



Özel EKOL HASTANESİ

ORYANTASYON REHBERİ

İÇİNDEKİLER

1. YÖNETİM KURULU BAŞKANI MESAJI
3. HASTANEMİZİN TANITIMI
3. YÖNETİM KADROMUZ
4. HİZMET VERDİĞİMİZ BRANŞLAR
5. HASTANE KAT PLANIMIZ
6. KALİTE POLİTİKAMIZ/MİSYON/VİZYON
7. GENEL ORYANTASYON EĞİTİMİ
- 8-9-10-11-12-13. ÇALIŞMA KOŞULLARI
13. ÇALIŞAN VE İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ
14. ÇALIŞANLARIN SAĞLIK TARAMALARI
15. ÇALIŞANLARIN BİLGİLENDİRİLMESİ
15. ÇALIŞAN ÖNERİ SİSTEMİ
16. GÜVENLİ RAPORLAMA SİSTEMİ (GRS)
- 17-18. ÖZ DEĞERLENDİRME
- 18-19. HASTANE BİLGİ YÖNETİM SİSTEMİ HBYS
19. OTELÇİLİK HİZMETLERİ
20. KALİTE YÖNETİM BİRİMİ
20. ENFEKSİYON KONTROL HEMŞİRELİĞİ
20. EĞİTİM BİRİMİ
21. ÖZLÜK İŞLERİ BİRİMİ
21. BİLGİ İŞLEM
21. ARŞİV / TIBBİ DÖKÜMANTASYON
22. DİYABET HEMŞİRELİĞİ
22. YARA BAKIM HEMŞİRELİĞİ
22. NÜTRİSYON HEMŞİRELİĞİ
22. NÜTRİSYONEL DESTEK EKİBİ
22. KANSER KAYIT BİRİMİ
23. ORGAN BAĞIŞI BİRİMİ
23. ECZANE
23. BİYOMEDİKAL BİRİMİ
23. SATIN ALMA BİRİMİ
24. DEPOLAR
- 24-25-26-27. GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
- 27-28-29. HASTANEMİZDE HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI
30. DÜŞMELERİN ÖNLENMESİ
- 30-31. HASTA MAHREMİYETİ
- 31-32. GÜVENLİ HASTA TRANSFERİ
- 32-33-34. ETKİLİ İLETİŞİM
35. HASTA HAKLARI VE SORUMLULUKLARI
- 36-37. HASTANIN SORUMLULUKLARI
37. HASTANEMİZ ENFEKSİYON KONTROLÜ
- 38-39. STANDART ÖNLEMLERİMİZ
- 39-40. KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMLARI
- 41-42-43-44. EL DİVEN KULLANIMI
45. HAVA VE SU KAYNAKLI ENFEKSİYONLARININ ÖNLENMESİ
- 46-47. HASTA İLE TEMAS EDEN TÜM CİHAZ VE ALETLERİN TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON YÖNTEMLERİ
47. HASTANE TEMİZLİĞİ
- 48-49-50. ATIK YÖNETİMİ (SIFIR ATIK POLİTİKASI)
- 50-51. MALZEME CİHAZ YÖNETİMİ
51. ACİL DURUM YÖNETİMİ
52. ACİL DURUM KODLARIMIZ (ULUSAL RENKLİ KODLAR)
- 52-53. HASTA REFAKATÇI VE ZİYARETÇİ KURALLARI
53. BEBEK DOSTU HASTANE
54. EMZİRME POLİTİKAMIZ
55. ETİK İLKELER



Değerli Personelim;

Özel Ekol Hastanesi ailesinin bir parçası olarak aramıza hoş geldiniz.

Hasta ve çalışan güvenliği standartlarına uygun olarak hizmet sunan hastanemizin kurum kültürünü benimsemeniz için hazırladığımız oryantasyon rehberinin amacı; Özel Ekol Hastanesinin vizyonuna, misyonuna, değerlerine, organizasyon yapısına ve kurum hizmet ilkelerine uyumunuzu sağlamaktır.

Bu kitapda yer alan bilgiler çalışmalarınız esnasında rehberiniz olacak ve yolunuza ışık tutacaktır.

Kurum aidiyetini en kısa zamanda kazanmak, iş etiğine ve hasta memnuniyetine tüm çalışmalarınızda özen göstermek ana ilkeleriniz olmalıdır.

Yeni görevinizde başarılar dilerim.

Yönetim Kurulu Başkanı
Prof.Dr.Erol YALNIZ

GİRİŞ; Özel Ekol Hastanesi Sağlık Hizmetleri; hasta hakları ve etik ilkeler doğrultusunda hastanın günlük yaşam gereksinimlerinin karşılanması, yaşam kalitesinin artırılması, hasta ve yakınlarının memnuniyetinin sağlanması için gerekli sağlık uygulamalarını belirli bir sistem dâhilinde kesintisiz aynı nitelikte yapılmasını çalışmalarında esas alır.

ÇALIŞANLAR İÇİN ORYANTASYON EĞİTİMİ REHBERİ; hastanemizde yeni göreve başlayan çalışanlarımızı, hastanemizin yönetim yapısı ve işleyişi hakkında bilgilendirmek amacıyla hazırlanmıştır. Rehber aynı zamanda, hizmet alanları, personelin yeni katılış işlemleri, çalışma saatleri ve nöbet hizmetleri, vb. bölümlerden oluşmaktadır. Hazırlanan ORYANTASYON EĞİTİMİ REHBERİ' nin kurumumuza yeni katılan çalışanlarımızın uyum sürecinin kolaylaştırmasının yanında hastanemizde halen görev yapan çalışanlarımıza da çalışmalarında rehberlik edeceği düşünülmektedir.

ORYANTASYON EĞİTİMİNİN AMACI

Oryantasyon eğitimi kuruma yeni başlayan çalışanların işe ve kuruma uyumunu çabuklaştırmak amacı ile yapılır. Oryantasyon eğitiminde kurumun tarihçesi, organizasyon yapısı, kurum içi ve dışı iletişim, çalışma koşulları, mesai saatleri, kurum içi hizmet süreçleri, vb. hakkında bilgiler verilir. Oryantasyon eğitimindeki temel amaçlar çalışanın işe ve kuruma yabancılaşmasını önlemek, sosyal kaynaşmayı hızlandırmak, iş ortamındaki belirsizlikleri ortadan kaldırmak, belirsizlik ve bilgisizlikten doğabilecek sorunların ortaya çıkmasını önlemek, iş akışına uyumunu hızlandırarak iş gücü kaybını önlemektir.

HASTANE TANITIMI

HASTANEMİZİN TARİHÇESİ: Hastanemiz Ekol Sağlık Hizmetleri A.Ş. Adına 14.12.2007 tarih ve 278 sayılı ruhsat ile 32 yataklı özel hastane olarak hizmete başlamıştır. Fiziki ve teknolojik alt yapısı ile hem sağlık alanında değişim yaratmakta hem de günümüzün koşulları ile insan ihtiyaçlarını düşünerek kaliteli, güvenilir sağlık

hizmetini en uygun şartlarda sunmaktadır. Sağlık sektöründe hedeflediğimiz teknolojinin, gelişimin, yenilenmenin ve hizmet içi eğitimin sonu olmadığını düşünerek hedeflerimizi büyüterek, teknolojik gelişmeleri takip ederek kendimizi yenilemekteyiz.

KAT PLANI

	A /BLOK	B/BLOK
KAT 6	DÂHİLİ VE CERRAHİ YOĞUN BAKIM (II. Basamak Yoğun Bakım)	-
KAT 5	AMELİYATHANE	GÜZELLİK MERKEZİ
KAT 4	KORONER YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ (I. Basamak Yoğun Bakım), ORTOPEDİ SERVİSİ, YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ	CERRAHİ SERVİSİ
KAT 3	KADIN DOĞUM SERVİSİ	DÂHİLİYE SERVİSİ
KAT 2	GÖZ POLK. SERVİSİ	ÇOCUK SERVİSİ
KAT 1	POLİKLİNİKLER	POLİKLİNİKLER - ENDOSKOPİ - İDARİ KAT
ZEMİN KAT	VEZNE, POLİKLİNİKLER, KANTİN, LABORATUVAR, EKG, EFOR	RADYOLOJİ MR -TOMOGRAFİ
KAT -1	ACİL VEZNE, ACİL ÜNİTESİ, FTR SERVİSİ, RADYOLOJİ DİREKT GRAFİ, KEMİK ÖLÇÜMÜ, ECZANE	YEMEKHANE ve DEPO, MORG, SANTRAL
KAT -2	DEPO, BİLGİ İŞLEM, PERSONEL GİYİNME ODASI, ÇAMAŞIRHANE, ARŞİV, TEKNİK SERVİS	-

ÇALIŞMA KOŞULLARI

İş başvurusu kabul edilen personel ilk olarak Özlük İşlerine ; 12 adet fotoğraf , nüfus cüzdanı fotokopisi, diploma fotokopisi, savcılık belgesi , ikametgah ,hepatit markerleri ve sağlık raporuyla birlikte işe başlama belgesini imzalayarak,kendi branşına göre üst amirine (Tedavi ve Bakım Hiz. Müdürü, Müdür, Birim Sorumlusu, vs....) giderek çalışacağı birimi öğrenir. Başladığı ilk hafta içinde oryantasyon eğitimine alınır.

Çalışma Düzeni: (Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliğine göre)

Madde 37 - Yataklı tedavi kurumlarında çalışmalar günün 24 saatinde kesintisiz devam

eder. Normal mesai saatleri dışındaki hizmetler, acil vakaların muayene ve tedavisini acil ameliyat ve müdahalelerin yapılmasını ve yatmakta olan hastaların bakımlarının devamını kapsar.

Madde 38 - (05-05-2005 tarihli ve 25806 sayılı Resmi Gazete Madde 14) Yataklı tedavi kurumlarında tüm personelin mesai başlama ve bitiş saatleri, hizmetin ve mahallin özelliği ve kurum personel kadrosu göz önüne alınarak ilgili kanunlara göre Valilikçe belirlenir. Hastane baştaabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir.”

Madde 39 - Görevliler, sabah kahvaltısını göreve başlama saatinden evvel bitirmek zorunda olup, kurumun ve hastaların sabah temizliği, bakımları, hastaların kahvaltıları, nabız ve derecelerin alınması da saat 8.30 a kadar tamamlanır. Sabah kahvaltıları 06:00-7:00 arasında, öğle yemeği genel olarak 12:15-13.30 arasında, akşam yemekleri ise saat 17:00 –18:00 arasında verilir. Özel diyet ve tecrübe yemekleri tabibin lüzum gösterdiği şekilde, tabelada yazıldığı saatlerde hemşire nezaretinde yedirilir.

Madde 40 - Hastaların akşam nabız ve solunum sayıları, ısı dereceleri alınarak gözlem kağıdına kaydedilir. Saat 17.00 - 18.00 arasında hastanın hekimi tarafından hastaların akşam vizitleri yapılır. Hastaların akşam yemeği verilir. Buna ilişkin diğer hizmetler de tamamlandıktan sonra gündüz hizmetleri bitmiş olur.

Nöbet Esasları:

Madde 41- Genel olarak yataklı tedavi kurumlarında nöbet; normal çalışma saatleri dışında ve resmi tatil günlerinde dışarıdan gelecek hastalarla kurum içindeki hastaların acil durumlarında tıbbi ve bununla ilgili idari ve teknik yardımları vaktinde sağlayabilmek, olması muhtemel idari ve teknik olay ve kazalara zamanında müdahale edebilmek amacını güder.

- Hastanemizde çalışma saati haftalık 45 saattir. Bu sürenin üzerinde çalışanlara fazla mesai ödenir.
- Hafta ve resmi tatil günlerinde nöbet tutanlara mesai ücreti verilmektedir.
- Nöbetçi olanlar hiçbir suretle birimlerinden ayrılamazlar. Personel nöbet hizmetlerine

sıra ile girerler. Nöbet çizelgeleri aylık olarak sorumlular tarafından hazırlanır ilgili birimin sorumlu amirine onaylatarak tebliğ edilir. Nöbetçi personel nöbeti teslim alarak personel gelmeden ve nöbetinde geçen önemli olaylar, izlenecek hususlar hakkında gerekli bilgiyi vermeden ayrılamaz. Nöbeti teslim alacak personel vaktinde gelmediği takdirde durum sorumluya bildirilir, gerekli tedbir alındıktan sonra nöbetçi personel ayrılabilir.

- Hemşirelerin nöbet günleri ancak Tedavi ve Bakım Hiz. Müdürü müsaadesi ile değiştirilebilir. Bu takdirde nöbetçinin kabul edilebilir bir mazeretinin bulunması, değişikliğinin birim sorumlusu tarafından daha önceden nöbet listesine işlenmesi ve ilgililere duyurulması gerekir. Acil durumlar dışında belirlenen nöbet listesinin değişimi talep edilemez.

- Her gün mesai bitiminden yarım saat önce klinik hemşireleri ve klinik sorumlu hemşiresi; nöbetçi hemşireye hasta başında hastanın durumu takipleri, hemşirelik müdahaleleri hususunda geliştirdikleri hemşire gözlem formuna teslim notu yazılarak hastaları teslim eder. Sabah mesai saati başladığında aynı şekilde hastaları nöbetçi hemşireden teslim alır.

- Nöbet listeleri normal günler için ayrı bayram ve tatil günleri içinde ayrı olarak düzenlenir. Nöbet listelerinin düzenlenmesinde yıllık izinler dikkate alınır.

- Nöbet tutan her meslek grubu için nöbet defterleri tutulur. Nöbetçiler bu deftere nöbetlerinde geçen önemli olayları saat belirleyerek ve bir sonraki nöbetçiye devredilen tıbbi, idari ve teknik işlerle ilgili önerilerini kaydeder. Nöbet defterleri her gün hastane müdürü ve Tedavi ve Bakım Hiz. Müdürü tarafından tetkik edilerek gerekleri yapılır ve önemli hususlarda baştabibe iletilir.

- İlgili yönetmeliğe göre çalışma düzenini aksatmayacak şekilde yemek ve dinlenme saatleri aşağıdaki gibidir;

10:00-10:30 dinlenme arası (15 dk.)

12:00-13:00 Yemek Arası

15:00-15:30 dinlenme arası (15 dk.)

- Hastanemizde belirlenen sigarasız alanlarda sigara içilmesi yasaktır.

İzin İşlemleri;

Yıllık izinler bir önceki yılın sonunda planlanan şekilde yürütülmektedir. İzin tarihlerinde ayrılacak olan elemanlar için o tarihlere nöbet planlanmaz. Acil durumlarda ise, izine ayrılacak eleman nöbet hizmetini ayarladıktan sonra izine ayrılabilir.

Çalışanlarımızın doğum yapmasından 8 hafta önce ve doğum yaptığı tarihten itibaren 8 hafta süreyle toplam 16 hafta aylıklı izin verilir. Çoğul gebeliklerde ise bu süreye 2 hafta ilave edilir. Eğer sağlık durumunun uygunluğu hekim tarafından da onaylanmış ise doğumdan önceki 3 haftaya kadar çalışma hakkı vardır. Doğum yapılan tarihten itibaren çocuk 1 yaşını doldurana kadar günde 1,5 saat toplam süt izni verilir. İzin kâğıtları özlük işleri elemanından teslim alınarak doldurulur ve sırayla amirlere onaylatılır. Onaylatılan formun bir nüshası alındıktan sonra tekrar Özlük İşlerine teslim edilir.

Personel Ödüllendirme: Hastanemizde her ay, belirlenen Performans Kriterlerine göre personel ödüllendirmeleri gerçekleştirilmektedir. Bu kriterler;

- * Görevine bağlılığı, işine sadakati.
- * Sorumluluk ve görevini uygulayışında gösterdiği yetkinlik ve istek.
- * Ekip anlayışına uygun çalışması.
- * Mesai saatlerine uyumu.
- * Hasta ve Hasta yakınları ile iletişimi.
- * Kılık-Kıyafet ve tavır düzeyi.
- * Görevini yerine getirirken toplam kalite standartlarına uyumu.
- * Üst –ast ve iş arkadaşları ile diyalogu.
- * Problem çözme yeteneği.
- * İş ile ilgili kendini geliştirme isteği, eğitimlere katılımı.
- * Özel Ekol Hastanesi çalışanı olarak iş dışında kurumu temsil edebilme düzeyi.
- * Özel Ekol Hastanesi Tıbbi cihaz, sarf ve malzeme kullanımındaki dikkati.

KALİTE POLİTİKAMIZ Eğitimli ve konusunda uzman personel ile zamanında, güvenilir ve izlenebilir laboratuvar hizmetleri ışığında doğru teşhis, tedavi ve bakım hizmetleri sunmak, hasta ve çalışan memnuniyetini sağlamak ve sürekli gelişen kalite yönetim sistemi şartlarına uygun sağlık hizmeti vermek kalite politikamızdır.

HEDEFLERİMİZ:

- Ortak hedef ve aidiyeti sağlamak,
- Bütün hastaneyi kabul edilebilir bir fiziki düzeye getirebilmek,
- Tıbbi donanım yönünü geliştirmek,
- Eğitim, öğretim ve araştırma faaliyetlerinde bir standardizasyon oluşturmak,
- Yoğun bakım alt yapı, donanım ve insan kaynaklarını güçlendirmek,
- Hasta memnuniyeti oranını artırmak,
- Çalışan memnuniyet oranını artırmak,
- Kurum içi iletişim ağının güçlendirilmesi,
- Yılda iki kez yönetim gözden geçirme toplantısı yapmak,
- 15 günde bir hastane bina turu yaparak durum belirlemek,
- Tüm çalışanlarımıza hastanemizde yapılan çalışmalar ile ilgili yılda en az bir kez bilgilendirme toplantısı yapmak,
- Duyuru panolarında yapılan çalışmalar ile ilgili bilgileri sunmak ve sürekli güncellemek,

Misyonumuz: Güvenirliliğin temel prensip olduğu sağlık kuruluşumuzda 2007 yılından itibaren kazandığımız tecrübe ile birlikte, her bireyin gereksinimi olan sağlık hizmetini, nitelikli, deneyimli ekip ve güncel teknolojik donanım ile sunmaktır.

Vizyonumuz: Ekibimizdeki nitelikli gücü, iyi eğitim altyapısı ile geliştirmek ve devamlılığını sağlamak, ülkemizdeki sağlık hizmetlerinin daha ileriye taşınması yolunda lider olmak, güvenli sağlık hizmeti sunumunda öncelik etmek ve bunu uluslar arası boyuta taşımaktır.

6. YÖNETİM KADROMUZ



Yönetim Kurulu Başkanı
Prof. Dr. Erol YALNIZ



Op. Dr. Turhan GAZİOĞLU
Yönetim Kurulu Üyesi
Başhekim



Prof. Dr. Mehmet Ali YÜCE
Yönetim Kurulu Üyesi



Op. Dr. Soykan ÖZGÜR
Yönetim Kurulu Üyesi



Taner SEYREK
Yönetim Kurulu Üyesi



Prof. Dr. Tuncay ÇAĞLAR
Başhekim Yardımcısı



Mustafa Işık İNALSU
Hastane Müdürü



Yeşim İNCİ
Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü



HİZMET VERDİĞİMİZ BRANŞLAR

- Ortopedi ve Travmatoloji
- Kadın Hastalıkları ve Doğum
- Çocuk Sağlığı ve Hastalıkları (Yenidoğan Yoğun Bakım)
- Genel Cerrahi
- Göğüs Hastalıkları
- Göz Hastalıkları
- Kulak Burun Boğaz
- Dahiliye (İç Hastalıkları)
- Kardiyoloji (Koroner Yoğun Bakım)
- Nöroloji
- Üroloji
- Dermatoloji (Cildiye)
- Fizik Tedavi ve Rehabilitasyon
- Anestezi ve Reanimasyon (II.Basamak Yetişkin Yoğunbakım)
- Biyokimya Laboratuvarı
- Radyoloji ve Görüntüleme
- Acil Servis
- Beslenme ve Diyetetik
- Psikolog - Aile Danışmanlığı
- Güzellik Merkezi



HASTANEMİZİN PERSONEL DURUMU:

Kurumumuzda; Profesör, Uzman Hekim, Operatör Hekim, Pratisyen Hekim, Psikolog, Diyetisyen, Eczacı, Hemşire, Ebe, ATT, Laboratuar Teknisyeni, Radyoloji Teknisyeni, Anestezi Teknisyeni, Biyomedikal Teknisyeni, İdari Hizmetler Personeli, Bilgi İşlem Personeli, Temizlik Hizmetleri Personeli, Şoför ve Güvenlik Personeli görev yapmaktadır.

GENEL ORYANTASYON EĞİTİMİ:

Oryantasyon Eğitimi Konuları ve Eğitimciler:

ORYANTASYON EĞİTİM KONULARI	EĞİTİMİ VEREN
Özlük hakları, Maaş ve İzinler	İnsan Kaynakları
Çalışanın görev yetki ve sorumlulukları	
Kurum tanıtımı, Tarihçesi, Misyon ve Vizyonu	İdari Amir
Hastanenin fiziksel tanıtımı ve Hizmet Sunulan Bölümler	
Yönetimsel yapı ve yöneticiler	
Otomasyon Programı kullanımı, Şifre verme, Tanımlama	Bilgi İşlem
Hastane Enfeksiyon kontrolü ve uygulamaları	Enfeksiyon Kontrol Hemşiresi
Bölüme ait kişisel koruyucu ekipman kullanımı	
Bölüme ait atıklar	
İş Sağlığı ve Güvenliği	İSG uzmanı
HKS Eğitimi, Güvenlik Raporlama ve Olay Bildirimleri	Akreditasyon
Bölümle ilgili yazılı düzenlemelere ulaşma	
Hasta Hakları	
Kurum İçi İletişim ve Empati	Psikolog
Bebek Dostu Hastane ve Anne Sütü Önemi	Bebek Hemşiresi
Mesleki Uyum Eğitimi	Birim Eğitim Sorumlusu
	Onaylayan İdari Amir

Genel oryantasyon eğitimi bitiminde eğitimi alan kişi için **EY.FR.01 PERSONEL ORYANTASYON EĞİTİM FORMU**'nun ilgili yerleri imzalanarak eğitim kayıt altına alınır.

ÇALIŞAN ve İŞ SAĞLIĞI GÜVENLİĞİ

Hastanemizde iş sağlığı ve güvenliği birimi ve/veya çalışan güvenliği komitesi ; çalışma ortamında sağlığa zarar veren fiziksel, kimyasal, biyolojik, psikolojik, ergonomik tehlike ve risklerin, meslek hastalıkları ve iş kazalarının olmadığı güvenli bir hastane ortamı sağlamak üzere tüm çalışanlarımızın sağlığının ve güvenliğinin geliştirilmesi üzerine çalışmalar yürütmektedir.

Güvenli ve sağlıklı bir çalışma ortamı temin etmek üzere her çalışmamız kendi yetki sınırları içinde gerekeni yapmakla yükümlüdür.

ÇALIŞANLARIN BİLGİLENDİRİLMESİ: Çalışanların bilgilendirilmesi amacıyla; ilan panoları, HBYS, yazılı duyurular, telefon, birim sorumluları aracılığı ile duyuru ve imza karşılığı tebliğ yöntemleri kullanılmaktadır.

ÇALIŞANLARIN SAĞLIK TARAMALARI

Hastanede işe girişlerde ve çalışılan bölüme özel sağlık taramaları ve gerektiğinde aşılamaları iş yeri hekimi tarafından yapılır. İş ve İşçi Sağlığı Komitemizce gerekli takipler yapılır. Çalışanlar sonuçlar hakkında bilgi güvenliği sağlanarak bilgilendirilir.

İş Güvenliği uzmanı tüm çalışanlara yılda 16 saatlik İSG eğitimi verir.

İş ve işçi sağlığı komitesinde; seçimle belirlenmiş 3 adet çalışan temsilcisi bulunur.

Sağlık taramaları, Personel Sağlık Tarama Planına ve Personel Aşılama Planı'na göre yapılır.

Sağlık taraması yaptırmak istemeyen çalışandan, iş yeri hekimi tarafından yazılı ve imzalı olarak red tutanağı alınır.

HASTANEMİZ HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI

HASTA KİMLİĞİNİN TANIMLANMASI ve DOĞRULANMASI: Hastanemize kabulü yapılan tüm hastaların T.C. Kimlik numaraları diğer bilgileriyle birlikte sisteme mutlaka kaydedilecektir. Yatan hastalara, kol bandı ilgili klinikte yatış işlemleri sırasında takılacaktır. Yatan hastalarda hastayı kabul eden hemşire tarafından, Acil serviste triyaj alanında ATT' ler tarafından kimlik doğrulaması yapılarak (kimlik belirteçleri sesli sorularak) hasta kol bandı takılır.

Bilinci Kapalı, Koma Halinde, Kimsesiz, Kimliği Olmayan Hastaların Kayıt Kabul ve Doğrulama İşlemleri; Hastaya otomasyon üzerinden dosya açarken;

Ad: İsimsiz Soyad: Dosya no yazılır. Doğum Tarihi: Tahmini 01.01... olarak yazılır.

(Yaklaşık doğum tarihi bilgisi testlerin referans aralıkları, ilaç dozları vs. nedenlerle girilir.)

* Yatışı yapılan her hastada BEYAZ, alerjik hastalarda ise sadece KIRMIZI renkli bileklik kullanılmalıdır.

* Doğum sırasında kız bebeklere PEMBE, erkek bebeklere MAVİ renkli bileklik kullanılmalıdır. Aynı seri numaralı anne-bebek bilekliği kullanılmalıdır. Çoğul doğumlarda her bebek anneye bileklik takılmalı.

* Bileklik barkotlu olmalı, üzerinde en az; protokol numarası, hasta adı-soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalıdır.

* **Hasta Tanımlamada Oda Numarası Asla Kullanılmaz.**

Hasta yatarak tedavi edildiği süre boyunca kol bandını taşıyacaktır. Hastaya; tanı, tedavi, tedaviye hazırlık veya tedavi takibi için yapılacak her türlü işlemde hasta kimliği aktif iletişim tekniği ile doğrulanacaktır.

Aşağıdaki uygulamalarda mutlaka kimlik doğrulama yapılmalıdır;

- * İlaç uygulamaları öncesi
- * Girişimsel işlemler öncesi (NG uygulama, sonda takma)
- * Laboratuvar testleri için numune alımında
- * Kan ve kan ürünlerinin kullanımı ve transfüzyonu öncesi
- * Hasta kayıt kabul birimlerinde her türlü yapılacak işlem öncesi
- * Herhangi bir tedavi prosedürü uygulaması öncesi
- * Radyoloji, endoskopi gibi her türlü girişimsel ve cerrahi işlem öncesi
- * Laboratuvar sonucu manuel yazılacak hasta raporlarında
- * Laboratuvar test sonuçlarını hastaya verirken
- * Hasta Transferi (iç/ dış) öncesi.
- * Cerrahi işlem öncesinde kimlik doğrulama belirteçleri kullanılarak Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi doğrultusunda; Klinikten Ayrılmadan Önce, Abestezi verilmeden Önce, Ameliyat Kesisinden Önce, Ameliyattan Çıkmadan Önce Hasta Teslim ederken sesli olarak kimlik ve cerrahi işlem doğrulaması yapılır.
- * Hastanın hastanede ex olması durumunda; hasta kol bandı, kolunda kalacak şekilde

morga gönderilir.



Kimlik bilgilerinde bir karışıklık olmasında ve bu nedenle yanlış tetkik/ işlem uygulanması durumunda [Güvenli Raporlama Formu/ Olay Bildirim Formu](#) doldurulur ve Kalite Birimine teslim edilir.

GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMALARIMIZ:

Sekiz doğru ilkesi;

***Doğru hasta:** Hastanın adı soyadı, Protokolü, Doğum tarihi doğrulanmalı, Kimlik tanımlayıcı kontrol edilmeli, ilacın ismi ve verilme nedeni hastaya açıklanmalıdır

***Doğru ilaç:** İlacın jenerik ve satış ismi bilinmeli, ilaç isimleri birbirine benzediği için doğru ilaç olduğundan mutlaka emin olunmalıdır.

***Doğru Doz:** İlacın minimum ve maksimum dozu bilinmeli, önceki dozlardan farklılıklar araştırılmalı, doğru şekilde hesaplama yapılmalı, gerekirse ikinci bir hemşirenin de fikri alınmalıdır.

***Doğru Zaman:** Belli aralıklarla verilen ilaçlar genellikle yarım saat önce ya da sonra verilebilir.

Sabah/öğle/akşam gibi günde 3 kere verilen ilaçlar hastanın yatma/kalkma alışkanlıklarına göre ayarlanabilir. Saatlik ilaçlar dakik verilmelidir.

***Doğru Yol:** İlacın verilmesi yolu hekim isteminde belirgin olmalı, Bazı ilaçlar birkaç yolla

verilebilir, hekimin istediği yol hangisi buna dikkat edilmelidir.

***Doğru Etki:** İlacın beklenen etkisi ve yan etkisi bilinmeli, ilacın başka ilaçlarla ya da besinlerle etkileşimi olup olmadığı bilinmeli

*** Doğru İlaç Formu:** Aynı ilacın birden fazla formu olabilir.

***Doğru Kayıt:** İlaç verildikten sonra en kısa sürede kayıt yapılmalıdır.

İLAÇ UYGULAMALARINDA DOĞRULAMA YAPILMASI:

İlacın bölüme gelmesi sonrası;

İstemi yapılan hasta ilaçları, servislere ilaçların adını, formunu, dozunu ve hasta bilgilerini içeren paketlerle gelmektedir. Sağlık personeli ilacı teslim alırken bu içerikleri kontrol eder ve her hasta için ayrılmış (hasta bazlı) ilaç saklama bölümlerinde muafaza eder.

İlaç uygulaması talimatı alındıktan sonra;

Hekim tarafından tedavi planına HKS standartlarına uygun şekilde yazılan yada yine standartlara uygun sözel olarak alına talimatların uygulama zamanları hemşire tarafından kontrol edilir. Hekim tarafından belirlenen ilaç uygulama zamanları, uygulama süresi, ilacın adı, dozu ve uygulama şekli Hemşirelik Tedavi ve Gözlem Formuna geçirilir. İlaç kayıtlarında kısaltma kullanılmaz. Uygulama zamanları geldiğinde tüm parametreler (uygulama zamanları, uygulama süresi, ilacın adı, dozu ve uygulama şekli) kontrol edilir ve hasta bilekliği üzerinden ve sözel olarak kimlik bilgileri sorgulanıp doğrulandıktan sonra uygulama yapılır.

Hasta Kimliğinin Doğrulanması:

* Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır.

* Yatan hastaların kimlik doğrulama işleminde;

— Klinik yatan hastalarda, hasta bilekliğindeki barkotlu kimlik tanımlayıcıdaki bilgiler ile kimlik doğrulama yapılır.

* Hastanın bileğinde takılmayı engelleyecek sorun olduğunda(ödem vb) kimlik doğrulama hasta yatak başında bulunan hasta kimlik tanımlayıcısındaki bilgiler kullanılır.

İlaç Uygulamaları Sonrasında:

Uygulama sonrası Hemşirelik Tedavi ve Gözlem Formuna uygulamayı yapan kişi

tarafından yaptığı uygulama bölümüne adı ve soyadı yazılır.

Uygulama sonrası Hastanın klinik durumu 15 dakikada bir kontrol edilir. Uygulamada kullanılan ilaç ilk kez kullanılıyor ise veya riskli bir ilaç ise gelişebilecek reaksiyonlar açısından hasta yanında durularak ilk 15 dakika izlenir.

Ciddi ve beklenmeyen advers etki oluşmasında; Uygulama devam ediyor ise durdurulur ve sorumlu hekime haber verilir. Hekimin talimatları beklenir. Farmakovijilans sorumlusuna bildirim yapılır.

İLAÇLARIN YANLIŞ KULLANIMINI ÖNLEMeye YÖNELİK UYGULAMALAR:

- * Hastanın ilaçları yalnız hemşiresi tarafından verilir, yakınları tarafından verilemez.
- * İlaçlar hastalara isimlerinin yazılı olduğu günlük kapaklı ilaç dozlarının yerleştirildiği ilaç kutuları ile verilir.
- * Ex hastalara ait narkotik ve psikotrop ilaçlar hasta yakınına iade edilmez, Eczaneye teslim edilir.
- * Hastanın yanında getirdiği ilaçların hastanede kaldığı sürece kontrollü kullanılmasının sağlanması için teslim alınır, klinikte muhafaza edilir ve hasta taburcu olacağı zaman kendisine iade edilir.

Hastanın doktor onayı ile kullanacağı aynı ilaçlar eczaneden temin edilir.

- * Hasta odasında ilaç, boş veya dolu kullanılmayan serum şişesi bulundurulmaz.
- * Tedavisi IV infüzyon şeklinde olan hastalar, infüzyon sıvıları etiketlenerek ilgili bölümler doldurulur.

MAYİ ETİKETİ	
HASTA ADI-SOYADI	:
MAYİYE EKLENEN İLAÇLAR:	
VERİLİŞ SÜRESİ	:
TAKILIŞ TARİHİ/SAATİ	:
UYGULAYAN PERSONEL	:

- * Hasta başında, IV yolun açılması amacıyla kullanılacak enjektör içinde sıvı bırakılmaz.
- * Narkotik ve Psikotrop ilaçların uygulamasında; ilaçlar eczaneden sadece narkotik ilaç istem ve temin sorumlusu tarafından alınır. Bu ilaçlar Narkotik/psikotrop defterine kayıt edilir ve hastanın doktoru tarafından onaylanır.
- * Hasta ünitelerinde acil arabalarında, uygulandığında hayati tehlike oluşturacak olan ilaçlar kırmızı renkli uyarıcı etiketle etiketlenir ve benzer flakonlu ilaçlarla karışmasını önlemek için ayrı ayrı, birbirinden uzak çekmecelere konulur.
- * Eczanede adı, ambalajı birbirine benzeyen ilaçlar, farklı dozdaki aynı ilaçlar ve uygulama formları ayrı raflarda depolanır.
- * Hastanemizde infüzyonla verilecek ilaçların (Dopamin, Adrenalin gibi) yoğunluğu standardize edilmiştir ve kontrol edilerek iki kişi tarafından doz doğrulaması yapılır.
- * İlaçların tekrar kontrolünün, doğruluğunun ve eksiksiz olmasının sağlanması için sorumlu hemşireler tarafından sürekli olarak kontrol edilir ve ilaç-ilaç, ilaç besin etkileşimleri yönünden değerlendirilir.
- * İlaçların yanlış kullanımını önlemeye yönelik ilaçların Güvenli Uygulamasına Yönelik talimat Benzer İsimli İlaçlar Listesi, Yüksek Riskli İlaç Listesi hazırlanarak Başhekime onaylatılmış ve yürürlüğe sokulmuştur.
- * Hasta takip ve tedavisinin yapıldığı tüm birimlerde karışıklıkları önlemeye yönelik ilaçların ayrı raflarda saklanması sağlanmıştır.

YATIŞ KARARI VERİLEN HASTANIN VARSA KULLANDIĞI DİĞER İLAÇLAR İLE İLGİLİ UYGULAMALAR:

Hastaneye yatışı yapılan hastanın tedavi planının daha önce kullanmakta olduğu ilaçlar da dâhil olmak üzere hastanın kliniği ve ilaç etkileşimlerine dikkat edilerek ilgili hekim tarafından ilaç adı, dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde, okunaklı olarak her bir hasta tabelasına hastanın kendi doktoru tarafından yazılacaktır. Bu amaçla yatış kararı verilen hastadan klinikteki ilgili hemşire tarafından önceden kullandığı yâda halen kullanmakta olduğu ilaçlar hakkında ayrıntılı bilgi alınarak tabibe bildirilir. Bu ilaçlar hastadan alınarak ilgili forma miktarları ile kaydedilir ve klinikte muhafaza edilir, kullanımı tabibin bilgisi dâhilinde ve hemşire gözetiminde yapılır.

AKILCI İLAÇ KULLANIMI HASTANE POLİTİKASI;

- * Tüm hasta ve hekimler için;
- * Gereksiz yere fazla ilaç yazılmasının engellenmesi;
- * Tanıyla ilişkisi olmayan ilaç kullanılmamasının sağlanması;
- * Uygunsuz antibiyotik kullanmanın engellenmesi;
- * Yeni çıkan ilaçların kullanılmasında aceleci olunmaması;

AKILCI İLAÇ FAALİYETLER PLANLANMASI VE UYGULANMASI;

- * Bir endikasyon için uygun ilaç; etkililik güvenlik uygunluk maliyet kriterleri dikkate alınmışsa akılcı olarak seçilir. Akılcı ilaç kullanımı öncelikli olarak halkın sağlığını ve toplumun çıkarını gözetir. Bu hususlar göz önünde bulundurulduğunda öncelikle;
- * Hastanın probleminin tanımlanması yani hekim tarafından doğru teşhisin konulması gerekmektedir.
- * Buna paralel olarak ilaçlı ve ilaçsız, etkili ve güvenilir tedavinin tanımlanması eğer ilaçla tedavi uygulanacaksa uygun ilaçların seçimi her bir ilaç için uygun dozun ve uygulama süresinin belirlenmesi uygun reçetenin yazılması basamakları izlenmektedir. Bu aşamada onaylanmış güncel tanı ve tedavi kılavuzları esas alınmaktadır.
- * Kullanılmakta olan ve en son kullanılan ilaçlar, hastanın alerjik durumları sorgulanmalı ve hasta tarafından belirtilmeli.
- * İlaçların nasıl hangi sıklıkta, ne kadar süre kullanılacağı ve hangi koşullarda saklanacağı hastaya tam olarak anlatılmalı ve hasta tarafından eksiksiz olarak uygulanmalıdır.
- * Hasta / Hasta yakını ilacın olası yan etkileri, ilacın besin ve ilaç etkileşimleri konusunda bilgilendirilmektedir.
- * İlaç kullanımı yarıda kesilmemeli, hekime danışmadan ilacın dozunda değişiklik yapılmaz.
- * Kesilmiş ve ambalajı açılmış ilaçlar satın alınmamalı ve son kullanma tarihi geçmiş ilaçlar asla kullanılmamalıdır.
- * Hangi ilacın kullanılacağına karara veren hekim, ilacı uygun şartlarda sağlayan eczacı, ilacı uygulayan hemşire veya hasta akılcı ilaç kullanılmasının sağlanmasında sorumluluk sahibidir.

HASTANIN BİLGİLENDİRİLMESİ;

İlacın etkileri;

İlaç neden gereklidir?

Hangi semptomlar düzelecek?

Yan Etkileri; Nelerdir, nasıl fark edilir; Ne kadar ciddidir, Nasıl tedavi edilir

Talimatlar; İlaç nasıl alınmalı, ne zaman alınmalı? Ne kadar süre devam edilmeli?

Uyarılar: İlaç ne zaman alınmalı?

Azami doz nedir?

Kontrol: Ne zaman gereklidir? Hangi durumlarda daha önce gelmelidir? Hastanın anlayıp anlamadığı?

HASTA DÜŞMELERİNİ ÖNLEMEYE YÖNELİK UYGULAMALAR:

Düşme Riski Olan Hastalar İçin **Dört Yapraklı Yonca**  figürü kullanılır. Bu figür hem hasta odalarına (yada hasta yataklarına) ve hasta transferi esnasında sedye ve tekerlekli sandalyelere asılmalıdır.

Hasta Taşıma –Kaldırma Kuralları;

Hastanın sedye ile taşınması gerekiyorsa taşıma işlemini minimum iki kişi ile yapılır. Hasta taşınmasından önce mutlaka hastanın hastalığı hakkında bilgi edinilir. Özellikle ortopedik vakalar, nöroşirurji vakaları ve trafik kazaları için uygun taşıma teknikleri kullanınız ve gerektiğinde taşıma işlemi esnasında ilgili hekimin desteğini alınız.

Hastanın sedye ile taşınması gerekiyor ise bu işlem sırası aşağıdaki gibi yapılmalıdır:

- Hasta taşınmasına yardımcı olacak personel haberdar edilir.
- Sedyenin üzerine temiz bir örtü yerleştirerek gerekli hazırlık tamamlanır.
- Hasta sedyeye alınmadan önce yapılacak işlemi ve nedeni açıklanır.
- Sedye hasta yatağının yanına getirilir.
- Yatak ile sedyenin baş kısmının aynı yönde olmasına dikkat edilir.
- Hastanın ayak ve baş kısmına geçilir. Eğer gereksinim var ise üçüncü bir kişi orta kısmında bulundurulur.
- Hasta taşıma ekibinden birinin “bir, iki, üç...” komutuyla hasta kaldırılır ve sedyeye alınır.

h) Hastanın üzeri örtülür ve mahremiyetine dikkat edilir.

i) Sedyenin emniyet kenarlıkları yükseltilir ve hasta kemeri takılır.

j) Sedyenin ön ve arka tarafına geçilir ve yönü belirlendikten sonra ilgili bölüme, ilgili evraklarla transfer edilir.

Hastanın tekerlekli sandalye ile taşınması gerekiyor ise bu işlem aşağıdaki gibi yapılmalıdır:

a) Tekerlekli sandalye hasta yatağının yanına getirilir.

b) Tekerlekli sandalyenin frenlerini kilitlenir.

c) Hastaya işlem ve gerekliliği açıklanır.

d) Hastanın önce oturup karşıya bakması sağlanır.

e) Hastanın ayakları yataktan aşağıya sarkıtılır.

f) Tekerlekli sandalyenin ayak gelecek kısmı dış yanlara doğru açılır.

g) Hasta ayağa kaldırılır ve sonra kendi eksenini etrafında döndürülerek yüzünün sandalyenin tersi yönde olmasını sağlanır.

h) Hasta oturtulur ve sandalyenin frenlerini açılır.

i) Hastanın gerekirse üzeri örtülür ve mahremiyetine dikkat edilir.

j) Hastayı ilgili bölüme gerekli evraklarla birlikte transfer edilir.

Düşme Riski Bulunan Hastalarla İlgili Uygulacak Kurallar:

Hasta servise yattığında ilgili düşme risk ölçekleri (İtaki, Harizmi) uygulanarak risk değerlendirilmesi yapılır.

a) Hasta düşmelerini önlemek amacıyla hastanedeki tüm sedye ve yataklar korkuluklu olarak kullanılacaktır.

b) Düşme riski olan hastalar belirlenecek ve hastanın bağımsızlığı gereksiz yere kısıtlanmadan önlemler alınacaktır.

c) Portatif yemek masası, etajer, sandalye hasta yatağına yakın olarak yerleştirilecek, hastanın uzanması, dengesini yitirmesi önlenecektir.

d) Hastanın ilk ayağa kalkışında destek/yardım sağlanacaktır.

e) İskemle, tabure vb.nin ayakları lastikli olmalı; tekerlekli iskemle, sedye, karyola ayakları,

gerektiğinde kilitlenerek kaymalar engellenecektir.

f) Çevre düzenli olacak, yerlerde üstüne basılabilecek gereksiz eşya vb. şeyler bulundurulmayacaktır.

g) Hasta yatağında veya sedyede yatarken kenarlık veya korkulukları çekilecektir.

h) Ortamın aydınlatma düzeyi uygun hale getirilecektir. (Gece lambası kullanımı gibi)

i) Islak zeminlerde 'DİKKAT KAYGAN ZEMİN LEVHASI' konulacaktır.

j) Yaşlı, hipotansiyon, çocuk, anemik, ameliyat sonrası ve sedatif ilaç uygulanan hastalar gibi düşme riskinin fazla olduğu hastaların yakınları düşme riski konusunda bilgilendirilecektir.

k) Hasta yatağı başında, tuvalet ve banyoda hemşire çağrı cihazı olacak ve nasıl kullanacakları konusunda bilgilendirileceklerdir.

l) Yaşlı engelli hastalar için tuvaletlerde tutunma destekleri bulunacaktır.

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI İLE İLGİLİ KURALLAR:

Klinik Doğrulama Süreci:

Doğrulama, doğru insan, doğru prosedür ve doğru tarafı içermelidir.

- Sabah vizitinde hekim tarafından taraf işaretlemesi yapılır.
- Hastanın dosyası , konsültasyonları, tetkik sonuçları kontrol edilir.
- Klinik hemşiresi tarafından cerrahi güvenlik kontrol formunun birinci bölümü hasta kontrolü yapılarak doldurulur. İmzalanır.
- Hasta ameliyathane hemşiresine klinik hemşiresi tarafından teslim edilir. Teslim sırasında hastanın doğrulaması hastanın katılımıyla iki sağlık çalışanı tarafından yapılır.
- Bu teslimde hastanın kimlik bilgileri, hekimi, geçireceği operasyonu ve özellik içeren durumlar (tedavi, izalasyon durumu, alerji ,vb.) ameliyathane çalışanına bildirilir.

Cerrahi Tarafın İşaretlenmesi:

- Taraf işaretlemesi hastanın hekimi tarafından hasta ayıkken kendisine de doğrulatılarak yapılır.
- İşaretleme deri hazırlığı yapıldıktan sonra silinmeyecek bir kalemle yapılır.
- Çift taraf cerrahilerinde sadece ameliyat edilecek taraf işaretlenir. Çoklu bölgelerde (Vertebra, parmak) ameliyat edilecek bölümler deri üzerinde işaretlenmezse grafiler

üzerinde işaretlenmelidir.

- Tek organ ameliyatlarında taraf işaretlemesi hekim tarafından uygun görülürse yapılır.
- İşaretleme de yapışkan bantlar ya da çıkan kalemler kullanılmaz.
- Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılabilir.
- Yapılan işaretleme cerrahi bölge tespit formundaki resim üzerinde de işaretlenerek kayıt altına alınır.
- İşaretleme açık yaralarda, acil vakalar da ve prematüre bebeklerde yapılmayabilir.

Ameliyathane Doğrulama Süreci:

- Ameliyathaneye alınan hasta burada ki sağlık çalışanı tarafından kimlik doğrulaması yapılarak teslim alınır.
- Hastanın dosyası, tetkikleri ve taraf doğrulaması kontrol edilir.
- Ameliyat masasına alınan hastanın kimlik doğrulaması ve taraf doğrulaması ameliyat ekibi tarafından hasta uyutulmadan sesli olarak kontrol edilerek doğrulanır.
- Liste sorumlusu Güveni Cerrahi Kontrol Formunun ikinci bölümünün de bulunan kontrol sorularını sözlü olarak ekibe sorar ve cevapları alır. Formun ilgili kısmını imzalar.

ENFEKSİYON RİSKİNİN AZALTILMASI

ENFEKSİYON RİSKİNİN AZALTILMASI İLE İLGİLİ KURALLAR:

Tüm hastane enfeksiyonlarının rutin süveyansı ve analizi enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılacaktır. Bölümlere göre aylık hastane enfeksiyon oranları ve hızları izlenerek raporlanmaktadır ve enfeksiyon kontrol komitesine sunularak ilgili birimlere duyurulmaktadır.

Uygun antibiyotik kullanımını sağlamak amacıyla hastanemizde Antibiyotik Profilaksisi Talimatı uygulanmaktadır.

STANDART ÖNLEMLERİMİZ:

Bu önlemler tanı ve zemindeki enfeksiyon durumuna bakılmaksızın hasta kan ve vücut sıvılarının enfekte kabul edilip; hasta-hasta, hasta-çalışan, çalışan-hasta bulaşı önlemek amacı ile alınan tedbirlerdir. Bu tedbirler;

- * El hijyeni,
- * Koruyucu ekipman,

* Hasta ile temas eden tüm cihaz ve aletlerin temizlik, dezenfeksiyon ve sterilizasyon yöntemlerini kapsar.

EL HİJYENİ:

El Yıkama;

Takılar ve saat çıkartılır. Eller su ile ıslatılır, 3-5 ml sıvı sabun avuca alınır.

En az 30 saniye süre ile önce avuç içi, el üstleri, parmak araları, çapraz parmaklar, baş parmak ve avuç içinde parmak uçları şeklinde kuvvetlice ovuşturulur.

Eller su ile bilekten itibaren iyice durulanır

Kağıt havlu ile kurulanır, musluk kağıt havlu kullanılarak kapatılır.

El Yıkama Gereksinimleri;

Hasta ile temasdan önce,

Aseptik Görevlerden önce,

Hasta sıvılarının bulaşma riskinden sonra,

Hasta ile temastan sonra,

Hasta çevresi ile temastan sonra eller mutlaka yıkanır.



KİŞİSEL KORUYUCU EKİPMAN KULLANIMLARI:

Kişisel koruyucu ekipman endikasyon durumlarında kesinlikle kullanılacaktır. Birimlerimizde personelin kullanımına hazır kişisel koruyucu ekipmanlar bulunmaktadır.

Koruyucu malzemelerin (bariyer önlemleri) giyme sırası ;

- * Önlük,
- * Maske,
- * Yüz-göz koruyucu (gözlük)
- * Eldiven

Hava yolu ile bulaş ihtimali (tüberküloz, suçiçeği, kızamık, SARS,) olan hastalara hizmet verilen birimlerde N95 veya FFP 3 maskeleri bulundurulacaktır. Önlük malzemesi uygulanacak işleme göre seçilmeli; uygun tip ve boyut seçilmeli ve arkadan bağlanacaktır. Maskeler; ağız, burun ve çeneyi tamamen içine alacak şekilde olacak ve yüze tam uygunluk sağlanacaktır. Maskeler ortak kullanılmayacak, tükrük ve ya sekresyonlarla ıslandığı zaman değiştirilecektir. Gözlük ve yüz koruyucusu yüze uygun olacaktır. Eldivenler en son giyilecektir. Ele uygun eldiven giyilecek, önlüğün kol manşetlerinin üstüne çekilecektir. Eldiven giymeden önce eller yıkanacak ve ya alkollü el dezenfektanı ile ovulacaktır. Eldivenle temizden kirliye doğru ve kendini - çevreyi kontamine etmeden çalışılacaktır. Koruyucu bariyer önlemleri şu sıra ile çıkarılacaktır.

- * Eldiven,
- * Gözlük- yüz koruyucu, (gözlük)
- * Önlük ve
- * Maskedir.

Eksüdatif deri lezyonu olan sağlık personeli, iyileşene kadar kesinlikle eldiven maske gibi koruyucu önlemlerini alarak hasta bakımı ve araç gereç bakımı ile ilgilenecektir.

ELDİVEN KULLANMA:

• Temiz- nonsteril eldiven giyilmesini gerektiren işlemler:

- * İzolasyon uygulanmış olan hastaların odalarına girmeden önce
- * İzole hastalarla temastan önce
- * Hastanın kan, vücut sıvısı ile gözle görülebilir düzeyde kirlenmiş eşya ve alanlarla direk

temas gerektiren işlemlerde

Hastada kullanılmış aletlerin temizlenmesi

Kusmuk içeren kabın boşaltılmasında

Kan alınması

Kanla temas

Bütünlüğü bozulmuş cilt ve mukoz membranla temas

Intravenöz damar yolu açılması ve sonlandırılması

Pelvik ve vajinal muayene

Endotrakeal tüpten yapılacak aspirasyon

Aynı hastada farklı girişimler için eldiven değiştirilmelidir.

• **Steril eldiven kullanılmasını gerektiren işlemler**

* Hastanın steril vücut bölgesine yapılacak girişimler (Herhangi bir cerrahi işlem, vajinal doğum vb)

* İnvaziv radyolojik girişimler

* Santral kateter yerleştirilmesi

* Tıbbi malzemelerin sterilitesinin korunması gereken durumlar

* Total parenteral nütrisyon hazırlanması

* Kemoterapötik ajanların hazırlanması

* Mekanik ventilasyondaki hastanın solunum sekresyonlarının aspirasyonu

* Cerrahi girişimler

*** STERİL ELDİVEN GİYİLMEYEN ÖNCE ELLER YIKANMALI VEYA EL ANTİSEPTİĞİ İLE OVULMALIDIR. AYNI ŞEKİLDE ELDİVEN ÇIKARTILDIKTAN SONRA DA ELLER YIKANMALI VEYA EL ANTİSEPTİĞİ İLE OVULMALIDIR.**

CERRAHİ İŞLEMLER ÖNCESİNDE ELDİVEN GİYİLMEYEN ÖNCE CERRAHİ EL HİJYENİ KURALLARINA UYULMALIDIR.

• **AŞAĞIDAKİ DURUMLARDA ELDİVEN KULLANILMAMALIDIR;**

Hastaya uygulanan herhangi bir izolasyon önlemi endikasyonunun olmadığı durumlarda, Hastanın kan ve vücut sıvısı ile temas olasılığının olmadığı **DİREK HASTA TEMASI** gerektiren

işlemler;

- * Tansiyon ölçümü
- * Vücut ısısı ve nabız ölçümü
- * Subkutan ve intramüsküler enjeksiyon
- * Hastanın giydirilmesi, banyo yaptırılması
- * Hasta transportu
- * Sekresyonsuz göz ve kulak muayenesi
- * Kan sızıntısının olmadığı damar yolu kontrolü

Hastanın kan ve vücut sıvısı ile temas olasılığının olmadığı İNDİREK HASTA TEMASI gerektiren işlemler;

- * Telefon kullanımı
- * Hasta kartı, dosyası, günlük gözleminin doldurulması
- * Hastaya oral tedavi verilmesi
- * Hastaya yemeğinin verilmesi ve sonrasında toplanması
- * Hasta yatağının çarşafının çıkarılması ve yeniden takılması
- * Non-invaziv mekanik ventilasyon aletlerinin, oksijen kanülünün takılması
- * Hasta mobilyalarının yerlerinin değiştirilmesi

• **Eldiven Kullanımında Dikkat Edilmesi Gereken Kurallar;**

- * Eldivenli ellerle hastaya temas durumunda temizden kirliye doğru çalışılmalıdır
- * Eldiven ile çalışırken kendine ve çevreye kontamine (kirli) temas sınırlandırılmalıdır
- * İşlem bittikten sonra kirli eldiven hemen çıkarılmalı,
- * Aynı eldiven ile hasta çevresine temas edilmemelidir.
- * Eldivenler tekrar kullanılmamalıdır

* Eldiven çıkartıldıktan sonra el hijyeni sağlanmalıdır

* ELDİVEN ÜZERİNE EL ANTİSEPTİĞİ UYGULANMAMALI VEYA ELDİVENLİ ELLER YIKANMAMALIDIR.

* ELDİVEN KULLANIMI ASLA EL HİJYENİNİN YERİNİ ALACAK BİR UYGULAMA OLARAK ALGILANMAMALI VE ELDİVEN KULLANIM ENDİKASYONLARI DIŞINDA ELDİVEN KULLANILMAMALIDIR.

HASTA İLE TEMAS EDEN TÜM CİHAZ VE ALETLERİN TEMİZLİK, DEZENFEKSİYON VE STERİLİZASYON YÖNTEMLERİ;

TEMİZLİK: Kir ve organik artıkların fiziksel olarak uzaklaştırılmasıdır.

STERİLİZASYON: Tüm canlı organizmaların ortamdaki uzaklaştırılması veya inaktivasyonudur.

DEZENFEKSİYON: Sporlu bakteriler dışındaki mikroorganizmaların cansız ortamdaki elimine edilmesidir.

Yüksek seviyeli dezenfeksiyon: Tüm vejetatif bakteriler, virüsler ve mantar sporları ile bakteri sporlarının bir kısmının eliminasyonudur.

Orta seviyeli dezenfeksiyon: Tüberküloz etkenleri ve diğ r vejetatif bakterilerle virüs ve mantarların çoğunun inaktive edilmesidir.

Düşük seviyeli dezenfeksiyon: Tüberküloz etkenleri ve zarfsız virüslere etkisiz olan, ancak bir kısım vejetatif mikroorganizmaları inaktive edebilen dezenfeksiyon seviyesidir.

DEKONTAMİNASYON: Kontamine (kirli) malzemenin dezenfeksiyon veya sterilizasyon öncesi kaba kirlerinden arındırılarak işleme uygun hale getirilmesidir.

GERMİSİT: Hastalıklara neden olan mikroorganizmaları öldüren antiseptik ve dezenfektanların ortak adı.

Dezenfektan: Cansız ortamda mikroorganizmaları öldürmek veya inaktive etmek için kullanılan maddelerdir.

Antiseptik: Canlı üzerinde kullanılabilen germisitlerdir.

Kullanılan araç-gerece göre yapılacak sterilizasyon ve dezenfeksiyon

Sınıflama	Tanım	Sterilizasyon/dezenfeksiyon nerisi
Kritik araç gereçler	Steril dokulara temas eden veya vasküler sisteme giren araç gereçler (cerrahi aletler, kardiyak kateterler, bazı endoskoplar, protezler vb.)	Mutlaka steril olmalıdır
Yarı-kritik araç gereçler	Mukoza ve bütünlüğü bozulmuş deri ile temas eden araç gereçler (solunum ekipmanları, gastroenterolojik endoskoplar, larengoskoplar, bronkoskoplar vb.)	Sterilizasyon veya yüksek düzey dezenfeksiyon gerektirir
Kritik olmayan araç gereçler	Vücut bütünlüğü bozulmamış, sağlam deri ile temas eden araç gereçler (tansiyon aleti kılıfı, stetoskop, termometre vb.)	Orta veya düşük düzeyde dezenfeksiyon veya sadece su ve deterjanla basit temizlik önerilir.

İZOLASYON ÖNLEMLERİ:

Hastanemizde yatan infekte ve kolonize hastaların bakımı ve tedavisinde uygulanan izolasyon endikasyonu ilgili hekimi tarafından belirlenir, enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından takibi yapılır. İzolasyon türüne göre aşağıdaki ilgili önlemler alınır ve izolasyon figürü hasta odasına (gerektiğinde yatağına ve transfer ekipmanlarına) asılır. Hasta ve hasta yakını konu hakkında bilgilendirilerek eğitilir.

TEMAS İZOLASYONU

Hastaya bakım verecek personeli belirleyip ayırınız.

Hasta bakım ekipmanlarını ayırınız.

Hasta ve çevre ile temas durumunda eldiven kullanınız.

Hasta ve çevre ile temas öncesi ve sonrası el hijyenini sağlayınız.

Hastanın bir metre yakınına yaklaşması gereken herkesin maske kullanmasını sağlayınız.



SOLUNUM İZOLASYONU

Hastaya bakım verecek personeli belirleyip , ayırınız.

Hasta bakım ekipmanlarını ayırınız.

Hasta ve çevre ile temas durumunda eldiven kullanınız.

Temas öncesi ve sonrası el hijyenini sağlayınız.

Odaya giren herkesin, Transferlerde ise hastanın N95 maske kullanımını sağlayınız.

Oda kapısını kapalı tutunuz.



SIKİ TEMAS İZOLASYONU

Hastaya bakım verecek personeli belirleyip , ayırınız.

Hasta bakım ekipmanlarını ayırınız.

Hasta ve çevre ile temas durumunda eldiven kullanınız.

Temas öncesi ve sonrası el hijyenini sağlayınız.

Hastanın bir metre yakınına yaklaşması gereken herkesin maske ve koruyucu önlük kullanmasını sağlayınız.



DAMLACIK İZOLASYONU

Hastaya bakım verecek personeli belirleyip , ayırınız.

Hasta bakım ekipmanlarını ayırınız.



Hasta ve çevre ile temas durumunda eldiven kullanınız.

Hasta ve çevre ile temas öncesi ve sonrası el hijyenini sağlayınız.

Hastanın bir metre yakınına yaklaşması gereken herkesin maske kullanmasını sağlayınız.

HASTANE TEMİZLİĞİ:

Hastanemizde yapılan temizlik bölümlerin risk düzeylerine göre belirlenmiştir. Hazırlanan bölüm bazlı temizlik planlarında belirtilen yöntem, malzeme ve kurallarla yapılmaktadır. Her bölümün temizlik kontrol sorumlusu görevlendirilmiştir. Günde iki kez gözleme dayalı temizlik kontrolünü yapar ve takip çizelgelerini kontrol ederek her ay sonunda enfeksiyon kontrol hemşiresine onaylatır.

Hastane temizliğinin risk alanlarına göre gruplandırılması:

Yüksek risk alanlar: Temizlik, Dezenfeksiyon yapılır.

Ameliyathaneler, yoğun bakımlar, hemodiyaliz üniteleri, izolasyon odaları, yeni doğan üniteleri, Doğumhaneler ve bu alanlardaki banyo, koridor, depo, toplantı odası, büro ve personel odaları

Orta risk alanlar: Sık Temizlik yapılır.

Klinikler (Hasta odaları), Poliklinikler, laboratuvar, yemekhane, mutfak, acil servis.

Düşük risk alanlar: Temizlik yapılır.

Hemşire, doktor ve sekreter odaları, ofis, kafeterya, koridor, idare bölümleri, ve depolar.

HASTA VÜCUT SIVILARI İLE BULAŞMIŞ ALANLAR YÜKSEK RİSKLİ ALAN SAYILIR.

- AMELİYATHANELER - STERİLİZASYON ÜNİTESİ (steril destek alanları) - YOĞUN BAKIMLAR - TIBBİ ATIK DEPOSU - KİMYASAL ATIK DEPOSU	-ACİL SERVİS -KLİNİKLER -POLİKLİNİKLER -LABORATUVARLAR (kan alma, transfüzyon merkezi, tüm laboratuvarlar) -RADYOLOJİ ÜNİTESİ -MORG - YEMEKHANE -MUTFAK -ÇAMAŞIRHANE	- İDARİ BİRİMLER - TOPLANTI SALONU - STERİL OLMAYAN DESTEK ALANLAR (depolar, personel odaları, asansörler, evsel atık deposu) - ECZANE - ARŞİV - TEKNİK BÖLÜMLER - ÇEVRE ALANLAR
--	--	--

KULLANILACAK TEMİZLİK EKİPMANLARININ KULLANIM ALANINA GÖRE GRUPLANDIRILMASI;

BÖLÜM	KOVA RENGİ	BEZ RENGİ
Tuvalet hariç tüm ıslak alanlar (banyo duş, küvet)	SARI	SARI
Bütün kuru alanlar (kapı, pencere, mobilya, ayna vb.)	MAVİ	MAVİ
Tuvaletler ve klozet, pisuar ve sifon tankı	KIRMIZI	KIRMIZI
Sağlık personelinin dinlenme alanları	YEŞİL	YEŞİL
Yüksek riskli tek sefer kullanım gerektiren alanlar	BEYAZ	BEYAZ

Kova ve Bezlerin Kullanımı Kuralları:

Kirli bezle temizliğe devam edilmemelidir, sık bez değiştirilmelidir.

Kirlenen bezler sıcak su ve deterjanla yıkanıp kurutulduktan sonra kullanılmalıdır.

Temizlik malzemeleri kova içinde ve ıslak bırakılmamalıdır.

Tüm bölümlerin temiz ve kirli malzemeleri ayrı odalarda muhafaza edilmelidir.

Tüy bırakmayan temizlik bezleri tercih edilmelidir. Bez ve kova renkleri kullanım alanına göre belirlenmelidir.

Katı yüzeylerin üzerine damlayan veya sıçrayan sıvıların, önce kaba kiri alınmalı, enfekte olmayan sıvı bulaşı ise temizlik, enfekte sıvı bulaşında ise temizlik + Enfeksiyon Komitesinin belirlediği uygun dezenfektan ile dezenfeksiyon yapılmalıdır

PASPAS GRUPLANDIRILMASI :

PASPAS TİPİ	KULLANIM AMACI
Mavi Paspas (mop)	Kuru süpürme
Beyaz Paspas (mop)	Nemli silme ve bakım
Saçaklı Paspas (mop)	Islak silme

ÇİFT KOVALI –PRESLİ PASPAS ARABASI KULLANIMI:

Paspas arabasında gerekli tüm malzemelerin bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.

Paspas ilk kez kullanılıyor ise sıcak su ve deterjanla yıkanarak havlarında arındırılmalıdır.

Paspaslama için kullanılacak su ılık su olmalıdır.

Temiz su için mavi kova, kirli su için kırmızı kova kullanılmalıdır. Mavi kovaya uygun konsantrasyonda sıvı deterjan, kırmızı kovaya ise bunun yarısı kadar sıvı deterjan

konulmalıdır.

Paspas S şeklinde hareket ettirilmeli, mümkün olduğunca zeminden uzaklaştırılmadan temizlik yapılmalıdır.

Kirli paspasla temizlik yapılmamalı, kirlenen paspas önce kırmızı kovada kirinden arındırmalı, sonra mavi kovada yıkanmalı, sıkma presli kırmızı kova üzerinde çevrilerek sıkma işlemi yapılmalıdır.

Islak paspasla silinen alanlar kuru mop ile hemen kurulmalı, paspaslama işlemi sırasında kirlenme, kayma ve düşmeleri önlemek için uyarı levhaları konulmalıdır.

PASPAS KULLANIMI KURALLARI:

Saçaklı paspas kullanımında zemin ıslak bırakılmamalı, kurulama işlemi yapılmalı ve kirlenme, kayma ve düşmeleri önleme için uyarı levhaları koyulmalıdır.

Kirli paspas ile temizlik yapılmamalı, kirlenen paspaslar sıcak su ve deterjan ile yıkanıp kurutulularak saklanmalıdır. Temizlik malzemeleri kova içinde ve ıslak bırakılmamalı

Gün içinde kullanılan tüm paspaslar, gün sonunda yıkanmak üzere çamaşırhaneye ulaştırılmalıdır.

Tüm bölümlerin temiz ve kirli malzemeleri ayrı odalarda muhafaza edilmelidir.

Katı yüzeylerin üzerine damlayan veya sıçrayan sıvıların, önce kaba kiri alınmalı, enfekte olmayan sıvı bulaşı ise temizlik, enfekte sıvı bulaşında ise temizlik + Enfeksiyon Komitesinin belirlediği uygun dezenfektan ile dezenfeksiyon yapılmalıdır.

Hastanelerde zemin, tuvalet, duvar, banyo ve kapı kolu gibi düzenli olarak temizlenebilen ve enfeksiyon riski bulunmayan yüzeylerin dezenfeksiyonuna gerek yoktur. Bu bölgelerin temizliğinde su ve deterjan yeterlidir

Zemin temizliği için asla kuru süpürge kullanılmamalı, elektrikli vakumlu süpürge ile ıslak temizlik yöntemi kullanılmalıdır.

TEMİZLİK ELDİVENLERİNİN GRUPLANDIRILMASI:

BÖLÜM/ALAN	ELDİVEN RENGİ
Tuvalet hariç tüm ıslak alanlar (banyo duş, küvet)	SARI
Bütün nemli alanlar (Orta riskli alanlar- Hasta Odaları vb.)	MAVİ
Tuvaletler ve klozet, pisuar ve sifon tankı	KIRMIZI
Sağlık personelinin dinlenme alanları (Düşük Riskli)	YEŞİL
Atık Toplama (Tıbbi atık hariç tüm Atıklar)	SİYAH

Temizlikte kullanılan deterjanlar üretici firmanın önerisi/eğitimi doğrultusunda uygulanır. Klor tabletler **EN.LS.01 EFERVESAN KLOR TABLET ÇİZELGESİ'**ne uygun şekilde sulandırılır.

ATIKLARIN SINIFLANDIRILMASI:

Kurumumuzda atıklar kaynağında ayrıştırılır. Bölümlerde çalışan temizlik personelleri tarafından evsel, geri

dönüşüm ve tehlikeli atıklar toplanarak geçici atık depolarına bırakılır. Tıbbi atıklar ise hastanemizde belirlenen tıbbi atık taşıma personelleri tarafından günde 2 (iki) kez ve gereklikçe uygun şekilde toplanarak geçici depolama alanına taşınır. Tehlikeli ve tıbbi atıkların ayrıştırıldığı bölümde etiketlenmesi zorunludur.

TIBBİ ATIK (KESİCİ-DELİCİ ALET KUTUSUNA ATILACAK)

Kesici ve delici özelliği olabilen tıbbi atıklar;

- . Enjektör iğnesi
- . İğne içeren diğer kesiciler
- . İntraket
- . İlaç ampulleri
- . Bistüri
- . Lam-lamel-lanset

Kesici-delici atık kutusunun 2/3'ü dolduğunda kutu birimin bilgileri ile etiketlenerek tıbbi atık görevlisine teslim edilir.

TIBBİ ATIK (KIRMIZI TIBBİ ATIK POŞETİNE ATILACAK)

Hasta vücut sıvıları ve çıktıları ile kirlenmiş her türlü atıklar.

- | | |
|--|-----------------------------------|
| - IV kateterler | - Serum seti |
| -Foley sonda | - Kan ve kan ürünleri |
| -Nazogastrik sonda | -Sekresyon ve çıkartılar |
| - Trakeostomi kanülü | - Morgda oluşan enfekte atıklar |
| - Kontamine cerrahi pansuman malzemeleri | - Kontamine olmuş abeslang |
| - Gaita kapları, idrar kapları, balgam kapları | - İnsan patolojik atıkları |
| - İzolasyon uygulanan hastaların atıkları | - Kontamine olmuş lab. atıkları |
| - İdrar torbası ve bağlantıları | - Enjektörlerin plastik kısımları |

(idrar boşaltıldıktan sonra) Kontamine olmuş eldiven, önlük

Tıbbi atık poşetinin 2/3'ü dolduğunda, birimin bilgileri ile etiketlenerek tıbbi atık görevlisine teslim edilir.

GERİ DÖNÜŞÜM-AMBALAJ ATIKLARI (MAVİ ÇÖP POŞETİNE ATILACAK)

Tıbbi atık ve geri dönüşüm grubuna girmeyen; Kağıt ve tıbbi malzeme ambalajı, Plastik, Cam serum şişesi ve plastik serum torbası (içi boşaltılıp set kısmı ayrıldıktan sonra,) Metal ve Flakonlar.

EVSEL ATIK (SİYAH ÇÖP POŞETİNE ATILACAK)

Tıbbi atık ve geri dönüşüm grubuna girmeyen; Hasta, doktor, hemşire odası, idari büro, mutfak, atölye, WC vb. atıkları.

PİL ATIKLARI (ATIK PİL KUTUSUNA ATILACAK)

Her türde ve yapıda pil; depoda ki pil atık kutusuna atılır ve depo sorumlusundan dolusu temin edilir.

İLAÇ ATIKLARI

Kullanım süreleri dolmuş ilaç ayrı bir kaptan toplanmalı ve eczaneye iade edilmelidir.

TEHLİKELİ ATIK

Basınçlı kutular (spreyler, medikal gaz kutuları), ağır metal içeren atıklar (elektrik lambaları), flörsan, yazıcı tonerleri ve kartuşları ayrı bir yerde toplanmalı ve tehlikeli atık sorumlusuna bildirilerek geçici depolama alanına teslim edilmelidir.

ACİL DURUM KODLARIMIZ (ULUSAL RENKLİ KODLAR) :

ACİL DURUM KODLARI	YAPILACAK İŞLEM
MAVİ KOD (ARREST DURUMUNDA OLAN HASTA)	2222 TUŞLAYIP, KODU BAŞLAT.
PEMBE KOD (BEBEK KAÇIRILMA)	3333 TUŞLAYIP KODU BAŞLAT.
BEYAZ KOD (HASTA VE ÇALIŞANLARA SALDIRI)	1111 TUŞLAYIP, BULUNDUĞUN BİRİMİN DÂHİLİ NUMARASINI TUŞLA VE KODU BAŞLAT
KIRMIZI KOD (YANGIN)	4444 TUŞLAYIP KIRMIZI KOD VE BULUNDUĞUN BİRİMİN ANONSUNU VER.
KOD SONLANDIRMA	OLAY YERİNE EKİBİN GELMESİYLE TELEFON KAPATILIR.

Yaşanan acil durum sonrası; acil durum çağrısını yapan personel tarafından ilgili olay bildirim formu eksiksiz olarak doldurulur. Formda varsa mevcut diğer bildirimler sorumlularına doldurularak imzalatılır ve kalite birimine teslim edilir.

* AD.FR.02 MAVİ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

* AD.FR.04 PEMBE KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

* AD.FR.05 BEYAZ KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

* AD.FR.06 KIRMIZI KOD OLAY BİLDİRİM FORMU

DÖKÜMAN YÖNETİMİ

Tanımlar

Doküman: Bilginin yer aldığı ortamdır.

Prosedür: Faaliyetlerden oluşan bir sürecin nasıl icra edildiğini anlatan dokümandır.

Talimat: Tek bir faaliyetin işlem basamaklarını içeren dokümandır.

Rehber: Yapılan faaliyetlerde yol gösterme ve bilgilendirme amacıyla oluşturulan dokümandır.

Form: İstenilen veri veya bilgilerin yazılması, doldurulması için hazırlanmış dokümandır.

Dış Kaynaklı Doküman: Kurumun kendisi tarafından hazırlanmayan ancak faaliyetlerin gerçekleştirilmesinde faydalanan dokümandır.

Plan: Hedeflenen bir amaca ulaşılmasını sağlayacak adımlardan oluşan; ne-yi, ne zaman, niçin ve nasıl yapacağımızı gösteren dokümandır.

Rıza Belgesi: Uygulanacak tıbbi işleme ilişkin, işlemi yapacak sağlık personeli tarafından hastaya aktarılan bilgilerin yer aldığı ve hastanın rızasını almak için oluşturulmuş dokümandır.

Liste: Benzer öğelerin ardışık sıralandığı dokümandır.

Yardımcı Doküman: Prosedür, Talimat, Rehber, Form, Plan, Liste, Rıza Belgesi ve Dış Kaynaklı dokümanların dışında kalan veya bu dokümanları destekleyici nitelikteki dokümandır.

Dokümanın Adı: Dokümanın ilişkili olduğu konuyu ifade eder.

Dokümanın Kodu: Dokümanın izlenebilirliğini sağlayan, kurum ve kuruluş tarafından doküman yönetim sistemi rehberinde belirlenen kurallara uygun olarak oluşturulan tanımlama sistemini ifade eder.

Yayın Tarihi: Dokümanın yürürlüğe girdiği tarihi ifade eder.

Revizyon Tarihi: Dokümanın en son güncellendiği tarihi ifade eder.

Revizyon Numarası: Dokümanın kaç kez güncellendiğini ifade eder.

Bölüm Adı	Kod
Kurumsal Yapı	KU
Kalite Yönetimi	KY
Doküman Yönetimi	DY
Risk Yönetimi	RY
Güvenlik Raporlama Sistemi	GR
Acil Durum ve Afet Yönetimi	AD
Eğitim Yönetimi	EY
Sosyal Sorumluluk	SS
Hasta Deneyimi	HD
Hizmete Erişim	HE
Yaşam Sonu Hizmetler	YS
Sağlıklı Çalışma Yaşamı	SÇ
Hasta Bakımı	HB
İlaç Yönetimi	İY
Enfeksiyonların Önlenmesi	EN
Sterilizasyon Hizmetleri	SH
Transfüzyon Hizmetleri	TH
Radyasyon Güvenliği	RG
Acil Servis	AS
Ameliyathane	AH
Yoğun Bakım Ünitesi	YB
Yeni Doğan Yoğun Bakım Ünitesi	YD
Doğum Hizmetleri	DH
Diyaliz Ünitesi	Dİ
Psikiyatri Hizmetleri	PS
Biyokimya Laboratuvarı	BL
Mikrobiyoloji Laboratuvarı	ML
Patoloji Laboratuvarı	PL
Doku Tipleme Laboratuvarı	DL
Tesis Yönetimi	TY
Otelcilik Hizmetleri	OH
Bilgi Yönetimi	BY
Malzeme ve Cihaz Yönetimi	MC
Tıbbi Kayıt ve Arşiv Hizmetleri	TA
Atık Yönetimi	AY
Dış Kaynak Kullanımı	DK
Göstergelerin İzlenmesi	Gİ
Bölüm Bazlı Göstergeler	GB..*
Klinik Göstergeler	GK..*

SKS DOKÜMAN TÜRLERİ KISALTMALARI ve ÖRNEKLERİ

Doküman Türü	Kısaltma	Örnek
Prosedür	PR	Endoskopi Ünitesi Prosedürü
Talimat	TL	Hasta Kayıt Talimatı
Form	FR	5 Endikasyon Kuralı Gözlem Formu
Plan	PL	Tıbbi Cihazların Bakım ve Kalibrasyonlarına Yönelik Plan
Rehber	RH	Genel ve Bölüm Uyum Rehberleri
Liste	LS	Yüksek Riskli İlaç Listesi
Rıza Belgesi	RB	Enjeksiyon Rıza Belgesi
Yardımcı Doküman	YD	El Hijyeni 5 Endikasyon, İlaç İmha Tutanağı, Toplantı Tutanakları

Hastane Bilgi yönetim sistemi (HBYS)

Kurumumuzda uygulanan tüm süreçlerde otomasyon sistemi kullanılmaktadır. Hastane İşletim sistemlerine giriş yapılan bilgiler;

- Hasta Kimlik Bilgileri,
- İleri Tetkik ve Radyoloji Randevuları
- Tetkik Sonuçları
- Doktor Randevuları
- Hasta Anamnezi ve Bulguları
- Doktor İstemleri
- Hasta Gözlemleri ve Bulguları
- Ameliyat Notları
- Epikriz Notları
- Faturalandırma İşlemleri

- Hastanede otomasyon içerisinde standart tanı kodları olarak ICD 10 kodları kullanılır.

Otomasyon sistemine kişiye özel şifreler ile erişilmektedir. Yapılan tüm otomasyon işlemlerinde aşağıdaki konulara dikkat edilir.

Hastalarımıza ait sağlık bilgilerine muayene olduğu doktor dışındaki personelimiz tarafından ulaşılması kısıtlanmıştır.

Hastanemiz söz konusu bilgileri hastaların onayı dışında ya da yasal bir yükümlülük altında bulunmadığı sürece herhangi bir üçüncü şahıs, kurum ve kuruluş ile paylaşmayacaktır.

Hastanemiz bu bilgileri sadece gerekli yetkiler ve yasal düzenlemeler çerçevesinde açıklayabilir.

Hastalarımızın kişisel bilgilerinin gizliliğini korumak amacıyla Hastanemizde gerekli önlemler alınmıştır.

Yaşanılacak herhangi bir sorunda, hastanemiz bilgi işlem personellerinden yardım isteyiniz.

HASTA HAKLARI ve SORUMLULUKLARI:

Hasta Hakları, hasta ve hasta yakınlarının anayasada belirtilen insan hakları çerçevesinde temel hak ve hürriyetlerinden birisidir. Sağlık Bakanlığının tedavi hizmetleri çerçevesinde genel olarak hizmetten faydalanma hakkını ifade eder. Hasta Hakları programının amacı bireylerin sağlık alanında yaşam kalitesini yükseltmek, sağlığını güvence altına alır.

HASTA HAKLARI:

Hizmetten genel olarak faydalanma: Adalet ve Hakkaniyet ilkeleri çerçevesinde sağlık hizmetlerinden faydalanma. Irk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, felsefi inanç, ekonomik ve sosyal durumları dikkate alınmadan hizmet alma hakkı vardır.

Bilgilendirme ve bilgi isteme: Her türlü sağlık hizmetinin ve imkanının neler olduğunu öğrenmeye ve sağlık durumu ile ilgili her türlü bilgiyi sözlü veya yazılı isteme hakkı vardır.

Sağlık kuruluşunu ve personelini, seçme ve değiştirme: Sağlık kuruluşunu seçmeye, değiştirmeye ve seçtiği sağlık tesisinde verilen sağlık hizmetlerinden faydalanmaya, sağlık hizmeti verecek vermekte olan tabiplerin ve diğer sağlık çalışanlarının kimliklerini, görev ve unvanlarını öğrenmeye seçme ve değiştirmeye hakkı vardır.

Mahremiyet: Gizliliğe uygun bir ortamda her türlü sağlık hizmeti almaya hakları vardır.

Reddetme, durdurma ve rıza: Tedaviyi reddetmeye, durdurulmasını istemeye, tıbbi müdahalelerde rızasının alınmasına ve rıza çerçevesinde hizmetten faydalanmaya hakkı vardır.

Güvenlik : Sağlık hizmetini güvenli bir ortamda almaya,

Dini vecibeleri yerine getirebilme : Sağlık tesisinin imkanları ölçüsünde ve idarece alınan tedbirler çerçevesinde, dini vecibelerini yerine getirmeye hakkı vardır.

İnsani değerlere saygı gösterilmesi, saygınlık görme ve rahatlık: Saygı, itina ve ihtimam gösterilerek, güler yüzlü, nazik, şefkatli bir ortamda, her türlü hijyenik şartlar sağlanmış gürlütülü ve rahatsız edici bütün etkenler giderilmiş bir sağlık hizmeti almaya hakkı vardır.

Ziyaret ve refakatçi bulundurma: Sağlık tesislerince belirlenen usul ve esaslar çerçevesinde ziyaretçi kabul etmeye ve mevzuatın ve sağlık tesisinin imkanları ölçüsünde ve hekimin uygun görmesi halinde refakatçi bulundurmaya hakkı vardır

Müracaat, şikayet ve dava hakkı: Haklarının ihlali halinde, mevzuat çerçevesinde her türlü başvuru, şikayet ve dava hakkını kullanmaya hakkı vardır.

HASTANIN SORUMLULUKLARI :

hastanın bir sağlık kuruluşuna başvurmadan ve başvurduktan sonraki süreçte yerine getirmesi gereken ödev ve yükümlülüklerdir. Hastanın sorumluluklarını boyutlandırmamız mümkündür. Kısaca maddeler halinde sıralayabiliriz:

Genel Sorumluluklar;

Kişiler kendi sağlığına dikkat etmek için elinden geleni yapmalı ve sağlıklı bir yaşam için verilen tavsiyelere uymalıdır.

Kişi uygunsa kan verebilir ya da organ bağışında bulunabilir.

Basit durumlarda kişiler kendi bakımlarını yapmalıdır.

Sosyal Güvenlik Durumu;

Hasta; sağlık, sosyal güvenlik ve kişisel bilgilerindeki değişiklikleri zamanında bildirmek durumundadır.

Sağlık Çalışanlarını Bilgilendirme;

Hasta; yakınmalarını, daha önce geçirdiği hastalıkları, yatarak herhangi bir tedavi görüp görmediğini, eğer varsa halen kullandığı ilaçları ve tüm sağlığıyla ilgili bilgileri tam, eksiksiz vermelidir.

Hastane Kurallarına Uyma;

Hasta; başvurduğu sağlık kuruluşunun kural ve uygulamalarına uymalıdır.

Hasta Sağlık Bakanlığı ve diğer sosyal güvenlik kurumlarınca belirlenen sevk zincirine uymalıdır .

Hastanın; tedavi, bakım ve rehabilitasyon sürecince sağlık çalışanları ile işbirliği içinde olması beklenir.

Hasta; randevulu hizmet veren bir sağlık tesisinden yararlanıyorsa randevunun tarih ve saatine uyması ve değişiklikleri ilgili yere bildirmesi gerekir.

Hasta; hastane personelinin, diğer hastaların ve ziyaretçilerin haklarına saygı göstermelidir.

Hasta; hastane malzemelerine verdiği zararları karşılamak zorundadır.

Tedavisi İle İlgili Önerilere Uyma;

Hasta; tedavisi ve ilaçlarla ilgili tavsiyeleri dikkatle dinlemeli ve anlayamadığı yerleri sormalıdır.

Hastanın; tedavisiyle ilgili önerilere uyum sağlayamama durumu söz konusu ise bunu sağlık çalışanına bildirmesi gerekir.

Hasta sağlık bakım ve taburculuk sonrası bakım planını beklendiği gibi doğru anlayıp anlamadığını belirtmesi gerekir.

Hasta; uygulanacak tedaviyi reddetmesi veya önerilere uymamasından dolayı doğacak sonuçlardan kendisi sorumludur.

HASTA REFAKATÇİ VE ZİYARETÇİ KURALLARI:

HD.TL.02 HASTA ZİYARET KURALLARI TALİMATI ile belirlenmiş kurallardır. Başlıca kurallar şunlardır;

Hasta odalarımız tek kişinin refakat edebilmesine uygun dizayn edilmiştir.

Refaktçinin hasya yanından Ayrılmanısı gerektirecek durumlarda haber vermesini sağlar.

Refakatçi değişimlerini kayıt altına alınır.

Dışarıdan gıda maddesi getirmesine izin verilmez.

Hastalarımızın mahremiyeti açısından Kadın Hastalıkları ve Doğum ile Çocuk Servisinde bayan refakatçi bulundurulmasına özen gösterilir.

Refakatçiler (hekim ve hemşire direktifleri dışında) hastaya yönelik herhangi bir uygulama yapmazlar.

Yoğun Bakım ünitelerinde refakatçi bulundurulmaz.

Refakatçiler hastaneye ait eşya ve malzemeleri düzenli ve temiz tutmaya dikkat ederler.

Hasta yakınlarının; hasta odası ve servis koridorunda yüksek sesle konuşmaması, gürültü yapmaması sağlanır. Ayrıca odalarda bulunan televizyonların başkalarını rahatsız edecek şekilde kullanılmaması gerekmektedir.

- ZİYARETÇİ KARTLARI: Hastanemizde hasta güvenliği için ziyaretçi kaydı yapılmaktadır. Güvenlik biriminden kimlik karşılığında ziyaretçi kartı temin etmeyen hasta yakınlarının ziyaretlerine izin verilmeyecektir.

- ZİYARET SAATLERİ: (ÖZELLİKLİ OLMAYAN BİRİMLERDE)

Hastanemizde; ziyaret saatleri 12.00 - 13.30 -16.30 - 21.30 saatleri olarak belirlenmiştir. Ayrıca odalarda ziyaretçi sayısının da makul ölçülerde tutulması gerekmektedir.

- YOĞUN BAKIM ZİYARETLERİ:

Yoğun Bakım Üniteleri kritik durumda olan hastalarımızın yattığı servislerdir. Tedavinin düzenli ve sağlıklı yürütülebilmesi için bu servislerimizde ziyaretler kısıtlı olmak zorundadır.

II. BASAMAK GENEL YOĞUN BAKIM ZİYARETLERİ;

Ünitenin uygun olması halinde; Pazartesi, Çarşamba ve Cuma günleri 13:00 -14:00 saatleri arasında sadece 1 (bir) hasta yakını olmak şartı ile ziyaretler gerçekleştirilebilir.

KORONER YOĞUN BAKIM ZİYARETLERİ

Ünitenin uygun olması halinde; her gün saat 14:00-15:00 saatleri arasında sadece (bir) hasta yakını olmak şartı ile ziyaretler gerçekleştirilebilir.

YENİ DOĞAN YOĞUN BAKIM ZİYARETLERİ Ünitenin uygun olması halinde; her gün saat 10:30 ve 19:30'da 10'ar dakika ilgili izlem penceresi açılarak bebeklerimiz yakınlarına gösterilmektedir.

Anne dışında yeni doğan yoğun bakım ünitesi içerisine ziyaretçi kabul edilmemektedir.

BEBEK DOSTU HASTANE

Hastanemiz 2008 yılından "Bebek Dostu Hastane" unvanını almış ve halen bu unvanını korumaktadır.

Bebek Dostu Hastane Nedir?

Anne sütünün özendirilmesine ve annelere emzirme konusunda bilgi ve doğru alışkanlıkların kazandırılmasına yönelik Sağlık Bakanlığı'nın çalışmaları kapsamında, doğum hizmeti veren hastanelerde emzirmenin başarılı ve yerleşik bir uygulama haline gelmesini sağlamak üzere 1991 yılında Anne Sütünün Teşviki ve Bebek Dostu Hastaneler Programı başlatılmıştır.

Doğum hizmeti veren hastanelerden; gebeliklerinden itibaren anne adaylarını anne sütü ve emzirmekonusunda bilgilendiren, doğumdan hemen sonra annelerin bebeklerini emzirmesini sağlayan, güncel bilgilerle eğitilmiş sağlık personeli ile annelere bebeklerini nasıl emzirecekleri konusunda yardımcı olan hastaneler 'Bebek Dostu Hastane' unvanını alırlar.

HASTANEMİZ EMZİRME POLİTİKASI

Hastanemizde çalışan tüm sağlık personeli emzirme politikası doğrultusunda eğitim almıştır. Annelere anne sütü ve emzirme konusunda yardımcı olabilecek beceriye sahiptirler. Doğumdan sonra bebekler ilk yarım saat içerisinde sağlık personeli yardımı ile emzirtilir. Tıbbi bir gereksinim olmadıkça bebeklere anne sütünden başka yiyecek ve içecek verilmez. Anne ve bebeğin, görsel ve tensel teması kolaylıkla sağlayabilecekleri şekilde aynı odada kalmaları sağlanır, sağlık sorunları dışında ayrı kalmalarına izin verilmez. Annelere bebeklerini, bebeğin istediği sıklıkta ve sürede emzirmeleri öğütlenir. Hastanede oldukları süre içerisinde ve taburculuk esnasında anne ve diğer aile bireylerine anne sütünün önemi anlatılır. Karşılaşılabilecekleri sorunlar hakkında sözlü ve/veya yazılı olarak bilgi verilir. Bebeğin emzirtilmesi, anneye uygun emzirme tekniği uygulamalı olarak gösterilerek anlatılır. Tüm annelere bebeklerinden ayrı kalmak zorunda olduklarında emzirmeyi nasıl sürdürecekleri ve süt sağma konusunda bilgi verilir. Hastanemizde takip edilen tüm hamilelere anne sütü ve emzirmenin önemi anlatılır. Hastanemizde emzik ve biberon kullanılmaz ve annelere kullanımı önerilmez. Sağılan anne sütünün bebeğe verilmesi konusunda yardımcı olunur.

Hastanemizde mama reklâmına izin verilmez ve reklam içeren herhangi bir materyal bulundurulmaz. Tıbbi zorunluluklardan dolayı mama kullanımlarında, kullanılacak mamalar hastane tarafından temin edilir.

Anneler bebeklerine ilk 6 ay sadece anne sütü vermeleri konusunda eğitilir. 6.aydan sonra tamamlayıcı beslenme ile birlikte bebeklerini 2 yaşına kadar emzirmeleri yönünde teşvik edilir. Kurumumuzda annelerin bebeklerini rahatça emzirebilecekleri emzirme odaları bulunur.

HAZIRLAYANLAR

Kalite & Akreditasyon Sorumlusu

Cemşah YAZICI

Tedavi ve Bakım Hizmetleri Müdürü

Yeşim İNCİ