

HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No	YÖN.PL.06
Yayın Tarihi	02.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	18.08.2016
Sayfa	8/1

Hazırlayan	İnceleyen	Onaylayan
Hasta Güvenliği Komitesi	Kalite Yönetim Direktörü	Başhekim

AMAÇ	UYGULAMA	TAKİP İNDİKATÖRLERİ	VERİLEN EĞİTİMLER
1.Hastanın doğru tanımlanması	Hasta kabulü yapılan her hastanın T.C kimlik numarası istenerek sisteme kaydı yapılır.		
	Hastaneye yatan her hastaya Adı soyadı, hasta kayıt no, doğum tarihi, T.C No, Cinsiyeti, yazıldığı barkodlu beyaz kol bandı takılır. Allerjik Olan hastalar için; beyaz kol bandı çıkarılarak kimlik bilgilerinin yazılı olduğu barkod yapıştırılmış kırmızı renkli kol bandı takılır. Aynı adı soyadı taşıyan hastalarda işlem yapılacaksa TC numarası kontrol edilir.		
	Gebe yatışlarında standart beyaz (barkodlu) kol bandı uygulaması yapılır. Doğum esnasında bebek ve anne güvenliği için; aynı seri numaralı (kız bebekler için pembe, erkek bebekler için mavi renkli) anne ve bebek bilekliği üzerine anne kimlik bilgilerinin bulunduğu barkod yapıştırılarak takılır. İkiz doğumlarda annede 2 kol bandı olur.	*Hatalı hizmet girişi *Hatalı kurum kabulü *Hatalı numune *Hatalı rapor *Hatalı istem *Yanlış hasta, yanlış tetkik, yanlış çekim, yapılmaması gereken çekim (hamile hastaya çekim yapılması)	1. Oryantasyon Eğitimi (Ory.Eğit.Rehberi) 2.Hasta Güvenliği 3.Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyeti 4.Beden Dili Ve İletişim 5.Numunelerin alınması ve laboratuvara gönderilmesi
	Hastaya ilaç, kan ve kan ürünleri vermeden önce, hastadan kan örneği almadan, herhangi bir girişim yapmadan önce <u>üç farklı doğrulama yöntemi</u> ile-hasta kol bandından ve dosyasından ve hastaya ya da refakatçisine sorularak kimlik doğrulaması yapılır. Numune alınmadan önce barkod basılır ve alımdan hemen sonra hastanın yanından ayrılmadan önce mutlaka tüpe barkod yapıştırılır.		
	Bebeklerde ayrıca Yatak Baş Kartından doğrulaması teyit edilir.		
	Laboratuvara gönderilen numunelerde barkod etiketi basılarak numune üzerine yapıştırılır.		
	Hasta oda numarası hasta tanılmasında ve doğrulamasında kullanılmaz.		

HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No	YÖN.PL.06
Yayın Tarihi	02.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	18.08.2016
Sayfa	8/2

AMAÇ	UYGULAMA	TAKİP İNDİKATÖRLERİ	VERİLEN EĞİTİMLER
1A. Hasta bilgilerinin güvenliği	Kullanım dışı dosyalar güvenli bir şekilde kurum arşivinde saklanır.		1.Hasta hakları ve hasta güvenliği
	Hasta bilgilerine ulaşım kurum çalışanları tarafından yetkilendirildikleri ölçüde HBYS üzerinden şifre ile sağlanmaktadır.		
	Hasta kimliği ve sağlık bilgileri genel alanlarda diğer şahısların duyacağı şekilde açıklanmaz.		
	Hasta dosyaları polikliniklerde ve yatan hasta servislerinde bankolar üzerinde bırakılmaz.		
	Hasta ile ilgili bilgi verme yetkisi sadece hastanın primer hekimine aittir. Bilgi sadece hastanın kendisine ve hastanın belirleyeceği yasal temsilcisine verilir.		
	Hasta ile ilgili yapılan işlem ve müdahalelerde eğer basın açıklaması gerekiyor ise hastadan yazılı izin alınır.		
	Hasta ex ise birinci derecede yakınlarının izni olmadan hiç kimseye bilgi verilmez.		
1B.Güvenli kan ve kan ürünleri transfüzyonu	Kan transfüzyonu uygulanacak hastadan kan örneği alınırken hastanın kimlik bilgileri dosyasından, kol bandından ve kendine sorularak teyid edilir ve numunenin üzerine barkod hasta odasında yapıştırılır.		*Transfüzyon reaksiyonları *Kan ve kan ürünlerinin kullanımı *Boş kan torbalarının geri dönüş oranı *Beklenmedik olay *İmha edilen kan ürünü oranı
	Laboratuvardan gelen kan ve kan ürünleri cross-mach formu ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir. Transfüzyonun İlk 15 dk sağlık çalışanı hasta yanında bulunur.		
	Rengi koyulaşmış, plazma sıvı kısmı bulanık veya hemolizli görünen kanlar asla kullanılmaz.		
	Tam kan 1-4 saatte, trombosit süspansiyonu 15-20 dk, fibrinojen 15 dk sürede verilir.		
	Bel ve sırtta ağrı, ateş, anafilaksi, ürtiker kaşıntı, kalp yetmezliği ve solunum sıkıntısı gibi kan reaksiyonu bulguları gözleendiğinde transfüzyon durdurulur.		
	Kan ve kan ürünleri bekletilmeden transfüzyonu sağlanır.		

HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No	YÖN.PL.06
Yayın Tarihi	02.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	18.08.2016
Sayfa	8/3

AMAÇ	UYGULAMA	TAKİP İNDİKATÖRLERİ	VERİLEN EĞİTİMLER
2.Etkili iletişimin geliştirilmesi	Sözlü ve ya Telefonla doktor istemleri Sözlü Order talimatı doğrultusunda yapılmaktadır.		1.Hasta Güvenliği 2.Beden Dili ve İletişim 3. Hasta Eğitimi
	Acil Laboratuvar sonuçlarının bildirilmesi de aynı şekilde Laboratuvar HBYS aracılığı ile sağlanmaktadır. Acil bildirilmesi gereken test sonuçları için primer hekim telefon ile uyarılır.		
	Radyolojik tetkiklerde çekim görüntüleri hasta veya personel tarafından hekime iletilmektedir. Acil bildirilmesi gereken çekimler için hekimler telefonla uyarılır.		
	Hastanemizde İlaç Uygulamalarında Kullanılmaması Gereken Kısaltmalar Listesi'nde belirtilen şekilde ilaç adları yazılır.		
	Her tür transfer ve devir hasta dosyası üzerinden transfer formları ve devir notlarıyla sağlanmaktadır.		
	Taburculuk esnasında hastaları taburculuk eğitimi ve taburculuk yönergesi verilerek evdeki bakım ve tedavisinin uygun olarak devam ettiği ve olası bir komplikasyonda ulaşabileceği iletişim bilgileri hastaya verilir.		
	Vizitlere hasta ve ailesinin katılımı sağlanır. Tüm vizitler hastanın hekimi ve sağlık çalışanı ile gerçekleştirilir.		
	Hasta devir teslimi hasta dosyası üzerinden ve sonrasında hasta odasında birebir yapılmaktadır. Hasta ile ilgili tüm uygulama değişim ve notlar gözlem notları aracılığı ile disiplinler arasında iletilmektedir.		
3.Yüksek Riskli ilaçların kullanım güvenliğinin sağlanması	İlaç uygulamaları esnasında hasta ilacını yutana kadar yanında kalınır. Uygulama sorumluluğu hasta ve ailesine verilmez.		1.İlaç Bilgisi 2.Güvenli İlaç Uygulama Süreci 3.Hasta Güvenliği 4. Narkotik ilaç kullanımı, takibi, devir ve teslimi 4. Oryantasyon Eğitimleri (Ory. Eğit. Rehb.)
	Yüksek riskli ilaçlar <u>kırmızı renkli etiket</u> ile etiketlenerek birime gönderilirler.	*Hatalı ilaç uygulama oranı *Hizmet alanlarına giden yanlış ilaç sayısı * *Besin -ilaç etkileşimi *Taburcu öncesi hasta eğitimi	
	Risk grubunda yer alan tüm hastaların refakat zorunluluğu bulunmaktadır.		
	Yüksek riskli ilaçlar ayrı raflarda ve isim benzerliği olanlar yan yana bulundurulmayacak şekilde saklanır		
	Yüksek riskli ilaçlar sadece belirlenmiş servislerde ve miktarlarda acil arabalarında bulundurulur, hasta adına günlük doz olarak istek yapılır.		
	Görünüşü ve okunuşu benzer ilaçların kullanımına dikkat edilmesi için oluşturulmuş listeler vardır ve bununla ilgili eğitimler yapılmaktadır.		

HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No	YÖN.PL.06
Yayın Tarihi	02.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	18.08.2016
Sayfa	8/4

3.Yüksek Riskli ilaçların kullanım güvenliğinin sağlanması

Narkotik ve Psikotrop ilaçların uygulama ve kayıtları iki hemşire tarafından doğrulanarak yapılır. Narkotik/psikotrop ilaçların orderi HBYS üzerinden hasta adına istem yapılır. Uygulama ise Narkotik ve Psikotrop ilaç Takip Formuna hastanın Doktoru tarafından onaylandıktan sonra yapılır.

Ex hastalara ait narkotik ve psikotrop ilaçlar hasta yakınına iade edilmez, Eczaneye teslim edilir.

Hastanın yanında getirdiği ilaçlar teslim alınır. Doktorunun onayı ile ilaç uygulanır.

Hasta odasında ilaç, boş veya dolu kullanılmayan serum şişesi bulundurulmaz.

İnfüzyonlarda infüzyon etiketi yapıştırılır.

Nöbet teslimlerinde IV infüzyon giden hastalar, infüzyon sınırları kontrol edilerek teslim alınırlar.

Hasta başında, medikal ekipman ve malzeme bırakılmaz.

İlaç besin ve ilaç ilaç etkileşimleri takip edilerek uygunsuz kullanımlar engellenir.

Servislerde/ Ünitelerde adı, ambalajı birbirine benzeyen ve pediatrik dozdaki ilaçlar ayrı raflarda depolanır. Bu ilaçlar yan yana bulundurulmaz.

İlaçların tekrar kontrolünün, doğruluğunun ve eksiksiz olmasının sağlanması için Sorumlu Hemşire ve hemşireler tarafından sürekli olarak kontrol edilir ve İlaç-ilaç, ilaç besin etkileşim listesi kullanılır.

İstemi yapılan ilaçların eczacı tarafından onaylanması sonrasında, yatan hastalar için bazlı hazırlanır. HBYS' den alınan döküm ile ilgili birim personeline teslim edilir.

İlaç verme sürecinde yaşanan sorunlarda " Güvenli Raporlama Sistemi " ile bildirim yapılır veya formu doldurularak Kalite Birimine teslim edilir.

HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No	YÖN.PL.06
Yayın Tarihi	02.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	18.08.2016
Sayfa	8/5

AMAÇ	UYGULAMA	TAKİP İNDİKATÖRLERİ	VERİLEN EĞİTİMLER
4.Yanlış alan yanlış hasta yanlış işlemin eliminasyonu	Katta hastanın hekimi ve hemşiresi hastanın tanımlanmasını, cerrahi işlemin bilgilendirilmiş onamının alınmasını ve cerrahi bölgenin işaretlenmesini vücut ve form üzerinde yapar, radyolojik görüntüleme verileri ile doğrular	*Yanlış kişi, yanlış ameliyat, yanlış taraf *Hatalı numune	1.Hasta Güvenliği 2. Oryantasyon Eğitimleri (Ory. Eğit. Rehb.)
	Radyolojik çekimlerde grafi üzerinde sağ ve sol ayırımına dikkat edilir ve hasta kimlik bilgileri ile grafi bilgileri karşılaştırması yapılır		
	Anestezi uzmanı radyolojik raporlar, tetkikler, onam, primer hekimin notu, işaretin görünmesi ve anestezi onamının alınmasıyla bir önceki adımı doğrular,		
	Ameliyathaneye hastanın teslimi esnasında hemşire ve anestezi teknisyeni tarafından hastanın cerrahi taraf doğrulamasının başlatıldığı, preoperatif hazırlıklarının yapıldığının kontrol listesi, tüm preoperatif yapılmış tetkikleri teslim edilir ve kimlik bilgilerinin teyidi Dosyası, kimlik bilekliği ve Hasta ile doğrulanır. Preoperatif tetkiklerinin yapılmış ve hasta hazırlığının tamamlanmış olduğunun teyidi yapılır.		
	Tüm cerrahi işlemler öncesinde Ameliyat Odası Kontrol formu ile ameliyat listesinden kontrol edilen ameliyatın türüne göre gerekli cihaz alet malzeme ve ekipmanın varlığı kontrol edilir. 5 dakika mola (time out) sürecinde tüm ameliyat ekibi (primer cerrahi, anestezi ekibi, anestezi teknisyeni ve ameliyathane hemşiresi) hastayı tanımlar ve doğru hasta, doğru alan, doğru taraf, doğru işlem ve doğru görüntüyü sorgular Preoperatif doktor ve anestezi notu teyid edilir ve onaylanır		
5.Sağlık bakımında enfeksiyon riskinin azaltılması	Antibiyotik kullanımında EHU/AB kapsamında yer alan antibiyotikler enfeksiyon hastalıkları uzmanının onayı olmadan kullanılamazlar.	*Cerrahi alan enfek. hızı *IV tromboflebit oranı *Santral venöz katetere bağlı bakteriemi oranı *Ventilatör ilişkili pnömoni hızı *Üriner kateter ilişkili üriner sistem enfeksiyon hızı *Bası yarası gelişen hasta oranı	1. Antibiyotik kullanım ve profilaksi eğitimleri 2. El hijyen 3. Enfeksiyon eğitimleri 4.Oryantasyon Eğitimlerinde (Ory. Eğit. Rehb.)
	EHU/A72 kapsamında yer alan antibiyotikler 72 saat süresince kullanılabilirler. 72 saat sonrası için enfeksiyon hastalıkları uzmanının onayı ve kültür antibiyogram sonucunun görülmesini gerektirir.		
	Tüm hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı ve analizi yapılır.		
	Bölgümlere göre aylık hastane enfeksiyon oranları ve hızları izlenir.		
	Hastanemizde Genel Enfeksiyon Kontrol için tüm personele temel enfeksiyon bilgisi ve el yıkama eldiven kullanma ilkeleri anlatılır. Hastanenin tüm lavabolarına el yıkama tekniğine yönelik broşürler asılır.		
	Enfeksiyonun ortaya çıkışını ve yayılım şekli araştırarak enfeksiyon kontrol çalışmaları yapılmaktadır.		
	İzolasyon ve enfeksiyon kontrol prosedürleri uygulanmaktadır.		
	Koruyucu sağlık hizmetleri kapsamında tüm sağlık personeli taraması yapılmakta ve koruyucu aşı uygulaması yapılmaktadır.		

AMAÇ	UYGULAMA	TAKİP İNDİKATÖRLERİ	VERİLEN EĞİTİMLER
5A. Hastanın Hastane içi ve dışından gelecek tehlike ve suç unsurlarına karşı güvenliği	Hasta için oluşturulmuş özel güvenlik önlemleri hakkında hastaya bakım veren tüm ekip bilgilendirilir	*Kurumda meydana gelen olay sayısı	1.Beden Dili ve İletişim 2. Oryantasyon Eğit. (Ory. Eğit. Rehb.) 3.Hasta Güvenliği 5.Hasta ve yakını eğitimi 6.Hasta Hakları ve Hasta Memnuniyeti 7.Yangın Söndürme (Uygulamalı Tatbikat) 8. Tesis Tanıtımı (Güncel Kurum Bilgi Rehberi) 9. Acil Durum Tatbikatları (Uygulamalı Eğitim)
	Doğum için gelen annelere bebek güvenliği ile ilgili olarak bebek güvenliği eğitimi verilir.		
	Hastaların değerli eşyaları hasta yakını yok ise "Hasta Eşyaları Teslim Talimatı"na göre teslim alınıp saklanır.		
	Hasta ve yakınları aldıkları hizmetler hakkında şikayette bulunursa; şikayetleri yazılı olarak alınıp Hasta İlişkileri Sorumlusu tarafından ve ilgili birim amiri ile birlikte çözümlenerek hastaya geri dönlür.		
	Hastanemizde yangına karşı güvenlik tedbirleri alınmış ve tatbikatları yapılmıştır. Tüm hasta odalarında acil çıkış kat planları bulunmaktadır. Yatan hasta ve yakınlarına acil çıkış ile ilgili eğitim verilmektedir.		
Oksijen tüpleri park araçlarında tutulmakta, oksijen uygulaması merkezi sistemden uygulanmaktadır. Ameliyathanede uyarı panel sistemi bulunmaktadır.			
6. Hasta Düşme riskinin azaltılması için güvenlik tedbirleri	Tüm hastalarımıza düşme risk analizi uygulanmakta ve bakımları buna göre yapılmaktadır ve Düşme Riski Değerlendirme ve Bakım Prosedürü doğrultusunda hareket edilir.	Hastaların tedavi yatağından düşmesi *Düşen hasta oranı *Pembe Kod tatbikat başarısı *Acil Eylem plan tatbikatı *Beklenmedik olay	1.Hasta Güvenliği 2.Uygulamalı Hasta Taşıma ve Kaldırma
	Hasta yatağı en düşük seviyede tutulur. Hasta içinde ve park halinde iken; hasta yatağı, sedye, tekerlekli sandalye frenlenir.		
	Kısıtlama altında olan hastaların bakımı <u>Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakımı Prosedürü</u> 'ne gerçekleştirilir. Risk grubunda tanımlanan hastaların yatak kenarları kaldırılır. Yataklar tüm hastalarda en alt seviyede tutulur. Yataklar tekerlekli sandalyeler ve sedyeler hareket halinde değil iken frenli durur.		
Risk grubunda yer alan tüm hastaların refakat zorunluluğu bulunmaktadır. Yanlarında refakatçi bulunduramayacak risk grubundaki hastalar özel hemşire tutması yönünde yönlendirilir. Maddi olarak bunu karşılayacak durumda olamayacaklar için kurum tarafından yönlendirilen bir personel yardımcı olur.			

HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No	YÖN.PL.06
Yayın Tarihi	02.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	18.08.2016
Sayfa	8/7

6. Hasta Düşme Riskinin Azaltılması İçin Güvenlik Tedbirleri	Hasta Transferi esnasında hastanın durumuna ve hastalığının durumuna ve tanısına uygun olarak Hasta Transfer Prosedüründe belirtilen kriterlere göre ve bir hemşire eşliğinde transferi sağlanır.		
	Hasta Mobilizasyonu esnasında yalnız bırakılmaz Hemşire ya da Yardımcı personeli refakatinde mobilizasyon sağlanır.		
	Transfer esnasında Hastaya takılı kateter, tüp ve cihazların tespitinin güvenliği kontrol edilir.		
	Birden fazla hasta aynı ekip tarafından aynı anda taşınmaz.		
	Bilinçsiz yarı bilinçli, yatıştırıcı ve narkotik ilaç alanlar nöbet geçiren hastalarda yatak kenarları kaldırılır.		
	Kullanılmayan ekipman hasta odasında bulundurulmaz. Oda dizaynı hasta güvenliğine göre planlanır.		
	Zeminin ıslak olduğuna dair levhalar konulur.		
	Çocuk ve bebek güvenliği için Pembe Kod sistemi, yetişkin hasta için Mavi kod sistemi oluşturulmuştur.		
	Hasta odalarında hemşire çağrı sistemi, tuvalet ve banyolarda acil çağrı sistemi oluşturulmuştur.		
	Özel alanlara ve çocuk güvenliği açısından risk teşkil edilecek alanlara girişler kontrollü olarak sağlanmaktadır.		
Hasta odasında delici kesici aletler bulundurulmaz.			
Tüm katlarda medikal tedavi odalarının kapıları, ve ilaç dolapları kapalı tutulmaktadır.			
7. Radyoloji tetkik ve çekimlerinin güvenliği	Doğru hastaya, doğru tetkikin, doğru yöntemle uygulanabilmesi için hastanın kimlik bilgileri dosyasından, istek formundan, kol bandından ve hastaya sorularak doğrulanır.	*Yanlış hasta, yanlış tetkik, yanlış çekim, yapılmaması gereken çekim (hamile hastaya çekim yapılması) *Radyolojik işlemler sonrası gelişen komplikasyonlar	1.Hasta Güvenliği 2.Radyoloji Bölümünde Çalışanlara Yönelik Hizmet içi Eğitimler. 3.Radyasyon Güvenliği Rehberi 4.Oryantasyon Eğitimi (Ory. Eğit. Rehb.)
	X-RAY çekimlerinin tamamında (İVP, Skopi, BT, Direkt film) bayan hastaların hamilelik sorgulaması yapılır.		
	Bebek ve çocuk hastaların radyasyon güvenliği ve korunması sağlanır.(Örn: bayanlarda overlerin, erkeklerde gonadların korunması)		
	Radyolojik tetkiklerde kullanılacak kontrast maddeler için hastanın allerji öyküsü sorgulanır.		

HASTA GÜVENLİĞİ PLANI

Doküman No	YÖN.PL.06
Yayın Tarihi	02.01.2010
Rev.No	01
Rev.Tarihi	18.08.2016
Sayfa	8/8

AMAÇ	UYGULAMA	TAKİP İNDİKATÖRLERİ	VERİLEN EĞİTİMLER
8. Kullanılan cihazların güvenliği	İnfüzyon pump ve perfüzörlerinin periyodik bakım ve kalibrasyonları yapılır.	*Cihazların planlanan bakımlarının gerçekleşmesi *Cihazların planlanan kalibrasyonlarının gerçekleşmesi *Teknik arızaları giderme süresi	1.Tıbbi Cihazların Bakımı ve Kullanımı 2.Hasta Güvenliği 3.Hasta Kaldırma ve Taşıma
	Kurumda kullanılan tüm infüzyon pompalarının ve PCA'ların free-flow (serbest akışa) yönelik korumaya sahip olması sağlanır ve bundan emin olunur. PCA takılı hastalar, anestezi teknisyenleri tarafında PCA takip formu ile takip edilir.		
	Tüm cihazların yıllık periyodik bakım planları oluşturulmuş ve uygulanmaktadır. Kalibrasyon ihtiyacı olan cihazlar belirlenmiş ve kalibrasyonları sağlanmıştır.		
	Glukometre cihazı kullanılırken cihaz yere düşerse, hatalı ölçüm yapılmaması için hastadan alınan numune laboratuvara gönderilir, cihaz kullanılmaz teknik servise bakım için gönderilir.		
9.Tedavi ve bakım hizmet güvenliği	İşe alım aşamasında ve belirli aralıklarla sağlık çalışanlarının yetkinlikleri değerlendirilmektedir.	Hasta tedavi uygulamaları ve takip formları	1.Hasta Güvenliği 2.Beden Dili ve İletişim 3.Hasta Eğitimi
	Hastalar ve yakınlarına servise ilk yattığı andan itibaren eğitim verilir.		
	Tüm hastalar bası yarası açısından risk analizi yapılmakta ve bakımları planlanmaktadır.		
	Mavi Kod ekibi ve çocuk mavi kod ekibi kurulmuş, bununla ilgili tatbikat yapılmıştır.		
	Sıcak ve soğuk uygulamalarda işlem öncesi ölçüm yapılarak uygulama gerçekleştirilir.		