

**TRANSFÜZYON EKİBİ
VE
HASTANE TRANSFÜZYON
KOMİTELERİ**

Uz Dr Nil Banu PELİT

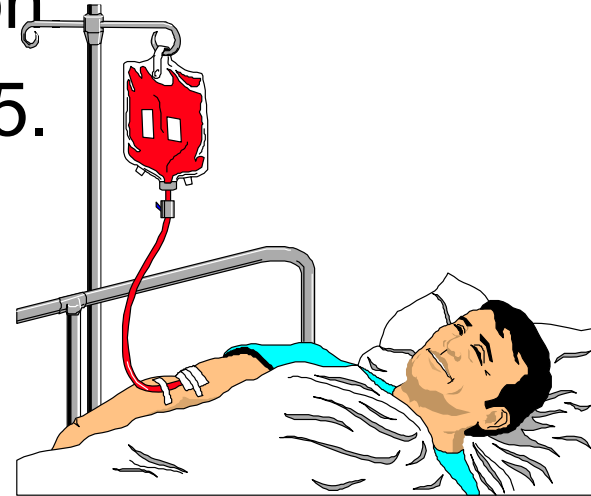
Tarihçe

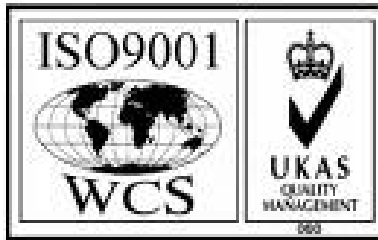
- **Bock AV.**

Use and abuse of blood transfusion
N Engl J Med. 1936 ; 215: 421-425.

- **Fantus B.**

The therapy of Cook Country Hospital
JAMA 1937; 109: 128-131.





Joint Commission
INTERNATIONAL



NEDEN GEREKLİ ?

- Standardizasyon ve kaliteyi yükseltmek
- Artan tedavi seçenekleri hatalı uygulamaları doğurmuş
- Doğru bileşen, doğru zaman, yeterli miktar, uygun maliyet, güvenilir
- Hastane yapısı ve hizmet alanına göre uygulamaları yönlendirmek
- Sorun çözmek, olumsuzlukları gidermek ve hataları önlemek
- Sorumluluk paylaşmak



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG010000/7456
KONU : Transfüzyon Komitesi

07.05.2004/7456

.....VALİLİĞİNE

Genelge
2004/66

İLGİ: 07.09.1996 tarih ve 17728 sayılı genelgemiz.

13 Ocak 1983 tarih ve 17987 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, yöneticilerin çalışmalarını kolaylaştırmak ve koordinasyonu sağlamak amacıyla tüm hastanelerde "Hastane Konseyi" ve eğitim hastanelerinde de "Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu" kurulması önerilmektedir.

Bu bağlamda ilgede kayıtlı genelgemiz ile kan ve kan ürünlerinin kullanımı alanında çalışmalar yapmak, uygulamaların geliştirilmesini sağlamak ve karşılaşılan sorunları çözmek amacıyla Transfüzyon Komitelerinin kurulması istenmiştir. Ancak bazı hastanelerde bu komitelerin hiç oluşturulmadığı, bazı hastanelerde ise anılan komitelerin aktif olarak çalışmadığı tespit edilmiştir.

Kan transfüzyonundaki sorunların çözülmesi ve güvenli kan bağışının sağlanması için ekte gönderilen "Transfüzyon Komitesi Kuruluş Amaçları" ve "Çalışma Esasları ve Görevleri" çerçevesinde "Transfüzyon Komitelerinin" yenilenmesi, etkin olarak çalışmalarının sağlanması ve elde edilen verilerin muntazam olarak Bakanlığımıza

Hastanede transfüzyon pratiđinin tüm yönleri;

gözden geçirilmeli
politikalar oluşturulmalı
denetlenmeli

ODAK NOKTA !



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG0100004/5190
KONU : Transfüzyon Komitesi

07.05.2004/7456

.....VALİLİĞİNE

Genelge
2004/66

4 toplantı/yıl

tüm hastane personeli haberdar edilmeli



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG0100004/5190
KONU : Transfüzyon Komitesi

07.05.2004/7456

.....VALİLİĞİNE

Genelge
2004/66

Hastane başhekimisi / vekili
Transfüzyon merkezi sorumlusu
Yoğun transfüzyon yapan kliniklerden hemşireler
İstatistik veya arşiv görevlisi
Yoğun transfüzyon yapan klinik hekimler





T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG0100004/5190
KONU : Transfüzyon Komitesi

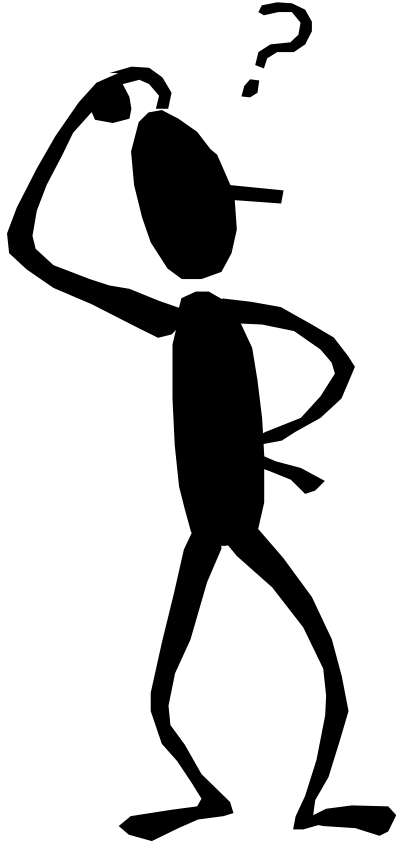
07.05.2004/7456

.....VALİLİĞİNE

Genelge
2004/66

Hastane başhekimini / vekili
Transfüzyon merkezi sorumlusu
Yoğun transfüzyon yapan kliniklerden hemşireler
İstatistik veya arşiv görevlisi
Yoğun transfüzyon yapan klinik HEKİMLERİ





- İdari baskı
- Sempatik ilişkiler
- İyi örnekler (destek talebi)
- Kötü örnekler
(karşılaştırmalar, musibetler)



T.C.
SAĞLIK BAKANLIĞI
Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü

SAYI : B100THG010000/7456
KONU : Transfüzyon Komitesi

07.05.2004/7456

.....VALİLİĞİNE

Genelge
2004/66

İLGİ: 07.09.1996 tarih ve 17728 sayılı genelgemiz.

13 Ocak 1983 tarih ve 17987 sayılı Resmi Gazetede yayımlanan Yataklı Tedavi Kurumları İşletme Yönetmeliği'ne göre, yöneticilerin çalışmalarını kolaylaştırmak ve koordinasyonu sağlamak amacıyla tüm hastanelerde "Hastane Konseyi" ve eğitim hastanelerinde de "Eğitim Planlama Koordinasyon Kurulu" kurulması önerilmektedir.

Bu bağlamda ilgede kayıtlı genelgemiz ile kan ve kan ürünlerinin kullanımı alanında çalışmalar yapmak, uygulamaların geliştirilmesini sağlamak ve karşılaşılan sorunları çözmek amacıyla Transfüzyon Komitelerinin kurulması istenmiştir. Ancak bazı hastanelerde bu komitelerin hiç oluşturulmadığı, bazı hastanelerde ise anılan komitelerin aktif olarak çalışmadığı tespit edilmiştir.

Kan transfüzyonundaki sorunların çözülmesi ve güvenli kan bağışının sağlanması için ekte gönderilen "Transfüzyon Komitesi Kuruluş Amaçları" ve "Çalışma Esasları ve Görevleri" çerçevesinde "Transfüzyon Komitelerinin" yenilenmesi, etkin olarak çalışmalarının sağlanması ve elde edilen verilerin muntazam olarak Bakanlığımıza

Hastane Transfüzyon Ekibi

Kimlerden oluşur?

Transfüzyon hemşiresi

Transfüzyon merkezi sorumlusu

Hematolog

Kalite birimi görevlisi

Kan merkezi görevlisi / Biyomedikal görevlisi

Toplantı

Her ay ya da 2 ayda bir



GÖREVLERİ-I

- Hasta örneğinin alınması ve transfüzyon uygulamaları sırasında güvenliği sağlayacak **dokümanların hazırlanmasını sağlamak**
- Kanın kullanımıyla ilgili HTK tarafından geliştirilen politikaların **uygulanması izlemek, klinik ekibe destek vermek ve önerilerde bulunmak**
- **Cerrahi kan istem şemasının** uygulandığını takip etmek
- Transfüzyon uygulamaları konusunda farklı alanlardaki personele **eğitimler** düzenlemek
- **Otolog transfüzyon** tekniklerinin uygulanabilirliğini artırma çalışmaları yapmak
- Klinik **transfüzyon uygulamalarına destek** veren çalışmalar yapmak

GÖREVLERİ-II

- Kan bileşenlerinin kullanımıyla ilgili **denetimler** yapmak
- Laboratuvar ve klinik alanlarda transfüzyonla ilgili **yasal değişikliklerin** uygulanmasını sağlamak
- **İstenmeyen ciddi etki ve olayları** incelemek, bu olayların kökünde yer alan kayıt, teknik, yönetim ya da otomasyonla ilgili nedenleri ortaya çıkararak çözümler üretmek
- Kanın temini ve kullanımı konularında **bölge kan merkezi** planlamalarıyla uyumu sağlamak
- **Stok yönetimini** optimize etmek ve transfüzyon bütçesini izlemek
- **Gereksiz kan kullanımı** ve **imhasını** azaltmak

Hastane Transfüzyon Ekibi

Kimlerden oluşur?

Transfüzyon hemşiresi

Transfüzyon merkezi sorumlusu

Hematolog

Kalite birimi görevlisi

Kan merkezi görevlisi / Biyomedikal görevlisi



Sorunlar Yer Deđiřtirmesi

- Transfüzyon kararı (Hekim)
- Hastadan örnek alma ve kayıt (Hemşire)
- Hasta başı transfüzyon uygulamaları (Hemşire)

Transfüzyon/İnfüzyon Hemşiresi

AMAÇ: Kan ve kan ürünlerinin ulusal ve/veya uluslararası standartlara uygun kullanımını sağlamak için sağlık personeli, hemşire ve laboratuvar personeli ile çalışmak

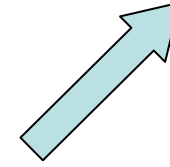
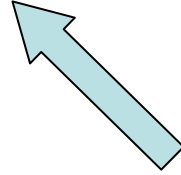


GÖREVLERİ

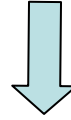
- İyi uygulamalar yönünde ilgili tıbbi personeli **eğitmek**
- Tanımlanmış ve izlenebilir veriler üzerinden transfüzyon aktivitelerini **denetlemek**
- Transfüzyon uygulamalarıyla ilgili konularda **araştırmalar** yapmak, **projeler** geliştirmek ve **koordinasyonu** sağlamak
- Hasta ve transfüzyon uygulamalarıyla ilgili **verileri toplamak**

HEMŐİRELİK HİZMETLERİ
MÜDÜRLÜĞÜ

TRANSFÜZYON TIBBİ UZMANI
VEYA
HEMATOLOG



TRANSFÜZYON HEMŞİRESİ



HASTANE TRANSFÜZYON KOMİTESİ

KAN MERKEZİ

KLİNİK DOKTORLAR
VE
HEMŞİRELER

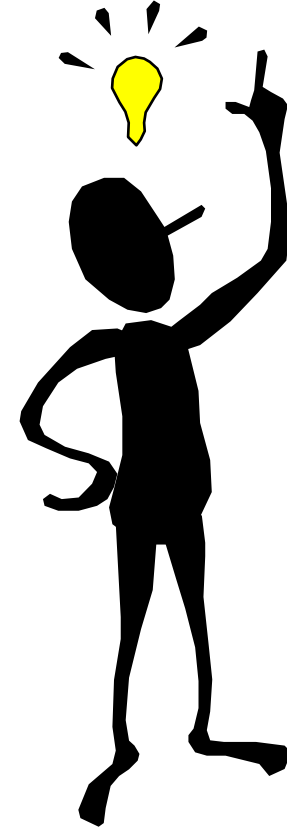
KALİTE/RİSK
DEPARTMANI

HTK

HTE

Transfüzyon Merkezi (TM)

Transfüzyon Hemşiresi (TH)

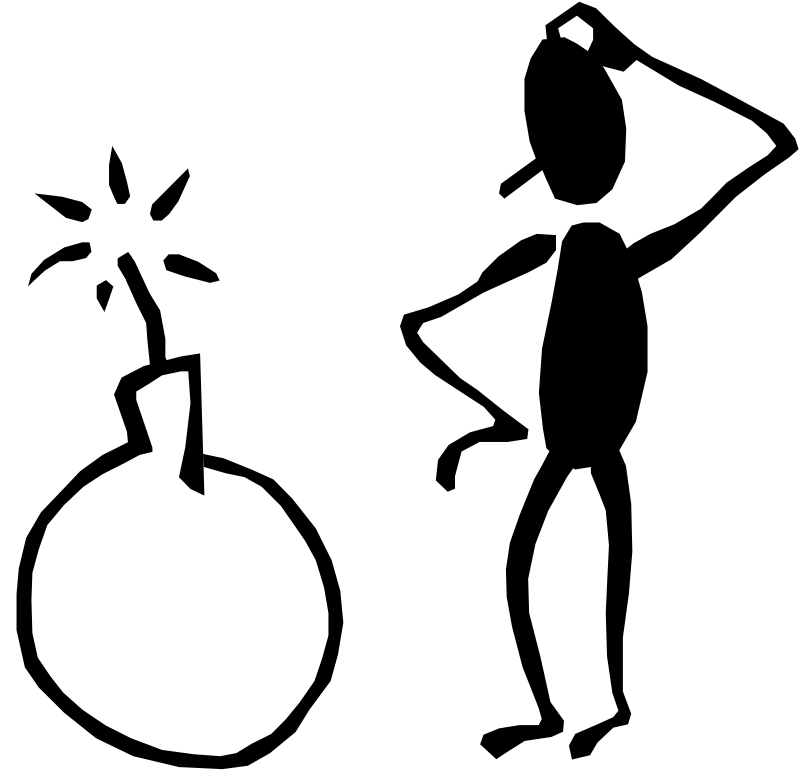


ETKİNLİK NASIL ARTAR ?

- Tüm sorumluları davet et
- Gereklikçe toplan
- Alınan kararları duyur
- Kararların uygulanmasını takip et
- Güncel bilgi ve gelişmeleri izle ve yansıt
- Kalite göstergeleri oluştur, bildirimleri incele
- İmhayı azalt, maliyeti (tek kaynak insan/pahalı) vurgula
- Veri akışını sağla, düzenle ve değerlendir
- Özendirici karşılaştırmalar yap

Transfüzyon Uygulamalarının Takibi

- Prospektif: gereksiz ve hatalı uygulamaları önler
- Retrospektif: hatalarla eğitim verir



Her Transfüzyon için

- Hekim istemi
- Endikasyon
- Onam formu
- Kimlik bilgileri
- Kan bileşeni bilgileri
- Transfüzyon sırasında izlem bilgileri
- Transfüzyon öncesi ve sonrası klinik ve laboratuvar bulgular
- Sonuç değerlendirmesi

Kan ve kan ürünleri kullanım durumunu irdelemeli, mevcut verilere göre çalışma stratejileri ve öncelikli girişimleri belirlemeli

HTK: Rapor konusunu belirler

Örn: Kan bileşenlerinin (ES, TDP, TS, Aferez, ...) aylık kullanımı

HTE: Rapor formatını hazırlar, görev dağılımı yapar

TM: Çıkışı yapılan kan bileşenlerini listeler

TH: Kullanılan bileşenleri kayıtlardan izler

RAPOR FORMATI

- Hazırlanan
- Kullanılan
- İmha edilen
- BKM'den gelen
- Acil şartlarda alınan
- Yıkılan/filtre edilen/işinlanan

Transfüzyon uygulamalarının denetlenmesi için kriterler geliştirilmeli

HTK: Kriterleri belirler

HTE: Kriterlere uygun verileri oluşturur

Örn: Crossmatch:Transfüzyon

Tam kan kullanımı

Hatalı raporlama

TM: Aylık verileri çıkarır

HTK: Sonuçları değerlendirir

Güvenli transfüzyonu sağlamak amacıyla;
a-Kan gruplaması, cross-match, antikor tarama ve tanımlama çalışmalarında kullanılan yöntemler,
b-Transfüzyonla bulaşan infeksiyonları önlemeye yönelik testlerde kullanılan yöntemler,
c- Kan ve Kan Komponentlerinin hazırlama tekniklerini ve hastanede kullanım oranları irdelenerek uygun politikalar oluşturulmalıdır.

HTK: Yöntemler hakkında bilgi ister

HTE: Bilgilerin sunumu için görev paylaşımı yapar

HTK: Toplanan bilgilere göre politikalar oluşturur

HTE: Oluşturulan politikaların uygulanmasını izler

Örn: Acil şartlarda kan alımının çok sık olduğu bir hastanede kart test yerine ELISA yönteminin uygulanma kararı

Hastanede gözlenen transfüzyon reaksiyonları değerlendirilmeli, önlemeye yönelik tedbirler alınmalıdır

HTK: Transfüzyon reaksiyonlarının bildirim için karar alır

HTE: Bildirim yöntemlerini araştırır, çalışmaları rapor eder

Formlar, Otomasyon

Eğitim, Takip

HTK: Rapora göre yöntem seçer, uygulama sürecini başlatır

HTE: Uygulamaları izler, hata ve eksikleri HTK'ne rapor eder

İlerleyen toplantılarda olgu bazında incelemeler yapıp kararlar alınır

Örn: Hematoloji ve Onkoloji Kliniği yoğun çalışan bir hastanede FNHTR sık olması nedeniyle bu kliniklerin tüm hastalarının transfüzyonlarında filtre edilmiş kan bileşenlerinin kullanılma kararı alınabilir

Transfüzyon yapılan servislerde işlemlerin tespit edilen standartlara uygun yapıp yapılmadığı düzenli aralıklarla denetlenmelidir

Problem oluştuğu gözlenen konularda denetleme tekrarlanmalı ve iyi yönde gelişmeler takip edilmelidir

HTK: Standartları hastaneye duyurur

HTE: Uygulamaları denetler, sonuçları rapor eder

Örn: Hastadan hatalı örnek alma olayını TM bildirir,
HTE tarafından olay analiz edilir, hata kaynağı ve çözüm önerileri geliştirilir,
HTK önerilerin uygulanması için süreci başlatma kararı alır
Hatalı örnek alma, aylık izleme alınır.
Gelişmeler HTK toplantılarında sunulur.
Başarılar ödüllendirilir.

SONUÇ

- Kalite artar
- Uygunsuz ve hatalı kullanım, komplikasyon azalır
- Ekonomik kayıp azalır

HEDEF: Hasta güvenliği temelinde, bilimsel gerçeklere dayalı, doğru transfüzyon uygulamaları yapmak

Teşekkür Ederim

