# 1.0 AMAÇ

Suruç Devlet Hastanesinde hizmet almak ve hizmet vermek için gelen tüm hasta, hasta yakınlarının personelimizin ve onları ziyaret amacı ile gelen ziyaretçilerinin düşmelerini önleyerek olası kazalardan korumak, hastane iç ve dış bütün alanlarında meydana gelebilecek düşme risklerini tespit ederek, iyileştirici önlemleri almak, düşmelerden kaynaklanabilecek zarar görme risklerini azaltmak, [düşmeye](http://www.tumgazeteler.com/haberleri/dusmeye/) bağlı daha uzun süre hastanede yatışları, sakat kalmaları ölümleri engellemektir.

# 2.0 KAPSAM

Suruç Devlet Hastanesinde ki hastaları, hasta yakınları ve tüm hastane çalışanlarını kapsar.

# 3.0 KISALTMALAR

**HBYS:** Hastane Bilgi Yönetim Sistemi **HHSS:** Hasta Hata Sınıflandırma Sistemi

# 4.0 TANIMLAR

**Düşme:** Bir kişinin istemeden, amaçlamaksızın; oturur, yatar veya ayakta durur halde iken zeminde bulunma durumuna geçişi olarak tanımlanır yada şiddetli vurma veya maksatlı hareketlerin dışında aniden, kontrol edilemeyen, istemsiz bir şekilde vücudun bir yerden başka bir yere ya da diğer nesnelere doğru yer çekiminin etkisi ile hareket etmesidir. Bireyin durduğu, bulunduğu, tutunduğu yerden ayrılarak veya dayanağını, dengesini yitirerek yukarıdan aşağıya doğru inmesidir.

**Tanıksız Düşme:** Hasta veya çalışanın yerde bulunması ve düşen kişinin ne şekilde düştüğü veya orada bulunduğunun gerek düşenin kendisi gerekse de çevresindeki herhangi bir kişi tarafından bilinmemesi durumudur.

**İçsel (Kişiye ait) nedenler:** Kişinin fizyolojik durumu nedeniyle ortaya çıkan risk faktörleridir.

**Dışsal (Çevreye ait) nedenler:** Kişinin çevresinden kaynaklanan risk faktörleridir.

**Öngörülebilir nedenler:** Kişinin değerlendirilmesi sırasında oluşması beklenen risk faktörleridir.

**Öngörülemeyen nedenler:** Kişinin değerlendirilmesi sırasında oluşması beklenmeyen risk faktörleridir.

**Dört Yapraklı Yonca Figürü:** Düşme riski yüksek olan hastalarda kullanılan figürdür.

**Hemşirelik Süreci Hasta Tanılama Formu:** Hastanın servise ilk yatışında yapılan hasta ön değerlendirme formu,

**İtaki II Ölçeği:**18 yaş üzeri yetişkin hastalarda Düşme Riski Değerlendirme ölçeği

**Harizmi II Ölçeği:,** 0-18 yaş arasındaki hastalarda Düşme Riski Değerlendirme ölçeği

# 5.0 SORUMLULAR

|  |
| --- |
| * **Başhekim** |
| * **Hastaneler Başmüdür V.** |
| * **Kalite Koordinatörlüğü** |
| * **Başhemşirelik** |
| * **Doktorlar, Hemşireler Ve Tüm Çalışanlar** |

* 1. **FAALİYET AKIŞI**

# DÜŞME RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ

* 1. **HASTA DÜŞME RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ**

# DÜŞME RİSK DEĞERLENDİRME SKALASI VE BİLGİLENDİRME TABLOLARININ KULLANIMI

* 1. **DÜŞME RİSKİNİ AZALTMAK İÇİN ALINACAK ÖNLEMLER**

# DOĞRUDAN DÜŞME RİSKİ YÜKSEK KABUL EDİLECEK HASTALAR

* 1. **ALINAN TÜM TEDBİRLERE RAĞMEN DÜŞEN HASTADA**

# DÜŞME OLAYI BİLDİRİMİ

* 1. **DÜŞME RİSK FAKTÖRLERİNİN BELİRLENMESİ**
     1. **Dışsal Faktörler (Extrinsic):** Fiziksel çevreden kaynaklanan faktörlerdir.

# Öngörülebilen Dışsal Faktörler

* Çevre (ıslak, kaygan zemin, dağınık oda, az aydınlatma, yetersiz parmaklık desteği, tek renkli renk tasarım, yüksek kapı eşiği, kablo, basamak vb. engellerin varlığı gibi).
* Yürürken ayağın takılacağı çıkıntı, basamak ve engellerin varlığı,
* Ayakkabı, terliğin giyilmemesi ya da uygunsuz olması,
* Alçak tuvalet veya tuvalet yükselticinin - tutunma kollarının bulunmaması,
* Tuvaletin odanın dışında olması, sık veya acil tuvalete gitme,
* Yatak ya da sandalyelerin tekerleklerinin bozuk olması,
* Hastaya bağlı bakım ekipmanlarının bulunması,
* Yatış süresinin uzunluğu,
* Güvenilir olmayan veya hasarlı ekipman kullanımı (sabit olmayan serum askısı, yatak yan korkuluğu gibi),
* Çocuk hastaların yaşına uygun yatak kullanılmaması,
* Deri yüzeyine yağlı, nemlendirici, kayganlaştırıcı harici ilaç veya tıbbi banyo uygulamaları,
* Çoklu ilaç kullanımı,
* Riskli olduğu bilinen (Psikotroplar, Narkotikler, Barbitüratlar, Kemoterapötikler, Nöroleptikler, Sedatifler, Antidepresanlar, Antihipertansifler, Laksatifler/Diüretikler, Antidiyabetikler) ilaç kullanımı,
* Sağlık hizmeti verenler arasında etkin iletişimin sağlanamaması,
* Hastanın düşme riskinin değerlendirilmemesi,
* Düşme riski için yeterli önlem alınmaması,
* Hasta ve hasta yakınını bilgilendirmeme ve eğitim eksikliği,
* Kısıtlamalar (yan trabzanların yüksek pozisyonda olması da dahil,)
* Hasta yatağının, sedyenin, ameliyat masasının yüksek olması veya aynı düzeyde olmaması transfer sırasında düşmeye neden olabilir.

# Öngörülemeyen/ Dışsal Nedenler

* İlaçlara karşı gelişen (kişisel) beklenmeyen reaksiyonlar
  + 1. **İçsel Faktörler (İntrinsic):** Kişinin fizyolojik durumundan kaynaklanan faktörler.

# Öngörülebilir/İçsel Nedenler

* + - * 65 yaş üzeri olmak
      * Son 1 ayda düşme hikayesi olan hastalar
      * Mental durumu değişmiş hastalar
      * Bilinç kaybı, hareket, denge, kuvvet bozuklukları öyküsü
      * Baş dönmesi, vertigo öyküsü
      * Postural hipotansiyon öyküsü
      * Hastanın ajite olması
      * Kronik hastalık öyküsü
      * İnkontinans öyküsü
      * Osteoporoz öyküsü
      * Görme bozukluğu öyküsü
      * Algılama bozukluğu öyküsü
      * Mental yetersizlik öyküsü
      * Hastanın beceri eksikliği olması
      * Hastanın dikkat eksikliği olması (Ameliyat anksiyetesi, yabancı hastane ortamı kaynaklı durumlar gibi)

# Öngörülemeyen/İçsel Nedenler

* + - * Senkoplar
      * Kardiyak aritmiler
      * Myokard enfarktüsü
      * Serebrovasküler atak gibi hastanın ihtiyaçlarını yardımsız yapabileceğini düşünerek haber vermemesi

# HASTA DÜŞME RİSKLERİNİN DEĞERLENDİRİLMESİ

* + 1. **Ayaktan Hastalarda Düşme Riski Değerlendirilmesi**

Poliklinik hizmetlerinde ve ayaktan tedavi gören hastalarda düşme riski taşıyan hastaların belirlenmesi

* + - * yaşlı ve ayakta duramayan hastalar,
      * Bebek ve çocuklar (her yaş grubu),
      * Solunum zorluğu, aşırı terleme veya solukluk fark edilen hastalar,
      * Psikiyatri hastaları,
      * Bedensel özürlü hastalar ve protez kullanan hastalar,
      * Aç veya ağrısı olduğu hakkında bilgi verilen hastalar olası düşme riski açısından belirlenmeye çalışılır. Acil girişimlere daima öncelik tanımak koşulu ile bu hastaların işlemleri için bekletilmemesine çalışılır.

Poliklinik ve ayaktan tedavi alan hastalara düşme riski değerlendirmesi

* + - * Poliklinik ve ayaktan tedavi alan hastalara düşme riski değerlendirmesi yapılır.
      * Düşme riski değerlendirmesi yapılan poliklinik ve ayaktan tedavi alan hasta alanları;
      * Diyaliz Ünitesi
      * Nöroloji Polikliniği
      * Günübirlik Cerrahi
      * Kardiyopulmoner Rehabilitasyon Ünitesi
      * Fizik Tedavi Polikliniği
      * Acil Servis

# Yatan Hastaların Klinik Durumuna Göre Düşme Riski Değerlendirmesinin Yapılması ve Tekrarlanması Gereken Durumlar

Hasta kliniğe yattığı zaman ilgili klinik hemşiresi tarafından hasta ile ilgili bilgileri içeren kayıtlar hasta veya yakınından alınarak, hastanın yaşı, genel tıbbi öyküsü, tanıları, bilinç durumu, genel durumu, yetileri, kullandığı ilaçlar, hasta bakım ekipmanları ve yatak-çevre özellikleri ile destek gereksinimleri vb. göz önüne alınarak **yaş grubuna uygun** “Düşme Riski Ölçeği” ile düşme riski değerlendirmesi yapılır ve gerekli önlemler alınır.

Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirilmesi yapılmalı ve her defasında HBYS üzerinden yeni kayıt oluşturulmalıdır..

* **İlk Değerlendirme** (Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde hastanın yatışını takiben en kısa sürede yatışı yapan hemşire tarafından yapılır.
* **Post-Op Dönem** (Cerrahi işlemler sonrasında hastayı karşılan hemşire tarafından Düşme Riski Ölçeği tekrarlanır.)
* **Hasta Düşmesi** (Düşme sonrasında hemşire tarafından Düşme Riski Ölçeği tekrarlanır. )
* **Bölüm Değişikliği** (Transfer esnasında: Kurum içinde bir üniteden başka bir üniteye veya başka bir kuruma transfer edilmeden önce Düşme Riski Ölçeği tekrarlanır)
* **Durum Değişikliği** (Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde: Fizyolojik, fonksiyonel ya da bilimsel nedenlerde Düşme Riski Ölçeği tekrarlanır. )
* Uzun süre yatan hastalarda Skor değerlendirme sıklığı haftada bir tekrar edilir

# DÜŞME RİSK DEĞERLENDİRME SKALASI VE BİLGİLENDİRME TABLOLARININ KULLANIMI

**Harizmi II Düşme Riski Ölçeği**: 0 yaş ile 18 yaş arası hastalar için kullanılır.

**İtaki II Düşme Riski Ölçeği**: 18 yaş üzeri hastalarda kullanılır.

# Harizmi II Düşme Riski Ölçeği İle Düşme Riskinin Değerlendirilmesi

* Çocuk hastalar düşme riski açısından yetişkin hastalara göre daha risklidir.
* Düşmelerin önlenmesi için tüm çocuk hastalar, riskli kabul edip gerekli her türlü önlem alınır.
* Harizmi II Düşme Riski Ölçeği; 0-18 yaş aralığındaki yatan hastalar için kullanılır.
* Harizmi II Düşme Riski Ölçeği ile değerlendirme HBYS üzerinden “Listeler ve Skalalar” sekmesinden yapılmaktadır.
* Düşme riski değerlendirmesi şu durumlarda gerçekleştirilir:
  + Yatan hastaların bölüme ilk kabulünde( İlk Değerlendirme)
  + Post-Operatif Dönemde
  + Bölüm Değişikliğide
  + Hasta Düşmesi durumunda
  + Risk faktörleri kapsamındaki durum değişikliklerinde

Değerlendirme sırasında dikkate alınan ölçütler ve puan karşılıkları aşağıdaki tablolarda (Tablo 1-2) belirtilmiştir:

# Harizmi II düşme ölçeği kullanımı

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HARİZMİ II DÜŞME RİSK ÖLÇEĞİ** | Tarih |  |
| Hastanın Adı Soyadı |  |
| Yaşı |  |
| Yattığı Bölüm |  |

**Değerlendirme Gerekçesi/Numarası**

İlk Değerlendirme Post- Operatif Dönemde Bölüm Değişikliğinde Hasta Düşmesi Durum değişikliği



# Tablo 1: Harizmi II Düşme Riski Ölçeği

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **HARİZMİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ(0-18 Yaş )** | | |
| **PARAMETRELER** | **RİSK FAKTÖRLERİ** | **PUAN** |
| **YAŞ** | 0- 3 yaş | **4** |
| 4-7 yaş | **3** |
| 8-11 yaş | **2** |
| 12-18 yaş | **1** |
| **DÜŞME ÖYKÜSÜ** | Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var. | **2** |
| **HASTALIKLAR**  **(Epilepsi, Mental Retardasyon, Konvülsiyon, Denge bozukluğu, Kooperasyon bozukluğu, Solunum hastalıkları, Senkop/baş dönmesi,**  **Ajitasyon)** | Hastalıklardan 1 veya 2 tanesi bulunmaktadır. | **1** |
| Hastalıklardan 3 veya daha fazlası bulunmaktadır. | **2** |
| **GÖRME DURUMU** | Görme durumu zayıf (gözlük kullanıyor vb.) | **2** |
| İleri derecede görme engeli var. | **10** |
| **İLAÇ(Hipnotikler, Barbitüratlar, Nöroleptikler, Antidepresanlar, Sedatif**l**er,**  **Antihipertansifler)** | Son 1 hafta içinde 1 veya daha fazla riskli ilaç kullanımı var. | **2** |
| **EKİPMAN VARLIĞI**  **(IV İnfüzyon, Solunum Cihazı, Kalıcı kateter, Dren, Perfüzatör, Pacemaker vb.)** | Hastaya bağlı 2 veya daha fazla bakım ekipmanı var. | **2** |
| **YÜRÜME VE DENGE**  **Yürüteç, Koltuk değneği, Kişi desteği vb.)** | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe ihtiyacı var. | **10** |
| **SEDASYON/ANESTEZİ** | Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 24 saatlik dönemde | **3** |
| Hasta post-op/sedasyon/anestezi ilk 48 saatlik dönemde | **1** |
| **MENTAL DURUM** | Oryantasyon bozuk (konfüze, disoryante, deliryum vb) | **3** |
| **YAŞAM BULGULARI** | Unstabil | **3** |
| **DİĞER** | Hasta uygun yatakta yatırılmıyor. | **2** |
| Ailenin düşme riski konusunda eğitim/bilgilendirme ihtiyacı var. | **2** |
| **TOPLAM PUAN** | |  |

**RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TAPLOSU**

|  |  |
| --- | --- |
| **DÜŞÜK RİSK** | Toplam skor 0-9 Puan Arasında |
| **YÜKSEK RİSK** | Toplam skor 10 PUAN VE üstünde (Düşen İnsan Figürü) |

|  |  |
| --- | --- |
| **HARİZMİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU** | |
| **Nörolojik Hastalıklar /Semptomlar** | * Epilepsi * Mental retardasyon * Konvülsiyon * Denge bozukluğu * Kooperasyon bozukluğu vb. |
| **Oksijenlenme Değişikliği** | * Solunum hastalıkları * Dehidratasyon * Anemi * Anoreksi * Senkop * Baş dönmesi * Asidoz * Ödem * Hipotansiyon vd. |
| **Düşme Riski Açısından Özellikli Hastalık / Semptomlar** | * Cam kemik hastalığı * Hemofili * Trombositopeni * İdyopatik trombositopenik purpura |
| **Hastanenin yönetimi tarafından hastanın yaşına, genel durumuna, boy-kilo vb. Özelliklere göre uygun yatak tanımlanması yapılmalı** | |
| **Hasta Bakım Ekipmanları** | * IV infüzyon seti * Göğüs tüpü * Pacemaker * Solunum destek cihazı * Dren * Kalıcı katater * Perfüzatör * Diğer |

|  |  |
| --- | --- |
| **Ayaktan/yürürken fiziksel desteğe(yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyaç durumu yürüme kabiliyetini edinmiş hastalarda değerlendirilir.** | |
| **Riskli İlaçlar** | * **Hipnotikler** * **Barbitüratlar** * **Narkotikler** * **Antidepresanlar** * **Diüretik/Laktasitler** * **Kemoterapötikler** * **Sadatifler** * **Antihipertansifler** * **Antidiyabetikler** |

* **Yüksek Düşme Riski:** Toplam puan **10 ve üstünde** olan hastalar yüksek riskli kabul edilir.
* Yüksek riskli hastaları ayırt etmek ve gerekli önlemleri almak için düşme riski yüksek hastalarda "**Düşen İnsan** " figürü kullanılır. "**Düşen İnsan** " figürü hasta odasının giriş kapısında

bulundurulmalıdır. Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda, yüksek düşme riski olan çocuk hastayı tanımlamak için, figür hastanın bulunduğu odada yatak başına da ayrıca asılır.

* 2. ve 3. Derece YBÜ yatmakta olan tüm hastalar ile 0-3 yaş bebek ve çocuk hastalar, düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemler alınır.
* Değerlendirme sonucunda, düşme riski tespit edilen (var olan) risk faktörlerine ve risk düzeyine göre önlem alınır.
* Düşme riski tanımlayıcısı(**Düşen İnsan)** hasta transferinde de kullanılır.

# İtaki II Düşme Riski Ölçeği İle Düşme Riskinin Değerlendirilmesi

* İtaki II Düşme Riski Ölçeği; 18 yaş üzerindeki yatan hastalar için kullanılır.
* İtaki II Düşme Riski Ölçeği ile değerlendirme HBYS üzerinden “Listeler ve Skalalar” sekmesinden yapılmaktadır.

Aşağıda belirtilen beş durumda düşme riski değerlendirilmesi yapılmalı ve her defasında HBYS üzerinden yeni kayıt oluşturulmalıdır.

* + İlk Değerlendirme
  + Post-Operatif Dönem
  + Hasta Düşmesi
  + Bölüm Değişikliği
  + Durum Değişikliğinde

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ** | Hastanın Adı Soyadı |  |
| Yattığı Bölüm(servis) |  |
| Risk Değerlendirme Tarihi |  |
| Hastanın yaşı |  |
| Hastanın Cinsiyeti |  |

# Değerlendirme Gerekçesi

İlk Değerlendirme



Post- Operatif Dönemde Bölüm Değişikliğimde Hasta Düşmesi

Durum değişikliklerinde

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| **İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ(18 Yaş Üstü)** | | |
| **PARAMETRELER** | **RİSK FAKTÖRLERİ** | **Puan** |
| **YAŞ** | 60-69 | **1** |
| 70-79 | **2** |
| 80 ve üstü | **3** |
| **BİLİNÇ DURUMU** | Bilinci kapal | **1** |
| Bilinç bozukluğu var (Konfüze, laterjik vb.) | **2** |
| **DÜŞME HİKAYESİ** | Son 6 ay içerisinde düşme öyküsü var | **3** |
| **HASTALIKLAR/KOMORBİ DİTELER**  **(Hipotansiyon, vertigo, serebrovasküler hastalık,parkinson hastalığı, uzuv kaybı, nöbet, artrit, osteoporoz,kırıklar)** | Hastalıklardan en fazla ikisi bulunmaktadır. | **1** |
| Hastalıklardan 3 ve daha fazlası bulunmaktadır. | **2** |
| **HAREKET KABİLİYETİ** | Ayakta/yürürken fiziksel desteğe (yürüteç, koltuk değneği, kişi desteği vb.) ihtiyacı var. | **5** |
| Ayakta/yürürken denge bozukluğu var. | **10** |
| Baş dönmesi var. | **2** |
| **BOŞALTIM İHTİYACI** | Üriner/Fekal kontinans bozukluğu var. | **1** |
| **GÖRME DURUMU** | Görme bozukluğu var (Katarakt, gözlük kullanımı vb.) | **2** |
|  | İleri derecede görme engeli var. | **10** |
| **İLAÇ KULLANIMI** | 4'den fazla ilaç kullanımı var. | **2** |
| Son 1 hafta içinde riskli en çok 2 ilaç kullanımı var. | **2** |
| Son 1 hafta içinde riskli 3 ve daha fazla ilaç kullanımı var. | **3** |
| **EKİPMAN KULLANIMI**  **(Hastanın hareketini kısıtlayan herhangi bir**  **ekipman. Örn:IV infüzyon, foley katater, göğüs tüpü vb.)** | Hastaya bağlı 1-2 bakım ekipmanı var. | **1** |
| Hastaya bağlı 3 ve üstü bakım ekipmanı var | **2** |
| **TOPLAM** | |  |

|  |  |
| --- | --- |
| **RİSK DÜZEYİ BELİRLEME TAPLOSU** | |
| **DÜŞÜK RİSK** | Toplam skor 0-9 Puan Arasında |
| **YÜKSEK RİSK** | Toplam skor 10 PUAN VE üstünde (Düşen İnsan Figürü) |

# Değerlendirmeyi yapan hemşire

**İtaki II Düşme Riski Ölçeği Bilgilendirme Tablosu**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | **İTAKİ II DÜŞME RİSKİ ÖLÇEĞİ BİLGİLENDİRME TABLOSU** | |  |
| **Kronik Hastalık** | | * Hipertansiyon * Diayebetes mellitus * Dolaşım sistem hastalıklar * Sindirim sistemi hastalıkları * Artrit * Paralizi * Depresyon * Nörolojik hastalıklar | |
| **Hasta Bakım Ekipmanları** | | * IV infüzyon seti * Solunum destek cihazı * Kalıcı katater * Göğüs tüpü * Dren * Perfüzatör * Pacemaker vb | |
| **Riskli İlaçlar** | | * Psikotroplar * Narkotikler * Benzodiyazepinler * Nöroleptikler * Antikoagülanlar * Narkotik analjezikler * Diüretik/laksatifler * Antidiyabetikler * Santral venöz sistem ilaçları(Digoksinvb) * Kan basıncını düzenleyici ilaçlar | |

* **Düşük Düşme Riski:** Toplam Skor 5’in altında olan hastalar düşük riskli kabul edilir.
* **Yüksek Düşme Riski:** Toplam Skor 5 ve 5’in üstünde olan hastalar yüksek riskli kabul edilir.

Yüksek riskli hastaları ayırt etmek ve gerekli önlemleri almak için, düşme riski yüksek hastalarda *"* ***Düşen İnsan*** *"* figürü kullanılır. *"* ***Düşen İnsan*** *"* figürü hastanın odasının giriş kapısında bulundurulur.

Birden fazla hastanın bulunduğu odalarda, yüksek düşme riski olan hastayı tanımlamak için, " ***Düşen İnsan***

" figürü hastanın bulunduğu odalarda hastanın yatak başına da ayrıca asılır.

Değerlendirme sonucunda, düşme riski tespit edilen (var olan) risk faktörlerine ve risk düzeyine göre önlem alınır.

# DÜŞME RİSKİNİ AZALTMAK İÇİN ALINACAK ÖNLEMLER

Hastaneye muayene, tetkik veya tedavi olmaya gelen poliklinik ve klinik hastaları ile muayene ve cerrahi girişim sırasındaki nakil işlemlerinde düşmeleri önlemek için düşme riskini azaltıcı önlemler alınır. Hasta yakını ve hastane çalışanlarının düşme risklerinden korunmasını sağlayacak önlemler:

# Güvenli Çevre Düzeni Sağlanması

Hasta odalarında ve koridorlarda yeterli aydınlatma sağlanır.

Hasta odalarında ve diğer kullanım alanlarında, hastaların çarpmasını ve düşmesini önleyecek şekilde düzenleme yapılır.

Zeminde üstüne basılabilecek gereksiz eşya ve engeller bulundurulmaz.

Zemin, merdiven basamakları vb. yerler kaymaya neden olmayacak malzemeyle kaplanır.

Zemin kuru olmalıdır. Islak zemin varsa silinmesi sağlanır. Koridorlara paspas yapıldığı zaman temizlik görevlisi tarafından **“*kaygan zemin “*** levhası kullanılır.

Islak ve kaygan zemin bulunması halinde uyarı levhaları kullanılır.

Boş sedyeler hasta ve çalışanlara çarpmayacak şekilde frenleri kilitli park edilir. Dolu veya boş tüm gaz tüpleri sabitlenir.

Hasta yatakları, sedyeleri ve diğer hasta taşıma araçlarında, düşmelere engel olacak korkuluk, kemer vb. kullanılır.

Tuvalet ve yatak arasında hareketi engelleyen cisim ve eşyalar bulundurulmaz.

Hastanın uzanması, dengesini yitirmesini önlenmeli, portatif yemek masası, etajer, sandalye vb. hasta yatağına yakın olarak yerleştirir.

Telefon, çağrı zili ve diğer ulaşması gereken nesneleri hastanın uzanmadan alabileceği mesafede tutulur. Destekli yürüyebilen hastalarda tekerlekli sandalye, baston ya da koltuk değneği kolay ulaşabileceği şekilde yerleştirilir.

Koridorlarda hastanın yürürken tutabileceği bantlar bulundurulur.

Hasta yatakları ve tekerlekli sandalyeler nakil için kullanılmadığı durumda kilitlenir.

# Güvenli Ekipman Kullanımı Sağlanması

* + - * Sedye, hasta taşıma arabaları ve yatak korkulukları periyodik olarak sorumlu klinik hemşiresi tarafından görevlendirilen personel tarafından kontrol edilir.
      * Arızalı ve bozuk ekipmanlar kullanımdan çekilir ve bakıma gönderilir.
      * Kullanılan hasta bakım ekipmanları hastayı riske sokmayacak şekilde düzlenir.
      * Hasta yataklarında, oturma ve taşıma araçlarında kırık, bozuk düşmeye sebep olabilecek eşyalar tespit edildiğinde bakım ve tamiri için atölyeye gönderilir. Eğer hemen atölyeye gönderilemiyorsa *“****BOZUKTUR KULLANILMAZ”*** yazısı yerleştirilerek kullanımı engellenir.
      * Düşme riski değerlendirmesi yapılmalı, gerekli durumlarda tekrarlanmalı, hasta düşme açısından düzenli takip altında olmalıdır.

# Hastane Personeli Tarafından, Yatan Hasta ve Yakınlarına Bilgilendirme Yapılması

* Yatışı yapılan hastanın kendisine ve refakatçisine bölüm uyum eğitimi verilir.
* Hasta ile refakatçisine düşme riskleri ve önlenmesi konusunda bilgilendirme yapılır.
* Refakatçi değişimlerinde değişen refakatçiye düşme önleme eğitimi verilir.
* Hastanın düşme riski değerlendirilmesinde, tespit edilen risk faktörlerine yönelik alınacak önlemlerle ilgili hastanın yakınlarına bilgi verilir, işbirliği yapılır.
* Hasta yardım istemesi ve nasıl isteyebileceği konusunda bilgilendirilir.
* Hastanın vücuduna bağlı dren, sonda, serum gibi bağlantıların ayrılıp hastaya zarar vermemesi için yatak, sedye, tekerlekli sandalye gibi yerlere tespiti gerektiğinde hemşiresinden yardım alması, hemşiresinin uygun görmediği alanlara taşımaması gerektiği konusunda hasta ve refakatçisi bilgilendirilir.
* Hastanın kaymayan ayakkabı ya da terlik kullanması konusunda uyarıda bulunulur.
* Hasta yakınlarından, hasta yanından ayrılacakları zaman bilgi vermeleri istenir.
* Hasta yatakları, sedyeleri ve diğer hasta taşıma araçlarında, düşmelere engel olacak korkuluk, kemer vb. kullanımı konusunda hasta ve yakınlarına bilgi verilir.
* Çalışanlar arasında mesai, vardiya, nöbet değişimlerinde, çalışan/çalışanı hasta hakkında bilgilendirilir.
* Çalışanlara düşme riski değerlendirme ve düşme önleme konusunda yılda bir kez eğitim verilir.

# Hastanın Tanıları ve Semptomlarına, Kullandığı İlaçlara, Yönelik Düşme Önlemlerinin Alınması

* + - * Hastanın kullandığı riskli ilaçlara, tanı ve semptomlarına göre hasta takibi, tetkik, tedavi ve kontrol tetkikleri hekim talimatına uygun olarak yapılır.
      * Hastanın hemşiresi tarafından yapılan değerlendirme sonucunda, tespit edilen hemşire tanısına göre hastaya bakım hizmeti verilir.
      * Uzun süre yatak istirahati sonrası, sedasyon gerektiren uygulama sonrası, ameliyat sonrası, ilk defa ayağa kalkıyorsa, doktor direktifi ile gerekli olduğu düşünülen durumlarda çalışanlar hastalara mutlaka eşlik eder.
      * Hastanın kas güçsüzlüğünü ve kemiklerinin tutulumunu gidermek için belli aralıklarla yürüyüş gibi kondisyon arttırıcı hareketler yaptırılır.
      * Bilinç bozukluğu olan, sedatif ilaç kullanan hastaların yataktan düşmelerini engellemek için yatak kenarlıkları hemşireler tarafından kontrol edilir. Hasta yatağı en alt seviyeye getirilir. Pencereler kapalı tutulur.
      * Ameliyat veya işlem öncesi, yapılan premedikasyon sonrası, anestezi ve sedasyon sonrası, oryantasyon problemi olan tüm hastalar sedyede ise, sedye kenarlıkları, yatakta ise yatak kenarlıkları kaldırılır.
      * Ajite hastalarda yatak kenarlarına yastık konulur.
      * Hastanın genel durumu, bilinç durumu ve ihtiyacına göre hekimin onayı ile refakatçı bulundurulur.

# Güvenli hasta transferi sağlanması

Hasta transferleri sırasında düşmelerini önlemek amacıyla “***Güvenli Hasta Transferi Prosedürü’ne”*** göre hastanın transferi sağlanır.

# Refakatçisi olmayan, genel durumu kötü olan düşme risk düzeyi yüksek hastalarda alınacak düşme önleme tedbirleri

* + - * Refakatçisi olmayan hasta saat başı ziyaret edilmeli. Oda kapısı açık tutulur.
      * Yatak tekerlekleri kilitli tutulur.
      * Bilinci açık hasta; ayağa kalkmak istediğinde yalnız kalkmaması konusunda ve ayağa kalkmak istediğinde mutlaka hemşireyi çağırması konusunda bilgilendirilir.
      * Yatak, kenarlarının sürekli yukarıda tutulmasına dikkat edilir, ayağa kalkarken ise kenarlıklar hemşire kontrolünde indirilir.
      * Hastanın tuvalet vb. ihtiyaçları için destek olunur.
      * Hasta yalnız ve ajite ise konfüzyon disoryante, halüsinasyonları varsa, uyumsuz, kooperasyonu bozuksa ve yukarıdaki önlemler yetersiz kalıyorsa, doktoru ile iletişime geçilerek hasta kısıtlanır, uygun bakım yapılır.

# Poliklinik hastalarında düşmelerin önlenmesi için alınacak önlemler

* + - * Güvenli çevre düzeni sağlanır.
      * Bekleme bölümlerinde ve tüm poliklinik – laboratuvar - radyoloji birimlerinde eşyaların hastaların çarpmasını ve düşmesini engelleyecek şekilde düzenlenmesi yapılır.
      * Düşme riski taşıdığına dair bilgi verilen hastaların yanında hasta yakını var ise uyarıda bulunulur ve yardımcı olması konusunda bilgi verilir. Hasta yakınının bulunmadığı durumlarda hastane personeli tarafından yürümesine yardımcı olunur, tekerlekli sandalye veya sedye ile taşınması sağlanır. Kimsesiz yaşlı, engelli hastalar için Karşılama Danışma ve Yönlendirme Birimi çalışanları yardımcı olmaktadır.
      * Hastaya pozisyon verilirken, muayene masalarına çıkarken yardımcı olunur.
      * Kan verme laboratuvarın da düşme riski olan hastalar koltuktan hemen kaldırılmamalı bir süre bekletilerek takibi yapılmalıdır.
      * Hastalar taburelere değil arkası destekli sandalye veya koltuklara oturtulur.

# Refakatçisi Olmayan, Genel Durumu Kötü olan Yüksek Riskli Hastalarda Alınacak Düşme, Önleme Tedbirleri Sıralanan önlemlere ek olarak;

* Refakatçisi olmayan hasta saat başı ziyaret edilmeli.
* Oda kapısı açık tutulur.
* Yatak tekerlekleri kilitli tutulur.
* Bilinci açık hasta; ayağa kalkmak istediğinde yalnız kalkmaması konusunda ve ayağa kalkmak istediğinde mutlaka hemşireyi çağırması konusunda bilgilendirilir.
* Hasta ayağa kalkarken hemşire veya personel tarafından yardım ve destek sağlanır. Gerektiğinde Sosyal Hizmet Uzmanından refakatçi ihtiyacı talep edilebilir.
* Yatak, kenarlarının sürekli yukarıda tutulmasına dikkat edilir, ayağa kalkarken ise kenarlıklar hemşire kontrolünde indirilir.
* Hastanın tuvalet vb. ihtiyaçları için destek olunur.
* Hasta yalnız ve ajite ise konfüzyon disoryante, halusinasyonları varsa, uyumsuz, kooperasyonu bozuksa ve yukarıdaki önlemler yetersiz kalıyorsa, doktoru ile iletişime geçilerek hasta kısıtlanır, uygun bakım yapılır.

# DOĞRUDAN DÜŞME RİSKİ YÜKSEK KABUL EDİLECEK HASTALAR

* 2. ve 3. seviye yoğun bakım ünitelerinde yatmakta olan hastalar,
* 0-3 yaş bebek ve çocuk hastalar, düşme riski değerlendirmesi yapılmaksızın doğrudan yüksek riskli kabul edilerek gerekli önlemler alınmalıdır.

# ALINAN TÜM TEDBİRLERE RAĞMEN DÜŞEN HASTADA

* Hasta henüz yerde iken en yakındaki hekim veya hemşire tarafından değerlendirmesi yapılmalıdır. Hasta ağrı ve yaralanma yönünden sorgulanmalı, çevre güvenliği sağlanmalıdır.
* Olası yaralanmalar tanımlanıp hasta güvenliği sağlanmadan, hastada yer değişikliği yapılamaz
* Hastanın yer değişikliğine engel olacak yaralanma yok ise, diğer ekip üyeleriyle beraber hasta yatağına alınmalıdır.
* Hastanın yer değişikliğine engel olacak yaralanma var ise, olay yerinde hekim tarafından uygun müdahale yapılmalı, hasta ek girişim ve tetkik ihtiyacı yönünden değerlendirilmelidir.
* Vital bulgular kontrol edilmeli ve ***“Hemşire Gözlem Formu”***na kaydedilmelidir.
* Çevre güvenliği değerlendirilmeli ve hastanın nasıl düştüğü hastaya/hasta yakınına sorulmalı ve düşme istenmeyen olay bildirim Formuna HBYS ‘dan rapor edilerek bildirilir.
* Diğer sağlık ekibi üyeleri hastanın nasıl düştüğü ve durumu hakkında bilgilendirilir.
* Hasta hasta yakını ile konuşularak bilgilendirme yapılır.
* Hastanın acil ihtiyaçları karşılandıktan sonra düşme riski yeniden değerlendirilmeli ve bakım planı güncellenmelidir.
* Kısıtlama en son çözüm olarak kullanılır. Kısıtlama Talimatı doğrultusunda hareket edilir.

# DÜŞME OLAYI BİLDİRİMİ

**Düşme Olayı Bildirimi:** Düşme Olayı Bildirim Formu, HBYS’de bulunan ***Kalite Koordinatörlüğü Modülünde, İstenmeyen Olay Bildirim Sistemi*** üzerinde bulunan **‘*Düşen Hasta Bildirim Formu’*** eksiksiz olarak doldurularak ***Kalite Koordinatörlüğüne*** doğrudan bildirim yapılarak veya ***Hasta Hata Sınıflandırma sistemi(HHSS)*** üzerinde gerçekleştirilir.

# 7.0 İLGİLİ DÖKÜMANLAR

Erişkin (18y+) Yatan Hasta İçin Düşme Riski Değerlendirme Formu – İtaki II Risk Ölçeği Pediatrik (0-18 y) Yatan Hasta İçin Düşme Riski Değerlendirme Formu – Harizmi II Risk Ölçeği