

ÇEVRE HASTANESİ

HEMŞİRELERİMİZ İÇİN BİLGİLENDİRME REHBERİ

Sağlıkta Kalite Standartları doğrultusunda
Hemşirelik Uygulamalarımız

Kalite Birimi

2014-2018

İÇİNDEKİLER

HASTA BAKIM HİZMETLERİ

1. Yatan Hasta/ Hasta Yakınının Bölüme Uyumu
2. Yatan Hasta Hemşirelik Ön Değerlendirme
3. Hemşire Bakım Planı
4. Nöbet Teslimleri
5. Hemşirelik süreç bilgileri

KLİNİKLER

1. Ameliyat öncesi yapılan hazırlıklar
2. Güvenli Cerrahi
3. Buzdolabı ve ortam sıcaklık takibi
4. HBTC Kullanımı
5. Hasta Kimlik Doğrulama
6. Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar yönetimi
7. Güvenli ilaç uygulama/İlaç güvenliği
 - ✚ Sözel İstem
 - ✚ Advers Etki
 - ✚ Birimlerde Bulunan İlaç Listeleri
 - ✚ İlaç yerleşimleri
 - ✚ Psikotrop ve narkotik ilaçlar
8. Kan Transfüzyonu
9. Hasta Transferi
10. Düşme Riski ve Takibi
11. Hareket Kısıtlaması
12. Hasta ve Hasta Yakını Eğitimi
13. Taburculuk Yönergeleri
14. Hasta Mahremiyeti
15. Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı
16. Acil Durum Afet Planları
17. Acil Kodlar ve Acil Çantası
 - ✚ Mavi Kod
 - ✚ Pembe Kod
 - ✚ Beyaz Kod
18. İlaç ve Sarf Malzeme Stok Takibi
19. Tıbbi Cihaz Bakım ve Kalibrasyonu
20. Hastane ve Bölümlerin Temizliği
21. Bilgilendirme ve Onam Alınması
22. İzolasyon
23. El Hijyeni
24. Atık Yönetimi
25. Örneklerin Alınması ve Transferi

KALİTE YÖNETİM ÇALIŞMALARI

- ✚ Kalite Hedefleri
- ✚ İç Tetkik ve Öz Değerlendirme
- ✚ Hasta ve Çalışan Anketleri
- ✚ Komite ve Ekipler
- ✚ Güvenli Raporlama Sistemi
- ✚ Uyum (Oryantasyon) eğitimleri

HASTA BAKIM HİZMETLERİ

1.Yatan Hasta/ Hasta Yakınının Bölüme Uyumu

Hastanın servise kabulünde; hemşire, uygun ses tonu, uygun beden dili, anlaşılır bir dil kullanarak etkili bir iletişim ile odasına alınan hasta ve hasta yakınına; kendini tanıtır, görevi konusunda bilgi verir, Odanın fiziksel tanıtımını yapar ve

- ✚ Kahvaltı ve yemek saatleri,
- ✚ Hasta ve yakınının uyması gereken kurallar
- ✚ Hasta Hakları,
- ✚ Ziyaret saatleri ve kuralları,
- ✚ Telefon kullanımı,
- ✚ Hasta yatağı kullanımı,
- ✚ Hemşire çağrı zili kullanımı,
- ✚ Tuvalet banyo kullanımı,
- ✚ Acil durum planı,
- ✚ Hekimin günlük vizitleri,
- ✚ Hastaya yapılacak işlemler hakkında bilgi verir.

2.Yatan Hasta Hemşirelik Ön Değerlendirme

Hastanın genel durumu fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden hastayı değerlendirir. Hemşirelik Ön Değerlendirme formunu doldurur. Hastanın nutrisyon riski, düşme riski, dekübitüs riski, izolasyon, ağrı ve kısıtlamaya yönelik değerlendirmesini yapar.

Ön değerlendirme formunun sonuna değerlendirmeyi yapan Klinik Hemşiresi imzalar ve Hasta/hasta yakınının imzasını alır.

3.Hemşire Bakım Planı

Hastanın gereksinimleri doğrultusunda Hemşire Bakım Planı hazırlar. Hemşire bakım planında;

- ✚ Hastanın bakım gereksinimleri,
- ✚ Bakım gereksinimlerine yönelik Hedefler,
- ✚ Bakım gereksinimlerine yönelik Uygulamalar,
- ✚ Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi kayıt edilir.

Hastanemizde yatan hastalar için; NANDA I Hemşirelik tanıları baz alınarak 51 hemşirelik tanısı için bakım planı hazırlanmıştır. Yatan hastanın ihtiyaçlarına göre, uygun hemşirelik bakım planı kullanılır. Hastanın bakımı sırasında meydana gelen değişimler bakım planına kayıt edilir, gerekirse bakım planı güncellenir. Bakım planında yapılan güncellemeler, tüm sağlık çalışanları tarafından izlenebilmelidir. Ayrıca ameliyat olan ve 1 gün gibi kısa süreli yatan hastalara yönelik "Cerrahi Hastalarında Hemşire Bakım Planı", Yenidoğan Bebekler için; "Yenidoğan Hemşire Bakım Planı" ve Medikal Tedavi hastaları için; " Medikal Tedavi Hastalarında Hemşirelik Bakım Planı " hazırlanmıştır. Hemşire Bakım Planı hekim tedavi planı ile koordineli olmalıdır.

4. Nöbet Teslimleri

Nöbeti devreden ve devralan hemşireler arasında yapılır. Önce Bankoda Servis Nöbet Teslim Defteri, Hastaların tek tek özelliklerinin yazıldığı nöbet defteri ve hasta dosyaları ile teslim yapılır. Sonra tüm hasta odaları beraber gezilerek hasta başı teslim yapılır.

Nöbet teslimi; hasta bakım ve tedavi sürecindeki bilgileri kapsar

5. Hemşirelik süreç bilgileri

Hastaya yapılacak tüm uygulamalar ve Hemşirelik süreçleri hakkında bilgilendirme yapılır.

KLİNİKLER

1. Ameliyat öncesi yapılan hazırlıklar

Ameliyat öncesi hastalarımız; fiziksel, psikolojik, medikal ve yasal olarak hazırlanır. "Ameliyat Öncesi ve Sonrası Hemşire Takip Formu" doldurulur, yapılan hazırlıkların saati yazılır ve yapan hemşire tarafından imzalanır.

Hasta ameliyathaneye teslim edilirken; "Ameliyathaneye Hasta Teslim Etme ve Ameliyathaneden Hasta Teslim Alma Formu" ile yapılır. Hasta ile ilgili özellikler anlatılır, hastanın kimlik kontrolü yapılır ve teslim eden hemşire ve teslim alan anestezi teknisyeni tarafından form imzalanır.

2. Güvenli Cerrahi

Cerrahi Güvenlik Listesinin "Klinikten Ayrılmadan Önce" bölümü servis hemşiresi tarafından doldurularak imzalanır.

Taraf cerrahisi olacaksa; "Taraf Cerrahisi Kontrol Formu" nun hekim tarafından doldurulmasını sağlar. Hekim hasta üzerinde çizim yapacaksa kendisine eşlik eder. Hasta teslimlerinde mutlaka kimlik kontrolü yapılır.

3. Buzdolabı ve ortam sıcaklık takibi

Servislerde içinde ilaç bulunan buzdolaplarının sıcaklık takipleri günde 4 kez kontrol edilir ve "Buzdolabı ısı takip formu" na kaydedilir. İlaç bulunan tüm alanlarda; ortam ısı ve nem takibi günde 4 kez yapılır. "Isı ve Nem Takip Formu" na kaydedilir.

4. HBTC Kullanımı

Hastanemizde HBTC olarak glukometre ve ameliyathanede kan gazı ölçüm cihazı kullanılmaktadır. 1 adet laboratuvar da 1 adet ameliyathanede, 1 adet yenidoğanda, 1 adet Acil Serviste 1'er adet 4. Kat ve 5. Kat serviste olmak üzere toplam 6 adet glukometre vardır. Laboratuvardaki glukometrenin sorumlusu; laboratuvar teknisyeni, ameliyathanedekini sorumlusu anestezi teknisyeni ve yenidoğanda bulunan glukometrenin sorumlusu bebek hemşiresi, Acilde ve Servislerdeki glukometrelerin sorumlusu servis sorumlu hemşiresidir.

Glukometre ile bakılan kan şekeri sonucu hasta dosyasına kaydedilir (Hemşire takip formuna). Gemsoft sisteminden giriş yapılır.

3 ayda bir glukometrelerin kalibrasyonu yapılır. HBTC envanteri mevcuttur.

HBTC için çalışanlara;

- ✚ Testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerde dikkat etmesi gerekenler,
- ✚ Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi
- ✚ Cihazın temizliği ve bakımı hakkında belli periyotlarda Laboratuvar teknikeri tarafından eğitim verilir.

5.Hasta Kimlik Doğrulama

Hastanemize yatışı yapılan her hastaya beyaz renkli kimlik bilekliği (hasta kol bandı) servis hemşiresi tarafından takılır.

Alerjik hastalarda kırmızı renkli kimlik bilekliği takılır. Beyaz renkli kimlik bilekliği çıkartılır, hastanın bilgilerinin olduğu barkod kırmızı kimlik bilekliğine yapıştırılarak takılır.

Kimlik bilekliği üzerine yapıştırılan barkod'da protokol numarası, hasta adı soyadı, doğum tarihi (gün, ay, yıl) ve TC no bilgileri yer alır.

Hastanemizde doğan bebekler için; ameliyathanede / doğumhanede anne ve bebek için aynı seri numarasına sahip olan; kız bebekler için pembe, erkek bebekler için mavi renkli bileklikler (annenin beyaz bilekliği çıkartılır) anne ve bebeğe takılır. İkiz bebeklerde anneye 2 bileklik (her bebeğin anne bilekliği) takılır. Bebeklerin kimlik bilekliğinde annenin barkodu yapıştırılır.

Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde kimlik doğrulaması yapılır. Çalışanlara Hasta kimlik bilekliği kullanımı ve hasta kimliğini doğrulaması konusunda eğitim yapılır.

6.Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar yönetimi

Yatan hasta ön değerlendirmesini yapan hemşire tarafından; hastanın yanında getirdiği ilaçlar teslim alınır. "Hastanın Yanında Getirdiği İlaçları Teslim Formu"na; İlaçların, adı, adedi, son kullanma tarihi, saklama koşulları kaydedilir. Hastanın hekimi ilaçların kullanımının uygunluğunu belirler ve tedavi planına yazar. Formun altına teslim eden hasta/hasta yakını, hemşire ve hastanın hekimi imza atar.

Hastanın yanında getirdiği ilaçlar hemşire tarafından uygulanır.

7.Güvenli ilaç uygulama /ilaç güvenliği

Hastaların oral ilaçları ilaç kadehlerinde hasta bazlı hazırlanır ve üzerine hasta barkodu yapıştırılır. Hastaların tedavi planı Hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı. Tedavi planında simgeler, semboller ve kısaltmalar kullanılmamalıdır.

Sıvı orderları; sıvı tipi (%5 Dextroz, İzotonik vs.) belirtilerek ml/damla/Dk. olarak verilmelidir.

Rejim orderları; R1,R2,R3,olarak veya açık olarak (sulu, yumuşak, katı, kalori miktarı, diyabetik, tuzsuz, vs.) yazılmalıdır. İzlenmesi istenen hemodinamik parametreler tek tek belirtilmelidir. Hekimin tedavi planında;

- ✚ İlacın tam adı,
- ✚ Uygulama zamanı,
- ✚ Uygulama dozu,
- ✚ Uygulama şekli,
- ✚ Veriliş süresini belirtilmelidir.

Hekimin yazdığı tedavi planı hemşire tarafından alınmalı, yazılan tedavinin altı çizilerek; tedavinin alındığı tarih ve saat yazılarak hemşire imzalamalı.

Hemşire tarafından alınan tedavi; "Hemşire Gözlem Formu"nda bulunan tedavi planı kısmına tedavi planlamalıdır. Hastaların tüm tedavileri hemşire tarafından yapılmalıdır. (stajyerlerin ilaç uygulamaları hemşire gözetiminde olmalıdır)

Örnek: cc (cubic centimeter) "0" rakamı ile karışma riski bulunuyor, ml kullanılmalıdır. İlaç uygulamalarında kullanılmaması gereken kısaltmalar listesi'nden gerektiğinde kontrol ediniz.

Order alma Talimatı'nda order verme ve sözel order uygulamaları bulunmaktadır.

SÖZEL İSTEM

Sözlü veya telefonla order verildiğinde hemşire tarafından "Sözlü ve Telefonla Order Formu"na yazar, yazan hemşire istemi geri okuyarak doruluğu (Gerekirse ilacın adı tek tek harfleri kodlanır) onaylanır.

Doktorun hastane içinde olması halinde sözel order vermesi ancak hayati tehlikesi olan hastaya müdahalesi söz konusu ise kabul edilir.

24 saat içinde sözlü order veren hekim tarafından imzalanır. Sözlü verilen order tedavi planına hekim tarafından yazılmalıdır. Hastanın hekimi yakın zamanda hastaneye gelmeyecekse; kat /Acil hekimine sözlü order imzalatılarak, tedavi planına yazılması sağlanabilir.

ADVERS ETKİ

Hastalarda uygulanan ilaçlar sonrası; ciddi ve beklenmeyen advers etki görülürse hastanemiz Farmakovijilans Sorumlusu Dr. Hakan Evrüke' ye bildirilir. Advers etki bildirim formu doldurularak 15 gün içinde TÜFAM (Türkiye Farmakovijilans Merkezi) 'a elektronik ortamda ya da faks, posta yoluyla bildirim yapılır.

Hastanemizde ilaç güvenli ile ilgili ilaç listeleri hazırlanmış ve her birime dağıtılmıştır.

BİRİMLERDE BULUNAN İLAÇ LİSTELERİ

- ✚ İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi
- ✚ Çocuklarda Acil Durumlarda Kullanılan İlaç Dozları Listesi

- ✚ Kontrolle Tabi İlaçlar Listesi
- ✚ Yüksek Riskli İlaçlar Listesi
- ✚ Işıktan Korunması Gereken İlaçların Listesi
- ✚ İlaçların Farklı Doz Ve Formlarının Listesi
- ✚ İlaç-İlaç Etkileşimi Tablosu
- ✚ İlaç Besin Etkileşimleri Listesi
- ✚ Buzdolabında Saklanması Gereken İlaçlar Listesi
- ✚ İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar
- ✚ İlaçların Farklı Doz Ve Formlarının Listesi
- ✚ Solüsyonlar Ve Multidoz İlaçlar Kullanım Süreleri
- ✚ Anne sütüyle geçen ilaçlar Listesi
- ✚ İlaçların Muadil Listesi

İLAÇ YERLEŞİMLERİ

Ana ve ara depolarda bulunan ilaçların yerleşimi yapılırken yazılışı ve okunuşu benzer ilaçlar ve ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar ayrı raflarda yerleştirilir.

Pediyatrik dozdaki ilaçlar ayrı raf ya da dolapta muhafaza edilir. Yüksek riskli ilaçlar kırmızı etiket yapıştırılır ve ayrı bir dolap yada rafta muhafaza edilir. Tüm ilaçların bulunduğu dolaplar kilitlenebilir olmalıdır.

PSİKOTROP VE NARKOTİK İLAÇLAR (Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar)

Hastaya order edilen narkotik ve psikotrop ilaçlar için; 3 nüsha otokopili "Narkotik İlaç İstek Formu", hemşire ve hekim tarafından imzalanır. Hastaya uygulanan ilacın boşu eczaneye teslim edilmek için ayrılır. "Narkotik İlaç İzlem Formu"na; uygulanan hastanın adı soyadı, narkotik adı, dozu, imha edilen dozu, istek yapan hekim ve uygulayan hemşire bilgileri hemşire tarafından kaydedilir. Narkotik istek formu ve ilacın boşu ile eczanedan kullanılan ilaç imza karşılığı teslim alınır.

Her şift değişiminde servis hemşireleri narkotik ilaçları sayarak devir teslimini yapar. Devir teslim yapılırken "Psikotrop ve Narkotik İlaç Devir Teslim Formu" kullanılır. Şiftin altındaki bölüme hemşire parafına atar.

Servislerde narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli dolaplarda bulundurulur. Bankoda herkesin ulaşabileceği alanlarda narkotik bulunan enjektör, ampül bulundurulmaz. Kilitli narkotik dolabında muhafaza edilir.

8.Kan Transfüzyonu

Kan ve kan ürünü transfüzyonu ihtiyacı olan hasta için "Kan ve Kan Ürünleri İstem Formu" Hekim tarafından doldurularak imzalanır ve kaşelenir. Kan ve kan ürünleri istem formunda; Hastanın adı soyadı, protokol numarası, tedavi gördüğü bölüm, tanısı, kan grubu, transfüzyon endikasyonu, hastaya daha önce transfüzyon yapıp yapılmadığı, hasta kadın ise doğum yapıp yapmadığı, kan ve kan ürününün istem gerekçesi, kan ve kan ürününün türü ve miktarı, planlanan veriliş süresi belirtilmelidir.

Servis hemşiresi Kan istem formunu laboratuvara gönderir, laboratuvar Bölge Kan Merkezinden gereken kan ürününün teminini sağlar. Gelen kan ürünü çapraz karşılaştırma (cross-match) yapılır, uygulama zamanında kliniğe uygun koşullarda transferi sağlanır.

Klinikte 2 sağlık çalışanın kan ürününün uygunluğunu kontrol eder (hastanın kimliği, kan ve ya kan ürününün türü ve miktarı, ürünün planlanan verilmiş süresi, çapraz karşılaştırmadaki hasta kimlik ve ürün torba numarası, kan grubu, üründe hemoliz olup olmadığı vb. kontrol edilir), "Kan Bileşeni Transfer ve Transfüzyon İzlem Formu"nda ilgili alanda kontrol yapıldığına dair işaretleme yapılarak 2 sağlık çalışanı tarafından imzalanır. Transfüzyon başlama saati kaydedilerek, Transfüzyona başlanır. İlk 15 dakika hemşire hastanın yanında bulunur, transfüzyon yavaş yapılarak reaksiyon yönünden hasta izlenir. Sorun yoksa vitalleri alınır; ilk bir saat 15 dakikada bir sonrasında transfüzyon bitene kadar 30 dakikada bir vital bulgu takibi yapılır.

Gece nöbetlerinde serviste tek hemşire nöbetçi olduğu için süpervisor veya laboratuvar teknisyeni ile birlikte kontrol edilebilir.

Reaksiyon görülürse, transfüzyon durdurulur, hastanın hekimine haber verilir. Tamamı uygulanmamış kan ürünleri, kan imha formu doldurularak transfüzyon merkezine gönderilir. Tamamlanmış transfüzyonlarda ürün torbası tıbbi atık olarak değerlendirilir.

9.Hasta Transferi

Hastanemizde hasta transferinde korumalı ve yüksekliği ayarlanabilir ve frenleri olan sedyeler kullanılır. Servisten ameliyathaneye, ameliyathaneden servise ve diğer alanlara hasta transferi yapılırken hasta yanında mutlaka sağlık personeli bulunur.

Acil servisten yatışı karar verilerek servise yatışı yapılan hastalarda ve başka bir hastaneye yapılan sevklerde "Hasta Transfer Formu" kullanılır.

10.Düşme Riski ve Takibi

Düşme Riski:



Yatan Hastalarımızda; Hemşirelerimiz tarafından, hastanın kabulünde ön değerlendirmede (Hemşirelik Hizmetleri Yatan Hasta Ön Değerlendirme Formu), ameliyat sonrası, bölüm ve durum değişikliğinde (düşme riski yüksekse her gün) ve taburcu olurken düşme riski İTAKİ SKALASI'na göre değerlendirilir. "Erişkin Hasta Düşme Değerlendirme ve Düşme Önleme

Takip Formu " ile düşme riski değerlendirmesi yapılır, hasta güvenliği için alınan tedbirler form üzerinde de belirtilir. Düşme riskini değerlendiren ve koruyucu tedbirleri alan hemşire imza ya da parafını ilgili bölüme yazar. Düşme riski olan hastanın; odasının kapısının yanındaki oda numarasına "YEŞİL YONCA" figürü asılır.

İki yataklı odalarda, 2 ayrı hasta yatıyorsa düşme riski var olan hasta için "yeşil yonca " figürü yatak başına asılır.

11.Hareket Kısıtlaması

Yatan hastalarda hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilir. Hastanın ailesine; hasta yakınına tıbbi gerçekler, kısıtlama olası risk ve yararları, kısıtlama girişiminin gidişatı hakkında hekim tarafından bilgi verilir. "Kısıtlama İhtiyacı Formu" hasta yakını ve hekim tarafından imzalanır.

Hareket kısıtlama kararı tedavi planına yazılır. Kısıtlama tedavi planında; uygulamanın başladığı tarih ve saat, uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği, uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilir.

Kısıtlılığın kararı en geç 24 saatte bir gözden geçirilerek gerekirse tekrar tedavi planına yazılır.

Kısıtlama yapılan hastanın takibi; " Fiziksel ve Farmakolojik Yöntemle Hasta Kısıtlama Takip Formu" kullanılarak yapılır.

Hastanemizde fiziksel kısıtlama yapılacak hastada; ekstremitelerde kullanılan, hastaya fiziksel zarar vermemesi için korumalı kısıtlama aparatları erişkin yoğun bakım ünitesinde bulunmaktadır.

12.Hasta ve Hasta Yakını Eğitimi

Hastanemizde yatan hastalara verilecek eğitimler; hekim ve hemşireler için ayrı olarak "Hasta ve Ailesi Eğitim Formu"nda belirtilmiştir. Hemşire eğitim bölümünün altına eğitimi veren hemşire ve hasta/hasta yakını imzalar. Hekim eğitimleri bölümünün altında hekim ve hasta/hasta yakını imzalar.

Hemşirelerin vereceği eğitimler;

- ✚ Servise / odaya uyum eğitimi
- ✚ Refakatçi / ziyaretçi kuralları
- ✚ Düşme önlemleri
- ✚ Hasta hakları ve sorumlulukları
- ✚ Enfeksiyon kont.ve el hijyeni
- ✚ Bakım ve rehabilitasyon
- ✚ Ameliyat öncesi bilgilendirme
- ✚ Ameliyat sonrası bilgilendirme
- ✚ Ağrı Yönetimi
- ✚ Taburculuk sonrası bakım
- ✚ Hastalığa özgü diyet
- ✚ İlaç-besin etkileşimi
- ✚ Hareket egzersiz
- ✚ Tıbbi Cihazlar kullanımı ve güvenliği
- ✚ Stres yönetimi
- ✚ Danışılacak isim/tel/ adres bilgileri

Hekimleri vereceği eğitimler;

- ✚ Hastalığı hakkında bilgi
- ✚ Hastalık süreci ve risk faktörleri

- ✚ Kullanacağı ilaçlar/Akılcı ilaç kullanımı
- ✚ Kontrol zamanı
- ✚ Taburculuk eğitimi
- ✚ Sigaranın zararları
- ✚ Egzersiz
- ✚ Hastalığa özgü araç gereç kullanımı
- ✚ Organ Bağıışı ve hekimin uygun gördüğü diğer eğitimlerdir.

Formda eğitimin yapıldığı tarih, eğitimi engelleyecek faktörler, engellere çözüm, eğitim yöntemi ve değerlendirme bölümleri doldurulur.

Yatan her hastanın dosyasında hasta ve ailesini eğitim formu bulunur. Yapılan tüm eğitimler forma kaydedilir.

13.Taburculuk Yönergeleri

Hastanemizde yatan hastaların taburculuk sürecinde; kullanılmak üzere 2 nusha halinde hazırlanmış branş bazlı taburculuk yönergeleri bulunur. Taburculuk yönergelerinde; kontrol zamanları, kullanması gereken ilaçlar, beslenmesi, kullanması gereken cihaz ve malzemeler, kişisel hijyen, ameliyat veya tedaviye özel yapılacakların yazılabileceği alanlar bulunur. Hastanın hekimi ve hemşiresi tarafından doldurulur. Hastanın hekimi ve hasta/hasta yakını tarafından imzalanır. Üst nüshası hastaya verilir, 2 nüshası hasta dosyasına konur ve arşivlenir.

Hastanemizde Bulunan Taburculuk Yönergeleri:

- ✚ Beyin Cerrahi Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
- ✚ Çocuk Hastalıkları Taburculuk Yönergesi
- ✚ Dahiliye Hastaları Taburculuk Yönergesi
- ✚ Genel Cerrahi Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
- ✚ Göz Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
- ✚ Kadın Doğum Taburculuk Yönergesi Formu
- ✚ KBB Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
- ✚ Ortopedi Hastası Taburculuk Yönergesi Formu
- ✚ Plastik Cerrahi Taburcu Sonrası Bilgi Formu
- ✚ Üroloji Hastası Taburculuk Yönergesi Formu

14.Hasta mahremiyeti

Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyeti dikkate alınır. Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel (perde, paravan vs.) mahremiyeti sağlanır. İlgili sağlık çalışanı ve hastanın onayı ile hasta yakını dışındakiler ortamda bulundurulmaz.

Teşhis ve tedavi süreçleri ile ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında sadece hasta onayı ile 1. Derece yakını dışındakilerle paylaşılmaz. Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilir.

Elektronik ortamda kullanılan (gemsoft) kişisel şifreler başkaları ile paylaşılmaz. Çalışanların yetkilerine göre otomasyon programında erişim sağlanır. Ekran açıkken bırakılmaz, oluşturulan kişisel şifreler görünür yere yazılmaz, çok karakterli sayı ve rakamlardan oluşan zor şifreler oluşturulmalıdır. Kullanılan bilgisayarlara internetten güvenli olmayan doküman ve programlar bilgi işlem çalışanları kontrolü dışında indirmemelidir.

Antivirüs programı kullanılmalı, tarama yapılmadan dosya yüklemeleri yapılmamalıdır. Kaynağı belli olmayan e-postalar açılmamalıdır.

15.Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanımı

Hastanemizde bölümlerde kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipmanların bölüm bazlı listeleri oluşturulmuştur. Her bölümde kişisel koruyucuların muhafaza edildiği dolaplar ayrılmıştır. Kullanılan koruyucuların yerine depodan istem yapılarak tamamlanması sağlanır. Her yıl kişisel koruyucu ekipman kullanımı hakkında çalışanlara eğitim yapılmaktadır.

16.Acil Durum ve Afet Planları

Her yıl yangın ve acil durumlar ile ilgili eğitim yapılır. Yangın söndürme, arama kurtarma ve tahliye tatbikatları yapılır. Yapılan eğitim ve tatbikatlara katılmaya özen gösterilmelidir.

17.Acil Kodlar ve Acil Çantası

Mavi Kod, Pembe Kod, Beyaz Kod ve yangın için Kırmızı Kod uygulaması ve ekipleri bulunmaktadır. Kod bildirimleri Sağlık Bakanlığı' nın belirlediği telefon numaraları ile ayırdır.

Mavi Kod

Hastanemizde Mavi Kod 2222 numaralı telefona olay yeri (4 kat mavi kod 1 diye) ile bildirilir. Santral elemanı Mavi Kod anonsunu verir, ekip üyelerini ayrıca telefon ederek bildirir.

Mavi Kod 1 (erişkin) ve mavi kod 2 (çocuk) olarak verilir. Erişkin Mavi Kod ekibinde Dahiliye Uzmanı, Çocuk Mavi Kod ekibinde Çocuk Hastalıkları Uzmanı bulunur.

MAVİ KOD ERİŞKİN (EKİP 1)



MAVİ KOD ÇOCUK (EKİP 2)



MAVİ KOD GECE (EKİP 3)



Acil Serviste ve 4.kat serviste acil arabası diğer yatan hasta katlarında acil çantası, poliklinik, acil servis, transfüzyon merkezinde de acil çantası bulunur ve her hafta ve kullanıldığı zaman acil arabası ve acil çantasında bulunan ilaç ve malzemelerin miad kontrolleri ve sayımları yapılır. Sayımları yapılan acil arabaları ve çantaları kilitletir. Kilit numarası sayım formuna yazılır. "Acil Arabası (Crach-Card) İlaç Malzeme Kontrol Formu" ve "Yetişkin Acil Çantası İlaç Malzeme Kontrol Formu" kullanılır. Sayım ve kontrolü yapan hemşire; formun ilgili bölümüne imza/paraf atar.

Mavi kod verildiğinde mavi kod bildirim formu doldurularak kalite birimine verilir.

Her yıl Mavi Kod tatbikatı yapılmaktadır. Çalışanlara; Mavi kod eğitimi verilir.

Pembe Kod

Pembe Kod 3333 nolu telefona olay yeri belirtilerek yapılır. Santral Pembe Kod anonsuna yapar. Pembe Kod ekibi en kısa zamanda olay yerine ulaşır.

Her yıl Pembe Kod tatbikatı yapılmaktadır. Çalışanlara; Pembe kod eğitimi verilir.

Verilen Pembe Kod bildirimlerinde Pembe Kod Bildirim Formu doldurularak Kalite birimine teslim edilir.

Beyaz Kod

Beyaz Kod 1111 numaralı telefona olay yeri belirtilerek bildirim yapılır. Santral Beyaz Kod anonsunu yapar. Beyaz Kod Ekibi en kısa zamanda olay yerine ulaşır.

Çalışanlara her yıl Beyaz Kod eğitimi veriliyor ve yıl tatbikat yapılıyor.

Beyaz Kod bildirimlerinde Beyaz Kod Bildirim Formu doldurularak Kalite birimine teslim edilir.

Bildirimi yapılan Beyaz kod olayları; her ay İl Sağlık Müdürlüğü' ne Ek-6 çalışan hakları ve güvenliği aylık takip formu doldurularak gönderiliyor.

Olay anında 0212 453 08 98 numaralı telefondan ya da ismcalisanguvenligi@gmail.com adresinden Psikolojik ve sosyal destek, mevzuat uygulaması konularında danışmanlık talep edilebiliyor.

18.İlaç ve Sarf Malzeme Stok Takibi

Ana ve ara depoların ilaç ve malzemelerinin sistemde; minimum, kritik ve maksimum seviyeleri belirlenmiştir. Ana depoya alınan tüm ilaç ve malzemelerin miatları sisteme giriş yapılır ve sistemden miat takibi yapılır. Ayrıca belli periyotlarda depolar fiziksel olarak sayılarak, miat kontrolleri yapılır.

Birimlerde kullanılan genel sarf, temizlik ve kırtasiye malzemeleri otomasyon sisteminden pazartesi ve Perşembe günleri istek yapılır. Hasta için kullanılan ilaç ve malzemeler günlük olarak otomasyon sisteminden istek yapılarak, gün içinde eczane ve depodan alınır.

19.Tıbbi Cihaz Bakım ve Kalibrasyonu

Tüm birimlerde bulunan tıbbi cihazların bölüm bazlı kalibrasyon planları bulunur. Genel olarak her yıl haziran ve aralık aylarında tüm cihazların kalibrasyonları ilgili firma tarafından yapılır.

Tıbbi cihazların kalibrasyon sertifikaları hazırlanır ve cihazların üzerine kalibrasyon etiketi yapıştırılır. Kalibrasyon etiketlerinde; kalibrasyonu yapan firma adı, kalibrasyon tarihi, geçerlilik süresi ve sertifika numarası bulunur.

20.Hastane ve Bölümlerin Temizliği

Hastanemiz için genel temizlik planı bulunduğu gibi her bölüm için ayrı ayrı temizlik planları bulunmaktadır. Bölümlerde yapılan temizliklerin kontrollerinin yapıldığı bölüm bazlı temizlik kontrol formları kullanılmaktadır.

Temizlikte 4 renk uygulaması kullanılmaktadır. **Mavi** renk kova ve temizlik bezleri genel temizlikte kullanılır. **Sarı** renk kova ve temizlik bezleri fayans lavabo gibi ıslak alanlarda kullanılır. **Kırmızı** kova ve temizlik bezleri klozet için kullanılır. **Yeşil** renk kova ve temizlik bezleri koridorlar için kullanılır.

Temizlik ve yardımcı personellere belli periyotlarda temizlik kuralları, temizlikte kimyasal kullanımı, riskli alanların temizlik kuralları, çalışanlar arası iletişim ve hasta ve hasta yakınları ile iletişim konularında eğitim yapılır.

Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarıya doğru açılmalıdır. Bu alanlarda sıvı sabun, kağıt havlu, tuvalet kağıdı ve poşetli çöp kovaları bulunmalıdır. Kullanılan sıvı sabun kaplarına ilave yapılmamalı, boşalınca yıkanıp kurulanmalı, sonra sıvı sabun konmalıdır.

21.Bilgilendirme ve Onam Alınması

Hasta ve hasta yakınları; hastanın genel durumu ve tedavi süreci hakkında hekim tarafından bilgilendirme yapılır. Hastanemizde her hasta için; genel onam formu, anestezi onam formu, yapılan tüm girişimsel işlemler ve ameliyatlar için hazırlanmış onam formları mevcuttur.

Hasta işleme girmeden önce; hekim tarafından bilgilendirme yapılır, hastanın/hasta yakınının onam formuna imzası alınır, hekim bilgilendirme yapan kişinin bölümüne imza atar, servis hemşiresi şahit bölümünü imzalar. Hastalar işleme / ameliyata girmeden önce mutlaka onam formları servis hemşiresi tarafından kontrol edilir ve eksik imzalar var ise tamamlatılır. Anestezi onam formu, anestezi hekimi tarafından imzalanır.

Onam formlarının bazılarının İngilizce ve arapça tercümeleri de yapılmıştır.

Hastaya yapılacak tüm invaziv ve bakım uygulamalarında, yapan hemşire tarafından da hastaya yapılacak işlem ve uygulama hakkında bilgilendirme yapılır.

22.İzolasyon

İzolasyon Önlemleri :

Bulaşıcılığı fazla yada epidemiyolojik olarak önemi tanımlanmış, yada şüphe edilen enfeksiyonu olan hastalara standart önlemlere ilaveten BULAŞMA YOLUNA YÖNELİK (Temas, damlacık ve solunum yolu) uygulanan önlemler izolasyon önlemleridir.



Damlacık İzolasyonu



Temas İzolasyonu



Solunum İzolasyonu

Simgeleri kullanılmaktadır. İzolasyon gerektiren hastanın kapısına ilgili işaret asılarak tüm çalışan personelin bilinçli yaklaşımı sağlanmaktadır.

23.El Hijyeni

Her bölümde el hijyenini sağlamaya yönelik malzemeler bulundurulur. Sağlık hizmeti sunulan alanlarda ve her hasta odasında alkol bazlı el dezenfektanları bulundurulur. Her yıl el hijyeni, eldiven kullanımına yönelik eğitimler yapılır. El hijyeni uyumuna yönelik el hijyeni gözlemleri yapılarak 3 ayda bir el hijyeni uyum raporları hazırlanır. Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından el hijyeni uyum raporları değerlendirilir.

24. Atık Yönetimi

Bölmelerde üretilen atıklara yönelik olarak; atıkların kaynağında ayrılması için uygun atık kutuları bulundurulur. Tıbbi alanlarda evsel atık, cam atık, tıbbi atık ce kesici delici atık kutuları bulunur. Ana atık deposu; tıbbi atık, evsel ve cam atık, tehlikeli atık olarak 3 bölümden oluşur.

Hastanemizde kesici delici alet yaralanmaları, kan ve vücut sıvılarına maruz kalan çalışanların takipleri yapılmaktadır.

Atık yönetimi, tehlikeli maddelerin yönetimi ve tıbbi atık için eğitimler yapılmaktadır.

Hastanemizde tehlikeli atık; florosan atıklar, laboratuvarında kullanılan kimyasal boşları ve cihazların sıvıları, pil, kimyasal boş kutuları (boya, el dezenfektanı, dezenfektan kutuları vb.), tarihi geçmiş ilaçlar ve mutfakta kullanılan atık yağlardan oluşmaktadır. Tehlikeli atıklar ayrı olarak depolanarak ilgili firmalar tarafından alınarak bertaraf edilir.

Birimlerde bulunan kağıt atıklar; geri kazanım olarak, kağıt atık kutularında biriktirilmekte ve Şişli Belediyesi tarafından alınmaktadır.

25. Örneklerin Alınması ve Transferi

Örnek alınan birimlerde "Örnek Toplama Alanı" bulunur. Alınan numune / örnekler özel kapalı taşıma kapları ile laboratuvara transferi yapılır.

Örneklerin alınması ve transferine yönelik her yıl laboratuvar teknisyeni tarafından sağlık personellerine eğitim yapılır. Yeni başlayan hemşirelere oryantasyon programı çerçevesinde laboratuvar teknisyeni tarafından örneklerin alınması ve transferine yönelik eğitim yapılır.

KALİTE YÖNETİM ÇALIŞMALARI

Kalite Yönetim Direktörü'nün başkanlığında, Bölüm Kalite Sorumlularından oluşan Kalite Birimi Sağlık Bakanlığı'nın Sağlıkta Hastane Kalite Standartları (SHKS) ve ISO 9001 Standartları doğrultusunda Hastanemizdeki kalite çalışmalarını sürdürmektedir.

Kalite Hedefleri:

Birim Kalite Sorumluları ve Üst Yönetim'in katılımı ile her yıl Bölüm Kalite Hedefleri belirlenir. Her yıl sonunda belirlenen hedeflerin gerçekleşme oranları değerlendirilir.

İç Tetkik ve Öz Değerlendirme:

Her yıl; İç Tetkik ve Öz Değerlendirme yapılır. Kalite Birimi tarafından İç Tetkik ve Öz değerlendirme planları hazırlanır, birimlere değerlendirme takvimi bildirilir. Kalite Ekibi, Üst Yönetim Temsilcisi ve Kalite Yönetim Direktörü tarafından değerlendirme yapılır, raporlanır gerekirse DÖF açılır. Raporlar ve açılan DÖF' ler Üst Yönetime raporlanır, Kalite Ekibi tarafından takibi yapılır.

Hasta ve Çalışan Anketleri

Her ay ayaktan ve yatan hasta anketleri değerlendirmesi yapılarak, Üst Yönetim'e raporlanır. Yılda 2 kez çalışan anketi uygulanır, anketler Üst Yönetim'e raporlanır. Rapor sonucuna göre düzeltici ve önleyici faaliyetler planlanır.

Komite Ve Ekipler

Hastanemizde 11 Komite ve 9 Ekip kurulmuştur. Her 3 ayda bir komite ve ekip toplantıları Kalite Birimi tarafından planlanarak gerçekleştirilmektedir. Üyesi bulunduğunuz Komite ve Ekip toplantılarına katılımınız Hastanemizin Hizmet Kalitesinin gelişmesi açısından önemlidir.

Hastanemizde kurulmuş olan komiteler :

- ✚ Yönetimi gözden geçirme
- ✚ Enfeksiyon Kontrol Komitesi
- ✚ Hasta Güvenliği Komitesi
- ✚ Çalışan Güvenliği Komitesi
- ✚ İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu
- ✚ Transfüzyon Komitesi
- ✚ Eğitim Komitesi
- ✚ Tesis Güvenliği Komitesi
- ✚ Radyasyon Güvenliği Komitesi
- ✚ Hasta Hakları Komitesi
- ✚ Temizlik Komitesi

Hastanemizde görev yapan ekipler:

- ✚ Mavi Kod Ekibi
- ✚ Pembe Kod Ekibi
- ✚ Beyaz Kod Ekibi
- ✚ Kırmızı Kod Ekibi
- ✚ Antibiyotik Kontrol Ekibi
- ✚ İlaç Yönetim Ekibi
- ✚ Bina Tur Ekibi
- ✚ Tıbbi Cihaz Güvenliği Ekibi
- ✚ Nutrisyon Destek Ekibi

Güvenli Raporlama Sistemi:

Hastanemizde meydana gelen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan bir sistemdir.

İlaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik, laboratuvar güvenliği, hasta güvenliği ve çalışan güvenliği riskine neden olabilecek olaylar ile ilgili "Güvenli Raporlama Sistemi" formu doldurularak, Kalite Birimine teslim edilir. Hastanemiz web sayfasında "Kurumsal" bölümün içinde

bulunan "güvenli raporlama kısmında bulunan hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili olan formu tıklayarak doldurabilirsiniz. Form otomatik olarak Kalite Yönetim Direktörü' ne ulaşır. Kalite Birimi olaya ilişkin kök neden analizini yapar, düzenleyici önleyici faaliyetleri planlar ve olayın tekrar etme riskini azalmaya çalışır.

Güvenli raporlama sistemi dışında yaşanan olaylar için "Beklenmedik Olay Bildirim Formu" ve neredeyse yaşanabilecek olaylar için de "Ramak Kala Bildirim Formu" doldurularak Kalite Birimine iletilir.

Tesis kaynaklı düşmelerde, tesis kaynaklı düşme bildirim formu doldurularak kalite birimine iletilir.

Uyum (Oryantasyon) eğitimleri

Hastanemizde işe yeni başlayan çalışanlarımıza oryantasyon/uyum eğitimleri yapılır. Oryantasyon eğitimleri genel oryantasyon ve bölüm oryantasyonu olarak iki bölümde yapılır. Kalite tarafın genel oryantasyon yapılır, ilgili bölüm sorumlusu tarafından bölüme uyum eğitimi yapılır. Oryantasyon sürecinde "Genel Oryantasyon Rehberi" , "İdari Personel Oryantasyon Rehberi"ve " Tıbbi Personel Oryantasyon Rehberi" kullanılmaktadır.

Oryantasyon kapsamında ayrıca yapılan eğitimler;

- ✚ Sağlık personellerine Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi tarafından; El Hijyeni ve tıbbi /kesici delici atıklar ile ilgili eğitimi
- ✚ Sağlık personellerine Laboratuvar Teknisyeni tarafından; numune alma ve transferi eğitimi
- ✚ Tüm yeni başlayan personellere İş Güvenliği Uzmanı tarafından; temel iş sağlığı ve güvenliği eğitimi yapılır.

Mesai saatleri içinde yaşanan personel yaralanmaları, kesici delici alet yaralanmaları ilgili formlar doldurularak kalite birimine teslim edilir.