



HASTA GÜVENLİĞİ UYGULAMALARI



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
KALİTE YÖNETİM BİRİMİ**

GÜVENLİ HASTANE

Kurumsal
Hizmetler

Hasta ve Çalışan
Odaklı Hizmetler

Sağlık
Hizmetleri

Destek
Hizmetleri

Gösterge
Yönetimi

Hasta Odaklılık

Etkililik

Etkinlik

Hakkaniyet

Verimlilik

Süreklilik

Uygunluk

Zamanlılık

Hasta Güvenliği

Sağlıklı Çalışma Yaşamı



Sağlıkta Kalite Standartları

- ✘ Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” **27/06/2015 tarih ve 29399** sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.
- ✘ Bu kapsamda; **SKS-Versiyon 5** ile Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, 2016 yılı Ocak ayından itibaren ülke genelinde başlamıştır.
- ✘ “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” ile **Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5)** Setine www.shgm.saglik.gov.tr ve www.kalite.saglik.gov.tr adreslerinden ulaşılabilir.

HASTA GÜVENLİĞİNİN DAYANAKLARI

- ✘ Hasta ve çalışan güvenliği ile hasta ve çalışan memnuniyetinin sağlanmasını esas alan Sağlıkta Kalite Standartları ile bu standartların uygulanmasına ilişkin usul ve esasları düzenleyen **“Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik”** 27/06/2015 tarih ve 29399 sayılı Resmi Gazetede yayımlanarak yürürlüğe girmiştir.
- ✘ Bu kapsamda; **SKS-Versiyon 5** ile Sağlıkta Kalite Değerlendirmeleri, 2016 yılı Ocak ayından itibaren ülke genelinde başlamıştır.
- ✘ “Sağlıkta Kalitenin Geliştirilmesi ve Değerlendirilmesine Dair Yönetmelik” ile **Sağlıkta Kalite Standartları-Hastane (Versiyon-5)** setine www.shgm.saglik.gov.tr ve www.kalite.saglik.gov.tr adreslerinden ulaşılabilir.



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

HASTA GÜVENLİĞİ TALİMATI

DOKÜMAN KODU:

HB.TL.04

YAYIN TARİHİ:

OCAK 2007

REVİZYON NO:

05

REVİZYON TARİHİ:

HAZİRAN 2018

SAYFA NO:

1 / 7

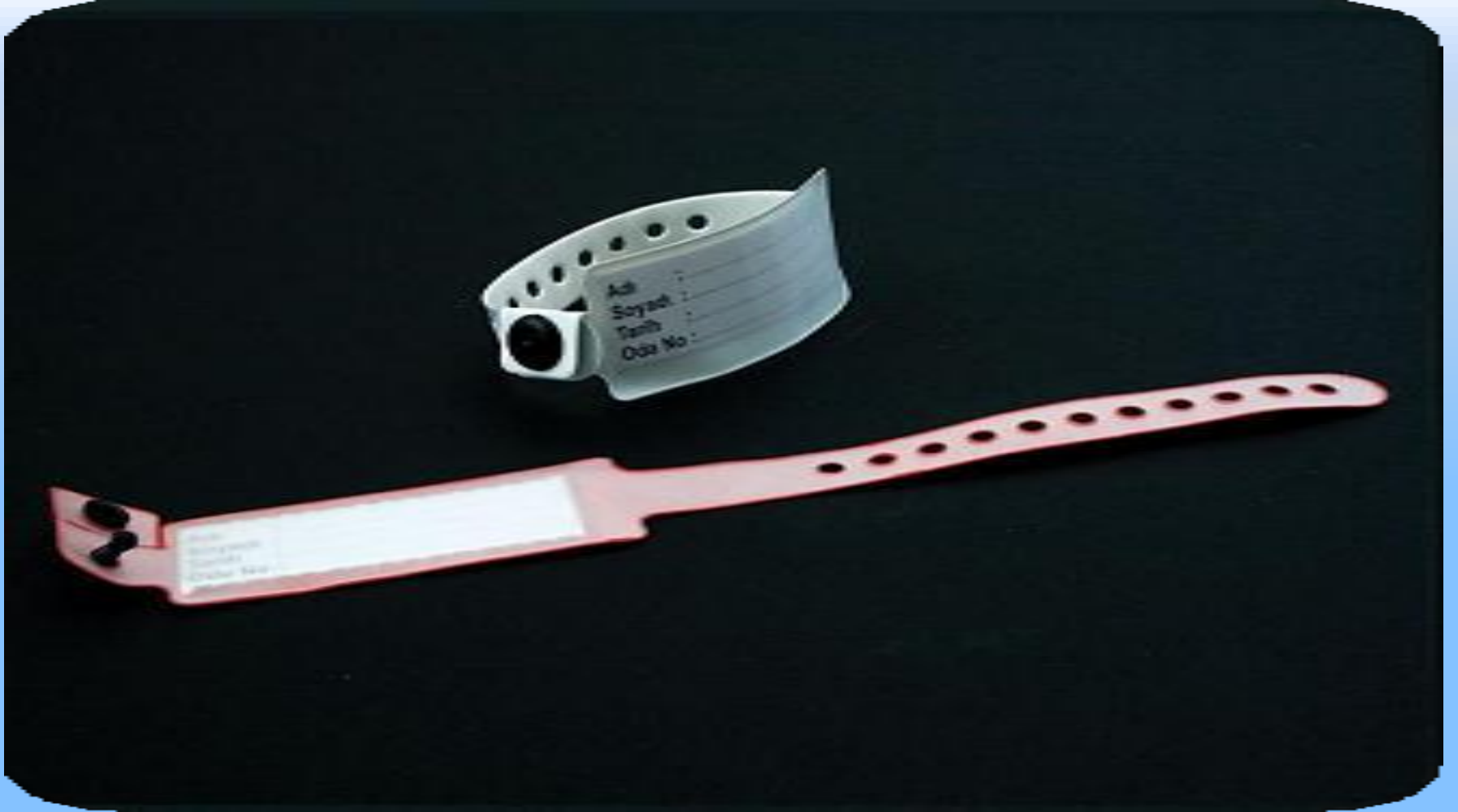
Hastanelerimizde Sağlıkta Kalite Standartları
çerçevesinde «Hasta Güvenliği Talimatı»
oluşturulmuştur.

HASTA GÜVENLİĞİ

- Kimlik Tanımlama
- Hasta Düşmeleri
- Hareket Kısıtlama
- Hasta Transferi
- İlaç Güvenliği
- Kan ve Kan Ürünleri Transferi
- Onamlar
- Güvenli Cerrahi Uygulamaları
- Sözel Order
- İzolasyon Önlemleri
- Güvenlik raporlama sistemi
- Renkli Kodlar

KİMLİK TANIMLAMA

HASTA KİMLİK BİLGİLERİNİN TANIMLANMASI VE DOĞRULANMASI

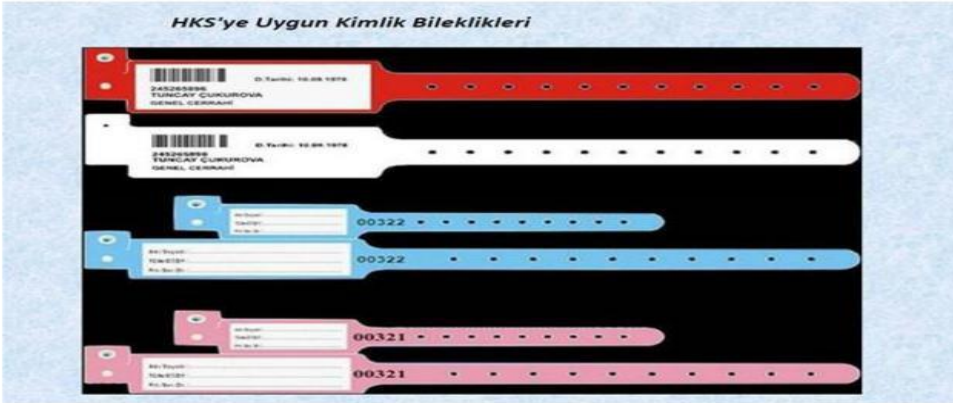


KİMLİK TANIMLAMA

KİMLİK DOĞRULAMA: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere tıbbi hizmet alan bireyin doğru kişi olduğunun güvenilir bir şekilde belirlenmesini sağlayan uygulamalar bütünüdür.

KİMLİK TANIMLAYICI: Doğru hastaya doğru işlemin yapılmasını sağlamak üzere, kimlik doğrulaması için kullanılan tanımlayıcıdır.

KİMLİK TANIMLAMA



HASTALARIN DOĞRU TANIMLANMASI

Kimlik tanımlayıcıda neler olmalı?

barkotlu,
protokol numarası,
hasta adı-soyadı,
doğum tarihi (gün/ay/yıl)

Kimlik tanımlayıcı ne renk olmalı?

a) Yatışı yapılan her hastada **beyaz**

Alerjik hastalarda **kırmızı**

Tanı ve tedavi için yapılacak tüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır:

b) **Psikiyatri klinik hastaları** için kullanılacak kimlik tanımlayıcısı hastane tarafından belirlenmelidir.

HASTALARIN DOĞRU TANIMLANMASI

c) Doğum sırasında kız bebeklere **pembe**, erkek bebeklere **mavi**

Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı,

Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmeli,

Bebeğinkimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.

Sağlık çalışanları , kimlik tanımlayıcıların kullanımı ve hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitilmelidir.

HASTA KİMLİĞİNİN DOĞRULANMASI

Ne zamanlar yapılmalı?

- Herhangi bir test, girişim veya tedaviden önce,
 - İlaç hazırlama ve uygulamadan önce,
 - Kan ve kan bileşenlerini uygulamadan önce,
 - Klinik testler için örnek almadan önce,
 - Hasta transferinde,
-
- Hasta adı soyadı tek bir öge olarak kabul edilmektedir.
 - *Oda numarası veya yer, kimliklendirme için kullanılamaz.*

HASTA KİMLİK TANIMLAYICI NASIL UYGULANMALI?

- ✗ Kol bandı el bileğine, uygun değilse ayak bileğine, el ve ayak bileği de uygun değil ise tegaderm ile cildine (göğüs/omuz bölgesine)
- Yeni doğan bölümlerinde hem anne, hem bebeğe (doğumdan hemen sonra) ayak bileğine (dışarıdan görülebilecek şekilde)
- Kol bandı çıkarılmış kopmuş yada silinmiş ise değiştirilmelidir.

HASTA KİMLİK TANIMLAYICI NASIL UYGULANMALI

- Kol bandı hastaya takılmadan önce, hastanın kimlik bilgileri (hasta kayıtlarındaki hasta numarası, hastanın adı soyadı ve doğum tarihi hasta/hasta yakınına sorularak doğrulanır.
- Hastanın yanında yakını yok ve hasta bilgilerini doğrulayacak durumda değil ise iki çalışan hasta kayıtlarından kimlik doğrulama işlemini yapar.

ÇALIŞAN TANITIM KARTI

- Tanıtım kartları; standart bir tasarımda ve fotoğraflı olmalı, çalışanın adı, soyadı ve unvan bilgilerini içermelidir.
- Tanıtım kartları hizmet verilen hasta profili göz önünde bulundurularak farklı dillerde alternatifli olarak hazırlanabilir.
- Tanıtım kartları çalışma süresince takılmalıdır.

HASTA DÜŞMELERİ



Düşmeler nasıl önlenabilir?

Düşmelerin önlenmesine yönelik olarak Hizmet Kalite Standartları açısından **5** uygulama adımı belirlenmiştir.

1.Adım: Düşme Riski Değerlendirilmesine Yönelik Yazılı Düzenleme Hazırlanması

Yazılı Düzenleme aşağıdaki bilgileri içermelidir;

- Kuruma Özgü Düşme Risk Faktörleri
- Düşme Riskinin Değerlendirilme Yöntemi
- Risk Düzeyine Göre Alınması Gereken Önlemler

RİSK DEĞERLENDİRMESİ

- Risk değerlendirmesi; hastanın hizmet alacağı bölüme kabulünü takiben ilgili bölüm hemşiresi veya ilgili hekim tarafından yapılmalıdır.
- Yapılacak risk değerlendirmesi hastanın bölümler arası transferinde, postoperatif dönemde, hastanın durumunda meydana gelecek bir değişiklik olması halinde ve bir düşme olayı gerçekleştiğinde tekrarlanmalıdır.
- Yatan hastaların risk değerlendirmesi amacıyla düşme riski skorlama ölçekleri kullanılmalıdır.

İtakî Düşme Riski Ölçeği

“Erişkin Hastalarda İtakî Düşme Riski Ölçeği’nin Kullanımı:

Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılmalı ve her defasında yeni bir form kullanılmalıdır:

1. Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme)
2. Post- operatif dönemde
3. Bölüm değişikliğinde
4. Hasta düşmesi durumunda
5. Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde

İtakî Düşme Riski Ölçeği

Hastanelerde, erişkin yaş grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, **İtaki Düşme Riski değerlendirme Ölçeği kullanılabileceği** gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.

YETİŞKİN HASTALAR İÇİN DÜŞME RİSKİ (İtali Düşme Riski Skalası) DEĞERLENDİRME FORMU

Minör Risk Faktörleri	İlk Değerlendirme	Post Op Dönem	Hasta Düşme Olayı	Bölüm Değişikliği	Durum Değişikliği 1	Durum Değişikliği 2	Durum Değişikliği 3	Durum Değişikliği 4	Durum Değişikliği 5	Durum Değişikliği 6	Durum Değişikliği 7	Durum Değişikliği 8	Durum Değişikliği 9	Durum Değişikliği 10	
65 yaş ve üstü	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Bilinci kapalı	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Son 1 ay içinde düşme öyküsü var	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Kronik hastalık öyküsü var (HT, DM, dolaşım/sindirim Sistemi, hast. artirit, paraliz, depresyon, nörolojik hast.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Üriner/ Fekal kontinans var	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Görme durumu zayıf	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
4'den fazla ilaç kullanımı var	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Hastaya bağlı 3'ün altında bakım ekipmanı var (IV inf, solunum cihazı, kalıcı kateter, göğüs tüpü, dren, perfüzyatör, pacemaker vb.)	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Yatak korkulukları bulunmuyor/çalışmıyor	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Yürüme alanlarında fiziksel engel(ler) var	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	1	
Major Risk Faktörleri															
Bilinç açık, koopere değil	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Ayakta/yürürken denge problemi var	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Baş dönmesi var	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Ortostatik hipotansiyonu var	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Görme engeli var	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Bedensel engeli var	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var (IV inf, solunum cihazı, kalıcı kateter, göğüs tüpü, dren, perfüzyatör, pacemaker vb.)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
Son 1 hafta içinde riskli ilaç kullanımı var (Psikotrop, narkotik, anzodiazepin, nöroleptik, antikoagülan, narkotik analjzik, diüretik, laksatif, antidiyabetik, digoxin, kan basıncını düzenleyici)	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	5	
TOPLAM															
DEĞERLENDİRME YAPAN															
HEMŞİRE ADI-SOYADI															
RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU															
☐ Düşük Risk	Toplam puan 5'in altında				☐ Yüksek Risk	Toplam puan 5 ve 5'in üstünde (Hasta Güvenliğinin Sağlanması Talimatına göre hemşirelik girişimleri uygulanır)									

NOT: Risk değerlendirmesi, hastanın başka bir bölüme transferinde, postoperatif dönemde, düşme olaylarında ve durum değişikliklerinde tekrarlanacak ve kaydedilecektir.

2.Adım :

Yatan Hastaların Düşme Riskinin Önlenmesine Yönelik Düzenlemeler Yapılması

a)Yatan hasta, bölüme kabulünde:

- Düşme riski yönünden değerlendirilmelidir
- Değerlendirme, hastane tarafından belirlenen bir ölçekle yapılmalıdır
- Hastanın klinik durumuna göre düşme riski değerlendirmesi tekrarlanmalıdır



2.Adım :

Yatan Hastaların Düşme Riskinin Önlenmesine Yönelik Düzenlemeler Yapılması

b) Düşme riski olan hastalar için, hastanın risk düzeyine yönelik önlemler alınmalıdır ne gibi önlemler alınacağı

Hasta Güvenliği Sağlanması Talimatında yer almaktadır.

Düşme riski olan hastalar dört yapraklı yeşil yonca figürü ile tanımlanmalı

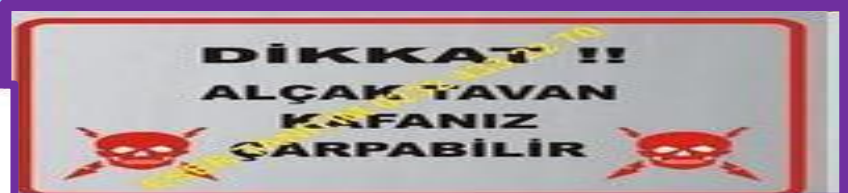
Düşme riski tanımlayıcısı (dört yapraklı yonca figürü) hasta transferinde de kullanılmalıdır.



Ne gibi önlemler?

- Ameliyat sonrasında hasta ilk defa ayağa kalkıyorsa hastalara mutlaka eşlik edilmelidir
- Hasta hemşire desğine yakın bir odaya alınır
- Hasta yalnız bırakılmaz.
- Saat başı ziyaret edilir
- Odasının kapısı açık tutulur
- Islak zemin var ise kuru tutulması sağlanır
- Yatak ve tekerlekli sandalyeler kilitlenir
- Sedye ve yatak korkulukları çalışır durumda olmalıdır
- Merdiven ve koridorlar yeterli aydınlatılmalıdır
- Açma kapama düğmeleri kolay bulunmalıdır

3. Adım: Tesis Kaynaklı Düşmelere Yönelik Önlemler Alınması



Tesis kaynaklı düşme olaylarını engellemek için;

- Merdivenlerde korkuluk bulunmalı
- Alçak tavan uyarıları bulunmalı
- Islak zemin uyarı levhaları kullanılmalı
- Zemindeki engellere karşı önlemler alınmalıdır.

4. Adım: Düşme Olayı Gerçekleştğinde Olay Bildirimi Yapılması

Yatan hastalarda ve tesis kaynaklı düşme olayı gerçekleştiğinde kalite yönetim birimine bildirim yapılmalıdır.

Olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılmalıdır.

Dikkat!

Yoğun bakım bölümlerinde yatmakta olan tüm

çocuk hastalar

yüksek riskli kabul edilmeli, ancak dört yapraklı yonca sembolü kullanılmamalıdır.

Harizmi Düşme Riski Ölçeği (0-16 yaş)

- Çocuk hastalar düşme riski açısından yetişkin hastalara göre daha riskli kabul edildiğinden, hastaneler kendi uygulamalarında düşmelerin önlenmesi adına tüm çocuk hastaları riskli kabul edip gerekli her türlü önlemi almalıdırlar.

Harizmi Düşme Riski Ölçeği (0-16 yaş)

Harizmi Düşme Riski Ölçeği'nin Kullanımında aşağıdaki hususlar dikkate alınmalıdır;

1. Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirmesi yapılmalıdır;
 1. Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde (İlk Değerlendirme)
 2. Post- Operatif dönemde
 3. Bölüm değişikliğinde
 4. Hasta düşmesi durumunda
 5. Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde

Hastanelerde, çocuk yaşı grubundaki hastalarda düşme riskinin değerlendirilmesi amacıyla, **Harizmi Düşme Riski değerlendirme Ölçeği** kullanılabileceği gibi uluslararası kabul görmüş diğer ölçekler de kullanılabilir.

ÇOCUKLAR İÇİN DÜŞME RİSKİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ (Harizmi Düşme Riski Ölçeği)

Değerlendirme Zamanı ☐ İlk Değerlendirme ☐ Postoperatif Dönem ☐ Hasta Düşmesi ☐ Bölüm Değişikliği ☐ Durum Değişikliği

	İlk Değerlendirme	Post Op Dönem	Hasta Düşme Olayı	Bölüm Değişikliği	Durum Değişikliği 1	Durum Değişikliği 2	Durum Değişikliği 3	Durum Değişikliği 4	Durum Değişikliği 5
Nörolojik hastalığı/semptomu var (Epilepsi, mental retardasyon, konvülsiyon, denge bozukluğu, Kooperasyon bozukluğu vb.)	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Oksijenlenme değişikliği var (Solunum hastalıkları, dehidratasyon, anemi, anoreksi, senkop, baş dönmesi, asidoz, ödem, hipotansiyon vb.)	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Düşme riski açısından özellikli hastalığı/semptomu var (Cam kemik hastalığı, hemofili, trombositopeni, idiyopatik trombositopenik purpura)	15	15	15	15	15	15	15	15	15
Hasta uygun yatakta yatırılmıyor	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Görme engeli var	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hastaya bağlı 3 ve üstünde bakım ekipmanı var (IV infüzyon, solunum cihazı, kalıcı kateter, dren, Perfüzyon pompaları vb.)	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk desteği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Hasta post-op ilk 48 saatlik dönemde	5	5	5	5	5	5	5	5	5
Riskli ilaç kullanımı var (Hipnotikler, barbitüratlar, nöroleptikler, antidepresanlar, laksatifler/diüretikler, narkotikler, semptomatikler, sedatifler, antihipertansifler, antidiyabetikler)	5	5	5	5	5	5	5	5	5
TOPLAM PUAN									
DEĞERLENDİRMEYAPAN HEMŞİRE ADI-SOYADI									

RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TABLOSU

☐ Düşük Risk	Toplam puan 15'in altında
☐ Yüksek Risk	Toplam puan 15 ve 15'in üstünde olan hastalar ile 0-6 yaş hastalar yüksek riskli kabul edilir ve Hasta Güvenliğinin Sağlanması Talimatına göre hemşirelik girişimleri uygulanır.

NOT: Risk değerlendirmesi, hastanın başka bir bölüme transferinde, postoperatif dönemde, düşme olaylarında ve durum değişikliklerinde tekrarlanacak ve kaydedilecektir.

HASTANIN MEVCUT AĞRI DURUMU



HAREKET KISITLAMA



HAREKET KISITLAMA

Gerektiğinde, fiziksel hareket kısıtlaması uygulaması aşağıdaki kurallar çerçevesinde gerçekleştirilmelidir.

- * Hareket kısıtlama kararı hekim tarafından verilmelidir.
- * Hareket kısıtlama kararı tedavi planında yer almalıdır.

Tedavi planında;

- Uygulamanın başladığı tarih ve saat,
- Uygulamanın hangi aralıklarla kontrol edileceği,
- Uygulamanın sonlandırıldığı tarih ve saat belirtilmelidir.

Kısıtlılığın devamı ile ilgili karar en geç 24 saatte bir gözden geçirilmelidir.

HASTA TRANSFERİ



**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

HASTA TRANSFER TALİMATI

DOKÜMAN KODU:

HB.TL.07

YAYIN TARİHİ:

OCAK 2007

REVİZYON NO:

01

REVİZYON TARİHİ:

HAZİRAN 2018

SAYFA NO:

1 / 7

1. AMAÇ: Erciyes Üniversitesi Sağlık Uygulama ve Araştırma Merkezimizde hastaların güvenli ve eksiksiz bir şekilde; bölümlere transferini, hastane dışına transferini, yatan hasta ve acil servis hastalarının transferini, özellikle hastaların transferini (yenidoğan, ameliyathane, yoğun bakım, diyaliz, psikiyatri hastaları vb.) sağlamak için bir yöntem belirlemektir.

2. KAPSAM: Bu talimat Hasta İle İlgili Tüm Birimleri Kapsar.

3. KISALTMALAR:

4. TANIMLAR:

5. SORUMLULAR: Tüm Hekim, Hemşire ve Hastane Hizmetlileri.

6. FAALİYET AKIŞI:

6.1. Transferde Genel Kurallar:

6.1.1. Transfer işlemi zorunlu haller dışında yemek saatinde yapılmamalıdır.

6.1.2. Hastanın ameliyathaneye, yoğun bakımlara, acil servisten klinik, ameliyathaneye transferi, hasta odalarında

İLAC GÜVENLİĞİ



İLAÇ HATALARI

Tanım: ilacın, sağlık çalışanları, hasta ve yakınının kontrolünde olduğu sırada yanlış ilaç kullanımına veya hastanın zarar görmesine sebep olabilecek tüm olaylar.

Gruplandırılması

Order hataları

Sistem hataları

Eczaneden kaynaklanan hatalar

Uygulama hataları



İL AÇ HATALARI

İL AÇ YÖNETİM SÜRECİ

1. İlaç Temini
2. Depolama
3. İstem Ve Kayıt
4. Hazırlama Ve Dağıtım
5. Uygulama
6. İzleme



HEMŞİRE KAYNAKLI HATALAR

- İlaç uygulamasının unutulması
- İlacın doğru teknikle hazırlanmaması
- İlaç uygulaması öncesinde el yıkanmaması
- Hastanın alerji durumunun bilinmemesi
- İlacın doğru teknikle uygulanmaması (enjeksiyon bölgesinin antiseptik solüsyonla silinmemesi, uygun açıda yapılmaması)
- İlacın doğru hızla verilmemesi
- İlacın yanlış veriliş yolu ile verilmesi
- İlacın doğru hastaya uygulanmaması



HEMŞİRE KAYNAKLI HATALAR

- Doğru yazılı order alınmaması
- Sözel orderın yazılı hale getirilmemesi
- Hekim istemi olmadan ilacın verilmesi
- İlacın okunuş ve görünüş benzerliği sonucunda yanlış ilacın verilmesi
- İlaç dozunun yanlış hesaplanması yada yanlış dozda ilaç verilmesi (sulandırmaların uygun yapılmaması)
- İlaç kutusu üzerinde yada prospektüsündeki bilgilere dikkat edilmemesi
- İlacın doğru zamanda uygulanmaması



İlaçların güvenli uygulanmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

- İlaçlar, kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanmalı,
- Kaplarda hastaların kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunmalıdır.
- Tedavi planı hekim tarafından yazılmalı, kaşelenmeli ve imzalanmalı,
- Tedavi planı; ilacın tam adını, uygulama zamanını ve dozunu, uygulama şeklini ve veriliş süresini içermelidir.
- Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydetmelidir.
- İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanmalı,
- Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır.

Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik düzenleme bulunmalıdır.

Özel nitelikli ilaç gruplarına örnekler aşağıda verilmektedir.

- Acil Pediatrik İlaçlar
- Görünüşü Benzer İlaçlar
- Yazılışı ve Okunuşu Benzer İlaçlar
- Psikotrop İlaçlar
- Narkotik İlaçlar
- Işıktan Korunması Gereken İlaçlar
- Yüksek Riskli İlaçlar
- Hazırlanması özel teknik/teçhizat/uzmanlık gerektiren ilaçlar



- Özel nitelikli ilaç gruplarına yönelik listeler hazırlanmalıdır.
- Listeler kullanım alanında bulunmalı ve etkin kullanılmalıdır.
- Acil pediatrik ilaçlar, yazılışı, okunuşu, görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar ve yüksek riskli ilaçların dolaplardaki yerleşimi muhtemel hataları engelleyecek şekilde yapılmalıdır.
- Orijinal ambalajında uyarıcı bir unsur bulunmayan yüksek riskli ilaçlar için uyarıcılar kullanılmalıdır (renkli etiketleme gibi).



BENZER GÖRÜNÜMLÜ İLAÇLAR



Benzer görünümlü ilaçlar



Narkotik ve psikotrop ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

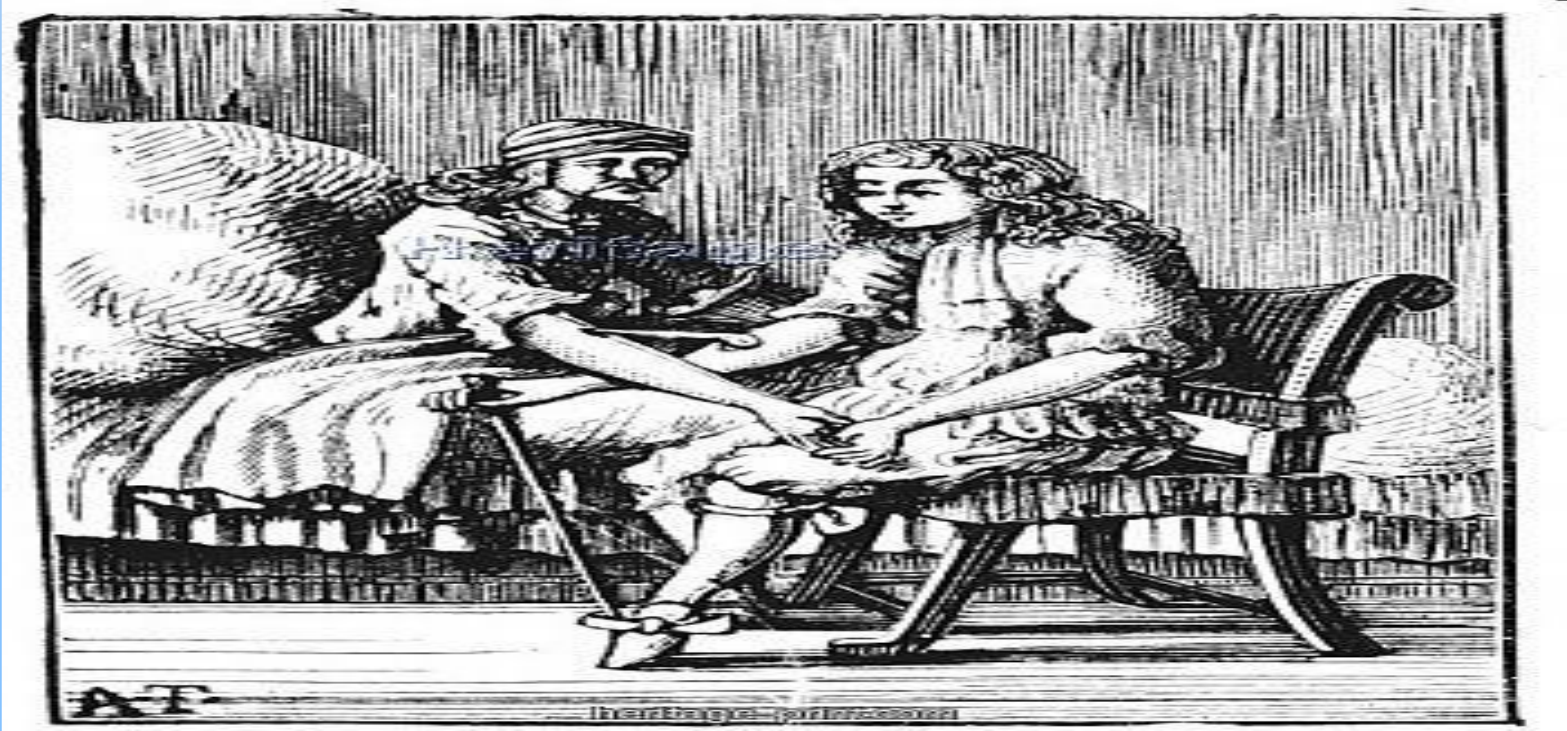
- Narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.
- Narkotik ve psikotrop ilaçların muhafazasına yönelik istisnalar tanımlanmalı, gerekli ek önlemler alınmalıdır.
- Narkotik ve psikotrop ilaçların devir teslimi yapılmalıdır.
- Devir teslim kayıtlarında;
 - İlacın hangi hastaya kaç adet kullanıldığı
 - İlacın kullanıldığı tarih
 - İlacı kimin uyguladığı
 - Kime kaç adet ilaç teslim edildiği
 - Teslim alan ve teslim edenlerin imzaları bulunmalıdır.

Muhafaza ve taşınma esnasında zarar gören narkotik ilaçlar için tutanak tutulmalıdır.

Hastanın beraberinde getirdiği ilaçların yönetimine ilişkin düzenleme bulunmalıdır.

- Hastanın beraberinde getirdiği ilaçlar teslim alınmalı, miiat ve fiziksel durum açısından kontrol edilmeli ve dosyasına kaydedilmelidir.
- Hastaların yanında getirdiği ve kendileri tarafından uygulanan ilaçların nasıl yönetileceğine ilişkin kurallar kurum tarafından belirlenmelidir
- Hastaların yanında getirdiği ilaçların sağlık personeli tarafından teslim alınması ve yine sağlık personeli gözetiminde uygulanması hasta güvenliği açısından önerilen yoldur.

KAN VE KAN ÜRÜNLERİNİN TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ



TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ

1. Transfüzyon Güvenliği Uygulamalarının Amacı

- a) Yanlış transfüzyon uygulamalarını en aza indirmek,
- b) Hasta ve bağışçının güvenliğini sağlamak,
- c) Çalışan güvenliğini sağlamaktır.

1.SKS Kapsamında İstenen Yazılı Düzenlemelerin İçeriği

- a) Kan ve/veya kan ürünü istemi nasıl yapılmalı
- b) Kimlik doğrulama nasıl olmalı
- c) Çapraz karşılaştırma test sonucunun kontrolü nasıl yapılmalı
- d) Vital bulgular nasıl izlenmeli
- e) Transfüzyon reaksiyonu durumunda yapılması gerekenler

2. Kan ve Kan Ürünleri İstem Formu

Kan ve kan ürünleri istem formunda hastanın adı soyadı, bölümü, tanısı, kan grubu ve endikasyonu bulunmalıdır.

3. Kimlik Doğrulama işlemi

TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ

2. Transfüzyon Hatalarının Nedenleri:

- a) Kayıt sistemlerindeki eksiklikler,
- b) Kimlik doğrulanmaması,
- c) Uygulayıcıların dikkatsizliği,
- d) Grubu uygun olmayan ürün kullanımı,
- e) Saklanma zamanı geçmiş ürün kullanımı,
- f) Cross match yapılmamış ürün kullanımı olarak sıralanabilir.

T.C.
ERCİYES ÜNİVERSİTESİ
SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ
TRANSFÜZYON KONTROL FORMU

Klinik		Tarih:	
Hemovijilans Hemşiresi:	Transfüzyonu Yapan 1. Kişi:	Transfüzyonu Yapan 2. Kişi:	
Kan Bileşeninin Adı:	Bileşen No:	Bileşen Kan Grubu:	
Transfüzyon Öncesi	EVET	HAYIR	BİLİNMIYOR
1. Transfüzyondan önce aşağıdakiler gerçekleştirildi mi?			
• Transfüzyon öncesi herhangi ilaç kullanıldı mı?	☐	☐	☐
• Hastanın vital bulguları alındı mı?	☐	☐	☐
• Yeni damar yolu açıldı mı?	☐	☐	☐
2. Kan bileşeni sıcaklık kontrollü uygun koşullarda mı saklanıyor?	☐	☐	☐
Transfüzyon öncesi (transfüzyon yapan personele sorunuz)			
1. Transfüzyon yapılan yerde transfüzyona ilişkin güncel prosedür var mı?	☐	☐	☐
2. Güncel prosedür ve bilgilendirmelerden haberdar mı?	☐	☐	☐
Hasta ve Kan Bileşeni Tanımlaması			
1. Kimlik kontrolü için hastanın bilekliği var mı?	☐	☐	☐
2. Transfüzyon başlarken hastaya adı/soyadı soruldu mu?	☐	☐	☐
• İki kişi tarafından mı soruldu?	☐	☐	☐
• Yatak başında mı soruldu?	☐	☐	☐
• Kimlik kontrolü hastanın bilekliği kullanılarak mı yapıldı?	☐	☐	☐
• Kan grubu, bileşen numarası ve mat kontrolü yapıldı mı?	☐	☐	☐
• Hastanın çapraz karşılaştırma testi uygun mu?	☐	☐	☐
3. Herhangi bir uygunsuzluk hemovijilans ünitesine raporlandı mı?	☐	☐	☐
Uygulama Teknikleri ve İzleme			
1. Transfüzyon standart 170-200 µm çaplı filtreli set ile mi yapıldı?	☐	☐	☐
2. Transfüzyon esnasında kan bileşeni ile birlikte izotonik dışında aynı yoldan herhangi bir mayi, ilaç tedavisi ve/veya IV solüsyon verildi mi? Evet ise; ne kullanıldı ve neden kullanıldı?	☐	☐	☐
Açıklayınız:			

Uygulama Teknikleri ve İzleme (devam)	EVET	HAYIR	BİLİNMIYOR
4. Transfüzyonu yapan tarafından 15 dakika sonra hastanın vital bulguları (ateş, tansiyon, nabız ve solunum) izlendi, kayıt altına alındı ve istenmeyen reaksiyon kapsamında gözlem yapıldı mı?	☐	☐	☐
5. Olası istenmeyen olayları engellemek amacıyla yazılı prosedürler var mıdır?	☐	☐	☐
6. Transfüzyonu yapan tarafından her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları (ateş, tansiyon, nabız ve solunum) izlendi, kayıt altına alınarak istenmeyen reaksiyon kapsamında gözlemlendi mi?	☐	☐	☐
7. Transfüzyonu yapan tarafından transfüzyonun durduğu zaman kayıt altına alındı mı?	☐	☐	☐
8. Gözlemlenen istenmeyen reaksiyon, transfüzyonu yapan tarafından kayıt altına alındı mı?	☐	☐	☐
9. Gözlemlenen istenmeyen reaksiyon, transfüzyonu yapan tarafından hastanın doktoruna bildirildi mi?	☐	☐	☐
10. Kan ve kan ürünleri transfüzyon işlemi yapıldıktan sonra, transfüze edilen bileşen miktarı ve istenmeyen olay/reaksiyonla ilgili bölümler doldurulmuş mu?	☐	☐	☐
11. Transfüzyon sonrası boş kan torba sistemini nerede imha edersiniz?	AÇIKLAMA		
Zamanlama (kayıtlarla doğrulanması)			
1. Bileşen Kan merkezinden saat kaçta serbest bırakıldı? (A)	(B) - (A) =		
2. Transfüzyon ne zaman başlatıldı? (B)	(genellikle <30 dak kabul edilebilir.)		
3. Transfüzyon ne zaman tamamlandı? (C)	(C) - (B) =		
(Tam Kan ve Eritrosit konsantrisi için azami 4 saat, diğerleri için hastanın durumu uygunsa Trombosit Konsantrisi ve Taze Donmuş Plazma için yarım saat)			

AYDINLATILMIŞ ONAM FORMLARI



Sağlık hizmeti alınması sırasında, hasta ve yakınlarının bilgilendirilmesi, tedavi esnasında ve sonrasında oluşabilecek her türlü durumdan haberdar olması; doktor-hasta, hasta-sağlık personeli ilişkisinde güven ortamının oluşması açısından önemlidir.

Rıza Belgesi:

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

Aydınlatılmış Onam Formu:

Hastanın bilgilendirilmesi, tıbbi karara katılmasının sağlanması ve hekimin hasta ile işbirliğine girmesi anlamını da taşır

GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARI

Güvenli cerrahi, hasta ameliyathaneye gelmeden önce, daha klinikte iken başlaması gereken bir kavramdır.

GÜVENLİ CERRAHİ KONTROL LİSTESİ CERRAHİ TEDAVİYİ 4 AYRI AŞAMAYA BÖLER;

- 1.Klinikten ayrılmadan önce
- 2.Anestezi verilmeden önce
- 3.Ameliyat kesisinden önce
- 4.Ameliyattan çıkmadan önce

“Ameliyat Kesisinden Önce” aşamasında;

- Her bir ekip elemanı kendini isim ve görevi ile birlikte tanıtmalıdır.
- Birlikte bir ameliyat gününün ortasında olmaları halinde, ekip ameliyat odasındaki herkesin birbiri tarafından bilindiğini basit bir şekilde teyit edebilir.
- Ekip, cilt veya ameliyat kesisi öncesinde;
 - Doğru hasta üzerinde ve doğru yerde, doğru ameliyatı gerçekleştirdiklerini sesli olarak teyit etmelidir.
 - Ameliyat planlarının kritik unsurlarını kontrol listesindeki soruların rehberliğinde sözel olarak gözden geçirmelidir.
 - Önceki 60 dakika içerisinde profilaktik antibiyotiklerin uygulanmış olduğu, ameliyat süresince kan şekeri kontrolünün gerekliliği, varsa antikoagülan kullanımı ve derin ven trombozu profilaksisinin gerekliliği hususlarını sözel olarak kontrol etmelidir.

“Ameliyattan Çıkmadan Önce” aşaması için ekip;

- Gerçekleştirilmiş olan ameliyat, spanç (tampon) ve aletlerin sayımının tamamlanması ve alınan bütün cerrahi numunelerin etiketlenmesi
- Aletlerdeki işleyiş bozuklukları ve ilgilenilmesi gereken tüm diğer sorunlar
- Hastayı ameliyat odasından çıkarmadan önce, ameliyat sonrası yönetim ile ilgili kritik hususları ve düşünceleri gözden geçirmelidir.
- Gerekirse yazılı olarak özel notlar eklenebilir.

-Cerrahi uygulamaların güvenliği sağlanmalıdır.

Operasyonlar öncesinde, cerrahi bölge işaretlemesi yapılma durumu kontrol edilmelidir.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi; liste sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır.

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi hasta dosyasında muhafaza edilmelidir.

SÖZEL ORDER UYGULAMASI



SÖZEL ORDER UYGULAMASI

AMAÇ: Sözel order istemine yönelik kuralları tanımlayarak, yaşanabilecek aksaklıkların önüne geçilebilmesidir.

İLGİLİ DÖKÜMANLAR

Sözlü Ve Telefonla Tabip Uygulamaları Formu

SÖZEL ORDER NE ZAMAN VERİLİR ?

- 1.Steril girişimler sırasında
- 2.Hekimin hastanede ya da serviste olmadığı durumlar
- 3.Acil olarak ilaç verilmesi gerekli olan durumlar

SÖZEL ORDER UYGULAMASI

- Hekim talimatı mesai saatinde ve mesai sonrası telefonla verecek ise;

Nasıl Bir Yol İzlenilir

SÖZEL ORDER UYGULAMASI

Sözlü telefon direktifinde uyulması gereken kurallar:

- Arayan kişi kendini tanıtır (Adını ve soyadını ,servisini v.b.)
- Hastanın kim olduğunu tanımlar (Adını ve Soyadını, yattığı odayı, teşhisini, yaşını v.b.)
- Telefon direktifi mutlaka kayıt altına alınmalıdır.

Bu Direktifin uygulamasında alınan kayıtların kenarına telefon **(TO)** veya sözlü ise **(SO)** şeklinde not düşülmelidir.

SÖZEL ORDER UYGULAMASI

- Kimliğini doğrulat
- Orderi işit
- Orderi kayıt altına al
- Orderi oku doğrulat
- Düzgün olarak kaydet imzalat

Yüksek hata potansiyeli nedeniyle kemoterapi ilaçları ve yüksek riskli ilaçlar listesinde yer alan ilaçlar için (RESÜSİTASYON durumu hariç) sözel telefon talimatı kabul edilemez.

Böyle durum ile karşılaşıldığında talimatı alan birinci kişi nöbetçi uzman tabip olup kendisi hastanın dosyasına tedavi istemini yazacaktır.

İZOLASYON ÖNLEMLERİ

Enfekte ve kolonize hastalardan;

- diğer hastalara,
 - hastane ziyaretçilerine,
 - sağlık personeline,
- mikroorganizmaların bulaşının engellenmesidir



TANIMLAYICI FİGÜRLER



Solunum izolasyonu



Damlacık izolasyonu



Temas izolasyonu



Düşme riski

Dört Yapraklı Yonca (Düşme Riski)

- Şansı sembolize eder.
- Düşme olaylarının şansa bırakılmaması gerektiğini temsil etmektedir



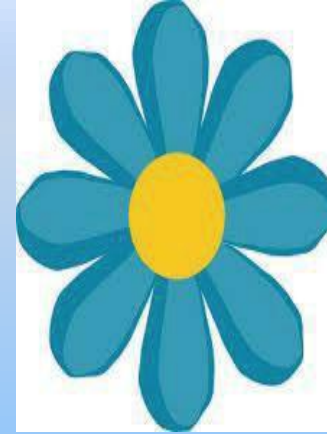
Sarı Yaprak (Solunum İzolasyonu)

- Ağaçlar doğanın, yapraklar ise ağaçların akciğerleridir.
- Solunumun baş harfi “s” ile başlayan sarı yaprak kullanılmıştır.



Mavi Çiçek (Damlacık İzolasyonu)

- Ortadaki nokta hastayı etrafındaki yapraklar ise damlacıkları temsilen kullanılmıştır.



Kırmızı Yıldız (Temas İzolasyonu)

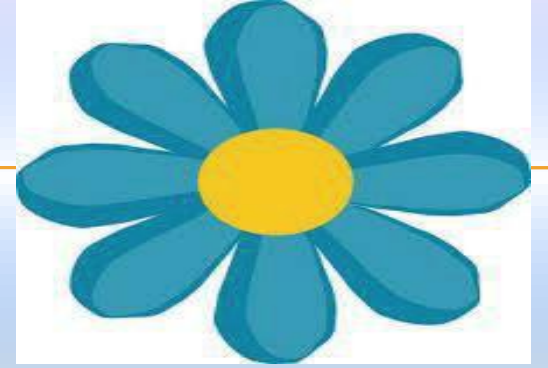
- Yıldızın beş köşesi, elin beş parmağını temsil etmektedir.
- Kırmızı rengi ise, ateşe temasın sakıncaları ile hastayla temasın sakıncaları arasındaki bağdan yola çıkarak kullanılmıştır



Temas İzolasyon önlemleri



- Tek kişilik oda
- Hasta ile veya çevresindeki cansız yüzeylerle temas ederken steril olmayan temiz eldiven giyilmesi
- Hasta ile veya odasındaki yüzeylerle temasın fazla olmasının beklendiği durumlarda, hastada idrar veya gaita inkontinansı olması, ileostomi veya açık drenaj varlığında odaya girerken eldivene ek olarak steril olmayan temiz bir önlük giyilmesi
- Eldiven ve önlüğün hasta odasını terk etmeden önce veya hasta başından ayrılırken çıkarılması
- El hijyeni
- Eldiven ve önlük çıkarılıp el hijyeni sağlandıktan sonra hastanın yakın çevresindeki yüzeylerle temas edilmemesi
- Odalar veya hastalar arasında eşya ve tıbbi malzeme transferinin önlenmesi



Damlacık önlemleri

- Hasta tek kişilik odaya alınmalıdır
- Eğer tek kişilik oda yoksa aynı mikroorganizma ile infekte ve başka infeksiyonu olmayan bir hasta ile aynı odayı paylaşabilir
- Eğer farklı tanıli hastalarla aynı odayı paylaşması gerekiyorsa yataklar arası mesafe en az 1 m olmalıdır.
- Odaya girerken cerrahi maske takılmalıdır.
- Özel havalandırma gerekmez.
- Oda kapısı açık olabilir.
- Hasta çok gerekmedikçe oda dışına çıkmamalıdır. Oda dışına cerrahi maske ile çıkarılmalıdır.



Hava yolu önlemleri

- Özel havalandırma ya da ventilasyon sistemi gereklidir.
- Saatte 6-12 kez hava değişimi sağlanmalı
- Hava akımı koridordan odaya olmalı (negatif basınç)
- Odadan çıkan hava sisteme tekrar dönüyorsa veya yakın boşluklara gidiyorsa HEPA filtre kullanılmalı
- Uygun oda yoksa odası olan bir merkeze hasta gönderilmelidir.
- Oda kapısı kapalı tutulmalıdır.
- Çok geçerli nedenler olmadıkça hasta oda dışına çıkarılmaz.
- Çıkması gerekiyorsa cerrahi maske takılır.

GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ



GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

Hastanelerde meydana gelen olaylardan ders çıkartmak ve benzer olayların bir daha yaşanmasını engellemek amacıyla oluşturulan bir sistemdir.

- Bu sistem içinde ana öge, çalışanlar tarafından yaşanan olayların bir daha yaşanmasını engellemek için yapılan bildirimlerdir.

GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİNİN AMACI

Hastanelerde kurumsal bir öğrenme sürecinin oluşturulmasıdır.

**HATALARDAN
ÖĞRENME**

**RAPORLAMA
KÜLTÜRÜ
OLUŞTURMA**

**ÇÖZÜM
YOLLARI
GELİŞTİRME**

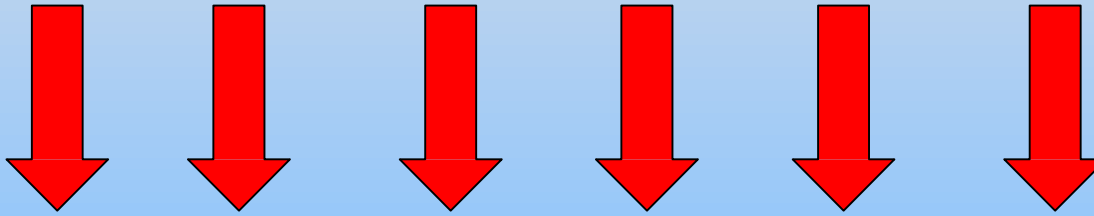
GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİNİN ÖNEMİ VE SORUMLULUKLAR

Bu bildirim sisteminde sadece hasta güvenliğini tehdit eden olaylar bildirilecektir.

- Bu sistemde ana hedef bireyler değil sistemdir. Bu nedenle olayın sorumluları ile değil sistemin kendisi odak noktasıdır.
- Güvenlik raporlama sisteminde düzenlemeler kişiler üzerinden değil, sistem üzerinden yürümektedir.
- Sistemin iyi işlediği hastanede hastalar için güvenli hizmet sunumu sağlanır.
- Güvenlik raporlama sistemi hasta güvenliğini tehdit eden olaylara karşı koruyucu görev üstlenmektedir

GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ

Güvenliği Tehdit Eden Olaylar



Güvenlik Raporlama Sistemi

Hasta Güvenliği

Çalışan Güvenliği

Güvenlik Raporlama Sistemi

Hasta Güvenliği

İlaç Güvenliği

Transfüzyon
Güvenliği

Cerrahi Güvenlik

Hasta Düşmeleri

Çalışan
Güvenliği

Kesici Delici Alet
Yaralanmaları

Kan ve Vücut
Sıvıları ile Temas

İLAÇ GÜVENLİĞİ BİLDİRİM YAPILABİLECEK ÖRNEK OLAYLAR

Yanlış ilaç istenmesi

Yanlış ilaç uygulanması

İlacın yanlış yolla uygulanması

İlacın yanlış zamanda uygulanması

Eczaneden yanlış ilaç gelmesi

Eczaneden ilaçların uygun şartlarda gelmemesi

Kayıtların yanlış olması

TRANSFÜZYON GÜVENLİĞİ BİLDİRİM YAPILABİLECEK ÖRNEK OLAYLAR

Hasta kimlik doğrulamasının yapılmaması

Yanlış kan ve/veya kan ürünü

Kan ve/veya kan ürününün yanlış etiketlenmesi

Kan ve/veya kan ürününün uygun olmayan depolanması

Transfüzyon sırasında uygun takip yapılmaması

Uygulama sonrası reaksiyon gelişmesi

CERRAHİ GÜVENLİK BİLDİRİM YAPILABİLECEK ÖRNEK OLAYLAR

Hasta kimlik doğrulamasının yapılmaması

Ameliyat taraf işaretleme yapılmaması

Yanlış taraf/organ cerrahisi

Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi'nin yanlış doldurulması

Cerrahi işlem sırasında oluşan istenmeyen olayların gerçekleşmesi(Yanık gelişmesi gibi)



ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ

GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ TALİMATI

DOKÜMAN KODU:	GR.TL.01
YAYIN TARİHİ:	KASIM 2014
REVİZYON NO:	01
REVİZYON TARİHİ:	KASIM 2016
SAYFA NO:	1 / 4

1. AMAÇ: Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) ve hukuka yansımış istenmeyen olayların bildirilmesi, raporlanması, incelenmesi ve analiz edilmesinde izlenecek yolları belirlemek, bu risklerin azaltılması için stratejiler geliştirmektir. Ayrıca hastanemiz çalışanlarının dikkatini olayların altında yatan nedenlere çekerek, hastanenin sistem ve işleyişinde gerekli değişikliklerin yapılmasını ve benzer hataların oluşma riskinin azaltılmasını sağlamaktır.

2. KAPSAM: Bu talimat hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek her türlü olayı (ramak kala ya da gerçekleşen istenmeyen olaylar) ve hukuka yansımış istenmeyen adli olayları kapsar.

3. KISALTMALAR:

KNA: Kök Neden Analizi

KYB: Kalite Yönetim Birimi

4. TANIMLAR:

İstenmeyen Olay: Hasta, hasta yakını, çalışanlar ve/veya sağlık hizmeti verilen kuruluştaki bulunan diğer kişilerin güvenliğini olumsuz etkileyen veya etkileyebilecek olaylardır. İstenmeyen olaylar aşağıda örnekleriyle verilmiştir, ancak bunlarla sınırlı değildir:

- Hasta güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; kısıtlamalara bağlı istenmeyen yaralanmalar, tedavilerin gecikmesi / ertelenmesi, intiharlar, ilaç güvenliği, cerrahi güvenlik, transfüzyon güvenliği, tesis güvenliği, düşmeler, radyasyon güvenliği, bilgi güvenliği gibi konularda gelişebilir.
- Çalışan güvenliği ile ilgili istenmeyen olaylar; kesici delici alet yaralanması, tesis güvenliği, radyasyon güvenliği, mesleki enfeksiyonlar, kan ve vücut sıvıları ile temas gibi konularda gelişebilir.

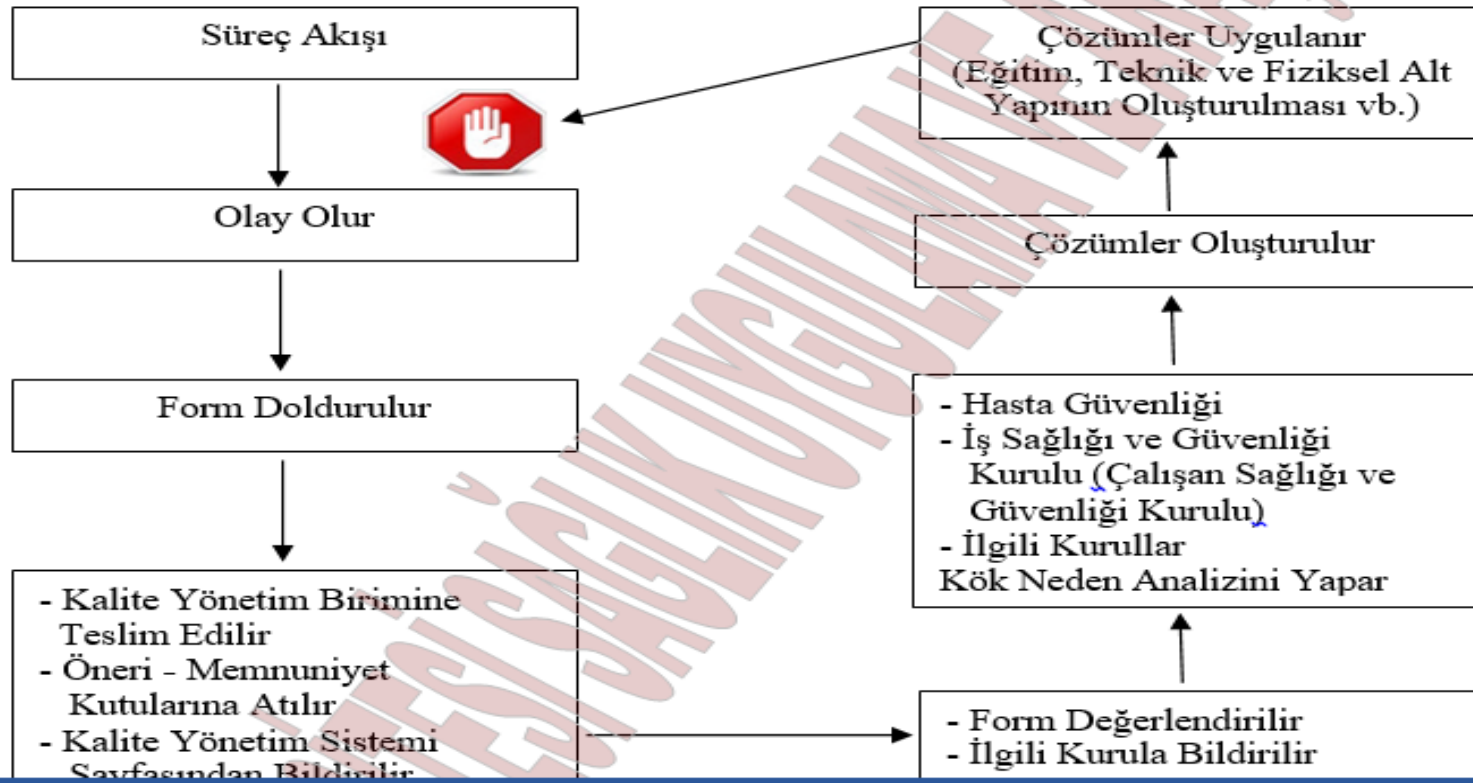
Ramak Kala Olay: Hasta ve çalışanların güvenliğini tehdit edebilecek, gerçekleşmek üzereyken son anda gerçekleşmeyen istenmeyen olayları ifade eder.

Kök Neden Analizi: Kök nedenler, problemin arkasında yatan gerçek sebeplerdir. Kök neden analizi, gerçek sebeplerin tespit edilmesine yönelik yapılan çalışmalardır. Yaşanan problemlerin görünen nedenlerini ortadan

- Bu değişikliklerin uygulanmasından kimlerin sorumlu olacağını belirleyelim.
- Uygulamanın ne zaman gerçekleşeceğini belirleyelim.
- Benzer hataların gelecekte oluşmaması için iyileştirmeleri standartlaştıralım.

5. SORUMLULAR: Tüm Çalışanlar, Birim Sorumluları, Kalite Yönetim Birimi Çalışanları ve Kurullar, analiz ve raporlama süreçlerinden Kalite Yönetim Birimi Çalışanları, ilgili Kurullar ve Üst Yönetim sorumludur.

Tablo: 1 - Güvenlik Raporlama Sistemi İş Akış Şeması





**ERCIYES ÜNİVERSİTESİ SAĞLIK
UYGULAMA VE ARAŞTIRMA MERKEZİ**

**GÜVENLİK RAPORLAMA SİSTEMİ
TALİMATI**

DOKUMAN KODU:

GR.TL.01

YAYIN TARİHİ:

KASIM 2014

REVİZYON NO:

01

REVİZYON TARİHİ:

KASIM 2016

SAYFA NO:

4 / 4

HASTA GÜVENLİ

Güvenlik Raporlama Sistemine Bildirim Yapılabilecek Örnek Olaylar

İLAÇ GÜVENLİĞİ

Yanlış İlaç İstenmesi
Yanlış İlaç Uygulanması
İlacın Yanlış Yolla Uygulanması
İlacın Yanlış Zamanda Uygulanması
Eczaneden Yanlış İlaç Gelmesi
Eczaneden İlaçların Uygun Şartlarda Gelmemesi
Kayıtların Yanlış Olması
Tedavilerin Gecikmesi / Ertelenmesi
Diğer.....

**TRANSFÜZYON
GÜVENLİĞİ**

Hasta Kimlik Doğrulamasının Yapılmaması
Yanlış Kan ve / veya Kan Ürünü
Kan ve / veya Kan Ürününün Yanlış Etiketlenmesi
Kan ve / veya Kan Ürününün Uygun Olmayan Depolanması
Transfüzyon Sırasında Uygun Takip Yapılmaması
Uygulama Sonrası Reaksiyon Gelişmesi
Diğer.....

CERRAHİ GÜVENLİK

Hasta Kimlik Doğrulamasının Yapılmaması
Ameliyat Taraf İşaretleme Yapılmaması
Yanlış Taraf / Organ Cerrahisi
Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin Yanlış Doldurulması
Cerrahi İşlem Sırasında Oluşan İstenmeyen Olayların Gerçekleşmesi (Yanık Gelişmesi vb.)
Diğer.....

DÜŞMELER

Hastanın Düşme Riski Skorunun Değerlendirilmemesi
Düşme Riskine Göre Gerekli Önlemlerin Alınmaması
Hasta ve Refakatçilere Eğitim Verilmemesi
Hastanın Yataktan / Sedyeden - Banyoda vb. Düşmesi
Düşme Sonrası Yapılması Gerekenlerin Yapılmaması

KISITLAMALAR

Kısıtlamaya Bağlı İstenmeyen Yaralanmalar

DİĞER

İntiharlar

ÇALIŞAN GÜVENİĞİ

**KESİCİ - DELİCİ ALET
YARALANMALAR**

Kesici - Delici Alet Yaralanmalarında Kişisel Koruyucu Ekipman Kullanılmaması
Kontamine Alet veya Kan Yolu ile Bulaşan Enfeksiyonu Olan Hastadan Kontamine Alet ile Yaralanma Durumunda Bildirim Yapılmaması
Kesici - Delici Alet Yaralanmalarında Bildirim Yapılmaması
Hastadan Örnek Alma Sırasında İğne Batması
Ameliyat Sırasında Bisturi Batması
Laboratuvarında Lam / Lamel Batması
Hastaya Kateter Takma Sırasında Kateter Batması
Kesici - Delici Alet Kutularının Aşırı Doldurulması
Tıbbi Atık Poşetlerinin Taşınması Sırasında Kesici - Delici Alet Batması

**KAN VE VÜCUT SIVILARINA
MARUZ KALMA**

Hastaya Müdahale Sırasında Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçraması

FORMLARDA ÖZETLE....

Kişi isimlerine asla yer vermeyin.

Olayla ilgili kişiler hakkında bilgi verilmesine izin vermeyin.

Karmaşık olmasın

Mutlaka Tarih Ekleyelim

ACİL ARABASI İLAÇ VE MALZEME KONTROL LİSTESİ

Acil arabası kullanılmamış olsa bile ayda bir kontrol edilir.

- Kontrol eden kişi kontrol çizelgesinde ilaç yada malzemenin karşısına gelen kutucuğa mevcut olan için (+) , olmayan için (-) işareti koyar.

- Kontrol sırasında aynı zamanda ilaç ve malzemenin miad kontrolleri de yapılır.

Not: Araba içinde bulunan ilaç ve sarf malzemelerin miktarı her servise göre değişebilir.

HASTA MAHREMİYETİ

Tüm sağlık hizmeti süreçlerinde hastanın mahremiyeti sağlanmalıdır

Mahremiyet hakkı bireyin bedenini ve kendisiyle ilgili bilgilerini, tıbbi kayıtlarını istediği ve izin verdiği kadarıyla paylaşmaktır.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

- a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
- b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,
- c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,
- d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,
- e) Hastalığının mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,
- f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

- Sağlık hizmeti sunumu sırasında hastanın; fiziksel, psikolojik, bilişsel ve sosyal mahremiyeti dikkate alınmalıdır.
- Muayene, teşhis ve tedavi süreçlerinde hastanın fiziksel mahremiyeti sağlanmalıdır.
- Her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmelidir.
- Hasta muayene masaları ve yatakları arasında hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik perde, paravan gibi araçlar kullanılmalıdır.
- Teşhis ve tedavi süreçleriyle ilgili bilgi ve belgelerin, hasta dışında kimlerle ve hangi koşullarda paylaşılabilceğı belirlenmelidir.

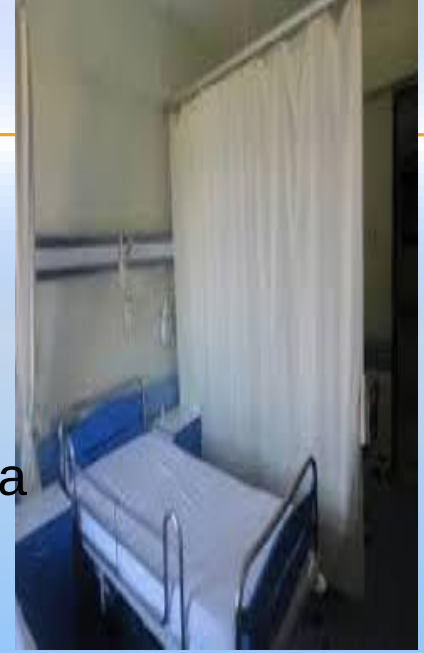
Hastanın tıbbi değerdendirmeleri gizlilik içerisinde yürütülmelidir. Sağlık çalışanları arasındaki tıbbi bilgi akışı sırasında hasta mahremiyetine özen gösterilmelidir.

- Hastanın, sosyokültürel özellikleri nedeniyle gündeme getirdiği mahremiyete ilişkin farklı algı ve beklentileri dikkate alınmalıdır.
- Batı ve doğu toplumlarının, çeşitli dinsel grupların, modern ve geleneksel toplumların mahremiyete ilişkin değerleri, inançları ve beklentileri arasında farklılıklar bulunabilir. Kendisiyle ilgilenen sağlık çalışanına yönelik tercihini söz konusu kültürel özellikler doğrultusunda belirleme, adını açıklamama ya da saklama, yalnız kalma ve tedbirli olma bunlardan bazılarıdır. Ayrıca toplumda göz önünde bulunan bir hastanın, kişisel ve tıbbi bilgilerinin gizliliği konusunda, özellikle hassasiyet gösterilmesi yönünde talebi olabilir.

- Hastanemize muayene, tetkik, girişimsel işlem için başvuran tüm hastalarda:

Fiziksel mahremiyetin korunması;

- Hasta muayenesi paravan veya perde arkasında, üçüncü kişilerin görmesi engellenerek yapılır.
- Muayene odasında veya girişim alanının da görevliler dışında kişi olmamalıdır.
- Hastanın izin verdiği kişiler ve hekimin bulunmasında yarar gördüğü yakınları kalabilir.
- Polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenir.



Tıbbi mahremiyetin korunması

- Hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda (ameliyat, girişim, görüntüleme gb.) özel mahremiyet bölgesinin açılmasını gerektiren durumlarda hasta mahremiyetine saygı önemlidir.
- Tıbben bölgenin hazırlanması gereken durumlarda, olması gereken görevliler dışındakiler bu ortamda bulunmamalıdır.



KAYITSIZ BİLGİ MAHREMİYETİ



KAYITSIZ BİLGİ MAHREMİYETİ

- Hastanın bize vermiş olduğu tıbbi öykü ve diğer konuşmaların hasta ve hekimin izini olmayan üçüncü kişiler tarafından duyulması engellenir.
- Hastanın tıbbi bilgileri ve öyküleri başka ilgililere aktarılması durumlarında gizlilik ilkesi korunarak gerekli özen gösterilir.
- Hastanemizin tüm çalışanları hastalarımıza özel olan (ilgili görevliler arasında olan bilgilendirme, hastanın anlatması, yakını ile paylaşım vb.) tesadüfen veya görevleri sırasında şahit oldukları bilgilerin orada kalmasına özen göstermek ve diğer ortamlara taşımamak (başka kurumlar, diğer kişiler, ortamlar) bakımından sorumludurlar.
- **Kayıtlı bilgi mahremiyetinin korunması** Hasta kayıtları ve dosyalarına ilgili görevliler dışında ulaşımın engellenmesi için hekim, hemşire, tıbbi sekreterler tarafından gerekli önlemler alınır. Hasta dosyasını (basılı, yazılı) hasta görmek isterse, hekimin izni ile bir görevli refakatinde ve yerinde görmesine izin

Sağlık Bakanlığı'nın belirlediği ve illere gönderdiği mahremiyet kuralları şöyle:

- -Kontrolsüz girişlerin önlenmesi için kapının dışarıdan açılmasını engelleyin
- Sağlık merkezlerindeki emzirme odalarına perde-paravan koyun.
- Hastanın verdiği tıbbi öyküyü üçüncü kişilerin duymasını engelleyin.
- Özel olan bilgileri tesadüfen duyan çalışanlar birinci derece sorumludur.
- Muayene sedyesinin çevresi ayaklı perde ile kapatın.
- Poliklinik odasına aynı anda iki hastayı almayın.
- Ameliyat öncesi hastaya önlük giydirme ve bone takma gibi konularda mahremiyete özen gösterin.
- Kan alma gibi işlemlerinde perdeyi kapatmadan organlarını açtırmayın

RENKLİ KODLAR

MAVİ KOD

Hastanelerimizde temel yaşam fonksiyonları (solunum, dolaşım) riski altında olan veya durmuş olan bireylere gerekli müdahalenin yapılabilmesi için **11100** nolu telefondan Mavi Kod ekibi aranarak hastaya müdahale edilmesinin sağlanmasıdır.

PEMBE KOD

Hastanelerimizde yeni doğan, bebek ve çocukların kaçırılmaları veya kaybolmaları durumlarına karşı önlem almak ve güvenliği sağlanmak amacıyla **11113** nolu telefondan Pembe Kod ekibinin aranarak müdahale edilmesidir.

KIRMIZI KOD

Hastanelerde meydana gelebilecek yangın, sel, deprem, kimyasal sızıntı gibi acil afet durumlarında olay yerindeki çalışan **15400** numaraları telefonu tuşlayarak olayla ilgili bilgiyi aktardıktan sonra telefonu kapatarak Kırmızı Kod çağrısını başlatır.

BEYAZ KOD

Hastane çalışanının sözlü veya fiziksel saldırıya uğraması durumunda, olayın muhatabı ve görgü tanığı **11155** numaralı telefonu tuşlayarak Beyaz Kod çağrısını başlatır.

MAVİ KOD

AMAÇ

HASTA,HASTA YAKINI VE
HASTANE ÇALIŞANINA EN KISA
SÜREDE ACİL TEDAVİ
SUNMAKTIR.

ACİL TEDAVİ

SOLUNUMSAL VEYA KARDİYAK ARREST DURUMUNDA, ELDEKİ ÇOK KISITLI ZAMANDA HASTAYA EN HIZLI VE VERİMLİ RESÜSİTASYONU SAĞLAMAYI AMAÇLAR.



MAVİ KOD UYARISI VERİLİNCE

- Bir doktor
- Bir sağlık alışanı
- Ekipte varsa;
 - Güvenlik
 - Tařıma Personeli



MUTLAKA Ü DAKİKADA OLAY YERİNE VARMIř VE MÜDAHALEYE BAřLANMIř OLMALIDIR.

MAVİ KOD SONRASI

- Müdahale edilen kişiye ait bilgi
- Yapılan uygulama (resisütasyon ve uygulanan ilaçlar)
- Çağrı yapılan yer, müdahale yeri
- Çağrının yapıldığı zaman (09:05:38)
- Mavi kod ekibinin ulaştığı zaman (09:07:20)
- Sonuç

PEMBE KOD

ALINACAK TEMEL ÖNLEMLER

- Özellikle anne ve bebek hemşire desğine en yakın odaya alınabilir,
- Odaya giriş çıkışları kontrol altına almak için ziyaret yasaklanabilir,
- Hastanın transferi yapılması gerekiyorsa personel mutlaka tanıtılmalı,
- Çocuk/bebek kesinlikle yalnız bırakılmamalıdır.
- Nöbet devir teslimlerinde pembe kod olasılığı nöbetçilere teslim edilmelidir.

PEMBE KOD SONRASI

- **Müdahale edilen olayda kişilere ait bilgi (ad soyad tc no)**
- **Olaya maruz kalan yenidoğan, bebek veya çocuğa ait bilgi**
- **Olay yeri, müdahale yeri**
- **Olayın başladığı zaman**
- **Olayın bittiği zaman**
- **Sonuç**



TEŞEKKÜRLER