



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	KU.PR.01
Yürürlük Tarihi	27.06.2014
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	08.01.2016
Sayfa No	1/9

AMAÇ:

Sağlık hizmetlerimizin sunumu sırasında hastalarımıza zarar verilmesini önlemek, tedavi ve uygulamalarda hata oranının azaltılması amacıyla hastanemiz ve çalışanlarımız tarafından alınması gereken önlemlerin belirlenmesidir.

KAPSAM:

Tüm Hastane

SORUMLULAR:

Tüm Personel

TANIMLAR:

Hasta Güvenliği: Sağlık bakım hizmetlerinin hastalara vereceği zararı önlemek amacıyla sağlık kuruluşları ve bu kuruluşlardaki çalışanlar tarafından alınan önlemlerin tamamıdır.

UYGULAMA:

Hasta Güvenliği Komitesinin Teşkili: Hastane Sağlıkta Kalite Standartları gereğince Hasta Güvenliği Komitesi oluşturulur. Komite aşağıdaki üyelerden oluşur;

- Tıbbi, idari, hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci,
- Kalite Yönetim Direktörü
- Cerrahi Branş Uzmanı,
- Dahili branş Uzmanı,
- Laboratuvar Branş Uzmanı,
- Anesteziyoloji ve Reanimasyon Branş Uzmanı,
- Eczacı,
- Hastane Bilgi Sistem Sorumlusu,
- Hekim dışı sağlık personelinin en az bir temsilci ve bölüm kalite sorumlularından en az iki temsilci yer almalıdır.

Temel İş, Yetki Ve Sorumlulukları:

- Hastaların doğru kimliklendirilmesini sağlamak,
- Çalışanlar arasında etkili iletişim ortamının kurulmasını sağlamak,
- İlaç güvenliğinin sağlanması,
- Transfüzyon güvenliğinin sağlanması için gereken çalışmaları yapmak,
- Radyasyon güvenliğini sağlamak,
- Hasta mahremiyetinin sağlanması,
- Hastaların güvenli transferi,
- Hasta bilgileri ve kayıtlarını sağlık çalışanları arasında güvenli bir şekilde devredilmesi,
- Düşmelerden kaynaklanan risklerin azaltılması çalışmalarını sürdürmek,
- Güvenli cerrahi uygulamalarının yapılmasını sağlamak,
- Tıbbi cihaz güvenliğini sağlanması çalışmalarını yürütmek,
- Bilgi güvenliğinin sağlanması,



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	KU.PR.01
Yürürlük Tarihi	27.06.2014
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	08.01.2016
Sayfa No	2/9

- Enfeksiyonların önlenmesi
- Laboratuvarlarda hasta güvenliğinin sağlanması ,
- Gerekğinde düzeltici-önleyici faaliyet başlatmak ve takibini yapıp sonuçlandırmak,
- Çalışanlara hasta güvenliği eğitimlerinin verilmesini sağlamak.

3. Çalışma Usul ve Esasları Hasta Güvenliği Komitesi üyeleri SKS çerçevesinde, Kalite Yönetim Birimi ile koordine olarak çalışmalarını yürütür. Komite rutin olarak 3 ayda bir olmak üzere 4 defa toplanır. Olağanüstü durumlarda başkanın daveti ile toplantı yapılabilir. Gerekğinde hastane yöneticileri ve diğer hastane çalışanları toplantıya davet edilebilir.

Toplantılarda; Hasta güvenliği uygulamaları, güvenlik raporlama bildirimleri (GRS), düşme bildirimleri, hasta ve çalışan görüş ve önerileri, eğitim talepleri vb. gibi hasta güvenliğini ilgilendiren konular tartışılarak karara bağlanır.

Toplantı tutanak formu ile toplantı kararları kayıt altına alınır. Kararın bir örneği Kalite Yönetim Birimine ve üst yönetime gönderilir.

❖ HASTALARIN DOĞRU KİMLİKLENDİRİLMESİ

Hastaya odası ve servis hakkında gerekli bilgilendirmeler yapıldıktan sonra, her türlü girişim öncesinde hasta bilekliğinden kimlikleri sorgulanır ve bilgisi hasta/yakınlarına aktarılır, servis hemşiresi tarafından hastanın durumuna uygun olarak

- Hastaneye giriş yapılan her hastaya beyaz kimlik,
- Alerjisi olan hastaya kırmızı renk,
- Kadın doğum servisinde anneye beyaz bileklik, erkek doğan bebeklere mavi, kız doğan bebekler pembe bileklik takılarak annenin bilekliği de doğan bebeğin cinsiyetine göre mavi veya pembe olarak değiştirilir. Anne – bebeğin bileklikleri aynı seri numaralı olmalıdır. Bileklikte anne adı soyadı, bebeğin doğum tarihi (Gün, ay, yıl), protokol numarası bulunmalıdır.
- Acil serviste müşahadeye alınan tüm hastalara beyaz kimlik tanımlayıcı kullanılır.
- Yatan hastalara ve yakınlarına kimlik tanımlayıcılar hakkında eğitim verilir.

Kullanılan bilekliklerde hastanın adı soyadı, protokol numarasının doğum tarihi (Gün, ay, yıl), olmalıdır.

❖ ÇALIŞANLAR ARASINDA ETKİN İLETİŞİMİN SAĞLANMASI

1. Sözel order (mesai sonrası ve tatil günleri doktor bulunmadığı zamanlar, acil durumlar) alınması gerekli durumlarda alınan sözel order mutlaka sözel order formuna kayıt edilir.
2. Sözel order alınacak hasta, adı, soyadı ve tanı belirterek karşılıklı AYNI HASTADAN bahsedildiği teyit edilir.
3. Acil durum kısaca özetlenir.
4. Söylenen tedavi tekrar edilir.



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	KU.PR.01
Yürürlük Tarihi	27.06.2014
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	08.01.2016
Sayfa No	3/9

5. Sözel order formuna verilen order kaydedilir. Alan kişi adını, görevini, aldığı saati ve tarihi kaydeder. Orderın yüz yüze mi yoksa telefonla mı alındığı belirtilir.
6. Sözel order formu tedavi defterine ve hemşire gözlem kâğıdına kayıt edilir. Tedavi uygulanır ve sözel orderla alındığı belirtilir. Hasta dosyasına kaldırılır.
7. Verilen sözel order 24 saat içinde hasta orderı'na doktor tarafından yazılarak onaylanır. Sözel order formu ilgili doktor tarafından imzalanır, kaşelenir.
8. Sözel order alınması durumlarında mümkünse üçüncü bir kişinin de duyması sağlanır.
9. Gerekliğinde verilen ilacın adı kodlama sistemi ile tekrar edilmelidir. Sözel istem uygulaması hakkında hemşire ve doktorlara eğitim verilir.
10. Narkotik ilaçlarda sözel order uygulanmaz.

❖ İLAÇ GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI

Hastaya uygulanacak bütün tedavilerde, ilaçların **uygulanmasında Güvenli İlaç Yönetim Prosedürü** sürecine göre yapılır.

Yatışına karar verilen hastanın varsa kullandığı ilaçlar **Hastanın Beraberinde Getirdiği İlaçların Saklanması Talimatına** göre süreç işlenir. Hastanın tedavi planı, ilaç dozu, zamanı ve uygulama şeklini içerecek şekilde okunaklı olarak her bir hasta hekim tedavi planına hastanın kendi hekimi tarafından yazılır, kaşelenerek imzalanır. Hastanın yatış öncesi aldığı, bakım sürecinde ve taburcu olduktan sonra kullanacağı ilaçlar **Hasta Taburcu ve Eğitim Formu'** na kaydedilir, aslı hastaya verilir, bir örneği hasta dosyasında bırakılır. Hastaya verilen ilaçlar kapalı kaplarda ve kişiye özel olarak hazırlanır. Kaplarda hastanın kimlik tanımlayıcı bilgileri bulunur. Hemşire hekimin tedavi planını hemşire gözlem formuna kaydeder. İlaçlar hastaya hemşire tarafından uygulanır. Stajyerlerin ilaç uygulamaları da hemşire gözetiminde olmalıdır. İlgili hekim hasta tabelasına ilaç isimlerini kısaltarak yazmamalıdır.

❖ GÜVENLİ TRANSFÜZYON

Güvenli transfüzyon uygulamaları **Kan Transfüzyonu Prosedürüne** göre işlemler yapılır.

a) Transfüzyon öncesi, kan bankasından gelen kan ve kan ürününün türü ve miktarı, cross-match kayıtları ve kimlik bilgileri iki sağlık personeli tarafından kontrol edilir ve ürünün planlanan verilme süresi doğrulanır. **Kan Transfüzyonu Bilgilendirilmiş Onam Formu** hasta veya hasta yakınına mutlaka okutulup imzalatılır.

c) Transfüzyon sürecinde; ilk 15 dakikası sağlık çalışanı tarafından gözlenir, her 15 dakikada bir hastanın vital bulguları izlenip **Kan ve Kan Transfüzyonu İzlem Formu** doldurulup imzalanır.

❖ RADYASYON GÜVENLİĞİ

Hasta, yakınları, hastane çalışanlarının radyasyondan korunmasına yönelik alınacak tedbirler, Hasta ve Hastane Çalışanları İçin **Radyoloji Prosedürü** gereği önlem alınacaktır.



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	KU.PR.01
Yürürlük Tarihi	27.06.2014
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	08.01.2016
Sayfa No	4/9

❖ DÜŞMELERE BAĞLI RİSKLERİN AZALTILMASI

- ✓ Yatan hastanın başvurduğu ilk gelişindeki durumuna bağlı olarak, 0-16 yaş aralığı hasta HARİZMİ düşme riski ölçeği, 16 yaş ve üzeri yaş aralığı hastalar ise İTAKİ düşme riski ölçeğine göre değerlendirilir. Değerlendirme sonucu yüksek riskli ise forma işaretlenir.
- ✓ 0-3 yaş aralığı hastalarda ise ölçeklendirme yapılmadan düşme riski olduğu kabul edilir.
- ✓ “Düşme Riskinin Değerlendirilmesi Formu” ndaki skora göre hasta düşük risk ya da yüksek risk olarak sınıflandırılır.
- ✓ Beyin ölümü, derin sedasyon alan hastalar dışındaki tüm hastalar düşme riski açısından değerlendirilir.
- ✓ Hastanın ilk skoru hastanın servise kabulünde yapılır. Yeniden değerlendirme skoru “Hemşire Bakım Planı” na kayıt edilir.
- ✓ “Hemşire Bakım Planı”na yapılan kayıt yapılması gereken faaliyetler için belirleyicidir.

Alınan tüm tedbirlere rağmen hasta düşerse **Hata Olay Bildirim Formu** doldurularak, en kısa zamanda kalite yönetim birimine bildirim yapılır, olay ile ilgili gerekli düzeltici önleyici çalışmalar başlatılır.

❖ GÜVENLİ CERRAHİ UYGULAMALARININ SAĞLANMASI

Güvenli cerrahi uygulamaları için alınması gereken tedbirler şunlardır:

a) Cerrahi işlem güvenliği için;

- 1) Ameliyathanedeki tüm cihaz ve ısı kaynaklarının periyodik bakım ve kalibrasyonlarının yapılması sağlanır ve ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılır.
- 2) Hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemek amacıyla, ameliyat öncesi gerekli kontroller yapılır.
- 3) Cerrahi işleme başlamadan önce tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olduğu kontrol edilir.
- 4) Cerrahi Güvenlik kontrol listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanır. Cerrahi güvenlik kontrol listesi hasta dosyasında saklanır.

b) Yanlış hasta ve yanlış taraf cerrahi uygulamalarının önlenmesinde

- 1) Cerrahi işlemlerin, Dünya Sağlık Örgütü tarafından belirlenen hasta güvenliği çözümlerine ve evrensel protokole uygunluğunun sağlanması esastır.
- 2) Ameliyat öncesi serviste hasta ile ilgili son kontroller tabip tarafından yapılarak hastanın da katılımıyla taraf işaretleme süreci gerçekleştirilir.
- 3) Hastaya ameliyat öncesi servis hemşiresi tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılır ve hasta, dosyası ile birlikte görevli refakatinde ameliyathaneye gönderilir.
- 4) Hasta ameliyathaneye kabul edilirken, ameliyathane hemşiresi ve anestezi teknisyeni tarafından kimlik doğrulama işlemi yapılarak beraberce teslim alınır.



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	KU.PR.01
Yürürlük Tarihi	27.06.2014
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	08.01.2016
Sayfa No	5/9

c) Cerrahi işlemlerde taraf işaretleme sürecinde uygulanacak kurallar şu şekildedir;

- 1) Taraf işaretlemesi için cerrahi taraf işaretleme kalemı kullanılır.
- 2) Yapışkan taraf işaretleyicileri kullanılmaz.
- 3) İşaret ameliyat bölgesine veya yakınına belirgin ve silik olmayacak şekilde konulur. Diğer bakım süreçleri için gerekmedikçe ameliyat edilmeyecek bölgeler işaretlenmez.
- 4) Taraf işaretleme mutlaka hastanın uyanık ve bilinçli olduğu zaman diliminde yapılır.
- 5) Çoklu yatay yapılar (el ve ayak parmakları ve lezyonlar) veya çoklu düzeylerde (lomber ve torakal ve servikal omurlar) en uygun ve en yakın bölge işaretlenir.
- 6) Göz tarafı işaretlemesi için kaşın üzeri kullanılır.
- 7) Tek organ vakaları (sezaryen bölgesi, kalp cerrahisi gibi), müdahaleler sırasında, kateter ve enstrümanların takılmasında, cerrahi prosedürün tasarlandığı açık yara ve lezyonlarda, acil müdahalelerde, prematüre bebeklerle ilgili müdahalelerde işaretleme yapılmaz.

ç) Elektro cerrahi, lazer ve diğer elektrikli cihazlarla yapılan işlemlerde cerrahi yanıkların oluşmasını önlemek için cihazların kullanımında dikkat edilecek hususlar şunlardır:

- 1) Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.
- 2) Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür.
- 3) Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

d) Cerrahi işlem sürecinde dikkat edilecek hususlar şunlardır:

- 1) Cihazların teknik kontrolünde kabloların yeterli uzunlukta olduğu ve bağlantıların doğru kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilir.
- 2) Hastanın ekstremiteleri metal masa kısmıyla temas etmemelidir.
- 3) Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.
- 4) İşlem yapılacak bölgenin nem oranı % 50 seviyesinde tutulur.

❖ TIBBİ CİHAZ GÜVENLİĞİ

Hastanemizde Tesis Güvenliği komitesi altında tıbbi cihaz yönetiminden sorumlu ekip oluşturulmuştur. Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunur. Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan oluşturularak plan dahilinde uygulama yapılır. Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunur. Etiketle;

- Kalibrasyonu yapan firmanın adı
- Kalibrasyon tarihi
- Geçerlilik süresi
- Sertifika numarası bulunur.

❖ ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE ÖNLENMESİ

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



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	KU.PR.01
Yürürlük Tarihi	27.06.2014
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	08.01.2016
Sayfa No	6/9

El hijyeni hem hasta hem de çalışan güvenliği açısından çok önemli olup, **El Hijyeni ve Eldiven Kullanımı Talimatı**’nda enfeksiyonların ve çapraz bulaşmaların önlenmesi amacıyla sağlık personelinin uygun el temizliği ve eldiven kullanma yöntemleri belirlenmiştir. Hastane enfeksiyonlarının rutin sürveyansı enfeksiyon kontrol hemşiresi tarafından yapılarak UHESA ya kaydedilir, surveyans sonuçlarına göre bölüm bazında DÖF başlatılır. Üç ayda bir bölüm bazında hastane enfeksiyon hızları, etkenleri, direnç paternlerini içeren sürveyans raporu hazırlanarak üst yönetim ve ilgili bölümlerle paylaşılır

❖ ATIK YÖNETİMİ:

Hastanemizde atıkların; Tıbbi Atıkların Kontrolü Yönetmeliğine uygun olarak toplanması, taşınması geçici olarak depolanması ve ilgili birimlere teslimi sağlanmaktadır. Konu ile ilgili usul, esas ve sorumluklar “ATIK YÖNETİM PLANI” ve “ATIK YÖNETİM PROSEDÜRÜ”N DE belirlenmiştir.

Atık Yönetim Planı;

- Tesis iletişim bilgileri
- Firmada atık yönetiminden sorumlu kişiye ait bilgiler
- Atık kaynağı ve oluşumu hakkında detaylı bilgi
- Atık Yönetimi Genel Esaslarına ilişkin yönetmelik
- Atık miktarları
- Atık miktarı azaltımına yönelik işlemler
- Atıkların toplama – ayırma / Geri kazanım ve bertaraftan gönderildiği tesisleri kapsar.

Atık Yönetim Prosedürü;

- Üretilen atık çeşitleri
- Atıkların kaynağında ayrıştırılması
- Üretilen atık miktarının azaltılması
- Atıkların usulüne uygun olarak toplanması, taşınması ve kullanılacak ekipman
- Toplama Ekipmanının temizliği ve dezenfeksiyonu
- Geçici depolama alanlarının kullanımı ve atıkların depolanması ve teslimatı ile ilgili kuralları
- Geçici depolama alanlarının temizliği ve dezenfeksiyon
- Atıkların teslimi
- Atıkların toplanması ve taşınması sırasında oluşabilecek kazalara karşı alınacak önlemler ve kaza durumunda yapılacak işlemler
- Atık yönetimi sürecinde yer alan sorumluları kapsar

❖ YENİ DOĞAN VE ÇOCUK GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI (PEMBE KOD)

Yeni doğan / bebek / çocuk kaçırılması veya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla pembe kod ekibi oluşturulmuştur. Bununla ilgili yapılacak işlemler **Pembe Kod Talimatı** hazırlanmıştır.

 	HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ	Doküman No	KU.PR.01
		Yürürlük Tarihi	27.06.2014
		Revizyon No	01
		Revizyon Tarihi	08.01.2016
		Sayfa No	7/9

Yeni doğan ve çocuk güvenliğinin sağlanması için yapılacak işlemler şunlardır:

a) Yeni doğan/bebek/çocuk kaçırılması ve ya kaybolması durumlarına karşı önlem almak ve bebek güvenliğini sağlamak amacıyla “PEMBE KOD” uygulaması gerçekleştirilir.

b) Pembe kod uygulamasını gerçekleştirmek için;

- İdari ve hemşirelik hizmetleri yöneticilerinden birer temsilci
- 2. Kat servis hemşireleri
- Nöbetçi hemşire

c) Ekip üyelerinin görev tanımları kurum yönetimince yapılır. Çalışanlara pembe kod uygulamasıyla ilgili yılda iki kez tatbikat ve eğitim verilir, kayıt altına alınır.

❖ HASTALARIN BİLGİLENDİRİLMESİ VE ONAYININ ALINMASI

Hastanemizde hastalarımıza uygulanacak tüm riskli girişimsel işlemler öncesinde bilgilendirme ve rızanın alınmasının nasıl ve kim tarafından yapılacağı **Hastanın Rızasının Alınması ve Bilgilendirilmesi Prosedürüne** süreç işletilir.

Bilgilendirme ve rıza alınmasıyla ilgili süreçte;

- İşlemin kim tarafından yapılacağı,
- İşlemden beklenen faydalar,
- İşlemin uygulanmaması durumunda karşılaşılabilecek sonuçlar,
- Varsa işlemin alternatifleri,
- İşlemin riskleri ve komplikasyonları,
- İşlemin tahmini süresi,
- Hastanın adı, soyadı ve imzası,
- İşlemi uygulayacak hekimin adı, soyadı, unvanı ve imzası,
- Rızanın alındığı tarih ve saat bulunmalıdır.

❖ BİLGİ GÜVENLİĞİ

Hastanemizde, hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir. Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal şartlar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz. Bütün süreç **Bilgi Güvenliği Politikasına** göre yapılır.

❖ TEMEL YAŞAM DESTEĞİ SÜRECİNİN GÜVENLİĞİ (MAVİ KOD)

Hastane genelinde; kalp veya solunum durması, tehlikeli boyutta olan kalp ritim düzensizliği, yüzeyselleşmiş solunum varlığında hastaların en hızlı ve hatasız şekilde kalp, akciğer canlandırmasını gerçekleştirmek ve yaşamsal faaliyetlerin devamını sağlamak amacıyla mavi kod ekibi oluşturulmuş ve bununla ilgili **Mavi Kod Talimatı** hazırlanmıştır.

❖ SIRA BEKLEMEDEN KAYNAKLANAN OLUMSUZLUKLARIN ÖNLENMESİ

Sıra beklemeden kaynaklanan olumsuzlukların önlenmesi için yapılacak işlemler şunlardır:



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	KU.PR.01
Yürürlük Tarihi	27.06.2014
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	08.01.2016
Sayfa No	8/9

Kurumumuz acil servisine müracaat eden hastalar Acil Servis Triaj Sistemi doğrultusunda risk gruplarına göre değerlendirilir.

b) Yüksek riskli hastalara tedavi sürecinde öncelik tanınır.

c) Hastalar, sıra beklemesi gerektiği durumlarda (tetkik işlemleri) bekleme nedenleri ve tahmini bekleme süreleri hakkında ilgili birim tarafından bilgilendirilir, istek halinde ilgili hizmete ulaşabilecekleri bir diğer sağlık kuruluşuna yönlendirilir.

d) Polikliniklerdeki hizmetlerde de öncelik hakkı olan hastalar tanımlanmış ve hizmet sürecinde bu kişilere öncelik verilmektedir.

❖ HASTALARA AİT BİLGİLERİN GÜVENLİĞİ

Hastanemizde, hizmetin sunumu için gerekli olan ve hastalarımıza ait özel ve hastalıklarıyla ilgili bilgiler gizlidir. Bu bilgiler otomasyon sisteminde ve hasta dosyalarında muhafaza edilir. Bu bilgi ve belgeler; hastalarımızın yazılı izni olmadan (yasal şartlar hariç) hiç kimse veya kuruluşa verilemez, temin edilen bilgiler açıklanamaz.

❖ EĞİTİMLER

Hastanemiz personellerine; tehlikeli ve riskli durumları azaltmaya, enfeksiyonların kontrolü ve önlenmesine ve hasta güvenliği kültürünün yerleştirilmesine yönelik eğitimler verilir. Bu eğitimlerin ne şekilde yapılacağı hastanemiz Eğitim Kurulu, Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve Hasta Güvenliği Kurulu tarafından belirlenir ve eğitim programları ile duyurulur.

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

❖ LABORATUVARLARIMIZDA HASTA GÜVENLİĞİNE YÖNELİK UYGULAMALAR

Laboratuvarlar hasta güvenliğini doğrudan etkileyen öneme sahiptir. Laboratuvar sürecini preanalitik, analitik ve postanalitik olmak üzere üç evreye ayırırsak, yapılan çalışmalarda hasta güvenliğini etkileyen laboratuvar hatalarının en çok preanalitik dönemde (%70) yapıldığı görülmektedir. Bu bilgi ışığında hastanemiz laboratuvar süreçlerine göre aşağıdaki önlemleri alarak laboratuvar hatalarını en aza indirmeyi hedeflemektedir:

A) Preanalitik Evre: Laboratuvarlarımızda numunelerin doğru alınması ve doğru şekilde transferini sağlamak üzere "Laboratuvar Numune Alınması ve Transferi Talimatı" talimatı hazırlanarak numunelerin uygun şekilde alınması ve transferinde dikkat edilecek hususlar belirlenmiştir. Numunelerin laboratuvara kabul veya red kriterleri de belirlenerek "Laboratuvar Numune Kabul ve Red Kriterleri" belirlenerek uygun olmayan numunelerin laboratuvara kabulü önlenmiştir.

B) Analitik Evre: Laboratuvarda kullanılan cihazların bakım ve kalibrasyonları belli bir plan dahilinde laboratuvar sorumlu hekimlerimizce yapılmakta veya yaptırılmaktadır. Yine laboratuvarlarımızda çalışılan testlerin internal ve external kalite kontrolleri laboratuvar hekimlerimizin sorumluluğunda yapılmakta ve kayıtları muhafaza edilmektedir.

C) Postanalitik Evre: Laboratuvarda çalışılan parametrelerin panik değer listesi hazırlanarak, bu testlere ait düşük veya yüksek değerlerde klinisyene derhal haber verilmesi sağlanmıştır.



HASTA GÜVENLİĞİ PROSEDÜRÜ

Doküman No	KU.PR.01
Yürürlük Tarihi	27.06.2014
Revizyon No	01
Revizyon Tarihi	08.01.2016
Sayfa No	9/9

❖ Hastaların Güvenli Transferi

Kurumumuzda hasta transferi “Hasta Taşıma ve Kaldırma Talimatı” na uygun olarak “Hasta Transfer Prosedürü” ’ne göre yapılır ve Kurum İçi Hasta Transfer Formu doldurulur.

❖ Hasta Mahremiyetinin Sağlanması

Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir. Muayene ve nakil yapılan ortamlarda bu amaçla yeterli sayıda çarşaf, battaniye gibi malzemeler bulundurulur. Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

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