

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	ANS.TL.001
		Yayın Tarihi	21.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	1 / 14

1.AMAÇ:

Bu talimat Anestezi Yoğun Bakım ünitesinde işleyiş, hasta kabulü, klinik süreç, sedasyon ve analjezi uygulamaları, ventilatör uygulamaları, yoğun bakım skorlama sistemleri, bası yaraları, enfeksiyon kontrolü ve izlemi, hasta transferi ve taburculuğu ile ilgili süreçleri belirlemek amacıyla hazırlanmıştır.

2.KAPSAM:

Bu talimat Anestezi Yoğun Bakım ünitesinde çalışan Doktor, Hemşire, Anestezi teknikeri, Sekreter ve diğer yardımcı personeli kapsar.

3.FAALİYET AKIŞI:

3.1 Anestezi Yoğun Bakım ünitesi yoğun bakım hasta kabul kriterlerine göre belirlenmiş genel durumu ileri derecede bozulmuş, oturmuş olmayan, ventilatör ihtiyacı olan, ileri monitörizasyon izlemi ve tedavi gereksinimi olan, organ yetmezlikleri ve ağır beyin hasarı olan veya terminal dönem vb. hastalar gibi invaziv monitörizasyon gereksinimi olan hastaların bakım ve yoğun tedavi ihtiyacını karşılayacak düzeyde çalışmaktadır.

3.2 Yoğun bakım acilleri ve hasta bakım ihtiyaçları düşünülerek malzeme depoları düzenlenmiş olup yoğun bakım girişlerinde koruyucu ekipmanların olduğu dolaplar bulunmaktadır.

3.3 Yoğun bakım ünitesine girmeden önce el hijyeni sağlamak amacıyla koridorda lavabo ve el dezenfektanı mevcuttur.

3.4 Yoğun bakım ünitesi girişinde pnömotik(taşıma) sistemi ve kan gazı cihazı bulunmaktadır.

4.HASTA KABULÜ:

4.1 Hasta kabul kriterlerine göre bölüm doktoru tarafından kabul edilen hasta 112 tarafından getiriliyorsa acil sekreterliğinden girişi yapıp bölüm sekreterliğince yatışı yapılarak yoğun bakıma alınır.

4.2 Kurum içi diğer bölümlerden transferi kabul edilen hastalar bölüm sekreterliğince yatışı yapılarak üniteye kabul edilir.

4.3.Hasta üniteye doktor, hemşire ve personel tarafından kabul edilir.

4.4. Hasta entübe ise veya non-invaziv solunum desteği gerekli ise mekanik ventilatör uygun modda ve ayarlarda hastaya bağlanır.

4.5.Hastayı getiren doktor ve hemşire tarafından ünite doktoruna ve hemşiresine hastanın epikrizi, sürekli kullandığı ilaçlar teslim edilir. Hastanın özgeçmişi, daha önce opere olup olmadığı dr. Tarafından sorgulanır ve fiziki muayenesi yapılır. GLASKOW koma skalası, APACHE II veya SAPS skoru hesaplanarak hasta ilk değerlendirmeleri hem dijital ortamda hem de hastanın dosyasına kaydedilir.

4.6.Hastanın Rızasının Alınması:

4.6.1: Yoğun bakım aydınlatılmış onam formu hastanın bilinci açık, koopere ise kendisine değilse birinci derece yakınına imzalatılır. Eğer hastanın yakını yok veya ulaşamıyor ise tedavi eden doktor, sorumlu hemşire ve nöbetçi hemşire tarafından yakınının olmadığı yazılır ve imzalanır.

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	ANS.TL.001
		Yayın Tarihi	21.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	2 / 14

4.1. HASTA YAKINI BİLGİLENDİRİLMESİ (GİRİŞ-ÇIKIŞ KURALLARI)

Yoğun bakıma kabul edilen her hasta için hasta biliçli ise kendisine biliçli değilse hastanın birinci derece yakınına bilgisayar ortamında da doldurulup anlatılan eğitim formları imzalatılır.

Eğitim formlarının içeriğinde hasta bilgileriyle birlikte telefon kullanamayacağı, günde bir kez ve tek kişinin ziyaret edebileceği saatiyle birlikte (13:30-14:30 arasında yoğun bakım müsait olduğu zaman 5 dk süreyle), ziyaret sonrası yoğun bakım doktoru tarafından bilgi verileceği, yoğun bakıma girerken kullanması gereken koruyucu ekipmanlar ve el hijyenine yönelik uygulamalar, tuvalet ve banyo uygulamaları , yoğun bakıma uyumla ilgili bilgiler, sigara yasağı, yatak içi egzersizlerle ilgili bilgiler, kısıtlama kararı varsa kısıtlama kararıyla ilgili bilgiler bulunur ve hasta yakınlarını aydınlatıcı bi şekilde bu gibi bilgiler verilir.

HASTANIN TIBBİ BAKIM İHTİYAÇLARININ DEĞERLENDİRİLMESİ

5.KLİNİK SÜREÇ:

5.1. İNVAZİV İŞLEMLER

Hastanın yoğun bakım ünitesine kabulünden itibaren monitörizasyon, arteriyel kanülizasyon, santral kateter, üriner kateter uygulaması yapılır. Laboratuvar ve mikrobiyolojik tetkikler için numuneler alınıp gönderilir.

5.2. DİĞER İŞLEMLER

5.2.1.Hastanın yoksa akciğer grafisi çektilir.

5.2.2.Hastanın yatak içerisinde stabilizasyonu sağlanırken bası ülseri, travmaya bağlı yaralanmalar, doku hasarı olup olmadığı kontrol edilip hasta dosyasına kaydedilir.

5.2.3.Hasta tedavisi order edilir ve tedavi saatleri düzenlenir. Eczaneden istemleri yapılır.

5.2.4.Hastanın vital bulguları, order istemleri ve uygulamaları AYBÜ hasta takip formuna kaydedilir.

5.2.5. Anestezi ve Reanimasyon Yoğun Bakım Ünitesine kabul edilen hastalar; genel durumu ileri derecede bozulmuş vantilatör ihtiyacı olan, ileri monitörizasyon izlemi ve tedavi gerekesimi olan, organ yetmezlikleri ve ağır beyin hasarı olan veya terminal dönem vb. hastalar gibi invaziv monitarizasyon gereksinimi olan ve bilinç durumu normal olmayan hastaların olduğundan dolayı yoğun bakıma kabul edilen tüm hastalarda düşme riski mevcuttur.Bu yüzden hasta ilk geldiğinde İTAKİ DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİyle düşme riski değerlendirilmesi yapılır.

5.3.MONİTÖRİZASYON:

5.3.1 Yoğun bakım ünitesine yatırılan bütün hastalar monitörize edilir. Monitörizasyonda invaziv ve non-invaziv yöntemler tercih edilir.

5.3.2 Arteriyel kan basıncı takibi için arteriyel kanül yerleştirilir, non invaziv yöntemde hastanın koluna manşon takılır.

5.3.3 Hastanın oksijenizasyonu için saturasyon probu takılır. Eğer ventilatördeki bir hasta ise ve gerekli ise ETCO2 probu yerleştirilir. Gerekli durumlarda kan gazı takipleri ile solunum parametreleri takip edilir.

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI		Doküman Kodu	ANS.TL.001
			Yayın Tarihi	21.04.2016
			Revizyon Numarası	0
			Revizyon Tarihi	0
			Sayfa No	3 / 14

5.3.4 Hastanın ısı takibi için manuel ateş ölçerler kullanılır. Gerekliyse aksiler, özefagial veya rektal prop yerleştirilebilir.

5.3.5 Hastanın elektrokardiyografisini takip etmek için EKG propları takılır. Gerekirse anlık görüntü almak için EKG cihazı ile yazdırılır.

5.3.6.Hastanın vital bulguları ve ventilatördeki değerleri trendler olarak belirli aralıklarla cihazlar tarafından kaydedilmektedir.

5.3.7.Hastanın yok ise foley kateter takılır ve saatlik idrar takibi yapılır. Aldığı sıvı miktarı ve kayıpları her saat kontrol edilir. İdrar çıkışına göre hastanın balansı 4 saatlik şifitler şeklinde hesaplanır.

5.3.8.Hastanın diyabet öyküsü veya metabolik hastalığı yok ise özel bir diyet ve glukoz takibi order edilmedi ise kan glukoz takibi günde 4 kez yapılır. Olası durumlarda takipler sıklaşabilir.

5.4. NÜTRİSYON DURUMUNUN DEĞERLENDİRİLMESİ

Yoğun bakım ünitesine kabul edilen her hastanın Nutrisyon durumunun değerlendirilmesi gerekir. Yoğun bakım ünitesinde Nutrisyon desteğinin hedefleri,

1. Sağkalımın artırılması,
2. Kas fonksiyonlarının onarılması,
3. Kas kütlelerinin artırılması,
4. İmmün yanıtın desteklenmesi,
5. Gastrointestinal fonksiyonların düzenlenmesi,
6. Yara iyileşmesinin hızlandırılması,
7. Komplikasyonların azaltılması,
8. Enfeksiyonla mücadele,
9. Genel ekonomik sonuçların iyileştirilmesidir.

Hastanın beden kitle indeksine göre enerji ve protein ihtiyacı hesaplanarak klinik durumuna göre beslenme şekli hekim tarafından order edilir ve hemşire tarafından uygulamaya başlanır. Hastanenin Nutrisyon Takip Ekibi de bu konuda günlük takibini yapmaktadır.

6.ENTÜBASYON

Ventilatördeki hastanın izlenimi:

✓Hastanın solunumunun yetmediği, durduğu durumlarda, bilinci kapalı hastalarda koma vs. durumlarında mekanik ventilatör endikasyonu gelişir. Arterial kan gazı bakılır.

SEDASYON VE ANALJEZİ UYGULAMASI:

sorumlu anestezi doktorunun istemi doğrultusunda hastaya gerekli dozda sedatize –küralize ajan uygulanır. Hastanın gevşemesi beklenir. Bu sürede maske ile O2 tutulur ve entübasyon işlemine geçilir.

Entübasyon için gerekli malzemeler:

- ✓Laringoskop
- ✓Uygun ETT
- ✓10 cc enjektör
- ✓Ambu
- ✓Uygun ölçüde aspirasyon kanülü



ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	ANS.TL.001
Yayın Tarihi	21.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	4 / 14

- ✓ Steril gazlı bez
- ✓ Steteskop
- ✓ Sedasyon ve küralizasyon için hekim tarafından belirlenen ilaç(demizolan, fentanyl, propofol, nimbox vb.)

İşlem

- ✓ Hasta sırt üstü yatırılır.
- ✓ Uygun dozda sedatize –küralize edilir
- ✓ Hekim hastanın başındadır.
- ✓ Baş oksipital eklemde hafif ekstansiyonda tutulur

Laringoskop sol elle tutulur, ağız sağ elle açılır. Laringoskop girişi sağ taraftan epiglotise kadar izlenir. Blade ucu epiglotis kıvrımına kadar uzanır. Ses telleri arasındaki açıklık görülene kadar hafif kaldırılır. Sağ elle tüp kafı glotisi geçene kadar ilerletilir. Tüp 10 ml. Hava ile tespit edilir, önceden ayarlanmış mekanik ventilatör tüpe takılır. Solunum sesleri steteskop ile dinlenerek ventilasyon kontrolü yapılır.

7.VENTİLATÖR MONİTÖRİZASYONU:

- ✓ Dakikada solunum volümü,
- ✓ Solunum frekansı,
- ✓ Solunum hacmi
- ✓ İ/V oranı insipiratuvar ventilatör basıncı
- ✓ Expiratuvar ventilatör basıncı sürekli O2 ölçümü kan gazına göre saturasyon
- ✓ ayarı yapılır.
- ✓ Hasta entübe edildikten sonra akciğer filmi çekilir.

7.1.Ventiletördeki hastanın izlenimi

Hastanın solunumunun yetmediği, durduğu durumlarda, bilinci kapalı hastalarda koma vs. durumlarında mekanik ventilatör endikasyonu gelişir. Arterial kan gazı bakılır.

Sedasyon ve analjezi uygulaması: Sorumlu anestezi doktorunun istemi doğrultusunda hastaya gerekli tedavi uygulanır.

Ventile edilen hasta bakımı: Ventilatördeki hastanın solunumu sürekli takip gerektirir. Hastanın ihtiyacına göre solunum modu değiştirilebilir. Doktor istemi ile Hastaya ventilatör de iken sedatize –küralize ajan uygulanabilir. Endotrakeal aspirasyon yapılabilir. Sekresyonların hava yolunu tıkamaması için gerektiğinde 5-10 ml SF ile tüp içerisi yıkanır ve aspire edilir. Atelektazi riski açısından 1-2 saatte pozisyon değiştirilir. Solunum havası nemlendirilir. Aspirasyon tehlikesini azaltmak için uygun NG sonda takılır.

7.2.VENTİLATÖRDEN AYIRMA:

Hastanın yeterli düzeyde spontan solunumu ve kalp-kan dolaşımı stabilleştiğinde kan gazı değerleri, solunum frekansı dakikada 35 den küçük pH si 7,35 den büyük FO2:60 üzeri,CO2 38 den küçük olduğunda sedasyon yavaş yavaş azaltılır. Hastaya açıklamada bulunulur, sakinleştirilir, oturur pozisyon verilir, yanları desteklenir

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI		Doküman Kodu	ANS.TL.001
			Yayın Tarihi	21.04.2016
			Revizyon Numarası	0
			Revizyon Tarihi	0
			Sayfa No	5 / 14

hasta IPPV (spontan solunumun olmadığı durum)den SIMV (spontan solunumun başlangıç durumu) moduna geçilir. Klinik durumu ve kan gazına bağlı olarak ventilasyon azaltılır. Daha sonra hasta T filtre(makineden ayrılmadan oksijen desteği sağlanması) ile takibe alınır. T filtre ile tolerasyon sağlandı ise hasta ekstübe edilir.

7.3. BAKIMIN PLANLANMASI VE İZLENMESİ

Yoğun bakım hastaları genel itibariyle fiziksel ihtiyaç gereksinimi olan hastalar olduğu için yoğun bakım ortamında hemşirelik bakımları çok önemlidir. Hemşire hastanın el yüz bakımı, perine bakımı, ağız bakımı saç bakımı gibi tüm vücut bakımlarını yapar. Yatak takımları değişimi rutin olarak yapılır. Hastanın tüm vücut bakımları ve yatak takımı değişimleri gece ve gündüz shiftinde birer kez ve hasta ya da yatak kirlendikçe ekstra olarak yapılmaktadır. Yapılan uygulamalar günlük bakım planı formuna kaydedilir.

8.SKORLAMA SİSTEMLERİ

Yoğun Bakım Skorlama Sistemleri

- ✓ Yoğun bakım ünitelerinde skorlama sistemleri birçok amaçla kullanılmaktadır:
- ✓ Yoğun bakım tedavisi gerektiren hasta gruplarının tanınmasını kolaylaştırmak,
- ✓ Klinik çalışmalara dâhil edilecek hasta gruplarının tanımlanmasını kolaylaştırmak,
- ✓ Yoğun bakım ünitelerini performans açısından birbirleri ile karşılaştırmak
- ✓ Değişik zaman dilimleri içerisinde aynı yoğun bakımın performansını değerlendirmek
- ✓ Herhangi bir hastanın tedavisini düzenlemek ve takip etmek

Yararlı bilgiler sağlayabilmek için bu sistemlerin değişik hasta gruplarında ve gelecekteki hasta gruplarında kullanımının geniş bir şekilde doğruluğunun gösterilmiş olması gereklidir. Skorlar doğru (iyi kalibrasyon ve ayırım yapma) ve genelleştirilebilir (değişik coğrafi bölgelerde, zamanda ve metodolojik sınırlamalarda kullanılabilir) olmalıdır. Yoğun bakım hastalarında kullanım için iki ana tipte skorlama sistemleri geliştirilmiştir:

- ✓ Hayatta kalma (mortalite) gibi esas olarak tek bir son noktaya yönelik olanlar,
- ✓ Organ disfonksiyon skorlarını da içeren morbiditeyi tanımlamaya yönelik olanlar.
- ✓ Yoğun Bakımda kullanılan skorlama sistemleri,
- ✓ Akut fizyoloji ve kronik sağlık değerlendirmesi (Acute Physiology and Chronic Health Evaluation-APACHE),
- ✓ Basitleştirilmiş akut fizyoloji skoru (Simplified Acute Physiology Score-SAPS),
- ✓ Mortalite olasılık modeli (Mortality Probability Model- MPM),
- ✓ Glaskow koma skalası

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI		Doküman Kodu	ANS.TL.001
			Yayın Tarihi	21.04.2016
			Revizyon Numarası	0
			Revizyon Tarihi	0
			Sayfa No	6 / 14

Bütün bu modeller hastanın kabul sırasındaki veya ilk 24 saat içerisinde kullanım için geliştirilmiş olup, kabulden sonraki ilk 24 saat içerisindeki skor ile hastaneden taburcu aşamasındaki hayatta kalma oranı ile ilişkilidir.

8.1.Akut fizyoloji ve kronik sağlık değerlendirmesi-APACHE

1981 yılında geliştirilen APACHE skoru, bütün dünyada yoğun bakım ünitelerinde en çok kullanılan hayatta kalma tahmin modeli olmuştur. APACHE II skoru hastalık şiddetinin genel bir ölçüsünü sağlamak üzere rutin olarak ölçülen 12 fizyolojik parametre, yaş ve önceki sağlık durumu bilgisine dayalı bir skor kullanmaktadır. Kayıt edilen parametreler hastanın yoğun bakıma kabul edildikten sonraki ilk 24 saat içerisindeki en kötü değerleridir. Bu skor hastalık spesifik mortalite ihtimalini (APACHE II tahmin edilen ölüm riski) hesaplamak için 34 kabul tanısı sınıfından birine uygulanır. Mümkün olabilen maksimum APACHE II skoru 71 olup, yüksek skorlar mortalite ile çok iyi bir korelasyon göstermektedir.

8.2. Basitleştirilmiş akut fizyoloji skoru-SAPS

İlk olarak 1984 yılında kullanılmaya başlayan SAPS, yoğun bakım hastalarında ölüm riskinin bir göstergesini sağlamak için kolayca ölçülen 14 biyolojik ve klinik değişken kullanmaktadır. SAPS II'de kullanılan 17 değişken lojistik regresyon teknikleri kullanılarak seçilmiş olup, 12 fizyolojik değişken, yaş, yoğun bakıma kabul tipi (planlı cerrahi, planlı olmayan cerrahi veya tıbbi) ve altta yatan hastalıkla ilgili 3 değişkenden (edinilmiş immün yetersizlik sendromu, metastatik kanser ve hematolojik malignite) oluşmaktadır. Her değişkene farklı puanlar verilmektedir. Fizyolojik değişkenler için, yoğun bakım ünitesine kabulden sonraki ilk 24 saat içerisindeki en kötü değerler hesaplama için kullanılmaktadır.

8.3.Glaskow Koma Skalası

Her şifte bir kez bakımlar esnasında ve hastanın bilinç durumunda değişiklik hissedildiğinde değerlendirilir.

Sedasyon alan hastalarda sadece pupilleri değerlendirilir.

Bilinç değerlendirmesinde bize kolaylık sağlayan en önemli parametre Glasgow Koma Skalasıdır. Skala üç gruptaki puanlamanın toplamından oluşur.

- 1. Göz açma:** Buradaki puan verilirken hastanın hangi uyararla gözünü açtığı değerlendirilir ve aşağıdakilerin hangisine uyguna karşısındaki puan verilir.

- ✓ Spontan olarak açıyorsa (4 puan)
- ✓ Sesli uyarmayla açıyorsa (3 puan)
- ✓ Ağrılı uyarmayla açıyorsa (2 puan)
- ✓ Göz açması yoksa (1 puan)

2. Sözel cevap:

- ✓ Oryante (5 puan)
- ✓ Konfüze (4 puan)
- ✓ Anlamsız kelimeleri varsa (3 puan)
- ✓ Anlamsız sesler çıkarıyorsa (2 puan)

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	ANS.TL.001
		Yayın Tarihi	21.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	7 / 14

✓ Sözel yanıtı yoksa (1 puan)

Motor cevap: Hastanın kas gücünün yeterliliğini ve ağrılı uyarmaya karşı verebildiği fiziksel tepkiyi gösterir.

- ✓ Komutları yerine getiriyorsa (6 puan)
- ✓ Ağrıyı lokalize ediyorsa (5 puan)
- ✓ Ağrıya fleksör cevabı varsa (4 puan)
- ✓ Ağrıya anormal fleksör cevabı varsa (3 puan)
- ✓ Ağrıya ekstansör cevabı varsa (2 puan)
- ✓ Motor yanıtı yoksa (1 puan)

Bu üç grupta alınan puanların toplamı, Glasgow Koma Skalası puanını verir.

3. Skala; 3–15 arasındaki puan değerleri alır.

- ✓ 13–15 puan; hafif nörolojik hasarı,
- ✓ 8–12 puan orta dereceli nörolojik hasarı,
- ✓ 3–7 puan ciddi nörolojik hasarı gösterir.

Bilinç değerlendirmesinde Glasgow Koma Skalası yanında, Pupillerin büyüklüğü ve ışık refleksi de kullanılır. Pupillerin değerlendirilmesinde ışık refleksinin olup olmaması ve her iki pupil büyüklüğünün eşit olup olmaması, bilinç değerlendirmesi açısından anlamlıdır (Pupiller arasındaki 1mm ve üzerindeki büyüklük farkı dikkate alınır).

9.BASI YARALARI

Bası yaraları oluşumuna karşı uyguladığımız önlemler şunlardır;

- ✓ Her 2 saatte bir pozisyon değişikliği yapılır.
- ✓ Hastanın her çevrilisinde deri gözlenir ve kızamık bölgeler üzerindeki bası, minimuma indirilir.
- ✓ Deri temiz ve kuru tutulur.
- ✓ Deri nemlendirilir fakat maserasyon ve irritasyona neden olacak kadar nemli alanlar kalmamasına dikkat edilir.
- ✓ Aşırı ovmadan kaçınılır.
- ✓ Havalı yatak kullanılır havalı yatak kontrolü her shift yapılarak kayıt tutulur.
- ✓ Bası yarası oluşmuşsa yapacağımız uygulamalar şunlardır.
- ✓ Yaranın klinik evresi saptanır. 3 ve 4. derece yaralar da.
- ✓ Günde bir kez sabah shiftinde veya kirlendikçe pansuman değişimi yapılır. .
- ✓ Yarada nekrotik doku varsa debride edilmesi sağlanır.
- ✓ Yara SF ile yukarıdan aşağıya yıkanır.
- ✓ Rif +Furacin meç yapılıp steril olarak kapatılır



ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	ANS.TL.001
Yayın Tarihi	21.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	8 / 14

- ✓ 2.derece yaralara silverdin veya bepanthen gibi epitalizasyonu artırıcı bir krem sürülür. 1.derece yaralar sadece SF ile yıkanarak bırakılır. Yara sulu veya kontamine olma olasılığı yüksek bir alanda ise SF ile yıkanıp furacin'le kapatılır.
- ✓ Yaradaki akıntı, koku, kanama gibi bulgular ya da yaradaki değişiklikler dekibüt formunun değerlendirme kısmına kaydı yapılır.
- ✓ 24 saat çalışan, hızlı sonuç veren klinik mikrobiyoloji laboratuvarı kullanılmaktadır.
- ✓ Uygun antibiyotik kullanımına dikkat edilmektedir.

10.TRANSFER ve KURUM DIŞI SEVK

Hastanın Devri Sırasında Yapılan İşlemler

Servise çıkacak olan hastanın gideceği servisten yatak sorgusu yapılır. Hasta yakınları aranarak hastanın durumu hakkında bilgi verilir. Hastanın şuuru açıksa hastaya bilgi verilir. Servise çıkan hasta için Hasta yakını gelmeden hasta yoğun bakım ünitesinden çıkarılmaz. Hastanın çıkışı sırasında doktor ve branş değişikliği olacaksa hastayı devralacak doktor yoğun bakım ünitesinde hastayı değerlendirir. Yoğun bakım günlük epikriz ve çıkış epikrizi hastayı tedavi eden doktor tarafından doldurulur.

Hasta genel durumuna uygun olarak sedyeye veya tekerlekli sandalyeye alınır. Hastanın hemşiresi tarafından ilgili servis hemşiresine bire bir hasta teslimi yapılır. Bu arada hastanın eğer varsa dolabında bulunan giysi ve özel eşyaları ve evden getirdiği kullandığı ilaçları hasta yakını ve hastayı teslim alan hemşiresine teslim edilir. Hastanın devri bilgisayar ortamında sekreter tarafından yapılır.

10.1.Hastane İçi Transfer

Acil Serviste veya klinikte genel durumu kötüleşip yoğun bakım ihtiyacı doğan hasta ilgili hekim/yoğun bakım hekimi tarafından yoğun bakım kabul kriterlerine uygun ise transfer kararı verir. Acil servis hemşiresi/sağlık memuru, klinik hemşiresi tarafından yoğun bakım hekimi/hemşiresi aranarak bilgi verilir. Hastanın tıbbi durumuna göre; transfer sırasında gerektiğinde kullanılmak üzere Acil Müdahale Seti hazırlanır, transport monitörü veya defibratör kullanılarak sürekli ritim takibi yapılır. Hasta tıbbi durumuna uygun olarak sedye ile yoğun bakım ünitesine taşıyıcı personel ve bir sağlık çalışanı refakatinde götürülür.

10.2.Ameliyathaneye Transfer

Ameliyat kararı verilmiş, yatış dosyası çıkarılan hasta için ameliyat öncesi hasta değerlendirme, tetkik ve tanı sonuçları, bulguları dosyaya kaydedilir. Hasta sedye ile getirilerek ameliyathaneye sağlık çalışanına teslim edilir. Hastanın durumu kritik ise bir sağlık çalışanı transfere eşlik eder. Ameliyat öncesi ve sonrası hasta teslimi sırasında, ameliyat sürecine ilişkin bilgiler sağlık çalışanı tarafından sağlık çalışanına sözlü ve yazılı olarak iletilmelidir.

10.3. Hastane Dışı Transfer ve Kurum Dışı Sevk

Hasta transfer kriterleri açısından değerlendirilir, kriterlerden herhangi biri sağlanamıyor ise hasta diğer bir kuruma transfer edilemez. Transferi sakıncalı olan hastalar;

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	ANS.TL.001
		Yayın Tarihi	21.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	9 / 14

- ✓ Hastanın hemodinami, solunumsal ve doku oksijenlenmesi yönlerinden stabilize olmaması,
- ✓ Aktif kanama mevcut olması,
- ✓ Transfer sırasında yeterli donanım sağlanamaması,
- ✓ Gideceği kurumdan hastanın bakım sürekliliği sağlanamamasıdır.

Yukarıda belirtilen kriterlerin dışında kalan hastalar ilgili kurumlara transfer edilebilir. Hasta için ihtiyaç olan hizmet karşılanamıyor ise ve transfer kriterlerine uymuyor ise bulunduğu birimde bakım ve tedavisine devam edilir, uygun olması beklenir.

Transfer kararı hastanın ilgili hekimi ve hasta – hasta yakınları tarafından verilir. İlgili hekim hasta -hasta yakınlarını transfer ve riskleri konusunda bilgilendirir ve transfer onayı alınır. Hasta- yakını doktorun tüm açıklama ve itirazlarına karşın başka bir kuruma transfer olmak istiyor ise hasta veya yakını dosyasına kendi el yazısıyla ayrılış isteğini yazar ve imzalar.

Yoğun bakımdan bir başka birime transfer edilecek hastaların nakil süreci içinde klinik duruma uygun olarak gerekli acil müdahale seti (oksijen tüpü, entübasyon seti, ambu v.s.) bulunmalıdır. Ayrıca nakil sürecinde gerekirse transport monitörü veya defibratör kullanılarak sürekli ritim takibi yapılır. Yoğun bakımda ventilatöre bağlı olan hasta sevk edilecekse transport ventilatörü kullanılarak transfer süresince solunum desteği sağlanır.

Hastanenin yoğun bakım biriminden görüntüleme merkezlerine transfer olacak hastalar için ilgili sağlık personeli görüntüleme merkezi ile telefonla iletişim kurarak işlem için randevu alır. Hasta sağlık personeli eşliğinde görüntüleme merkezine götürülür. Hastanın tıbbi durumuna göre; transfer sırasında gerektiğinde kullanılmak üzere Acil Müdahale Seti hazırlanır, transport monitörü veya defibrilatör kullanılarak sürekli ritim takibi yapılır.

Diyaliz Ünitesinde tedavi görecektir olan hastalar programa uygun olarak, ilgili sağlık personeli diyaliz merkezi ile telefonla iletişim kurarak işlem için randevu alır. Hasta sağlık personeli eşliğinde diyaliz merkezine götürülür. Hastanın tıbbi durumuna göre; transfer sırasında gerektiğinde kullanılmak üzere Acil Müdahale Seti hazırlanır, transport monitörü veya defibrilatör kullanılarak sürekli ritim takibi yapılır.

Nöbetçi doktor tarafından Yoğun Bakım çıkış notu (epikrizi) yazılır, imzalanır. Dosyaya konulur. Kurum dışı sevk olacak hastalarda, doktor hasta için yer ayarladıktan sonra 112 ile hasta transfer edilir.

10.4. Hasta Transferi Sırasında Kullanılacak Ekipmanlar

Transfer sırasında kullanılacak sedye ve tekerlekli sandalyelerin güvenli transferi sağlayabilmek için sedye kemerlerinin takılı tutulur. Özellikle hastalarda transfer esnasında oksijen tüpü ve acil müdahale seti bulundurulur. Hasta transferinde kullanılan araç ve gereçler (sedye, tekerlekli sandalye, ambulans, acil müdahale seti vs.) belirli aralıklarla kontrol edilir gerekli bakımı yapılarak kayıt altına alınır. Hastaya rahat bir pozisyon verilerek sedyenin kenarlıkları kaldırılır, sedyenin baş tarafı gidiş yönündedir. Hastanın üzerinin örtülü olmasına dikkat edilir. Transferler mutlaka sağlık personeli refakatinde yapılır.

11. TABURCULUK

Taburculuğu planlanan hastanın yakınlarına telefonla ulaşarak çıkışı hakkında bilgi verilir. Hasta yakını gelmeden hasta yoğun bakım ünitesinden çıkarılmaz. Yoğun bakım günlük epikriz ve çıkış epikrizi hastayı tedavi eden doktor tarafından doldurulur. Bu arada hastanın

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	ANS.TL.001
		Yayın Tarihi	21.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	10 / 14

eğer varsa dolabında bulunan giysi ve özel eşyaları ve evden getirdiği kullandığı ilaçları hasta yakınına teslim edilir. Sağlık personeli hasta üzerinde bulunan damar yolu vs. gibi invaziv işlemleri hatadan çıkarır. Monitörizasyonunu sonlandırır ve hasta yakınıyla birlikte hastaya kıyafetlerini giydirerek hastayı taburculuğa hazır hale getirir. Hastanın evde kullanıma devam edeceği ilaçları varsa doktor hasta reçetesini yapar önerilerini sunar ve sekreter tarafından sistem üzerinden taburculuk tamamlanır.

12. ENFEKSİYONLARIN KONTROLÜ VE İZLEMİ

Yoğun bakım ünitelerinde en sık olarak pnömoni, üriner sistem enfeksiyonları, bakteriyemi, sepsis, katater enfeksiyonları ve cerrahi alan enfeksiyonları görülmektedir.

12.1. Yoğun Bakımlarda Enfeksiyon Kontrolü

YBÜ'lerinde enfeksiyonları azaltmak birbiriyle yakın ilişkili işlem ve girişimlerle gerçekleştirilir.

İlgili kontrol önlemleri yakın ilişkili olmalı, konularla ilgili gerekli talimatlar ve prosedürler Hastane Enfeksiyon Komitesi tarafından hazırlanır ve tarafımızca uygulanır.

Bu amaçla;

- ✓ Uygun fiziki yapı sağlanmaya çalışılmaktadır.
- ✓ Yeterli hemşire ve sağlık personelinin bulunmasıyla ilgili çalışmalar yapılmaktadır.
- ✓ Sürveyans çalışmaları yapılır.
- ✓ Personel eğitimine önem verilir (el yıkama ve eldiven kullanma eğitimleri vb) .
- ✓ İzolasyon önlemleri alınır.
- ✓ Araç, gereç ve çevre dezenfeksiyonu/sterilizasyonu sağlanır.
- ✓ İnvazif alet, damar kateteri, üriner kateter, ventilatör uygulamaları bakım ve takibinde enfeksiyon kontrol önlemlerine uyum sağlanır.
- ✓ 24 saat çalışan, hızlı sonuç veren klinik mikrobiyoloji laboratuvarı kullanılmaktadır.
- ✓ Uygun antibiyotik kullanımına dikkat edilmektedir.

13. UYGUN FİZİKİ YAPI

Yoğun bakım üniteleri hastane mimarisinin gereklerine göre yapılmalı, uygun şekilde havalandırılmalıdır. Hasta yatağı başına yeterli alan yeterli lavabo ve izolasyon odası olmalı, temiz ve kirli alanlar ayrılmalı, iş akışı buna göre düzenlenmelidir.

14. YETERLİ SAYIDA HEMŞİRE VE SAĞLIK PERSONELİ

Seviyeye uygun hemşire ve sağlık personeli olmalı, 3. seviye bir YBÜ' sinde iki hasta yatağı için bir hemşire olmalı, sağlık çalışanı enfeksiyon kontrolü eğitimine alınmalı eğitim belirlenmiş dönemler halinde güncellenmelidir.

15.SÜRVEYANS

- ✓ Sürveyans, hastane enfeksiyonlarını takip edip saptamak, kayıt etmek, elde edilen veriler belirli dönemlerde analiz edip, uygun politikalar geliştirmektir.



ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	ANS.TL.001
Yayın Tarihi	21.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	11 / 14

- ✓ Sürveyans veri analizi için hastane epidemiyolojisi konusunda tecrübeli biri bulundurulmalıdır.
- ✓ Birim/kurum verileri ulusal ve uluslararası yoğun bakım verileriyle karşılaştırılıp yüksek enfeksiyon oranları durumunda gereken önlemler belirlenip alınmalıdır.
- ✓ Sürveyans verilerine göre yapı, tıbbi ekipman, sağlık personeli ve hastalar için idari kontrol ve önlemler alınabilir.

16.YAPISAL KONTROL VE ÖNLEMLER

- ✓ Hasta yatak başına uygun genişlikte alan sağlanmaktadır.
- ✓ İzolasyon odaları mevcuttur.
- ✓ Yeterli hemşire/personel temini sağlanmaktadır.
- ✓ Temizden kirliye belirlenmiş iş akışı gerçekleştirilmektedir.

16.1 Tıbbi Ekipman İçin İdari Kontrol Önlemleri

- ✓ Uygun araç ve gerecin sağlanması ve alet dezenfeksiyon, sterilizasyon ve kullanma talimatları düzenlenmektedir.

16.2.Sağlık Personeli İçin İdari Kontrol Önlemleri

- ✓ Sağlık personeline enfeksiyon kontrol eğitimi verilmektedir ve belli aralarla eğitimi güncellenmektedir.
- ✓ Hasta bakım kalitesi izlemi yapılmaktadır.

16.3. Hastalar İçin İdari Kontrol Önlemleri

- ✓ Sürveyans verileri analizi yapılmakta ve rapor edilmektedir,
- ✓ Hasta kabul/bakım ve izolasyon talimatları yerine getirilmektedir.

16.4.El Yıkama ve Eldiven Takılması

- ✓ Yoğun bakımda hasta ve çıkartlarıyla temas sık olduğundan hijyenik el yıkama önerilir.
- ✓ Yoğun bakımda bir hastadan diğerine geçerken eller hijyenik olarak yıkanmaktadır tercihen görünür kir yoksa alkol bazlı bir antiseptikle ovulmaktadır.
- ✓ Alkol bazlı antiseptikle ovma öncesi görünür kir varsa önce eller yıkanmaktadır.
- ✓ El yıkama uyumunu artırmak için sürekli eğitim ve izlemler yapılmaktadır.
- ✓ Gerekli sayıda lavabo, her hasta yatağı başına alkol bazlı antiseptik uygulama araçları temin edilmiştir.
- ✓ Bir hastadan diğerine geçerken, aynı hastada temiz ve kirli işlemler arasında eldivenler değiştirilmektedir. Eldiven takma öncesinde ve çıkardıktan sonra eller yıkanmalı veya alkol bazlı antiseptikle ovulmaktadır.

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	ANS.TL.001
		Yayın Tarihi	21.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	12 / 14

16.5.Eldiven Kullanılmasını Gerektiren Durumlar

- ✓ Kan ve kan ile kontamine sıvılarla temasta,
- ✓ Entübasyon,
- ✓ Endoskopi,
- ✓ Diş girişimleri,
- ✓ Yara irrigasyonu,
- ✓ Flebotomi, arteriyel girişim, vasküler kateter konması,
- ✓ Trakeostomi bakımı,
- ✓ Kullanılmış aletlerin temizlenmesi,
- ✓ Lomber ponksiyon, plevra, periton gibi boşlukların ponksiyonu.

16.6. İzolasyon Önlemleri

Standart koruma önlemlerine ek olarak;

- ✓ El yıkama, eldiven takma, maske, önlük giymek, gözlük takmak, uygun alet, araç gereç kullanım ve bakımı, kesici ve delici araç gereç kazalarından korunma önlemleri,
- ✓ MRSA, VRE, GSBL yapan enterik bakteriler, çok ilaca dirençli Pseudomonas veya Acinetobacter vb. kolonize veya enfekte olduğu saptanan hastalar izolasyon odasına alınır.

16.7. Temas Önlemleri

- ✓ Hastalar tek kişilik odalara alınır.
- ✓ Hastayla / çevresiyle temas öncesi steril olmayan eldiven giyilir.
- ✓ Hasta odasından çıkmadan önce eldivenler çıkarılır; eller antimikrobik bir ajanla yıkanır/alkol bazlı antiseptikle ovulur.
- ✓ Hastaya hizmet verirken eller kontamine (dışkı, yara akıntısı ile temas) olursa eldivenler değiştirilmeli.
- ✓ Hasta veya çevresi ile yoğun temas varsa steril olmayan bir önlük giyilir; hasta odasını terk etmeden önce çıkarılır.

16.8. Solunum Önlemleri

- ✓ Akciğer ve larenks tüberkülozu, kızamık, suçiçeği (dissemine zoster dahil), SARS, kuş gribi olan veya şüphesi olan izolasyon odasına alınır.
- ✓ Oda havası saatte 6-12 kez değiştirilir;
- ✓ Kapılar kapalı tutulur,
- ✓ Hasta odasına girerken N 95 maske takılır,
- ✓ Hasta başka birime nakledilirken cerrahi maske takılır.



ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI

Doküman Kodu	ANS.TL.001
Yayın Tarihi	21.04.2016
Revizyon Numarası	0
Revizyon Tarihi	0
Sayfa No	13 / 14

- ✓ MRSA, VRE, GSBL yapan enterik bakteriler, çok ilaca dirençli *Pseudomonas* veya *Acinetobacter* vb. kolonize veya enfekte olduğu saptanan hastalar izolasyon odasına alınır.

16.9.Araç, Gereç, Çevre Temizlik, Dezenfeksiyonu ve/veya Sterilizasyonu

- ✓ Yoğun bakımımızda ortak kullanılan kritik aletler önce uygun şekilde (dekontaminasyon) steril edilir. Yarı kritik aletler de dekontaminasyon işlemi sonrası yüksek düzey dezenfeksiyon işlemine tabi tutulur.
- ✓ Tek kullanımlık tıbbi aletler yeniden kullanılmamaktadır.
- ✓ Temizlik personeli konuyla ilgili eğitim almış olup eğitimleri güncellenmektedir.
- ✓ Çevre ve yüzey dezenfeksiyonunda yüksek düzey dezenfektan kullanılmamaktadır.
- ✓ Temizleme işlemi temiz alandan kirli alana doğru yapılmaktadır.

16.10. Klinik Mikrobiyoloji Laboratuvarı

Hızlı tanı, uygun antimikrobik tedavi için 24 saat hizmet veren klinik mikrobiyoloji laboratuvarımız mevcuttur

16.11. Antibiyotik Kullanılması

Akılcı olmayan, yaygın ve sık kullanma yoğun bakım ünitelerinde sorun yaratmaktadır. Belirli salgınlarda alınan tüm diğer kontrol önlemlerine rağmen antibiyotik kontrolü sağlanmadan başarılı olunamaz

Yoğun bakımda antibiyotik kullanılması ile ilgili sorunlar;

- ✓ Klinik mikrobiyolojik inceleme yapılmadan ampirik antimikrobik kullanımı,
- ✓ Enfeksiyon hastalıkları konsültasyonu yapılmaması, hastane flora ve direnç durumunu esas almayan antibiyotik kullanımı,
 - ✓ Gereksiz kombine antibiyotik tedavisi,
 - ✓ Gereksiz uzun süreli tedavi,
 - ✓ Profilaksi amacıyla antibiyotik kullanılması,
 - ✓ Antibiyotiklerin istenmeyen etkilerinin gözden kaçmasıdır.

17. REHABİLİTASYON SÜRECİ

Fizyolojik veya anatomik yetersizliği ve çevreye uyum zorluğu olan kişinin fiziksel, psikolojik, sosyal, mesleki, hobisel ve eğitsel potansiyelini en üst düzeye çıkartma süreci rehabilitasyon süreci olarak tanımlanır. Yoğun bakımda rehabilitasyon amacı; Kardiyopulmoner ve nörolojik fonksiyonları en iyi düzeye getirmek , Kas-iskelet sistemini korumak/iyileştirmek, Cilt bütünlüğünü korumak ve Yaşam kalitesini arttırmaktır.

Bu konuda ekip çalışması çok önemlidir. Hastanenin olanakları dahilinde yapmış olduğumuz uygulama, hekim, hemşire ve yardımcı personeller hasta için uygun olan ortamı sağlar.

	ANESTEZİ VE REANİMASYON ÇALIŞMA TALİMATI	Doküman Kodu	ANS.TL.001
		Yayın Tarihi	21.04.2016
		Revizyon Numarası	0
		Revizyon Tarihi	0
		Sayfa No	14 / 14

gerekirse hasta yakınıyla birlikte hastaya psikolojik desteğini artırır, fizik tedavi uygulanması gereken hastalar için hekim fizik tedavi uzmanlarından yardım ister ve fizik tedavi uzmanı yoğun bakımda çalışan hemşire ve hasta yakınlarına uygulanacak fizik tedavi eğitimini verir, günde en az iki kez olmak üzere uygulamaya geçilir.

18. TERMİNAL DÖNEM HASTA TAKİBİ

Bireyin yaşamının son günleri ya da son ayları terminal dönem olarak adlandırılır. Terminal dönemde hastalar da hasta yakınları da çok hassas dönemde oldukları için onlarla konuşmak ya da onlarla ilgili etrafta konuşmak çok hassasiyet gösteren bir durumdur. Yoğun bakım hastaları için eğer bilgi vermek gereken bir durum varsa hemşire ya da yardımcı personeller kesinlikle bilgi verme yetkisine sahip değildir. Hastalar ve hasta yakınları hassas dönemde olduğu için gereken bilgiyi uygun yöntemlerle ve mahremiyet çerçevesinde hekim verir. Bakım ya da tedavi aşamasında hastayı psikolojik ya da fiziksel olarak etkileyecek her türlü davranıştan kaçınılır.