|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| **SIRA NO** |  | **PLANLANAN FAALİYETLER** | **SORUMLU** | **UYGULAMA** | **Tarih** | **İZLEME YÖNTEMİ** | |
| 1 |  | Hasta kimlik bileziklerinin kullanılması | Hasta güvenliği komitesi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Tüm hastalara mavi kol bandı takılarak, izole edilen hastalara kol bandının üzerine kırmızı etiket, ilaç alerjisi olan hastalara sarı etiket yapıştırılmalıdır. | 2013 | Hasta kimlik bileziklerinin kullanım oranı | |
| Hasta kimliğinin belirlenmesinde doğabilecek hataların en aza indirilmesi | Bakım, tedavi veya hizmet sağlarken hastayı tanımlayıcı en az üç belirleyicinin kullanılması | Hasta Güvenliği komitesi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Kol bantlarındaki belirleyiciler hastanın adı-soyadı, Dr. adı, dosya no, yattığı servis, vb. bilgilerden en az üçünü içermelidir. | 2013 | Yanlış hastaya uygulanan girişim ve tedavi sayısı | |
|  |  |  | Tüm hastalar için aynı belirleyici grubu kullanılmalıdır. |  |  | |
|  |  |  | Belirleyici olarak hastanın oda numarası asla kullanılmaz |  |  | |
|  |  |  | Hastaya; tanı, tedavi, tedaviye hazırlık veya tedavi takibi için yapılacak her türlü işlemde hasta kimliği aktif iletişim tekniği ile doğrulanmalıdır. |  |  | |
| 2 | İlaç kullanım güvenliğinin geliştirilmesi | Okunuşu ve görünüşü benzer ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları farklı olan ilaçların kullanımındaki karışıklıkları ve ilaç hatalarını önlemek için tanımlanması | Hasta Güvenliği komitesi,  Eczane sorumlusu  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Yazılışı-okunuşu benzer ilaçların listesinin hazırlanması | 2013 | Yanlış ilaç uygulama oranı  İlaç hata oranları | |
|  |  |  | Ambalajı benzer ilaçların listesinin hazırlanması | 2013 |  | |
|  |  |  | Farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları farklı olan ilaçların listesinin hazırlanması | 2013 |  | |
|  |  |  | Hazırlanan listelerin yıllık olarak gözden geçirilmesi | 2013 |  | |
|  |  |  | Bu listeler hasta takip ve tedavisinin yapıldığı tüm birimlerde, tedavilerin hazırlandığı bölümlerde bulundurulmalı | 2013 |  | |
|  |  |  | Hasta takip ve tedavisinin yapıldığı tüm birimlerde ilaç depolama ile ilgili kurallar belirlenirken karışıklıkları önlemeye yönelik tedbirler (örn. bu ilaçların ayrı raflarda saklanması, eczanede uyarıcı yazıların bulunması vb.) alınmış olmalı | 2013 |  | |
|  | İlaç –ilaç etkileşimleri ve ilaç besin etkileşimlerinin tanımlanması | Hasta Güvenliği komitesi  Eczane sorumlusu  Bilgi işlem sorum.  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Birbirleriyle etkileşen ilaçlar ve besinlerin neler olduğunun belirlenmesi | 2013 | | İlaç hata oranları |
|  |  |  | Otomasyon sistemi aracılığıyla bu ilaçlar birlikte kullanıldığında veya besinlerle etkileşen ilaçlar kullanıldığında bir uyarı sisteminin geliştirilmesi | 2013 | |  |
|  |  |  | İlaç –ilaç etkileşimleri ve ilaç besin etkileşimleri order yazılırken, ilaç uygulanırken kontrol edilmeli | 2013 | |  |
| 3 | İlaç uygulama hatalarının önlenmesi | Tedavi planlarında ilaç güvenliğini olumsuz yönde etkileyen risklerin azaltılması | Hasta Güvenliği komitesi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Her hasta için belirlenmiş olan tedavi planları hastayı takip eden doktor tarafından hasta kayıtlarına okunaklı şekilde yazılmalı | 2013 | | Yanlış ilaç uygulama oranı  İlaç hata oranları |
|  |  |  | Tedavi planında ilacın dozu, uygulama şekli ve zamanı mutlaka belirtilmeli | 2013 | |  |
|  |  |  | İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalı | 2013 | |  |
|  | İlaçların verilmesi aşamasındaki risklerin azaltılması | Hasta Güvenliği komitesi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Tüm ilaçları sadece ilgili hemşire tarafından verilmeli  Yapılan tedavi hemşire gözlem kağıdına ve tedavi defterine kayıt edilmeli. | 2013 | | Yanlış ilaç uygulama oranı  İlaç hata oranları |
|  |  |  | İlaçlar hastalara isimlerinin yazılı olduğu ilaç kadehleri vb. araçlarla verilmeli | 2013 | |  |
|  | Acil pediatrik ilaçların güvenli kullanımı | Hasta Güvenliği komitesi  Çocuk hekimleri  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre çocuk dozları listelenmeli, bu listeler acil servisler ve çocuk hasta bakımı yapılabilen tüm klinik/servislerde kolay ulaşılabilecek bir yerde bulundurulmalı | 2013 | | Yanlış ilaç uygulama oranı  İlaç hata oranları |
|  | Yüksek riskli ilaçlarla ilgili ilaç uygulama hatalarını önlemek | Hasta Güvenliği komitesi  Eczane sorumlusu | Hastanede kullanılan yüksek riskli ilaçlar listesi eczane sorumlusu tarafından belirlenmeli | 2013 | | Yanlış ilaç uygulama oranı  İlaç hata oranları |
| İlaç güvenliğinde geri bildirim mekanizmasının oluşturulması |  |  | Yüksek riskli ilaçlar üzerine eczanede uyarıcı kırmızı “yüksek riskli ilaç” etiketlemesi yapılmalı | 2013 | |  |
| 4 | Narkotik ilaç güvenliğinin arttırılması | İlaç hatalarının bildiriminin sağlanması | Hasta Güvenliği komitesi  Eczane sorumlusu  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | İlaç hatası durumunda veya ilaçla ilgili istenmeyen bir reaksiyon geliştiğinde bildirimde bulunulmalı | 2013 | | İlaç hata bildirim oranı |
| 5 |  | Narkotik ilaçların kontrolsüz kullanımının önlenmesi | Hasta Güvenliği komitesi  Eczane sorumlusu  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Hastanedeki tüm birimlerde (eczane, servisler, ameliyathane, acil servis vb.) bulunan yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar genel kullanıma açık olmayan kilitli alanlarda muhafaza edilmeli | 2013 | | Yanlış ilaç uygulama oranı  İlaç hata oranları |
|  |  |  | Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçların devir teslimine ait kayıtlar tutulmalı | 2013 | |  |
| 6 | İlaçların güvenli şekilde muhafazasının sağlanması | İlaçların uygun ısı, ışık ve nem ortamında saklanmasının sağlanması | Hasta Güvenliği komitesi  Eczane sorumlusu  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Işıktan etkilenen ilaçların listesinin yapılması | 2013 | | İlaç hata oranları |
|  |  |  | Işıktan etkilenen ilaçların ışıktan korunaklı şekilde saklanmasının sağlanması | 2013 | |  |
|  |  |  | Buzdolabında saklanması gereken ilaçların belirlenerek buzdolabında muhafazasının sağlanması | 2013 | |  |
|  |  |  | İlaçların bulunduğu ortamların ısı ve nem takiplerinin yapılması | 2013 | |  |
| 7 | Son kullanma tarihleri geçmiş ilaçların kullanımının önlenmesi | Tüm ilaçların son kullanma tarihlerinin kontrolünün sağlanması | Hasta ve Çalışan Güvenliği Plan/Programından Sorumlu Ekip  Eczane sorumlusu | Eczaneden birimlere gönderilen ambalajından çıkmış ilaçlar poşetlenerek üzerlerine son kullanma tarihleri belirtilmeli | 2013 | | İlaç hata oranları |
| 8 | Cerrahi güvenliğin sağlanması | Anestezi öncesi doğru bölge ve doğru taraf işlem doğrulamasının sağlanması | Hasta Güvenliği komitesi  Cerrahi ve anestezi ekibi | Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesine göre anestezi öncesi, doğru bölge ve taraf işaretlenmeli ve bu işlem hastaya da doğrulatılmalı | 2013 | | Yanlış hasta, yanlış taraf, yanlış işlem oranı |
|  | Cerrahi kesi öncesi doğru hasta, doğru taraf ve doğru işlem doğrulamasının sağlanması | Hasta Güvenliği komitesi  Cerrahi ve anestezi ekibi | Ameliyat odasında sesli olarak doğru hasta, doğru taraf, doğru işlem doğrulaması yapılmalı | 2013 | |  |
|  | Anestezi öncesi, cerrahi esi öncesi ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce güvenli cerrahi için önlemlerin alınmasını sağlamak | Hasta Güvenliği komitesi  Cerrahi ve anestezi ekibi | Dünya Sağlık Örgütünün önerdiği Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi uygulanmalı | 2013 | |  |
| 9 | Hastanın düşmelerden kaynaklanabilecek zarar görme riskini azaltmak | Hastaların düşme risklerini tespit ederek, iyileştirici önlemleri almak | Hasta Güvenliği komitesi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Öncelikle düşme riski olan hastalar tespit edilmeli ve bu hastalara uygulanacak bakımda dikkat edilmesi gereken kurallar belirlenmeli | 2013 | | Hasta düşme oranı |
|  |  |  | Hasta yatakları en düşük seviyede tutulmalı ve hasta yatakları, sedyeleri ve diğer hasta taşıma araçlarında, düşmelere engel olacak korkuluk, kemer vb. kullanılmalı | 2013 | |  |
|  |  |  | Sedye ve yatak korkulukları periyodik olarak servis sorumlu hemşiresi tarafından kontrol edilmeli | 2013 | |  |
|  |  |  | Hasta odasında gereksiz eşyalar, yerlerde kablo vs. bulundurulmamalı | 2013 | |  |
|  |  |  | Düşme riskinin yüksek olduğu bölgelere uyarıcı tabela, resimler ile uyarı levhaları (ıslak zemin, alt yapı çalışması vb.) konulmalı | 2013 | |  |
|  |  | Hasta Güvenliği komitesi  Teknik ekip | Tuvaletlerde tutunma kolları bulundurulmalı | 2013 | |  |
|  |  |  | Merdiven korkulukları kontrol edilmeli | 2013 | |  |
|  |  |  | Yürürken ayağın takılabileceği çıkıntı, yükselti gibi basamaklar, engeller giderilmeli | 2013 | |  |
|  |  |  | Zeminler kaygan olmayan malzeme ile döşenmeli | 2013 | |  |
|  |  | Hasta Güvenliği komitesi  Ambulans personeli | Ambulansta kullanılan ana sedyede korkuluk bulunmalı | 2013 | | Hasta düşme oranı |
|  |  |  | Ambulans sedye, kızakları ve emniyet kemerinin kullanılabilir durumda olmasına yönelik günlük kontroller yapılmalı | 2013 | |  |
|  |  |  | Hasta sedyeyle ambulansa alındıktan sonra sedye kızaklarının sabitlenmesi sağlanmalı | 2013 | |  |
| 10 | İletişim hatalarından doğan riskleri azaltmak | Bakım sağlayıcılar arasındaki iletişimin etkinliğini arttırmak | Hasta Güvenliği komitesi  Eczane sorumlusu  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Tüm hastane çapında kullanılan kısaltmaların, kısa adların, sembollerin ve doz tanımlarının listesini oluşturarak standardizasyon sağlanmalı | 2013 | | Hatalı işlem oranı |
|  |  |  | Hastanın transferi sırasında kurum içi veya kurum dışında bir sonraki hizmet sağlayıcısına hastaya ait bilgilerin iletilmesi sağlanmalı | 2013 | | Hasta sevk |
|  |  |  | Sözel orderlarda istemi alan kişi orderı kaydetmeli ve geri okuyarak ile doğrulama yapmalı | 2013 | | İlaç hata oranları |
|  |  | Hasta Güvenliği komitesi  Laboratuvar personeli | Laboratuvarda çalışılan testlerde hasta güvenliğini tehlikeye atabilecek sonuçlar elde edildiğinde ilgili hekimin veya hemşirenin en kısa zamanda bilgilendirilmesi sağlanmalı | 2013 | | Panik değer bildirim formu |
|  |  | Hasta Güvenliği komitesi  Teknik ekip | Servislerde yatakbaşı bağlantılı ve hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde çağrı sistemi bulunmalı | 2013 | | Hemşirelerin vakaya ulaşma süresi |
| 11 | Acil müdahale risklerini azaltmak | Acil CPR uygulamalarının etkinliğinin arttırılması | Hasta Güvenliği komitesi  Eczane sorumlusu  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Acil tıbbi müdahaleye ihtiyaç duyulan hallerde ilgili sorumlu ekibin en kısa zamanda olay yerine ulaşmasını temin etmektir | 2013 | | Mavi kod uygulamasında vakaya ulaşma süresi |
| 12 | Sağlık bakımı ile ilişkili enfeksiyon risklerini azaltmak | El hijyen kurallarına uymak | Hasta Güvenliği komitesi  Enfeksiyon kontrol ekibi  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Duvara monte alkol bazlı el antiseptiği olmalı  El antiseptik solüsyonlarının kullanımı konusunda personel uyumu ile ilgili değerlendirme yapmak için birimlerden hastane deposuna yapılan iç istemlerin düzenli periyotlarla takibi yapılmalı Personel ve hastaların görebileceği alanlarda el antiseptiklerinin uygulanması ile ilgili bilgilendirici materyal (resimli tabela, grafik, yazı vb.)bulunmalı Sağlık hizmeti verilen her yerde, ‘El Hijyeni İçin 5 Durum (Endikasyon) Kuralı asılı olmalı El Hijyeni İçin 5 Durum (Endikasyon) Kuralı Gözlem Formu’ ile her üç ayda bir en az 30 hastane çalışanı üzerinde gözlem yapılmalı ve sonuçları hastane personeli ile paylaşılmalı | 2013 | | El hijyeni personel uyum oranı |
| 13 | Laboratuar  dan kaynaklanan riskleri azaltmak | Numune kabul ve red kriterlerinin belirlenmesi | Hasta Güvenliği komitesi  Laboratuvar personeli  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Numunelerin çalışma zamanı, numune türü, ön hazırlık işlemi gerektiren testlere ait bilgi, numune kabul veya red kriterleri vb. hususları içeren kılavuz veya Test Rehberi bulunmalıdır | 2013 | | Reddedilen örneklerin oranı |
|  | Testlerin internal kalite kontrollerinin yapılmasının sağlanması | Hasta Güvenliği komitesi  Laboratuvar personeli | Testlerin çalışıldığı tarihlerde iç (internal) kalite kontrolü en az iki seviyeli olarak (normal ve patolojik kontrol serumu gibi) yapılmalı | 2013 | |  |
|  | Testlerin eksternal kalite kontrollerinin yapılmasının sağlanması | Hasta ve Çalışan Güvenliği Plan/Programından Sorumlu Ekip  Laboratuvar personeli | Çalışılan testlerden dış (eksternal) kalite kontrol programına bağlanabilen parametreler için dış kalite kontrolleri periyodik olarak yapılma | 2013 | |  |
|  | Numunelerin uygun şekilde toplanması ve transferinin sağlanması | Hasta Güvenliği komitesi  Laboratuvar personeli  Hasta bakım ve tedavisini sağlayan tüm sağlık personeli | Numunelerin doğru şekilde alınması ve transferine ilişkin talimat hazırlanmalı | 2013 | | Reddedilen örneklerin oranı |
|  |  |  | Konu hakkında ilgili personele eğitim verilmeli | 2013 | |  |
| 14 | Bilgi güvenliğinin arttırılması | Hasta mahremiyetinin ve hasta bilgilerinin gizliliğinin sağlanması | Hasta Güvenliği komitesi  Bilgi işlem sorumlusu |  | 2013 | | Kalite kontrol kayıtları |
|  |  |  |  | 2013 | | Kalite kontrol kayıtları |
| Bilgi güvenliğinin arttırılması | Hasta mahremiyetinin ve hasta bilgilerinin gizliliğinin sağlanması | Hasta Güvenliği komitesi  Bilgi işlem sorumlusu | HBS’de hastalarla ilgili her türlü kaydın kim tarafından ve hangi tarihte girildiği saptanabilmeli | 2013 | | HBS kayıtları |
|  |  |  | HBS’de kimin hangi yetkilerle ne tür verilere ulaşabileceği tanımlanmalı | 2013 | |  |
|  |  |  | Bilgi Sisteminde sadece sistem yöneticisi yetkisi ile girilebilecek, sisteme giriş yapan kullanıcılar, gerçekleştirdikleri işlemler, sistem ayarlarında gerçekleştirilen değişiklikler, sistem mesajları ve hatalarının yer aldığı ayrı bir veri tabanı bulunmalı | 2013 | |  |
|  |  |  | Bilgi Sistemine ait veri tabanının düzenli bir biçimde yedeklenmesini sağlanmalı | 2013 | |  |
|  |  |  | Hasta tıbbi dosyalarında hangi dokümanların bulunacağı belirlenmeli | 2013 | |  |
|  |  |  | Belirli periyotlarla oluşturulan kontrol listeleriyle dosyaların içeriği kontrol edilmeli | 2013 | | Tıbbi kayıt kontrol sonuçları |

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| HAZIRLAYAN: | KONTROL EDEN: | ONAYLAYAN: |