

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HB-PR-12 Yayın Tarihi :10.01.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:02.04.2024 Sayfa No : 1/4
	HASTA BAKIM PLANI UYGULAMA PROSEDÜRÜ	

Rev. No	Yapılan Revizyon	Sayfa No	Tarih	Revizyon Yapan
	Bakım Planı Formlarının güncellenmesi nedeni ile revizyon yapıldı.	3-4	30.04.2016	Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
02	Hemşire Bakım planı formlarının güncellenmesi nedeni ile revizyon 4.3. Uygulama kısmında revizyon yapıldı	3	01.03.2017	Kalite Sorumlu Hemşiresi Ece Nur TOPCU
03	Hasta bakım planı revizyonu nedeni ile revize edilmiştir.		20.06.2017	Sevda Sümbül Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
Gözden Geçirme	Gözden Geçirildi	Tüm Sayfalar	13.06.2019	Sevda Sümbül Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
04	Uluslararası ortak terminoloji kullanılarak oluşturulan ICD 10 bakım planı eklendi. HBYS üzerinden bakım planının takibi tanımlandı.		30.08.2021	Sevda Sümbül Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
05	Beyaz tahta uygulaması tanımlandı.	4.sayfa	02.04.2024	Sevda Sümbül Hemşirelik Hizmetleri Direktörü
HAZIRLAYAN		KALİTE SİSTEM ONAYI		ONAY

OPTİMED	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HB-PR-12 Yayın Tarihi :10.01.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:02.04.2024 Sayfa No : 2/4
	HASTA BAKIM PLANI UYGULAMA PROSEDÜRÜ	

HEMŞİRELİK HİZMETLERİ DİREKTÖRÜ	KALİTE YÖNETİCİSİ	BAŞHEKİM
------------------------------------	-------------------	----------

1. AMAÇ VE KAPSAM

Bu prosedürün amacı; hizmet alan tüm hastaların hasta bakım sürecinin her aşamasında hasta güvenliği ve mahremiyetini sağlayacak şekilde ve bilimsel kurallar çerçevesinde aynı standartta bakım hizmeti alanlarını sağlamaktır. Tüm hasta bakım sürecini kapsar.

2. TANIMLAR VE KISALTMALAR

Hasta Bakım Planı : Sağlıklı/hasta bireyin ve ailenin bakım gereksinimlerinin/sorunlarının belirlenmesi, çözüm için gerekli girişimlerin planlanması, uygulanması ve sonucun değerlendirilmesi gibi aşamalardan oluşan sistemli bir yaklaşımdır. Her hasta için ayrı ayrı seçilen girişimlerle bakımı hastaya özel planlamak, tıbbi kayıtlarda hastanın en son sağlık durumunu göstermek ve girişimler karşısındaki hastanın cevabını değerlendirmek amacı ile yapılır.

Veri Toplama:Hasta ve yakınlarından alınan bilgiler ve laboratuvar, radyoloji raporları ve hasta bulgularından elde edilen bilgilerdir. Bu elde edilen bilgiler tanılama formuna kayıt edilir.

Tanılama:Hastanın fizyolojik, güvenlik ait olma, değer ve kendini geliştirme yönünde ihtiyaçlarının belirlendiği aşamadır.

Planlama:Karar verip, problem çözme aşaması bakım planına karar verip bakımın planlanması ve yazılmasını kapsar.

Uygulama:Hedefe ulaşmak için planın uygulamaya konması aşamasıdır.

Değerlendirme:Uygulama sonucu planlanana ulaşıp ulaşılmadığının aşamasıdır. Hedefe ulaşılmazsa süreç yeniden başlatılır.

Beyaz Tahta: Beyaz tahtada ağrı skalası, beslenme, mobilizasyon, aktivite, eğitimler, özel ihtiyaçlar, hemşire ziyaret bilgileri ve notlar bölümü bulunmaktadır.

3. REFERANS DÖKÜMANLAR:

Hemşire Bakım Planı Formu

Hasta Devir Formu

Hemşire Tanılama Formu

Taburculuk Özeti ve Tedavi Sonrası Hasta Değerlendirme Formu

Tedavi Öncesi Hasta Eğitim Formu

Oda Kullanım Rehberi

4. UYGULAMA:

Hasta bakımına ilişkin süreçler ayaktan, yatan ve acil hastaları kapsayacak şekilde tanımlanmıştır.

4.1. Ayaktan Hastalarda Hasta Bakım Uygulamaları

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HB-PR-12 Yayın Tarihi :10.01.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:02.04.2024 Sayfa No : 3/4
	HASTA BAKIM PLANI UYGULAMA PROSEDÜRÜ	

Ayaktan hastaların klinik durumları (önemli semptom ve bulgular, ön tanı/tanı, tetkik sonuçları, tedavi vs.) ilgili hekim tarafından HBYS üzerinden sabit dosya numarası ile epikriz kartına kaydedilir. Kaydedilen bilgiler geriye dönük izlenebilmektedir.

4.2. Yatan Hastalarda Hasta Bakım Uygulamaları

Hasta ve/veya hasta yakınının hastaneye ve bölüme uyumunu sağlamak için yatan hasta danışmanı ve ilgili hemşire tarafından eğitim verilerek Tedavi Öncesi Hasta Eğitim Formu'na kaydedilir, ayrıca hasta odalarında bilgilendirici Hastane Tanıtım, Hasta ve Hasta Yakını Bilgilendirme Rehberi, Beyaz Tahta bulunmaktadır. Hastaya uygulanacak işlemler hakkında hasta/hasta yakınına bilgi verilerek işleme katılımı sağlanmaktadır. Hastaların değerlendirilmesi, Hastaların İlk ve Yeniden Değerlendirilmesi Prosedürü'ne göre yapılır.

4.2.1 Tanılama (Sorunun Belirlenmesi):

Hastanın bakım gereksinimlerinin belirlendiği aşamadır. Hekim ve ilgili diğer sağlık çalışanları tarafından hastanın klinik durumu, fizik muayenesi sonucu, öyküsü, psikolojik ve sosyal faktörler göz önüne alınarak değerlendirilir.

Bilgi toplama, hasta ve ailesi ile ilk karşılaşıldığı anda başlar. Tanılama hasta yatışından itibaren en geç yarım saat içinde yapılır. HBYS hemşire işlemleri modülündeki hasta tanılama menüsünden hastaya uygun olan (Erişkin/çocuk hasta, yeni doğan hasta ve yeni doğan yoğun bakım) seçenekleri seçilir. Yapılan tanılama sonrası hastanın ihtiyacına uygun bakım planı en geç 8 saat içinde oluşturulur. Yatışı 8 saatten az olan hastalar için bakım planı uygulanmaz.

- Klinik risk değerlendirmesi ve hastanın ihtiyacına göre ilgili sağlık çalışanları tarafından (hekim, hemşire, diyetisyen, fizyoterapist vs.) koordineli bir şekilde (uluslararası ortak terminoloji kullanılarak oluşturulan ICD 10 ve NANDA) bakım planı oluşturularak HBSY 'den Hemşire Bakım Planı bölümüne kaydedilir.
- Oluşturulan bakım planında uygulanacak hemşirelik girişimleri HBYS üzerinden planlanarak, plan dahilinde uygulanır. Her hastanın bakım ihtiyacının farklı olabileceği ve uygulanacak girişimlerin hastaya göre farklılıklar gösterebileceği dikkate alınmalıdır. Uygulamalar açık, net ve anlaşılır olmalıdır.
- Yapılan girişimler gözlemlenerek gerekli ise notlar bölümüne yapılan uygulamalar kaydedilir.
- Hastada bakım sırasında meydana gelen değişiklik tanılama formuna işlenir ve eş zamanlı olarak soruna yönelik bakım planı oluşturulur.
- Sonuçlandırılan hedefler değerlendirme yapılarak kapatılır. Eğer istenilen hedefe ulaşılmadıysa soruna yönelik süreç yeniden oluşturulur. Her hasta için bakım özel planlanır, yapılan tüm güncellemeler ilgili sağlık çalışanları tarafından HBYS üzerinden izlenebilmektedir.

4.2.2 Beyaz Tahta Uygulaması

Sağlık çalışanlarının arasındaki iletişimin etkinliğini artırmak ve hastaları bakım planlamasına dâhil etmek için beyaz tahta uygulaması yapılmaktadır.

	KALİTE YÖNETİM DOKÜMANLARI	Doküman No: HB-PR-12 Yayın Tarihi :10.01.2012 Revizyon No :05 Revizyon Tar.:02.04.2024 Sayfa No : 4/4
	HASTA BAKIM PLANI UYGULAMA PROSEDÜRÜ	

Beyaz tahtada ağrı skalası, beslenme, mobilizasyon, aktivite, eğitimler, özel ihtiyaçlar, hemşire ziyaret bilgileri ve notlar bölümü bulunmaktadır. Hastalar ve aileleri de beyaz tahtaya sormak istedikleri soruları yazabilmektedir, bu da hastalar ve sağlık çalışanları arasında sözlü olmayan bir diyalogu tetiklemektedir. Bununla birlikte, beyaz tahta sadece iletişimi geliştirmekte aynı zamanda hasta güvenliğini ve hasta memnuniyetini arttırmaktadır. Hastaların durumu açık bir şekilde sunulduğunda, sağlık çalışanlarının daha doğru kararlar almasına ve hataların önlenmesine yardımcı olmaktadır. HBYS üzerinden hasta tanılması yapıldıktan sonra ihtiyaçlar belirlenerek beyaz tahtaya yazılır ve hasta bilgilendirilir. Hemşire her oda ziyaretinde beyaz tahtadaki planlamayı gözden geçirerek gerekli ise güncelleri yapar.

5.SORUMLULAR

Bu prosedürün uygulanmasından hasta bakımı yapan tüm sağlık personeli sorumludur.