametre
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HKL	Klinik		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HAS	Acil Servis		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HPL	Poliklinik		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HAY	Ameliyathane		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HEC	Eczane		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HAM	Acil Sağlık Hizmetleri (Ambulans)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HOY	Acil Sağlık Hizmetleri (Olay Yeri)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HDG	Diğer		
Olaya Sebep Olan Kişi	UH	Uzman Hekim		
Olaya Sebep Olan Kişi	PH	Pratisyen Hekim		
Olaya Sebep Olan Kişi	DT	Diş Tabibi		
Olaya Sebep Olan Kişi	EC	Eczacı		
Olaya Sebep Olan Kişi	HM	Hemşire		
Olaya Sebep Olan Kişi	ET	Eczane Teknisyeni		
Olaya Sebep Olan Kişi	AE	Acil Tıp Teknisyeni/Teknikeri		
Olaya Sebep Olan Kişi	AS	Asistan		
Olaya Sebep Olan Kişi	ST	Stajyer		
Olaya Sebep Olan Kişi	HS	Hasta		
Olaya Sebep Olan Kişi	HY	Hasta Yakını		
Olaya Sebep Olan Kişi	NA	Kişiden Kaynaklanmayan Hata/Diğer		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z1	00:00-04:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z2	04:01-08:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z3	08:01-12:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z4	12:01-16:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z5	16:01-20:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z6	20:01-23:59		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z7	Bilinmiyor		
Olay/Hata	I0	Muhafaza	a	Sıcaklık ve nem uygunsuzluğu
Olay/Hata	I0	Muhafaza	b	İlk gelen ilk çıkar (FIFO) kuralı ihlali
Olay/Hata	I0	Muhafaza	c	Işık maruziyeti
Olay/Hata	I0	Muhafaza	d	Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
Olay/Hata	I0	Muhafaza	e	Pediyatrik dozdaki ilaçların diğer ilaçlar ile aynı rafta olması
Olay/Hata	I0	Muhafaza	f	Kritik stok seviyesinin hatalı kontrolü
Olay/Hata	I0	Muhafaza	g	Miat ve kritik stok seviyesi uyarı sisteminin hatalı olması
Olay/Hata	I0	Muhafaza	h	Yüksek riskli ilaçların tanımlanmaması
Olay/Hata	I0	Muhafaza	i	Psikotrop ve narkotik ilaçların tanımlanmaması
Olay/Hata	I0	Muhafaza	j	İlacın çalınması
Olay/Hata	I0	Muhafaza	k	İlacın kaybolması
Olay/Hata	I0	Muhafaza	l	Miadı dolmuş ilaç
Olay/Hata	I1	İstem	a	Yanlış ilaç istemi
Olay/Hata	I1	İstem	b	Elektronik ortamda yanlış ilaç seçimi
Olay/Hata	I1	İstem	c	Yanlış tedavi yazılması
Olay/Hata	I1	İstem	d	Kontrendike ilaç yazılması

Olay/Hata	11	İstem	e	İlaç adında kısaltma kullanımı
Olay/Hata	11	İstem	f	Okunaksız el yazısı
Olay/Hata	11	İstem	g	Hatalı doz istemi
Olay/Hata	11	İstem	h	Sözel istemin yanlış anlaşılması
Olay/Hata	11	İstem	i	Sözel istemin yazılı hale getirilmemesi
Olay/Hata	11	İstem	j	İletişim eksikliği
Olay/Hata	12	Hazırlama	a	Doktor isteminin yanlış yorumlanması
Olay/Hata	12	Hazırlama	b	Yanlış ilaç hazırlanması
Olay/Hata	12	Hazırlama	c	İlaçların yanlış paketlenmesi
Olay/Hata	12	Hazırlama	d	İlaçların yanlış etiketlenmesi
Olay/Hata	12	Hazırlama	e	Hastanın yanında getirdiği ilaçların tanımlanmaması
Olay/Hata	12	Hazırlama	f	El hijyeni uygulanmaması
Olay/Hata	12	Hazırlama	g	İlaç geçimsizliği
Olay/Hata	12	Hazırlama	h	İlacın yanlış teknik ile hazırlanması
Olay/Hata	12	Hazırlama	i	Yazılışı, okunuşu, görünümü benzer ilaçların karışması
Olay/Hata	12	Hazırlama	j	Hazırlanan ilaçların yanlış etiketlenmesi
Olay/Hata	12	Hazırlama	k	Doktor istemi dışında ilaç uygulanması
Olay/Hata	12	Hazırlama	l	Yetki dışında ilaç uygulanması
Olay/Hata	12	Hazırlama	m	Bozulmuş ilaç uygulanması
Olay/Hata	12	Hazırlama	n	Hasta başında ilaç bulundurulması
Olay/Hata	12	Hazırlama	o	İlacın kullanımı hakkında hastaya yanlış bilgi verilmesi
Olay/Hata	12	Hazırlama	p	İlacın kullanımı hakkında hastaya bilgi verilmemesi
Olay/Hata	13	Transfer	a	Hazır ilaçların yanlış hastaya gönderilmesi
Olay/Hata	13	Transfer	b	Yanlış zamanda ilaç dağıtılması
Olay/Hata	13	Transfer	c	Eczaneden yanlış ilacın transferi
Olay/Hata	13	Transfer	d	İlaçların yanlış birime gönderilmesi
Olay/Hata	13	Transfer	e	İlaçların hastaya/birime zamanında gönderilmemesi
Olay/Hata	14	Uygulama	a	El hijyeni uygulanmaması
Olay/Hata	14	Uygulama	b	Sterilizasyon/dezenfeksiyon kurallarına uyulmaması
Olay/Hata	14	Uygulama	c	Yanlış hasta
Olay/Hata	14	Uygulama	d	Yanlış ilaç
Olay/Hata	14	Uygulama	e	Yanlış doz (Aşırı)
Olay/Hata	14	Uygulama	f	Yanlış doz (Yetersiz)
Olay/Hata	14	Uygulama	g	Yanlış farmasötik form
Olay/Hata	14	Uygulama	h	Yanlış zaman
Olay/Hata	14	Uygulama	i	Yanlış teknik
Olay/Hata	14	Uygulama	j	Geçimsiz ilaçların aynı anda uygulanması
Olay/Hata	14	Uygulama	k	Doz atlama
Olay/Hata	14	Uygulama	l	Mükerrer ilaç verme
Olay/Hata	14	Uygulama	m	Yanlış uygulama süresi (Enjeksiyon)
Olay/Hata	14	Uygulama	n	Yanlış uygulama süresi (İnfüzyon)
Olay/Hata	15	Uygulama Sonrası	a	İlaç uygulanması sonrası el hijyeni uygulanmaması
Olay/Hata	15	Uygulama Sonrası	b	İlaç uygulamasının kayıt altına alınmaması
Olay/Hata	15	Uygulama Sonrası	c	İlaç uygulama sonrası atıkların ortamdaki uzaklaştırılmaması
Olay/Hata	15	Uygulama Sonrası	d	İlaç uygulama sonrası gözlem yapılmaması
Olay/Hata	15	Uygulama Sonrası	e	Advers etki (Yönetiminin tanımlanmaması)
Olay/Hata	15	Uygulama Sonrası	f	Advers etki (Bildirim yapılmaması)
Olay/Hata	15	Uygulama Sonrası	g	İlaç-ilaç, ilaç-besin etkileşiminin gözlenmemesi
Olay/Hata	15	Uygulama Sonrası	h	İade edilen ilaçların orijinal ambalajının bozulmuş olması

6.1.3 Hasta Güvenliği Hata Sınıflandırma (HGSS)

HASTA GÜVENLİĞİ HATA SINIFLANDIRMA SİSTEMİ- KOD TABLOSU				
Kod Bölümü	Ana Parametre Kodu	Ana Parametre	İkincil Parametre Kodu	İkinci Parametre
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGKL	Klinik		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGAS	Acil Servis		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGPL	Poliklinik		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGAH	Ameliyathane		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGEC	Eczane		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGLB	Laboratuvar		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGKA	Kan Alma Birimi		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGTG	Tıbbi Görüntüleme Birimi		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGKH	Kişisel Hijyen Alanları		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGTB	Tesis Bahçesi		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGOT	Otopark		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGTK	Teknik Birim		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGAM	Acil Sağlık Hizmetleri (Ambulans)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGOY	Acil Sağlık Hizmetleri (Olay Yeri)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGKT	Kişisel Temizlik Alanı (Banyo, Tuvalet vb.)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGYB	Yoğun Bakım Ünitesi		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	HGDG	Diğer		
Olaya Sebep Olan Kişi	UH	Uzman Hekim		
Olaya Sebep Olan Kişi	PH	Pratisyen Hekim		
Olaya Sebep Olan Kişi	DT	Diş Tabibi		
Olaya Sebep Olan Kişi	EC	Eczacı		
Olaya Sebep Olan Kişi	HM	Hemşire		
Olaya Sebep Olan Kişi	ET	Eczane Teknisyeni		
Olaya Sebep Olan Kişi	AS	Asistan		
Olaya Sebep Olan Kişi	ST	Stajyer		
Olaya Sebep Olan Kişi	HS	Hasta		
Olaya Sebep Olan Kişi	HY	Hasta Yakını		
Olaya Sebep Olan Kişi	AE	Acil Tıp Teknisyeni/Teknikeri		
Olaya Sebep Olan Kişi	NA	Kişiden Kaynaklanmayan Hata/Diğer		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z1	00:00-04:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z2	04:01-08:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z3	08:01-12:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z4	12:01-16:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z5	16:01-20:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z6	20:01-23:59		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z7	Bilinmiyor		
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	a	Hastanın asansör arızası nedeni ile mahsur kalması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	b	Hastanın asansör arızası nedeni ile düşmesi/yaralanması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	c	Hastanın yürüyen merdiven arızası nedeni ile düşmesi/yaralanması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	d	Hastanın ıslak/kaygan zemin nedeni ile düşmesi/yaralanması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	e	Acil durum ve afet planının bulunmaması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	f	Acil durum ve afet yönetimine ilişkin yönlendirmelerin eksik olması

Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	g	Hasta yönlendirme işaretlerinin eksik olması/bulunmaması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	h	Yaşlı veya engelli hastalara yönelik düzenlemelerin eksik olması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	i	Medikal gaz kontaminasyonu veya yanlış gaz karışımı
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	j	Elektrik kaçağı sonucu hastanın yaralanması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	k	Yangın/patlama sonucu hastanın yaralanması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	l	Su kaynaklarının kontaminasyonu
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	m	Su/kanalizasyon baskını
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	n	Teşhis/tedavi amacı dışında hastanın tehlikeli atık/maddelere maruziyeti
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	o	Yoğunbakım ünitelerinde gürültü kontrolünün sağlanmaması
Olaya Sebep Olan Hata	BYH	Bina Yapısı ile İlişkili Hatalar	p	Temel tesis kaynakları ile ilişkili yedek sistemlerin zamanında devreye girmemesi (su, elektrik, gaz vb.)
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	a	Hareket kısıtlama ekipmanının hastaya zarar vermesi
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	b	Asepsi koşullarının altyapı/ekipman eksikliği nedeni ile sağlanmaması
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	c	Arızalı ekipmanın zamanında onarılmaması/değiştirilmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	d	Cihaz kalibrasyon ve/veya testlerinin zamanında yapılmaması
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	e	Bakım, teşhis veya tedavi sürecine ilişkin ekipmanın yetersizliği
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	f	Cihaz arızası nedeni ile hastanın zarar görmesi
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	g	Tesiste sentinel olay veya iç güvenlik raporlama sistemlerinin bulunmaması
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	h	Sentinel olay bildirimlerine zamanında müdahale edilmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	i	İç güvenlik raporlama bildirimlerinin değerlendirilmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	j	Acil durum ve afet yönetimine ilişkin eğitimlerin verilmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	k	Hasta şikayet ve geribildirimlerinin değerlendirilmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	l	Bilgi ağındaki güvenlik açığı sebebi ile hasta bilgilerinde veri kaybının gerçekleşmesi
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	m	Bilgi ağındaki güvenlik açığı sebebi ile hasta verilerinin çalınması
Olaya Sebep Olan Hata	CSH	Cihaz/Ekipman/Sistem Kaynaklı Hatalar	n	Hastanın Düşmesi
Olaya Sebep Olan Hata	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	a	Hastanın yanlış kimliklendirilmesi
Olaya Sebep Olan Hata	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	b	Hastaya yanlış kişiye ait reçetenin verilmesi
Olaya Sebep Olan Hata	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	c	Yenidoğanın yanlış kişiye teslimi
Olaya Sebep Olan Hata	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	d	Yapılan bakım/tedavinin tıbbi kayıtlara hatalı işlenmesi
Olaya Sebep Olan Hata	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	e	Değerlendirme/konsültasyon notlarının okunaksız olması
Olaya Sebep Olan Hata	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	f	Değerlendirme/konsültasyon notlarının eksik/hatalı olması
Olaya Sebep Olan Hata	TKH	Tıbbi Kayıt ve Klinik Değerlendirme Hataları	g	Hastanın temel bilgilerinin yanlış kaydedilmesi
Olaya Sebep Olan Hata	ILH	İletişim Hataları	a	Hastanın uygulanan bakım, teşhis metodu veya tedavi konusunda bilgilendirilmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	ILH	İletişim Hataları	b	Hastanın uygulanan bakım, teşhis metodu veya tedavi konusunda hatalı/eksik bilgilendirilmesi
Olaya Sebep Olan Hata	ILH	İletişim Hataları	c	Taburcu sonrası bakım ve tedavi konusunda hatalı/eksik bilgilendirme
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	a	Bakım/tedavi gecikmesine bağlı olarak hastada komplikasyon gelişmesi
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	b	Konsültasyon gecikmesine bağlı olarak hastada komplikasyon gelişmesi
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	c	Hasta bakım planının hasta ihtiyaçlarına göre belirlenmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	d	Hastanın nutrisyon açısından değerlendirilmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	e	Bakım için gerekli asepsi/sterilizasyon/izolasyon koşullarının sağlanmaması
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	f	Tahlil ve tetkik sonuçlarının yanlış değerlendirilmesi

Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	g	Bakım/televi uygulaması öncesinde hasta kimliğinin doğrulanmaması
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	h	Hastanın düşmesi
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	i	Hasta tesliminin uygun yapılmaması
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	j	Mavi kod durumuna müdahalenin geç yapılması
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	k	Pembe kod durumuna müdahalenin geç yapılması
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	l	Kırmızı kod durumuna müdahalenin geç yapılması
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	m	Hasta mahremiyetinin ihlal edilmesi
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	n	Hasta emniyetinin sağlanmaması
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	o	Kalibrasyon süresi dolmuş tıbbi cihaz ile uygulama yapılması
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	p	Yatış sürecinde hastada 3. seviye ve üstü bası ülseri oluşumu
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	q	Yenidoğanda geç tespit edilen hiperbilirubinemi
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	r	Yenidoğanda geç tespit edilen hipoglisemi
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	s	Yenidoğanda geç tespit edilen prematüre retinopati
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	t	Hastaya yanlış kan/kan ürünü verilmesi
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	u	Tıbbi görüntüleme esnasında hastaya gerekli koruyucu ekipmanın kullanılmaması
Olaya Sebep Olan Hata	BTH	Bakım,Teşhis ve Tedavi Sürecine İlişkin Hatalar	v	Bakım veya tedavi sonrasında gelişen komplikasyonların izlenmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	a	Ciddi yaralanma veya ölüme sonuçlanan intihar girişimi
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	b	Hastanın, sağlık durumu nedeni ile diğer hastalara zarar vermesi
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	c	Hastanın düşmesi
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	d	Hastanın, yatış sürecinde bakım/televi yönergelerine uymaması
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	e	Hastanın, sağlık personelinin bilgisi dışında kimlik tanımlayıcısını çıkarması/değiştirilmesi
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	f	Hastanın, sağlık personelinin bilgisi dışında yatağını değiştirmesi
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	g	Hastanın, sağlık personelinin bilgisi dışında ilaç/nutrisyon/gıda takviyesi kullanması
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	h	Hastanın, ameliyat öncesi gereklilikleri yerine getirmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	i	Hastanın, sağlık personelinin bilgisi dışında sağlık tesisinden ayrılması
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	j	Hastanın, ilgili personele sağlık geçmişi hakkında eksik/yanıltıcı bilgi vermesi
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	k	Hastanın veya refakatçilerin, kendilerine verilmesi zorunlu eğitimleri reddetmeleri/dinlememeleri
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	l	Taburcu sonrası 3. seviye üstü bası ülseri oluşumu
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	m	Hastanın, taburcu sonrası kontrole gelmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	HRH	Hasta/Refakatçi Kaynaklı Hatalar	n	Hastanın, taburcu sonrası bakım/televi yönergelerine uymaması
Olaya Sebep Olan Hata	KTS	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar	a	Hasta kimliğinin doğrulanmaması
Olaya Sebep Olan Hata	KTS	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar	b	Transfüzyon istemine ilişkin kayıtlarda eksiklik bulunması
Olaya Sebep Olan Hata	KTS	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar	c	Ürün bilgilerinin kontrol edilmemesi (Kan grubu, Cross-match, SKT, Testler vb.)
Olaya Sebep Olan Hata	KTS	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar	d	Ürünün etiket bilgilerinin hatalı olması
Olaya Sebep Olan Hata	KTS	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar	e	Kan ürününün birime hatalı transferi
Olaya Sebep Olan Hata	KTS	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar	f	Kan ürününün hatalı uygulanması
Olaya Sebep Olan Hata	KTS	Kan ve Kan Ürünlerinin Transfüzyonuna İlişkin Hatalar	g	Süreç öncesi ve sonrasında hasta gözleminin uygun olarak yapılmaması
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nutrisyona İlişkin Hatalar	a	Hastanın nutrisyon durumunun değerlendirilmemesi
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nutrisyona İlişkin Hatalar	b	Hastanın gıda alerji öyküsünün sorgulanmaması
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nutrisyona İlişkin Hatalar	c	Hasta için hatalı nutrisyon desteği veya diyet seçimi
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nutrisyona İlişkin Hatalar	d	Hastaya yanlış yemeğin verilmesi

Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	e	Hastaya tesis dışından yemek/gıda getirilmesi
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	f	Gıda zehirlenmesi
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	g	Tedavi sürecinde hastanın yetersiz beslenmesi
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	h	Tedavi sürecinde hastanın aşırı beslenmesi
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	i	PN süspansiyonunun yanlış hazırlanması
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	j	PN süspansiyonunun yanlış muhafazası
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	k	PN süspansiyonunun yanlış uygulanması
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	l	PN süspansiyonunun yanlış hastaya verilmesi
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	m	Bakım kaynaklı TPN kateter enfeksiyonu oluşması
Olaya Sebep Olan Hata	NIH	Nütrisyona İlişkin Hatalar	n	Taburculukta hastaya nütrisyon konusunda bilgi verilmemesi

6.1.4 Laboratuvar Hata Sınıflandırma Sistemi

LABORATUVAR HATALARI SINIFLANDIRMA SİSTEMİ- KOD TABLOSU				
Kod Bölümü	Ana Parametre Kodu	Ana Parametre	İkincil Parametre Kodu	İkinci Parametre
Süreç	PR	Preanalitik		
Süreç	AN	Analitik		
Süreç	PO	Postanalitik		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	KL	Klinik		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	YB	Yoğun Bakım Ünitesi		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	AS	Acil Servis		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	PL	Poliklinik		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	AY	Ameliyathane		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	KA	Kan Alma Ünitesi		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	NK	Numune Kabul Birimi		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	LA	Laboratuvar		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	AB	Acil Sağlık Hizmetleri (Ambulans)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	OY	Acil Sağlık Hizmetleri (Olay Yeri)		
Olayın Gerçekleştiği Birim/Yer	DG	Diğer		
Olaya Sebep Olan Kişi	TE	Teknisyen		
Olaya Sebep Olan Kişi	HM	Hemşire		
Olaya Sebep Olan Kişi	ST	Stajyer		
Olaya Sebep Olan Kişi	DR	Doktor		
Olaya Sebep Olan Kişi	TS	Tıbbi Sekreter		
Olaya Sebep Olan Kişi	TR	Transfer Elemanı		
Olaya Sebep Olan Kişi	HS	Hasta		
Olaya Sebep Olan Kişi	HY	Hasta Yakını		
Olaya Sebep Olan Kişi	AE	Acil Tıp Teknisyeni/Teknikeri		
Olaya Sebep Olan Kişi	NA	Kişiden Kaynaklanmayan Hata/Diğer		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z1	00:00-04:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z2	04:01-08:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z3	08:01-12:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z4	12:01-16:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z5	16:01-20:00		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z6	20:01-23:59		
Olayın Gerçekleştiği Zaman Dilimi	Z7	Bilinmiyor		
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L01	Hatalı test istemi
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L02	Test isteminde eksik/yanlış bilgi
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L03	Patoloji istek formunun düzenlenmemesi

Olay/Hata	PR	Preanalitik	L04	Kayıtsız numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L05	Hatalı kayıt
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L06	Yanlış hastadan numune alınması
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L07	Hatalı kimliklendirilmiş numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L08	Kayıbolan numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L09	Tekrar alınan numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L10	Hatalı numune kabı/tüpü
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L11	Boş numune kabı/tüpü (içinde numune yok)
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L12	Son kullanma tarihi geçmiş tüplere numune alınması
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L13	Barkodsuz numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L14	Hastadan numune alınamaması nedeni ile kaydın iptal edilmesi
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L15	Uygunsuz alınmış numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L16	Yetersiz numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L17	Hemolizli numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L18	Pıhtılı numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L19	Lipemik numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L20	İkterik numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L21	Numunenin fiksatif içinde gönderilmemesi
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L22	Numune alma zamanının kaydedilmemesi
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L23	Laboratuvarda teslim edilmeyen numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L24	Uygunsuz transfer koşulları
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L25	Belirlenen maksimum numune transfer süresinin aşılması
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L26	Numunelerin karışması
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L27	Reddedilmesi gereken numunenin kabulü
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L28	Otomasyon arızası
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L29	Uygunsuz saklanmış numune
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L30	Miadi geçmiş kit tespiti
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L31	Miadi geçmiş malzeme tespiti
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L32	İsteği yapılan malzeme/kit gelmemesi
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L33	Yanlış malzeme/kit gelmesi
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L34	Malzeme transferinin uygun şartlarda yapılmaması
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L35	Malzemenin uygun koşullarda saklanmaması
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L36	Laboratuvar ortam ısısının uygunsuzluğu
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L37	Cihaz bakımlarının yapılmaması
Olay/Hata	PR	Preanalitik	L38	Besiyerinin uygun hazırlanmaması
Olay/Hata	AN	Analitik	L28	Otomasyon arızası
Olay/Hata	AN	Analitik	L39	Cihaz arızası
Olay/Hata	AN	Analitik	L40	Cihaz pipetasyon hatası
Olay/Hata	AN	Analitik	L41	Numunenin yetersiz homojenizasyonu
Olay/Hata	AN	Analitik	L42	Test çalışma prosedürlerine uyulmaması
Olay/Hata	AN	Analitik	L43	Ekim hataları
Olay/Hata	AN	Analitik	L44	Dış kalite kontrol çalışmalarında uygunsuzluk
Olay/Hata	AN	Analitik	L45	Uygunsuz kalite kontrol sonucu ile çalışılması
Olay/Hata	AN	Analitik	L46	İç kalite kontrol çalışılmaması
Olay/Hata	AN	Analitik	L47	Uygunsuz inkübasyon sıcaklığı
Olay/Hata	AN	Analitik	L48	Uygunsuz inkübasyon süresi
Olay/Hata	AN	Analitik	L49	Uygunsuz boyama tekniği

Olay/Hata	AN	Analitik	L50	Uygunsuz dilüsyon
Olay/Hata	AN	Analitik	L51	Uygunsuz solüsyon kullanılması
Olay/Hata	AN	Analitik	L52	Sonucun yanlış değerlendirilmesi
Olay/Hata	AN	Analitik	L53	Hatalı teknik onay
Olay/Hata	PO	Postanalitik	L05	Hatalı kayıt
Olay/Hata	PO	Postanalitik	L28	Otomasyon arızası
Olay/Hata	PO	Postanalitik	L54	Sonuçların sisteme hatalı girilmesi
Olay/Hata	PO	Postanalitik	L55	Hatalı rapor
Olay/Hata	PO	Postanalitik	L56	Hasta raporlarının kaybedilmesi
Olay/Hata	PO	Postanalitik	L57	Zamanında verilmeyen sonuç
Olay/Hata	PO	Postanalitik	L58	Panik değer in geç bildirilmesi

NOT: Laboratuvar hata sınıflandırma analizleri laboratuvarların kendi içinde yapılanmıştır.

6.1.5 Hasta Düşmesi

HASTA DÜŞMESİ	Hastanın Adı Soyadı	
	Yaşı	
	Cinsiyeti	
	Tanısı	
	Düşme Tarihi/ Düşme Saati	
	Hastanın Yattığı Klinik/ Poliklinik	
	Düştüğü Yer	
	Düşme Risk Skoru	
	Bildirim Yapan Kişi Unvan	
	Düşme Nedeni	
	Notlar	
	Kalite Koordinatörlüğü tarafından bildirimler her sabah değerlendirilip ilgili bölümdeki hasta ziyaret edilerek yerinde değerlendirilir. Personel ve hasta/hasta yakınının bilgilendirilmesi, düşme riskinin yeniden değerlendirilmesi sonucunda uygun önlemlerin alınmasının sağlanmasının takibi yapılır. Ziyaret sonucunda düşme ile ilgili kök neden analizi yapılır ve gerekli durumlarda hasta güvenliği komitesinde paylaşılır.	

6.1.6 Personel Düşmesi

PERSONEL DÜŞMESİ	Personelin Adı Soyadı	
	Bildirim Tarihi	
	Yaşı	
	Cinsiyeti	
	Düşme Tarihi	
	Düştüğü Yer	
	Bildirim Yapan Kişi	
	Düşme Nedeni	
	Düşme Riskine Yönelik Alınan Tedbirler	
	Düşme Öncesi Genel Durumu	
	Düşme Sonrası Genel Durumu	
	Kalite Koordinatörlüğü tarafından bildirimler her sabah değerlendirilip, düşme ile ilgili kök neden analizi yapılır ve gerekli durumlarda çalışan güvenliği komitesinde paylaşılır.	

(Kişisel bilgiler kesinlikle kayıt altına alınmamaktadır.)

Kodu	S.No	Tarih	Tipi	Açıklaması
100	53	02/08/2021	MALZEME VE CİHAZ	MALZEME VE CİHAZ OLUMSUZ OLAY BİLDİRİM FORMU
100	54	03/08/2021	ACL.PLN	HASTANE AFET VE ACIL DURUM PLANI GÖRÜŞ VE ÖNERİ BİLDİRİM
100	58	30/12/2021	RAMAK KALA OLAY FR	RAMAK KALA OLAY/TEHLİKELİ DURUM BİLDİRİM FORMU
100	60	11/03/2022	DÜŞEN PERSONEL FORMU	DÜŞEN PERSONEL BİLDİRİM FORMU
100	65	20/02/2023	RADYASYON GÜVENLİĞİ HATA	RADYASYON GÜVENLİĞİ HATA BİLDİRİMİ

Güncelle Başla

S. No : 60 Açıklaması Cevap Zor./Seç. Not :

S. No	Açıklaması	Cevap	Zor./Seç.	Not
1	BİLDİRİM TARİHİ			
2	PERSONEL ADI SOYADI			
3	YAŞ			
4	CİNSİYET			
5	DÜŞME TARİHİ			
6	DÜŞTÜĞÜ YER			
7	BİLDİRİMİ YAPAN KİŞİ			
8	DÜŞME NEDENİ			
9	DÜŞME RISKİNE YÖNELİK ALINAN ÖNLEMLER			
10	DÜŞME ÖNCESİ GENEL DURUMU			
11	DÜŞME SONRASI GENEL DURUMU			

Tarih : 22/06/2023 13:39:10
7
Tarih

Sağlık Bakanlığı Çalışan Güv.Bildirimi
Sağlık Bakanlığı Hasta Güv.Bil.Sistemi

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 düzenlenmiştir. Hukuka yansımış istenmeyen olayların da sistem kapsamında analizi yapılır.

Sistem, "**Hasta Güvenliği**" ve "**Çalışan Güvenliği**" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmış olup oluşturulan sistem intranet ortamında hazırlanmıştır.

HASTA GÜVENLİĞİ	ÇALIŞAN GÜVENLİĞİ
• Düşen Hasta Bildirim Formu	• Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruziyet
• İlaç Hataları Sınıflandırma Sistemi	• Kesici Delici Alet Yaralanmaları
• Cerrahi Hata Sınıflandırma Sistemi	• Dilek ve Şikâyet Formu
• Hasta Hata Sınıflandırma Sistemi	• Malzeme ve Cihaz Olumsuz Olay Bildirim Formu
• Advers Etki Bildirim Sistemi	• Hastane Afet ve Acil Durum Planı Görüş ve Öneri Bildirim Formu
• Kan ve Kan Reaksiyonu Bildirim Formu	• Ramak Kala Olay/Tehlikeli Durum Bildirim Formu
• Radyasyon Güvenliği Hata Bildirim Formu	• Düşen Personel Bildirim Formu
• Tesis Güvenliği Hata Bildirim Formu	• Radyasyon Güvenliği Hata Bildirim Formu
• Bilgi Güvenliği Hata Bildirim Formu	• Tesis Güvenliği Hata Bildirim Formu
	• Bilgi Güvenliği Hata Bildirim Formu

6.3 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN TEMEL KURALLARI

- HBYS üzerinde bulunan **Kalite Koordinatörlüğü 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 Koordinatörlüğü Modülündeki** İOBS den yapılan hata bildirimleri, bildirim yapan sağlık çalışanının bilinmesini önleyecek şekilde gizlilik esası gözetilerek kurgulanmıştır. İOBS den her bir çalışan hata bildirimini yapabilir.
- HBYS üzerinde bulunan **Kalite Koordinatörlüğü 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 Koordinatörlüğü modülü üzerindeki İOBS' den yapılan bildirimler, **Kalite Koordinatörlüğünün** sorumluluğunda olup, yapılan hata bildirimlerinin nitelik ve uygunluğu günlük olarak kalite koordinatörlüğü tarafından değerlendirilerek intranet ortamında saklanmaktadır.
- İOBS süreci Sağlıkta Kalite Standartları çerçevesinde, kurum içerisindeki hata bildirimini yapılan olaylar üzerinden elde edilen 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 Koordinatörlü Modülü** üzerinde bulunan İOBS

hata sınıflandırma kısmından yapar. Sistem, "*Hasta Güvenliği*" ve "*Çalışan Güvenliği*" olmak üzere iki ayrı modülde ele alınmıştır.

- Bildirim, çalışan güvenliği ile ilgiliyse *Kalite Koordinatörlü Modülü* üzerinden '*Çalışan Güvenliği*' kısmı, hasta güvenliği ile ilgili ise '*Hasta Güvenliği*' kısmı doldurarak bildirim yapılır.
- Formda 4 bölüm yer almaktadır.
- 1. **Bildirimin 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.
- 2. **Olayın gerçekleştiği yer, zaman, tarih gibi genel bilgiler:** Bu bölüm kişinin gizlilik talebi varsa doldurulmaz.
- 3. **Olayı Anlatınız:** Olay ile ilgili daha fazla detayı yakalayabilmek amacıyla bu bölümde bildirim yapan kişi olayı kendi cümleleri ile anlatır.
- 4. **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.

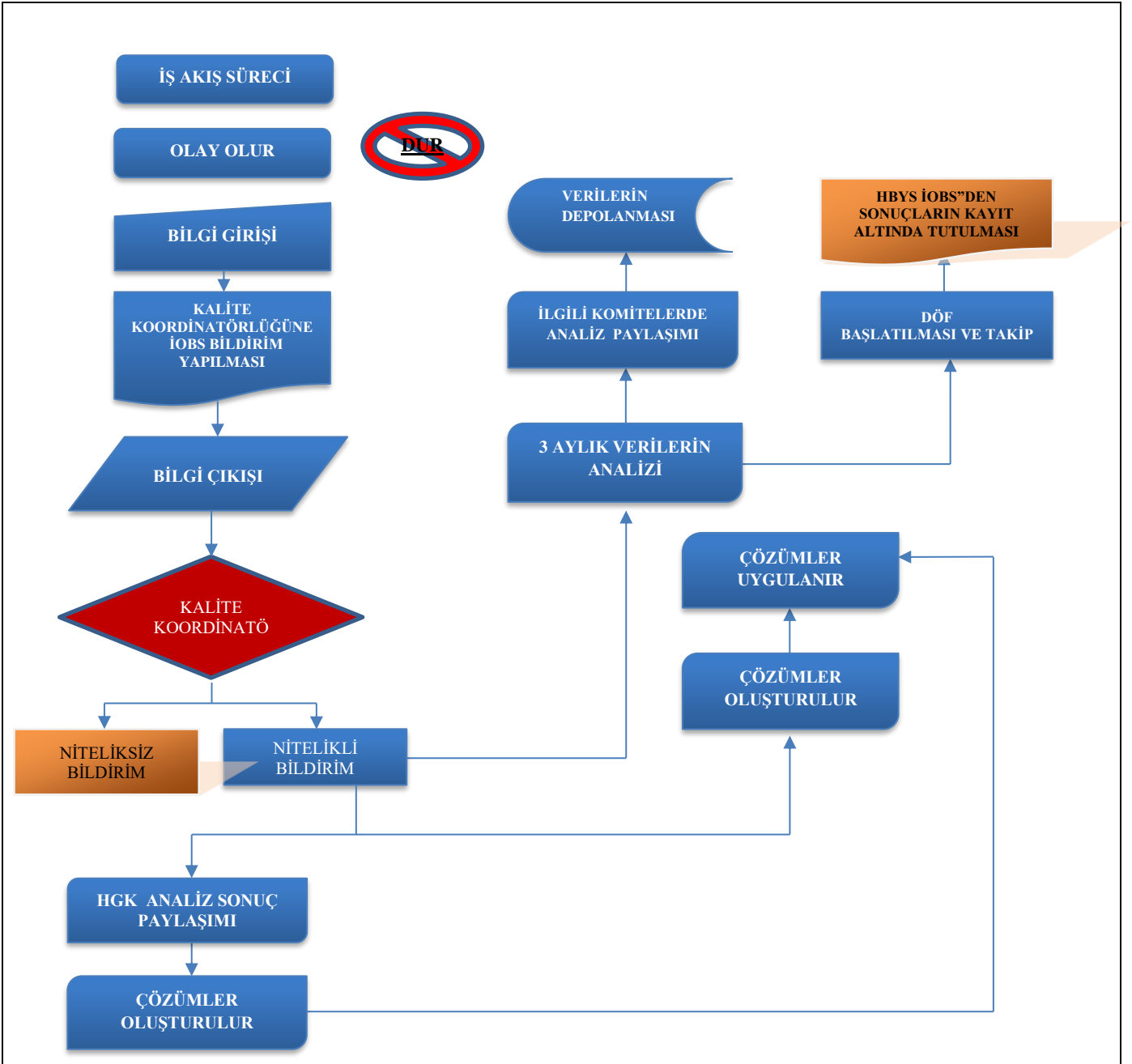
Analiz Süreci İşlem Basamakları;

- Bildirim formları HBYS sisteminde sadece *Kalite Koordinatörlüğü* tarafından görülmektedir.
- *Kalite Koordinatörlüğünde* bildirimler günlük olarak değerlendirilir. Anında çözümlenmesi gereken konular ilgili birim/bölüm/ünite ile iş birliği yapılarak çözümlenmesi sağlanır.
- Sistem üzerinden yapılan bildirimlerin kök nedeni araştırılarak çözümlenmeye çalışılır. Eğer çözümlenemezse *Düzenleyici Önleyici Faaliyet* (DÖF) başlatılır ve sonuç takip edilip kayıt altına alınır.
- Değerlendirilen bildirimlerin analizleri 3 aylık dönemlerde yapılarak analiz sonuçları bilgilendirmek amaçlı yönetim ve ilgili komite/ekipler ile paylaşılır.
- İyileştirmeler ve çözümler *Kalite Koordinatörlüğü* ile birlikte uygulamaya konarak çözümlerin ve iyileştirmelerin uygulanması sağlanır.

Raporlama Süreci İşlem Basamakları:

- Tüm bu süreç ile zararlı ve/veya zarar verebilecek hataların gerçekleşmesi en alt seviyeye indirilmiş olur.
- Bütün bildirimler HBYS Kalite Koordinatörlüğü Modülünde kayıt altına alınır.
- Kalite koordinatörlüğü tarafından değerlendirilerek kök neden analizleri yapılan bildirimlere "*Kök Neden Analiz Formu*" doldurularak ilgili komite/ekiplerde paylaşılır. Komite/ekip toplantılarında paylaşılan bildirimlere gerekli durumlarda düzeltici önleyici faaliyetler başlatılır.
- Oluşturulan çözümlerle ilgili bölüm/birim/ünitelere 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 değerlendirmek, olayların analizlerini yapmaktan ve gerektiğinde DÖF başlatmaktan Kalite Koordinatörlüğü, yapılan kök neden analizlerinin değerlendirilmesinden de ilgili komite/ ekipler sorumludur.

Raporlama süreci sorumluları: İlgili Komite/ Ekipler ve Kalite Koordinatörlüğü

6.7 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİM SİSTEMİNİN SORUMLULUĞU

İOBS' den en üst seviyede verim alabilmek için hastane çalışanları arasındaki sorumlulukların tümü belirlenmiştir. İOBS tüm hastane çalışanları ve yöneticilerini ilgilendiren bir süreç olup, sürecin farklı aşamalarında çalışanların ve yöneticilerin farklı sorumlulukları bulunmaktadır.

Tabloda görüldüğü gibi;

Hastane Yönetimi	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemin kurulmasından ve işleyişinden • Analiz raporlarının değerlendirilmesinden • Çözüm ve iyileştirme önerilerinin sunulmasından • Çözüm ve iyileştirme çalışmalarının uygulanmasından
-------------------------	---

Kalite Koordinatörlüğü	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemin kurulmasından • Bildirimlerin kabulünden • Olayların gizliliğinden • 3 aylık bildirim analizlerinden • Çözüm uygulamalarından • Düzeltici Önleyici Faaliyetlerden • Tüm Birim/ Bölüm Ünite Dokümanlarının yönetiminden
Komiteler	<ul style="list-style-type: none"> • Olayların kök neden analizinden • Çözüm ve iyileştirme önerilerinin sunulmasından • Çözüm ve iyileştirme çalışmalarının uygulanmasından • Düzeltici Önleyici Faaliyetlerden
Çalışanlar	<ul style="list-style-type: none"> • Bildirim yapmaktan • Çözüm ve iyileştirme çalışmalarını uygulamaktan • Düzeltici Önleyici Faaliyetlerden

- **Hastane yönetimi**, 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 ilgili komite/ ekiplere iletir, kök neden analizi 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 gereken çalışmalarda ilgili komite ve ekipler 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 Koordinatörlüğü Modülü üzerinden intranet olarak doldurulmasıdır. Hata Bildirim Formlarının basit ve anlaşılır olması, doldurmanın kolay olması çalışanların bildirim yapmasında teşvik edici bir araçtır. İstenmeyen olay bildirim sistemi hata bildirim form içeriği bildirim türüne göre farklılık göstermektedir. **Örneğin;** Hasta Hata Bildirim Formu toplam 6 bölümden oluşmaktadır.

1. **Bölüm:** Hatanın Gerçekleştiği (Yer)
2. **Bölüm:** Hatayı yapan kişi meslek grup)
3. **Bölüm:** Hatanın Zaman Aralığı (Saat)
4. **Bölüm:** Hatalı İşlem/ süreç ana kategorileri
5. **Bölüm:** Olayı Anlatınız

Hastanemiz içerisinde İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi HBYS üzerinden oluşturulan **Kalite Koordinatörlüğü Modülündeki** İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi **Hasta Güvenliği ve Çalışan Güvenliği** hata bildirim alanlarından doldurulacak şekilde yapılandırılmıştır.

Hata bildirimleri;

- Hata bildirimini hangi hata güvenliğini içeriyorsa (İ.O.B. Çalışan Güvenliği veya İ.O.B. Hasta Güvenliği) seçilir.
- Açılan sayfada hata konusunun ilgili formu (Hasta Hata Bildirim Formu, Düşen Personel Bildirim Formu vb. gibi) seçilerek bildirim başlatılır.
- Bildirim formundaki gerekli bilgiler doldurularak varsa görüş ve açıklama yapıp bildirim sonlandırılır ve kalite koordinatörlüğüne iletilmesi sağlanır.
- Hata bildirimleri gönüllülük esasına dayanmaktadır.

- Kalite koordinatörlüğüne iletilen bildirimler her gün intranet ortamında değerlendirilerek arşivlenir.
- Değerlendirilen bildirimlerden gerekli görülenler için DÖF başlatılır.
- Kalite Koordinatörlüğü tarafından İstenmeyen Olay Bildirimlerinin 3 aylık dönemlerde analizleri yapılarak rapor haline getirilir ve hastane yönetimi ile EBYS üzerinden paylaşılır.
- İstenmeyen olay bildirim sistemi analiz raporları gerekli durumlarda ilgili komite ve ekipler ile paylaşılır.
- Çalışanların İOBS hata bildirim formlarına HBYS üzerinde bulunan **Kalite Koordinatörlüğü Modülünden** kolayca ulaşabilmeleri gizlilik esas alınarak düzenlenmiştir.

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.

HASTANE YÖNETİMİ	<ul style="list-style-type: none"> • 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
KALİTE KOORDİNATÖRLÜĞÜ ÇALIŞANLARINA	<ul style="list-style-type: none"> • Sistemin ne olduğu ve nasıl kurulacağı • Sistemin gizliliğinin nasıl sağlanacağı • Eğitim materyallerinin nasıl oluşturulacağı • Birebir uygulamalı eğitimi kimlere nasıl yapılacağı
BİRİM KALİTE TEMSİLCİLERİNE	<ul style="list-style-type: none"> • 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
İLGİLİ KOMİTE VE EKİPLERE	<ul style="list-style-type: none"> • 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
TÜM ÇALIŞANLARA	<ul style="list-style-type: none"> • İstenmeyen Olay Bildirim Sisteminin önemi ve sorumluluklar • Sisteminde yer alan konu başlıklarına ilişkin nelerin hasta güvenliğini dolaylı ve direk tehdit edebileceği • İstenmeyen Olay bildirim 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 verilmelidir

6.10 İSTENMEYEN OLAY BİLDİRİMİ İSTATİSTİK VE ANALİZ RAPORLARI

İOBS istatistikleri **Kalite Koordinatörlüğü Modülü** üzerinde kayıtlı olup tüm istatistiksel verilere erişim kolayca sağlanmaktadır.

İOBS hata bildirimleri, hastanede gelişen hata risklerine karşı önlem alma amacı ile gerçekleştirdiği faaliyetlerde yol gösterici olması, sağlık çalışanlarının yaygın hatalar konusunda daha bilinçli olması adına analiz raporları herkesin erişimine açık şekilde **Kalite Koordinatörlüğü Modülünden** 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 analizleri yapılarak raporlanır. Analiz raporları ilgili **Komite ve Ekipler** ile paylaşılır.

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

Kalite Koordinatörlüğüne yapılan bildirimler içerik yönünden Kalite Koordinatörü tarafından değerlendirilerek niteliksiz bildirimler değerlendirme dışı bırakılır. Değerlendirilmeye alınan bildirimlerin süreci aşağıda belirtildiği şekilde tamamlanır.

- Kök neden analizleri Kalite Koordinatörlüğü tarafından yapılır.
- Kök neden analizi sırasında gerekli durumlarda olay ya da süreç hakkında bilgisi olan kişilerin analiz sürecine katılımı sağlanır.
- Kök neden analizi sonucunda gerekli olan iyileştirme çalışmaları Kalite Koordinatörlüğü tarafından başlatılarak takibi yapılır.
- Kök neden analizi sırasında sistemsel hatalar da tespit edilerek gerekli iyileştirme çalışmaları kalite koordinatörlüğü tarafından yapılır.

6.10.2. Sisteme Yapılan Bildirimlerin Genel Analizlerinin Düzenli Aralıklarla Tekrarlanması, Raporlanması ve Değerlendirilmesi;

İOBS den yapılan tüm hata bildirimleri Kalite Koordinatörlüğü tarafından günlük değerlendirilip 3 aylık dönemlerde analizleri yapılarak rapor edilerek hastane yönetimi ile paylaşılır. Analiz raporları ilgili komite ve ekip toplantılarında olağan, gerekli görüldüğü zamanlarda ise bu sürelerle uyulmadan paylaşılır.

6.10.3 Tespit Edilen Olumsuzluklara Yönelik Gerekli Düzeltici-Önleyici Faaliyetlerin Gerçekleştirilmesi:

Değerlendirmeye alınan istenmeyen olay bildirimleri Kalite Koordinatörlüğü tarafından incelenerek kök neden analizleri yapılır ve "**Kök Neden Analiz Formu**" doldurulur. Aynı zamanda düzeltici önleyici faaliyet başlatılması gerekiyorsa Kalite Koordinatörlüğü tarafından DÖF başlatılır.

6.10.4 Bildirim Sistemi ile İlgili Çalışanların Görüş ve Önerileri Alınması, Düzenli Aralıklarda Çalışanlara Sistemin Kullanımı ile İlgili Geri Bildirimlerde Bulunması

İstenmeyen olay Bildirim sistemi ile ilgili çalışanların görüş ve önerileri bölüm/birim sorumluları ve bölüm/birim kalite temsilcileri ile yapılan toplantılarda veya HBYS üzerinden alınmakta ve yapılan uygulamalar hakkında geri bildirimlerde bulunmaktadır.

7.0 İLGİLİ DOKÜMANLAR

7.1 Sağlıkta Kalite Standartları Hastane