



ÖZEL UNCALI MEYDAN HASTANESİ

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ REHBERİ

2013



HAZIRLAYAN
EĞİTİM HEMŞİRESİ

SAYFA 2

VİZYONUMUZ

İnsana saygı çerçevesinde, yeniliklere açık, ahlaki değerleri ön planda tutarak sağlık hizmetinde çözüm üreten kurum olmaktır.

MİSYONUMUZ

Hasta ve çalışan memnuniyetini ön planda tutarak, etik kurallara bağlı, mekan ve donanım seviyesi yüksek, eğitilmiş, deneyimli personelle hizmet vermektir.

KALİTE POLİTİKAMIZ

Çalışan, hasta ve yakınlarına saygılı, uyumlu yapı içinde sağlık organizasyonunun sürekli gelişimini sağlayan yönetim ve çalışanların performansını arttıran bir kurum kültürü oluşturmak, hastanemizin temel kalite politikasıdır.

SAYFA 3

Kalite nedir?

Kalite; bir mal veya hizmetin hizmet alanların beklenti ve gereksinimlerini karşılayabilme yeteneğidir, diye tarif edilebilir.

Tüketicilerin beklentilerine bağlı olarak, kalite kavramı topluma, toplumun kültürel gelişimine, beğeni ve alışkanlıklarına göre değişen bir kavramdır. Amaç hizmet alanın beğeni ve gereksinimlerini daha iyi yakalamak ve rakiplerinden daha iyi hizmet sunmaktır.

Hizmet alanın tatminidir, son kararı hizmeti alan verir. Süreçtir, sürekli gelişme, kusursuzluk ve standartlara uymaktır. Standardı kalite belirler. Uluslararası Standart Bürosu ISO' nun kalite için yaptığı tanım böyledir; "kalite, bir mal ya da hizmetin belirli bir gereksinimi karşılayabilme yeteneklerini ortaya koyan karakteristiklerin tümüdür."

Kalite Politikası Nedir?

Kuruluşun en üst yetkililerince belirlenmiş tüm eğilimlerdir. Kısaca "HİZMET ALANIN MEMNUNİYETİ" ve "SÜREKLİ İYİLEŞTİRME" olarak özetlenebilir.

Kalite Yönetimi Nedir?

Kalite politikasının, amaçlarını ve sorumluluklarını belirleyip bunları kalite sistemi içinde planlama ve kontrol gibi yöntemlerle gerçekleştirmeye yönelik tüm faaliyetlerdir.

Sağlıkta Kalite Sistemi Nedir?

Kaliteli bir sağlık sistemi, mümkün olan en iyi sağlık çıktılarını elde etmek üzere "doğruların" en iyi şekilde bir araya getirilmesi organize edilmesidir. Sağlık bakımı ve korunmasına ihtiyaç duyanların hukukunu yüksek düzeyde koruyarak sağlık ihtiyaçlarını karşılamak için güvenli bir şekilde, israf etmeksizin kaynakları en etkili yolla organize eden hizmetler bütünlüğüdür.

SAYFA 4

Hizmet Kalitesi Ne Demektir?

Verilen hizmet seviyesinin hizmet alanın beklentileriyle ne kadar iyi karşılandığının ölçüsüdür. Kaliteli hizmet vermek demek hizmet alanların beklentilerine uyumlu bir yapı içinde karşılık vermek demektir.

Müşteri Odaklılık Ne Demektir?

Ürün ve hizmetlerimizin kalitesini en son noktada hizmet alanlar değerlendirir. Dolayısıyla müşteri odaklı demek; müşteri istek ve beklentilerini göz önünde bulundurmadır.

Süreklilik Nedir?

Değişik nedenlerle oluşan yanlışlıkların bulunması düzeltilmesi, ortadan kaldırılması ve devamı anlamına gelir.

Prosedür Nedir?

Yönetimsel düzeydeki uygulamaların tarif edildiği dökümandır.

Kayıt Nedir?

Elde edilen sonuçları beyan eden veya verilen hizmetin kanıtı olan dökümandır.

Uygunsuzluk Nedir?

Kalite standartlarına göre olması gereken şartın yerine getirilmemesidir.

SAYFA 4

Düzeltilici Faaliyet Nedir?

Saptanan bir uygunsuzluğun sebebini veya diğer istenmeyen durumu yok etmek için yapılan faaliyettir.

Düzeltilici Faaliyetle Önleyici Faaliyet Arasındaki Fark Nedir?

Düzeltilici faaliyet, oluşan problemin nedeninin giderilmesi, önleyici faaliyet ise henüz oluşmamış ancak oluşabilecek problemlerin önceden öngörülerek giderilmesidir.

SAYFA 5

Hasta Güvenliği Nedir?

Sağlık hizmetlerinde oluşabilecek hataların hasta ve sağlık çalışanlarına zarar vermesini engellemek, hataların hasta ve sağlık çalışanlarına ulaşmadan önce belirlenmesini, raporlanmasını ve düzeltilmesini sağlayan önlemler olarak tanımlanabilir.

Özel Uncalı Meydan Hastanesi yönetimi olarak hastanemizden sağlık hizmeti alan hasta ve yakınlarının güvenli bir sağlık hizmeti alabilmelerini sağlamak kurumumuza olan güvenlerini arttırmak amacı ile Sağlık Bakanlığı Hizmet Kalite Standartları Rehberi doğrultusunda "HASTA GÜVENLİĞİ" uygulamaları ile ilgili hastanemizde yapılmakta olan çalışmaları sıralamış bulunmaktayız.

ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ

Hastalarımızın hastanede buldukları sürece maruz kalabilecekleri enfeksiyon riskine karşılık alınacak önlemler "Enfeksiyon Kontrol Komitesi " tarafından belirlenir.

Hastanemizde yatarak tedavi gören ve ameliyat olan hastalarımızın tamamının enfeksiyon takibi yapılmaktadır. Ayrıca protez ameliyatlarını sürveyansı takip edilmektedir.

Hastanemizde tedavi olan hastalarımıza taburculuk eğitimleri esnasında, enfeksiyon belirtileri eğitimi verilmekte, olası risklerde kontrolleri yapılmaktadır. Hastalarımıza hizmet veren, riskli alanlarda çalışan tüm personelin sağlık kontrolleri Enfeksiyon Kontrol Komitesinin yıllık çalışma planlarında belirtildiği şekilde yapılmaktadır.

İLAÇ GÜVENLİĞİ

Hastanemizde hastalara ait ilaçlar; hasta ilk servise kabul edildiği zaman servis hemşiresi tarafından hekimin bilgisi doğrultusunda İlaç Teslim Formu ile teslim alınarak miat kontrolü yapılır Hemşire Takip Tedavi Formuna yazılır ve servis hemşiresinin gözetiminde hekim bilgisiyle hastaya uygulanır. Taburculuk sırasında ilaçlar tekrar hastaya teslim edilir.

Hastanemizin deposunda bulunan ilaçlar Sağlıkta Kalite Sisteminin İlaç Yönetimi Prosedürüne göre temin edilmekte, depolanmakta, dağıtımı ve kontrolü sağlanmaktadır. Hastaların tedavisinde kullanılacak tüm ilaçlar uygun koşullarda saklanmakta ve dağıtımı yapılmaktadır.

Hastaya uygulanacak tüm ilaçlar İlaç Güvenliği Prosedürüne uygun olarak kullanılmaktadır. İlaçların kullanımı ile ilgili kontrol listeleri tüm servislerde mevcuttur.

SAYFA 6

LABORATUARLARIMIZDA HASTA GÜVENLİĞİ

Hastalarımızın doğru teşhis, tedavi ve hasta değerlendirmesi süreçlerinde gereksinim duyulan tüm laboratuvar testleri, görüntüleme hizmetleri modern cihazlar ile sağlanmaktadır.

Bu alanlarda çalışan personelin sürekli eğitimi sağlanmakta olup laboratuvarlarda kullanılan tüm cihazların periyodik bakım ve kalibrasyonları yapılmaktadır.

Laboratuvar hizmetlerinde hastadan test için örnek alınmasından, örneklerin laboratuvara ulaştırılması, sonuçların hekim ve hasta/yakınına bildirilmesine kadar her adımda hasta güvenliği ve beklentileri göz önünde bulundurulmaktadır.

HASTALARIN DOĞRU KİMLİKLENDİRİLMESİ

Hastanemizde doğru hastaya doğru işlemlerin yapılmasını sağlamaya yönelik olarak kimlik bileklikleri kullanılmaktadır. Tüm hastalara beyaz kol bandı, alerjisi olanlara kırmızı kol bandı takılmaktadır. Ayrıca kadın doğum kliniklerine özgü olarak kız doğan bebekler için anne ve bebeğe pembe, erkek doğan bebekler için mavi kol bantları kullanılır. Anne ve bebeğe takılan

kol bantları aynı seri numaralı olmaktadır.Kol bantlarında hastaya ait bilgilerden sadece ad-soyad,doğum tarihi ve protokol numarası kullanılması esastır.Hastanın T.C. kimlik numarası,oda numarası v.s bilgileri hasta tanımlamada kullanılmaz.

YANLIŞ HASTA , YANLIŞ TARAF CERRAHİSİNİN ÖNLENMESİ

Cerrahi müdahalelerden hemen önce, doğru uygulamanın, doğru hastaya ve doğru tarafa yapılmasını sağlamak için Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi kullanılmaktadır.

Buna göre her cerrahi girişim öncesi Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi doldurularak, hastanın kendisinden ve kimlik bilekliğinden kontrol edildikten sonra doğru taraf olup olmadığı tespit edilip ilgili cerrah, anestezi ve hemşire tarafından onaylanarak ameliyata alınır.

HASTALARIN BİLGİLENDİRİLMESİ VE ONAYININ ALINMASI

Hastanemizde yatarak hizmet alan tüm hastalarımızdan Yatan Hasta Aydınlatılmış Onam, Kabul ve Beyan Formu ile ilgili hekim tarafından hastalarımız ve/veya yakınları bilgilendirilerek onayları alınmaktadır.

Ayrıca cerrahi müdahaleler öncesi "Aydınlatılmış Onam Formu" hastaya okutulup, imzalatılır. Ameliyatı, ameliyatın olası riskleri hakkında bilgilendirilir.

SAYFA 7

DÜŞMELERE BAĞLI RİSKLERİN AZALTILMASI

Hasta servise yattığı zaman ilgili servis hemşiresi tarafından hasta ile ilgili bilgileri içeren kayıtlar hasta ve yakınından alınarak, hastanın düşme riski İtaki Düşme Riski Ölçeği ve Harizmi Düşme Riski Ölçeğine göre değerlendirilir.

Harizmi Düşme Riski Ölçeği 0-16 yaş grubu çocuklarda kullanılırken, İtaki Düşme Riski Ölçeği 16 yaş ve üzeri yetişkinlerde kullanılmaktadır.

Risk içeren hastaların oda kapılarına yeşil yonca figürü asılır ve bu hasta hakkında daha dikkatli olunması sağlanır.Düşme riski ölçeğine göre değerlendirilip düşme riski çıkan hastaların yataktan düşmelerini engellemek için yatak en alt seviyeye getirilip,yatak kenarlıkları kaldırılır ve hemşire tarafından kontrol edilir.Hasta ayağa kalkarken hemşire veya personel tarafından yardım ve destek sağlanır.Hasta ve yakınlara hemşire çağrı zili gösterilir,hastanın yalnız bırakılmaması için; hasta/yakını bilgilendirilir.Hasta taşımaları"Hasta Taşıma Talimatı"na göre bu konuda eğitim almış personel tarafından yapılmaktadır. Hastanemizde düşme riski konusunda tüm personele eğitim verilmekte ve kayıt altına alınmaktadır.

ETKİN İLETİŞİMİN SAĞLANMASI

Hastanemizde sözel ya da telefonla order, talimatlara uygun olarak verilir. Talimatı alan hemşire tarafından Sözlü ve Telefonla Tabip Talimatları Formu doldurulur. Acil durumlar gibi zorunlu hallerde verilen sözel veya telefon direktifleri söz konusu ise bu durumda direktifi alan kişi tekrar ederek direktif verenden teyid alarak kayıt eder. Benzer isimli ilaçlarda kodlama yaptırılarak talimat alınır.

Hastane anons sistemi ile hastalara yönelik duyuru, acil durumlarda duyurular merkezi anons sistemi ile yapılmaktadır.

Sağlık personeli nöbet değişimlerinde hasta başında nöbet teslimi yaparak olası hataların önlenmesini sağlar. Hastalarımız için hazırlanmış bilgilendirici broşür, posterler hastanemizin poliklinik ve servis duvarlarında mevcut panolara asılmıştır. Taburculuk esnasında hastalara hastanemizin iletişim bilgilerinin yer aldığı broşürlerimizden verilir.

HASTALARA AİT BİLGİLERİN GÜVENLİĞİ

Hasta mahremiyeti kurumumuzca güvence altına alınmıştır. Hastanemizde , hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir. Hasta dosyaları hasta taburcu olduktan sonra Arşiv biriminde uygun koşullarda muhafaza edilmektedir. Hasta dosyaları, hastalarımızın yazılı izni olmadan(yasal şartlar hariç)hiç kimse veya kuruluşa verilmez, var olan bilgiler açıklanamaz.

SAYFA 9

EĞİTİMLER

PERSONEL EĞİTİMLERİ

Hastanemize göreve yeni başlayan tüm personele Eğitim Komitesi tarafından belirlenen oryantasyon eğitimleri eğitim hemşiresi ve birim sorumluları tarafından verilmektedir. Tüm çalışanlara Hasta Hakları, Hasta ve Çalışan Güvenliği, İletişim, Afet Yönetimi, Kalite Yönetimi, Hastane Enfeksiyonları ,Tıbbi Atık Yönetimi,İzolasyon Yöntemleri vb. mesleki eğitimler yıllık plan çerçevesinde verilmektedir. Hastanemiz yönetimi tarafından saptanan hizmet içi eğitim gereksinimleri ve personel istekleri doğrultusunda düzenli hizmet içi eğitimler yapılarak kayıt altına alınmaktadır.

HASTA EĞİTİMLERİ

Yatan her hastamıza yatış işlemleri sırasında hastanemize ait broşürler verilerek hastanemizden nasıl bir hizmet alacağı konusunda bilgilendirilir. Ayrıca tedavi süresince beslenme ve diyeti konusunda diyetisyen tarafından gerekli bilgilendirmeler yapılarak kayıt altına alınır.

Hastalarımıza tedavi sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacakları ilaçlar, beslenmeleri, egzersizleri ve dikkat etmeleri gereken diğer konular hakkında hekimlerimiz, hemşirelerimiz tarafından eğitimler verilir ve kayıtları hasta dosyalarında muhafaza edilir.

SAYFA 11

HASTA VE HASTA YAKINLARI İLE İLETİŞİM

Hastanede çalışan tüm sağlık personeli birbiriyle etkin iletişim kurmalıdır. Hatalı iletişim hasta ve yakınlarının güvenini zedeler.

Hastayı anlamak empati yapmayı gerektirir. Hastaya bütüncül bir yaklaşımla içinde bulunduğu emosyonel , sosyal ve kültürel durumu da göz önüne alarak yaklaşmak gerekir.

Hasta bireyin ailesi de bu iletişime dahil edilmelidir. Sağlık hizmetinin verilmesinde hastaların, ırk, dil, din ve mezhep, cinsiyet, siyasi düşünce, felsefi inanç ve ekonomik ve sosyal durumları ile sair farklılıkları dikkate alınmaz.

Hemşire hekim ve hasta üçlüsünün bulunduğu ortamda hasta unutulmamalı, sorular sorulmalı ve bazı açıklamalar yapılmalıdır. Tıbbi terimler kullanılması gerekiyorsa, bunlar hastaya anlayacağı dilde iletilmelidir. Rutin işler sırasında iletişimin kopabileceği dikkate alınmalı ve geri bildirimlerden yararlanılmalıdır.

Servisin devamlı ve yoğun atmosferinin hastayı yoracağı ve iletişimi etkileyeceği bilinmelidir.

SAYFA 13

HEMŞİRE NÖBET TESLİMİ

1. Hemşire nöbet çizelgelerinde belirtilen saatten en az 15 dakika önce çalışacağı birimde hazır bulunur.
2. Acil durumlar(hastalık ve ölüm) dışında gecikme ve işe gelmeme durumunda en az 8 saat önceden sorumlu hemşire haberdar edilir.
3. Nöbet teslim alacak hemşire gelmeden çalışan hemşire görev yerini terk edemez.
4. Nöbet teslimi ilk olarak hemşire bankosunda olur, daha sonra hasta başı nöbet teslimine başlanır.
5. Nöbet değişiminde nöbeti teslim alan hemşire, hasta odalarını tek tek dolaşarak hasta ile ilgili bilgileri teslim alır. Bu bilgiler kayıt altına alınır.
6. Nöbet teslim ziyaretlerinde teslim eden ve teslim alan hemşireler formalı olarak hazır bulunur.
7. Servisin tesliminde serviste bulunan ilaç, demirbaş alet, sarf malzemeler teslim edilir. İlgili formlara kaydedilir.
8. Nöbet sırasında gelişen her türlü sorun hakkında sorumlu hemşireye bilgi verilir, gerektiğinde yazılı ve imzalı tutanak tutulur.

9. Nöbetten çıkan hemşire çalıştığı birimin nöbet defterini doldurmakla yükümlüdür.

PERSONEL NÖBET TESLİMİ

1. Nöbet listesinde belirtilen saatten en az 15 dakika önce formalı olarak çalışacağı birimde hazır bulunur.
2. Acil durumlar(hastalık ve ölüm) dışında gecikme ve işe gelmeme durumunda en az 8 saat önceden başhemşire, sorumlu hemşire haberdar edilir.
3. Nöbet teslim alacak personel gelmeden çalışan personel görev yerini terk edemez.

DEVAMSIZLIK DURUMLARI

Planlanmamış devamsızlıklar sadece hastalık ve acil durumlarda olabilir. Planlanmamış devamsızlıklar devamsızlığın başladığı saatten sonra acil durumlar dışında bir saat içinde ilk amire rapor edilmelidir. Çalışan personel, çalışma saatlerinde görevi başında bulunmakla yükümlüdür.

SAYFA 14

STANDART UYGULAMALAR

İlaç uygularken 8 doğru kuralına uyulur;

Doğru ilaç

Doğru hasta

Doğru doz

Doğru zaman

Doğru yol

Doğru ilaç formu

Doğru yanıt

Doğru kayıt

Hasta, ilaç uygulamaları hakkında bilgilendirilir. İlaç hazırlamadan önce ve ilaç uyguladıktan sonra eller El Yıkama ve Eldiven Giyme Talimatı'na uygun olarak yıkanır. İlaç hazırlanırken ilacın son kullanma tarihi kontrol edilir. Yüksek riskli ilaçlar listesinde tanımlanan ilaçlar kırmızı etiketle, ismi benzer ilaçlar mavi etiketle, farklı doz ve farklı uygulama yolu olan ilaçlar sarı etiketle ve miadı yakın olan ilaçlar yeşil etiketle belirtilir.

İlaç uygulaması, verilen, verilmeyen, reddedilen ilaçlar Hemşire Tedavi Formuna yazılır, gelişen komplikasyonlar Hemşire Takip Formuna kaydedilir.

İlaç hazırlanırken etiketi kontrol edilir. Benzer isimli ilaçların yanlış kullanımını önlemek amacıyla İsmi ve Söylenişi Benzer İlaç Listesi dikkate alınır.

Oral yolla ilaç uygulama

Gerekli malzemeler hazırlanır:

Böbrek küvet,

Tepsi içinde temiz ve kuru ilaç kadehleri,

İlaç,

Su bardağı ve gerekirse pipet,

İlacı kadehe koymak için ölçülü kaşık,

Kadehler tepsiye yerleştirilip hasta odasına gidilir

Hastanın kimliği kontrol edilir

Hastanın oturmasına yardım edilir

İlaçlar kadeh ile hastaya tek tek içirilir

İlaçla birlikte sıvı verilir(su veya meyve suyu) hasta bütün ilaçlarını içene kadar yanında kalınır

NG ile ilaç uygulanacaksa, uygulamadan öce ve sonra 50cc su verilir
NG ile tablet verilecekse ilaç toz haline getirilip, sulandırılarak verilir.

SAYFA 31

AND(ARTERİAL NABIZ DOLAŞIMI) TAKİBİ olarak belirtilecek.

SAYFA 42

1. Narkotik ilaçların hazırlanması sırasında kırılması durumunda ilgili kişi tarafından tutanak tutulur ve stoktan düşme işlemi yapılır.
2. Orijinal ambalajından çıkarılarak servise gönderilen ilaçlar (örn;tek tabletler)ayrı bir şeffaf kilitli poşete konulur. Poşet üzerine etiket yapıştırılarak ilacın miadı yazılır.
3. Servislerden yapılan istemler doğrultusunda depoda hazırlanan narkotik ilaçlar, servis personeli tarafından(hemşire, hasta bakıcı) imza karşılığında sayılarak teslim alınır.
4. İlaçlar en kısa sürede ve uygun saklama koşullarında, servis personeli tarafından (ısı ve nem koşullarından etkilenmeden) servise ulaştırılır.
5. Servise gelen ilaçlar Narkotik İlaçlar Günlük Teslim Formuna hemşire tarafından kayıt edilir ve kilitli narkotik ilaç dolaplarında saklanır.
6. İlaçların nakil ve kullanımı sırasında kaybolması veya kırılması durumunda ilgili servis sorumlu hemşiresi tarafından tutanak tutularak eczaneye teslim edilir.
7. Narkotik ilaçların servislerde güvenli bir şekilde muhafazasından sorumlu hemşireler bizzat sorumludur.
8. Narkotik ilaçlarla ilgili serviste herhangi bir sorun (kayıp, kırılma vs.) olduğunda mutlaka ilgili kişilere(başhemşire, sorumlu hemşire)haber verilmelidir.
9. Narkotik ilaçlar günlük teslim formuna aşağıdaki bilgiler kayıt edilerek servis sorumlu hemşireleri arasında nöbet veya vardiyalarda tüm narkotiklerin devir teslimi yapılır.

Tarih

İlaç ismi

Devir alınan miktar

Eczaneden gelen miktar

Kullanılan miktar(hangi hastaya kaç adet, kaç mg uygulandığı, hasta protokol no.su , uygulama saati, uygulayan kişi belirtilir.)

Devredilen miktar

Teslim eden ve imzası

Teslim alan ve imzası