



ERİŞKİN YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman No	YBH.PR.01
Yayın Tarihi	02.10.2014
Rev. No	01
Rev. Tarihi	18.11.2019
Sayfa No	10/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Anestezi ve Reanimasyon Uzm.	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

1. AMAÇ

Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatış kriterleri taşıyan hastaların yatışından itibaren tedavi, takip bakım hizmetlerini etkin ve kaliteli hale getirmek için yöntem belirlemek ve verilen sağlık hizmetini en üst düzeye çıkarmaktır.

2. KAPSAM

Çevre Hastanesi, Anestezi ve Reanimasyon Hekimlerini, Yoğun Bakım Ünitesi Hemşirelerini ve Yardımcı Sağlık Personelini kapsar.

3. TANIMLAR

CVP: Santral Venöz Basınç

PAB: Pulmoner Arter Basıncı

CO: Kardiyak out-put

PCWP: Pulmoner Arter Wedge Basıncı

Weaning: Ventilatörden Ayrılma

4. SORUMLULUKLAR

4.1. Onay ve yürürlük

Bu prosedür Başhekimin onayından sonra yürürlüğe girer.

4.2. Prosedürün Kullanıcıları

Yoğun Bakım Çalışanları bu prosedürün Yürütülmesinden sorumludur

5. PROSEDÜR

Genel İşleyiş

5.1. Hasta Kabulü

5.1.1. Yoğun Bakım Ünitesi'ne hangi bölümlerden ve kimler tarafından yatırılacağı Erişkin Yoğun Bakım Hasta Yatış Çıkış Kriterleri Prosedürü'ne göre belirlenir.

5.1.2. Hastanın yatışını yapacak hekim tarafından yoğun bakım yatak durumu yoğun bakım hemşiresi ile görüşülerek sorgulanır. Yatak durumuna göre hastanın yoğun bakım ünitesine kabulü planlanır.

5.1.3. Hastaların Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatış işlemleri Hasta Kayıt Yatış Ve Taburculuk İşlemleri Prosedürü'ne uygun olarak yapılır, bilgilendirme ve onam formları doldurtulur ve imzalatılır.

5.1.4. Yoğun bakım ünitesine kabulü planlanan hasta için hastanın yatışını yapan hekim yoğun bakım ünitesi hemşiresi ile görüşerek hastanın genel durumuyla ilgili gerekli bilgi vererek gerekli teçhizat, cihaz hazırlığı yapılmasını sağlar.

5.1.5. Hastanın yoğun bakım ünitesine kabulüne kadar hastanın yatışını sağlayan ünitenin sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli hastanın şartlarına uygun şekilde yoğun bakım ünitesine getirilmesini sağlar ve hastaya refakat eder.

5.1.6. Hastane içinde başka servisten yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların geldiği bölümden taburculuk işlemi yapıldıktan sonra yoğun bakım ünitesine kabulü yapılmalıdır.

5.1.7. Yoğun bakım ünitesine kabul edilen hastaların yatışı hasta yatış bölümü tarafından yapılır.

5.1.8. Yoğun Bakım Ünitesi'ne kabul edilen hastanın; Kimlik Doğrulaması Yapıldıktan sonra ilk tanılması yapılarak takip ve bakım sürecine geçilir.

5.1.9. Üniteye kabul edilen hasta için Hasta Dosyasının Tutulması ve Muhafazası Prosedürü'ne uygun olarak dosya oluşturulur ve yoğun bakım takibine başlanır.

5.2. Hastanın Tıbbi Bakım İhtiyaçlarının Belirlenmesi, Bakımın Planlanması ve İzlenmesi:

Hastanın tıbbi bakım ihtiyacı ilk değerlendirmede tanımlanıp hasta dosyasına kaydedilir ve tedavi / bakım süreci bu doğrultuda hekim tarafından belirlenir. Hastanın yatışı sürecinde gelişen değişiklikler hasta dosyasına kaydedilir, geriye dönük izlenebilecek şekilde planlamalar yapılır.

Hemşirelik tanılarını doğrultusunda ilgili bakım planları devreye alınır. Hastanın her şifitte durumu değerlendirilerek bakım planı gerekirse güncellenir.

5.3. Hastanın Rızasının Alınması:

5.3.1. Hasta Onam Formu hastanın şuuru açıkysa kendine kapalıysa yakınlarından birine doldurtularak imzalatılır.

5.3.2. Hastanın yanında hasta yakını yok ise hasta ön değerlendirme formu tedavi eden hekim sorumlu hemşire veya nöbetçi hemşire ile yakınının olmadığı belirtilerek imzalanır.

5.4. Hastanın Transferi:

5.4.1. Servise çıkacak olan hastanın gideceği servisten yatak sorgusu yapılır.

5.4.2. Hastanın şuuru açıkysa hastaya bilgi verilir.

5.4.3. Servise çıkan veya taburculuğu planlanan hastanın yakınlarına telefonla ulaşılarak çıkışı hakkında bilgi verilir.

5.4.4. Hasta yakını gelmeden hasta yoğun bakım ünitesinden çıkartılmaz.

5.4.5. Hastanın çıkışı sırasında hekim veya branş değişikliği olarsa hastayı devralacak hekim hastayı yoğun bakım ünitesinde değerlendirir.

5.4.6. Yoğun bakım çıkış epikrizi hastayı tedavi eden hekim tarafından doldurulur.

5.4.7. Hasta genel durumuna uygun olarak sedye veya tekerlekli sandalye ile alınır.

5.4.8. Hastanın hemşiresi tarafından ilgili servis hemşiresine birebir teslimi yapılır. Hasta transfer formu doldurulur.

5.4.9. Hastanın kaydı HBYS 'den ve protokol defterinden düşürülür.

5.4.10. Hastanın güvenli transferinin gerçekleşmesi için; Hasta Transfer Prosedürü'ne göre davranılır.

5.5. Kurum Dışı Sevk:

5.5.1. Hasta başka bir Sağlık Kurumuna veya Yoğun Bakıma transfer ediliyor ise hasta ile birlikte gerekli ise yoğun bakımda transport için ayrılmış olan tıbbi malzemeler (Transport Ventilatörü, Monitörü, Pulseoximetre, Oksijen Tüpü, Entübasyon Seti Balon, Valf, Acil çantası, ilaçlar ve Maske sistemleri) eşliğinde transferi gerçekleştirilir.

5.5.2. Hastanın Yoğun bakım epikrizi tedavi eden hekim tarafından doldurularak transferi sağlayan ekip ile ilgili kuruma gönderilir.

5.5.3. Hasta transfer formu doldurulur, bir nüshası hasta dosyasına konur, bir nüsha hasta ile birlikte gönderilir.

5.5.4. Hastanın yattığı bölüm tarafından taburculuk işlemleri yapılmış olmalıdır.

5.6. Hastanın Taburculuğunda Yapılan İşlemler:

5.6.1. Hastanın Yoğun Bakımdan çıkış kararı, ilgili branş hekimi ile yoğun bakım sorumlu hekiminin tarafından Erişkin Yoğun Bakım Hasta Kabul ve Çıkış Kriterleri Prosedürü doğrultusunda değerlendirilerek verilir.

Buna göre:

- Şuuru açılıp koopere olan hastalar
- Vital bulguları stabilize olan hastalar

- Organ fonksiyonları normale dönen hastalar
- Solunum yetmezliği ortadan kalkan hastalar
- Kardiyovasküler sistem bulguları stabilizeşen hastaların taburculuğu planlanır.

5.6.2.Çıkış işlemleri; Yoğun bakımdan taburculuğu planlanan hastanın yakınlarına haber verilir. Hasta yakını gelmeden hasta çıkartılmaz. Hastayı çıkışı sırasında hekim değerlendirir ve epikrizini yazar. Hasta ve yakınlarına hastanın genel durumu hakkında bilgi verir. Hastanın evde kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve dikkat etmesi gerekenler konusunda bilgilendirme yapılır.

5.6.3.Hasta genel durumuna uygun olarak sedye veya tekerlekli sandalye ile alınır çıkış işlemleri tamamlanır.

5.6.4.Kata veya bir diğer hastanelere gönderilecek hastalar için; Hasta Transfer Prosedürü göre hareket edilir.

5.6.5.Hasta servise veya kurum dışına teslim edilirken 5.4 ve 5.5 maddelerdeki süreç uygulanır.

5.6.6.Yoğun Bakım Hastası taburcu olacak Hasta Kayıt Yatış Ve Taburculuk İşlemleri'ne uygun olarak gerçekleştirilir.

5.6.7.Ex olan hastalar için Hastanın Ölümü Halinde Uygulanacaklar Prosedürü'ne Ex Hazırlama Talimatı'na göre hareket edilir.

5.7.Klinik Süreçler:

5.7.1.Hasta yoğun bakım ünitesine geldiğinde hemşire ve personel tarafından karşılanır.

5.7.2.Hastanın dosyası düzenlenir, evrakları tam ve eksiksiz doldurulur. Hemşirelik hizmetleri hasta ön değerlendirme formu doldurulur.

5.7.3.Hastanın otomasyon sistemi üzerinden kabulü yapılır.

5.7.4.Hastanın koluna kimlik bilgilerini içeren yatış barkodlu bileklik takılır.

5.7.5.Hastanın giysileri ve takıları çıkartılarak yakınlarına teslim edilir. Yakınları yoksa hasta eşyaları teslim formu doldurularak yoğun bakım hemşiresi ve diğer bir çalışan imzalayarak eşyaları teslim alınır.

5.7.6.Hasta monitörize edilir vital bulgular alınır. Hemşire gözlem formuna kayıt edilir. Hekimine haber verilir.

5.7.7.Damar yolu yok ise açılır, açık ise çalışıp çalışmadığı kontrol edilir. İstenen tetkikler alınarak laboratuvara gönderilir.

5.7.8.Fiziki muayenesi hekim tarafından yapılır, gerekli monitorizasyon ve ihtiyaç durumuna göre O2 takılır.

5.7.9.Hastaya gerekliyse foley sonda takılır.

5.7.10.Ordera uygun şekilde hasta tedavisi hazırlanır ve uygulanır.

5.7.11.Hastaya konsültasyon istenmişse gerekli birimlere konsültasyon formu gönderilir. Otomasyon girişi yapılır.

5.7.12.Hastanın röntgen, ultrason gibi görüntüleme tetkikleri yatağında yapılabilenler için ilgili birimlerden randevu alınarak yaptırılır. Yatağında yapılamayan tetkikler için randevu alınarak hastanın uygun şekilde transferi yapılarak hasta gönderilir.

5.7.13.Hemşirelik bakımı uygulanarak hasta bakım süreci formuna kaydedilir.

5.7.14.İletişim için birinci derecedeki yakınlarının telefon numaraları alınır.

5.8.Monitörizasyonu:

5.8.1.Yoğun bakım ünitesine kabulü yapılan hasta yatağına alındıktan sonra monitörize edilir.

5.8.2.Monitörde nabız tansiyon solunum satürasyon ve diğer monitörize edilmesi gerekli invaziv girişimlerin ölçümleri izlenir. Hemşire gözlem formuna kayıt edilir.

5.9.Ventilatördeki Hastanın İzlemi:

5.9.1.Hastanın entübasyonuna muayene ve kan gazları değerlendirilerek hekim tarafından karar verilir.

5.9.2.Entübasyonuna karar verilen hastaya uygun sedasyon sağlanarak entübe edilir ve ventilatöre bağlanır.

Hastanın durumuna uygun ventilasyon modu seçilir.

5.9.3.Gerektikçe aspire edilir.

5.9.4.Hastanın oksijen satürasyonu sürekli takip edilir.

5.9.5.Elektrolit, aldığı-çıkardığı, kan gazı sürekli takip edilir.

5.9.6.Sık pozisyon verilir.

5.9.7.Hava yolunu nemlendirmek için nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

5.9.8.Hastanın başı 45 derece yükseltilmeli, hastanın başında Ambu hazır bulundurulmalıdır.

5.9.9.Ventilatörün bakımı belirli aralıklarla yapılmalıdır.

5.10.Sedasyon Ve Analjezi Uygulaması:

5.10.1.Yoğun bakım ünitesinde hastanın ajitasyon ve anksiyetesinin giderilmesinde, sakinleşmesini sağlamak yapılan tedavi ve girişimleri daha kolay tolere edebilmesi için sedatif ajanlar uygulanır.

5.10.2.Yoğun bakım ünitesinde sedasyon oluşturmak amacı ile Benzodiazepinler, Midazolan, Propofol, Nöroepileptikler uygulanır.

5.10.3.Hastanın nöromusküler blokajı ve sedasyonu gerektiğinde anestezi uzmanı tarafından planlanır ve takip edilir.

5.11. Ventilatörden Ayrılma (Weaning)

5.11.1.Hastanın kendi kendine solunum yapabildiği dönemden ekstübasyona kadar geçen sürede yapılan mekanik ventilasyon desteğinin azaltılması işlemleridir.

Ayrılma dönemi ventilatörde geçirilen toplam sürenin yaklaşık % 40'ını oluşturur.

1.Evre: Pre-weaning

MV'den ayırma için herhangi bir girişimin düşünülmediği evre

ASY tedavisi ve ventilatör desteği yoğun olarak sürdürülmekte

Bu evrede MV'den ayırma uygun olmadığı gibi aynı zamanda tehlikeli

Ventilatör hastalarının %13-26'sı diğer evrelere geçilemeden kaybedilir

Evre 2: Düşünme

Solunum yetmezliğine yol açan sebepler ortadan kalkmış ya da kalkmakta mı?

Oksijen gereksinimi azalmış mı?

(PaO₂/FiO₂ > 150; FiO₂ ≤ 0.40-0.50; PEEP ≤ 5-8; pH ≥ 7.25)

Hemodinami stabil mi? (miyokard iskemisinin olmaması, düşük doz pressor..)

İnspirasyon eforu iyi mi?

Evre 3: Değerlendirme

Objektif Klinik Değerlendirme:

Yeterli oksijenasyon

Kardiyovasküler stabilite

Afebril : Ateş < 38°C

Respiratuar asidoz olmaması: pH > 7.35

Hemoglobin ≥ 8-10g/dl

Mental durum: GKS ≥ 13 (nörolojik hasta hariç)

Stabil metabolik durum (elektrolitler... vs)

Subjektif Klinik Değerlendirme:

Yeterli öksürük

Sekresyonların aşırı miktarda olmaması: Aspirasyon gereksiniminin 2 saat veya daha sık olmaması

Solunum yetmezliğine yol açan hastalığın akut fazının rezolüsyonu

Evre 4: Ayırma Denemeleri

Ventilatör desteğinin azaltılması

Destek birdenbire ve tamamiyle kesilebilir (T-tüp denemesi) ya da saatler veya günler içerisinde tedricen azaltılabilir

NIV'la yapılan ayırma çalışmaları var, ancak henüz standart bir yöntem olarak kabul edilmemiştir

SSD (Spontan Solunum Denemesi) Başarısızlık Kriterleri

Takipne (SS > 35/dakika; beş dakikadan uzun süre ile)

Hipoksemi (SaO₂ < %90)

Taşikardi (>140/dakika veya %20 artış)

Bradikardi (%20 azalma)

Hipertansiyon (sistolik kan basıncı >180 mmHg)

Hipotansiyon (sistolik kan basıncı <90mmHg)

Asidoz (pH<7.32)

PaCO₂'de >10 mmHg artış

Bilinç değişiklikleri

Ajitasyon, terleme veya anksiyete belirtileri

Evre 5: Ekstübasyon Evresi

Ayırma denemelerini tolere edebilen hastanın ekstübe edilmesi ya da ayırma çalışması başarısız kalan bir hastanın yeniden MV'e bağlanması

Yeniden ventilatöre bağlanan hastaya 24 saat destek verilmeli

Günlük spontan solunum denemeleri, 3. evreden (değerlendirme) başlayarak sürdürülmeli

Ekstübasyon Kriterleri

Yeterli öksürük

Sekresyonların kontrol altında olması

Kaf kaçağı >110 ml

Evre 6: Post-ekstübasyon

Ekstübasyon başarısızlığı kriterleri:

SS > 25/d , 2 saatten uzun süreyle

Kalp hızı > 140/d; ya da %20'den fazla artış veya azalış

Solunum kas yorgunluğu belirtileri, solunum işinde artış: FiO₂≥0.50 ile SaO₂<%90

Hiperkapni, ya da %20'den fazla artış

pH< 7.33

5.11.3.Hastanın mekanik ventilatör desteğinden ayrılması T parçası ile spontan solunum ve CPAP/PSV modu ile olur. Extübasyona uygun olan enerken sürede başlanmalıdır.

5.11.4.Hastanın şuuru açıksa mutlaka bilgilendirilmelidir.

5.11.5.Hasta respiratörden ayrılma moduna alınır.

5.11.6.Hastanın genel durumu değerlendirilir.

5.11.7.Entübasyon malzemesi hastanın başında bulundurulur.

5.11.8.Nemli oksijen sistemi hazır bulundurulur.

5.11.9.Hasta aspire edilir ve extübe edilir.

5.11.10.Oksijen saturasyonu ve solunum setleri, göğüs hareketleri yakın takip edilir.

4.11.11.Extübasyon tarih ve saati hemşire gözlem kâğıdına not edilir.

5.11.12.Exbüasyon sonrası hasta başında ambu, larengoskop bekletilir

5.12.Skorlama Sistemi ile Hastanın Takibi:

5.12.1.APHACHE, SAPS, PRISM skorlama sistemlerinden hastaya uygun olanı hastayı takip eden hekim tarafından yapılır. Risk değerlendirmesinde kullanılan diğer slakalar:

- Bası yarasında "Breden Skalası"
- Düşme riskinde "İtaki Düşme riski değerlendirme skalası"
- Beslenme/ nutrisyonel risk değerlendirmesinde "NRS-2002 Nutrisyonel risk skoru"
- Ağrı değerlendirmesinde hastanın bilinç durumuna göre "Numerik Skala", "Yüz Skalası" veya "Davranışsal Skala" kullanılır.

5.13.Bası Yarası Takibi:

5.13.1.Hasta yoğun bakıma yattığında riskli değerlendirilir. Değerlendirme "Yatan Hasta Ön değerlendirme Formu'nda" yer alan "Braden Bası Yarası Değerlendirme Ölçeği" ne göre yapılır. Elde edilen puana göre hastanın bası yarası değerlendirmesine haftalık/günlük olarak devam edilir.

5.13.2.Bası yarası riski yüksek olan hastanın yatağı havalı yatak / dekübit yatağı olmalıdır.

5.13.3.Çarşafı gergin ve düzgün olmalıdır.

5.13.4.Hastaya en az 2 saatte bir pozisyon verilmelidir.

5.13.5.Bası yarası oluşmuş ise; Yastıklarla desteklenerek bası yarası oluşan kısım oksijenlendirilir.

5.13.6.Uygun yara bakım ürünleri ile pansumanları yapılır.

5.13.7.Bası Yarası veri takibi amacıyla yara gerçekleşmesi durumunda bölüm hemşiresi "Bası Ülseri Bildirim Formu" ile kalite yönetim birimine bildirim yapar.

5.14.İnvaziv İşlemler:

Yoğun bakım ünitelerinde hastalara uygulanan oral-nazal entübasyon, santral venöz kateter vb damaryolu ve parenteral beslenme amaçlı kateter uygulamaları, CVP kateteri takılması ve takibi, Arteriyel basınç kateteri takılması ve takibi gibi invaziv işlemlerin uygulamasından hekim sorumludur. Monitörizasyonu yapılan invaziv işlemlerin takibi hemşire tarafından hasta dosyasına kaydedilir.

5.15.Rehabilitasyon Süreci:

Yoğun bakım ünitesinde takip ve tedavisi devam eden hastanın rehabilitasyon sürecinde hastanın bozulan fonksiyonlarını düzeltmek, öz bakımını ve yaşam kalitesini arttırmak hedeflenir. Bu doğrultuda Diyetisyen ve gerekli görülen branşlarda hastane dışından konsültasyon olarak Fizyoterapist, Psikolog, Sosyal Hizmet Uzmanı desteği sağlanır ve hasta ailesi ile işbirliği yapılır.

5.16.Nütrisyon Takibi:

Hasta için gerekli beslenme ihtiyacı, ilgili birimin protokollerine göre hekim tarafından belirlenir. İhtiyacın karşılanması için gereken beslenme desteğine (Parenteral TPN solüsyonu ya da enteral beslenme ürünleri) Diyetisyen ile birlikte karar verilir. Hastanın rutin olarak değerlendirilen laboratuvar bulgularına ve diğer klinik

değerlendirme protokollerine göre beslenme desteğine devam edilir. Bu süreç hekim ve diyetisyen tarafından takip edilir.

5.17.Terminal Dönem Hasta Takibi:

Terminal dönemdeki hasta takibinde amaç ölüm sürecinde olan hastanın yaşam kalitesini arttırmak, ağrı ve diğer sağlık sorunlarını azaltmak yada rahatlatmaktır. Hastanın durumuna göre gerekli olan invaziv ve noninvaziv girişimler hekim tarafından uygulanır. Hastanın ağrısının azaltılması için ilgili bölümlerden konsültasyon istenir. Hasta yakınlarına gerekli bilgilendirme yapılır. Hastanın şuuru açıksa Psikolog desteği sağlanır.

5.18.Enfeksiyonların Önlenmesi, Kontrolü ve İzlenmesi:

5.18.1.Yoğun bakımlarda enfeksiyonların önlenmesi için gerekli önlemler Enfeksiyon Kontrol Komitesi' nin talimatlarına göre düzenlenir. Enfeksiyonu tespit edilen hastalar ve izolasyon gerektiren hastalar, izolasyon odası bulunan kurumlara sevk edilir.

5.18.2.Enfeksiyon kontrolü ve izlemi Enfeksiyon Kontrol Komitesi tarafından yapılır.

5.19.Yoğun Bakım Ünitesi Vardiya İşleyişi

5.19.1.Nöbet Teslimi

5.19.1.1.Yoğun Bakımda hasta olduğu süre içinde; çalışma saatleri 08:00-18:00, 18:00-08:00 olarak iki vardiyadır.

5.19.1.2.Yoğun bakımda bulunan hastalar; vardiya sorumlu hemşiresi tarafından her shift değişiminde Hasta başında Yoğun Bakım Hasta Takip ve Tedavi Formu ile teslim yapılır.

5.19.1.3.Yoğun bakım hemşiresi, yoğun bakım ile ilgili rutin kontrolleri her nöbette, nöbetçi hemşire tarafından yapılır ve kaydedilir (acil arabası, ısı kontrolü, demirbaş malzeme, narkotik ve psikotrop ilaçlar).

5.19.1.4.Her gün yatan hasta için kullanılan ilaç ve sarf malzemeler hastane otomasyon sistemi üzerinden girişi yapılarak depodan gün içinde temin edilir.

5.20.Vizitler

5.20.1.Yoğun bakım hekimi ve hastanın primer hekimi tarafından her gün sabah ve öğleden sonra rutin ve gerekli oldukça hasta viziti yapılır. Vizitlere, yoğun bakım hemşiresi de katılır.

5.20.2.Yoğun Bakım Ünitesi'ne yatırılan her hasta yoğun bakım hekimi (anestezi ve reanimasyon uzman hekimi) tarafından muayene edilir ve bulguları günlük Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu'na kaydedilir.

5.20.3.Hekim vizitleri sırasında hastanın günlük tedavisi, günlük tetkikleri ve istenecek konsültasyonlar belirlenir.

5.20.4.Konsültasyon istekleri yoğun bakım hekimi tarafından yapılır Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu notlar bölümüne kayıt edilir Konsültasyon İstek Formu doldurulur ve gerekli birime gönderilir. Ayrıca konsültasyon istemi yoğun bakım hekimi tarafından telefonla görüşülerek ilgili hekime bildirilir.

5.20.5.İlgili branş hekimi belirlenen zamanda hastayı yerinde değerlendirerek Konsültasyon İstek Formu'na öneri ve tedavilerini yazar. Bu öneriler yoğun bakım hekimi tarafından hastanın vital parametreleri ışığında değerlendirilerek, Hasta tabelası'na kaydedilir. Yoğun bakım hemşiresi verilen order'ı Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu'nun tedavi bölümüne işler ve uygulamaları takip eder

5.21.Hastanın Takibi, Tedavi ve Bakım İşlemleri

5.21.1.Hastayı yatıran bölüme ilişkin tedavi protokolü hakkında, ilgili bölüm hekimi yoğun bakım hekimine bilgi vererek Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formuna hekim gözlemini önerilerini belirtir. Yoğun Bakım Ünitesi ile ilgili tedavileri ise; yoğun bakım hekimi düzenler. Yoğun Bakım hemşiresi order edilen tedaviyi takip formunda planlar ve uygular ve kayıtlarını tutar. Verilen tedavilerin takibi yoğun bakım hekimi tarafından yapılır.

5.21.2.Hastanın beslenme şekli yoğun bakım hekimi tarafından belirlenerek Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu'da ilgili bölüme kayıt edilir ve hastanın hemşiresine bildirilir. Yoğun bakım hekimi gerekli görürse diyetisyenden konsültasyon ister. Enteral veya parenteral beslenme yapılan hastalar için ise yazılan istem, Enteral Beslenme Talimatı'na göre uygulanır.

5.21.3.Hastadan istenen radyolojik tetkiklerin organizasyonu yoğun bakım Hemşiresi tarafından yapılır. Radyoloji bölümü ile bağlantı kurarak yatak başında ya da Radyoloji Ünitesinde yapılması gereken tetkikler için randevu alınır. Otomasyon sisteminden radyoloji tetkiki girişi yapılır.

5.21.4. Bası Yarası Önleme ve Standart Bakımı günlük değerlendirilerek saat 10:00'a kadar hastanın 24 saatlik pozisyon ihtiyacı planlanır ve gün içerisinde uygulanır.

5.21.5.Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki hastaların vital bulguları, her saat başında, gerekli durumlarda daha sık olarak alınır ve Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu'na kaydedilir, genel durumundaki değişiklikler anında hekime haber verilir.

5.21.6.Hastalar yoğun bakım kabulünde 5 dakika içinde monitörize edilirler. Hastanın kalp ritmi, arteriyel basınç (invaziv veya noninvaziv olarak), ateşi, solunum sayısı monitörden yakından izlenerek her saat başında, gerekli durumlarda 30 dakikada bir veya daha sık alınır, CVP kateteri var ise CVP 2 saatte bir, Santral Katater Uygulama ve Bakım Talimatı'na göre ölçülür ve kaydedilir. Hastanın hemodinamisindeki her türlü değişiklik yoğun bakım hekimine anında haber verilir.

5.21.7.Hastanın aldığı - çıkardığı takibi saatlik yapılır. Drenlerden gelen sıvılar saat başı kontrol edilir. Drenlerden gelen tüm sıvılar şift sonunda ve 24 saatte bir toplanır, Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu'na kaydedilir.

5.21.8.Hastanın ağrısı olup olmadığı bilinci yerinde ise her saat başı sorularak, bilinci kapalı ise Davranışsal Skala kullanılarak Ağrı Değerlendirme Formuna kaydedilir.

5.21.9.Hastanın günlük bakımları hastanın bakım ihtiyaçları, hemşirelik tanılarına göre ilgili hemşirelik bakım planları kullanılarak planlanır, takip edilir ve günlük uygulanır. Her şiftte bakım ihtiyaçları tekrar gözden geçirilir ve gerekirse güncellenir.

4.21.10.Hastanın damar yollarına ait kateterlerin ve sondaların giriş yerlerinin pansumanı her gün ve gün içinde gerektiği zaman yapılır. Nozokomiyal Vazküler Enfeksiyonlardan Korunma Talimatı'na uygun olarak yapılır. Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu'na kaydedilir.

5.21.11.Hasta ile ilgili kısıtlama direktifi varsa Kısıtlama Gerektiren Hastanın Bakım Talimatı'na göre bakımı yapılır ve Fiziksel ve Farmakolojik Yöntemle Hasta Kısıtlama ve Takip Formu ile takip edilir.

5.21.12.Solunum sistemine ilişkin olarak, spontan solunumu olan hastada solunum hızı ve derinliği gözlenir. Vardiya değişimlerinde ya da gerektiğinde akciğer sesleri dinlenir. Sp2 değerleri Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu'na kaydedilir.

5.21.13.Respiratöre bağlı hastalarda respiratör parametrelerinin düzenlenmesi ve gerektiğinde değiştirilmesi yoğun bakım hekiminin sorumluluğundadır. Respiratör parametrelerinde yapılabilecek değişiklikler sadece yoğun bakım hekimi tarafından yapılır.

5.21.14.Yoğun bakımda weaning yoğun bakım sorumlu hekimi, yoğun bakım hemşiresi ile birlikte planlanarak hasta ekstübe edilir.

5.21.15.Hastanın aspire edilmesi gerekiyor ise Aspirasyon Uygulama Talimatı'na göre yapılır.

5.21.16.Yoğun Bakım hekimi hastanın kanül, tüp, kateter ve sondalarının takılmasından sorumludur.

5.21.17.Kültür örneklerinin gerektiğinde gerekli yerlerden alınmasını yoğun bakım hekimi belirler. İstenilen doğrultuda yoğun bakım hemşiresi tarafından laboratuvara gönderilir. Gönderilen bütün kültürler yoğun bakım hemşiresi tarafından Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu'na kayıt edilir ve sonuçları takip edilir. Üreme var ise Enfeksiyon Kontrol Komitesi ile koordineli çalışılır.

5.21.18.Hastaya nazogastrik takılması gerekiyor ise Nazogastrik Sonda Uygulama Talimatı uygulanır. Amacına uygun takip edilir. Eğer hasta enteral beslenecek ise Enteral Beslenme Talimatı'na uygun hareket edilir. Hasta enteral olarak besleniyorsa 7 saatte bir mutlaka tolerasyon kontrolü yapılmalı ve besleme seti her gün değiştirilmelidir.

5.21.19.Hastaların boşaltım ihtiyacı ile ilgili isteklerine ivedilikle cevap verilir ve dışkılamanın özelliği mutlaka Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu'na kaydedilir.

5.21.20.Yoğun Bakımda yatmakta olan hastaların durumları hakkında birinci derecedeki yakınlarına bilgi verilmesi yoğun bakım hekiminin yetkisindedir. Hekim tarafından yoğun bakım hasta bilgilendirme odasında hasta yakınlarına ayrıntılı bilgi verilir.

5.21.21.Tıbbi bir sakınca yoksa hasta stabilize edildikten sonra yakınlarından birisi hekim izni ile içeri alınarak hasta ile görüştürülür. Yoğun Bakıma Hasta Ziyaretçi ve Refakatçilerini Bilgilendirme Talimatı doğrultusunda ziyaretçi kabul edilir.

5.21.21.1.Erişkin Yoğun bakım ünitesinde; 24 saatte 3 kez (saat 11:00 – 16:00 ve 20:00 'de) ve hekim uygun gördüğü zamanlarda ziyaretçi alınabilir.

5.21.21.2.Ziyaretlerde yoğun bakım hastalarının takip ve tedavisini aksatmamak ve hasta güvenliğini sağlamak için gerekli tedbirlerin alınması esastır. Bu nedenle, ziyaretçiler yoğun bakım servislerine, görevli sağlık personelinin refakatinde, diğer hastaları tedirgin ve rahatsız etmeyecek şekilde ve belirli bir düzen içinde alınmalıdır. Ziyaret süresi makul ve mümkün olan en kısa süreyle sınırlandırılmalıdır. Bu sırada ilgili sağlık personeli tarafından hasta yakınına, hastasının durumu hakkında anlaşılır bir şekilde bilgilendirme yapılır.

5.21.21.3.Yoğun bakım hasta ziyareti öncesi ziyaretçilere, servis hekimi tarafından belirlenen sağlık personeline, eğitim verilmelidir. Ziyaretçi kendi hastası dışında başka hastaya ve hasta bakım malzemelerine temas etmemelidir.

5.21.21.4.Daha sonra hastanın durumu ve tedavi planlaması uygun olduğu sürece yoğun bakım hekiminin izni ile hastanın yakınlarıyla görüşmesi sağlanır.

5.21.22.Hastanın Yoğun Bakımda yattığı süre içinde başka bir kuruma transferi söz konusu ise hekim tarafından gerekli görüşmeler yapıldıktan sonra Transfer Prosedürü'ne göre uygulanır.

5.21.23.Hemşire acil durumlarda CPR (Mavi Kod) Prosedürü'ne uygun olarak hareket eder ve organizasyonu sağlar.

5.21.24.Hemşire çalışma süresi içinde, kullanılan fiziksel ortamda bir arıza olduğunda; teknik hizmetler birimine arıza bildirim formu ile bildirir.

5.21.25.Yoğun Bakım hastalarının güvenliği, Hasta Güvenliği Prosedürü'ne göre sağlanır.

5.22. Yoğun Bakım Ünitesi Özellikleri:

5.22.1.Yoğun bakımda tüm yüzeyler, pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir ve dezenfekte edilebilir özelliktedir.

5.22.2.Yoğun bakım ünitesi 1 cerrahi ve dahiliye olmak üzere 2 yataklı 1. Basamak yoğun bakımdır. Yatan hastalar sürekli gözetim ve kolay izlenebilir şekilde yatak planlaması yapılmıştır.

5.22.3.Her yatak başında tıbbi gaz sitemine bağlı hasta başı paneli vardır.

5.22.4.Tüm prizler kesintisiz güç kaynağına bağlıdır. Prizlerin üzerinde UPS etiketi mevcuttur. Teknik servis tarafında UPS takip ve bakımları düzenli aralıklarla yapılmaktadır.

5.22.5.Hasta mahremiyetini sağlamak için fiziki düzenleme (perde) mevcuttur.

5.23.Yoğun bakımda belli periyotlarda gürültü ve ortam hijyeni ölçümleri yapılır. Ölçüm sonuçlarına göre gerekli iyileştirme yapılarak, yoğun bakım ünitesinde gürültü kontrolü yapılır.

5.24. Yoğun bakımda yatan ve ex olan hastalar için yoğun bakım mortalite oranları indikatör (gösterge) olarak takip edilir.

6. İLGİLİ DOKÜMANLAR

YBH.PR.02 Erişkin Yoğun Bakım Hasta Yatış Çıkış Kriterleri Prosedürü

ARŞ.PR.03 Hasta Kayıt Yatış Ve Taburculuk İşlemleri Prosedürü

ARŞ.PR.02 Hasta Dosyasının Tutulması ve Muhafazası Prosedürü

YBH.FR.05 Yoğun Bakım Hasta Takip Ve Tedavi Formu

KLN.FR.08 Konsültasyon İstek Formu

YBH.TL.05 Enteral Beslenme Talimatı

YBH.TL.06 Santral Katater Uygulama ve Bakım Talimatı

KLN.FR.14 Ağrı Değerlendirme Formu

YBH.TL.03 Kısıtlama Gerektiren Hastanın Bakım Talimatı

YBH.FR.02 Fiziksel ve Farmakolojik Yöntemle Hasta Kısıtlama ve Takip Formu

YBH.TL.07 Kan Gazı Alma Talimatı

ACL.PR.06 Hasta Transfer Prosedürü

KLN.TL.09 Aspirasyon Uygulama Talimatı

BİY.TL.03 Kan Kültürü Alma Talimatı

KLN.TL.08 Nazogastrik Sonda Uygulama Talimatı

ACL.PR.03 CPR (Mavi Kod) Prosedürü

ACL.FR.03 Hasta Transfer Formu

YÖN.PR.13 Hasta Güvenliği Prosedürü

ACL.PR.07 Hastanın Ölümü Halinde Uygulanacaklar Prosedürü

MORG.TL.01 Ex hazırlama talimatı

TSY.FR.04 Arıza Bildirim Formu

İND.FR.327 Bası Ülseri Bildirim Formu