

1.AMAÇ: Genel Yoğun Bakım ünitesinin genel işleyişinin planlanması, uygun şartların sağlanması, ilgili personele bildirilmesi ve gerçekleştirilmesi için işleyişin tanımlanması.

2. KAPSAM: Özel Farabi Hastanesi Genel Yoğun Bakım ünitesini kapsar.

3. SORUMLULAR:

- Başhekim
- Başhekim Yardımcısı
- G.Y.B Sorumlu Hekimi
- Başhemşire
- Enfeksiyon Hemşiresi
- G.Y.B Sorumlu Hemşiresi
- G.Y.B Çalışanları

4. TANIMLAR:

YOĞUN BAKIM: Bir ya da birden fazla organın geçici olarak yetersizliği nedeni ile vücudun aksamış olan fonksiyonlarının, esas neden olan durumun ortadan kalkıncaya kadar desteklenmesine, bu süreç içerisinde hastanın hayatta kalmasının sağlanmasına yönelik faaliyetleri kapsayan ve özellikle yapay solunum cihazı başta olmak üzere, her türlü cihaz ve teknolojiyi kullanan, bilgi ve yetenekleri buna uygun doktor ve hemşirelerin bulunduğu özel bir ünite dir.

5 UYGULAMA:

5.1. HASTANIN KABULÜ:

5.1.1. Genel yoğun bakım ünitesine hastaların kabul edildiği yerler:

- Acil servis
- Servisler (klinikler)
- Başka Hastaneler (acil servis aracılığıyla)

5.1.2. Genel yoğun bakım ünitesinin hasta kabul kriterleri:

- Yakın ve yoğun takip gerektiren hayati risk taşıyan hastalar (intoksikasyon, organ yetmezliği, hemodinamik bozukluklar vs)
- Solunum desteği (invaziv – noninvaziv) ihtiyacı olan bütün hastalar
- Yakın monitörizasyon takibi gerektiren hastalar (beyin cerrahisi, göğüs cerrahisi hastaları vs)
- Yeniden canlandırma yapılan hastalar
- Metabolik ve beslenme sorunu olan hastalar
- Bilinci kapalı yoğun takip ve tedavi gerektiren hastalar
- Potoperatif hayati risk taşıyan hastalar
- Multitравmalı hastalar
- Multiorgan yetmezliği olan hastalar
- Büyük ve uzun süren özellikli ameliyatların sonrası yakın takip gerektiren hastalar,

5.1.3. G.Y.B.Ü. Hastaların kabul edilmeden yatış öncesi işlemleri:

5.1.3.1. Hastanın yatışını yapacak hekim tarafından yoğun bakım yatak durumu, genel yoğun bakım ünitesi sorumlu doktoruna veya yoğun bakım hemşiresine sorgulanır, yatak durumuna göre hastanın yoğun bakım ünitesine kabulü planlanır.

5.1.3.2. Yoğun bakım ünitesine kabulü planlanan hasta için hastanın yatışını yapan doktor ile görüşülerek hastanın genel durumuna uygun olarak yatağı hazırlanır.(ventilatör kateterizasyonu vb.)

5.1.3.3. Hastanın, yoğun bakım ünitesine kabulüne kadar hastanın yatışını sağlayan ünitenin sağlık personeli ve yardımcı sağlık personeli hastaya refakat eder.

HAZIRLAYAN

**GENEL YOĞUN BAKIM
SORUMLU HEKİMİ**

KONTROL EDEN

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN

BAŞHEKİM

Doküman Kodu	FRB.YB.PR.01
Yayın Tarihi	21.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa Numarası	2/5

5.2. HASTA RIZASININ ALINMASI Hasta GYB'ye ulaştırılana dek "Hastane Giriş, Yatış Bilgilendirme ve Rıza Formu" özellikle doldurulmuş ve hasta ya da yakını tarafından imzalanmış olmalıdır.

5.3. HASTANIN NAKLİ:

5.3.1. Hasta yoğun bakım ünitesinden çıkış talimatlarına uygun hale geldiğinde servise nakli sağlanır.

Yoğun Bakım Çıkış Talimatları

- Solunum yetmezliği ortadan kalkan hastalar,
 - Şuuru açık, koopere olan hastalar,
 - Vital bulguları stabilleşen hastalar
 - Organ fonksiyonları normale dönen hastalar
- 5.3.2.** Başka hastanelere sevk edilecek hastaların, sevk işlemleri yapılarak ambulansla nakli sağlanır.
- 5.3.3.** Hastanın taburculuğunda yapılan işlemleri:
- Klinik doktoru tarafından taburculuğuna karar verilen hastaların yakınlarına telefonla ulaşılarak hastanın çıkışı hakkında bilgi verilir.
 - Hasta taburcu ve eğitim formu doldurulur, hastaya verilir.
 - Medikal tedavisi ve diyet programı hekim tarafından düzenlenen hastaya gerekli eğitim verilerek taburcu olması sağlanır.
 - Hastanın bilgisayardan ve protokol defterinden çıkışı yapılır.

5.3.4. Beyin ölümü gerçekleşen hastalar hastanemizde bulunan organ nakli komitesine bildirilir.

5.3.5. Hasta exitus oldu ise ex protokollerine uygun şekilde işlemler yapılır ve morga gönderilir.

6. KLİNİK SÜREÇLER:

Genel yoğun bakım ünitesinde 5+1 yatak bulunmaktadır. 7 gün 24 saat hasta kriterlerine uygun, hastaların kabulü ve takibi yapılır.

6.1. Monitorizasyonu:

6.1.1. Hasta genel yoğun bakıma ilk geldiğinde giysileri ve üzerindeki takı ve benzeri malzemeleri çıkartılır. Hastaya ait giysileri, değerli eşya ve takıları (para, anahtar, altın, cüzdan) hasta yakınlarına bir tutanakla teslim edilir.

6.1.2. Hastanın göğsüne elektrotlar uygun bir şekilde yapıştırılır. NİBP manşonu, Pulseoksimetre probu parmağına takılarak monitorize edilir.

6.1.3. Hastanın solunumu değerlendirilir. Oksijen ihtiyacı varsa, oksijen inhalasyonu başlanır.

6.1.4. Damar yolu yok ise damar yolu açılır, damar yolu açık gelmiş ise damar yolunun efektif çalışıp çalışmadığı kontrol edilir gerekirse yeni bir damar yolu açılır.

6.1.5. Hastadan tetkikler istenmiş ise kan örneği alınır uygun tüplere konularak bilgisayardan giriş yapılarak laboratuvara gönderilir.

6.1.6. Hastaya gerekli ise ve hastanın durumuna göre foley sonda veya prezervatif sonda takılır.

6.1.7. Hastanın başlangıç vital bulguları alınır, bilinci değerlendirilir.

6.1.8. Doktorun belirlediği order, hasta takip formuna geçirilir, tedavi saatleri düzenlenir. Ordere uygun şekilde tedavi ve infüzyonları hazırlanarak takılır.

6.1.9. Hastanın durumunun aciliyetine göre hastanın tedavisini yoğun bakım ünitesi içinde bulunan ilaçlarla başlanır. Eğer ilaç yok ise bilgisayar üzerinden hastane eczanesine istem yapılarak getirilir.

6.1.10. Hemşirelik süreci tanımlama formu doldurulur.

6.1.11. Düşme riski değerlendirme formu doldurulur.

6.1.12. Hastanın vital bulguları saatlik alınarak, hasta takip formuna yazılır.

6.1.13. Hastaya konsültasyon istenmiş ise, gerekli birimlerle iletişime geçilerek konsültasyonun yapılması sağlanır. Konsültasyon bilgisayara girilerek ücretlendirme ilgili hekime işlenir.

6.1.14. Hastanın röntgen, ultrason tomografi, mr, vs. görüntüleme tetkikleri için ilgili birimlerle bağlantı kurulur, istem kağıdı hekim tarafından doldurulur. İşlem bilgisayara girilerek hastanın durumuna uygun olarak yerinde yada görüntüleme merkezinde işlem yapılır.

6.1.15. Hasta takip formunda bulunan hastanın sistem tanımlaması sorgusu her vardiyada bir kez nöbetçi hemşire tarafından yapılır. Buna uygun hemşirelik bakım planı planlanarak uygulanır, hasta takip formuna kayıt edilir (ağız bakımı, el-yüz bakımı, vücut bakımı, ent.tüp bakımı, kataterlerin bakımı, pozisyon, potural drenaj, dekübit, ödem, aspirasyon)

HAZIRLAYAN

**GENEL YOĞUN BAKIM
SORUMLU HEKİMİ**

KONTROL EDEN

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN

BAŞHEKİM

6.1.16. Her hasta için bası yarası değerlendirme formu doldurulur. Bası yarasının derecesine ve doktor istemine göre bakımı planlanır ve yapılır.

6.1.17. Kontrole tabii ilaçlar, nöbet tesliminden önce kontrol edilerek Narkotik - Aneztezik - Psikotrop – Trombolitik ilaç devir teslim defterine kayıt edilir.

6.1.18. Nöbet değişimi sırasında nöbeti devreden hemşire, nöbeti devralan hemşirelere hastaları yatak başında vizit yaparak devreder. Hemşire nöbet teslim defteri doldurularak nöbet teslim edilir.

6.2. Ventilatördeki hastanın izlemi:

6.2.1. Yoğun bakım ünitesinde entübasyon işlemi, hastanın gereksiniminin olduğu acil şartlarda veya elektif olarak yapılır. Bununla ilgili kararı anestezi uzmanı değerlendirir.

Entübasyonu gerektiren hastaya ilişkin kriterler:

- Nöromusküler fonksiyon bozuklukları
- Santral sinir sistemine ait patolojiler
- Respirasyonda yetersizlik
- Kardiyopulmoner arrest

Hastanın entübasyonuna hastanın muayene ve kan gazları değerlendirilerek karar verilir. Hastada hipoksi şartları gelişmişse, buna ilişkin(taşıpne, dispne, taşikardi, siyanoz, bilinç bozukluğu dezoryantasyon, konfüzyon şuurda kapanma)

Elektif entübasyon:

- Postop dönem
- Serebral dönem

Entübasyona karar vermek için arteriyel kan gazı değerlendirmesinde aşağıdaki parametreler dikkate alınır:

Pa O₂ <55 mmHg. FiO₂:0.21 iken
Pa CO₂>45 mmHg. ve üstünde seyretmesi
PH < 7,25 ve altında seyretmesi

- Hastanın mekanik ventilatöre bağlanması, hastayı tedavi eden doktoru ve anestezi uzmanı tarafından, birlikte değerlendirildikten sonra, anestezi uzmanı tarafından gerçekleştirilir.
- Hastanın durumuna uygun ventilasyon modu seçilir.
- Solunum sesleri değerlendirilir, göğüs hareketlerini ventilatöre uyumu gözlenir.
- Gerektiğçe aspirasyon yapılır, her şifitte hastayı teslim alan hemşire yatak başı panelde bulunan merkezi sistem aspiratörü kontrol eder.
- Pulseoksimetre ile hastanın oksijen saturasyonu takip edilir.
- Elektrolit takibi yapılır.
- Alığı çıkardığı izlenir.
- Gerektiğinde kan gazı kontrolü yapılır.
- Gerektiğinde sedasyon uygulanır.
- Sık pozisyon verilir.
- Respiratöre ait parametreler saatte bir hasta takip formuna kayıt edilir.

Enfeksiyon riskini minimuma indirmek için:

- Hasta steril tekniğe uygun şekilde aspire edilir.
- Ventilatörün bakımı ve devrelerinin değişimi belirli aralıklarla yapılır.
- Hava yolunu nemlendirmek için, nemlendirici ve bakteri filtresi kullanılır.

6.3. Sedasyon ve analjezi uygulanması:

- Yoğun bakım ünitelerinde hastaların;
- Ajitasyon ve anksiyetelerin giderilmesinde sakinleşmelerini sağlamak.
- Yapılan tedavi ve girişimlerin daha kolay tolere edilebilmesi için sedatif ilaçlar kullanılır.
- Yoğun bakım ünitelerinde sedasyon oluşturmak amacıyla;

HAZIRLAYAN

**GENEL YOĞUN BAKIM
SORUMLU HEKİMİ**

KONTROL EDEN

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN

BAŞHEKİM

- Benzodiazopinler
- Midazolol
- Propofal
- Nöro-epileptikler kullanılmaktadır.
- Hastanın nöromusküler blokajı ve sedasyonu gerektiği takdirde anestezi uzmanı tarafından planlanır ve takip edilir.

6.4 Ventilatördeki hastanın extübasyon süreci;

- Klinik durum;
- Kardiyovasküler durum stabil ise
- Abdominal distansiyon yoksa
- Metabolik bozukluk yoksa
- Solunum hareketlerinde koordinasyon bozukluğu yoksa
- Öksürük ve yutkunma refleksi yeterli ise
Solunum kriterleri;
- Vital kapasite (ml/kg.)>5
- İnspirasyon gücü (cm H₂O) <-10
- PH>7.30
- Solunum sayısı/dk.<45

Dakika ventilasyonu (1/dk)<18

Hastanın mekanik ventilasyon desteğinden ayrılması T parçası ile spontan solunum ce CPAP-PSV monu ile olur. T parçası ile hastanın ventilatörden periyodik ayrılması ve nemli oksijen verilmesini gerektirir. Her defasında ventilatörden ayrılma süresi uzatılır ve akciğer fonksiyonlarının spontan ölçümleri tekrarlanır.

- Extübasyona uygun olan hastaya extübasyona en erken sürede başlanmalıdır.
- Hastanın şuuru açık ise hasta mutlaka bilgilendirilmelidir.
- Hasta ventilatörden ayırma moduna alınır.
- Vital bulgular ve kan gazları örneği ile hastanın genel durumu değerlendirilmelidir.
- Extübasyonda kullanılacak nemli oksijen sistemi hazırlanmalıdır.
- Entübasyon malzemeleri ve acil arabası hastanın başında hazır edilmelidir.
- Hasta aspire edilerek extübasyonu sağlanmalıdır.
- Oksijen saturasyonu solunum sesleri ve göğüs hareketleri yakın takip edilmelidir.
- Extübasyon tarih ve saati hemşire hasta takip formuna not edilmelidir.

6.5. Hastaların Mortalite Riski Açısından Değerlendirilmesi:

Yoğun bakıma yatışı yapılan tüm hastalar ilk 24 saat içinde Genel Yoğun Bakımdan sorumlu Anestezi Hekimi, KVC Yoğun Bakımdan Sorumlu Kalp Damar Cerrahisi tarafından hastalık şiddeti skorları ile değerlendirilir. Genel yoğun bakımda **APACHE II**. Skor, Kalp Damar Cerrahi Yoğun Bakımda **EUROSCORE** kullanılır.

Genel Yoğun Bakımdan sorumlu Anestezi Hekimi bilgisayar üzerinden hastanın APACHE II skorunu ve Beklenen Ölüm Oranını hesaplar. Sonuçlar hasta dosyasına kaydedilir.

Her ay Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite Oranı Veri Toplama Formu ile veriler hasta dosyası üzerinde toplanır.

Veri toplama formu ile toplanan veriler 3 aylık periyotlarla analiz edilerek Yoğun Bakım Ünitesi Mortalite oranına ulaşılır.

Ayrıca tahmini mortalite oranı karşılaştırması yapılarak beklenen değerlerden farklı bir sonuç çıkarsa ilgili bölüm hekimleri ile görüşülür ve Kök Neden Analizi yapılır.

6.6. Bası yarası takibi: Hastanemizde bası yarası Bası Yarası Risk Tahmini Ölçeği ile yapılmaktadır.

- Risk ölçüsünde değerlendirilen puan 15-16 ise düşük risklidir, haftada bir bası yarası değerlendirilir, dekübit bakım talimatı uygulanır.
- 13-14 puan ise orta risklidir. Bu durumda 48-72 saatte bir bası yarası değerlendirilir ve dekübit bakım talimatı uygulanır.

HAZIRLAYAN**GENEL YOĞUN BAKIM
SORUMLU HEKİMİ****KONTROL EDEN****KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ****ONAYLAYAN****BAŞHEKİM**



GENEL YOĞUN BAKIM İŞLEYİŞ PROSEDÜRÜ

Doküman Kodu	FRB.YB.PR.01
Yayın Tarihi	21.10.2016
Revizyon Numarası	00
Revizyon Tarihi	-
Sayfa Numarası	5/5

- 12-16 puan ise yüksek risklidir. Her gün bası yarası riski değerlendirilir, dekübit bakım talimatı uygulanır.
- Hasta yataklarının tümüne havalı yatak serilir.

6.7. Enfeksiyonların kontrolü izlenmesini kapsamalıdır: Yoğun bakım enfeksiyon kontrolü, hastane enfeksiyon komitesi ile birlikte takip edilir.

- Hasta acilden gelmiş ise, 24 saat sonra idrar kültürü alınır. Entübe ise trakial aspirat kültürü kültür kabına alınır, bilgisayardan işlemi yapılarak laboratuvara gönderilir.
- Hasta servisten gelmiş ise, idrar kültürü hemen alınır. Entübe ise, trakial aspirat kültürü kültür kabına alınarak ve bilgisayardan işlemi yapılarak laboratuvara gönderilir.
- Genel yoğun bakım servisinde yatan hastaların ateşi 38c ve üzeri ise, kan kültürü kan kültür şişesine alınarak ve bilgisayardan işlemi yapılarak laboratuvara gönderilir.
- Genel yoğun bakımda haftada bir gün rektal sürüntü, haftada bir gün ise kan kültürü alınır.
- Her hangi bir enfeksiyon varlığında hastanemizde kullanılan özellikli hasta (izolasyon yöntemi ve düşme riski) figürleri kullanılır ve gerekli izolasyon protokollerine uyulur. Hastaya uygulanacak antibiyotik tedavisi enfeksiyon hastalıkları uzmanı ile konsülte edilerek belirlenir.

7. İLGİLİ DOKÜMANLAR:

- 7.1. Narkotik ilaç devir teslim defteri
- 7.2. Yoğun Bakım Hasta Takip defteri

HAZIRLAYAN

**GENEL YOĞUN BAKIM
SORUMLU HEKİMİ**

KONTROL EDEN

KALİTE YÖNETİM DİREKTÖRÜ

ONAYLAYAN

BAŞHEKİM