AMAÇ: Bölüm içersinde yeni başlayan ve / veya staj eğitim gibi amaçlarla başlayan personelin bölüme uyumunu sağlamak.

KAPSAM: Tüm ameliyathane çalışanları

SORUMLULAR: Bu protokolün uygulanmasından hekimler ve hemşireler sorumludur.

İÇİNDEKİLER

1. Ameliyathane çalışanları

- a. Hekimler
- b. Hemşireler
- c. Anestezi teknisyenleri
- d. Tıbbi sekreterler
- e. Temizlik personelleri

2. Ameliyathane fiziki yapısı

3. Ameliyathane çalışanlarının görev yetki ve sorumlulukları

- a. Ameliyathane sorumlu hemşiresi
- b. Sirküle hemşiresi
- c. Skrap hemşiresi
- d. Anestezi tekniker/teknisyeni
- f. Temizlik personeli

4. Çalışma saatleri/izinler/nöbetler

5. Ameliyathane faaliyetleri

- a. Ortopedi ve travmatoloji
- b. Genel cerrahi
- c. Üroloji
- d. Kadın hastalıkları ve doğum
- e. Kulak burun boğaz
- f. Göz Cerrahi

6. Ameliyathane iş akışı

MİSYONUMUZ

Sağlık hizmetinde insan odaklı, güvenilir, çevreye duyarlı, hasta güvenliğini ve hastaların sosyal değer yargılarını önemseyen, personelinin çalışma koşulları ile ilgili taleplerini göz önünde tutan, yenilikçi ve sürekli kendini geliştiren yönetim anlayışını kurum kültürü haline dönüştürmektir.

VİZYONUMUZ

Sunduğumuz Sağlık Hizmeti Standartlarının yükseltilmesi için, tecrübeli ve uzman eğitim kadromuzla, tıbbi ve teknolojik gelişmeleri takip ederek, elde ettiğimiz bilgi ve deneyimlerimizi,

hastalarımızın ve çalışanlarımızın hizmetine sunarak, bilimsel çalışmalarla bölgemizin referans hastanesi olmaktır.

POLİTİKAMIZ

• Sağlık Bakanlığı mevzuatları doğrultusunda Hizmet Kalite Standartlarının şartlarına uyarak

etkinlik ve verimliliğin sürekli olmasını sağlamak

• Çalışan memnuniyetini göz önüne alarak hastaların ihtiyaç ve beklentilerini karşılamak

• Kaynaklarımızı en iyi şekilde kullanarak güler yüzlü, yetenekli, bilgili ve deneyimli ekiplerimizle güvenilir sağlık hizmeti vermek

• Sosyal dayanışma sağlanarak, temiz, güvenli, düzenli ve katılımcı bir çalışma ortamı sağlamak
• Birimler arasında koordinasyonu sağlamak, personelimizin gelişmesini sürekli kılmak ve motivasyonunu artırmak amacıyla eğitimler düzenlemek.

• Değişime açık olmak ve sürekli kendimizi geliştirmek.

BÖLÜM YÖNETİCİ VE ÇALIŞANLARI HEKİMLER:

Uz. Dr. Ad Soyad

Uz. Dr. Ad Soyad

Uz. Dr. Uzman

Sorumlu Hemşire:

Hemşireler:

Ad Soyad, , , ,

Anestezi Sorumlusu:Ad Soyad

Anestezi Teknisyenleri:

Ad Soyad, , ,

Temizlik Personelleri: AD SOYAD,

BÖLÜMÜN FİZİKİ YAPISI

• 3 Ameliyathane odası

• Bayan soyunma ve dinlenme odası

• Bay soyunma ve dinlenme odası

• Set malzeme deposu

• Post op odası

Ameliyathanemizde personel ve hasta girişi ayrılmıştır. Giriş çıkış kuralları yasaksız, yarı-yasaklı ve yasaklı alana göre düzenlenmiştir. Ameliyathaneye görevli personeldışında kimse giremez.

A. Yasaksız Alan;

• Personel: Personel giriş kapısı ve koridoru, soyunma odaları ve dinlenme olarak belirlenmiştir.

• Hasta: Ameliyathanenin girişindeki alandır hastalar bu alana önceden ameliyat önlüğünü giymiş vaziyette gelirler.

B. Yarı Yasaklı Alan;

• Personel: Terlik değiştirme alanından itibaren ameliyathane steril alanına kadar olan

bölümdür. Bu bölümde bariyeri geçmeden temiz terlik rafından terlik alınarak giyilir ve çıkarılan ayakkabılar karşı taraftaki rafa konulur. Yasaksız alanda giyilen ayakkabı ile bu bölüme basılmaz. Bu bölümde ameliyathane forması dışında bir giyiniş ile bulunulamaz. Buradaki dolapta bulunan maske ve bone giyilip birinci koridora geçilir yaşam alanı bu bölümde bulunur.

• Hasta: Yarı yasaklı alan yasaksız alanla ameliyathane hasta girişi arasındaki bariyerden Nsonraki kısım olarak belirlenmiştir. Bu kısım birinci koridorun sonunda biter ve steril alan başlar. Ameliyat gömleği ile gelen hastaya bone takılır, ayakkabıları çıkarılır, galoş giydirilir ve transfer sedye ile yarı yasaklı alana alınır. Hasta bu alanda yürütülmez.

C. Yasaklı Alan;

• Personel: Yarı yasaklı alanın bitiminden itibaren başlayan ameliyat odaları, koridorlar, steril malzeme deposu sarf depoları yasaklı alan olarak kabul edilir. Bu alanda bulunan personel ameliyathane formasını giymiş maske ve bonesini takmış olmalıdır. Ameliyat sırasında steril boks gömlekleri bu formanın üstüne giyilir.

• Hasta: Personel için steril alan kabul edilen yerlerle aynı bölümlerdir. Hasta bu bölümde sedye üzerinde ve ameliyat önlüğü ve bonesi takılı vaziyette bulunmalıdır.

Ameliyathanede yeşil ve mavi üniformalar giyilir. Renkli formalar kullanılamaz. Disposible bone kullanılır, tekstil bone kullanılacaksa her operasyondan sonra değiştirilir. Yeşil renkte yıkanıp steril edilen bilen terlikler kullanılır. Bayan personelin oje kullanması, abartılı takılar takması, tırnak uzatması uygun değildir.

3. AMELİYATHANE ÇALIŞANLARININ GÖREV YETKİ VE SORUMLULUKLARI A) Ameliyathane Sorumlu Hemşiresi

En az üç yılı ameliyathanede çalışıyor olmak üzere, hemşireler arasından Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü tarafından görevlendirilir.

Çalıştığı birim: Ameliyathane Ünitesi

Bağlı bulunduğu birim: Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü

Kendisine bağlı kadrolar: Ameliyathane hemşireleri; steril hemşire, dolaşan hemşire, ayılma ünitesi hemşiresi, steril depo sorumlu hemşiresi gibi.kurumun ve Sağlık Bakım Hizmetleri

Müdürlüğünün belirlediği politika, hedef, kural ve düzenlemeler doğrultusunda ameliyathanedeki hemşirelik hizmetlerinin yerine getirilmesinden sorumludur.

Görev, yetki ve sorumlulukları

• Kurum ve Müdürlük tarafından belirlenmiş politika, hedef, kural ve düzenlemelere uyumu

sağlar. Bunları sorumluluğu altındaki hemşire, hasta/hasta yakınlarına açıklar ve benimsetir.Politikalardan sapmayı önleyici tedbirler alır.

• Kurumun hemşirelik hizmetleri ile koordine çalışır ve hizmetin günün koşullarına göre geliştirilmesini sağlar. • Ameliyathane için gerekli hemşire sayısı ve niteliğini belirler, bilgi verir.

• Hemşirelerin çalışma çizelgesi ve izinlerini düzenler, Müdürlüğe onaya sunar.

• Ünitenin hemşirelik hizmetleri, gereksinimleri ve sorunlarına ilişkin bilgi alışverişinde bulunur.

• Hemşirelerinin terfi, yer değiştirme ve disiplin gibi özlük işleri ile ilgili konularda Müdürlüğe önerilerde bulunur.

• Dolaşan ve steril hemşireleri belirleyerek günlük çalışma planlarını yapar.

• Gerekli araç-gereci temin eder. Uygun koşullarda korunmasını, kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar. • Her ameliyat için gerekli olan malzemelerin önceden hazırlanmasını sağlar.

• Kullanılan malzeme sarfını planlar, yeni ve deneme aşamasındaki malzemelerin test edilmesini sağlar. İlgili birimlere geri bildirimde bulunur.

• Hemşirelik hizmetlerine ilişkin kayıtların tutulmasını ve formların düzenli kullanımını ve muhafazasını sağlar.

• Ameliyat sonrası Ameliyatta Sayımı Yapılacak Malzeme Formunu kontrol eder/edilmesini ve belgelerin arşivlenmesini sağlar.

• Ameliyat sonrası çıkan kirli malzemelerin yıkanmasını, sayılmasını, listeye uygun şekilde hazırlanmasını, steril edilmesini ve kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar.

• Ameliyathanede kullanılan cerrahi setlerin standart listelerinin oluşturulmasını ve güncelliğini sağlar.

• Ameliyathanenin genel olarak günlük, ameliyat odalarının ise vaka aralarında temizliğinin yapılmasını sağlar.

• Enfeksiyon Kontrol Komitesi ve sterilizasyon bölümü ile işbirliği yaparak, enfeksiyon kontrol önlemlerinin uygulanmasını sağlar.

• Elektrik, su tesisatı, araç gereçlerin arızalarının bildirilmesi ve giderilmesini sağlamak amacıyla ilgili birimlerle bağlantı kurar.

• İlaçların güvenli bir şekilde temini, kullanımı ve muhafaza edilmesini sağlar.

• Ayaktan veya yatan hastanın ameliyathaneye kabulünü sağlar, mahremiyetine özen gösterir, varsa emaneti Hasta Eşyaları Teslim Formunu kullanır ve ameliyathanede bulunduğu süre içerisinde gerekli bakımı almasını sağlar.

• Hastanın ameliyat öncesi gerek duyduğu destek ve yardımı almasını, gerekirse yalnız kalmamasını sağlar.

• Hastanın ameliyat çıkışına kadar güvenli bir biçimde taşınmasını sağlar, hastaya refakat ederek servis hemşiresine sözlü ve yazılı olarak teslim edilmesini sağlar.

• Adli vakalarda kurum politikasına uygun hareket eder/edilmesini sağlar.

• Her hasta için kullanılan malzeme ve ilaçların kullanıldığını gösteren masraf formunun doldurulmasını, sekreterliğe teslim edilmesini sağlar.

• Ayda en az bir defa olmak üzere düzenli aralıklarla, ameliyathane hemşireleri ile toplantılar yapar ve yenilikleri duyurur, toplantı ile ilgili kayıtları tutar, Müdürlüğe rapor eder.

• Hemşirelerin mesleki gelişimlerinde rehberlik ve danışmanlık yapar.

• Kurum politikaları doğrultusunda hemşirelerin performans değerlendirmelerini yapar. İş doyumu ve motivasyonu yükseltici düzenlemeler yapar.

• Bölüme yeni başlayan hemşirelerin rehber hemşire gözetiminde ve uyum eğitimi yoluyla işe

alıştırılmasını sağlar. Ameliyathane oryantasyon formu oluşturarak kaydeder.

• Eğitim hemşiresi ile işbirliği yaparak hemşirelerin eğitim gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunur, hizmet içi eğitimlere katılmasını sağlar.

• Öğrenci hemşirelerin eğitiminde uygun eğitim ortamı sağlar.

• Mesleki ilerleme ve gelişim için Müdürlükçe uygun görülen eğitim etkinlikleri ve toplantılara katılır, diğer kurum ve ameliyathane sorumlu hemşireleri ile mesleki ilişkilerini geliştirir.Müdürlüğün belirlediği aralıklarda ve biçimde istenen kayıt, rapor, istatistikleri sağlar.

• Kurumun belirlemiş olduğu acil durum planlamalarını uygular/uygulanmasını sağlar.

• Ameliyathanede oluşan iş kazalarına ait raporları tutar/tutulmasını sağlar ve ilgili birimler bildirir.

• Gerektiğinde dolaşan ve steril hemşirenin görevlerini yerine getirir, rehberlik eder, rolmodeli olur.

• Ameliyathanenin temizlik, aydınlanma, ısınma ve havalandırma gibi hizmetlerine ilişki ilgili birimlerle işbirliği yapar.

• İzin, rapor ve benzeri durumlarda yerine vekalet edecek kişiyi önerir.

• Tüm uygulama ve işlemleri etik kurallar doğrultusunda yapar/yapılmasını sağlar.

B) Scrap Hemşiresi (Steril)

Kurumun ve Müdürlüğün belirlediği politika, hedef, kural ve düzenlemeler doğrultusunda, hemşirelik hizmetlerini etkin bir şekilde gerçekleştirir. Cerrahi işlemler süresince dolaşan ya da steril hemşirelik hizmetlerini yapar.

Çalıştığı Birim: Ameliyathane Ünitesi

Bağlı Bulunduğu Birim: Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü

Görev, yetki ve sorumlulukları

• Sorunlar, gereksinimler ve çalışmalara ilişkin sorumlu hemşiresine gerektiğinde bilgi verir, danışır.

• Hemşirelik hizmetlerine ilişkin kayıtları tutar.

• Yeni başlayan hemşirelerin işe uyumunda ameliyathane sorumlu hemşiresine yardım eder.

• Eğitim hemşiresi ve sorumlu hemşiresi ile işbirliği yaparak eğitim gereksinimlerine yönelik önerilerde bulunur. Hizmet içi eğitim toplantılarına katılır.

• Sorumlu hemşire ile işbirliği yaparak, öğrenci hemşirelerin eğitimine katkıda bulunur.

• Mesleki ilerleme ve gelişimi için kurum içi/kurum dışındaki seminer ve toplantılara katılır.

• Diğer hizmet birimleri ile koordinasyon sağlar.

• Sorumlu hemşirenin olmadığı durumlarda bölümün yönetim sorumluluğunu alır.

• Her hasta için kullanılan malzeme ve ilaçların kullanıldığını gösteren masraf formunu doldurulup ameliyathane sekreterliğine teslim eder.

• Bir gün önceden ertesi günün ameliyat ve işlem tiplerini gözden geçirir. Alet ve malzeme ile

ilgili hazırlık yapar.

• Hasta ameliyat odasına alınmadan ameliyat lambası, oda ışıkları ve elektrikli cihazların çalışıp çalışmadığının kontrolünü yapar.

• Ameliyat öncesinde, sırasında ve sonrasında aseptik tekniklere uyar/uyulması konusunda ekip ile işbirliği yapar.

• Ameliyatın özelliğine göre steril ve steril olmayan malzemeleri ameliyat öncesinde hazırlar, steril olan malzemelerin sterilitesini kontrol eder.

• Steril teknikleri uygular, gözler ve uygulatır. Şüphe duyulan kontaminasyonlarda malzemeyi ortamdan uzaklaştırır.

• Ameliyat öncesi ve sonrası spanç, iğne ve alet sayımını yaparak Ameliyatta Sayımı Yapılacak Malzeme Formunu doldurur. Görev değişimi esnasında sayım yapar ve teslim eder. Sayım formunun saklanması için sorumlu hemşiresine teslim eder.

• Ameliyat sonrası çıkan kirli cerrahi aletleri yıkatır, listeye uygun şekilde hazırlar. Steril edilerek kullanıma hazır bulundurulmasını sağlar.

• Hastaya istenildiği şekilde pansuman, sargı uygular.

• Bir sonraki ameliyat hazırlığı için ameliyat odasının dezenfeksiyonunu sağlar ve denetler.

• Ameliyat odasının bir sonraki işleme hazırlanması amacı ile temizlik elemanlarını yönlendirir ve denetler.

• Mesai bitiminde devam eden ameliyatın durumuna göre nöbete gelen dolaşan hemşireleri görev değişimini yapar, bilgilendirir.

• Hafta sonu ve gece nöbetlerinde tüm ameliyathanenin sorumluluğunu üstlenir ve çıkabilecek aksaklıkların giderilmesi konusunda diğer ameliyathane çalışanlarını yönlendirir, denetler, sorunlar konusunda sorumlu hemşire ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüne yazılı ve sözlü bildirimde bulunur.

• Bir sonraki ameliyat günü için gerekli hazırlıkların yapılmasını (bohça, steril malzeme vb.) sağlar ve denetler.

• Bölümün araç-gereç, aletlerinin bakım ve korunmasını sağlar. Bozuk ve fonksiyon göremeyen alet ve malzemeleri sorumlu hemşiresine bildirir. Dolaşan ve steril hemşire görevlerini yerine getirir.

• Tüm uygulama ve işlemleri etik kurallar doğrultusunda yapar.

Sirküle Hemşirenin Görevleri (Dolaşan)

• Yukarıda sayılan görevler yanı sıra ameliyat odasının nem ve ısısını kontrol eder ve gerektiği şekilde düzenlenmesi için ilgili birimle işbirliğinde sorumlu hemşireye yardım eder.

• Ameliyata gelen hastaya kendini tanıtır. Hasta bilgilerini gözden geçirir ve hastanın endişesini azaltmak için psikolojik destek sağlar.

• Hastanın ameliyat masasına alınmasına, uygun pozisyon verilmesine, emniyetinin sağlanmasına yardım eder, mahremiyetini korur.

• Cerrahi işlem süresince odada kalarak ihtiyaca yönelik destek verir. İhtiyaç duyulan sarf malzemeyi temin eder. Paket açma standartlarını uygular.

• Cerrahi doku örneklerini (spesmen) uygun şekilde hazırlar, etiketler, kayıt eder yada kayıt edilmesi için sekreterliğe teslim eder ve laboratuvara gönderilmesini sağlar.

• Hastanın ameliyat sonunda sedyeye alınmasına yardım eder.

• Hastanın işlem sonrası güvenli bir biçimde ünite hemşiresine yazılı ve sözlü teslim eder.

C) Anestezi Teknisyenleri

Kurumun ve Müdürlüğün belirlediği politika, hedef, kural ve düzenlemeler doğrultusunda, anestezi hizmetlerini etkin bir şekilde gerçekleştirir.

Çalıştığı Birim: Ameliyathane Ünitesi

Bağlı Bulunduğu Birim: Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürlüğü

Görev, yetki ve sorumlulukları

• Ameliyathanede ameliyat olacak hastanın anestezi işlemlerini operatör hekimin gözetiminde yürütür.

• Ameliyat sırasında anestezi raporunu düzenler.

• Ameliyat sırasında hastayı gözlemler ve vital bulguların takiplerini yapar, olağan üstü durumlarda operatör hekimi uyarır.

• Anestezi cihazının temizlik ve bakımından sorumludur, cihazı daima kullanılır halde bulundurmak zorundadır.

• Cihazı her ameliyattan önce kontrol ederek gaz tüplerinin (oksijen, azot vb.) doluluğunu kontrol eder.

• Cihazda oluşan arızalarda Arıza Bildirim Formu doldurarak teknik servise bildirir.

• Ameliyathanede kullanılan anestezik materyallerin temini ve takibini yapar.

• Nöbet hizmetlerine katılarak anestezi faaliyetlerinin 24 saat devam etmesini sağlar.Hastanede yatarak tedavi gören veya acil servise müracaat eden hastaların muayene tedavi ve takipleri sırasında oluşan solunum arresti durumunda entübasyon ve ventilasyonu sağlar.

D) Temizlik Personeli

Kurumun ve Müdürlüğün belirlediği politika, hedef, kural ve düzenlemeler doğrultusunda, temizlik hizmetlerini etkin bir şekilde gerçekleştirir.

Çalıştığı Birim: Ameliyathane Ünitesi

Bağlı Bulunduğu Birim: İdari ve mali işler müdürlüğü

Görev, yetki ve sorumlulukları

• Ameliyathaneye ilgili servis personeli tarafından hasta girişine önlüğü giydirilmiş, maskesi takılmış, hastayı dosyası ile birlikte kızaklı sedye transferi ile güvenli bir şekilde teslim alır ve ameliyat olacağı odaya naklini sağlar.

• Hastanın ameliyat masasına yatmasına yardımcı olur ve hasta mahremiyetine uygun istenilen pozisyonu verir. • Ameliyatta kullanılan sıhhi sarf malzemelerini çıkarır.

• Vaka sonrası ameliyathanenin temizliğini yapar. Kirli örtüleri çamaşırhaneye götürür.

• Anestezi teknikerinin ya da uzmanının uygun gördüğü zamanda hastayı post-op uyandırma odasına nakleder.

Ameliyathane hekiminin ve hemşiresinin talimatları doğrultusunda hareket eder.

• Anestezi uzmanının uygun gördüğü zamanda hastayı ilgili servise nakli için sedyeye alır, hasta çıkış kapısında kızaklı sedye ile servis personeline teslim eder.

• Ameliyathanenin genel temizliğini sağlar.

4. ÇALIŞMA SAATLERİ / İZİNLER / NÖBETLER

Çalışma saatleri/izinler/nöbetler 657 sayılı devlet memurları kanunu, 4/B sözleşmeli personel kanunu ve SSK kanununa göre düzenlenir. Ameliyathane günlük çalışma saatleri 08/17, nöbet saatleri 16/08'dir. İzni kullanılamayan nöbetler Bakım Hizmetleri Müdürlüğüne bildirilerek ücretinin ödenmesi sağlanır. Mazeret durumunda dilekçe ile Bakım Hizmetleri Müdürlüğüne başvurularak talepler değerlendirilir.

5. AMELİYATHANE FAALİYETLERİ

A) Ortopedi ve travmatoloji

• Kalça protezi

• Diz protezi

• Büyük kemik fraktürleri

• Küçük kemik fraktürleri

• Artroskopi

• ÖÇB

B) Genel cerrahi

• Troidektomi

• Kolesistektomi

• Herni operasyonları • Sacral kist

• Hemoroit

• Mide/bağırsak perforasyonu • Splenektomi

• İleus

• Apendektomi

• Anal fistül/füssür • Mastektomi

• Toraks tüpü uygulaması

C)Üroloji

• Prostat (cerrahi/TUR) • Böbrek taşi

• RIS • PNL • URS

• Varikosel • Hidrosel

• Sistektomi • TOT

• Djkatater uygulamaları

D)Kadın hastalıkları ve doğum

• Sectio

• TAH-BSO

• VAH

• TOT

• Laparoskopi(myomektomi/kistektomi/salfenjektomi/tüpligasyon)

• Histereskopi

• Ektopik gebelik

• Bartholin kisti

6. AMELİYATHANE İŞ AKIŞI

• Tüm çalışanlar çalıştıkları süre içerisinde Tanıtım Kartlarını takarlar.

• Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi Uygulama Rehberi doğrultusunda çalışmalar gerçekleştirilir.

• Hastalar ameliyathaneye servis/ünite sorumlusunun belirlediği sağlık personeli eşliğinde, Hasta Transfer Talimatına göre getirilerek steril olmayan alanda hasta dosyası ile yazılı ve sözlü teslimi gerekli kontroller yapılarak teslim alınır.

• Hasta kabulünde yapılan kontroller; Steril olmayan alanda, kimlik tanımlayıcısı (her hastada beyaz, allerjisi olan kırmızı renkli ve üzerinde hasta adı soyadı, protokol numarası ve gün ay yıl olarak doğum tarihinin olduğu barkot) ve hastadan sözlü alınarak hasta bilgilerinin doğrulaması yapılır. Taraf işaretlemesi yapılıp yapılmadığı, Hastanın aydınlatılmış onamı ve Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin **Klinikten Ayrılmadan Önce bölümünde** belirtilen işlemler kontrol edilir. Hastanın varsa ameliyatta kullanılacak özel malzeme, implant, ilaç ve hasta dosyası teslim alınır. Hasta dosyasında Preoperatif ve Postoperatif Hemşirelik Girişimleri Formu, Anestezi Aydınlatılmış Onam Formu, Anestezi Öncesi HastaDeğerlendirme Formu, vb. bulunur.

• Kontrolleri yapılan ve eksiği olmayan hastalar ilgili ameliyat odasına girişinden ve yarı steril–steril alanın özelliğine uygun şekilde alınır. Hastalar ameliyat odasına Ameliyathane Çalışma Formuna göre alınır, odaya giriş ve odadan çıkış saati Ameliyat Masası Kullanımı Formuna kaydedilir.

• Yapılacak uygulamanın eksiksiz ve doğruluğu, tüm ekipmanların mevcut ve fonksiyonel olması ve hatalı gaz ve gaz karışımı verilmesini önlemeye yönelik kontroller, ameliyat öncesi son teknik kontrolleri yapılarak Ameliyathane Kontrol Formuna kaydedilir.

• Anestezi uzmanı; Anestezi Öncesi Hasta Değerlendirme Formu ile hastayı değerlendirir, Anestezi İzlem Formuna hastaya uygulanacak olan anestezi tekniğini ile anestezi verilmeden önce yapılmasını istediği tedavileri yazar.

• Anestezi teknisyenlerinin iş dağılımları sorumlu teknisyen tarafından Anestezi Çalışma Formu ve Anestezi Günlük Çalışma Formu ile yapılır ve buna göre çalışılır.

• Anestezi masası, görevli teknisyen tarafından Anestezi Teknisyeni Çalışma Talimatına göre hasta gelmeden önce hazırlanır. • Hasta dosyası, Anestezi Güvenlik Kontrol Listesi ve Anestezi

İzlem Formu anestezi teknisyeni tarafından incelenir. Anestezi İzlem Formunda belirtilen, ilaçları hazırlar, Anestezi İzlem Formuna O2 ve NO2 ile diğer inhalar gazların oranını yazar, ameliyat boyunca anestezi yönünden TA ve nabız takibini yaparak kaydeder. Verilen ilaçların kullanılan dozuna göre saatlik olarak kaydeder. Anestezinin başlama ve bitiş saati yazılarak, anestezi ile ilgili bölümler doldurulur ve hasta dosyasına konulur.

• Ameliyathane'ye hastaların 08:45'e kadar alınması sağlanır. Bu saate kadar sebep bildirmeden gelmeyen doktor öncelik talep edemez.

• Ameliyata hazırlanan ekip Cerrahi El Hijyeni Talimatına göre el yıkama işlemini yapar.

• Daha önce tekniğe uygun olarak masayı hazırlayan hemşirenin yardımı ile box gömleği giyilir, sterilite kurallarına azami dikkat ederek ameliyathane gömleğinin arkası bağlanır ve tekniğe uygun olarak ameliyat eldivenleri giyilir.

• Ameliyat masası, ameliyatın şekline göre kullanılacak olan set ve bohçalar, sterilizasyon şartlarına uygun olarak hazırlanır. • Steril ameliyat malzemeleri ameliyattan önce vakaya göre Sterilizasyon ünitesinden Sterilizasyon Ünitesi Malzeme Teslim Formu ile teslim alınır. Bohçalar açılırken maruziyet bandı, tarih etiketi, kimyasal indikatör kontrol edilir, uygun ise hasta dosyasına tarih etiketi kimyasal indikatör iliştirilir.

• Ameliyat setleri açılırken kimyasal indikatör, konteynır etiketi kontrol edilir uygun ise etiketleri hasta dosyasına iliştirilir. İndikatör ve etiketleri uygun olmayan malzemeler imza karşılığı sterilizasyon ünitesine teslim edilir.

• Hastaya uygun anestezi (Genel, lokal, spinal blok) uzman hekim ve anestezi uzmanı tarafından seçilir.

• Güvenli Cerrahiye yönelik; tüm cerrahi girişimlerde, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesi, kontrol listesi koordinatörü tarafından, anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyattan çıkmadan önce Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi Uygulama Klavuzu doğrultusunda uygulanır ve form hasta dosyasında muhafaza edilir.

• Ameliyatın durumuna göre hekim gerekli gördüğü durumlarda hastanın ameliyatı ile ilgili olarak kendi meslektaşlarını ya da başka bir branştaki meslektaşını telefonla arattırarak hastaya, konsültasyona çağırabilir konsülte eden hekimin direktifine göre hareket edilir. Ameliyat bitiminde Konsültasyon Formu önce istemi yapan hekim, sonra konsültasyona gelen hekim tarafından doldurulur, ameliyathane sekreteri tarafından hasta dosyasına konulur.

• Ameliyatta kullanılan tüm malzemelerin (ped, tampon, iğne cerrahi malzeme, sterilizasyon kontrolü, vb.) sayıları Ameliyatta Sayımı Yapılacak Malzeme Formuna kaydedilir.

• Ameliyatın bitimini takiben anestezisi son bulan hasta, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesindeki bilgilere göre son kontroller yapılarak anestezi teknisyeninin ve/veya ilgili hekimin onayı ile hasta Transfer Talimatına uygun taşınarak, dosyası ile ve bilgileri sözlü olarak uyandırma odası görevlilerine teslim edilir.

• Uyandırma odasında çalışan görevliler Uyandırma Odası Çalışma Talimatına göre çalışır. Hastaların uyandırmadan çıkarılma işlemleri Uyandırmadan (derlemeden) Çıkarma kriterlerine göre yürütülür, hastalara yapılan işlemler ve ilaçlar Uyandırma Odası Hasta Takip ve Teslim Formuna kaydedilir. Hasta anestezi hekiminin onayı ile anestezi teknisyeni ya da hemşire tarafından servis hemşiresine uyandırma Odası Hasta Takip ve Teslim Formu ile ve bilgileri dosyası ile yazılı ve sözlü olarak teslim edilir.

• Uyandırma odasında kullanılacak ilaçların Uyandırma Odası İlaç Formu ve sarf malzemeler Uyandırma Odası Sarf Malzeme Formuna göre bulundurulması sağlanır.

• Ameliyatlar bittikten sonra, anestezi cihazı, anestezi teknisyeni tarafından temizlenir.

• Hasta kayıtları günlük olarak ameliyat bitimi takiben Anestezi Kayıt Defterine kaydedilir.Deftere hastanın adı soyadı, bölüm kayıt numarası, hasta kabul numarası, tarih, yapılan ameliyatın türü, ameliyatın sınıflandırılması (büyük, orta, küçük), anestezi şekli, anestezi uzmanının teknisyeninin, ameliyatı yapan cerrahın ve hemşirelerin adı soyadı yazılır.Kullanılan ilaçlar miligram olarak yazılır. Sonuç kısmına hastanın uyanıp uyanmadığı ve durumu kaydedilir.

• Ünitede hastaya kullanılan tüm ilaç sarf ve uygulamalar, Anestezi Sarf ve Malzemelerve Uygulamalar Formu ve Ameliyathane Sarf Malzemeler ve Uygulamalar Formuna kaydedilerek sekreterlik tarafından hasta üzerine düşülmesi ve gerekli bilgilerin HBYS'ye işlenmesi sağlanır.

• İlaçların karışmasını engellemeye yönelik; yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaç listeleri kullanım alanında bulundurulur. Yüksek riskli ilaçlar eczaneden etiketli olarak teslim alınır. İlaçlar karışmayı önleyecek şekilde ayrı raflara yerleştirilir.

• Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri serviste bulundurulur ve ilaçlar dolaplarda diğer ilaçlardan ayrı raflara yerleştirilir. Pediatrik dozdaki ilaçların kilograma göre listeleri Ameliyathane Pediatrik Dozdaki İlaç Listesi ile kullanım alanlarında bulundurulur.

• Yeşil ve kırmızı reçeteye tabii ilaçlar, kilitli dolaplarda bulundurulur. İlaçlar, Yeşil ve Kırmızı Reçeteye Tabii İlaçları Kullanma ve Teslim Formu doldurulup imzalanarak devir teslimi yapılır.

• Ameliyat süresince hastalar ilaç yan etkileri yönünden izlenir. Bildirilmesi gereken yan etkiler gözlemlendiğinde İlaç Yan Etkileri Bildirim Formu ile TÜFAM advers etkinin bildirilmesi için Farmakovijilans sorumlusuna bildirilir.

• Buzdolabındaki ilaçlar, arasında hava akımı olacak şekilde yerleştirilecek, buzdolaplarının sıcaklık takipleri servis hemşiresi tarafından günde 2 defa yapılarak Buzdolabı Isı Takip Formuna kaydedilir.

• Hastaya Kan Transfüzyonu yapılmasına karar verilmesi durumunda ilgili servisten istenir.Kan temin edildikten sonra hastane personeli tarafından güvenli bir şekilde ulaştırılır.

• Kan transfüzyonu öncesi ve kan örneği alınacak hastanın kimlik bilgileri, dosyasından, kol bandından ve kendisinden doğrulanır ve numunenin üzerine alındığı anda etiket yapıştırılır.

• Hasta ya da yakınları kan transfüzyonu hakkında bilgilendirilerek Kan ve Kan Bileşenleri Nakil İçin Bilgilendirilmiş Onay Formu ile onamları alınır.

• Transfüzyondan önce çapraz karşılaştırma test sonucu, hasta bilgileri ve kimliği, kan ve kan ürünü türü ve miktarı, ürünün planlanan veriliş süresi iki kişi tarafından doğrulanır ve Kan Bileşeni Transfer ve Transfüzyon İzlem Formuna kaydedilir. Transfüzyon sürecinde hasta ilk 15 dakika sağlık çalışanı tarafından gözlemlenir, transfüzyon boyunca her 30 dakikada bir hastanın vital bulguları Kan Bileşenleri Transfer ve Transfüzyon izlem Formuna kaydedilir.

• Ameliyatı biten hastalar uyandırma odasına teslim edilir. Uyanma odasında hasta takip edilerek, Uyanma Odası Hasta Takip ve Teslim Formuna kaydeder. Kliniğe teslim edilirken, Hastane İçi Hasta Transfer Talimatına uygun, koruyucu güvenlik önlemleri alınarak transferi sağlanır. Hasta bilgileri yazılı ve sözlü olarak sağlık çalışanına verilir.

• Ameliyathane hizmetlerinde çalışanlara yönelik belirlenen riskler için koruyucu önlemler alınır, çalışanların maruz kaldığı olaylar Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu ile bildirilerek kayıt altına alınır, gerekli düzeltici önleyici faaliyetler gerçekleştirilir.

• Personelin kişisel koruyucu ekipmanları kullanması ve çalışma alanlarında bulundurulması

sağlanır.

• EKK'sinin bölüm bazlı ve risk durumuna göre hazırladığı, sağlık tarama programı doğrultusunda sağlık taramaları yaptırılır, sonuçlar EKK tarafından değerlendirilerek çalışanlar, bilgi güvenliği sağlanarak bilgilendirilir.

• Ameliyathanede bulunan tıbbi cihazların envanteri, bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyon planı HBYS'de tutulur, bakımları yetkili firma ve teknik servis tarafından kalibrasyonu kalibrasyon aralığına göre kalibrasyon ekibi tarafından yapılarak kayıt altına alınır. Kalibrasyon sonuçlarını ünite sorumlusu takip eder.

• Ünitenin alt yapı, her türlü donanım ve teknik cihazların bakımları teknik servis tarafından yürütülür. Arıza olduğunda İş Talep ve Takip Formu servis sorumlu hemşiresi tarafından idareye bildirilir. Teknik servis tarafından arıza giderilir.

• Ameliyathanede bulunan tüm alet ve cihazların korunmasından tüm ameliyathane çalışanları sorumludur.

• Ameliyathanedeki medikal gaz kontrol panoları ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden merkezi tıbbi gaz (oksijen, azot, egzoz sistemleri vb.) basınç ölçümleri ve anestezi cihazları çalışma ve temizlik yönünden kontrol edilir ve Anestezi Cihazları Kontrol Formuna kaydedilir.

• Ameliyathanedeki tüm cihazların bağlandığı prizler, elektrik kesintisinde jeneratör devreye girinceye kadar enerji ihtiyacını karşılayan UPS'lerle beslenir, periyodik bakım ve kontrolleri yapılarak kayıt altına alınır.

• Serviste kullanılan Hasta Başı Test Cihaz envanteri sorumlu hemşire tarafından tutulur. Cihazların bakımı ve temizliği yapılır, kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılarak kayıt altına alınır. Kalite kontrol sonuçları için, ayda birer kez laboratuvar sonuçları ile karşılaştırma yapılarak Glikometre-Laboratuvar Kan Şekeri Sonuçları Karşılaştırma Formuna kayıt edilir. Karşılaştırma sonuçlarında uyumsuzluk var ise düzeltici önleyici faaliyet başlatılır.

• Ameliyathane çalışanlarına Hasta Başı Test Cihazı Laboratuvar Yetkilisi tarafından preanalitik,

analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar, kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi, cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilir.

• Hasta Başı Test Cihazında çalışılmış tüm test sonuçları, hasta dosyasına kaydedilir.

• Ameliyat odalarında bulundurulan ilaç ve sarf malzemelerin takibi, Ameliyat Odası İlaç- Sarf Malzeme Formu ile yapılır.

• Herhangi bir sebepten dolayı takılmayan ya da çıkarılan kan ve kan ürünü, Kan ve Kan Bileşenleri Geri Bildirim Formu ile kan merkezine iade edilir.

• Hastaya koter kullanılacaksa; Koter plağı hastanın cildine temas edecek şekilde yerleştirilir.Koter ayaklığı kullanılır, hekim veya asistan hemşiresinin kullanabileceği yere göre yerleştirilir. Disposiblekoter kablosu sirküler hemşire veya personel tarafından steril şartlara uygun açılır ameliyat durumuna ve/veya hekim istemine göre bipolar veya monopolar kullanılır. Kablo, hangisi isteniyorsa yazılı yerdeki adaptöre takılır. Açma düğmesi açılır, yapılan işleme göre kesici veya yakıcı kısım göstergesi yükseltilir. İşlem bittikten sonra kapama düğmesi ile kapatılır, kablolar toplanarak işlem bitirilir.

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

• Cihazın kalibrasyon periyodu belirlenir ve sadece kalibrasyonlu cihazlar kullanılır.

• Özellikle koter cihazları için ekonomik kullanma ömrü belirlenir ve bu süre sonunda demirbaş kaydından düşürülür ve Koter Cihazı Kullanma Ömrü Takip Formu ile takip edilir.

• Üretici firmanın belirtmiş olduğu bakım aralıklarında bakım yapılır (altı aylık veya yıllık).

• Hastanın ekstremiteleri metal kasa kısmıyla temas etmemelidir.

• Hastanın altında sıvı birikmesi önlenir.

• Biyopsiler formollü kavanoza konulacak, hastanın adı, soyadı, protokol bilgileri etiketin üzerine yazılıp, kavanozun üzerine yapıştırılacak, Patoloji Laboratuvarı Tetkik İstem Formu ile patoloji laboratuvarına ameliyathane personeli zimmet defteri ile teslim eder.

• Adli vakalarda hastadan çıkarılan materyal Adli Vaka Kayıt ve Teslim Defteri ile teslimedilir.

• Ameliyat esnasında hasta ex olursa ilgili hekim tarafından ölüm raporu yazılarak tedaviye yönelik tüm araç ve gereçler çıkartılarak ex olan hastanın çene ve ayak başparmaklarının tespiti yapılır. Ex olan hastanın servisi ile iletişime geçilir.

• Hekim, Ameliyat Kayıt Defterini ve Ameliyat Kağıdını doldurur ve hasta dosyasında bulundurmasını sağlar.

• Alınan vakalar Ameliyat Kayıt Defterine kaydedillir, ameliyat notları aynı gün içinde yazılır.

• Alınan protez vakalarında kullanılan malzemeler protez kayıt defterine medikal firma yetkilisi tarafından aynı gün içinde yazılır.

• Ameliyathane odalarının ısısının 18-26 C arasında ayarlanabilecek şekilde 20-23 C, bağıl nemim ise minimum %30, maksimum %60 arasında olması sağlanır. Günde iki kez ısı ve nem ölçümü yapılarak Ameliyathane Isı ve Nem Takip Formuna kaydedilir.

• İlaç bulunan buzdolabının ısı kontrolü günde iki kez yapılarak Ameliyathane Buzdolabı Isı Takip Formuna kaydedilir.

• Hepafiltre havalandırma sisteminin periyodik bakım ve kontrolleri teknik servis tarafından yapılarak kayıt altına alınır. Basma hava debisinin 2.400 m3/h, taze hava debisinin 1.200m/h olması sağlanır. Ameliyathane odalarının partikül ve mikroorganizma sayımı periyodik olarak EKK tarafından yapılır kaydedilir ve gerekli önlemler alınır.

• Enfekte vakalar ameliyathane sorumlusunun belirlediği odada alınır. Ameliyatın arkasından odanın temizlik ve dezenfeksiyon işlemleri EKK'nın belirlediği esaslara ve Ameliyathane Hizmetleri Temizlik Talimatına göre yapılır.

• Kullanılan aletlerin ve odaların temizliği Ameliyathane Hizmetleri Temizlik Talimatına göre yapılır. Periyodik Temizlik Formu ile kontrol edilir. Skopi odasında kurşun paravan, kurşun yelek, gözlük, troid koruyucu vb. koruyucu ekipmanlar kullanılır.

• Ameliyathanede kullanılan malzemeler, ilaçlar ve sarf malzemler ilgili depolardan, HBYS üzerinden istenerek Taşınır İşlem Fişi ile alınır ve tanımlanmış alanlarda muhafaza edilir. İlaçlar ve sarf malzemeler ameliyathane deposunda, Depo Yerleşim Planına uygun olarak yerleştirilir, miatları, minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri HBYS üzerinden takip edilerek belirlenen miktarda bulundurulması sağlanır. Yazılışı okunuşu ambalajı birbirine benzeyen ve pediatrik dozdaki ilaçlar depoda ayrı raflara yerleştirilir.

•İhale gerektiren malzeme alınması durumunda sorumlu hekim tarafından teknik şartname hazırlanarak HBYS üzerinden istenir. Gelen numunelerin kullanıma uygunluğu muayene komisyonu kararı ile değerlendirilir.

• Kullanılan malzeme, araç ve gereçler, ameliyathane sorumlu hemşiresinin sorumluluğunda tanımlanmış yerlerde bulundurulur.

• Ameliyathanede kullanılan cihazlardan kullanıcı eğitimi gerektirenler eğitim alınarak, diğerleri kullanma klavuzu doğrultusunda kullanılır.

• Ünitede acil kullanılacak ilaç ve sarf malzemeler Acil İlaç ve Sarf Malzeme Kontrol Formu ile takip edilir.

• Ünitenin temizliğinin Ameliyathane Ünitesi Temizlik Talimatı esaslarına göre yapılması sağlanır, sorumlu tarafından Ameliyathane Ünitesi Periyodik Temizlik Formu ile kontrolleri yapılarak kayıt altına alınır.

• Kişisel temizlik alanlarında sıvı sabun, kağıt havlu, tuvalet kağıdı, çöp kovası poşetli olarak bulundurulur, boşalan sabunlukların yıkanıp kurulandıktan sonra doldurulması sağlanır.

• El hijyenini sağlamak için alkol bazlı el antiseptikleri bulundurularak kullanılması sağlanır.

• Ameliyathanede oluşan atıkların Ameliyathane Hizmetleri Atık Talimatı esaslarına göre ve belirlenen uygun kutularda doğru olarak ayrıştırılması ve toplanması sağlanır. Tıbbi atıklar tıbbi atık toplayıcısı tarafından düzenli aralıklarla toplanır.

• Kullanılan defterler ve evrakların arşive teslimi Zimmet Defteri ile sağlanır, arşivden alınması gereken evraklar Arşiv Evrakı İstem Formu ile alınır.

• Kullanım sırasında veya takipler sırasında ilaç ve sarf malzemelerde bozulma tespit edilirse Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu doldurulur.

• Ameliyathanede çalışan sorumlu hemşire sorumlu Hemşire Çalışma Talimatı, sorumlu teknisyen sorumlu Anestezi Teknisyeni Çalışma Talimatı, hemşire Hemşire Çalışma Talimatı, personeller Personel Çalışma Talimatı esaslarına göre çalışır.

• Ameliyatta kullanılan setler Ameliyathane Ünitesi Kullanılan Set Listesine göre hazırlanır.

• Hasta çalışan güvenliği ihlali yapıldığında ya da tespit edildiğinde; İlaç güvenliği, transfüzyon güvenliği, cerrahi güvenlik (kimlik doğrulama yapılmaması, ameliyat taraf işaretlemesi yapılmaması, yanlış taraf/organ cerrahisi, Güvenli Cerrahi Kontrol Listesinin yanlış uygulaması, cerrahi işlem işlem sırasında oluşan yanık gibi istenmeyen olayın gerçekleşmesi vb.), hasta düşmesi, kesici alet yaralanması, kan ve vücut sıvısı ile temas durumlarında, ünitede işleyiş ve düzeni bozan her türlü durum Güvenlik Raporlama Sistemi Bildirim Formu ile Kalite birimine bildirilir.

• Ayrıca kesici delici alet yaralanması olduğunda Kesici-Delici Alet Yaralanmaları Bildirim ve Takip Formu, kan ve vücut sıvısı ile temas durumunda Kan ve Vücut Sıvılarının Sıçramasına Maruz Kalan Çalışan Bildirim ve Takip Formu ve hasta düşmesi durumlarında Düşme Olayı Bildirim Formu doldurulur ve gerekli takip ve iyileştirme çalışmalarının yapılabilmesi için kalite birimine iletilir.

• Ameliyata alınan hasta yakınlarının bekleme alanları temiz tutulur, hasta yakınlarının, hastalarının hangi süreçte olduğu hakkında bilgi almaları görevliler ve LCD monitör aracılığı ile sağlanır.

• Hastalara ait bilgilerin güvenliği, Sağlık Bakanlığı Bilgi Güvenliği Politikası esaslarına göre sağlanır.

• Ameliyathane çalışanları HBYS modülünü, yetkilendirildiği düzeyde kullanır.

• HBYS’de sorun oluşur ise sorun giderilinceye kadar işlemler manuel kaydedilir, sorun

giderildikten sonra HBYS'ne işlemlerim kaydedilmesi sağlanır.

• Mavi kod ekibinde görevli hekim ve sağlık çalışanı Mavi Kod Çalışma Talimatına göre çalışır.

• Çalışanlar fiziksel ve psikolojik şiddette maruz kaldıkları durumlarda Beyaz kod uyarısı verilerek Beyaz Kod Olay Bildirim Formu doldurulmalıdır.

• Hastane Hizmet Kalite Standartlarında belirlenen indikatör denetim sürecine yönelik veri toplama, olay bildirim ve analiz çalışmaları yapılır.

• Hizmet kalite standartları uyum rehberinde belirlenen esaslara göre hizmet kalite standartlarının uygulanması sağlanır.

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Servis Şef ve Uzmanlarının Görev ve Yetkileri: ***Madde 114 – Servis şef ve uzmanları:***

a) Servislere kabul edilen hastaları uzmanlıkları çerçevesinde muayene ve tedavi eder. Kendi

servisinin polikliniğini yaparlar. Ayrıca çeşitli uzmanlık dalları bulunmayan küçük yataklı tedavi kurumlarında Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun hükümleri çerçevesinde diğer uzmanlık şubelerine ait hastaları da muayene ve tedavi etmekle yükümlüdür.

Ancak ilk tedaviden sonra mutlaka ilgili dal uzmanının görmesi gereken vakaları, gereği yapılmak üzere baştabibe bildirir. Şef ve uzmanlar, hasta müşahade ve tabelalarının düzenli ve usulüne uygun olarak yazılmasından sorumludurlar.

b) Her ne zaman olursa olsun hastanede çıkan önemli ve acil vakalar nedeniyle kurumca kendilerine yapılan davete gelmek ve gereken muayene ve tedaviyi yapmakla yükümlüdürler. Herhangi bir hasta hakkında konsültasyon için diğer bölümlerden gelen davetleri kabul ve görüşlerini bildirmek zorundadırlar. Aynı branştan birçok uzman bulunan kurumlarda bu çeşit hizmetler baştabibin düzenleyeceği sıraya göre nöbetleşe yapılır.

c) Poliklinik ve servislerinde ihbarı mecbur bir bulaşıcı hastalık görüldüğünde, durumu baştabibe bildirirler.

d) Orijinal çalışmalara esas teşkil edebilecek nadir vakalara rastladıkça, baştabibe haber verirler.

e) Kurum içinde yapılacak ameliyatlarda; 1219 sayılı Tababet ve Şuabatı Sanatlarının Tarzı İcrasına Dair Kanunun aşağıda belirtilen 70. maddesine uymaları zorunludur. (Tabipler, iştabipleri ve dişçiler yapacakları her nev'i ameliye için hastanın, hasta küçük veya tahtı hacirde ise veli veya vasisinin evvelemirde muvafakıtını alırlar. Büyük ameliyat cerrahiyeler için bu muvafakatın tahriri olması lazımdır. Veli veya vasisi olmadığı veya bulunmadığı veya üzerinde ameliyat yapılacak şahıs ifadeye muktedir olmadığı takdirde muvafakat şart değildir.) Ameliyatı yapan uzman, ameliyatın sonunda yaptığı ameliyatı ameliyat kayıt defterine kaydeder .

f) Poliklinik ve servislerde geçen önemli olay ve idari vakaları baştabibe bildirirler.

g) Servislerine lüzumlu alet, ilaç ve sıhhi malzeme için örneğine uygun birer istek belgesi düzenleyerek baştabibe havale ettirdikten sonra bunların cinsine göre imza mukabilinde eczane veya depodan alınmasını sağlar.

h) Servislerine ait bütün demirbaş eşyanın bakımı, muhafazası ile tüketim maddelerinin yerinde ve ekonomik kullanımından sorumludur.

i) Kadın hastalıkları ve doğum uzmanları ile aile planlaması kursu görmüş diğer tabipler aile planlaması uygulamaları yapmak ve kendi birimleri içinde bu çalışmaları düzenlemekle

yükümlüdürler.

Servis Sorumlu Hemşirelerinin Görev ve Yetkileri:

Madde 131: Hemşire adedi müsait olan kurum ve servislerde, servisler, ameliyathane ve hemşirelik hizmeti bulunan diğer ünitelerdeki hizmetlerin sürekliliğini sağlamak için Baştabiblikçe servis veya bölüm sorumlu hemşirelikleri kurulabilir. Bu servis sorumlu hemşireleri nöbete girmezler. Hafta tatillerini cumartesi, pazar günleri yaparlar.

a) Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürünün o servisteki yardımcısı olup, servisinde bulunan bütün hemşire, ebe, hemşire yardımcısı, hasta bakımında çalışan yardımcı hizmetler sınıfı personelinin iş bölümünü yapar, bunların çalışmalarını izler.

b) Servis hemşirelerinin hizmette birinci derecede amiri olup servis şef ve uzmanlarının ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürünün direktifleri ile hasta tedavi bakımının en iyi şekilde yapılmasıyla ve servisindeki düzen ve disiplini sağlamakla yükümlüdürler.

c) Servis demirbaş ve tüketim maddelerini teslim alır. Bunların muhafazasından ve yerinde kullanılmasından sorumludurlar.

d) Servisin temizliğini, yatan ve çıkan hastaların işlemlerini, hemşire ve diğer hizmetlilerin görev taksimi ve düzenlenmesini bizzat yapar ve bunların çalışmalarını denetler, yemek dağıtımının, acil ilaç dolabının işlerliğini düzenler.

e) Ameliyathane sorumlu hemşiresi, ameliyathane hemşirelerinin birinci derecede amiri olup buradaki hemşirelik hizmetlerinin düzenli yürütülmesinden ameliyathane sorumlu hekimi ve Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürüne karşı sorumludur.

f) Servis eczacısı bulunmadığı hallerde ona ait görevleri yapar veya yaptırır.

g) Servis istatistiklerinin idareye zamanında verilmesini sağlar.

Hastane Hizmetlilerinin Görevleri:

*Madde 135: Hastane hizmetlileri, hastanenin temizliği, hastaların laboratuvar vesair yerlere götürülüp getirilmesiyle ilgili her türlü hizmetleri yapan yardımcı hizmetler sınıfı personelidir.*Servis sorumlu hemşiresi ve hemşirelerinin direktif ve sorumluluğu altında, servislerin genel temizliklerini yapar ve hasta yemeklerini mutfaktan getirirler, Hemşirelerin dağıttığı yemekservisini yaparlar, hastaları bir yerden bir yere (Laboratuvar, servislere) götürüp getirirler. Laboratuvara gidecek muayene materyelini götürürler ve kendilerine verilen saatte neticelerini alırlar.

Bizzat hasta bakımı ve hemşirelik hizmetleriyle ilgili olmamak üzere tabib, çalıştığı servis veya laboratuvarların hemşire, ebe ve tıbbi teknisyeni tarafından verilen emir ve görevleri yerine getirirler.Hastaların istek ve ihtiyaçlarını, servisteki önemli olayları, ağırlaşan hastaları nöbetçi hemşireye derhal bildirirler, kendilerine teslim edilen hasta ve kurum eşyasından sorumludurlar.Hastane hizmetlilerinin kendilerine verilen görevlere uyumunu ve bu konularda eğitimini ilgili tabib, hemşire ve tıbbi teknisyenler sağlar.

BÖLÜM İLE İLGİLİ YAZILI DÜZENLEMELER

Bölüm ile ilgili kullanılan onamlar, formlar vb. düzenlemeler Bölüm Hizmet Kalite Dosyası, Enfeksiyon Kontrol Programı Dosyası ve Hasta Dosyalarında mevcuttur.

HİZMET KALİTE STANDARTLARI

Sağlıkta Dönüşüm Programının ana hedeflerinden biri de sağlık hizmetlerinde sürekli kalite gelişimini sağlamaktır. 2003 yılında ülkemize özgü bir uygulama olarak performansa dayalı ek

ödeme sistemi geliştirilmiş, ikinci bir aşama olarak da bu sisteme 2005 yılında sağlık hizmet sunumunda kaliteyi esas alan Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışması ile kalite boyutu eklenmiştir. Böylece sağlık hizmetine erişim, hizmet alt yapısı, süreçlerin değerlendirilmesi, hasta memnuniyetinin ölçülmesi ve belirlenen hedeflere ulaşma derecesinin ölçümüne dayalı kapsamlı bir hastane değerlendirme sistemi hayata geçirilmiştir.

2005 yılında kamu hastanelerinde hayata geçirilen Kurumsal Performans ve Kaliteyi Geliştirme çalışmasının en önemli parametresini kalite kriterleri oluşturmaktadır. 100 sorudan oluşan kalite kriterleri, 2007 yılı başında yapılan revizyonla 150 sorudan oluşan bir set halini almıştır. 2008 yılında yapılan revizyonda ise 150 sorudan oluşan kalite kriterleri tamamen revize edilerek hem yapısal, hem dizayn hem de metodolojik açıdan yeniden düzenlenmiştir. Kalite kriterleri Hizmet Kalite Standartları adını alarak toplam 354 standart ve yaklaşık 900 alt bileşenden oluşan bir set halini almıştır. 2009 yılı içinde özel hastane ve üniversite hastanelerine yönelik olarak toplam 388 standart ve yaklaşık 1450 alt bileşenden oluşan “Özel Hastane Hizmet Kalite Standartları” hazırlanarak yayınlanmıştır.2015 yılında SAS standartlarında yeniden revizasyon yapılmış ve kalite hizmetleri artan ve gelişen bir sistemle çalışmalarını sürdürmüştür.

Hizmet Kalite Standartları pek çok uzman tarafından ulusal ve uluslararası kaynaklar doğrultusunda farklı kurumsal yapılanmalar, problemli alanlar, ülke koşulları dikkatle alınarak hazırlanmıştır. Değerlendiricilerin, hastane kalite temsilcilerinin, farklı çevrelerden çeşitli uzmanların geri bildirimleri, görüş ve önerileri değerlendirilmekte ve nihayetinde Başkanlık ekibinin bugüne kadar edindiği tecrübe de kullanılarak son derece titiz bir çalışma ile hastanelerimiz için tüm süreçlere ışık tutan bir değerlendirme aracına ulaşılmaktadır.

Hizmet Kalite Standartları ve birlikte yayımlanan rehberler, sağlık hizmeti sunanlara uygulamalarında yol göstermek misyonuna sahip olduğu gibi bu uygulamaların yerinde değerlendirilmesi aşamasında da bir çizelge fonksiyonu görmektedir. Bakanlığa biçilen bu rol ve görevler ışığında geliştirilen bu standart ve rehberlerle birlikte hem uygulayıcıların hem de uygulamaları değerlendirecek olan Bakanlık ekiplerinin eğitilmesi sistemin bütüncül anlamda olumlu ve etkin bir yapıya bürünmesini sağlamaktadır.

BÖLÜM İLE İLGİLİ HİZMET KALİTE STANDARTLARI Ameliyathane için düzenleme yapılmalıdır.

• Hasta ve personel girişi ayrı olmalıdır.

• Steril, yarı steril ve steril olmayan alanlar tanımlanmalı,

• Tanımlanan alanın özelliğine uygun kurallar belirlenmelidir.

• Steril alan yüzeyleri pürüzsüz, yuvarlak köşeli, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte ve derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.

• Sterilizasyon şartlarını sağlayacak şekilde hepafiltre veya benzeri mikroorganizmaları süzebilen ve tutabilen havalandırma sistemi bulunmalıdır.

Ameliyathane süreçlerinin işleyişine ilişkin yazılı düzenleme bulunmalıdır.

• Yazılı düzenleme;

• Ameliyathaneye hasta ve çalışan giriş çıkışı ile ilgili uygulamaları,

• Ameliyathanede hasta ve çalışan güvenliği ile ilgili önlemleri,

• Temizlik ve dezenfeksiyon kurallarına ilişkin uygulamaları,

• Malzeme ve ilaç yönetimine ilişkin düzenlemeleri kapsamalıdır.

• Her bir ameliyathane odasının sıcaklık ve nem takibi yapılmalıdır.

• Oda sıcaklığı 20-23 derece olmalı,

• Ameliyatın türüne ve ihtiyaca göre 18-26 derece arasında ayarlanabilmelidir.

• Bağıl nem minimum %30, maksimum %60 olmalıdır.

Merkezi tıbbi gaz basınçları izlenmelidir.

• Medikal gaz kontrol panosundan ve anestezi cihazı üzerindeki göstergelerden merkezi tıbbi gaz (oksijen, azot ve varsa medikal hava) basınç ölçümleri kontrol edilmelidir.

Havalandırma sistemlerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• Havalandırma sisteminin bakımı periyodik olarak yapılmalıdır.

• Basma hava debisi minimum 2.400 m3/h olmalıdır.

• Taze hava debisi minimum 1.200 m3/h olmalıdır.

• Ameliyathane odasındaki partikül sayısı tespitine dair periyodik ölçümler yapılmalıdır.

Elektrik kesintisine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• Tüm cihazların bağlandığı prizler kesintisiz güç kaynaklarıyla beslenmelidir.

• Kesintisiz güç kaynaklarının periyodik olarak bakımı ve kontrolü yapılmalıdır.

Hasta transferine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• Hasta transferi en az bir sağlık çalışanı eşliğinde yapılmalıdır.

• Hasta sağlık çalışanı tarafından sağlık çalışanına teslim edilmelidir.

• Ameliyat öncesi ve sonrası hasta teslimi sırasında, ameliyat sürecine ilişkin bilgiler sağlık çalışanı tarafından sağlık çalışanına sözlü ve yazılı olarak iletilmelidir.

Güvenli cerrahiye yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

• Tüm cerrahi işlemlerde, klinikte doğru bölge ve taraf işaretleme süreci hekim tarafından gerçekleştirilmeli ve işlem hastaya da doğrulatılmalıdır.

• Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi; kontrol listesi sorumlusu tarafından anestezi verilmeden önce, ameliyat kesisinden önce ve hasta ameliyathaneden çıkmadan önce uygulanmalıdır.

• Cerrahi Güvenlik Kontrol Listesi hasta dosyasında saklanmalıdır.

Hasta yakınları için bekleme alanları düzenlenmelidir.

• Bekleme alanlarında, oturma alanları bulunmalıdır.

• Bekleme alanları temiz olmalıdır.

• Bekleme alanlarında iklimlendirme sağlanmalıdır.

• Hasta yakınlarının bilgi alabilmelerine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

İlaç ve kit muhafaza edilen buzdolaplarının sıcaklık takipleri yapılmalıdır.

• Buzdolaplarının içinde bulunan malzemelere göre sıcaklık takibi yapılmalıdır.

Hasta Başı Test Cihazlarının (HBTC) kullanımı düzenlenmelidir.

• HBTC'nin kullanıldığı bölümlerde sorumlular belirlenmelidir.

• HBTC'nin envanteri tutulmalıdır.

• HBTC'nin bakımı ve temizliği yapılmalıdır.

• HBTC için kalibrasyon ve kalite kontrol testleri çalışılmalı ve kayıt altına alınmalı,

• Kalite kontrol sonuçlarında uygunsuzluk tespit edilmesi halinde düzeltici önleyici faaliyet başlatılmalıdır.

• HBTC'yi kullanacak çalışanlara;

• Çalışılacak testlerin preanalitik, analitik ve postanalitik evrelerinde dikkat edilmesi gereken hususlar,

• Kalibrasyon ve kalite kontrol sonuçlarının değerlendirilmesi,

• Cihazın temizliği ve bakımı hakkında eğitim verilmelidir.

• HBTC'de çalışılmış olan tüm test sonuçları, hasta dosyasına kayıt edilmelidir.

Hasta kimliğinin doğrulanmasına yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

• Yatışı yapılan her hastada beyaz renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.

• Alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli kimlik tanımlayıcı kullanılmalı,

• Hasta kimlik tanımlayıcı barkotlu olmalı,

• Kimlik tanımlayıcıda; protokol numarası, hasta adı–soyadı, doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri yer almalı,

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

• Doğum sırasında kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır.

Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı kullanılmalı,

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

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

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

İlaçların karışmasını engellemeye yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• İlaç isimleri kısaltılarak yazılmamalıdır.

• Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların listeleri hazırlanmalı,

• Listeler kullanım alanında bulunmalıdır.

• Yazılışı, okunuşu, ambalajı birbirine benzeyen ilaçların dolaplardaki yerleşimi ayrı raflarda

yapılmalıdır.

Pediatrik dozda kullanılacak ilaçlara yönelik tedbirler alınmalıdır.

• Pediatrik dozdaki ilaçların listeleri ilgili bölümde bulunmalıdır.

• Pediatrik dozdaki ilaçların dolaplardaki yerleşimi diğer ilaçlardan ayrı raflarda yapılmalıdır. • Acil kullanılabilecek pediatrik ilaçların kilograma göre dozları listelenmeli,

• Listeler ilgili bölümde bulunmalıdır.

Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlara yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır.

• Yeşil ve kırmızı reçeteye tabi 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 kayıt edilmelidir

Advers Etki Bildirimi ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.

• Ciddi ve beklenmeyen advers etkiler farmakovijilans sorumlusuna bildirilmelidir.

Kan ve/veya kan ürünleri için istem formu doldurulmalıdır.

• Kan ve/veya kan ürünleri istem formunda;

• Hastanın;

• Adı ve soyadı,

• Protokol numarası,

• Tedavi gördüğü bölüm, • Tanısı,

• Kan grubu,

• Transfüzyon endikasyonu,

• Hastaya daha önce transfüzyon yapılıp yapılmadığı,

• Hasta kadın ise daha önce doğum yapıp yapmadığı,

• Kan ve/veya kan ürününün istem gerekçesi,

• Hazırlanacak kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı,

• Planlanan veriliş süresi,

• Hekim kaşesi ve imzası yer almalıdır.

Transfüzyon sürecinin güvenliğini sağlamaya yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• Transfüzyon öncesi, çapraz karşılaştırma test sonucu ile hasta bilgileri iki sağlık çalışanı tarafından doğrulanmalıdır.

• Transfüzyondan hemen önce, iki sağlık çalışanı tarafından;

• Hastanın kimliği,

• Kan ve/veya kan ürününün türü ve miktarı,

• Ürünün planlanan veriliş süresi doğrulanmalıdır.

• Hastanın güvenli transferi sağlanmalıdır.

Çalışanlar tarafından kişisel koruyucu ekipman kullanılmalıdır.

• Bölüm bazında kullanılması gereken kişisel koruyucu ekipman belirlenmelidir.

• Kişisel koruyucu ekipman çalışma alanlarında ulaşılabilir olmalıdır.

• Kişisel koruyucu ekipman kullanımı konusunda çalışanlara eğitim verilmelidir.

Tıbbi cihazların yönetimine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• Tıbbi cihazların bölüm bazında envanteri bulunmalıdır.

• Tıbbi cihazların bakım, onarım, ölçme, ayar ve kalibrasyonlarına yönelik plan bulunmalı,

• Plan dahilinde cihazların ölçme, ayar ve kalibrasyonları yapılmalıdır.

• Kalibrasyonu yapılan cihazların kalibrasyon etiketi bulunmalıdır.

• Etikette;

• Kalibrasyonu yapan firmanın adı,

• Kalibrasyon tarihi,

• Geçerlilik süresi,

• Sertifika numarası bulunmalıdır.

Hastanenin temizliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• Bölüm bazında temizlik planı bulunmalıdır.

• Risk düzeylerine göre temizlik kuralları belirlenmelidir.

• Temizlik malzemeleri ve malzemelerin kullanımı ile ilgili kurallar belirlenmelidir.

• Tüm kapalı ve açık alanların temizlikleri kontrol edilmelidir.

• Kontrol aralıkları,

• Kontrol sorumluları belirlenmelidir.

Kişisel temizlik alanlarına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• Kişisel temizlik alanlarının kapıları dışarı doğru açılmalıdır.

• Kişisel temizlik alanlarının temizliği sağlanmalıdır.

• Kişisel temizlik alanlarında temizlik malzemeleri bulundurulmalı,

• Sıvı sabun, kâğıt havlu, tuvalet kâğıdı ve poşetli çöp kutusu bulundurulmalıdır.

• Sıvı sabun kaplarının üstüne ekleme yapılmamalı,

• Boşalan sabunluk yıkanıp iyice kurutulduktan sonra tekrar doldurulmalıdır.

• El hijyenini sağlamaya yönelik malzeme bulunmalıdır.

• Sağlık hizmeti sunulan alanlarda alkol bazlı el antiseptikleri bulunmalıdır.

Atıkların kaynağında ayrıştırılmasına yönelik düzenleme yapılmalıdır.

• Her bölüm için atıklar belirlenmelidir.

• Uygun atık kutuları kullanılmalıdır. Atık Yönetimi Talimatı kurallarına uyulmalıdır.