
	TC SAĞLIK BAKANLIĞI BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ			
	HASTA BAKIM PROSEDÜRÜ			
Doküman No: PR.02	Yayın Tarihi: 07.10.2019	Revizyon tarihi:	Revizyon No: 0	Sayfa: 1 / 3

1. AMAÇ: Bartın ili Evde Sağlık Hizmetleri Birimlerinden hizmet almak için başvuran hastaların, tanı, tedavi ve 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, Evde Bakım Teknikeri, Yaşlı Bakım Teknikeri vb.)
- Evde Sağlık Hizmetleri Birimi Sekreteri,

4. TANIMLAR:

4.1. 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.

4.2.ESYS: Evde Sağlık Hizmetleri Bilgi Yönetim Sistemi

4.3.Hasta Bakımı: Hastanın evde sağlık hizmeti birimine kabulünden hizmetin sonlandırılmasına kadar geçen süreçte hastaya sunulan sağlık hizmetlerinin tamamıdır.

5.FAALİYET AKIŞI:



5.1.Hastanın Kabulü: Hasta/hasta yakını, **444 38 33 NOLU ULUSAL ÇAĞRI MERKEZİ ni** arayarak evde sağlık hizmeti alma talebinde bulunur. Ulusal Çağrı merkezi hasta başvurusunu ilgili İlın Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezine ESYS üzerinden yönlendirir. Evde Sağlık Hizmetleri Koordinasyon Merkezi, hasta/ hasta yakınına 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 hastayı arayarak 24 saat içerisinde ilk değerlendirme randevusunu planlar. İlgili Evde Sağlık Ekibi, 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.

5.2. Hasta/ Hasta Yakını Rızasının Alınması: Evde Sağlık Hizmeti alması uygun görülen hastanın, “ **Hasta Rıza Belgesi**” ile sözlü ve yazılı onayı alınır. Ayrıca “**HASTA BİLGİLERİNİN PAYLAŞIMI İZİN FORMU**” ile hasta bilgilerinin kimlerle paylaşılacağına dair onay alınır.

5.3. Hastanın Değerlendirilmesi: “**HASTA TAKİP DOSYASI**” ile hastanın klinik durumu, tıbbi bakım ihtiyacı, fiziksel, psikolojik ve sosyal durumu ile kişisel bakım kapasitesi değerlendirilir.

5.4. Klinik Risk Değerlendirmeleri: Hastayı tıbbi bakım ve tedavinin amaçlanamayan sonuçlarından korumak için, “ Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Talimatı” doğrultusunda “Düşme Risk Ölçeği” ile düşme riski, “Bası Ülseri Risk Değerlendirmesi Talimatı” doğrultusunda “ “Bası Yarası Risk Değerlendirme-Tedavi ve Takip Formu” ile bası ülseri riski, “ Nutrisyonel Risk Değerlendirilmesi Talimatı” doğrultusunda, (MNA) Mini Nutrisyonel Değerlendirme Formu” ile nutrisyonel risk değerlendirilmesi, Ağrı Skalası ile de ağrı şiddeti değerlendirilmesi yapılır.

HAZIRLAYAN EVDE SAĞLIK BİRİMİ	KONTROL EDEN EVDE SAĞLIK KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN İL EVDE SAĞLIK KOORDİNATÖRÜ
--	--	--

	TC SAĞLIK BAKANLIĞI BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ			
	HASTA BAKIM PROSEDÜRÜ			
Doküman No: PR.02	Yayın Tarihi: 07.10.2019	Revizyon tarihi:	Revizyon No: 0	Sayfa: 2 / 3

5.5. Hastanın Bakım İhtiyaçlarının Değerlendirilmesi ve Planlanması: “Hasta Takip Dosyası” ile değerlendirilen hastanın genel durumu, fiziksel, ruhsal ve sosyal yönden tıbbi bakım ihtiyaçları ve ayrıca risk değerlendirmeleri sonucunda tespit edilen tıbbi bakım ihtiyaçlarına yönelik tıbbi bakım planı yapılır ve “**Tıbbi Bakım Planı**” na kayıt yapılır.

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

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

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

5.5.3. Tıbbi bakım planı, her hasta için ayda en az bir kez gözden geçirilmeli ve gerekli güncellemeler yapılmalıdır.

5.5.4. Tıbbi bakım planında yapılan güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından izlenebilir olması için hasta dosyasında muhafaza edilmeli ve her ziyarette bir önceki tıbbi bakım planları gözden geçirilmelidir.

5.6. Hasta/ hasta yakını ile sağlık çalışanları arasında etkili iletişim: 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.**

5.7. Hasta/ Hasta Yakınının Bakım Sürecine Katılımının Sağlanması; 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.



5.8. Hasta Kimliğinin Doğrulanması;

5.8.1. Tam ve tedavi amacıyla yapılacak tüm 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.

5.8.2. Numune alımı, numunelerin etiketlenmesi, hasta kayıtlarının düzenlenmesi gibi işlemler öncesi mutlaka kimlik doğrulama yapılmalı, doğru işlemin doğru hastaya yapıldığından emin olunmalıdır.

5.9. Hasta Düşmelerinin Önlenmesi: “Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Prosedürü” doğrultusunda işlem yapılır.

HAZIRLAYAN EVDE SAĞLIK BİRİMİ	KONTROL EDEN EVDE SAĞLIK KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN İL EVDE SAĞLIK KOORDİNATÖRÜ
--	--	--

	TC SAĞLIK BAKANLIĞI BARTIN İL SAĞLIK MÜDÜRLÜĞÜ EVDE SAĞLIK HİZMETLERİ			
	HASTA BAKIM PROSEDÜRÜ			
Doküman No: PR.02	Yayın Tarihi: 07.10.2019	Revizyon tarihi:	Revizyon No: 0	Sayfa: 3 / 3

5.10. Hastaların Nutrisyonel Destek İhtiyaçlarının Belirlenmesi ve Giderilmesi:

“ Hastaların Nutrisyonel Destek İhtiyacının Belirlenmesi, Karşlanması ve İzlenmesi Prosedürü” doğrultusunda işlem yapılır.

5.11. Ağrı Kontrolünün Sağlanması: Her hastanın, ağrı değerlendirme skalasına göre her ziyarette ağrı değerlendirmesi yapılır ve ağrının kontrolüne yönelik tüm uygulamalar (ağrı şiddeti, uygulanan yöntemler, ağrının seyri) hakkında hasta/hasta yakınına eğitim verilir, tıbbi bakım planına kayıt edilir ve izlenir.

5.12. Transfer Güvenliğinin Sağlanması: “Güvenli Hasta Transferinin Sağlanması Prosedürü ” doğrultusunda işlem yapılır.

5.13. Konsültasyon Süreçlerinin Etkin ve Güvenli Yürütülmesi: Konsültasyon hizmetlerinin hasta bakım sürecini aksatmayacak şekilde ve zamanında verilmesi için “ **Konsültasyon Süreci Talimatı**” doğrultusunda işlem yapılır.

5.14. Kendine ve Başkalarına Zarar Verme Riski Olan Hasta Yönetimi: Hastanın kendisine veya başkalarına zarar verme riski mevcut ise, “ Hasta Değerlendirme Formu” nda ilgili bölüm işaretlenir. “Fiziksel Hareket Kısıtlaması Talimatı” doğrultusunda işlem yapılır ve hasta yakını söz konusu kurallar hakkında bilgilendirilir.

5.15. Özellikli Hastaya Yaklaşım: “Özellikli Hasta Grupları ve Bu Gruplara Özgü Klinik Bakım Prosedürü” doğrultusunda işlem yapılır.

5.16. Güvenli İlaç Uygulama:

- 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 bilgilendirme yapılmalıdır.
- Hasta/ Hasta yakınına ilaca bağlı gerçekleşebilecek advers etki hakkında bilgi verilmeli ve advers etkinin gelişmesi durumunda evde sağlık birimine bildirmesi gerektiği belirtilmelidir.
- İlaça bağlı gerçekleşen advers etkilerin tespit edilmesi durumunda, kayıt altına alınıp, bağlı bulunan hastanenin Farmakovijilans Sorumlusuna bildirimde bulunulmalıdır.

6. İLGİLİ DOKÜMANLAR

- Hasta Bilgilerinin Paylaşımı İzin Formu
- Hasta Takip Dosyası
- Hasta Düşmelerinin Önlenmesi Prosedürü
- İtaki Düşme Riski Ölçeği Değerlendirme Tablosu
- Harizmi Düşme Riski Ölçeği Değerlendirme Tablosu
- Bası Yarası Risk Değerlendirme-Tedavi ve Takip Formu
- Nutrisyonel Destek İhtiyacının Belirlenmesi, Karşlanması ve İzlenmesi Prosedürü
- (MNA) Mini Nutrisyonel Değerlendirme Formu
- Güvenli Hasta Transferinin Sağlanması Prosedürü
- Konsültasyon Süreci Talimatı
- Fiziksel Hareket Kısıtlaması Talimatı
- Özellikli Hasta Grupları ve Bu Gruplara Özgü Klinik Bakım Prosedürü

HAZIRLAYAN EVDE SAĞLIK BİRİMİ	KONTROL EDEN EVDE SAĞLIK KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ	ONAYLAYAN İL EVDE SAĞLIK KOORDİNATÖRÜ
--	--	--