1. **AMAÇ**

Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinden hizmet almak için başvuran hastaların, tanı, tedavi ve tıbbi bakım işlemleri ile ilgili esasların belirlenerek yapılacak hizmetler için yöntem belirlenmesidir.

2. **KAPSAM**

Evde sağlık hizmeti alması uygun görülen hastaların, kabulünden, hizmetin sonlandırılmasına kadar geçen süreçte hastaya sunulan sağlık hizmetlerini ve hizmet veren tüm sağlık çalışanlarını kapsar.

3. **SORUMLULAR**

- Evde Sağlık Hizmetleri İl Koordinatörü
- Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi Çalışanları
- Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinde görev yapan Hekimler
- Evde Sağlık Hizmetleri Birim Sorumluları
- Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinde görev yapan sağlık personeli (Hemşire, Ebe, Sağlık Memuru, ATT, Evde Bakım Teknikeri vb.)
- Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Sekreteri

4. **TANIMLAR**

- **Evde Sağlık Hizmeti:** Çeşitli hastalıklara bağlı olarak, evde sağlık hizmeti sunumuna ihtiyacı olan bireylere evinde ve aile ortamında sosyal ve psikolojik danışmanlık hizmetlerini de kapsayacak şekilde verilen muayene, tetkik, tahlil, tedavi, tıbbi bakım, takip ve rehabilitasyon hizmetleridir.
- **ESYS:** Evde Sağlık Hizmetleri Bilgi Yönetim Sistemi
- **Hasta Bakımı:** Hastanın evde sağlık hizmet birimine kabulünden hizmetin sonlandırılmasına kadar geçen süre içerisinde hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.

5.FAALİYET AKIŞI

5.1. HASTA BAKIMINA İLİŞKİN SÜREÇLER:

Hastanın Kabulü: Hasta/hasta yakını, **444 38 33 NOLU ULUSAL ÇAĞRI MERKEZİNİ** arayarak evde sağlık hizmeti alma talebinde bulunur. Ulusal Çağrı Merkezi hasta başvurusunu ilgili ilin Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezine Evde Sağlık Yönetim Sistemi (ESYS) üzerinden yönlendirir. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi, hasta/hasta yakınını telefon ile arayarak gerekli bilgileri alır. Daha sonra hastanın hizmet alması gereken Evde Sağlık Hizmetleri Birimine ESYS üzerinden atamasını yapar. İlgili evde sağlık birimi hastayı sistem üzerinden kabul eder ve hasta/hasta yakınını telefon ile arayarak 24 saat içerisinde ilk değerlendirmesini yapmak randevusunu planlar. İlgili evde sağlık ekibi, planlanan tarihte hastayı yerinde değerlendirerek evde sağlık hizmeti alması kararı verdi ise hizmet planlamasını yapar, eğer hastanın evde sağlık hizmeti alması uygun görülmedi ise koordinasyon merkezine hizmet sonlandırma formu ile bildirimde bulunur.

Hasta/Hasta Yakını Rızasının Alınması: Evde Sağlık Hizmeti alması uygun görülen hastanın, " **Hasta Rıza Belgesi**" ile sözlü ve yazılı onamı alınır. (ilk ziyarette alınmalıdır)

- **Hastanın Değerlendirilmesi:** Evde sağlık ekibince belirlenen gün ve saatte ziyaret edilen hastanın, klinik durumlarını gösteren ve hekim tarafından tespit edilen bilgi ve bulgularile planlanan tedavi **" Evde Sağlık Hizmetine Kabul Edilen Hasta Değerlendirme Formu"**na kaydedilerek tedavisi planlanır. Bu form ile hastanın klinik durumu, tıbbi bakım ihtiyacı, fiziksel, psikolojik ve sosyal durumu ile kişisel bakım kapasitesi değerlendirilir.
- Planlanan tedavi **"Hasta Tedavi Planı Formu"**na işlenerek anamnez, fiziki muayene, yapılması gereken tahlil, tetkik…vs. ve takiben yapılması önerilen değerlendirme, hemşirelik girişimleri kayıt edilir.
- Birim her ziyaretinde**"Hasta Muayene Değerlendirme Formu"** nudoldurularak hastanın genel değerlendirmesi kayıt altına alınır.
- **Klinik Risk Değerlendirmeleri:** Hastayı tıbbi bakım ve tedavinin amaçlanmayan sonuçlarından korumak için, "Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Talimatı" doğrultusunda "İtaki Düşme Riski Değerlendirme Formu ve Harizmi Düşme Riski Ölçeği " ile düşme riski, "Bası Ülseri Risk Değerlendirmesi Talimatı" doğrultusunda "Bası Yarası Takip

ve Değerlendirme Formu" ile bası ülseri riski, "Nutrisyonel Risk Değerlendirilmesi Talimatı" doğrultusunda, (MNA) Mini Nutrisyonel Değerlendirme Formu ve Strongkids Değerlendirme Formu" ile nutrisyonel risk değerlendirmesi, "Ağrı İzlem Formu'' ile de ağrı şiddeti değerlendirmesiyapılır. Ventilatör ilişkili pnömoni açısından hasta izlemi**"Ventilatör Kullanan Hasta Takip Formu"** ile her ay izlenmektedir. Birimler her hasta ziyaretinde extremite nabız takibi ve ödem derecelendirmesini **"Hasta Muayene Değerlendirme Formu"** ile ağız bakımı ve takibine, kateter bakımı ve takibine, beslenme durumunun değerlendirilmesine ve bilinç düzeyi takibine kurumsal yapı boyutunun Eğitim Yönetimi Bölümünde yer alan**"EY.FR.06 ESH Hasta/Hasta Yakını Eğitim Formu"**nda değinilmiştir.

5.2. Hastanın Tıbbi Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi ve Planlanması: "Evde Sağlık Hizmetine Kabul Edilen Hasta Değerlendirme Formu" ile hastanın klinik durumlarınındeğerlendirilmesi, tespit edilen bilgi ve bulgularile planlanan tedavisi, hasta bakım ve destek ihtiyacına yer vererek, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tıbbi bakım ihtiyaçları ve ayrıca risk değerlendirmeleri sonucunda tespit edilen tıbbi bakım ihtiyaçları, oluşturulan "**Tıbbi Bakım Planı"**na kayıtedilir. "Tıbbi Bakım Planı Formu" ilgili sağlık çalışanı tarafından eş zamanlı olarak kayıt altına alınmalıdır.

5.3.Tıbbi bakım planı, bakıma ilişkin asgari gereklilikleri içermelidir. Bakım planında, asgari aşağıdaki bilgiler kayıt edilmelidir;

- Hastanın tıbbi bakım ihtiyaçları
- Bakım İhtiyaçlarına yönelik hedefler
- Bakım ihtiyaçlarına yönelik yapılan uygulamalar
- Uygulama sonuçlarının değerlendirilmesi ve sonuç
- Uygulamayı yapan sağlık personeli adı-soyadı-imza

5.4.Hastanın tıbbi bakımı sırasında meydana gelen tüm değişiklikler/gelişmeler bakım planına yansıtılmalı, gerekirse bakım planı güncellenmelidir.

5.5.Tıbbi bakım planı**,** her hasta içinayda en az bir kez gözden geçirilmeli ve gerekli güncellemeler yapılmalıdır.

5.6.Tıbbi bakım planındayapılan güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olması için hasta dosyasında muhafaza edilmeli ve her ziyarette bir önceki tıbbi bakım planları gözden geçirilmeli ve gerekli değişiklikler kayıt edilmelidir.

6. HASTA/HASTA YAKINI İLE SAĞLIK ÇALIŞANLARI ARASINDA ETKİLİ İLETİŞİM: Hastaya hizmet verecek olan birim çalışanları, hasta/hasta yakınına kendini tanıtmalıdır. Tüm görüşmelerde, olumlu bir iletişim ortamı oluşması için;

- Uygun ses tonu,
- Uygun beden dili,
- Sözcüklerin seçimi,
- Mesleki terimlerden uzak,
- Anlaşılır bir dil kullanılmalıdır.

7. HASTA/HASTA YAKININ BAKIM SÜRECİNE KATILIMININ SAĞLANMASI; Hasta ve hasta yakınlarına bakımın sürekliliğini sağlamaya yönelik eğitim verilmeli, eğitim içeriği hastanın ihtiyacına göre belirlenmelidir. Hasta/ hasta yakınına asgari verilecek eğitimler;

- El Hijyeni
- Enfeksiyonların Önlenmesi
- Beslenme, mobilizasyon, boşaltım gibi özbakım ihtiyaçlarının karşılanması,
- Hastalığın seyri
- İlaçların Kullanımı
- Uygulanması gereken diyet ve egzersizler
- Bakım uygulamaları sırasında dikkat edilmesi gereken hususlar
- Varsa bakım ekipmanları ve tıbbi cihazların kullanımı
- Kontrollerinin hangi aralıklarda gerçekleştirileceği
- Düşme riskini azaltmaya yönelik egzersizler ve alınması gereken önlemler'dir. Verilen eğitimler **" Hasta ve Hasta Yakını Eğitim Kayıt Formu"** ile kayıt altına alınır.

8. HASTA KİMLİĞİNİN DOĞRULANMASI;

- Tanı ve tedavi amacıylayapılacaktüm işlemlerde hasta kimliği doğrulanmalıdır. Evde Sağlık Hizmetleri ekibi, hastayı ilk ziyaretinde resmi kimlik üzerinden doğrulama yapmalıdır. Sonraki ziyaretlerinde, sağlık personelinin değişmesi söz konusu olduğunda ya da personel gerekli gördüğü takdirde resmi kimlik üzerinden doğrulama yapmalıdır. "**Hasta Kimliği Doğrulama Talimatı"**nda ayrıntılı olarak talimatlandırılmıştır.
- Numune alımı, numunelerin etiketlenmesi, hasta kayıtlarının düzenlenmesi gibi işlemler öncesi mutlaka kimlik doğrulama yapılmalı, doğru işlemin doğru hastaya yapıldığından emin olunmalıdır.**"Laboratuvar Numunesi Alma Talimatı"** ile ayrıntılı olarak talimatlandırılmıştır.
- Çalışanlara hasta kimliğinin doğrulanması konusunda eğitim verilmelidir.

9. **HASTA DÜŞMELERİNİN ÖNLENMESİ: "Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Talimatı"** doğrultusunda işlem yapılır.
10. **HASTALARIN NUTRİSYONEL DESTEK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİ VE GİDERİLMESİ:**

" Hastaların Nutrisyonel Destek İhtiyacının Belirlenmesi, Karşılanması ve İzlenmesi Prosedürü" doğrultusunda işlem yapılır.

11. **AĞRI KONTROLÜNÜN SAĞLANMASI:** Ağrı kontrolü farmolojik yöntemler ile sağlanabileceği gibi soğuk/sıcak uygulama, masaj, gevşeme egzersizleri…vb. gibi gibi bilimsel olmayan yöntemler ile gerçekleştirilebilir. Her hastanın, ağrı değerlendirme scalasına göre her ziyarette ağrı değerlendirmesi yapılır ve ağrının kontrolüne yönelik tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri) hakkında hasta/hasta yakınına eğitim verilir, (**"EY.FR.06 ESH Hasta/Hasta Yakını Eğitim Formu"** nda kayıt edilir.) tıbbi bakım planına kayıt edilir ve izlenir.Hekim gerekli görürse ilgili branş uzmanından, "Konsültasyon Süreci Talimatı" doğrultusunda, konsültasyon hizmeti planlanır.
12. **TRANSFER GÜVENLİĞİNİN SAĞLANMASI: "Güvenli Hasta Transferinin Sağlanması Talimatı "** doğrultusunda işlem yapılır.
13. **HASTALARIN GÜVENLİ ŞEKİLDE DEVREDİLMESİNİN SAĞLANMASI: "Aktif Hasta Devir Talimatı"** doğrultusunda işlem yapılır.
14. **KONSÜLTASYON SÜREÇLERİNİN ETKİN VE GÜVENLİ YÜRÜTÜLMESİ:** Konsültasyon hizmetlerinin hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesi için **" Konsültasyon Süreci Talimatı"** doğrultusunda işlem yapılır.
15. **KENDİNE VE BAŞKALARINA ZARAR VERME RİSKİ OLAN HASTA YÖNETİMİ:** Hastanın kendisine veya başkalarına zarar verme riski mevcut ise, " Hasta Değerlendirme Formu" nda ilgili bölüm işaretlenir. "Kısıtlama Kullanımı ve Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakım Prosedürü" doğrultusunda işlem yapılır ve hasta yakını söz konusu kurallar hakkında bilgilendirilir.
16. **ÖZELLİKLİ HASTAYA YAKLAŞIM: "Özellikli Hasta Bakım Prosedürü"** doğrultusunda işlem yapılır.

16. GÜVENLİ İLAÇ UYGULAMA: "İlaç İstemi ve Uygulama Prosedürü" doğrultusunda işlem yapılır.

- Yazılı bir hekim önerisi olmadan hiçbir ilaç uygulanmamalıdır.
- Hasta dosyasına uygulanan ilacın adı, dozu, uygulama yolu, uygulama zamanı ve süresi ile uygulamanın kim tarafından yapıldığı kayıt edilmelidir.
- Hasta/hasta yakınına ilaç uygulaması sonrası gelişebilecek reaksiyonlar ve yan etkiler hakkında bilgilendirmeli ve onam formu imzalatılmalıdır.
- Hasta/hasta yakınına ilaca bağlı gerçekleşebilecek advers etki hakkında bilgi verilmeli ve advers etkinin gelişmesi durumunda evde sağlık birimine bildirmesi gerektiği belirtilmelidir.
- İlaca bağlı gerçekleşen advers etkilerin tespit edilmesi durumunda, kayıt altına alınıp, bağlı bulunulan hastanenin farmakovijilans sorumlusuna bildirimde bulunulmalıdır.

ACİL MÜDAHALE GEREKTİREBİLECEK HASTALAR İÇİN BULUNMASI GEREKEN MALZEMELER:"HB.FR.12 Acil Çantası İlaç ve Malzeme Kontrol Formu" ile takip edilmektedir. Acil çantasının kontrolü her ay, ilaç ve malzemelerin son kullanma tarihini kontrol amaçlı yapılmalıdır.

17. SÜREÇ SONLANDIRMA:

İyileşme, ikamet değişikliği, vefat vb. nedenlerle süreçleri sonlandırılan hastalar en kısa sürede Koordinasyon Merkezine bildirilmelidir.

6.İLGİLİ DOKÜMANLAR

- **Evde Sağlık Hizmetine Kabul Edilen Hasta Değerlendirme FormuHasta Düşmelerinin Önlenmesi Talimatı**
- **İtaki Düşme Riski Ölçeği Değerlendirme Tablosu**
- **Harizmi Düşme Riski Ölçeği Değerlendirme Tablosu**
- **Bası Yarası Riski Değerlendirme Talimatı**
- **Bası Yarası Risk Değerlendirme-Tedavi ve Takip Formu**
- **Nutrisyonel Destek İhtiyacının Belirlenmesi, Karşılanması ve İzlenmesi Prosedürü**
- **(MNA) Mini Nutrisyonel Değerlendirme Formu**
- **Güvenli Hasta Transferinin Sağlanması Talimatı**
- **Konsültasyon Süreci Talimatı**
- **Kısıtlama Kullanımı ve Kısıtlama Altındaki Hastanın Bakım ProsedürüÖzellikli Hasta Bakım Prosedürü**
- **İlaç İstemi ve Uygulama Prosedürü**