



YAKIN DOĞU ÜNİVERSİTESİ
HASTANESİ

TEMOS DENETİMİ HAZIRLIK KİTAPÇIĞI



Vizyonumuz, Misyonumuz Ve Kalite Politikamız

Vizyonumuz

Verdiği hizmet kalitesi ve bilimsel çalışmalarıyla yalnız ulusal değil uluslararası alanda da, sadece tercih edilen değil aranılan bir hastane olmak.

Misyonumuz

Yakın Doğu Üniversitesi Hastanesi olarak;

Kuzey Kıbrıs Türk Cumhuriyeti'nin sağlık alanındaki dışa bağımlılığını ortadan kaldıran, hasta gereksinimi ve beklentilerine uygun şekilde, seçkin kadrosuyla uluslararası standartta sağlık hizmeti veren ve tıp alanında donanımlı bilim insanlarının yetiştirilmesine katkıda bulunan bir kurumuz.

Değerlerimiz

Toplum sağlığına önem veriyoruz.

Hasta güvenliğine öncelik veriyoruz.

Gelişen teknolojileri takip ederek sağlık hizmetlerinin kalitesini artırmayı destekliyoruz.

Kişiyi özel tanı ve tedavilerle sağlık hizmeti veriyoruz.

Tüm uygulamalarımızı etik kurallar çerçevesinde sürdürüyoruz.

1.BÖLÜM : TEMOS AKREDİTASYON HAKKINDA FAYDALI BİLGİLER

TEMOS Kimdir?

TEMOS, 2010 yılında Almanya’da kurulmuştur. Ülkelerin sağlık bakım kalitelerini uluslararası standartlar ve uluslararası hasta güvenliği hedefleri ile denetleyen kar amacı gütmeyen gönüllü bir kuruluştur.

Akreditasyon Nedir?

Akreditasyon, Latince bir kelime olan ve itibar etmek, güvenmek anlamına gelen ‘accreditus’tan menşei almıştır, yani akredite olmak güven duyulmak, itibarlı olmak anlamına gelmektedir.

TEMOS Akreditasyonu Nedir?

Hastanelerin gönüllü olarak başvurdukları; uluslararası sağlık ve yönetim standartlarını gerçekleştirmiş olmaları halinde kendilerine verilen ve hastanenin bu standartlarda hizmet verdiğini gösteren bir uyum belgesidir.

TEMOS Akreditasyonun Amacı Nedir?

- Tıbbi ve tıbbi olmayan hizmetlerin kalitesini tarafsız bir şekilde değerlendirmek
- İyileştirme potansiyelini belirlemek
- Tıbbi kaliteyi ve tıbbi hizmet kalitesini optimize etmek
- Sürekli bakımı sağlamak

TEMOS Akreditasyonun Faydaları Nelerdir?

- Sürekli iyileştirmeyi sağlamak
- Verilen kaliteli bakımı kanıtlamak
- Toplumun güvenini kazanmak
- Riskleri ve ilgili maliyetleri azaltmak
- Kanun ve yönetmeliklere uygunluğu sağlamak
- Standartlar konusunda eğitim sağlamak
- Kalite iyileştirme için personelin lider olmasını sağlamak
- İş tatmininin artmasını sağlamak
- Kuruluşun, kendini değerlendirmesini sağlamak
- Diğer benzer kuruluşlarla mukayese imkanı sağlamak

TEMOS Akreditasyon Standartları Nelerdir?

TEMOS standartları hastaneyi bütün olarak ele alır. 4 ana, 19 alt bölümden oluşmaktadır.

TEMOS AKREDİTASYON STANDARTLARI

Hasta Odaklı Klinik ve Klinik Olmayan Hizmetler, İletişim ve Kültürel Hassasiyet	Kuruluş Yönetimi ve İdaresi
1. Tıbbi Hizmetler (MSE)	1. Yönetişim, Yönetim ve Liderlik (GML)
2. Hemşirelik ve Ebe Hizmetleri (NMS)	2. Komiteler (COM)
3. Tanısal, Laboratuvar ve Görüntüleme Hizmetleri (DLIS)	3. İnsan Kaynakları ve Eğitim Yönetimi (HRET)
4. Hasta Kan Yönetimi ve Kan Bankası (PBM)	4. UHY Hukuki Yönler (LAIP)
5. Uluslararası Düzeyde Faturalama ve Muhasebe (BAI)	
6. Dokümantasyon, Taburcu ve Takip (DDF)	
7. Uluslararası Hasta Yönetimi (IPM)	

TEMOS AKREDİTASYON STANDARTLARI

Kalite Yönetimi, Sonucu, Etik ve Sürdürülebilirlik	Güvenlik Tehlikeleri, Altyapı, Tesisler ve Destek
1. Kalite Yönetimi ve Sistem Doğrulaması (QMSW)	1. Uluslararası Hasta Güvenliği Hedefleri(IPSG)
2. Sonuç, Etkililik ve Kalite İyileştirilmesi(OEI)	2. Enfeksiyon Kontrolü, Hijyen ve Önleme (IHP)
3. UHY Etik Açılar (EAIP)	3. Tesis Hizmetleri, Altyapı ve Güvenlik (FSIS)
4. Sağlık Hizmeti Ortamlarında Sürdürülebilirlik (SHS)	4. Destek ve Yardımcı Hizmetler (SAS)

TEMOS Denetçileri Nasıl Denetim Yapacak?

Denetçiler herhangi bir çalışana soru sorabilirler; hekimler, hemşireler, yöneticiler, temizlik personeli, güvenlik personeli, teknik elemanlar, tedarikçi firma çalışanları ve diğer çalışanlar. Göreviniz ne olursa olsun günlük işinize uygun olan soruları cevaplamak üzere hazır olmanız gerekmektedir. Denetçiler bazen hasta ve hasta yakınları ile de görüşmek isteyebilir. Eğer denetçi hasta ile görüşmek isterse, hasta odasına girmeden önce hastadan izin alın ve odaya girerken refakat edin. Denetçinin sorularına yardım gerekmedikçe müdahale etmeyin.

Tracer Metodolojisi Nedir?

Tracer, TEMOS ekibinin yapacağı denetim yönteminin adıdır. Tracer denetimi hasta dosyasının ve sistemin izlenmesi ile gerçekleştirilir. Denetim süresince ekibin ne zaman hangi bölümde olacağı belli değildir.

Örneğin acile gelen bir hasta, ameliyata alındı, ameliyathaneden yoğun bakıma ardından servise transfer edildi. Denetim ekibi, hastanın dosyası ile birlikte tüm bu alanları (*acil, ameliyathane, yoğun bakım, yatan hasta servisi*) ziyaret eder. Alan denetimi ile birlikte dosya kontrolü de yapar. Bir denetimde ortalama 10-14 arası dosya incelenir.

Tracer metodolojisi ile gerçekleştirilen denetimde, her kademedeki çalışan (Temizlik Personeli, Yemekçi, Yardımcı Sağlık Personeli, Hekim, Hemşire, Güvenlik, Porter vb.) hasta güvenliği ve bakımı ile ilgili soruları cevaplamak üzere denetlenir.

Denetim esnasında;

- Göreviniz ne olursa olsun günlük işinize uygun soruları cevaplamak üzere hazırlıklı olun.
- Görüşme sadece çalışanları kapsamaz; denetçi hasta veya hasta yakınları ile görüşme yapmak isteyebilir. Eğer denetçi hasta ve hasta yakınları ile görüşme yapmak isterse denetçiye refakat edin ve direkt size bir şey sorulmadıkça cevap vermeyin. Size bir şey sorulması durumunda da sadece sorulan soruya cevap verin.

Soruları cevaplayamazsam ne olur?

Denetim sırasında heyecandan cevabını unuttuğunuz ya da gerçekten bilmediğiniz bir soru olursa paniklemeyin. Önemli olan sorunun cevabını nasıl bulacağınızdır. Dürüst olun. Denetçiye cevabı bilmediğinizi, fakat cevabı kimin bildiğini ya da hangi dokümandan bulabileceğinizi söyleyebilirsiniz. Yakınıınızda bilgisayar var ise LİNK üzerinden dokümanı açarak ya da veri içerikli ise sizlere tanımlı olan ortak alandaki klasörlerden gösterebilirsiniz.

Sorular nasıl cevaplanmalı?

Denetçiler ile görüşürken sakın olmaya çalışın, gülümseyin, derin bir nefes alın ve aceleci olmayın.

- Soru sorulduğunda tercümana değil, denetçiye bakın.
- Sorulara sadece Türkçe cevap verin. İngilizce kesinlikle konuşmayın.
- Denetçinin sorduğu soruyu İngilizce anlasanız bile tercümanın çevirmesini bekleyin, bu hem yanlış anlamaları önleyecektir, hem de sizin düşünmeniz ve cevabı hazırlamanız için zaman kazandıracaktır.
- Tüm görüşme sırasında sadece denetçi ile temasta bulunun.
- Tercümanlar ile size sorulan soru dışında konuşmayın.
- Aynı anda birden fazla kişi ile konuşmayın.
- Size sorulan sorunun cevabı eğer uzunsa, arada tercümanın denetçiye çevirmesi için zaman ayırın.
- Size soru sorulurken, denetçi ile aranızda tercüman veya başka bir kişi olmasın.

- Denetçi ile veya kendi aranızda asla tartışmayın.
- Denetçiler sizin görev aldığınız bölüme geldiğinde, size sorulan soruyu anlamıyorsanız lütfen tekrarlamasını isteyiniz.
- Size sorulan soru hakkında bir bilginiz yok ise dürüstçe bilmediğinizi söyleyin, sadece birşeyler söylemek için cevap vermeyin. Denetçiler denetim boyunca diğer çalışanlara da aynı soruyu sorabilir ve cevaplar arasında tutarlılığa bakacaklardır.
- Soru doğrudan sizin yapmaktan sorumlu olduğunuz bir iş ile ilgili değil ise soruyu cevaplayacak başka bir ekip arkadaşınıza yönlendirin. Sadece size sorulan sorulara kısa ve öz cevap verin.
- Denetim sırasında sizden bir uygulamayı nasıl yaptığınızı göstermeniz istenebilir. Bu durumda paniğe kapılmadan prosedürde nasıl geçiyorsa öyle yapın. (Prosedürlere önceden göz atın). *Örneğin;* Bir ilaç uygulaması öncesi kimlik doğrulamayı mutlaka yapmanız gerekiyor.
- Eğer denetçi evet/hayır sorusu sorarsa, sadece “Evet/Hayır” cevabı verin. Denetçi sormadan konunun detayına girmeyin.
- Denetim sırasında tedavi ve bakımlarınızı asla aksatmayın.
- Denetçiler bölümünüzde bulunduğu süreçte denetimi takip etmeye çalışın. Ekip arkadaşlarınıza sorulan soruları ve onların cevaplarını dinleyin. Bu şekilde size sorulan soruların nedenini ve öncesinde konuşulanları bilebilirsiniz.

ULUSLARARASI HASTA GÜVENLİĞİ HEDEFLERİ (IPSG)

IPSG.1 Hasta Kimliğinin Doğru Şekilde Belirlenmesi

IPSG.2 Etkili İletişimin İyileştirilmesi

IPSG.3 Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi

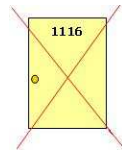
IPSG.4 Doğru Taraf, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması

IPSG.5 Sağlık Bakımıyla İlişkili (Nozokomiyal) Enfeksiyon Riskinin Azaltılması

IPSG.6 Hastaların Düşme Olayları Sonucu Zarar Görme Riskinin Azaltılması

HEDEF 1: Hasta Kimliğinin Doğru Şekilde Belirlenmesi

- Hasta tanımlanmasında oda numarası kesinlikle kullanılmaz.
- Kimlik doğrulamasında en az üç kimlik belirleyici kullanılır.
 - o Hasta adı soyadı
 - o Hasta numarası
 - o Doğum Tarihi (gün/ay/yıl)



Kimlik doğrulaması ne zaman yapılır?

- Hasta kayıt kabulü
- Vital bulgu takibi
- İlaç uygulaması

- Kan/kan ürünü kullanımı
- Tetkik (Hastadan numune alınması öncesi, radyolojik ve diğer tetkikler öncesi)
- Tıbbi ve cerrahi girişimler öncesi
- İnvaziv girişimler öncesi
- Hasta transferi
- Diyet ve beslenme öncesi

Kimlik bileklerindeki renkler neyi ifade eder?

- **Beyaz Kol Bandı** : Tüm Yatan Ve Günübirlik Hastalarda
- **Pembe Kol Bandı** : Doğum Yapan Anne Ve Bebeğine (Kız)
- **Mavi Kol Bandı** : Doğum Yapan Anne Ve Bebeğine (Erkek)
- **Kırmızı Kol Bandı** : Allerjisi Olan Hastalara Beyaz Kol Bandı Çıkarılarak Takılır.



HEDEF 2: Etkili İletişimin İyileştirilmesi

Sözel order nasıl alınır?

Hekimin yazılı istem yapmadığı (steril girişimler sırasında, hekimin hastanede olmadığı veya acil durum/mavi kod) durumlarda, sözel / telefon istem kabul edilebilir. Sözel / telefonla order alınacak hasta için **ad/soyadı, hasta numarası, doğum tarihi (gün/ay/yıl)** ve tanı belirtilerek karşılıklı aynı hastadan bahsedildiği teyit edilir. Hasta kimlik bilgileri ve hekimden alınan ilaç istemi, hekime aynen sesli **GERİ OKUMA** yaparak doğruluğu teyit ettirilir ve hekim onay verir.

Hemşire sözel/telefon istemini HBYS üzerinden Sözel order'a kaydeder. Sözel order en geç 24 saat içinde hekime onaylatılır. Hastadan sorumlu hekime ulaşamadığı özel durumlarda acil hekiminden yardım istenebilir. Elektronik orderda hemşire en fazla 3 kalem ilaç order edebilir, hekim bu 3 kalemi onayladıktan sonra hemşire tekrar bir 3 kalem order alabilir.

Ameliyathanede de sözel order yazılarak mı alınır?

Ameliyathane, acildeki acil müdahale ortamı, yoğun bakım ünitesi veya mavi kod gibi geri okuma imkanı bulunmayan durumlarda; sözel orderı hemşire uygulamadan önce ilacın adını, dozunu ve uygulama yolunu söyleyerek teyit alır ve ardından uygular.

Ameliyathane hemşireleri steril masaya ilaç alırken cerraha sorarak teyit eder, scrup ve sirküle hemşire ilaç flakon/şişesi üzerindeki ismini açmadan karşılıklı kontrol ederler ve steril enjektör ile masaya alınırlar.

Tanı testlerinde kritik (panik) değer neyi ifade eder?

Kritik (Panik) Değer; Test sonuçlarının, hastayı yaşamsal açıdan tehdit edecek düzeyde düşük veya yüksek olarak bulunmasıdır. Hekim tarafından derhal tedavi veya müdahale gerektiren potansiyel tehlikeli bir durumu ifade eden sonuçlardır. *(Bknz.Tanı Testlerine Ait Kritik (Panik) Sonuçlar Prosedürü)*

Test sonucunun kritik (panik) değer olması durumunda nasıl bir yol izlenir?

Kritik (panik) sonuç, testi yapan hekim/teknisyen tarafından, primer hekime hemen bilgi verilmesini ve raporlamanın yapılmasını gerektirir.

Laboratuvar test sonuçları kritik (panik) değer bildirimi nasıl olur?

Laboratuvar testleri için kritik sınırlar belirlenmiş olup Nucleusda **“Kritik (Panik) Değer Listesi”** bulunmaktadır. Test sonucu kritik (panik) değer ise test ekranında laboratuvar personeli tarafından dikkate çekmek amaçlı **“koyu renk”** olarak farklı görünür.

Kritik (panik) sonuçlar hastanın hekimine telefon ile hemen bildirilir, hekime ulaşılamazsa ikinci seçenek olarak hastanın hemşiresine bildirilir ve hekime iletmesi istenir. Sonuç doktora/hemşireye bildirildiğinde bilgiyi alan kişiden, alıp yazılı hale getirdiği bu bilgiyi tekrarlaması **(geri okuması)** istenir ve bilginin doğru aktarıldığı teyit edilir. NUCLEUS üzerinden **“kritik değer bildirim uyarısı”** alanı sol tıklanarak açılan **“Kritik (panik) Değer Bildirim Formu”**na bilginin aktarıldığı kişinin adı-soyadı ve bildirim saati kaydedilir.

Laboratuvar dışı alanlarda (radyoloji, nükleer tıp, anjiyo, efor, eko, mikrobiyoloji, patoloji) yapılan testler için “kritik (panik) değer” bildimi yapılır mı?

Evet. **Radyoloji, nükleer tıp, anjiyo, efor, eko, mikrobiyoloji, patoloji** laboratuvarı alanlarında yapılan test sonuçlarında kritik (panik) değer tespit edilirse önce hastanın hekimine telefonla geri okuma yapılarak bildirim yapılır ardından **“Tanı Testleri Kritik Sonuç Bildirim Formu”** ile raporlama yapılır. Form yatan hastalar için 2 nüsha, ayaktan hastalar için 1 nüsha yazdırılarak ilgili bölümde arşivlenir.

Kritik (panik) değer sonuçlarına göre hastaya yapılan müdahaleler kayıt altına alınır mı?

Evet. Kritik test sonuçları yatan hastalarda hekim tarafından **“Hekim İzlem Notları”**na, hemşire tarafından ise **“Hemşire İzlem Formu”**na elektronik order kullanılan bölümlerde hekim gözlem notlarına kaydedilir. Ayaktan hastalarda ise **“Anamnez Fizik Değerlendirme Formu”**na kaydedilir.

Hasta Başı Test Cihazı (HBTC) ile yapılan testlerde Kritik Değer Bildirim süreci uygulanır mı?

Hayır. HBTC ile yapılan testler (Kan Gazı, Glukoz, ACT vb.), hasta bakım alanlarında hastanın hekimini ya da hemşiresi tarafından yapıldığı için kritik / panik değer bildirim sürecine dahil değildir. Çünkü hasta başında test sonucuna hemen müdahale edilebilmektedir.

Test, hemşire tarafından yapılmışsa sonucu hemen hekime iletir ve “Hemşire Gözlem Formu”na kaydeder. Test sonucu doğrulama amaçlı laboratuvara gönderilerek test yeniden çalıştırılmak istenebilir. Aynı testte kritik değer saptanmış ise bildirim Nucleus üzerinden gerçekleştirilir.

Vardiya değişimlerinde ve hasta transferlerinde hasta bilgileri nasıl iletilir?

Hastanın bakımı ve bakım sonuçları ile ilgili bilgilerin paylaşımı vardiya değişimlerinde “**Hasta ve Servis Nöbet Teslim Defteri**”, birimler arası transferlerde ve radyoloji, fizik tedavi gibi bölümlere de hasta sevki olduğunda ise “**Hasta Transfer Formu**” kullanılarak gerçekleştirilir.

Kliniklerden ameliyathaneye ve ameliy hasta transferinde “**Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu**”, Ameliyathaneden kliniklere transferlerde “**Ameliyathane Hasta Güvenliği Kontrol Formu**” ile hasta transfer edilir.

Hasta bakım sürecinde nöbet devir teslim süreci nasıldır?

Klinik ve yoğun bakım ünitelerinde hasta bakım sürecinin kesintiye uğramaması için nöbet değişimlerinde hasta devir teslim süreci yapılır. Nöbetçi hekim kalan kliniklerde Acil servis ve yoğun bakım ünitelerinde nöbet devir sürecinde hekim ve hemşire birlikte rol alır. Doğumhane, ve kliniklerde nöbetçi hekim kalmaz ve bu alanlarda hemşireler arasında nöbet-devir süreci gerçekleşir.

Nöbetçi hekim bulunan alanlarda nöbet devir süreci nasıldır?

Nöbetçi hekim bulunan alanlarda; hasta dosyası ya da sistem üzerindeki hasta bilgileri birebir teslim edilir. **Hasta ve Servis Nöbet Teslim Formu (Hekim & Hemşire)** ile, hastanın başvuru nedeni, yatış günü, yapılan ya da planlanan tedavi, hastanın beklenen ve o anki durumu, oluşabilecek komplikasyonlar, yandaş hastalıkları detaylı bir şekilde anlatılarak nöbet devir teslimi yapılır.

Nöbetçi hekim kalmayan alanlarda nöbet devir süreci nasıldır?

Nöbetçi hekim kalmayan alanlarda nöbette acil bir durum geliştiğinde hastaya müdahale Yoğun Bakım Hekimi ya da Acil hekim tarafından yapılır. Yapılan müdahalenin detayları kliniklerde yatan hasta katlarında “Klinikler Hasta ve Servis Nöbet Teslim Formu”na kaydedilerek primer hekimine devredilir.

Diyetisyen devir teslimi süreci nasıldır?

Yıllık izin, raporlu günler vb. nedenlerle izinli olacak diyetisyen takip ettiği hastaları ve özellikli durumlarını diğer diyetisyene devreder.

Fizyoterapist/FTR Tekniker hasta devir teslim süreci nasıldır?

Yıllık izin, raporlu günler vb. nedenlerle izinli olacak fizyoterapist takip ettiği yatan hastaları ve özellikli durumlarını diğer fizyoterapistte devreder.

Hastanemizde kullanılmaması gereken kısaltmalar var mı? Bu kısaltmalar neyi ifade ediyor?

Evet. Hastane genelinde kullanılmaması gereken kısaltmalar mevcut. Hastane genelinde kısaltmalar kullanılırken “**Tıbbi Kayıt – Sembol – Kısaltma – Akronim Kılavuzu**” dikkate alınır. Kılavuza link üzerinden ulaşılmaktadır.

İLAÇLAR İLE İLGİLİ KULLANILMAMASI GEREKEN KISALTMALAR

KULLANILMAMASI GEREKEN KISALTMALAR	ANLAMI	OLUŞABİLECEK HATA	DOĞRU KULLANIM
MS, MSO ₄	Morfin sülfat	Magnezyum sülfat ile karıştırılabilir.	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
MgSO ₄	Magnezyum sülfat	Morfin sülfat ile karıştırılabilir.	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
S.S	Serum Sale	Yüksek risk grubundaki ilaçtır	İlacın ismi tam olarak yazılmalı
IU	Uluslararası unite	IV (intravenöz) ya da '10' ile karıştırılabilir.	Uluslararası unite yazılmalı
U	Unite	"0" veya "4" rakamları ile karıştırılabilir.	Unite yazılmalı
µg	Mikrogram	mg ile karıştırılabilir.	"mcg" yazılmalı
X.0 mg	X mg	Örneğin 1.0 mg, 10 mg olarak algılanabilir.	X mg olarak yazılmalı
.X mg	0.X mg	Nokta görülmediğinde .5 mg, 5 mg olarak anlaşılabılır.	0.X mg olarak yazılmalı
cc	Santimetre küp	Sıfır "0" rakamı ya da "U" (Unite) ile karışabilir.	"ml" veya "mililitre" olarak yazılmalı

HEDEF 3: Yüksek Riskli İlaçların Güvenliğinin İyileştirilmesi

Yüksek riskli ilaç listesi var mı? Bu ilaçlar alanlarda bulunduruluyor mu?

Hastanemizde “**Yüksek Riskli İlaç Listesi**” bulunmaktadır. Tüm hasta bakım alanlarında ve doküman linkinde bu liste yer almaktadır. Hastanemizde bulunan tüm yüksek riskli ilaçların üzerine “**YRİ**” etiketi yapıştırılır.



Alanlarda bulunan yüksek riskli ilaçlar nasıl muhafaza edilmelidir?

Alanlarda bulunan yüksek riskli ilaçlar kilit altında saklanmalıdır.

Yüksek riskli ilaçlar depolanırken görünüşü benzer ilaçlar, aynı ilacın farklı dozları yan yana depolanmaz birbirinden uzak farklı gözlemler konur.

Yüksek riskli ilaç etiketi her bir ampulün üzerine yapıştırılır. Birden çok ampulün koyulduğu poşetin üzerine yapıştırılmış tek bir yüksek riskli ilaç etiketi doğru bir uygulama **değildir**.

Denetimde yüksek riskli ilaçları göstermek için kilidi açtığınızda dolabın başından ayrılmayın. Eğer ayrılmamız gerekiyorsa kilitlemeniz gerektiğini belirtin.

Hasta bakım alanlarında konsantre elektrolit bulunur mu?

Konsantre elektrolitler (**Kalsiyum, Magnezyum sülfat, Potasyum fosfat, Potasyum klorür, Sodyum bikarbonat, Sodyum klorür (%3 ve üzeri), Serum Sale**) hatalı kullanımın önlenmesi adına hasta bakım alanlarında kesinlikle bulundurulmazlar. Konsantre elektrolitler ihtiyaç halinde eczaneden temin edilir. Ancak, hastane politikasına göre bazı özel alanlarda (Acil, Ameliyathane, YBÜ, NICU vb.) bulundurulabilir. Konsantre elektrolitlerin üzerine **“YRİ”** ve **“SEYRELTMEDEN KULLANMAYINIZ”** etiketi yapıştırılır.

Konsantre elektrolit solusyonlarının güvenli hazırlanması ve uygulanması konusunda tüm hemşire/ebe/sağlık memuru ve anestezi teknikerlerine eğitim verilir. Konsantre elektrolitler sadece eğitim almış hemşire /sağlık memuru/ebe/anestezi teknikeri tarafından uygulanır.

HEDEF 4: Doğru Yer, Doğru İşlem, Doğru Hasta Cerrahisinin Sağlanması

Doğru taraf, doğru uygulama ve doğru hasta ameliyatından emin olunması için ne yapılması gerekir?

- Ameliyat tarafının ameliyattan önceki gece veya ameliyat sabahı hastanın da katılımı ile işaretlenmesi ve **“Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu”**na hasta ve cerrahın imzalayarak onaylanması
- Ameliyat öncesi hasta hazırlığı kontrolleri **“Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu”** ile yapılması (*Cerrahi Güvenlik 1. Kontrol*)
- Ameliyat öncesi kabul sürecinde hasta kimliğinin ve taraf bilgisinin doğrulanması (*Cerrahi Güvenlik 2. Kontrol*)
- Ameliyata başlamadan önce ameliyathane ekibi tarafından doğru hasta, doğru ameliyat/girişim/işlem ve doğru taraf/seviye kontrolünün (TIME-OUT) yapılması (*Cerrahi Güvenlik 3. Kontrol*)
- Ameliyat Bitiminde son kez doğrulama yapılarak form hasta dosyasına konulur. (*Cerrahi Güvenlik 4. Kontrol*)

Ameliyat Bölge işaretlemesi kim tarafından ve nasıl yapılır?

Ameliyat bölge işaretlemesi, hastanın birincil sorumlu hekimi ya da cerrahi ekip çalışmasında sorumluluk verilen hekim tarafından, hastayı da taraf doğrulama ve işaretlemesine dahil ederek yapılır. İşaretleme çıkmaz bir kalem kullanılarak ve **yuvarlak içinde “C”** harfi yazılarak yapılır. **“Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu”**nun arka sayfasında bulunan vücut resminde de ameliyat yapılacak yer işaretlenir, hasta ve hekimi formu imzalar.

Hasta işaretleme yapılmasını reddediyorsa, allerjik nedenlerden ötürü işaretleme yapılamıyorsa, prematüreyse “**Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu**” nun arka sayfasında bulunan vücut resminde ameliyat yapılacak yer işaretlenir, hasta/yakını ve hekim formu imzalar.

Time out nedir ve nasıl yapılır?

Time out operasyon başlamadan hemen önce bir anlığına durup hastanın, operasyon yerinin, tüm ilgili doküman, görüntü, cihaz ve ekipmanlarının tam olduğunun doğrulanmasıdır. Ameliyathanede “**Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu**” kullanılmaktadır.

Time out sadece ameliyathane de mi uygulanır?

Hayır. Sedasyon ve invaziv girişim gerçekleşen tüm alanlarda (anjiyo, diş, endoskopi, girişimsel radyoloji vb.) uygulanır. Ameliyathane dışı alanlarda da hemşire değerlendirme formlarındaki **Mola Anı** alanı ya da “**Ameliyathane Dışı Girişimsel İşlem Doğrulama Formu**” kullanılmaktadır.

HEDEF 5: Sağlık Bakımıyla İlişkili (Nozokomiyal) Enfeksiyon Riskinin Azaltılması

Hastane enfeksiyonlarının en önemli sebebi nedir?

Kirli ve yıkanmamış eller en önemli enfeksiyon sebebidir

Denetçiler eller nasıl yıkanır diye sorarsa ne cevap vermeliyim?

Denetçiler genellikle eller nasıl yıkanır diye direk soru sormaz. Daha çok; “*Bası yarası olan bir hastaya bakım yapacaksınız. Bakım yapmak için yaptığınız hazırlıkları anlatır mısınız?*” ya da “*Hastanın odasından çıktınız diğer hastaya ilaçları vermeniz gerekiyor ne yaparsınız?*” gibi dolaylı sorular sorarlar. Burada ellerinizi yıkadığınızı mutlaka belirtmeniz gerekmektedir.Aynı zamanda alanda o an için soru sormadığı, bakım yapan diğer hemşirelerin ellerini yıkayıp yıkamadığını gözlemler ve değerlendirebilir.

Eller ne zaman yıkanmalıdır?

ELLER NE ZAMAN YIKANMALI ?	
ÖNCE	SONRA
Hastaya herhangi bir müdahaleden	Hastaya herhangi bir müdahaleden
Eldiven giymeden	Eldiven çıkardıktan
Yemek yemeden	Yemek yedikten
Hasta odasına girmeden	Hasta odasından çıktıktan
İlaç hazırlamadan	Mikroorganizma bulaşından
Göreve başlamadan	Tuvalet kullanımından
Damar yolu açmadan	Hapşıрма ve burun temizliğinden
Enjeksiyondan	Mesai bitiminden

Alkollü el dezenfektanı ne zaman ve nasıl kullanırsınız?

Ellerde organik kir (kan ve vücut sıvısı) olmadığı sürece, ellerimi yıkamam gereken her durumda el dezenfektanı kullanabilirim.

HEDEF 6: Hastaların Düşme Olayları Sonucu Zarar Görme Riskinin Azaltılması

Düşme riski değerlendirme hangi tip hastalara yapılır?

Ayaktan ya da yatan tüm hastalarda düşme riski değerlendirmesi yapılır. Düşme Riskinin Değerlendirilmesi; hastaların ilk değerlendirme kriterleri arasında yer alır.

Ayaktan hastaların bulunduğu girişimsel tanı/tedavi işlemi sonrası bakım gerektiren ünitelerde (Endoskopi, Anjio, Acil Servis, Fizik Tedavi, Göz, Kemoterapi, Doğumhane), yatan hasta katları ve yoğun bakım ünitelerinde yapılır.

Ayaktan hastalarda düşme riskinin önlenmesi için ne yapılmalıdır?

Polikliniğe başvuran ayaktan hastalar için hekim tarafından Nucleus üzerinde “**Hekim Anamnez Ekranı**”nda düşme riski değerlendirmesi yapılır. Düşme riski yüksek çıkan poliklinik hastalarının diğer ünitelere gitmesi gerektiği durumlarda (TRM, Radyoloji, Kan Alma vb.) standart önlemler alınır.

Yatan hastalarda düşme riskinin önlenmesi için ne yapılmalıdır?

Yatışı yapılan tüm hastaların ilk değerlendirmesinde ve yatışı boyunca **Hasta Düşme Riski Değerlendirme Formu** ile değerlendirilerek, Risk puanlarına göre hasta/yakınlarına eğitim verilir. Orta ve yüksek riskli hastalar için ise ekstra güvenlik önlemleri alınır.

Hasta ve ailesine düşme hakkında eğitim verilir.

Orta ve yüksek riskli belirlenen hastalar için ne yapılır?

- Çok yüksek riskli olan hastaların oda kapısına düşme riskini belirten görsel asılır.
- Hemşire çağrı zili hastanın ulaşabileceği yere yerleştirilir.
- Yatak kenarları kaldırılır.
- Hasta odasında gece lambası/aydınlatması kullanılır.
- Yemek zamanında, yatariken ve uyanıkken ördek, sürgü ve banyoya götürmek için destek olunması önerilir.
- Kaymayan terlik sağlanır.
- Yürüteç, değnek, tekerlekli sandalyeye ihtiyacı olan hastalara bu ekipmanlar sağlanır, mobilizasyon ve transfer sırasında hemşire ya da hasta bakıcı hastaya yardımcı olur.
- Hastaya ve /veya yakınına düşme ile ilgili eğitim verilir. Verilen eğitim “Hasta Ve Ailesi Eğitim Formu”na kaydedilir.

Düşme risk skoruna göre yeniden değerlendirme süreleri ne kadardır?

Düşme Risk Skoru Yeniden Değerlendirme Süresi Düşük Risk 24 saatte bir hasta yeniden değerlendirilir. Yüksek Risk 12 saatte bir hasta yeniden değerlendirilir.

Tüm önlemlere rağmen hasta düşerse ne yapmalıyım?

Hemen Nucleus_ Olay Bildirim Modülü üzerinden **“Olay Bildirim”** yapılır ve **“Düşme Sonrası Durum Analizi Ve Değerlendirme Formu”** doldurulup Kalite Müdürlüğü'ne gönderilir.

“Düşme Sonrası Durum Analizi Ve Değerlendirme Formu” doldurularak düşmenin nedenleri araştırılır, Hasta Güvenliği Komitesi tarafından Düzeltici ve Önleyici Faaliyetler, Olay Bildirimdeki risk puanı 5 ve 5'in üstündeyse Kök Neden Analizi (KNA) yapılır.

1.BAKIMA ULAŞIM VE BAKIMIN SÜREKLİLİĞİ

Hedef, hastanın sağlık bakım ihtiyacını en doğru hizmet ile karşılamak, kurumda hastaya sağlanan hizmetleri koordine etmek ve daha sonra da taburcu ve takip işlemlerini planlamaktır. Bunların sonucu ise, iyileştirilmiş hasta bakım sonuçları ve mevcut kaynakların en etkin şekilde kullanımıdır.

Hastanemizde kayıt ve kabul süreci ile ilgili bir prosedürler mevcuttur. Acil hastalara ve 65 yaş üstü hastalara değerlendirme ve bakım konusunda öncelik tanınır.

Acil servise gelen hastalar nasıl önceliklendirilir? Acilde triyaj değerlendirmesi nasıl yapılır?

Acil Servise gelen hastaların önceliklendirilmesi amacıyla Acil Servis Hemşiresi tarafından “Trijaj Skalası” kullanılarak hastanın ilk değerlendirmesi yapılır ve hekime bilgi verilir.

Hasta ve hasta yakınları ile aranızda iletişim bariyeri (dil, kültür farkı) bulunması durumunda ne yaparsınız?

İletişim bariyeri olarak yabancı dil söz konusu olduğunda, bankolarda bulunan “Dil Tespit Kartı” kullanılarak hastanın konuşmakta olduğu dil tespit edilir. Hasta Hizmetleri Bölümüne konu hakkında bilgi verilir. Çalışanlarımız arasında o dili bilen personel varsa iletişim onun aracılığıyla, eğer yoksa tercümanlık bürosundan gelen tercüman aracılığıyla sağlanır.

Hastanemizdeki tüm çalışanlar “Kültürel Farkındalık” konusunda eğitim alır ve bulunduğumuz bölgeden dolayı kültürel farkındalık konusunda tecrübelidir.

Şuuru kapalı hastaların kimlik tanınması nasıl yapılır?

Yakınlarından hastanın kimliği hakkında bilgi alınır. Yakınları yanında yoksa veya kimsesizse hastanın cinsiyeti göz önünde bulundurularak BAY 01 / BAYAN 01 olarak kayıt açılır. Hasta numarası ve açılan kayıttaki ismin yer aldığı kol bilekliği hazırlanarak hastaya takılır. Aynı anda

birden fazla kimlik tanılaması yapılamayan hastanın olması durumunda kayıt BAY 02 / BAYAN 02 gibi açılır.

Hastanın kimliği tespit edildiğinde; eğer hasta daha önce hastaneye başvuruda bulunmamışsa hasta numarası aynı kalır, ad/soyad ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) yazılı barkod basılarak kol bandındaki hasta barkodu değiştirilir. Ya da daha önce başvurusu olan hasta ise hastanın kimlik doğrulaması yapıp hasta kimlik tanımlayıcılarının olduğu etiket basılarak kol bandındaki etiket değiştirilir.

Özellikli ünitelere hasta kabulüne nasıl karar verilir?

Özellikli Ünitelerin (yoğun bakım, KİT, Organ Nakli vb.) maliyetleri yüksek ve genellikle bu ünitelerde yer sorunu olduğu için, ünitelere hastaların kabulü belirlenmiş kriterler doğrultusunda olur. **Yenidoğan Yoğun Bakım, Koroner Yoğun Bakım, Genel Yoğun Bakım, KDC Yoğun Bakım kabul ve taburculuk kriterleri** belirlenmiştir.

2.HASTA VE HASTA YAKINLARININ HAKLARI

Hastalarımız ve aileleri, sosyal özellikleri, düşünceleri ve inançları ne olursa olsun, her türlü koşulda bireysel itibarlarının korunduğu, saygılı, nazik ve şefkatli bir ortamda hizmet alma hakkına sahiptirler. Bu hakları korumak ve uygulanmasını sağlamak için Hasta Hakları Yönetmeliği ve hastanemize ait prosedürlerimiz ve politikalarımız mevcuttur.

Hastalarınızın sahip olduğu haklar nelerdir?

1. Hizmetlerden yararlanma hakkı
2. Bilgilendirme onay hakkı
3. Personeli tanıma, seçme ve değiştirme hakkı
4. Kuruluşu seçme ve değiştirme hakkı
5. Tedaviyi reddetme ve durdurma hakkı
6. Mahremiyet (gizlilik) hakkı
7. Saygı görme hakkı
8. Konsültasyon isteme hakkı
9. İkinci Görüş İsteme Hakkı
10. Dini vecibeleri yerine getirme hakkı
11. Güvenlik hakkı
12. Refakatçi ve ziyaretçi bulundurma hakkı
13. Şikayet / görüş ve öneri bildirme hakkı
14. Sağlık kuruluşu kural ve uygulamaları hakkında bilgi edinme hakkı
15. Tetkik ve tedavi hakkında bilgi edinme hakkı

Hastaların dini inançları ve değerleri ile ilgili talepleri olursa ne yaparsınız?

Hastaların dini inançları ve değerleri ile ilgili gelen talepler Hasta Hakları Bölümüne iletilir. Hastanemizde dini kitaplar bulunur ve din adamları ile anlaşmalarımız mevcuttur.

Hastaların mahremiyetinin sağlanması için ne yapmaktasınız?

- Hasta kabul bankalarında hastalara ait dokümanlar açıkta bırakılmaz.
- Arşiv kapısı kilitli tutulur yetkisi olmayan kişilerin girişine izin verilmez.
- Hasta bakım alanlarında bulunan mahremiyet perdeleri ve kapılar kapalı tutulur.
- Hemşire bankalarında hasta dosyaları başkalarının görebileceği şekilde açıkta bırakılmaz.
- Alanlarda ortak kullanıma açık olan bilgisayarlar kullanılmadığı zamanlarda mutlaka kapatılır ya da kilitli olarak bırakılır.
- Asansörlerde, koridorlarda ve kafeterya gibi alanlarda hastalarla ilgili konuşulmaz.
- Hasta ile ilgili bilgiler hastanın onayı olmadan hiç kimse ile paylaşılmaz.
- Transferler sırasında mahremiyete dikkat edilerek transferi sağlanır
- Hastane 24 saat güvenlik kameraları ile izlenir
- Özellikli alanlara sadece yetkili personeli giriş yapması için şifreli/yetkili kapılar yer alır

Hastanın kıymetli veya kişisel eşyalarını nasıl muhafaza edersiniz?

Hastanın yanında bulundurduğu kıymetli veya kişisel eşyalar hemşire tarafından **“Hasta Eşyaları Teslim Formu”** kullanılarak alınır. Hastanın bilinci kapalıysa eşyalar bir güvenlik görevlisi ve hemşire tarafından ya da iki hemşire tarafından forma kaydedilerek teslim alınır. “Hasta Eşyaları Teslim Formu” hasta dosyasına yerleştirilir. Hasta/yakını eşyaları teslim almadı ise ve adresi ve telefonu biliniyorsa aranıp alması istenir. Almaya gelmiyorsa ya da adres/telefonu bilinmiyorsa 5 yıl saklanarak imha edilir ya da sosyal yardım kurumlarına bağışlanabilir.

Yüksek riskli ve incinebilir hasta grupları hangileridir?

Yüksek riskli ve incinebilir hasta grupları ikiye ayrılır;

1.Yüksek riskli hastalar: Acil servis triyaj hastaları, yaşam desteği alan veya komada olan hastalar, kan ve kan ürünü alan hastalar, bulaşıcı bir hastalığı ve immün sistemi baskılanmış hastalar, kemoterapi uygulanan hastalar, kısıtlama altındaki hastalar, bası yarası ve düşme riski yüksek olan hastalar.

2.İncinebilir hasta grupları: 65 Yaş ve üzeri hastalar, çocuk hastalar, terminal dönemdeki hastalar, alkol – madde bağımlılığı olan hastalar, taciz ve istismar kurbanı olan hastalar. Yüksek riskli ve incinebilir grupta bulunan hastalar fiziksel saldırıya, tacize, ihmalkar bakıma ve yangına karşı korunmaktadır.

Bilgilendirilmiş onam ne zaman alınır?

- 1.Genel /riskli işlemler öncesi
- 2.Medikal tedavi için yatış yapılacağı zaman
- 3.Anestezi ve/veya sedasyon uygulamadan önce
- 4.Kan ve kan ürünleri nakli yapılmadan önce
- 5.Fiziksel kısıtlama uygulanacağı zaman
- 6.Hasta için risk taşıyan tanı ve/veya tedavi amaçlı tüm girişimler öncesinde

Bilgilendirilmiş onam kim tarafından alınır?

Bilgilendirilmiş onam hastanın sorumlu doktoru veya girişimi yapacak ekibin yetkilendirilmiş bir üyesi tarafından alınır. Hastaya yapılacak işlem, oluşabilecek komplikasyonlar, eğer varsa girişim gerektirmeyen diğer alternatif tedaviler, iyileşme ile ilgili olası sorunlar ve Tedavi olmamanın olası sonuçları hakkında detaylı bilgi verilir ve hastadan yapılacak işlemi kabul ettiğine dair imza alınır.

Aynı hastaya farklı iki işlem, farklı kişiler tarafından yapılacağı zaman iki ayrı bilgilendirilmiş onay formu alınır.

Hastanın bilincinin yerinde olmadığı durumlarda bilgilendirilmiş onam nasıl alınır?

Bilinci yerinde olmayan hastalarda bilgilendirilmiş onam hastanın birinci derece yakınlarından (çocukları, ebeveynleri, eşi) veya yasal temsilcisinden alınır.

Bilinci yerinde olmayan ve yasal temsilcisine ulaşamayan durumlarda; yaşamı tehdit eden acil bir girişim gerekiyorsa farklı branşlarda iki hekimin onayı ile hekim yetkisini kullanarak uygulama yapılır.

Okuma yazma bilmeyen hastalardan bilgilendirilmiş onam nasıl alınır?

Hasta okuma yazma veya Türkçe bilmiyorsa tercüman eşliğinde veya işitme ve görme engelli ise iki tanık eşliğinde "Onam Formu'na" hasta imza atabiliyorsa imza, imza atamıyorsa başparmağı izi alınarak onam alınır.

Reşit olmayan hastalarda bilgilendirilmiş onam kimden alınır?

Hastanın velisinden, ebeveynlerin boşanmış olması durumunda mahkeme tarafından tayin edilmiş velisinden alınır. Psikiyatrik hastalık ya da yaşlılık nedeniyle "mahcur" ve velayet altında olan hastaların velisinden ya da yasal temsilcisinden alınır.

Yatan Çocuk hastalarda ebeveyn refakatçileri doğrulamak için ne yaparsınız?

Pediyatri servisinde yatan çocuk hastalarda ebeveyn refakatçileri doğrulamak için, çocuk hastanın giriş kaydı esnasında anne ve babanın da kimlik fotokopilerinin alınarak dosyaya konulması ve gerekli durumlarda sorgulamada yardımcı olması sağlanır. Bu yöntem ayrıca ayrılmış anne-babalarda velayetin kimde olduğunun belirlenmesi için de önemlidir. Çocuğun taburculuk esnasında velayetin olduğu ebeveynle birlikte taburcu edilmesine yardımcı olur.

Hasta hastalığı ile ilgili aynı branşta farklı bir hekimden ikinci bir görüş isterse ne yaparsınız?

Hastanın ikinci görüş talep etme hakkı vardır. Hastaya hastalığı ile ilgili ikinci bir görüş isteyebileceği bilgisi verilir.

Hasta tedaviyi reddederse ne yapılır?

Kanunen zorunlu olan haller dışında ve doğabilecek olumsuz sonuçların sorumlulukları hastaya ait olmak üzere; hasta kendisine uygulanması planlanan ve uygulanmakta olan tedaviyi reddetmek veya durdurulmasını isteme hakkına sahiptir. Bu durumun yaratacağı sonuçlar tedavi verenler tarafından hastaya, yasal temsilcilerine ya da yakınlarına anlattıktan sonra **“Tedavi Tetkik Red Formu”** doldurularak onayı alınır.

Acil durumlarda ise hasta idaresi dikkate alınmaz, hekim kararı ile tedaviye devam edilir ya da uygunsa bir başka kuruma sevk edilir.

Ötenazi kanunlar çerçevesinde yasaktır. Hiçbir gerekçeyle hastanın hayat hakkından vazgeçilemez, ötenazi işlemine ilişkin uygulama ve/veya onay prosedürü yoktur.

Beklenmeyen durumlar gerçekleşirse hastaya kim bilgilendirme yapılır?

Beklenmeyen durumların gerçekleşmesi durumunda; bilgilendirme, hastanın sorumlu hekimi tarafından yapılır.

Hastanın şikayetini nasıl çözersiniz?

Bölmelerde oluşan şikayetler eğer benim çözemeyeceğim kadar karmaşıksa öncelikle sorumlu hemşireye aktarırım. Soruna çözüm üretilmiyorsa şikayet Hasta Hakları Bölümü’ne aktarılır.

Yaşam sonu (terminal dönem) bakım sürecinde ağrı yönetimini nasıl yaparsınız?

Hastalar son dönemlerinde etkin ağrı yönetimi konusunda desteklenir. Bu nedenle “Ağrı Yönetimi Prosedürü”ne göre ağrı yönetimi aşağıdaki başlıkları kapsar;

- Ağrının ön ve yeniden değerlendirilmesi, (ağrının özelliği, sıklığı, yeri ve süresi),
- Hastanın yaşı ve durumuna göre ağrı değerlendirme skalalarının kullanımı,
- Hasta ve ailesinin ağrı konusunda eğitimi,
- Ağrı ve diğer semptomların yönetim metotları,
- Ağrı kayıtları,
- Personelin ağrı konusundaki eğitimi,
- Yaşam sonu bakım süresince, bakımın tüm aşamalarında hastanın rahatı ve saygınlığı daima ön plandadır.

3.HASTALARIN DEĞERLENDİRİLMESİ

Hastaların değerlendirilmesindeki en önemli amaç, hastanın ihtiyaçlarını karşılayabilmek için ne tür bir bakımın uygulanması gerektiğini belirlemektir. Hastanın hastanemize kabulünden itibaren multidisipliner (doktor, hemşire, diyetisyen fizyoterapist, psikolog vb) bir, anlayışla hastanın ihtiyaçlarına göre bakım planlanır ve sonuçları sürekli değerlendirilir.

Her hastanın ilk değerlendirmesi; **fiziksel incelemesini ve tıbbi hikayesini de kapsayacak şekilde, fiziksel psikolojik, sosyal, kültürel, inançlar, ekonomik, faktörler** de göz önüne alınarak yapılır. Kurum dışında gerçekleştirilen değerlendirmeler varsa hastanın yatış anında bu

değerlendirme bulguları da gözden geçirilir. (Epikriz, tetkik, ultrason vb.) Hastalar belirlenen zaman diliminde değerlendirilirler, hastaların ilk ve yeniden değerlendirmeleri aşağıdaki tabloda belirtilmiştir;

İlk değerlendirme:

İLK DEĞERLENDİRME ZAMAN ÇİZELGESİ							
İlgili Servis/ Meslek	Yatan Hasta	Ayaktan Hasta	Günübirlik Yatan Hasta	Günübirlik Yatan Cerrahi Hasta	Acil Servis	Yoğun Bakım Ünitesi	Uyanma Odası
Doktor	12 Saat	30 dakika	2 Saat	2 Saat	Triaj puan skalasına göre	2 Saat	Uyanma odasına gelince
Hemşire	4 Saat		1 Saat	1 Saat İşleme/girişim e başlamadan önce	Triaj puan skalasına göre	2 Saat	5 dakika
Anestezist	Hasta operasyona/işleme alınmadan önce	*	İşleme/girişim e başlamadan önce	İşleme/girişim e başlamadan önce	Triaj puan skalasına göre	Hasta operasyona/işleme alınmadan önce	Uyanma odasına gelince
FTR	*		*	*		*	
Solunum Terapisti	*		*	*		*	
Diyetisyen	*		*	*		*	
Sosyal Uzman	*		*	*		*	
-	Hasta belirlenen kriterleri taşıyorsa, bu bölümler tarafından prosedüre uygun olarak değerlendirilir.						
-	İnvaziv işlem/Cerrahi müdahale olacak hastalar işlem/müdahale öncesi ilk değerlendirilmesi yapılmış ve hasta dosyasında dokümanite edilmiş olmalıdır.						
	Gerekli değil.						

YenidenDeğerlendirme:

YENİDEN DEĞERLENDİRME ZAMAN ÇİZELGESİ							
İlgili Servis/ Meslek	Yatan Hasta	Ayaktan Hasta	Günübirlik Yatan Hasta	Günübirlik Yatan Cerrahi Hasta	Acil Servis	Yoğun Bakım Ünitesi	Uyanma Odası
Doktor	24 saat	Kontrol Randevu	Taburculuk Öncesi	Taburculuk Öncesi	Triaj puan skalasına göre	24 saat	Uyanma Odasından çıkmadan önce
Hemşire/Anestezist Teknikeri	4 saat		Saatte bir ve taburculuk öncesi	İşlem/girişim esnasında 5 dakikada bir / İşlem sonrası vital bulguların alınması talimatına uygun	Triaj puan skalasına göre	1 saat	15 Dakikada bir
Anestezist	Operasyon/işleme başlamadan önce /esnasında/biti minde		*	İşlem/girişim esnasında 5 dakikada bir / 1 Saat işlem sonrası ve taburculuk öncesi	Triaj puan skalasına göre	*	Uyanma Odasından Çıkmadan Ve Hastaneden Taburcu Olmadan Önce
FTR	*		*	*	*	*	
Solunum Terapisti	*		*	*	*	*	
Diyetisyen	*		*	*	*	*	
Sosyal Uzman	*		*	*	*	*	
*	Hasta belirlenen kriterleri taşıyorsa, bu bölümler tarafından prosedüre uygun olarak değerlendirilir.						
	Gerekli değil.						

Ağrı değerlendirme nasıl yapılır?

Ayaktan hastalarda NUCLEUS programında “Anamnez Formu” içine ağrı skalaları yerleştirilmiştir. Hastanın ağrı değerlendirmesine göre elde edilen sonuçların ekrana girilmesi gerekmektedir.

Yatan hastalarda ise ağrı hemşire tarafından sorgulanır. Hastalara ağrı hakkında verilen eğitim “**Hasta ve Ailesi Eğitim Formu**”na kaydedilir. “**Hemşire İzlem Formları**” na sonuçlar kaydedilir. Hastanın ağrısının 0-3 puan arasında olması durumunda 2 saatte bir kontrol edilir, 4 ve üzerinde ise “**Ağrı Tanılama ve Takip Formu**” kullanılır. Tüm değerlendirmeler ve yorumlar **Hemşire İzlem Formu**’na dokümanite edilir.

Ağrı değerlendirmesinde hangi skalaları kullanırsınız?

Yenidoğan Skalası (Cries S.)	0 – 4 ay
Davranışsal Skala	4 ay – 3 yaş ve kendini ifade edemeyen / ilişki kuramayan çocuklar ve geriatrik hastalarda kullanılır
Yüz Skalası	3 – 14 yaş
Nümerik Skala	14 yaş ve üzeri

	Yüz Ağrı Skalası	Nümerik Ağrı Skalası	Davranışsal Ağrı Skalası	Yenidoğan Ağrı Skalası	Yeniden Değerlendirme Sıklığı
Ağrı Yok	0 puan	0 puan	0 puan	0 puan	4 saatte bir
Hafif Ağrı	1-3 puan	1-3 puan	1-3 puan	1-3 puan	2 saatte bir
Orta Şiddette Ağrı	4-6 puan	4-6 puan	4-6 puan	4-6 puan	1 saatte bir
Şiddetli Ağrı	7-10 puan	7-10 puan	7-10 puan	7 puan ve üstü	1/2 saatte bir

Ağrı yeniden değerlendirme süreleri order edilen ilaca göre değişiklik gösterir mi?

Evet. Order edilen ilaca göre ağrı yeniden değerlendirme süreleri farklılık gösterir. Yeniden değerlendirme süreleri aşağıda belirtildiği gibidir.

DOKTOR İSTEMİNE GÖRE İLAÇ UYGULAMALARINDAN SONRA İLAÇIN ETKİNLİĞİNİ DEĞERLENDİRMEK AMACI İLE İLK DEĞERLENDİRME SÜRELERİ	
İlaç Uygulama Yolu	Uygulama Sonrası İlk Değerlendirme Süreleri
IV ve SL ilaç uygulanmasından sonra	15 dakikada bir
IM ilaç uygulanmasından sonra	30 dakikada bir
SC ve Rektal ilaç uygulanmasından sonra	45 dakikada bir
PO ilaç uygulanmasından sonra	60 dakikada bir

Diyetisyen tarafından hastaların değerlendirilmesi süreci nasıl işler?

İlk beslenme değerlendirmesi hemşire tarafından yatan hasta katlarında ilk 4 saat, yoğun bakımlarda ilk 2 saat içerisinde yapılır. Hemşire değerlendirme formları üzerinden yapılan ilk değerlendirmede “Normal” olarak belirtilen hastalara hekim istemine göre normal diyetleri uygulanır ve haftada bir “Beslenme Riski Değerlendirme Formu” ile hemşire tarafından yeniden değerlendirmeleri yapılır. Yeniden değerlendirme sonucunda ; Toplam puan (NRS Skor) 3’den küçük ise rutin diyet uygulanır ve hasta haftada bir yeniden değerlendirilir. Toplam puan (NRS Skor) 3’den büyük ise beslenme riski mevcuttur hastayı görmesi için hekimin bilgisi dahilinde diyetisyene bilgi verilir.

Hafta sonlarında diyetisyen değerlendirmesi nasıl yapılır?

Hafta sonlarında diyetisyenin değerlendirmesi gereken bir hasta söz konusu olduğunda diyetisyene bilgi verilir ve hastaneye gelmesi sağlanır. Acil durumlar söz konusu olduğunda ise telefon ile order alınır.

Fizyoterapist tarafından değerlendirme süreci nasıl işler?

Hasta ilk değerlendirmesinde hekim tarafından anamnez ve fizik muayene öyküsü alınırken, hemşire değerlendirmesinde de fonksiyonel skala ile değerlendirme sonucu fizyoterapi tedavisi görmesi gerekli ise Fizik Tedavi Uzmanından konsültasyon istenir. Fizik Tedavi Uzmanı önerisi doğrultusunda fizyoterapist rehabilitasyon programını uygular.

Hastanın taburculuk planlaması ne zaman yapılır?

Hasta kabul edilirken ilk değerlendirme sonrası en kısa sürede “**Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu**” doldurularak taburculuk planlaması yapılır. Bakımda sürekliliğin sağlanması için hemşire ve hekimler tarafından hastalar değerlendirilirken taburculuk esnasında özel hazırlık yapılması gereken durumlar göz önünde bulundurulur. Hemşire değerlendirme formlarında ve “**Hasta Taburculuk Planlama ve Bilgilendirme Formu**” nda da taburculuk planlaması ile ilgili özel durumlar belirtilmiştir.

Beyin ölümü gerçekleşen hastalar için süreciniz nedir?

Daha önce tanısı konulmuş bir nedenle hasta irreversibl koma tablosuna girmişse en az 12 saat, etyolojisi bilinmeden gelişen tablolarda en az 24 saat bu koşulların değişmeden devamlılığı gözlenir.

Klinik beyin ölümü tanısı almış hastalarda, **hekimler kurulunun** uygun göreceği bir laboratuvar yöntemiyle beyin ölümü teyid edilir.

Göze kan veya kimyasal madde sıçradığında temizlemek için nasıl bir yol izlenir?

Göz yıkama kitleri kullanılır. Bölüm sorumlusuna bilgi verilir. İş yeri hekimliğine **İş Kazası Bildirim Formu** doldurularak muayene olunur.

Laboratuvarda acil tetkiklerle ilgili süreç nasıl izlenir? Takibi nasıl yapılır?

Acil durumlarda ve istemin hastane bilgi sistemine hemen girilemediği durumlarda çalışılması istenilen testler için, kayıt sırasında ve hasta test isteklerinin bölümlerdeki girişleri sırasında testler acil girişi seçilerek yapılır.

Değerli örnekler laboratuvara nasıl gönderilir?

Değerli örnek ise taşıma kabı kullanılarak laboratuvara götürülür. Değerli örneklerin laboratuvara gönderilmesinde pnömatik sistem kesinlikle kullanılmaz.

Radyoloji ve laboratuvar istemleri nerede kayıt altına alınır?

Nucleus otomasyon sistemi üzerinden hekimler tarafından istem yapılır.

Radyolojide acil hastaların tetkikleri için nasıl bir süreç izlenir?

Hekimin isteği sonrasında radyoloji bölümü aranarak bilgi verilir. Gerekliyse diğer randevulu hastalar bekletilerek acil hastanın tetkiki yapılır. Sonuç verme süreleri Radyoloji Bölümü Randevu, Çekim ve Sonuç Verme Süreleri-Acil Çalışılan Tetkikler HBYS'de belirtilmiştir.

Radyolojiye, kattan inen hastaların görüntülenmesi yapılmadan önce nelere dikkat edilir?

Doğru işlemin doğru hastaya uygulanmasını sağlamak amacıyla hasta kol bandından, dosyasından ve kendisinden kimlik bilgileri karşılaştırılarak doğrulama yapılır.

Konsültasyon istemi nasıl ve kim tarafından yapılır?

Konsültasyon istemleri hekim tarafından Nucleus otomasyon sistemi üzerinden yapılır.

4.HASTALARIN BAKIMI

Hastalarımıza bakım verirken önceliğimiz nedir?

Hastanemizde sağlık problemi aynı olan tüm hastalarımıza hastanenin tüm bölümlerinde eşit şekilde bakım verilmektedir. Bakıma ve tedaviye ulaşmak ve bakımın ve tedavinin uygunluğu, hastalarımızın ödeme yapma yeterliliğine veya ödemeyi yapan kaynağın yeterliliğine bağlı değildir. Bakımın aynı standartlarda verilebilmesi için ilgili kanun, yönetmelik ve klinik rehberler doğrultusunda, hasta gruplarına göre oluşturulmuş politika ve prosedürlerimiz mevcuttur.

Bakım planları neden oluşturulmuştur?

Hedeflenen; hastaya sunulan bakım ve tedavi derecesinin tüm kurumda eşit olmasıdır. Aynı hemşirelik bakımı gereksinimi olan hastalar, tüm kurum içerisinde aynı derecede hemşirelik bakımı almalıdır. Tüm bunları karşılamak amacıyla **Nucleusta** hemşirelik bakım planı oluşturulmuştur.

Hastaların bakımı planlanırken yandaş hastalıkları da göz önünde bulundurulur. Tüm bakım planlarında hastaya bütüncül yaklaşarak, multidisipliner katılımla planlama yapılır, hekim tarafından onaylanır.

Hastanın vital bulguları ve genel durum değişikliklerinde hemen aksiyon almak için bir sisteminiz var mı?

Evet. **“Kritik Hasta Tanımlama Erken Uyarı Sistemi”** vital bulgularda ya da genel durumda değişiklik gösteren hastaları erken tanımayı ve hemen müdahale edilmesini sağlar.

“Kritik Hasta Tanımlama Erken Uyarı Sistemi” nedir?

Hastanın takibi sürecinde sağlık personeli **“Kritik Hasta Tanımlama Dokümanı-Erken Uyarı Sistemi”** dokümanında tanımlanan kriterlerden biri ile karşılaştığında hastanın hekimi ile iletişime geçerek müdahale eder böylece hastanın daha kötü bir tabloya girmesi riskine karşılık önlem almış olur. Ve hemşire bu durumu gözlem notlarına yazar.

Kritik Hasta Tanımlama Dokümanı-Erken Uyarı Sistemi “Hava yolu-Solunum-Dolaşım-Fonksiyon Bozukluğu-Muayene et” aşamalarından oluşur. Hasta ve ailesine erken bulguların neler olabileceği ile ilgili hemşire tarafından bilgi verilir. Herhangi bir anormal belirtide hemen hemşireye haber vermesi vurgulanır.

Mavi Kod uygulaması nedir?

Mavi Kod, Mavi Kod 1 ve Mavi Kod 2 olarak ikiye ayrılır. Mavi Kod 1, 14 yaş ve üstü grubu kapsar. Mavi Kod 2, 0-14 yaş arası grubu kapsar. Mavi Kod endikasyonu durumunda hekim/hemşirenin kararı ile telefonda 2222 tuşlanarak mavi kod verilir.

Mavi Kod ekibi kimlerden oluşturulur?

Mavi Kod 1 (Yetişkin)	Mavi Kod 2 (Pediatrik)
Anestezi Hekimi	Anestezi Hekimi
Anestezi Teknikeri	Yeni Doğan Yoğun Bakım Sorumlu Hekimi / Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları Uzmanı
Servis Hemşiresi	Servis Hemşiresi
Servis Sorumlu Hemşiresi	Servis Sorumlu Hemşiresi
Primer Hekim	Primer Hekim

Tüm alanlar için mavi kod verilir mi?

Yatan hasta katları, poliklinik katları ve diğer birimlerde gerçekleşen durumlarda mavi kod anonsu verilir. Yoğun bakımlarda, acil servislerde ve ameliyathanelerde mavi kod verilmez, bu birimlerde temel yaşam desteği birim içi ekip tarafından yapılır.

Temel yaşam desteği uygulanan tüm hastaların (mavi kod verilenler, yoğun bakım, ameliyathanedeki hastalar da dahil) CPR formu doldurulur ve hastanın dosyasına koyulur.

Kan transfüzyonuna kim, hangi kriterleri göz önünde bulundurarak karar verir?

Kan transfüzyonuna hekim karar verir. Transfüzyonun nasıl olacağı ise “Kan Transfüzyonu Kriterleri” göz önünde bulundurularak planlanır.

Kan transfüzyonu süreci nasıl işler?

Kan ürünü istemi Hekim tarafından **nucleus otomasyon sistemi** üzerinden yapılır.

Transfüzyon merkezinden gelen kan ürününü uygulamadan önce istem yapılan hasta ve istenilen ve gönderilen kan ürünü ile ilgili bilgiler 2 sağlık çalışanı tarafından doğrulanır.

Transfüzyon endikasyonu hekim tarafından yazılarak daha önceki transfüzyon öyküsü var/yok değerlendirilerek işaretlenir.

Kan/kan ürününü temin edildikten sonraki 30 dakika içinde uygulanır, eğer uygulanmayacaksa hemşire/anestezi teknikeri kan ürününü transfüzyon merkezine geri gönderir.

Transfüzyon başladıktan sonra ilk 15 dakikada ve transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları, ortaya çıkabilecek komplikasyonlar açısından gözlenir.

Hastanın yanında acil durumlar için %0,9 NaCl 500 ml hazır bulundurulur.

Kan, verilmeden önce 2 dakika yumuşak hareketlerle elde çalkalanır. Transfüzyon sürerken de zaman zaman çalkalama yapılarak, hücre ve plazmadan yoğun kısımların karışması sağlanır.

Hekim transfüzyon kriterlerine uygun olmayan kan order ederse ne yapmalıyım?

Kan istem formunu transfüzyon merkezine gönderir, birimi haberdar ederim. Transfüzyon Merkezi Sorumlu Hekimi konuyu değerlendirir, uygun istem değilse Transfüzyon merkezi teknikerleri tarafından nucleus otomasyon sistemi üzerinden “**Olay Bildirim**” doldurulur.

Kan transfüzyonu sırasında bir komplikasyon gerçekleşirse ne yaparsınız?

Bir komplikasyon gerçekleşirse transfüzyon hemen durdurulur. Hekime ve Transfüzyon Merkezine haber verilir. Kan laboratuvara iade edilir. Nucleus otomasyon sistemi üzerinden “Olay Bildirim” doldurulur.

Hastanenede hemodiyaliz yapılmakta mıdır?

Yoğun bakım hastaları için acil durumlarda kullanılmak üzere yoğun bakım ünitesinde hemofiltrasyon yapılabilmektedir.

Vital bulguları kaydederken nelere dikkat edersiniz?

Vital değerlerin yuvarlama yapılmadan yazılmasına, değerlendirmenin yapıldığı saatın kaydedilmesine, değerlerin okunaklı ve düzgün yazılmasına dikkat edilir.

Hasta Kısıtlamasının başlamasına ve sonlandırılmasına kim karar verir?

Alternatif girişimlerin başarısız olduğu durumlarda hastanın vücut yapısı ve ağırlığı göz önünde tutularak, fiziksel ve psikolojik zarar görmesine engel olacak şekilde kısıtlama uygulamasına **hekim karar verir.**

Acil durumlar dışında kısıtlama uygulanmadan önce **doktorun yazılı istemi** alınır. Hekim kısıtlama istemini, elektronik order sistemine kısıtlama tipini, istem tarihini ve saatini belirtir, kısıtlama kararının (devamı ya da sonlandırılması) yeniden değerlendirilmesi gereken zamanı da order eder. Acil durumlarda ise sözel direktif alınarak kısıtlama uygulanır.

Kısıtlamanın sonlandırılması kararını hastanın durumuna göre orderda hekim verir.

Kısıtlama altındaki hastanın bakımı nasıl dokümanite edilir?

Hemşire hasta kimlik bilgilerini, kısıtlama tarihini, kısıtlama başlama saatini, kısıtlama tipini, hastanın durumunu, hekim belirtmiş ise alternatif girişimleri **“Kısıtlama Takip Formu”**na kayıt eder ve kısıtlamayı başlatır.

Kısıtlama yapıldığında; Hemşire Değerlendirme ve Takip notlarında kısıtlamanın tipi, hastanın kısıtlamaya cevabı, kısıtlama sebebi ve kısıtlama periyotlarında hastanın bakım alternatiflerinin değerlendirilmesi yer almalıdır.

Kısıtlama süresince hasta nasıl takip edilir?

Hastanın yeniden değerlendirmeleri **“Kısıtlama Takip Formu ”** kullanılarak takip edilir.

Hastanın her 2 saatte bir kısıtlamaları kaldırılır, hastaya aktif ya da pasif egzersizler yapması için yardım edilir. Hastanın tuvalet ve hijyen ihtiyacı eğer mümkünse hastaya eşlik edilerek karşılanır ya da sürgü ve ördek ile karşılanır. Kısıtlama alanlarına dolaşımı sağlamak için nazikçe masaj yapılır.

İzolasyon uygulanması gerektiğine kim karar verir?

Hastanın durumuna uygun izolasyona alınması, izolasyonun süresi ve sonlandırılması kararı Enfeksiyon Kontrol Uzmanı (EHU), Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi (EKH) ve hastadan sorumlu hekim tarafından verilir.

Kaç tip izolasyon vardır, çalışanlar, hasta ve yakınları uygulanan izolasyon hakkında nasıl bilgilendirilir?

Tüm hastalar için standart önlemler alınır. Bununla birlikte üç tip izolasyon vardır;

Temas izolasyonu



Damlacık izolasyonu



Solunum izolasyonu



Hastanın izolasyona alındığına dair çalışanları ve hasta yakınlarını bilgilendirmek amacıyla oda kapısına izolasyon olduğunu belirten kart asılır.

Hasta ve hasta yakınları hekim tarafından bilgilendirildikten sonra dikkat edilmesi gereken hususlar ile ilgili Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi ve /veya hemşire/sorumlu hemşire tarafından da bilgilendirilir. “**Hasta ve Ailesi Eğitim Formu**”na kaydedilir.

5.ANESTEZİ VE CERRAHİ BAKIM

Sedasyon kim tarafından uygulanır?

Anestezi uygulamaları sadece anestezi uzmanı ve anestezi uzmanları denetiminde anestezi teknikerleri tarafından yapılabilir.

Girişimsel Sedasyon uygulamasında hasta ve ailesine bilgilendirme nasıl yapılır?

Girişimsel sedasyon planlama sürecine hastanın, hasta yakınlarının ve hasta adına karar veren diğer kişilerin girişimsel sedasyonun riskleri, yararları ve alternatifleri ile ilgili bilgiler verilir. Hastadan işlem öncesi işlemi kabul ettiğini gösteren “**Anestezi Bilgilendirme ve Onam Formu**”na imzası alınır.

Ameliyathane dışı alanlarda gerektiğinde anestezi ve sedasyon uygulanan girişimler ve alanlar nelerdir?

- D&C (Küretaj) girişimleri, ağrısız doğum, OPU, embriyo transferi, IUI (Tüp Bebek, Doğumhane, Kadın Hastalıkları ve Doğum kliniği ve polikliniği)
- Çocuklarda bazı muayeneler (Acil Servis ve Çocuk Polikliniği)
- Bazı ağırlı muayene işlemleri (Acil Servis ve Çocuk Polikliniği)
- Çocuklarda ve bazı erişkinlerde girişimsel radyoloji, BT ve MR (Radyoloji)
- Kısa süreli lokal girişimler (Acil Servis, Ameliyathane, Yoğun Bakım ve Çocuk Polikliniği)
- Endoskopi (Gastroenteroloji)

- Kardiyoversiyon (Acil Servis ve Kardiyoloji)
- ESWL (Üroloji)
- Radyoterapi (Radyasyon Onkolojisi)
- Göğüs Hastalıkları
- Pediatrik/yetişkin kardiyak Anjio (Anjio Ünitesi)
- Nükleer Tıp

Sedasyon uygulanan alanlarda bulunması gereken ekipmanlar nelerdir?

- Oksijen kaynağı
- Aspirasyon için vakum sistemi
- Havalandırma için balon, maske, airway
- Acil müdahale için gerekli donanıma sahip acil arabası veya acil çantası
- Yeterli sayıda topraklı priz
- Işıklandırma
- İletişim
- SpO2 ve kalp atım hızının monitörizasyonu için pulse oksimetre
- Herhangi bir müdahale için yeterli alan

Anestezi öncesi değerlendirme nasıl yapılır?

Hasta, anestezi uzmanı tarafından poliklinikte veya ameliyattan önce serviste yatağında görülür. Hasta “Anestezi Değerlendirme Formu”nu doldurur. Anestezist **“Preoperatif Anestezi Hasta Değerlendirme Formu”**nu doldurur, testleri yaptırır ve anestezi planlamasını yapar. Hastaya uygulanacak anestezi hakkında bilgilendirme yapar ve **“Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme ve Onam Formu”** ile hastanın rızasını alır.

Hastada hipertansiyon, diyabet gibi özel yaklaşım gerektiren durumlar varsa ilgili branş hekiminden konsültasyon istenir. Konsültasyonu yapan hekim ile ameliyatı yapacak hekim birlikte bir tedavi yaklaşımı oluşturur.

Anestezi uygulanmadan hemen önce yapılan değerlendirmeler “Anestezi İzlem Formu”nda indiksiyondan önce sütunu altına kaydedilir.

Hastanın fizyolojik durumu anestezi sırasında sürekli olarak takip edilir. Monitörden takip edilen veriler her beş dakikada bir “Anestezi İzlem Form”larına kaydedilir.

Ameliyat öncesi yapılan hazırlıklar nelerdir?

Ameliyat öncesi hazırlıklar hastanın hekimi (ameliyat bölgesi işaretlemesi) ve hemşiresi tarafından **“Cerrahi Güvenlik Kontrol Formu”** kullanılarak yapılır.

Ameliyat sonrası uyanma odasında hasta nasıl takip edilir?

Hasta, uyanma odasına anestezi teknikeri ve ameliyathane teknisyeni tarafından getirilir, uyanma odasındaki hemşireye teslim edilir.

Uyanma odasına gelen hastaya oksijen maskesi takılır, monitorize edilir. Hasta, hemşire tarafından takip edilip “**Anestezi Aylıma Formu**”na 15'er dakika aralıklarla kayıt edilir.

Uyanma ünitesinden hasta hangi kriterlere göre servise gönderilir?

Uyanma ünitesinden taburcu edilebilmesi için **taburculuk kriterlerini** karşılıyor olması gerekir.

Taburculuk kriterleri;

- Tamamen uyanık ve oryante olmalıdır.
- Bebekler ve mental durumu başlangıçta bozuk olan hastalar, ilk durumlarına dönmelidir.
- Yaşam bulguları stabil ve kabul edilebilir sınırlar içerisinde olmalıdır.
- Pansumanları sağlam, drenajı yapılan ameliyatla uyumlu miktarda olmalı, beklenmeyen bir kanaması olmamalıdır.
- Devam eden bulantı, kusması olmamalıdır.
- Modifiye Aldrete Skoru 9 ve üzerinde olmalıdır.
- Antagonist ilaç (flumazenil, nalokson) verilen hastalarda yeniden sedasyon gelişmeyeceğinden emin olmak için yeterli süre (2 saate kadar) beklenmelidir.

Hasta, anestezi doktorunun onayı ile hemşire tarafından servis hemşiresine teslim edilir.

Ameliyat olacak hastaya post-operatif analjezi ile ilgili nasıl bir yol izlersiniz?

Bu süreç anestezi onam alma sürecinin bir parçasıdır. Anestezi uzmanı/teknisyeni tarafından sedasyon ve anestezi ile ilgili bilgilendirme yapılırken hasta ve yakınlarına post-operatif analjezinin riskleri, faydaları, ve alternatifleri konusunda da bilgilendirme yapılır ve eğitim verilir. Sedasyon ve Anestezi Bilgilendirme Onam Formu'na imza alınır.

Ameliyat planlanan hastalardan onam alınır mı?

Evet. Ameliyat planlanan hastaya, hasta yakınlarına veya hasta adına karar veren diğer kişilere girişimsel işlemin riskleri, yararları ve alternatifleri ile ilgili bilgiler verilir. Hastadan işlem öncesi işlemi kabul ettiğini gösteren “**Girişime Özel Bilgilendirme ve Onam Formu**”na imzası alınır. (Örn.Kolesistektomi Bilgilendirme ve Onam Formu)

Ameliyat raporu ne zaman yazılmalıdır?

Ameliyat sonrası bakım, cerrahi girişim sırasındaki olaylara ve bulgulara bağlıdır. Bu nedenle; **“Ameliyat Raporu” hasta uyanma odasından servise çıkmadan önce yazılmış olmalıdır.** “Ameliyat Raporu” hekim tarafından Nucleus’da dijital ortamda da doldurulur. Nucleus’da doldurulan formun çıktısı ameliyathane sekreteri tarafından alınır ve hasta dosyasına yerleştirilir. Hekim acil bir ameliyata giriyorsa operasyon bittikten sonra Ameliyat Raporunu yazar.

Hastaya ameliyat sonrası dönemde nasıl bir bakım planı uygulanır?

Postoperatif dönemde ameliyat komplikasyonları önlemeye yönelik hastada, vital bulgu ve sıvı takibi yapılır, multidisipliner (hekim-hemşire) Nucleusda Post-op Hasta Bakım Planı oluşturulur ve hasta yakından izlenir.

6. İLAÇ YÖNETİMİ VE KULLANIMI

Hastaların ihtiyaçlarını karşılamak üzere, ilaç kullanımı etkin bir şekilde organize edilmiştir. İlaç tedavisi için order ya da reçete edilen ilaçlar uygun ve güvenli bir şekilde depolanır, kullanıma hazır bulundurulur. Uygulanan tüm ilaçlar hasta kayıtlarına dokümanite edilir.

Doğru zamanda, doğru hastaya, doğru ilacın dağıtılmasını ve uygulanmasını sağlayan bir sistem kullanılmalıdır. İlacın hasta üzerindeki etkileri gözlenmelidir, gerektiğinde hasta monitörize edilmelidir. İlaç hataları ve yan etkileri kurum tarafından belirlenmiş bir süreç ve zaman dilimi içerisinde rapor edilmelidir.

Hastane ilaç listesine ilaç eklemek ya da çıkarmak istediğinizde süreç nasıl işler?

Hastanemiz de kullanılan ilaçlar “**Temel İlaç Listesi**”nde tanımlanmıştır. Hekimlerin yapmış olduğu ilaç orderları dikkate alınarak temel ilaç listesine eklenmesi ya da listeden çıkarılması gereken ilaçlar “İlaç ve Eczacılık Komitesi”nde gündem maddesi olarak görüşülür ve karar alınır. İlaç ekleme - çıkarma sürecinden aynı zamanda **farmakovijilans sorumlusu** olan eczacı, sorumludur.

Temel İlaç Listesi yılda bir kez İlaç ve Eczacılık Komitesi tarafından gözden geçirilir. Yeni eklenen bir ilaç olması durumunda da revize edilir.

Eczane dışında ilaçların uygun şartlarda saklandığı nasıl izlenir?

Eczane dışında hasta bakım alanlarında bulunan ilaçların uygun koşullarda saklanıp saklanmadığı bölüm sorumlu hemşiresi tarafından 15 günde bir takip edilir. Aynı zamanda eczacı ayda bir alan ziyareti yaparak ilaç saklama koşullarını uygunluğu açısından denetler.

İlaçların bulunduğu buzdolabı ısıları ve ilaç hazırlama alanlarının ısı-nem takibi her gün üç kez kontrol edilir.

Crash-cart ve buzdolabındaki ilaçların bir yerleşim planı mevcut mudur?

Evet mevcuttur. Crash-cart’taki ve buzdolabındaki ilaçların yerleşimi bir plan dahilinde gerçekleştirilir.

Narkotik ilaçlar eczaneden nasıl gelir?

“Narkotik Ve Psikotrop İlaç Takip Defteri” ile imza karşılığı sorumlu/shift hemşiresi tarafından teslim alınır.

Narkotik ilaç takipleri ve imhaları nasıl yapılır?

“Narkotik Ve Psikotrop İlaç Takip Defteri” ile her nöbet tesliminde sayılarak takip edilir. İmhalar şahit hemşire ile birlikte yapılır ve iki hemşire tarafından da form üzerinde imzalanır.

Reçete yazmaya ve istem yapmaya yetkili olan kişiler kimlerdir?

Tüm ilaç tedavi istemleri imza yetkisi ve diploma numarası olan hekimler tarafından yazılı olarak verilir. Reçete yazmaya ya da ilaç istemi yapmaya yetkili kişiler; hekimler ve diş hekimleridir.

Hemşire aşağıdaki konularda hekim istemine gerek duymayabilir;

- Vücut temizleme ve kremlleme,
- Krem ve solüsyonlarla banyo verme ve hijyenik bakım,
- Harici (topikal) koruyucu kremleri ve ağız bakım solüsyonlarını uygulama.

Eczaneden ilaç istem süreci nasıl işler?

Eczaneden ilaç talebi, ilaç istemi vermeye yetkili hekimler tarafından yazılmış **elektronik order** ile yapılır. Elektronik order kullanan birimlerde, hekim Nucleus otomasyon sistemi üzerinden order yazar, eczanenin sistemine düşer, eczane ilaçları hazırlar. Hekim istemlerinde hasta adı/soyadı, hasta numarası, hastanın doğum tarihi ve cinsiyeti hastanın tanısı, alerji bilgisi, boy / kilo bilgileri, tarih ve saat bilgileri tam olarak yazılır. İsteme yazılan ilaçların etken madde miktarları, dozaj formları, infüzyon hızları, uygulama dozları ve uygulama yolları tam olarak yazılır. Acil durumların dışında, bu bilgiler eksik olduğunda talep edilen ilaçlar eczane tarafından verilmez.

Hekim, hastanın hangi sıklıkta ve hangi kriterlerle izleneceğini, yapılacak tetkikleri, diyet planını, kan ve kan ürünü uygulamalarını, kan şekeri izlemine, mobilizasyon bilgisini elektronik ordera kaydeder.

İlaç – İlaç ve İlaç – Besin Etkileşimi nasıl kontrol edilir?

Eczacı, hastaya order edilen ilaçları her gün ve yeni ilaç eklendiğinde sistem üzerinden değerlendirme yapılır. Eczacı notlar alanına etkileşim var ise not düşer.

İstenmeyen ilaç yan etkisi tespit edildiği zaman ne yapılır?

İstenmeyen ilaç yan etkisi tespit edildiği anda hastanın doktoru ve hemşiresi tarafından **“İlaç Yan Etki Bildirim Formu”** doldurularak formun asıl nüshası hasta güvenliği açısından hasta dosyasında saklanır, bir kopyası da farmakovijilans sorumlusuna gönderilir. Hasta 24 saat takip edilir, doktoru tarafından **“Hastaların Değerlendirilmesi Prosedürü”** nde tanımlanan esaslar doğrultusunda değerlendirilir, bu süre gerekiyorsa uzatılır. İstenmeyen yan etkinin tespitinden sonra gerekli işlemler ve tedavi değişikliği yapılır. Nucleus otomasyon sistemi üzerinden Olay Bildirimi yapılır.

Advers etki bildirimi nasıl yapılır?

Beklenmeyen ciddi ve şiddetli yan etkiler “**Advers Etki Bildirim Formu**” farmakovijilans sorumlusu eczacı tarafından doldurularak 15 gün içinde “**Advers Etki Bildirim Formu**” doldurularak faks veya posta yolu ile bildirilir.

Farmakovijilans sorumlusu, formu ilaç ve Eczacılık Komitesi ile birlikte değerlendirmeye alır, gerekiyorsa Hasta Güvenliği Komitesi’ne sunar. Komite ilacın uygulanişı, sulandırılışı yöntemlerini irdeler ve bazı kararlar alır. Alınan kararlar komite tutanağında belirtilerek Kalite Müdürlüğü’ne iletilir. Gerek görülür ise ilgili firma ile yazışarak ortak çalışmalar planlanır.

Hastanın yanında getirdiğı ve evde kullandığı ilaçlar nasıl kontrol edilir eczaneye nasıl bildirilir?

Hastanın yanında getirdiğı ve sürekli kullandığı ilaçlar hastadan/yakınından öğrenilerek “**Hastanın Kullandığı İlaçları Kontrol ve Teslim Formu**” na kaydedilir, eğer yanında ise ilaçlar hastadan alınır. Form eksiksiz olarak doldurulur. Eğer varsa formla birlikte ilaçlar uygunluğunun kontrolü amacıyla eczaneye gönderilir. Eczacı uygun gördüğü ilaçları kata gönderir, kullanıma uygun bulmadığı ilaçları ise hasta/yakınının onayını alarak imha eder. Servise uygun bulunup gönderilen ilaçlar hastaya ait olan ilaç bölümünde saklanır. Hekim hastanın daha önce kullanmakta olduğı ilacı order ederse hemşire tarafından hastaya uygulanır.

Hasta, hastaneye gelmeden son 24 saat içinde ilaç kullanmışsa ilaç ve besin etkileşimi açısından değerlendirilir mi?

Evet. Hasta yanında ilaç getirmemiş ya da sürekli kullandığı bir ilaç olmasa dahi son 24 saat içinde ilaç kullanıp kullanmadığı sorgulanır ve **Hastanın Kullandığı İlaçları Kontrol ve Teslim Formu**’na kaydedilerek **ilaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimi** açısından eczacı tarafından değerlendirmesi yapılır.

İlaç hatası gerçekleşirse nasıl raporlanır?

İlaç hatası gerçekleşirse hemen Nucleus otomasyon sistemi üzerinden “**Olay Bildirim Modülü**” kullanılarak “**Olay Bildirim**” girişı yapılarak raporlanır.

Yüksek riskli ilaçlar tanımlı mıdır?

Hastanemizde kullanılan yüksek riskli ilaçlar “**Yüksek Riskli İlaçlar Listesi**”nde tanımlanmış olup link’te görülebilir.

Kemoterapi ilaçları nasıl hazırlanır?

Kemoterapi ilaçları eczacı/sertifikalı hemşire tarafından kemoterapi ilaç hazırlama kabininde laminar flow’da hazırlanır.

İlaçları hazırlayan eczacı/kemoterapi hemşiresi tek kullanımlık pudrasız eldiven, gözlük, kemoterapi maskesi, bone ve kemoterapi önlüğü giyer. En son kemoterapi eldivenini pudrasız eldivenlerin üzerine giyer. Hekim direktifine uygun olarak güvenlik kabini içerisinde karışımları “**Sitotoksik İlaç Hazırlama Prosedürü**” ne uygun olarak hazırlar, tek tek kontrol ederek

etiketleri yapıştırır. Karışımlar fiziksel olarak, içlerinde çökme olup olmadığı, istenmeyen renk, sızıntı ve diğer değişiklikler bulunup bulunmadığı hususlarında incelenir.

PCA (Hasta Kontrollü Analjezi) kim tarafından yapılır, ilaçlar kim tarafından hazırlanır ve uygulanır?

PCA ile ilgili tüm hazırlama ve uygulama işlemleri anestezi hekimi/teknikeri tarafından yapılır. PCA li hasta günde en az iki kez anestezi hekim/teknikeri tarafından **PCA Takip Formu** ile değerlendirilir. Hastanın ağrı takibi 5. Vital bulgusu olarak rutin hemşire tarafından yapılır.

Pediyatrik doz ilaçlar nasıl hazırlanır?

Hekim tarafından kiloya göre hesaplanarak hazırlanır. Acil durumlarda kullanılması amacıyla **“Acil Kullanılabilecek İlaçların Çocuk Dozları”** hazırlanmıştır.

İlaç iade süreci nasıl işler?

Hasta taburcu olacağı zaman hastanın hemşiresi tarafından, eczaneye geri verilecek **ilaçlar “İlaç İade Formu”** kullanılarak eczaneye gönderilir.

Hasta ilaçları 24 saatlik doz şeklinde eczaneden gelir, kullanılmayan ilaçlar gün sonunda iade edilir.

İlaç geri çekme ile ilgili süreç tanımlı mıdır?

Herhangi bir neden ile bir ilaç piyasadan geri toplanıyorsa hastane eczanesine Sağlık Bakanlığı, ilaç deposu veya ilacın üretildiği / ithal edildiği firma tarafından durum bildirilir. Konu Eczacı tarafından tüm alanlara mail atılarak bildirilir. Alanlarda geri çekilmesi gereken ilaçlar **İlaç İade Formu** ile eczaneye bekletilmeden gönderilir. Eczacı alanları iade edilmesi gereken ilacın kalıp kalmadığı konusunda kontrol eder.

İnsülin flakonları açıldıktan sonra kaç gün kullanılır?

İnsülin flakonları açıldıktan sonra uygun koşullarda saklanması koşuluyla 28 gün kullanılır.

Buzdolabında hangi ilaçlar bulundurulur?

Buzdolabında saklanması gereken ilaçlar **“Buzdolabında Saklanması Gereken İlaçlar Listesi”**nde belirtilmiştir.

Servislerde ilaç bulundurulan buzdolaplarının takibi kimin tarafından yapılır? Isı ve nem takibi normal değer dışına çıktığında ne yapılır?

Serviste ilaç bulundurulan buzdolaplarının ısı ve nem takibi sorumlu/shift hemşire tarafından yapılır. Sıcaklığın 2-8 derece arasında olması gerekmektedir. Bu derecelerden bir sapma söz konusu olduğunda **“Sıcaklık Nem İzlem ve Temizlik Kontrol Formu”**nun açıklamalar kısmına not düşülerek Teknik Servise buzdolabında bir arızanın olabileceği düşüncesiyle kayıt açtırılır. Buzdolabında bulunan ilaçların bozulmasını önlemek amacıyla ilaçlar **“İlaç İade Formu”**

kullanılarak Eczaneye teslim edilir. Buzdolabındaki arıza düzeldiğinde ilaçlar eczaneden geri alınır.

7.HASTA VE YAKINLARININ EĞİTİMİ

Hasta ve ailesinin eğitim ihtiyaçları belirlendikten sonra hastaya ve ailesine özel eğitim programı hazırlanır. Eğitimler, multidisipliner bir şekilde, konusunda uzman kişiler tarafından verilir. Eğitimlerin sonuçları değerlendirilir, gerekiyorsa tekrar veya ek eğitimler verilir ve kaydedilir. Eğitim, hasta ve ailesinin bakıma ve bakım kararlarına katılımını destekler. Eğitim ve öğrenim hastaların süre gelen sağlık ihtiyaçlarını karşılamaya yardımcıdır.

Hastalara eğitim ne zaman vermeye başlanır ve ne zaman sona erer?

Hastaların bilgilendirilmesi hastaların hastanemize başvurusu ile başlar ve taburculuk eğitimi ile sona erer. Hastanın yatışı süresince, hasta tanı ve tedavi süreçleri hakkında hekimi tarafından bilgilendirilir, riskli işlemler öncesi onamı alınır. Bakımı süresince hemşiresi tarafından eğitim verilir. Beslenmesi ile ilgili eğitim gerekirse diyetisyen tarafından, fizik tedavi ile ilgili eğitim fizyoterapist tarafından verilir. **“Hasta ve Ailesi Eğitim Formu”**nda yer alan planlanmış eğitimlerin haricinde hastanın ihtiyaçları doğrultusunda yandaş hastalıkları da göz önünde bulundurularak yeni eğitimler planlanır. Taburculuğu esnasında varsa kullanacağı ekipmanlar, ilaçlar hakkında eğitim verilir, **“Taburcu Hasta Bilgilendirme Formu”** na kayıt edilir. Bilgilendirici broşürler ve ihtiyacı olduğunda arayabileceği telefon numaraları kendilerine iletilir.

Hastaya verilen eğitimin değerlendirmesi nasıl yapılır?

Hasta ve yakınlarının eğitimindeki amaç onların desteğini almak ve anlamasını sağlamaktır. Bu nedenle eğitim verilmeden önce hastanın eğitimini engelleyen faktörler sorgulanır, çözüm üretilmeye çalışılır. Uygun eğitim yöntemi (düz anlatım, uygulama gibi) seçilir. Eğitim sonrasında hastanın konuyu anlayıp anlamadığı değerlendirilir. Gerekirse eğitim tekrarlanır.

Standart eğitim başlıkları hangi konuları içerir?

Hastaların tanısı farklı olsa bile belirlenmiş standart konularda tüm hastalara eğitim verilir.

Standart eğitim başlıkları; Hastane ve servis hakkında bilgi, enfeksiyon kontrol ve hijyen, güvenli ve akılcı ilaç kullanımı, ilaç ile yiyecekler arasındaki olası etkileşimler, organ nakli bilgilendirme, sigara kullanan hastalar için sigara bırakma, ağrı yönetimi, beslenme, tıbbi cihazların güvenli kullanımı, yandaş hastalıklar ve rehabilitasyon teknikleri vb. dir.

Verilen eğitimleri nasıl kayıt altına alıyorsunuz?

Verilen eğitimler özellikli alanlara göre hazırlanmış **“Hasta ve Ailesi Eğitim Formları”** kullanılarak kayıt altına alınır. Aynı zamanda hemşire gözlem notlarına dokümanite edilir. *Örneğin;* “Hasta ve Ailesi Eğitim Formu”nda 18.10.2014 tarihinde düşme hakkında eğitim

verildiği gözüküyorsa. Hemşire gözlem notlarında da aynı tarihte düşme ile ilgili eğitimin verildiği dokümanite edilmiş olmalıdır.

İlaçlar hakkında hastaya verdiğiniz eğitimin içeriği nedir?

İlaçlar hakkında hastaya verilen eğitim ilaçların doğru zamanda ve doğru dozda kullanılmasının gerekliliğini, ilaç yan etkilerini, hekim tarafından yazılmamış ilaç kullanmamasını (akılcı ilaç kullanımı) içerir. Aynı zamanda kurum içinde hasta yanında ilaç bulundurulmayacağı belirtilir.

1.KALİTE İYİLEŞTİRME VE HASTA GÜVENLİĞİ

Kurumun yönetiminden ve yürütmeden sorumlu liderler kalite yönetimi ve iyileştirme programının planlamasına ve izlemesine katılırlar.

Kalite yönetimi ve iyileştirme programının uygulanması, klinik ve idari yöneticilerin işbirliği ile gerçekleşir. Etkin kalite yönetimi amacıyla kurum tarafından belirlenmiş alanda veriler toplanır ve indikatör olarak takip edilir. İndikatör de istenmeyen eğilim ve sapmalar saptandığında veriler analiz edilir ve iyileştirme faaliyeti (PUKÖ) planlanır.

Tüm bölümlerde performans iyileştirme çalışmaları yapılması gerekir. Burada amaç hastaya verilen tüm hizmetlerde mükemmele ulaşmak ve sürekli ilerlemeyi sağlamaktır.

Denetim esnasında bakımın iyileştirilmesine yönelik yaptığımız faaliyetler hakkında bilgi sahibi olunması çok önemlidir. Bununla ilgili hem bölümümüze hem de hastaneye ait örnekler gösterebilmeliyiz. Göstereceğimiz örneklerde hastalarımıza verdiğimiz hizmetlerin sürekli iyileştirilmesine odaklandığımızı ve bunun en önemsediğimiz konu olduğunu vurgulamamız çok etkili olacaktır.

Hastanemizdeki en önemli kişi kimdir?

Hastamız.

Hasta güvenliğini sağlamak için neler yaparsınız?

Hastanemizdeki tüm uygulamalarda hasta güvenliği, en önem verdiğimiz ve dikkat ettiğimiz konudur. Genel oryantasyon eğitimlerinde hasta güvenliği eğitimi verilir. Hastanemizdeki tüm uygulamalar mevcut prosedürlere göre yapılır ve etkili bir Risk Yönetimi ve Hasta Güvenliği Politikası uygulanır. Hasta güvenliğini tehdit edecek tehlikeleri önceden saptamak ve gidermek için çalışmalar yaparız, TEMOS'ın hasta güvenlik hedeflerini biliriz ve bu konularda da dikkatli davranırız. Hastaya zarar verebilecek tıbbi hataları önlemeye yönelik **Olay Bildirim Yöntemini** uygularız.

Hastanemizde hasta güvenliğinden kim sorumludur?

Tüm çalışanlar sorumludur.

Hastanemizde uygulanmakta olan klinik uygulama kılavuzu/bakım haritası (clinical guideline) mevcut mu? Hangi bakım haritalarını kullanıyorsunuz?

Evet mevcut.

- Anjio Bakım Haritası
- CABG Bakım Haritası
- FAKO Bakım Haritası Rapor
- KOAH Bakım Haritası
- Kalça Protezi Bakım Haritası
- Sezeryan (Sectio) Bakım Haritası
- Normal Doğum Bakım Haritası

Bakım haritası nedir ve hangi amaç için kullanılır? Bakım haritalarının etkinliği nasıl takip edilir?

Bakım Haritası; kanıta dayalı uygulamaları kullanarak standart klinik bakımı sağlamak, süreçteki kritik basamakları atlama riskini önlemek, etkin ve zamanında bakımı sağlamak için kullanılmaktadır. Bakım haritası oluşum aşamasında kanıta dayalı uygulamaların incelenmesi ve sürece dahil olan tüm bakım sağlayıcıların (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist) fikri alınarak uygulamaya alınır. Bakım haritası multidisipliner olarak, kullanım alanına bağlı belirlenmiş kişiler tarafından kullanılmaktadır. Bölümde kullanılan bakım haritalarının analizleri düzenli olarak yapılır.

Bölümünüzde takip etmekte olduğunuz kalite indikatörü var mı? Varsa nedir?

Bölümümüz de takip etmekte olduğunuz kalite indikatörlerini ve sapmaları mutlaka öğreniniz. ***İndikatörlerle ilgili PUKO, KNA, HTEA çalışmaları hakkında bilgi edininiz.***

Kalite indikatörlerini takip etmekteki amacınız nedir?

İndikatörleri takip etmemizdeki amaç vermiş olduğumuz hizmetin kalitesini ölçmek, trendi takip etmek (süreç iyileşiyor mu, yoksa kötüleşiyor mu) ve diğer hastanelerin verileri ile kıyaslayarak nerede olduğumuzu anlamaktır.

Kurum performansını iyileştirme deyince ne anlıyorsunuz?

Performans iyileştirme, hastanemizin verdiği hizmetleri iyileştirmeye odaklanmaktır. Performans iyileştirme, verdiğimiz bakım ve hizmetlerin sürekli iyileştirilmesini ve bakımın doğru, güvenli ve etkili verilmesini sağlar.

Performans iyileştirmeye kimler ilgilenir?

Tüm personelin işidir. Tüm personel yaptığı işin kalitesinden sorumludur. Herkes bir şeyleri daha iyi yapmanın yolunu bulabilir veya bir problemi fark edebilir.

Çalıştığınız bölümde ne gibi kalite çalışmalarına katılıyorsunuz?

Bölüm sorumlunuz ve bölüm çalışanlarınızla birlikte bölümünüzde neleri iyileştirdiğinizi tartışın ve bu çalışmalardan ve sonuçlarından tüm bölüm çalışanlarının haberi olmalı. Bu iyileştirmeyi PUKÖ döngüsüyle tarif edebilecek duruma gelin.

Performans iyileştirme projelerini nasıl seçiyorsunuz?

Hastanenin stratejik planı doğrultusunda konular seçilir. Yönetimden, tüm çalışanlardan, hasta ve yakınlarından gelen veriler doğrultusunda iyileştirme alanları saptanır. İyileştirme konuları hasta bakımını iyileştirmeye yönelik olmalıdır. Performans iyileştirme çalışmaları bölüm sorumlusu ve Kalite Yönetim Departmanının koordineli çalışması ile yürütülür, sonuçlar Kalite Yönetim Departmanında değerlendirilir ve Kalite Konseyine sunulur.

Performans iyileştirme çalışmaları için nerelerden veri alabilirsiniz?

Komite çalışmaları, hasta ve çalışan anketleri, indikatörler, hasta şikayetleri vs.

Validasyon, varyans ve eşik değer nedir?

Validasyon: Verinin konusu, kaynağı, takip yönteminde değişiklik olduğunda, takip edilen veride bir öncekilere göre büyük farklılıklar görüldüğünde, ikinci bir kişi tarafından verinin toplanarak doğruluğunun teyit edilmesi.

Varyans: Aynı olayın birden fazla ya da düzenli olarak ölçümü sonucunda elde edilen sonuçlardaki farklılıklar veya belirlenen eşik aralığından sapmalardır.

Eşik değer: Belirlenen indikatör için kabul edilen limit değerdir. Takip edilen her bir kalite indikatörü için eşik/hedef değerler belirlenmiştir. İndikatörün niteliğine göre eşik değerden fazla veya az olması o süreçte bir sorun olduğunu göstermektedir.

Eşik değerden sapma gösteren süreçler için iyileştirme faaliyeti gerçekleştirilir.

Hastanemizde uygulanan iyileştirme teknikleri nelerdir?

Hastanemizde uygulanan iyileştirme tekniklerinden biri PUKÖ'dür. Eşik değerden sapma gösteren süreçlerin iyileştirilmesi için PUKÖ uygulanır. PUKÖ; Planla, Uygula, Kontrol Et ve Önlem Al adımlarından oluşmaktadır. Aynı zamanda Nucleus- Olay Bildirim Modülü üzerinden bildirim yapılan ve risk puanı 5'in üzerinde olan olaylar için Hasta Güvenliği Komitesi tarafından **Kök Neden Analizi** yapılmaktadır.

Sentinel (Beklenmeyen) Olay Nedir?

Hastanın başına gelmesini beklemediğimiz ani ölümler, fiziki (geçici veya kalıcı) ve ruhsal kayıplar, yanlış taraf, yanlış uygulama, yanlış hasta cerrahisi veya bunların riskleri sentinel (beklenmeyen) olay olarak tanımlanır.

Nucleus- Olay Bildirim Modülü'nden yapılan olay bildirimlerinin risk puanı 5– 7 puan olan olaylar Sentinel (Beklenmeyen) Olay kapsamındadır.

Bu tür olaylar aşağıda örnekleriyle verilmiştir ancak sadece bunlarla sınırlanmamalıdır:

- Yanlış hastanın ya da hastanın yanlış bir bölümünün ameliyat edilmesi
- Hastanın tedavisi ile ilgisi olmayan beklenmeyen ölümler ya da ortaya çıkan büyük fonksiyon kayıpları (beklenen komplikasyonlar hariç tutulmalıdır)
- Sürekli ve ciddi fonksiyon kayıplarına yol açan düşmeler ve yaralanmalar
- Hastaya ulaşan ilaç hataları (yanlış doz, yüksek doz, yanlış ilaç vb.)
- Bebeklerin / çocukların kaybolması veya çalınması
- Tecavüzler ya da cinsel tacizler
- Yanlış kan transfüzyonu
- Personelin bilgisi dışında hastanın hastaneyi terk etmesi
- İntihar vakaları
- Tedavi sırasında ortaya çıkan ciddi ilaç etkileşimleri ve intoksikasyonlar

İstenmeyen Olay (Adverse Event) nedir?

İstenmeyen (Adverse Event) Olay: Tedaviye ve bakıma yönelik, hastada ciddi etki yaratmayan istemeyen hata ve yaralanmalardır. Otomasyon sistemi üzerinde yapılan olay bildirimlerinin risk puanı 1 – 4 arasında olan olaylar İstenmeyen Olay (Adverse Event) kapsamındadır. Bu tür olaylar aşağıdaki örnekleriyle verilmiştir ancak sadece bunlarla sınırlandırılmamalıdır;

- Hasta düşmeleri (hastada herhangi bir komplikasyon gelişmesine neden olmayan düşmeler)
- Hastada ciddi etki yaratmayan ilaç hataları (yanlış doz, yanlış ilaç uygulanması vb.)

Ramak Kala (Neredeyse) (Near Miss) nedir?

İstenmeyen (Adverse Event) Olay veya Beklenmeyen (Sentinel Event) olayların gerçekleşmesi riskini barındıran ancak hastaya ulaşmadan, herhangi bir zarar vermeden önlenen hatalardır. Örneğin: İlacın yanlış doz uygulanmasının, yanlış hastaya uygulanmasının son anda fark edilip önlenmesi gibi olaylar bu kapsamdadır. **“Nucleus- Olay Bildirim Modülü”** modülünden yapılan olay bildirimlerinin risk puanı 0 olan olaylar Ramak Kala (Near Miss) Olay olarak değerlendirilir.

Olay Bildirimi Nasıl Yapılır?

Bütün çalışanlar, hasta güvenliğini, çalışan-ziyaretçi güvenliğini veya tesis güvenliğini tehdit eden, risk kapsamındaki durum/olay (beklenmeyen, istenmeyen veya ramak kala olay) tespit ettiğinde **Nucleus- Olay Bildirim Modülü**’nden olay bildirimi yapar.

Bildirimi yapan çalışanın kimlik bilgileri hiçbir şekilde sistem üzerinde görülmez.

Beklenmeyen/İstenmeyen/Ramak kala bir olay ortaya çıktığı zaman olaya şahit olan ve karışan herkesin bildirim ve şahitlik etmesi beklenir. Herhangi bir şekilde yaşanan olayı kasıtlı olarak sakladığı tespit edilen personel hakkında yasal işlem yaptırılır.

Kalite Müdürlüğü tarafından risk puanı 5 ve üstü olan sentinel olay Hasta Güvenliği Komitesi' ne aynı gün içinde iletilir. Diğer risk puanı olan sentinel olaylar komite tarafından aylık olarak görüşülür.

2.ENFEKSİYONLARIN ÖNLENMESİ VE KONTROLÜ

Enfeksiyon Kontrolünün amacı;

- Hastaları, sağlık çalışanlarını ve ziyaretçileri bulaşıcı hastalıklara ve hastane enfeksiyonlarına karşı korumak,
- Hastane enfeksiyonlarının yayılmasını önlemek,
- Hastane enfeksiyon hızlarını en düşük seviyede tutmaktır.
- Tüm personel ve departman hastane enfeksiyonlarının önlenmesinden sorumludur.

Tüm Personelin Bilmesi Gerekenler

- Enfeksiyon Kontrol Prosedür ve Talimatları
- El Yıkama Talimatları
- İzolasyon Talimatları
- Tıbbi Atıkların Kontrolü ve Atılması Prosedürü

Hastane genelinde enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili kararlar kim tarafından alınır?

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü ile ilgili kararlar **Enfeksiyon Kontrol Komitesi** tarafından alınır. Komite konu ile ilgili hekim, hemşire, teknisyen, destek ve teknik hizmetlerin katılımı ile oluşturulmuştur. Komite de konuşulan konulara göre farklı kişiler görüşlerinin alınması adına komite toplantılarına davet edilmektedir.

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrol edilmesi amacıyla oluşturulmuş bir planınız mevcut mudur?

Enfeksiyonların önlenmesi ve kontrolü amacıyla yapılacak olan denetimleri ve faaliyetleri içeren "Enfeksiyon Kontrol Komitesi Yıllık Planı" mevcuttur.

Hastanede salgın saptanması durumunda ne yapılır?

Hastanede salgın saptanması durumunda "**Hastane Epidemileri Yönetimi Talimatı**"na göre davranılır. Salgının tespitine yönelik çalışmalar başlatılır. Yoğun bakım ünitesi, ameliyathane, doğumhane ve bağışıklık sistemi baskılanmış hastaların yattığı odalarda "**İzolasyon Önlemleri Talimatı**" na göre standart temas izolasyona uygun davranılır. Yayılımı durdurmak için salgın görülen birime Enfeksiyon Kontrol Komitesi kararı ile hasta alımı durdurulur.

Yere Kan – Vücut Sıvıları Dökülmesi Durumunda ne Yaparsınız?

“Özel Bölümlerin Temizlik Talimatı” na göre hareket edilir. Damlayan, sıçrayan ve dökülen kan/vücut sıvıları üzerine ilk önce kâğıt peçete konularak peçetenin sıvıyı emmesi sağlanır. Emdirme işlemi bittikten sonra kâğıt peçete tıbbi atık kovasına atılır. Oluşan bölge temizlik personeli tarafından “Özel Bölümlerin Temizlik Talimatı” na göre dezenfekte edilir.

Delici kesici atıklar hangileridir ve nereye atılır?

Delici kesici atıklar: İğne, enjektör iğnesi, bistüri, lam, lamel, cam parçaları, pastör pipeti, lanset gibi maddelerdir. Delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez, sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan üzerinde “Uluslar arası Biotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi olan sarı renkli plastik kutularda toplanır.

Delici kesici atık kapları ne zaman değiştirilir?

Bu biriktirme kapları, en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve kırmızı plastik torbalara konur. Delici kesici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılm az ve geri kazanılmaz. Delici kesici atık kaplarının üzerine açılış ve son kullanım tarihi yazılır ve 48 saat süresince dolmasa dahi yenisi ile değiştirilir.

Enfekte materyal ile yaralanırsanız ne yaparsınız?

İlk önce yaralanan yer bol su ile yıkanır. Gerekli ise pansumanı yapıp, ardından “İş Kazası Bildirim Formu” ile İşyeri hekimine başvurulur. Eğer personele başka bir bölümde müdahale edilmişse ya da İşyeri hekimi o anda yoksa Acil Servise yönlendirilir. Form Enfeksiyon Kontrol Hemşiresine ve İş Sağlığı ve Güvenliği Uzmanına onaylatılır.

Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi hastanede değilse Supervisor hemşireye, gece olmuşsa Supervisor hemşireye ve gece müdürüne bildirilir ve Olay Bildirim tutulur.

Rutin çevre kültürleri alınır mı?

Rutin çevre kültürleri alınmaz. Enfeksiyon kontrol Uzmanı’nın gerek duyduğu hallerde, salgın durumunda veya şüpheli enfeksiyon kaynağının mevcudiyeti durumunda çevre kültürü alınır.

Hastane enfeksiyonu (nozokomiyal enfeksiyon) nedir?

Hasta hastaneye yattığında inkübasyon döneminde olmayan, yatıştan 48-72 saat sonra, taburcu olduktan 10 gün, cerrahi girişimden 30 gün ya da implant yerleştirilmesini izleyen 1 yıl içinde hastaneden kazanılan mikroorganizmalara bağlı gelişen enfeksiyonlara denir. Yenidoğanda ise; annenin hastaneye yatışı sırasında enfeksiyonun olmadığı, ancak hastaneye yatıştan 48-72 saat sonra doğan bebeğin enfekte olduğu durumlarda yenidoğan nozokomiyal enfeksiyonundan bahsedilir.

Katetere bağlı enfeksiyon riskinin azaltılması için izlediğiniz bir yöntem var mıdır?

KATETER / SET KULLANIMI VE BİLGİLENDİRME			
KATETER ADI		KULLANIM SÜRESİ	NOTLAR
PERİFERİK VENÖZ KATETER	YETİŞKİN	72-96 (ERİŞKİN) SAAT	Pansuman kirlendiği, ıslandığı, kapatma özelliğini kaybettiği zaman veya kanama olduğunda pansuman değiştirilmelidir. Kateter giriş yeri enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden her gün değerlendirilmelidir.
	ÇOCUK	Enfeksiyon yoksa rutin değiştirilmez bulgusu olarak	
SANTRAL VENÖZ KATETER		Enfeksiyon yoksa rutin değiştirilmez bulgusu olarak	Kateter pansumanı steril şeffaf örtüler (tegaderm) ile yapılmış ise kirlendikçe ve yedi günde bir, steril gazlı bez- flaster ile yapılmış ise 48 saatte bir değiştirilmelidir. Kateter giriş yeri enfeksiyon belirti ve bulguları yönünden hergün değerlendirilmelidir.
ÜRİNER KATETER	SİLİKON SONDA	Enfeksiyon yoksa rutin değiştirilmez bulgusu olarak	Steril, sürekli kapalı drenaj sistemleri kullanılmalı ve gerekmedikçe kateter ve drenaj sistemi birbirinden ayrılmamalıdır.
	FOLEY SONDA	Enfeksiyon yoksa rutin değiştirilmez bulgusu olarak	İdrar torbası ve toplayıcı sistemin tamamı mesane düzeyinin altında olmalı ve yere değmemelidir. İdrar torbaları rutin olarak değiştirilmemelidir. Meatüste kir birikimi varsa kontaminasyonu önlemek için su ve sabun ile temizlenmelidir.
			Prezervatif sondalar 24 saatte bir değiştirilmez.

Hastane enfeksiyonlarını nasıl önleriz?

- Uygun el yıkama ve eldiven kullanımı
- Standart önlemlere uyum
- İzolasyon talimatlarına uyum
- Antibiyotik Kullanım Politikalarına uyum
- Uygun dezenfeksiyon ve sterilizasyonun sağlanması
- Atık ayırımına dikkat edilmesi
- Enfekte materyal ile oluşan iş kazaların önlenmesi
- Riskli yaralanmaların izlenmesi
- Diğer enfeksiyon kontrol prosedür ve talimatlarına uyulması ile önleyebiliriz.

Enfeksiyon kontrolünde ilk adım ve en etkili yöntem nedir?

Hastalarla temastan önce ve sonra, kan ve vücut sıvıları ile temastan sonra, eldiven giymeden önce ve çıkardıktan sonra, her işlemden önce ve sonra **“Hijyenik El Yıkama Talimatı”**na göre **ellerimizi yıkamak**. Ellerimizi yıkayamadığımız ve acil durumlarda alkol bazlı el dezenfektanı ile ellerimizi dezenfekte etmek.

Hangi durumlarda eldiven giyilir?

Eldiven giyilmesini gerektiren durumlar:

- Hastayı sağlık personelinin geçici ya da normal florasından korumak için
- Hastaların muayene, bakım ve tedavisinde kan/vücut sıvıları ile temas olasılığı mevcut olduğunda,
- Kan/vücut sıvısı dökülen yerleri temizlerken
- Serum setlerini değiştirirken ve kan setini torbasına takarken
- İdrar torbası, dren ve sürgü/ördeği boşaltırken
- Kolostomi torbası değiştirilirken
- Nazogastrik sonda uygularken
- İzolasyon türü ne olursa olsun izolasyondaki hastaların bakım ve tedavisinde
- Bakım verilen izole hastada farklı bölgelere geçerken
- Hastadan hastaya geçerken
- Sağlık personelinin elinde kesik, çizik, yara olduğunda
- Her işlem öncesi giyilen eldiven o işlem sonrası hemen çıkarılır. Aynı eldivenle asla iki farklı girişimde bulunulmamalıdır. (Bkz: Eldiven Giyme ve Çıkarma Talimatı)

İzolasyon nedir? Kimlere neden uygulanır?

İzolasyon ayırma, tecrit anlamına gelir. Bulaşıcı hastalık şüphesi veya bulaşıcı hastalığı olan hastalara, diğer hastaları ve sağlık çalışanlarını korumak amacıyla uygulanır.

İzolasyon türleri nelerdir?

- Standart İzolasyon
- Bulaşma Yoluna Yönelik İzolasyonlar
 - o Solunum İzolasyonu
 - o Damlacık İzolasyonu
 - o Temas İzolasyonu

Bölümünüzde en sık karşılaştığınız enfeksiyon nelerdir?

Her bir çalışan bölümünde en sık karşılaştığı enfeksiyonu, önlemek için neler yapıldığını bilmelidir. Eğer bilginiz yoksa Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinden öğrenmeniz gerekmektedir.

Hastane dışından transfer edilen hastalardan kültür alınır mı?

Yoğun bakıma transfer edilen tüm hastalardan kültür alınır. Servise alınan yatan hastalarda ise önceden gerçekleşmiş bir girişim, cerrahi yara veya akıntı varsa kültür alınır.

Hangi durumlarda maske veya önlük kullanılır?

Maske veya önlük kullanılmasını gerektiren durumlar aşağıdaki gibidir.

Standart Önlemler	Damlacık İzolasyonu	Solunum İzolasyonu	Temas İzolasyonu
			
Kan ve vücut sıvılarının sıçraması olasılığı varsa KORUYUCU ÖNLÜK kullanılır.	MASKE (cerrahi) kullanılır.	Filtre edici ÖZEL MASKE (N 95) kullanılır.	Kan ve vücut sıvıları ile bulaşma söz konusu olduğunda önlük giyilir, MASKE VE GÖZLÜK takılır. (VRE ise her durumda giyilmeli)
Hastanın durumu ve uygulanacak işlemler göz önüne alınarak kan ve vücut sıvılarına güçlü bir maruziyet riski olduğunda ÖNLÜK, MASKE ve/vaya KORUYUCU GÖZLÜK kullanılır	Kan ve vücut sıvıları ile bulaşma söz konusu olduğunda ÖNLÜK giyilir.	ÖNLÜK giyilir.	

TEMOS Denetimi Sırasında Liderlerin Rolü

Liderlerin rolü, tüm personelin aşağıdaki maddeler hakkında bilgi sahibi olmalarını sağlamaktır.

- Hastanemizin misyonu, vizyonu ve hedefleri,
- Hastanemizin ilkeleri,
- Hasta güvenliği,
- Güvenlik planları (yangın, deprem, tahliye, asayiş, sabotaj, epidemi),
- Tehlikeli maddeler ile ilgili prosedürler,
- Hasta hakları ve sorumlulukları,
- Olay bildirimleri,
- Gizlilik prosedürleri,
- Kalite iyileştirme çalışmaları,
- Enfeksiyon kontrol prosedürleri,
- Görev tanımı,
- Organizasyon şeması ve kendi yeri,
- Personel yaralanmaları.

Yönetimsel - stratejik sorular:

1. Stratejilerinizi neye göre belirliyorsunuz? Nasıl geliştiriyorsunuz? Ölçülecek alanları nasıl seçiyorsunuz? Liderlerin alan seçimindeki rolleri nedir?

2. Hastane yönetim kurulu kaç kişiden oluşuyor? Nasıl seçiliyor? Çalışanların görev yetki sorumlulukları yönetim kurulunun sorumluluğunda mı?
3. Y.K misyon vizyon ve stratejik planı onayladı mı?
4. Y.K kalite yönetim programları ile prosedürler konusunda direk olarak katkısı var mı?
5. Genel kurulun yönetim kuruluna tahsis etmediği konular var mı?
6. Hastaların güvenliği için liderler olarak ne yapıyorsunuz?
7. Yönetim vizyonu ve misyonu yerine getirmek için nasıl iletişim kuruyor?
8. Doğal afet / deprem planınız var mı?
9. Acil durumlarda (felaket) extra insan ve malzeme gücü planladınız mı?
10. Acil durumlarda (Yangın, deprem) tahliye tatbikatı yapıldı mı?
11. Özel bir doktorun (staf olmayan)hastalarını nasıl getirdiğine dair bir politikanız var mı?
12. Gelecek doktor konusunda karar merci kim? Nasıl işliyor? (medikal direktörlük mü yoksa Yönetim kurulu mu?)
13. Klinik ve non klinik sözleşmeleriniz var mı? Klinik alanda hizmet aldığınız servisler nelerdir?
14. Sözleşmeli hizmetlerin kalitesini nasıl ölçüyorsunuz?
15. İşe alma sürecini anlatırmısınız? İstanbul ve Türkiye’de eksikliği olan uzmanlık alanları nelerdir?
16. Kadro planlamasını kimler yapıyor? Personel ihtiyacını kimler nasıl belirliyor?
17. Personeli elde tutmak için ne yapıyorsunuz?
18. Oryantasyon programınızı anlatabilirmisiniz? Programda güvenlik var mı?
19. Laboratuvar- bilgisayar oryantasyon programını anlatabilirmisiniz?
20. Topluma hangi hizmetleri vereceğinizi nasıl seçiyorsunuz? (Yeni servislerin açılması) İş planı, maliyet planı yapıyor musunuz, yeni hizmetin getirisi ne kadar? Konu ile ilgili veriyi nasıl topluyorsunuz? Ne kadar toplayabiliyorsunuz?
21. İhtiyaç olduğu için bir hizmet açtınız mı? Klinik açacağınız zaman nerede açılması konusundaki kararı nasıl verdiniz?
22. Departman planlarınız varmı?İş planınızı yaparken departman planlarını göz önünde tutuyor musunuz?
23. Neden akredite olmak istiyorsunuz?

Yönetimsel - Operasyonel Sorular:

24. Evsel, cam, tıbbi, enfekte atıkları nasıl ayırıyoruz? (Tehlikeli Malzeme ve Atıkların Yönetimi Prosedürü)
25. Çalıştığımız bölüme en yakın acil arabası (crash-cart) nerede bulunmaktadır?
26. Acil arabaları hangi sıklıkla kontrol edilir?
27. Acil arabaları standardize edilmiş midir?
28. Doktor istemleri okunaksız olduğu ve ne olduğu bilinmeyen kısaltmalar kullanıldığı zaman ne yapıyoruz?
29. Ne zaman el yıkarız?
30. Ellerimizi nasıl yıkarız?
31. Bize el yıkama eğitimi veriliyor mu?

32. Alkol bazlı el temizleme solüsyonlarını ne zaman kullanınız?
33. Hastanemizde alkol bazlı el dezenfektanları nerede bulunur?
34. Fikirlerimizi hastane yönetimi ile nasıl paylaşırsınız?
35. Hastanemizdeki gelişmelerden nasıl haberdar oluruz, diğer personelle hangi yollarla iletişim kurarsınız?
36. Cıva saçılmalarında ne yaparsınız?
37. Ekipmanların doğru çalışıp çalışmadığını nereden anlarız?
38. Cihaz arızalarında nereyi ve nasıl ararsınız?
39. Biomedikal Servisine tamir veya bakım için gönderilen cihazlara gönderilmeden önce ne işlemler yapılır?
40. Oksijen tüplerini taşıırken ne gibi önlemler alıyoruz?
41. Çalıştığımız bölümde merkezi oksijen kapatma yetkisi kimdedir?
42. Tesisatla ilgili bir problemle karşılaşınca ne yaparsınız?
43. Hasta ve yakınlarına verilen bilginin anlaşıldığını nasıl saptarsınız?
44. Mavi kod uygulaması nedir? Ekipte kimler vardır, ekip nasıl toplanır?
45. Pembe kod uygulaması nedir?
46. Hasta evden getirdiği ilaçları kullanabilir mi?
47. Hasta kendi kendine ilaç alabilir mi?
48. Çalıştığımız bölümde ilaç hatalarını azaltmak için ne yapıyoruz?
49. Çapraz kontaminasyon ne demektir?
50. Kırmızı atık torbalarına hangi atıklar konulur?
51. Bireysel koruyucu ekipman nerelerde depolanır?
52. Enfeksiyon kontrolü konusunda bilgiyi nereden alıyoruz?
53. Nozokomiyal enfeksiyon nedir?
54. Bu enfeksiyonları önlemek için kurumunuzda ne gibi çalışmalar yapılmaktadır?

Hastanemizde hangi komiteler bulunmaktadır?

- Hastaneler Yönetim Kurulu
- Tıbbi Etik Kurul
- Disiplin Kurulu
- İş Yeri ve Çevre Güvenliği Komitesi
- Kalite Konseyi
- İlaç Eczacılık Komitesi
- Transfüzyon (Kan Bankası) Komitesi
- Enfeksiyon Kontrol Komitesi
- Hasta Güvenliği Komitesi
- Değerlendirme Komitesi
- Hasta Hakları Ve Hasta Memnuniyeti Komitesi
- Radyasyon Güvenliği
- Risk Yönetimi Komitesi

Bölümünüze ait stratejik yönetim planlarınız mevcut mu?

Evet. Her yıl bölümümüze özgü stratejik yönetim planı hazırlanır. Bu planda bölümümüzün performansını arttırmaya yönelik hedefler belirlenir. Bu hedefler yıl ortasında gözden geçirilir. Hedeften sapmalar değerlendirilir ve aksiyonlar alınır.

Hastane yönetimi, hastaları ve çalışanları kontamine, sahte veya amaç dışı kullanılan ürünlerden korumak için ilaçlar, tıbbi teknoloji ve malzeme tedarik zincirinin güvenliğine ilişkin nasıl önlem alır?

Tedarik zinciri yönetimi (örneğin, malzemelerin imalatçıdan distribütörlere ve oradan da hastaneye nasıl ulaştığı) gerekli malzemelerin yalnızca zamanında elde edilebilirliğini sağlamanın değil, aynı zamanda kontamine, sahte veya amaç dışı kaynaklardan sağlanan ilaç, tıbbi teknoloji ve sarf malzemelerinin hastalara ulaşmasını önlemenin de önemli bir parçasıdır. Tedarik seçimi yapılırken firmanın itibarı, güvenilirliği ve etik çalışıp çalışmadığı çeşitli kaynaklardan araştırılır ve firmanın kalite belgeleri istenir.

Ürün takibi nasıl yapılmaktadır?

Barkodlama ürün takibi yapmak, yönetimin ve çalışanların tedarik zincirini anlamasına ve amaç dışı kullanımın önüne geçilmesine yardım eder. Hastaneye gelen malzemeler depo tarafından hastane sisteminden alınan **barkodlar ile barkodlanarak** raflara alınır ve alanlara dağıtımı yapılır. Böylece alanda deponun kontrolü dışında sahte, değiştirilmiş malzeme kullanımı engellenmiş olmaktadır, tüm çalışanlar bu konuda bilgi sahibidir ve barkodu olmayan malzeme tespit edildiği durumda açılmaz ve depoya teslim edilir.

Bölümünüze özel takip ettiğiniz indikatörler nelerdir? İndikatörlerle ilgili olarak yapılan iyileştirmeler ne şekilde takip ediliyor?

Bölümünüzde takip etmekte olduğunuz kalite indikatörlerini ve sapmaları mutlaka öğreniniz. Bu sapmaların iyileştirmeleri ilgili komitelerde görüşülür ve sapmalara göre aksiyon planlanır. Her bölüme özgü belirlenmiş kalite indikatörleri mevcut. İndikatörlerle ilgili PUKO, KNA, HTEA çalışmaları hakkında bilgi edininiz.

Kurumsal ve klinik etik çerçeve nasıl belirlenir?

- Tüm çalışanlar “Etik İlkeler Politikası”nı benimser ve bu doğrultuda çalışır.
- Tüm çalışma prensipleri ticari, mali, etik ve hukuki normlar çerçevesinde uluslararası normlar dikkate alınarak oluşturulmuştur.
- Din, dil, ırk farkı gözetmeksizin personel istihdamı ve hasta bakımı sağlanır.
- Hastanede verilen hizmetleri topluma doğru tanıtır.
- Sunulan bakım hizmetlerini kesin, doğru bir şekilde faturalandırır, mali teşviklerin ve ödeme planlarının hasta bakımını tehlikeye atmamasını sağlar.
- Tüm çalışanlar etik dışı davranışa ya da hastaya ulaşan bir tıbbi hataya şahit olduğunda cezalandırma korkusu olmadan Nucleus-Olay Bildirim Modülü’nü kullanarak olay bildiriminde bulunabilir.

- Hastaya yansıyan tıbbi hatalar, hasta şikayetleri, davaya yansımış malpraktis konuları Tıbbi Etik Kurul’da görüşülür ve kararlar alınır.

Hasta Güvenlik Kültürü nedir?

Hasta güvenliği kültürü: Hasta güvenliğinin en öncelikli konu ve ortak değer olarak kabullenilmesi. Hasta güvenliğinin kurumsal kültürün bir parçası haline getirilmesidir.

- Yüksek riskli ve hata yapılabilecek aktivitelerin belirlenmesi
- Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden rapor edilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortamın yaratılmış olması
- Riske açık uygulamalarda her düzeyde çözümlerin üretiliyor olması
- Hasta güvenliği konusuna kuruluşun kaynak ayırması

Hastanenede “Hasta Güvenlik Kültür Programı” nasıl uygulanır?

1. Yüksek riskli ve hata yapılabilecek süreçler belirlenmiştir. (*Olay bildirim türleri: cerrahi hatalar, ilaç hataları, bakım hataları, transfüzyon hataları, düşmeler vb.*)
2. Tıbbi hataların korkusuzca ve çekinmeden bildirilebildiği ve cezalandırılmadığı bir ortam **Olay Bildirim Sistemi** oluşturulmuştur.
3. Hasta güvenliği sorunlarına çözüm bulmak üzere işbirliği içinde çalışan multidisipliner bir ekip **“Hasta Güvenliği Komitesi”** oluşturulmuştur.
4. Tüm çalışanların hasta güvenliği konusunda eğitimler verilmiştir.

3. TESİS YÖNETİMİ VE GÜVENLİĞİ

Hastalarımız, aileleri, çalışanlarımız ve ziyaretçiler için güvenli, fonksiyonel ve destekleyici bir tesis yönetimi sağlamaktadır. TEMOS’ın Tesis Yönetimi ve Güvenliği konusundaki standartlarının temel amacı, güvenli ve verimli bir çalışma ortamı yaratmak, optimum hasta güvenliği sağlamaktır.

- Hastalar, hasta yakınları, çalışanlar ve ziyaretçiler için güvenli bir fiziksel ortam sağlanmaktadır.
- Yangın, deprem, sabotaj toplumsal olaylar, salgın gibi doğal afetlere ve acil durumlara yönelik **Acil Durumlar İçin Eylem Planı** ve **Hastane Afet Planı** mevcuttur. Personel bu konularda eğitim alır ve belirli periyotlarda tatbikatlar yapılarak bu tür olaylara karşı hazır olunması sağlanır. Yangın güvenlik sistemi ve yangın riskini azaltmaya yönelik her bölüme özgü risk planları vardır.
- Tüm çalışanlar yılda bir kez yangın ve bina tahliye eğitimi almakta ve tatbikat yapılmaktadır.
- Tıbbi cihazların güvenliği için bakım ve kalibrasyonları belirli periyotlarda yaptırılır. Bölümlere özgü cihaz envanteri mevcuttur ve cihazların kalibrasyon sertifikaları

- ulaşılabilir durumdadır.
- Hasta bakım hizmetlerini kesintiye uğratmamak için şebeke ya da alternatif kaynaklardan içme suyu ve elektrik enerjisi 7 gün 24 saat kesintisiz sağlanmaktadır.
 - Elektrik, temiz su, pis su, havalandırma, medikal gaz ve diğerk kilit sistemler düzenli olarak denetlenir, bakımları yapılır ve uygunsuzluk tespitinde derhal iyileştirmeler planlanmaktadır. UPS ve jenaratör gibi alt yapı sistemlerinin bakımları periyodik olarak yaptırılmaktadır.
 - Tehlikeli maddelerin kullanımı kontrollüdür. Bölümlere özgü tehlikeli madde envanteri vardır. Tehlikeli maddeye özgü MSDS bilgi föyleri mevcuttur ve çalışanlar dökölme ya da saçılma durumunda ne yapacaklarına dair eğitimler alır. Kimyasallar çelik ve kilitli dolaplarda muhafaza edilerek güvenli depolama sağlanmaktadır. Tehlikeli atık yönetimi için bir plan vardır ve güvenli bir şekilde toplanmaktadır.
 - Tesis Yönetimi ve Güvenliğı ile ilgili **İş Yeri ve Çevre Güvenliğı Komitesi'**nde görüşölür. Periyodik olarak yapılan bina-tesis turunda tespit edilen uygunsuzlukların iyileştirilmesi planlanır.

İş Yeri ve Çevre Güvenliğı Komitesi'nin amacı ve görevi nedir?

Amacı; hastanede çalışan güvenliğı konularında değerdendirmeleri işveren veya işveren vekili ile paylaşarak iş sağlığı ve güvenliğıne yönelik gerekliliklerin yerine getirilmesini alınmasını sağlamak.

- İşyerinin tüm bölümlerinde oluşabilecek riskler için değerdendirme skalası hazırlanarak, risk değerdendirmelerinin yüksek çıkması halinde bunları azaltmak için önlem geliştirip yönetime sunar,
- İşyerinde yangın, doğıal afet, sabotaj ve benzeri tehlikeler için alınan tedbirlerin yeterliliğini ve ekiplerin çalışmalarını izler,
- Genel işleyiş, aksaklıkların tespiti amacıyla bina turları yapmak ve hastane içerisinde tehlike arz edebilecek alet veya durumların en kısa zamanda ilgili birime/kiş(i)lere rapor edilebilmesini sağlayacak mekanizmalar oluşturmak
- Acil durum ya da afet durumlarına gerekli alt yapı ve donanımı sağlamak

Çalışanların, hastaların, ziyaretçilerin ve hasta yakınlarının afet ya da acil durumda anında yapması gerekenleri anlatan planınız mevcut mu?

Hastanemizin yangın, deprem, sabotaj toplumsal olaylar, salgın gibi doğıal afetlere ve acil durumlara yönelik **Hastane Afet Planı** mevcuttur.

(Bu planlardan tüm çalışanlarımızın haberdar olması zorunludur. Konu ile bilginiz yoksa lütfen linkten okuyunuz).

Acil durumda ulaşılacak kişilerin listesi var mıdır?

Acil Durumlar İçin Eylem Planında acil durumda ulaşılacak kişilerin telefon listesi mevcuttur.

Katınızda bulunan yangın dolabının, yangın tüplerinin yerlerini ve acil çıkış yolunu biliyor musunuz?

Katlarınızda bulunan yangın dolaplarının, yangın tüplerinin yerlerini ve acil çıkış yollarını bilmiyorsanız lütfen öğreniniz.

Acil durumlar için tatbikat yapıyor musunuz? En son yangın tatbikatını ne zaman yaptınız?

Tüm acil durumlar ve bina tahliye tatbikatı yılda en az 1 kez yapılır. Tatbikat raporları “**Tatbikat Rapor Formu**” kullanılarak Kalite Müdürlüğü’ne bildirilir. Eğer yangın tatbikatına katıldıysanız belirtin. Katılmadıysanız dürüst olun ve katılmadığınızı belirtin.

Acil durum kodları nelerdir?

ACIL DURUM KODLARI (EMERGENCY CODES)				
	BEYAZ KOD (CODE WHITE)	HASTANE GÜVENLİK ALARMI (HOSPITAL SECURITY ALARM)		1111
	MAVİ KOD (CODE BLUE)	TIBBİ ACIL DURUM (MEDICAL EMERGENCY)		2222 KOD BUTONU (CODE BUTTON)
	PEMBE KOD (CODE PINK)	ÇOCUK GÜVENLİĞİ (CHILD SAFETY)		3333
	KIRMIZI KOD (CODE RED)	YANGIN (FIRE)		XXXX
	SARI KOD (CODE YELLOW)	DOĞAL AFET (NATURAL DISASTER)		XXXX
	TURUNCU KOD (CODE ORANGE)	TEKNİK, KİMYASAL VE FİZİKSEL ACIL DURUM (TECHNICAL, CHEMICAL AND PHYSICAL EMERGENCY)		XXXX

Yangın veya duman gördüğünüz takdirde ne yaparsınız?

Yangın, alev ve/veya yoğun dumanı gördüğümde, emin olmasam bile yangın ihtimalini göz önünde bulundurarak 4444 arayıp haber veririm. Bulunduğum alanda telefon yoksa yangın butonuna basarak alarm veririm.

Yangın durumunda ilk yapacaklarımız nelerdir?

Yangın durumunda ilk yapılacaklar:

Yangını ilk gören kişi yangını ihbar edip söndürmeye çalışır.

- Yangın dâhili anons sisteminden yeri belirtilerek “**Acil Durum Kodları Bilgilendirme Kılavuzu**” na uygun olarak **KIRMIZI KOD** ile herkese duyurulur ve Güvenlik Görevlileri tarafından şehir itfaiyesine haber verilir.
- Söndürme ekibi gerekli koruyucu kıyafetlerini giyerek yangın mahalline gider.
- Söndürme ekibinin yangın mahalline gelmesinden sonra yangını ilk gören kişiden yangın ile ilgili bilgileri alır.
- Teknik hizmetlerce görevlendirilen kişi yangın pompalarının bulunduğu yere giderek yangın pompalarının çalışır ya da çalışmaya hazır durumda olduğunu kontrol eder.
- Yangın söndürme ekibi yangın mahallinin elektriklerinin kesik olduğunu kontrol eder, eğer kesik değilse kesilmesini sağlar.
- Yangın söndürme ekibi lideri ekibin hazır olduğunu görüp yangın hakkında gerekli bilgileri aldıktan sonra nozulcu ya yangına gir talimatını vererek müdahaleye başlatır.
- Yangının diğer ofislere ve ünitelere sıçramasının önlenmesi için, yangının çıktığı ofisin veya ünitenin kapısı kapatılır. Ancak, gaz sıkışmasına ve patlamaya neden olma riski varsa bu yapılmaz, kapı yarı açık tutulur.
- Asansörler en alt kata çekilerek kapıları açık bırakılır ve devre dışı bırakılır. Böylelikle asansör boşluğunun dumanın ve yangının çıkış bacası olarak kullanması sağlanır.
- Bina giriş katındaki tüm çıkış kapıları açılır.
- Tüm havalandırmalar kapatılır.
- Güvenlik personeli yangın mahalli etrafında gerekli emniyet tedbirlerini alarak katı boşaltır.
- Yangının büyüklüğüne göre gerekirse hastanenin tahliyesi “**Hastane Tahliye Planı**” nda belirtildiği şekilde yapılır.

Yangının yayılmasını önlemek için yapmamız gereken en önemli şey nedir?

Yangının olduğu odanın kapısını kapatmak. Böylece yangını odaya hapsedip oksijenle temasını keserek büyümesini engellemiş oluruz.

Yangın söndürme tüpü nasıl kullanılır?

- En yakın yangın dolabından yangın söndürme tüpünü alırsız,
- Tüpün pimini çekersiz,
- Yangın olan alana hedef küçültürük kendimizi tehlikeye atmayacak şekilde en fazla 1,5 metre yaklaşırsız,
- Yangın tüpünü yangının kaynağına yönelterek tüpün koluna basarsız.

Yangın alarm butonları nerelerdedir?

Yangın alarm butonları, tüm kaçış yönlerinde olmak üzere tüm bölümlerdeki koridorlarda mevcuttur (lutfen çalıştığınız bölümdeki yangın alarm butonları, yangın tüpleri ve yangın dolaplarının yerlerini öğreniniz).

Hastanemizin sigara politikası nedir?

Hastanemizde kapalı alanlarda kesinlikle sigara içmek yasaktır. Bahçede belirlenmiş alanlarda sigara içilebilmektedir.

Elektrik kesildiğinde ne olur?

Elektrik kesilir kesilmez jeneratör devreye girer. Önemli bilgisayarlar, yoğun bakım, ameliyathane gibi hastanın yaşamının cihazlara bağlı olduğu alanlarda kesintisiz enerji kaynağı (UPS)25 dakika boyunca enerji verir. Ayrıca, aydınlatmayı sağlayan bazı lambalar ve kaçış yönünü gösteren işaretler kendinden akülü olup 1 saat boyunca aydınlatmayı sağlarlar.

Katta bulunan medikal gaz alarm verirse ne yaparsınız?

Medikal gaz panosu üzerinde yazan talimatları uygulayım. Hemen teknik servise telefon edip alarm konusunda bilgi veririm.

Acil durumlarda bina boşaltma kararı verilirse asansörleri kullanır mısınız?

Hayır. Asansörleri kullanmayız. Yangın çıkış merdivenleri kullanılır. Sadece yoğun bakımda olan ve yürüyemeyen hastaların tahliyesi durumunda hasta asansörü kullanılır.

Acil Durumlar için Eylem Planına uygun bir şekilde, belirtilen toplanma merkezine gidilir.

Kayıp veya çalıntı eşyayı nasıl bildiririz?

En kısa zamanda Güvenlik Departmanını arayarak haber veririm.

Hastanemizde hangi önleyici güvenlik tedbirleri vardır?

Yaka kartları, yoğun bakımların kapı girişlerinin şifreli olması, üniformalar, kilitler, alarmlar, video kameraları, devriye ve nokta görevi yapan güvenlik elemanları.

Yaka kartlarını kimler, nasıl kullanır?

İstisnasız tüm personel mesai saatleri içinde resimli yaka kartı takmak zorundadır.

Hastanede şüpheli bir paket ya da şüpheli bir kişi görürseniz ne yaparsınız?

Hastanenin herhangi bir yerinde şüpheli bir kişi ya da bir paket görürsem 1111'i arayıp **beyaz kod** alarmı veririm. Şüpheli kişi olması durumunda güvenlik personeli ilgili kolluk kuvvetlerine hemen haber verir. Şüpheli bir paket olması durumunda ise paketin etrafı çevrilerek güvenlik kordonu oluşturulur, yakın alanlar boşaltılır ve kolluk kuvvetleri gelene kadar alana kimsenin yaklaşmamasını sağlar.

Pembe kod uygulaması nedir?

Bebek / çocuk kaçırılma ve kaybolma durumunda gerekli güvenlik önlemlerinin **pembe kod ekibi** tarafından hemen alınabilmesi için hastane bünyesinde uygulanan bir alarm sistemidir. Pembe kod çağrısı duyulduğu anda görevli ekip görev yerlerine hemen gider ve uygulamaya başlarlar.

Pembe kod alarmı verildiği anda; ilk olarak hastane giriş-çıkış kapıları, yangın merdiveni giriş çıkışları, bağlantılı bina geçişleri güvenlik tarafından kapatılarak tüm giriş ve çıkışlar kontrol altına alınır. Asansörler giriş katta rezerve olarak teknik servis tarafından tutulur. Delillerin yok olmaması için olay yeri koruma altına alınır. Güvenlik hastane genelinde arama yapar. Görevli diğer ekip aşağıda belirlenen görev yerlerinde arama bulma çalışmalarına destek verir. Tüm kurum çalışanları (şahsa müdahale etmeden) ekibe yardımcı olmak amacıyla gördükleri bebek veya çocuklu kişileri güvenlik kamera odasına hemen telefonla haber verir. **Uygulama pembe kod iptal çağrısı yapılana kadar devam eder.**

Bebek kaçırılmasına yönelik güvenliğinin sağlanması için alınan ekstra önlemler nelerdir?

Bebek güvenliğinin sağlanması için yaptıklarımız:

- Pembe Kod eğitimleri tüm hastaneye verilmektedir. Yılda bir kez tatbikat yapılmaktadır.
- Doğumdan hemen sonra anne ve bebeğe seri numaraları aynı olan, bebeğin cinsiyetine göre rengi pembe veya mavi olan ve kimlik bilgilerini içeren “Hasta kol bandı” takılır. Bu kol bantları, bebek hastaneden taburcu olana kadar anne ve bebekte kalması sağlanır.
- Bebeklerin/çocukların yetkisiz kişiler tarafından bulunduğu kattan, odadan çıkarılması önlenir. Tüm çalışanların personel kimlik kartı kullanması sağlanır.
- Çocuk güvenliğinin sağlanması adına servislere giriş çıkışlar güvenlik kamerası ile izlenir.
- Nöbet teslimlerinde, paylaşımı yapılan hastalar, giden ve gelen hemşiresi ile hasta odasında ve yerinde görülerek telsim alınır ve yeni gelenler kimlik tanıtım kartı takılı olarak kendini tanıtır.
- Bebeklerin bölümler arası transferi ve anne yanından alınması hemşire tarafından yalnızca baby kot (bebek yatağı) ile yapılır. Kucakta bebek taşınması durumunda kattaki görevli hemşire tarafından bebeği taşıyan bebek yakını uyarılır.
- Taburculuk esnasında anne mutlaka tekerlekli sandalye ile ve yardımcı sağlık personeli yardımı ile taburcu edilir. Kucağında bebek ile yürüyerek hastaneden ayrılanlar güvenlik tarafından sorgulanır.
- Ziyaretçilere hemşire tarafından hastanın oda numarası, adı, soyadı sorularak hastanın durumu uygunsa hasta ve / veya yakınlarının onayı alınarak ziyaretçi kabul edilir.

Tıbbi ekipmanlarınızın envanteri var mıdır? Kalibrasyon planınızı neye göre belirliyorsunuz?

Bölmelere özgü tıbbi ekipman envanteri mevcuttur. Ayrıca Biyomedikal Müdürlüğünde de ekipman listeleri mevcuttur. Kalibrasyon planına göre hangi cihazın hangi periyotlarda kalibrasyon yapılacağı planlanmıştır.

Tıbbi cihazlar için geri çağırma sisteminiz var mıdır?

Tıbbi Cihazların Geri Çağırılması Prosedürü ne uygun olarak Biyomedikal Müdürlüğü Organizasyonu ile yürütülür.

Hastanemizde atıklar kaç çeşit olarak belirlenmiştir ve nelerdir?

Hastanemizde atıklar 4 şekilde ayrıştırılmaktadır:

Bunlar; Evsel Atık, Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Delici-kesici atıklar olarak 4 ayrı biçimde toplanır ve taşınır

4.ÇALIŞANLARIN NİTELİKLERİ VE EĞİTİMİ

Kadro planlaması nasıl yapılır? Eksik kadro nasıl belirlenir ve tamamlanır?

İnsan Kaynakları Direktörlüğü tarafından hazırlanan esaslar kapsamında ilgili Birim Yöneticileri tarafından yıllık bütçe çalışmaları çerçevesinde Şirket'in organizasyon yapısı, teknik gelişmeler, terfi, istifa, tayin ve emeklilik dikkate alınarak, kadro ihtiyaçları belirlenir.

Personel alımında gerekli olan eğitim ve beceriler tanımlanmış mıdır?

Her bir ünvan için belirlenmiş eğitim ve beceri kriterleri "Görev Yetki ve Sorumlulukları"nda belirtilmiştir. İşe alımda bu kriterler göz önünde bulundurularak personel seçimi yapılır.

Bölümünüze özel yaptığınız işlemler ve bakım ile ilgili eğitimler aldınız mı?

İşe başlangıçta Genel Oryantasyon Eğitimi kapsamında başlangıç niteliğinde eğitim aldım. Ardından bölümüme özel, yaptığım bakım ve işlemlerle ilgili bölüm sorumlusunun gözetimi altında İş Başı Adaptasyon Eğitimi aldım.

Görev yetki ve sorumluluklarınızı biliyor musunuz?

Her bir ünvan için hazırlanmış "Görev Yetki ve Sorumluluklar" link üzerinden yayınlanmıştır. Eğer görev tanımınızı net olarak bilmiyorsanız. Lütfen sistemden okuyunuz.

İşe yeni başlayan hemşirelerin yanında tecrübeli birisi bulunur mu?

İş başı adaptasyon sürecinde bulunan hiçbir çalışan tek başına uygulama yapmaz. Yanında mutlaka yetkin ve sorumlu bir kişi bulunur.

Performans değerlendirmesi ne sıklıkla yapılır?

Performans değerlendirmesi senede bir kez yapılır.

CPR eğitimleri ne sıklıkla tekrarlanır?

CPR eğitimleri yılda bir tekrarlanır. Tüm sağlık çalışanları CPR eğitimi alır.

Çalışan sağlığı nasıl takip edilir?

Çalışan sağlığı doğrultusunda yapılan rutin testler ve takipler iş yeri hekimi tarafından yapılır.

Kuruma yeni bir cihaz satın alındığında, kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilir mi?

Yeni bir cihaz satın alındığında cihazın üretici firmasından kullanıcı eğitimi talep edilir. Ayrıca birim sorumluları ve biyomedikal birimi tarafından her cihaz için ayrı eğitim verilir.

5.BİLGİ YÖNETİMİ

Bilgi yönetimi ile ilgili standartlar, iç ve dış bilgi ihtiyacını nasıl karşıladığımızı, bilgilerin mahremiyeti, gizliliği ve güvenliğini nasıl sağladığımızı değerlendirir. Bilgilerin nasıl toplandığını, paylaşıldığını, saklandığını, analiz edildiğini sorgular ve bu bilgilerin hasta bakımı, kalite iyileştirme ve yönetsel kararların alınmasında nasıl kullanıldığını değerlendirir.

Herhangi bir görev tanımı, prosedür, plan, politika gibi Kalite Yönetimi ile ilgili dokümana nasıl ulaşırız?

Bilgisayarlarımızda linke girerek, tüm dokümanlara ulaşılır.

Hangi tür bilgiler gizlidir?

Hastalarımıza ait tüm özlük, tıbbi ve finansal bilgiler gizlidir. Hastalarımızın sağlık durumu, bakım planları, teşhis ve tedavi bilgileri ve kişisel bilgileri kesinlikle gizlidir ve bu bilgilere sadece hastamızın bakımı ve tedavisi ile doğrudan ilgili personelimiz erişebilir. Ayrıca personelimize ait bazı bilgiler ve kurumsal bazı bilgilerin gizliliği de esastır.

Hasta kayıtlarına kimler erişebilir?

Hastaların durumları hakkındaki tüm dokümanlar gizli olarak işlem görür. Hastalar hakkındaki bilgileri içeren tıbbi kayıtları yalnızca hasta bakımı ve tedavisini sağlamakla sorumlu olan tıbbi personel, kat sekreterleri, tıbbi ve istatistikî bilgileri karşılaştıran personel ile kalite kayıtlarını gözden geçiren personelin görmesine izin verilir.

Hasta veya hasta yakını hastalık hakkında soru sorduğunda hastanın hekimine yönlendirilir.

Hasta bilgilerinin gizliliği nasıl sağlanmakta ve kimlere nasıl bilgi verilir?

Hasta dosya bilgisi vermede yetkili birim BAŞHEKİMLİK'tir. Başhekimlik dışında başka bir birim hasta dosya bilgisi vermede yetkili değildir. Hastanın tıbbi bilgilerine sadece hastanın sağlık bakımı ve tedavisi ile ilgili personel, arşiv personeli ve ilgili komiteler ulaşabilir. Hasta veya yakınlarına telefonla bilgi verilmez. Hastalarımızın durumuyla ilgili Asansör, Lobi, Cafeterya gibi toplu alanlarda konuşulmaz .

Hasta kayıtlarının doldurulurken dikkat edilmesi gereken hususlar nelerdir?

Hasta kayıtları doldururken dikkat edilecek en önemli üç husus doldurulan kayıtların okunaklılığı, tamlığı ve doğruluğu'dur.

Bölümler arası ve hastane dışına hasta transferinde bilgi aktarımı nasıl sağlanır?

Bölümler arası hasta transferi olduğunda **"Bölümler Arası Hasta Transfer Formu"** kullanılır. Hastane dışına transfer de ise **"Sağlık Tesisleri Arası Hasta Nakil Formu"** kullanılır. Transferde bilgi aktarımının sağlanması adına gerçekleştirilen uygulamalar, tetkikler, kullandığı ilaçlar, hali hazırdaki sağlık durumu bilgileri eksiksiz ve tam olarak anlatılır.

Hasta kayıtları doldururken nelere dikkat edersiniz?

Hasta kayıtları doldururken dikkat ettiğimiz noktalar:

- Yazılanların okunaklı ve tam olması
- Den-Den ("") işareti kullanılmaz, notlar birbirini takip eder olsa da aynıysa yeniden yazılır.
- Hatalı olan yerler hiçbir şekilde tipex ya da benzeri solüsyonla silinmez. Hatalı yazılan cümle ya da kelimenin üzeri yazılanlar görünecek şekilde çizgi ile çizilir. Üzerine yanlış yazan adını soyadını yazar, imza atar ve ardından doğru olanı yazar.

Ayaktan hastalarda, hekimler hastanın farklı branşta olsa daha önceki muayene bilgilerine ulaşılabilir mi?

Evet. Ayaktan hasta muayenelerinde, hasta daha önceden hastanede herhangi bir branşta muayene olmuş ise hasta numarası girildiğinde ekrandaki **tarihçe** kısmından önceki tüm protokollerine ait muayene bilgilerine ulaşılabilir.

Yatan hasta katlarında, hemşireler ayaktan hasta kayıtlarına erişebilir mi?

Yatan hastaların daha önceki ziyaretlerine ilişkin bilgilerine erişim bakımın sürekliliği açısından önemlidir. Yatan hasta servislerimizde bulunan hastaların daha önceki kayıtlarına erişebilmekteyiz.