



TC. Sağlık Bakanlığı



HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP) HAZIRLAMA KILAVUZU





T.C. Sağlık Bakanlığı

Acil Sağlık Hizmetleri

Genel Müdürlüğü

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP) HAZIRLAMA KILAVUZU

(Aralık 2015)

ISBN: 978-975-590-590-7
Sağlık Bakanlığı Yayın Numarası: 1020

Kapak Tasarım

ATT Abdurrahman KURT
Diyarbakır İl Ambulans Servisi Bařhekimlięi

Baskı

Sistem Ofset Bas. Yay. San. ve Tic. Ltd. řti.
Strazburg Caddesi No: 31/17
Sıhhiye/ANKARA
Tel: 0312 229 18 81 • Faks: 0312 229 63 97

Editörler

Uzm. Dr. Muzaffer AKKOCA
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanı
Hemşire Emine EMER
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü
Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığı

Hastane Afet ve Acil Durum Planı Hazırlama Kılavuzu Hazırlama Ekibi (alfabetik)

- Ebe Tülay AKGÜN
Bursa İl Sağlık Müdürlüğü
- Uzm. Dr. Emel BAŞKAN
Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu
- Dr. Duygu BAŞKIRT
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü:
- Prof. Dr. Mehtap BULUT
Medipol Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı
- Dr. H. Nüvit ÖZGÜNTER DİVRİK
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
- Dr. Serdar GÜNSEREN
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
- Dr. H. Hakan KARAKAŞ
Diyarbakır İl Sağlık Müdürlüğü
- Dr. Hasan ODABAŞIOĞLU
İzmir İl Sağlık Müdürlüğü
- Sağlık Memuru Selahattin OKÇU
Türkiye Halk Sağlığı Kurumu
- Uzm. Hemşire Fadime YILMAZ TAŞCI
İstanbul Beyoğlu Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
- Gülgün TEZGİDER
Acil Destek Vakfı (ADV)
- Uzm. Psikolog Yeşim ÜNAL
İstanbul İl Sağlık Müdürlüğü
- Yrd. Doç. Dr. Sıdika TEKELİ YEŞİL
Hacettepe Üniversitesi Halk Sağlığı Enstitüsü
- Doç. Dr. Serkan YILMAZ
Kocaeli Üniversitesi Acil Tıp Ana Bilim Dalı

KAVRAMSAL KISALTMA ve KARŞILIKLAR (alfabetik)

- **AMP** : Acil Müdahale Planı
- **AS** : Acil Servis
- **ATB** : Ayaktan Tedavi Bölümü
- **HAP** : Hastane Afet ve Acil Durum Planı
- **İL SAKOM** : İl Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi
- **İL-SAP** : İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planı
- **İşAT** : İş Akış Talimatı
- **KBRN** : Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik, Nükleer
- **KHBGS** : Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği
- **KKM** : Komuta Kontrol Merkezi
- **OEP** : Olay Eylem Planı
- **OYM** : Olay Yönetim Merkezi
- **OYE** : Olay Yönetim Ekibi
- **SB** : Sağlık Bakanlığı
- **SOP** : Standart Operasyon Prosedürü
- **TSK** : Türk Silahlı Kuvvetleri

SUNUŞ

Ülkemiz bulunduğu coğrafik konum itibarıyla gerek doğa kaynaklı gerek insan kaynaklı her türlü afet ve acil durumun yaşandığı bir konuma sahiptir.

Dünyada ve ülkemizde bugüne kadar yaşanan afet ve acil durumlardan edinilen tecrübeler, her sektörün kendi alanına dair tehlike ve riskleri belirleyerek, yaşanacak olumsuz durumlara hazırlıklı olmaları gerektiğini göstermektedir. Sağlık sektörünün önemli bileşenlerinden olan hastaneler, aynı zamanda toplumun can damarı niteliğindedir. Hastaneler afet ve acil durumun boyutu ne olursa olsun, sağlık hizmetini kesintiye uğratmadan sunmaya devam etmek zorundadır. Bu bağlamda, yaşanacak her türlü afet ve acil durumlarda hastanelerin sundukları sağlık hizmetinin sürdürülebilir olması için “Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu” hazırlanmıştır.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı, hastane hizmetlerinin her durumda sürdürülebilir olmasını sağlayarak, hasta ve yaralılara en etkin tedavi hizmetinin sunulmasını ve personelin ihtiyaç ve güvenliğini gözetmeyi temel almaktadır.

Afet yönetim evrelerinin tamamını kapsayan “Hastane Afet ve Acil Durum Planı” çok yönlü ve disiplinli bir çalışma yürütmeye kılavuzluk ederken, İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planı’nın (İL-SAP) en önemli basamaklarından birini teşkil ederek ulusal afet yönetim sistemine de çok önemli bir katkı sağlayacaktır.

Hastanelerimizin, afet ve acil durumlara hazırlıklı olmaları amacıyla yapılan bu çalışmada emeği geçen herkese teşekkür ediyorum.

Dr. Mehmet MÜEZZİNOĞLU
Türkiye Cumhuriyeti Sağlık Bakanı

SUNUŞ

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Uygulama Yönetmeliği'nin Resmi Gazetede 20.03.2015 tarihinde yayınlanarak yürürlüğe girmesinin ardından, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzunun yayınlanmasıyla önemli bir eksik tamamlanmıştır.

Afet ve acil durumlarda etkin sağlık hizmeti sunmak için, afet yönetiminin hazırlık ve zarar azaltma döneminin en iyi şekilde değerlendirilmesi gerekmektedir. Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu, hazırlık ve zarar azaltma evrelerinde tehlikelerin belirlenmesi, risklerin ve kayıpların azaltılması amacıyla etkin bir planlama süreci hedeflemektedir.

Hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afet ve acil durumlara hazırlıklı olmasını sağlamak, afet halinde zamanında, hızlı ve etkili müdahalede bulunarak en kısa sürede olağan işleyişe dönmek Bakanlığımızın öncelikli hedefleri arasında yer almaktadır. Bu hedeflerle hazırlanan kılavuz, standart bir çerçeve ve detaylı açıklamalara sahip olmakla birlikte, hastanelerimizin özgün şartlarını göz önünde bulundurarak kendilerine en uygun planlamayı yapabilecekleri esnek bir yaklaşım da içermektedir. Bu yaklaşım sağlık sistemimizin il düzeyi planları olan İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planları (İL-SAP) ile de uyumludur ve tıpkı bu planlarda olduğu gibi afet yönetiminin tüm evrelerini kapsamaktadır.

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu, kamu, özel, üniversite ve TSK Sağlık Komutanlığına bağlı hastaneleri afet yönetiminde ortak dilde ve afet yanıtında buluşturacaktır.

Prof. Dr. Eyüp GÜMÜŞ
Sağlık Bakanlığı Müsteşarı

SUNUŞ

Hastanelerin, afet ve acil durumlar da sağlık hizmetini devam ettirebilmesi ve hızlı bir şekilde yanıt verebilmesi adına kılavuz ile çok önemli bir eksikliği tamamlamış bulunuyoruz. Bu kılavuzun hazırlanmasında Bakanlığımızın ve sahada çalışan personelimizin kazandığı deneyimler ile kabul gören uluslararası çalışmalardan el de edilen bilgilerden yararlanılmıştır. Afet ve acil durumlarda en kısa zamanda organize olmak, etkin hastane hizmeti sunmak ve nihayetinde mümkün olduğunca çok sayıda insan hayatını kurtarmak hedefimizdir.

Emeği geçen herkese teşekkür ederim.

Uzm. Dr. Mehmet BAKAR
Sağlık Bakanlığı Müsteşar Yardımcısı

SUNUŞ

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzunun hazırlanması için bir yıldır hazırlama komisyonumuz yoğun bir şekilde çalışmaktadır. Ülkemiz için önemli bir eksiği tamamlamanın gururuyla tüm hastanelerimizin uygulayabileceği bir kılavuz olduğunu belirtmek isterim. Kılavuz uygulamaları; güncel gelişmelere, yeni bilgilere kolaylıkla adapte olacak şekilde hazırlanmıştır. Kılavuzun basılmasına müteakip eğitimlerimizle uygulayıcılara ulaşılabacaktır. 2016 yılı Hastane Afet ve Acil Durum Planları (HAP) adına çok önemli bir yıl olacaktır.

Afet ve Acil Durum Yönetimi Daire Başkanlığımıza ve hazırlama ekip üyelerine yaptıkları çalışmalar için teşekkür ederim.

Doç. Dr. Osman Arıkan NACAR
Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürü

SUNUŞ

Türkiye jeolojik-jeomorfolojik yapısı, hidro-meteorolojik özellikleri nedeniyle doğa kaynaklı afet tehlikeleriyle sürekli karşı karşıya kalmaktadır. Ülkemizin en yoğun yerleşim alanları, üretim merkezleri ve kritik altyapıları, afet risklerinin yüksek olduğu bölgelerde kuruludur. Türkiye'nin yer aldığı Akdeniz Havzası, iklim değişikliğinin olumsuz etkileriyle gelecek yıllarda en çok baş etmek durumunda olan bölgeler arasındadır.

Doğa kaynaklı afetlerin yanı sıra insan kaynaklı afetler de ülkemizde oldukça sık gözlenmekte, önümüzdeki yıllarda zarar verme olasılıklarında artış olabileceği öngörülmektedir. Endüstriyel kazalar, büyük ulaşım kazaları, orman yangınları, KBRN (Kimyasal, biyolojik, radyolojik, nükleer) olayları, mülteci hareketleri, terörist saldırılar, iç karışıklıklar, silahlı çatışmalar günümüz dünyasında insan sağlığını tehdit etmektedir.

Bu koşullarda, toplumun, tüm sektörlerin, özellikle de sağlık sektörünün afet risklerinin azaltılması ve afete hazırlık konusunda etkili, kalıcı, istikrarlı ve sürdürülebilir çaba göstermesi ciddi önem taşımaktadır.

Afet ve acil durumlarda hastanelerin zarar görebilirliğinin azaltılması, sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesi ve hatta kapasitelerinin artırılması; can kayıplarının azaltılmasında ve hayatın normalleşmesinde oldukça belirleyicidir. Türkiye'nin afet geçmişi ve afet yönetimi deneyimlerine bakıldığında, bu durumu gösteren sayısız örnek bulunmaktadır. Geline aşamada hastanelerimizin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlık ve dayanıklılığını artırma, afete müdahale faaliyetlerinde strateji ve uygulama bütünlüğü sağlamak üzere kurumsal yapılanma, iş ve işleyiş standartlarını geliştirme ihtiyacı ortaya çıkmıştır. Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Hazırlama Kılavuzu çalışmaları ile bu ihtiyacın karşılanması amaçlanmaktadır.

HAP Hazırlama Kılavuzu için Sağlık Bakanlığı'nın merkez ve il düzeyinde yapılan çalışmaları ile ulusal bilgi ve verilerin yanı sıra, genel kabul gören uluslararası çalışmalar da incelenmiştir. Kılavuzun hazırlanmasında yararlanılan uluslararası çalışmalar arasında, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) Avrupa Bölge Ofisi tarafından hazırlanan Hastane Acil Durum Müdahale Planı İçin Kılavuz Notlar, WHO Amerika Kıtası Örgütü (PAHO) tarafından hazırlanan Güvenli Hastane Kontrol Listesi, Amerika Birleşik Devletleri'nde geliştirilen Hastane Olay Yönetim Sistemi (HICS) dokümanları sayılabilir.

HAP Hazırlama Kılavuzu geliştirilirken, sağlık sektöründe ulusal ve uluslararası afet yönetimi bilgi ve deneyimlerinden mümkün olan en kapsamlı biçimde yararlanılmıştır. Afetler; oluş, etki ve sonuçları bakımından yerel özelliklere sahiptir. Hastaneler ise farklı işlev ve kapasiteleri olan kuruluşlardır. Bu nedenle, kılavuzun, yerel ihtiyaçlara göre uyarılma ve geliştirmelere izin verecek şekilde esnek ve dinamik bir yapıda olmasına özen gösterilmiştir. Hastaneler bulundukları bölge, mevcut imkanlar, verdikleri hizmet ve tespit ettikleri riskler doğrultusunda, bu kılavuz çerçevesinde belirlenen örnek yaklaşımları kendi kurumlarına uyarlamaktan, geliştirmekten, afet ve acil durumlarda etkin müdahale için her türlü hazırlık, plan, eğitim ve tatbikatı yapmaktan sorumludurlar.

HAP Hazırlama Kılavuzu'nun amacına uygunluğu, hiç kuşkusuz, hastanelerimizin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğinin, afet risklerinin ve kayıplarının azaltılması, afet halinde etkili ve hızlı müdahalenin sağlanması amacıyla gerçekleştirecekleri planlı faaliyet ve uygulamaları ile değerlendirilebilecektir.

HAP Hazırlama Kılavuzu
Ulusal Kılavuz Hazırlama Ekibi

İÇİNDEKİLER

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)

Sayfa No

1. Giriş	18
2. HAP Çerçevesi	19
3. Amaç	20
4. Hukuki Dayanak	20
5. Kapsam	20
6. HAP İşleyişi	21
6.1 HAP'ın İl-SAP İçindeki Yeri	21
6.2 HAP Hazırlama Komisyonu	21
6.3 HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi	23
6.4 HAP'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı	23
6.5 HAP Konusunda Toplumun Bilgilendirilmesi	24
7. HAP Eğitimleri ve Tatbikatları	24
7.1 HAP Eğitimleri	24
7.2 HAP Tatbikatları	24
8. Mevcut Durum Analizi	24
8.1 Hastane Risk Değerlendirmesi	25
8.2 Yapısal Risklerin Azaltılması	26
8.3 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması	27

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ

1. Acil Müdahale Planı	28
2. Afet ve Acil Durum Yönetim Sistemi	29
2.1 Organizasyon Şeması	29
2.2 Görev Tanımları	31
3. Hastane Olay Yönetim Sistemi	39
3.1 Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi	39
3.1.1 Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri	39
3.1.2 Hastane Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) Oluşumu ve Görevleri	41
3.2 Hastane Olay Yönetimi Araçları	42
3.2.1 Standart Operasyon Prosedürü (SOP)	42
3.2.2 İş Akış Talimatı (İŞAT)	43
3.2.3 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü	43
3.2.4 Görev Yelekleri	44
3.3 Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin Konumu ve Ekipmanı	44
3.3.1 Olay Yönetim Merkezi'nin Çalışma Şekli	44
3.3.2 Haberleşmenin Düzenlenmesi	45

4. Kitlesele Yaralanmalı Olaylarda Hastanenin Müdahale Aşamaları	45
4.1 Müdahale Aşaması I: Basit Malzeme ve Ekipman Talebi (lojistik destek)	46
4.2 Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet triyaj ekibi ve/veya travma ekibi)	46
4.3 Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesi ve hastanenin olaya müdahil olması	46
5. Olay Bildirimi ve Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonu	46
5.1 Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı	46
5.2 Olay Bildirim Akış Şeması	47
5.3 Acil Müdahale Planı Aktivasyon Seviyeleri	48
o Seviye I (hazır olma ya da alarm durumu)	49
o Seviye II (artırılmış hazırlık durumu)	49
o Seviye III (afet/acil durum)	49
5.4 Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonu için Mekanizmalar	50
5.5 Acil Renk Kodlama Sistemi	50
5.6 Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar	51
5.7 Acil Müdahale Planı Aktivasyon Seviyeleri ile İlgili Temel Eylemler	51
o Aktivasyon Seviyesi I	51
o Aktivasyon Seviyesi II ve III (aktive)	52
o Alarm Durumundan Çıkılması	53
o Hastanenin Tıbbi Bakım Kapasitesi ve İmkanlarının Değerlendirilmesi	53
6. Hastanenin Tıbbi Kapasitesi	54
6.1 Tedavi Kapasitesinin Artırılması	54
6.1.1 Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği	54
6.1.2 Ekipman ve Malzemelerin Artırılması	54
6.1.3 Personelin Geri Çağırılması	54
6.1.4 Gönüllü Yönetimi	54
6.1.5 Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği	55
6.2 Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları	55
7. Hastane Afet Triage Alanı	55
7.1 Hastane Afet Triage Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu	55
7.2 Hastane Afet Triage Alanındaki Faaliyetler	56
7.3 Triage İlkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması	57
7.4 Hastaların Nakli; Servis, Birim ve Departmanlara Yönlendirilmesi	57
8. Acil Servis ve Hastane İçi Hasta Trafik Akışı	58
8.1 Hastanenin Acil Servis Birimi	58
8.1.1 Kontamine Hastalar	58
8.1.2 Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar	58
8.1.3 Acil Servis'te Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi	58
8.1.4 Acil Servis'te Temel İşlevler	59
8.2 Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları	60
8.3 Hastane Afet Triage Alanı ve Acil Servis İçin Tedarik (ilaç, sarf malzemesi, ekipman)	60
8.4 Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi	60
8.5 Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları	60

9. Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunda Bilgi Yönetimi	61
9.1 Genel İlke ve Esaslar	61
9.1.1 Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları	61
9.1.2 Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi	62
9.2 Hasta Kaydı ve Takibi	62
9.3 Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme	62
9.4 Medyayı Bilgilendirme	62
9.5 Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi	63
9.6 Durum Raporları	63
9.7 Personel Brifingi	63
10.Güvenlik ve Emniyet	63
10.1 Hastaneye Ulaşım	63
10.2 Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü	64
10.3 Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı	64
11.Lojistik ve Malzemeler	65
11.1 Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (genel ilkeler)	65
11.2 Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu	65
12.Psikososyal Destek Faaliyetleri	65
12.1 Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları	65
12.2 Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek	66
12.3 Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek	67
12.4 Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları	67
13.Ölü ve Kayıplarla İlgili İşlemler	68
13.1 Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası	68
13.2 Hastanedeki Geçici Morg Alanı	68
13.3 Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı	68
14.Departman/Servis/Birimlerin Müdahale Prosedürleri	69
14.1 Acil Müdahale Planı Aktivasyonunda Departman/Servis/Birim Yönetimi ve Faaliyetleri	69
14.2 Genel Yönetimle Koordinasyon Mekanizmaları	70
14.3 Raporlama Sistemi	70
14.4 Departman/Servis/Birim'lerin Müdahale Prosedürüne Erişim	70

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 1	72
1. Hastane İçi Yangın	72
1.1 Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler)	72
1.2 Hastanede Yangın Durumunda Personel Müdahale Algoritması	73
1.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	74
1.4 Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler	75
1.5 Standart Operasyon Prosedürü (Hastane İçi Yangın)	76

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 2	80
2. Kimyasal Olaylarda Hastane Yönetimi	80
(İç veya Dış Kaynaklı)	
2.1 Kimyasal Olaya Acil Müdahale (Genel İlkeler)	80
2.2 Hastanede Kimyasal Olay Durumunda Müdahale Algoritması	80
2.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	81
2.4 Hastanede Kimyasal Olaylara Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler	81
2.5 Dekontaminasyon Alanı ve Uygulamasında Dikkat Edilecek Hususlar	82
2.6 Standart Operasyon Prosedürü (Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi)	82
OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 3	86
3. Hastanede Tahliye Gerektiren Durumlar	86
(Kısmen veya Tamamen)	
3.1 Tahliye Tanımı ve Yöntemleri	86
3.2 Tahliyede Genel İlkeler	86
3.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi	88
3.4 Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürlerinin Esasları	88
3.5 Standart Operasyon Prosedürü (Dahiliye Bölümünün Kısmi Yatay Tahliyesi)	89
OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 4	92
4. Hastanenin İş Sürekliliğinde Kesinti	92
(İç veya Dış Kaynaklı)	
4.1 Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar	92
4.2 İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler)	92
4.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi	93
4.4 Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri	94
Olaya Özel Planlarda Kullanılan Formlar	98
EKLER	
EK 1	99
1. İş Akış Talimatları	109
2. Standart Operasyon Prosedürleri	118
3. Formlar	161
EK 2 - A Güvenli Hastane Kontrol Listesi	211
EK 2 - B KAISER Risk Analizi	251

Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) onay sayfası, dağıtım çizelgesi ve değişiklik ve güncelleme-lerin yer aldığı kayıt çizelgesi ile başlar.

ONAY SAYFASI				
NO		ADI SOYADI/UNVANI	TARİH	İMZA
1	HAZIRLAYANLAR			
2	İNCELEYEN			
3	ONAYLAYAN			

Tablo 1: Onay Sayfası

DAĞITIM ÇİZELGESİ (İç)				
Sıra	Birim / Kurum	Adet	Basılı	CD
1				
2				
3				
4				

Tablo 2: Dağıtım Çizelgesi

DAĞITIM ÇİZELGESİ (Dış)				
Sıra	Birim / Kurum	Adet	Basılı	CD
1				
2				
3				
4				

DEĞİŞİKLİK VE GÜNCELLEME KAYIT ÇİZELGESİ					
NO	Konusu	Değişikliğin İşlendiği Tarih	Değişikliği İşleyen		
			Görevi/Unvanı	Adı Soyadı	İmzası
1					
2					
3					
4					

Tablo 3: Değişiklik ve Güncelleme Kayıt Çizelgesi

TANIMLAR

ACİL DURUM: Büyük, fakat genellikle yerel imkânlarla baş edilebilen çapta, ivedilik gerektiren tüm durum ve hallerdir.

5902 sayılı kanunda, “Toplumun tamamının veya belli kesimlerinin normal hayat ve faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan ve acil müdahaleyi gerektiren olaylar ve bu olayların oluşturduğu kriz hali” olarak tanımlanmıştır.

AFET: Toplumun tamamı veya belli kesimleri için fiziksel, ekonomik ve sosyal kayıplar doğuran, normal hayatı ve insan faaliyetlerini durduran veya kesintiye uğratan, etkilenen toplumun baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı doğa, teknoloji veya insan kaynaklı olay.

Afet bir olayın kendisi değil, doğurduğu sonuçtur.

AFET DÖNGÜSÜ: Bir afet olayını izleyen ve bir sonraki afete kadar birbirini takip eden aşamaların tümünü ifade eder. Bu evreler; önleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon/iyileştirme olarak tanımlanmaktadır.

AFET YÖNETİMİ: Afet yönetimi, afetlerin önlenmesi, risk ve zararlarının azaltılması, afet sonucu doğuran olaylara zamanında, hızlı ve etkili olarak müdahale edilmesi ve afetten etkilenen topluluklar için daha güvenli ve gelişmiş yeni bir yaşam çevresi oluşturulabilmesi için toplumca yapılması gereken topyekün bir mücadele sürecidir. Bütünleşik afet yönetimi, mevcut ve muhtemel tüm afet tehlike ve risklerini, afet yönetiminin tüm temel evrelerini (önleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon/iyileştirme) kapsayan, tüm sektörlerden (kamu, özel, sivil, akademik) kurum ve kuruluşların, toplumun afet yönetimi süreçlerine katılımını ve tüm kaynakların seferber edilmesini ifade eden bir yaklaşımdır.

İL-SAP (İL SAĞLIK AFET VE ACİL DURUM PLANI): İl sınırları içerisindeki tüm sağlık kurumlarının afet yönetiminin tüm evreleri önleme /zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon/iyileştirme) gözetilerek hazırlıklı olmasını ve sağlık hizmetlerinin kesintisiz sürdürülebilmesini sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen ve illerde uygulamaya giren, standart çerçeveye ve kılavuza sahip planlardır.

HAP (HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI): Ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyinde (İL-SAP) afet yönetiminin tüm evrelerini kapsayan planları çerçevesinde, hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını, afet halinde zamanında, hızlı ve etkili müdahaleyi sağlamak amacıyla Sağlık Bakanlığı tarafından geliştirilen, standart çerçeveye ve kılavuza sahip planlardır.

ACİL MÜDAHALE PLANI: Hastane Afet ve Acil Durum Planı’nın (HAP) Müdahale bileşeni çerçevesinde, afet ve acil durumlara zamanında, hızlı, etkili ve sonuç alıcı müdahalenin organizasyonu, müdahale aşamaları, olay yönetim sistemi, yönetim ekibi, yönetim merkezi, yönetim araçları ile ilgili standart ve kuralları kapsayan kılavuz dokümandır.

MÜDAHALE: Afet ve acil durumlarda can ve mal kurtarma, sağlık, iye, ibate, güvenlik, mal ve çevre koruma, sosyal ve psikolojik destek hizmetlerinin verilmesine yönelik çalışmadır.

OLAY EYLEM PLANI: Acil Müdahale Planı’nın etkinleştirilmesiyle, olay süresince tanımlanan zaman dilimlerinde müdahale, hedef ve stratejilerin belirlenmesi, gerçekleştirilen eylemlerin değerlendirilmesi, uygulamaların her aşamada gidişata göre geliştirilmesi için yapılan plandır.

OLAYA ÖZEL PLAN: Hastanenin Acil Müdahale Planı'nda yer alan genel işleyiş, standartlar ve kuralların yanı sıra olayın özelliğine, etkenlerine göre yapılması gereken spesifik hazırlıkları içeren plandır.

AFET STOKU: Hastanenin acil durum ve afetlerle, en az ilk 72 saat kendi imkanları ile baş edebilmesi amacıyla; hasta, hasta yakınları ve personel için hazır bulundurması gereken yiyecek, içecek, tıbbi malzeme, ekipman ve donanımdır.

İŞ SÜREKLİLİĞİ: İş Sürekliliği, hastanenin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dahili ve/veya harici olaylara, işleyişi etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna (elektrik, su, doğal gaz, tıbbi gazlar vb.) karşı hazırlıklı olması; bu durumlarla önceden kararlaştırıldığı, planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde baş edebilmesinin sağlanmasıdır.

BİRİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)

1. GİRİŞ

Doğa veya insan kaynaklı tehlikeler, ancak toplumda var olan zarar görebilirlik ve zarar görebilirliği etkileyen hızlı nüfus artışı, yanlış şehirleşme, çevresel bozulma, yoksulluk, sosyal adaletsizlik gibi faktörler ile bir araya geldiğinde afete dönüşmektedir. Zarar görebilirliğin azaltılması ve hazırlıklı olmak afetlere karşı toplumların en önemli güvencesidir.

Sağlık sistemleri afetlere karşı daha dirençli ve hazırlıklı olmalıdır. Sağlık sektörü afet yönetimi içinde özel bir öneme sahiptir. Doğa ve teknoloji kaynaklı olayların hepsinin insan sağlığı üzerine doğrudan ve dolaylı birçok etkisi vardır. Sağlık sistemleri bu etkilere müdahale etmek açısından hayati bir rol üstlenirler. Buna ek olarak toplumu etkileyen olay ne olursa olsun, sağlık sistemleri bundan nasıl etkilenirse etkilensin, bir taraftan rutin sağlık hizmetleri de devam etmek zorundadır. Sağlık sistemleri açısından afet olduktan sonra etkin bir müdahale gerçekleştirmek gereklidir ancak, bu iyi bir afet yönetimi için yeterli kriter değildir. Afet öncesi dönemi kapsayan çalışmalar (önleme, zarar azaltma ve hazırlık) hem afetin boyutunu hem de afet esnasında yapılan müdahalenin kalitesini ve sonucunu belirleyecektir. Dolayısı ile sağlık sisteminin yerel ve kurum düzeyi planları (İL-SAP, HAP) afet yönetiminin tüm evrelerini (önleme/zarar azaltma, hazırlık, müdahale, rehabilitasyon/iyileştirme) kapsayan planlar olarak tasarlanmıştır.

Sağlık sisteminin en önemli unsurlarından olan hastaneler *herhangi bir işyeri değildir*. Hastanelerde sunulan hizmet hayati öneme sahiptir, herhangi bir işkolundaki hizmet ile karşılaştırılmaz. Günlük yaşamda en ufak aksamaların bile büyük sıkıntı yarattığı sağlık hizmetlerine, afet dönemlerinde daha çok ihtiyaç duyulur. Dolayısı ile hastaneler afet dönemlerinde hem rutin işlerini kesintiye uğratmadan devam ettirmek hem de artan talebi ve ihtiyacı karşılamak zorundadır.

Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı tarafından 20. 06. 2012 tarihli ve 6331 sayılı İş Sağlığı ve Güvenliği Kanunu kapsamında hazırlanan İş Sağlığı ve Güvenliği Hizmetleri Yönetmeliği ve İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik, ülkemizde iş yerlerinin afet ve acil durumlara hazırlanması konusunda önemli adımlar olarak değerlendirilmekle birlikte, yukarıda belirtilen özelliklerinden dolayı hastaneler için daha farklı nitelikte planlara ihtiyaç vardır.

Hastane bileşenlerinde meydana gelebilecek herhangi bir kaybın ve bunun yol açacağı fonksiyon kaybının neden olacağı ekonomik maliyetin yanında, sosyal maliyet de oldukça yüksektir. Bunlara ek olarak, hastaneleri birçok iş yerinden ayıran diğer önemli özellikler şunlardır:

- *Farklı kullanıcı karakterlerine sahip olması:* Hastanelerde yatarak tedavi gören hastalar olduğu gibi polikliniklerde ayaktan tedavi gören hastalar da mevcuttur. Hastaların yanı sıra personel, hasta yakınları ve ziyaretçiler bulunmaktadır.

- *Karmaşık yapısı:* Hastanelerin bünyesinde otel, ofis, laboratuvar, eczane, ameliyathane, depo gibi farklı işyerlerinin yapısal ve fonksiyonel özellikleri mevcuttur.

- *Kullanım özellikleri:* Hastaneler çoğunlukla 7/24 hizmet verirler. Bu hizmetlerden farklı ihtiyaç sahibi hastalar, yaşam desteğine ihtiyaç duyan yoğun bakım hastaları, hamileler, çocuklar vb. yararlanır. Hastanelerde kullanılan teçhizat ve malzeme göz önüne alındığında hastane binaları yoğun ve ağır bir yük taşır.

• *Altyapı hizmetlerine hayati bağımlılık:* Hastanelerin fonksiyonlarını sürdürebilmeleri elektrik, gaz ve su gibi kritik altyapı sistem ve hizmetlerine bağlıdır. Özellikle su ve enerji kaynağı olmadan hastaneler işlevsiz kalacaktır.

• *Tehlikeli maddeler:* Hastaneler kendi kullanımları için barındırdıkları çeşitli kimyasallar, gazlar ve maddelerden kaynaklanabilecek kaza ve afetlerden sonra bu maddelerin yol açtığı ikincil olaylara maruz kalabilirler.

• *Dışsal etkenler:* Hastanelerin işlevsel olabilmesi için ulaşılabilir olması gerekmektedir. Afet durumlarında yollarda oluşabilecek hasar, yıkım veya yakınlarını arayanlardan kaynaklanabilecek aşırı yoğunluk nedeni ile trafiğin kilitlenmesi gibi olaylar hastanelerin durumundan bağımsız olarak afet esnasında hastanelerin işlevini yerine getirememesine neden olabilmektedir.

Tüm bu özellikler göz önüne alındığında, hastaneler sundukları hizmet, fonksiyonel ve yapısal özellikleri dolayısı ile diğer işyerlerinden daha farklı afet ve acil durum planları hazırlamalı ve uygulamalıdır.

2. HAP ÇERÇEVESİ

HAP, ulusal sağlık sisteminin merkez ve il düzeyindeki (İL-SAP) afet planlarıyla ve uluslararası genel kabul gören yaklaşımlarla uyumlu olacak şekilde hazırlanmalıdır.

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANI (HAP)		
Afet Risk Değerlendirme (Tüm Süreç ve Bileşenlerde)		
Önleme/Zarar Azaltma ve Hazırlık	Müdahale	Rehabilitasyon/İyileştirme

Bu çerçevede, HAP hastanelerde afet ve acil durum yönetimini geliştirmek, hastanelerin fiziksel ve fonksiyonel olarak afete hazırlıklı ve dayanıklı olmasını sağlamak üzere, şu temel başlıklara dikkat çekmektedir:

- Afet ve acil durum yönetiminin hastane işleyiş, görev ve faaliyetleriyle olabildiğince bütünleştirilmesi, tüm çalışanların bilgilendirilmesi ve katılımının sağlanması,
- Hastanenin kurulu bulunduğu yerleşimin mevcut ve yeni afet tehlikelerinin belirlenmesi,
- Hastane afet risk değerlendirmesi, mevcut risklerin azaltılması ve yeni risklerin önlenmesi,
- Afetin etki, kayıp ve zararlarını azaltmak üzere etkili müdahale için hazırlık yapılması,
- Müdahale planlarının afet türünü, ortamın ihtiyaç ve özelliklerini dikkate alması,
- Afet sonrası iyileştirme amaçlı geçici ve sürekli önlem ve uygulamaların önceden planlanması.

HAP, hastanenin çatı planıdır, kendi içinde üç ayrı plana daha sahiptir. Bunlar Acil Müdahale Planı, Olay Eylem Planı ve Olaya Özel Planlar'dır. Bu alt planların özellikleri ve içerikleri kılavuzun sonraki sayfalarında açıklanmaktadır.

3. AMAÇ

HAP hastanelerin afet ve acil durumlara ilişkin risklerini önlemeyi ve azaltmayı, afet ve acil durumlara karşı hazırlıklı kılmayı amaçlamaktadır. Bu amaç doğrultusunda HAP'ın temel hedefleri şöyle sıralanabilir:

- Hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğini azaltarak, personelin, hasta ve hasta yakınlarının can güvenliğini korumak, yatırım ve donanımın zarar görmesini önlemek.
- Afete hazırlık çerçevesinde:
 - Afetlerde kullanılacak açık ve anlaşılır komuta ve kontrol mekanizmalarını, standart işleyiş ve uygulama kurallarını oluşturmak,
 - Tüm paydaş kişi ve kurumların afet ve acil durum görev ve sorumluluklarını tanımlamak
 - Afet durumlarında hastanelerin ilk 72 saat kendilerine yetebilmeleri için gerekli düzenlemeleri gerçekleştirmek,
 - Eğitim ve tatbikatlar ile afete hazırlık düzeyini sürekli artırmak.
- Afet halinde:
 - Hızlı, uygun ve etkili müdahale gerçekleştirmek,
 - Rutin hizmetlerin aksamamasını, kritik hizmetlerin kesintisiz sürdürülmesini sağlamak,
 - Kaynakları en iyi ve etkin şekilde kullanmak,
 - Gerektiğinde kapasitenin artırılmasını sağlamak.
- Genel sağlık müdahalesine ve halk sağlığını korumaya yönelik temel çalışmalara katkıda bulunmaktır.

4. HUKUKİ DAYANAK

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükmünde Kararnamenin 2 ve 40'ıncı maddeleri Bakanlığa acil durum ve afet hallerinde sağlık hizmetlerini planlama ve yürütme, ayrıca yetki ve sorumluluk alanına giren ve önceden kanunla düzenlenmiş konularda idarî düzenlemeler yapma yetkisi vermiştir. Bu kanunun ilgi maddeleri uyarınca Bakanlık tarafından hazırlanan Hastane Afet ve Acil Durum (HAP) Uygulama Yönetmeliği 20 Mart 2015 tarih ve 29301 sayılı Resmi Gazete'de yayınlanmıştır. Bu kılavuzu mütakiben yayınlanacak olan genelge ile HAP uygulamalarına ilişkin ayrıntılar ayrıca düzenlenmiştir.

5. KAPSAM

Hukuki Dayanak kısmında adı geçen yönetmelik, Sağlık Bakanlığı ve bağlı kuruluşlarına, üniversitelere, Türk Silahlı Kuvvetlerine, özel hukuk tüzel kişilerine ve gerçek kişilere ait yataklı tedavi hizmeti sunan tüm hastaneleri Bakanlıkça belirlenen kılavuz çerçevesinde HAP hazırlamakla görevli kılınmıştır. Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri kapsam dışı bırakılmış ve yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri yukarıda sözü geçen genelgede belirtileceği gibi Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca 18.06.2013 tarihli ve 28681 sayılı Resmi Gazetede yayınlanan **İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik kapsamında acil durum planları hazırlamakla yükümlü kılınacaktır.**

6. HAP İŞLEYİŞİ

6.1 HAP'ın İL-SAP İçindeki Yeri:

• Zarar azaltma ve afete hazırlıklı olmak için yapılan tüm çalışmalar aşağıdan yukarıya sağlık sisteminin tüm kademeleri için düşünülmelidir. Hastane veya diğer sağlık hizmet birimleri, il düzeyi ve ulusal düzey sırasıyla birbirini kapsayan, biri olmazsa diğerinin tam olmadığı bileşenlerdir. Afet ve acil durumlarda hastanelerin ayakta ve çalışabilir, hatta kapasitesini artırabilir olması il düzeyinde sağlık afet yönetiminin başarılı yürütülmesinin en önemli göstergelerinden birisidir. Dolayısıyla, İL-SAP'ın işlevli bir şekilde tamamlanması ve uygulanması esnasında HAP'lar belirleyici bir öneme sahiptir.

• HAP hazırlanırken ilin kapasitesi, ihtiyaçları ve karşı karşıya olduğu afet risklerinin göz önüne alınması; İl Sağlık ve Halk Sağlığı Müdürlükleri başta olmak üzere sağlık sektörünün diğer paydaşları ile koordineli bir şekilde çalışılması esastır. Bu çerçevede, İL-SAP Hazırlama Kılavuzu'nda HAP Başkanları ve HAP hazırlama ekiplerinden yetkililerin İL-SAP hazırlama komisyonunda yer alması gerektiği belirtilmektedir.

• İL-SAP il düzeyinde olası afetlere ilişkin zarar azaltma ve hazırlık çalışmalarının, müdahale aşamasının, rehabilitasyon ve yeniden yapılanma çalışmalarının planlanmasını içermektedir. İL-SAP'ın 6. Bölümü olan “Zarar Azaltma ve Hazırlık Çalışmaları ve Planlama” başlığı altında, il bünyesindeki hastanelerin planlarının özet şekilde bir tablo ile planın ana kısmına dahil edilmesi; ayrıca il bünyesindeki tüm hastane HAP'larının tam metin olarak ekler kısmında yer alması istenmektedir.

6.2 HAP Hazırlama Komisyonu

HAP Hazırlama Komisyonu aşağıda belirtilen personelden oluşturulur:

a) Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumuna bağlı hastanelerde:

- 1) Hastane yöneticisi veya başhekim
- 2) Başhekim yardımcısı
- 3) İdari ve mali hizmetler müdürü
- 4) Hasta hizmetleri ve sağlık otelciliği hizmetleri müdürü (varsa)
- 5) Sağlık bakım hizmetleri müdürü
- 6) Acil servisten/acil polikliniğinden/acil ünitesinden sorumlu doktor ve sorumlu hemşire
- 7) Ameliyathaneden sorumlu doktor ve sorumlu hemşire
- 8) Yoğun bakım hizmetlerinden sorumlu doktor ve sorumlu hemşire
- 9) Halk sağlığı uzmanı (varsa)
- 10) Güvenlikten sorumlu müdür yardımcısı
- 11) Döner sermayeden sorumlu müdür yardımcısı
- 12) Tıbbi teknik kurul için enfeksiyon hastalıkları uzmanı (yoksa dahiliye uzmanı) veya laboratuvar sorumlusu
- 13) Kalite ofisi/birimi/temsilciliği
- 14) Sivil savunma uzmanı veya görevlisi
- 15) İş yeri güvenliği uzmanı (varsa).

b) Türkiye Halk Sağlığı Kurumuna bağlı hastanelerde:

- 1) Hastane başhekim
- 2) Hastane müdürü
- 3) Sorumlu hemşire
- 4) Kalite sorumlusu.

c) Özel hastaneler, üniversite hastanelerinde:

- 1) Başhekim /Mesul müdür
- 2) Başhekim yardımcısı /Mesul müdür yardımcısı
- 3) Başhemşire
- 4) Başhemşire yardımcısı (varsa)
- 5) Hastane müdürü (varsa)
- 6) Hastane müdür yardımcısı (varsa)
- 7) Acil servis/ünite sorumlusu
- 8) Güvenlikten sorumlu müdür
- 9) Ameliyathane sorumlusu
- 10) Yoğun bakım sorumlusu (varsa)
- 11) Halk sağlığı uzmanı (varsa)
- 12) Laboratuvar sorumlusu
- 13) Kalite temsilcisi
- 14) İş yeri güvenliği uzmanı (varsa)
- 15) Sivil savunma uzmanı veya görevlisi.

ç) TSK Eğitim Hastanelerinde:

- 1) Komutan/Komutan idari yardımcısı
- 2) Dekan/Baştabip
- 3) Kurmay başkanı
- 4) Askeri sağlık hizmetleri uzmanı (GATA HAP içerisinde görev yapar)
- 5) Cerrahi hastalıklar bölüm başkanı/Şef
- 6) Dahili hastalıklar bölüm başkanı/Şef
- 7) Acil tıp anabilim dalı başkanlığı/Servisi
- 8) Biyokimya anabilim dalı başkanlığı/Servisi
- 9) Halk sağlığı uzmanı (varsa)
- 10) Kimyasal, Biyolojik, Radyolojik ve Nükleer uzmanı (varsa)
- 11) Mikrobiyoloji ve/veya Enfeksiyon hastalıkları uzmanı
- 12) Başhemşire
- 13) Lojistik şube müdürü
- 14) Hastane idare amiri
- 15) Destek kıta komutanı
- 16) Maliye bütçe şube müdürü.

d) TSK Asker Hastanelerinde:

- 1) Baştabip
- 2) Baştabip yardımcısı
- 3) Hastane idare amiri
- 4) Başhemşire
- 5) Döner sermaye saymanı
- 6) Dahili hastalıklar sorumlusu
- 7) Cerrahi hastalıklar sorumlusu
- 8) Ameliyathane sorumlusu
- 9) Laboratuvar bölüm sorumlusu
- 10) Sağlık hizmetleri bölge komutanlığında görevlendirilen maliye bütçe şubesi.

6.3 HAP'ın Güncelleme Periyodu ve Yöntemi

Hastaneler en yetkili kişi başkanlığında HAP hazırlama komisyonunu oluşturur. Oluşturulan komisyon her yılın başında hastanenin planını ve yıllık HAP eylem planını hazırlar/günceller. HAP hazırlama komisyonu tarafından hazırlanan planlar HAP başkanı tarafından onaylanarak ilgili yönetmelikte belirtilen HAP'ın incelenmesinden sorumlu makama gönderilir. İncelemeden sorumlu makam uygun gördüğü planları onaylanmak üzere 1 Şubat tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğüne gönderir. TSK Sağlık Komutanlığı'na bağlı TSK Eğitim ve Asker Hastanelerinde ise planlar onaylanmak üzere TSK Sağlık Komutanlığı'na gönderilir. TSK Sağlık Komutanlığı tarafından onaylanan planlar, Bakanlık ve TSK Sağlık Komutanlığı'nın birlikte hazırladıkları çizelge 1 Şubat tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğü'ne gönderilir.

6.4 HAP'ın Diğer Paydaşlar ile İlişkisi ve Paylaşımı

- *Diğer Hastanelerle İşbirliği:* Sağlık hizmetleri tesislerinin diğer hastanelerle işbirliği yapması hastane kapasitesi için önemlidir. Faaliyete geçirilmesi gereken işbirliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verilerek planlamasının yapılması gerekmektedir. Diğer hastaneler ile işbirliği planlanırken, kapasitenin etkin kullanımını sağlamak için il düzeyinde düşünmek, dolayısı ile İl-SAP kapsamında yaklaşmak gerekmektedir. Örneğin hastane dışına yapılacak tahliyeleri hastaneler tek başlarına değil İl-SAP kapsamında ele almalıdırlar.

- *Diğer Kurumlarla İşbirliği:* Hastanenin afet ve acil durumlarda sağlık hizmeti sunumunu devam ettirebilmesi için plan dahilinde (hastaneler dışında) hangi kurumlar ile hangi konularda işbirliği yapılacağının belirlenmesi gerekmektedir.

Planın paylaşımı iki kademedede düşünülmelidir:

- *İç Paylaşım:* Planın güncellenmiş hali her yıl 1 Şubat tarihine kadar resmi yazı ve CD ye kaydedilerek İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilecektir. Onaylanan plan, büyük ölçekli hastane modeline dahil edilenlerde HAP ofisi, orta ölçekli hastane modeline dahil edilenlerde HAP birimi, küçük ölçekli hastane modeline dahil edilenlerde HAP temsilciliğinde dijital ortamda bulundurulur ve ilgili tüm birimler ile paylaşılır.

- *Dış Kurumlarla Paylaşım:* HAP'ta yer alan diğer hastaneler ve kurumlarla plan onaylandıktan sonra ilgili bölümler paylaşılır.

6.5 HAP Konusunda Toplumun Bilgilendirilmesi

Planın varlığı, kapsamı ve planla ilgili sorumluluğu hakkında toplum bilgilendirilmelidir. Böylesi bir bilgilendirme toplumun plana destek olması ve uygun davranması açısından önemlidir. Toplum, afet güvenliği konusunda hastane tarafından yapılan işler konusunda bilgilendirilebileceği gibi, planın bazı bölümleri örneğin alternatif hasta bakım alanları toplumla geniş biçimde paylaşılmalıdır. Ancak toplum ile paylaşılmayacak bilgiler hususunda özen gösterilmelidir (örneğin acil durum sırasında gereksiz meşgul edilmemesi gereken ve kritik önem arz eden irtibat bilgilerinin planın ön görmediği kişiler ile paylaşılması). Planda topluma dönük düzenli bilgilendirmenin nasıl yapılacağı (örneğin medya, hastane web-sitesi, hastane panolarında görsel duyuru, hastane monitörlerinde kısa film, basılı materyal, toplantılar), kim tarafından yapılacağı, periyodu ve hangi konuların paylaşılacağı mutlaka belirtilmelidir. Bilgilendirme için mevsim özelliklerine göre afetlere dönüşebilecek doğa kaynaklı tehlikeler ile 17 Ağustos, 12 Kasım gibi bölge ve iller için afetler bakımından anlamlı tarihler özellikle dikkate alınmalıdır.

7. HAP EĞİTİMLERİ VE TATBİKATLARI

7.1 HAP Eğitimleri

HAP uygulayıcı eğitimleri İl Sağlık Müdürlüğü Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi /Acil ve Afetlerde Sağlık Hizmetleri Şubesi tarafından düzenlenir. Eğitimde Bakanlık Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından hazırlanan standart eğitim içeriği esas alınır. HAP uygulayıcı eğitimlerine HAP komisyonunda bulunması zorunlu olan kişiler ve incelemenden sorumlu kişiler katılır. Bu kişilere ek olarak hastanelerin belirlediği kişiler de HAP uygulayıcı eğitimlerine katılabilir.

7.2 HAP Tatbikatları

Plan yıl içerisinde en az bir kez masa başı tatbikatı, bir kez de saha tatbikatı ile test edilir. Tatbikatlarda her yıl farklı bir senaryo uygulanır. Tatbikat senaryoları; ilk tatbikatlarda basit ve tek konu içeren senaryo, daha sonra karmaşık ve birden çok konu içeren karmaşık senaryolarla devam etmelidir. Her tatbikat rapor ile kayıt altına alınmalıdır.

Tatbikat yapmadan önce HAP kapsamında önerilen eğitimler gerçekleştirilir. Gerekirse tatbikat konusuna özel, tatbikat öncesi eğitim yapılır. Öncelikle masa başı tatbikatı yapılır. Saha tatbikatına; tatbikat konusuna uygun olarak diğer kurumlar da iştirak edebilirler. İlde yapılacak olan genel kapsamlı tatbikatlara da dahil olunarak saha tatbikatı gerçekleştirilebilir. Tatbikat tarihleri yıllık eğitim ve tatbikat programında yer alır. Tatbikat tarihi ve saati, aylık çalışma/nöbet listesi yapılmadan en az beş gün önce personele ve ilgili birimlere duyurulmalıdır. Hastanede kadrolu ya da sözleşmeli çalışanlar davet edildikleri tatbikata katılmak zorundadır. Tatbikatlara HAP hazırlama komisyonu üyeleri katılmalıdır. İl-SAP tatbikat senaryolarında görevlendirilen hastanenin ayrıca tatbikat yapmasına gerek yoktur.

8. MEVCUT DURUM ANALİZİ

HAP'ın amaç ve hedeflerinin gerçekleşmesinde, hastanenin konumu, mevcut hizmet sağlama kapasitesi ve imkanları belirleyici öneme sahiptir. Bu bakımdan öncelikle hastanenin yapısal ve yapısal olmayan unsurları, personel ve işleyiş özellikleri eksiksiz tanımlanmalıdır:

- **Hastane binasının fiziki özellikleri:** Blok, servis, bölüm sayıları ve krokiler (hazırlanan krokiler okunaklı ve tarihli olmalı ve plana eklenmelidir), yatak sayısı, erişkin, çocuk, yeni doğan yoğun bakım yatak sayısı ve seviyeleri, branşlara göre ameliyathaneler, jeneratör konumları, helikopter, yaralı toplama, toplama noktaları, tahliye alanları, triyaj vb. alanları, afet depolar, asansör ve sedye taşınabilen asansörler,

güvenlik giriş noktaları, tıbbi, evsel nitelikli, tehlikeli, radyoaktif vb. atık noktaları ve kapasiteleri ayrıntılı şekilde belirtilmelidir.

- **Hastanede hizmet veren departman/servis/birimler:** İdari Şef, Dahiliye, Genel Cerrahi, Anestezi, Beyin Cerrahi, Ortopedi, Kadın Doğum, Göğüs Kalp Damar Cerrahisi vb. ile ilgili bilgiler yer almalıdır.

- **Günlük vaka kabul sayısı:** Nöbetçi uzman sayısı, acil servise başvuru sayısı, poliklinik başvuru sayıları, günlük ameliyat sayısı vb. bilgiler yer almalıdır.

- **Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynaklar:** Kritik ve destek sistemlerin (jeneratör, UPS, su deposu, yangın söndürme vb.) kapasiteleri; sedye, tekerlekli sandalye sayısı, muayene masası ve kritik malzeme sayısı (kan, ventilatör, O₂ tüpü, hemodiyaliz cihazı, röntgen, tomografi, MR, laboratuvar cihazları vb.); stok olarak tutulan ilaç, tıbbi sarf malzeme, gıda vb. malzemelerin kaç günlük ihtiyacı karşıladığı bilgisi; personel için koruyucu ekipman, yedek personel formları, ulaştırma araçları, iletişim araçları, aydınlatma, koruyucu ekipman (KBRN gibi) vb. bilgiler yer almalıdır.

- **Personel durumu:** Hangi unvandan kaç personelin bulunduğu, iletişim numaraları ve adreslerinin yer aldığı liste yer almalıdır.

- **Protokoller:** Hastane tarafından yapılan afet ve acil durumlara hazırlık ve yanıtla ilişkin protokol ve sözleşmeler planın ekler bölümünde yer almalıdır.

8.1 Hastane Risk Değerlendirmesi

Sağlık kurumlarının tüm faaliyetleri risk içermektedir. Bu bağlamda, risk yönetimi, hastanelerin olağan işleyişinin her aşamasında temel bir yaklaşım olmalıdır. Sağlık kurumlarında risk değerlendirme, önleme ve güncelleme uygulamaları mevzuatla belirlenmiş olup, olağan faaliyet ve hizmet standartları kapsamındadır ve tüm sağlık sektörü çalışanlarını ilgilendirmektedir.

Hastanelerin, afet yönetiminin tüm süreçleri içindeki yeri göz önüne alındığında, sağlık kurumlarında uygulanan olağan risk yönetiminin yanı sıra afet risklerinin yönetiminin de ne kadar önem taşıdığı görülmektedir. Çünkü:

- Sağlık hizmetinin afet ve acil durumlarda kesintisiz sürmesi gerekmektedir.
- Hastanelerde zarar görebilirliği daha fazla, çok sayıda insan bulunmaktadır.
- Hastaneler, hassas korunması gereken yüksek maliyetli sistemler, tesisatlar, tıbbi cihazlar ve diğer donanımla hizmet vermektedir.

Hastanelerde, üç temel güvenlik hedefi esas alınmalıdır. Bu hedefler, öncelik sırasıyla;

1. **Hayatın korunması:** Hasta, hasta yakını ve hastane çalışanlarının can güvenliğini korumak.
2. **Yatırımın korunması:** Hastaneye ait yatırım ve donanımın zarar görmesini önlemek.
3. **İşleyişin korunması:** Sağlık kurumunun faaliyetlerini her durumda kesintisiz sürdürebilmesini sağlamaktır.

Bu çerçevede, Dünya Sağlık Örgütü'nün (WHO) uluslararası kabul gören *Güvenli Hastane*¹ yaklaşımı da gözönünde bulundurularak, hastanelerin tehlike ve risklerini değerlendirme konuları (kontrol listeleri), birbiriyle bütünlük içerisinde sırasıyla şu başlıklar altında toplanmaktadır:

1. Bulunduğu coğrafi, fiziksel, çevresel, sosyal ortamda hastanenin güvenliğini, afet ve acil durum yönetimindeki rolünü etkileyebilecek tehlikelerin belirlenmesi,
2. Hastane binası ve çevresini oluşturan yapısal elemanların güvenliği,
3. Hastanenin yapısal olmayan elemanlarının güvenliği,
4. Hastanenin afet ve acil durum yönetimi bakımından fonksiyonel kapasitesinin ve iş sürekliliğinin güvence altına alınması.

¹ Kontrol listeleri ile ilgili ayrıntılı bilgi için bkz. Hospital Safety Index, Guide for Evaluators/Safe Hospitals Checklist, Safe Hospitals Checklist, World Health Organisation and Pan American Health Organisation, 2015.

Hastane güvenliğini ve performansını etkileyebilecek tehlike ve riskler bakımından, öncelikle hastanenin bulunduğu yerleşimde doğa ve teknoloji kaynaklı tehlikeler göz önünde bulundurulmalı; ayrıca gerçekleşebilecek sosyal ve çevresel olaylar da değerlendirilmelidir. Bu bölümle ilgili olarak, mevcut ve potansiyel tehlike, risk haritaları, raporlar ve ilgili dokümanlar; Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ile Sağlık, Çevre ve Şehircilik, Orman ve Su İşleri, Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlıklarının ilgili merkez ve yerel birimleri, Valilik, Kaymakamlık ve Belediyeler ile ilgili diğer kamu kurum ve kuruluşlarından sağlanabilmektedir. Hastanenin bulunduğu yerleşimin tehlike ve risk değerlendirmelerinde, geçmişteki şehir ya da sınır ötesi afetlerin olumsuz etkileri (ülke içinde geçmiş depremlerin Karadeniz, Marmara, Ege ve Akdeniz’de yol açtığı taşkın ve tsunamiler, 1986 Çernobil’deki nükleer kazanın Türkiye’ye etkileri vb.) ile sürdürülmekte olan araştırmalar da (iklim değişikliği, maden kazaları gibi büyük iş kazaları, büyük endüstriyel kazaların önlenmesi, vb.) dikkate alınmalıdır.

Hastane binası ve çevresi ile ilgili yapısal ve yapısal olmayan elemanların güvenliği bakımından ve hastanenin fonksiyonel kapasitesine ait değerlendirme ise; hastanenin mevcut ve potansiyel tehlikeleri karşısında sırasıyla yapısal elemanları, yapısal olmayan elemanları idare-organizasyon (afet ve acil durum yönetimi kapasitesi) bakımından zarar görülebilirlik düzeylerinin belirlenmesi ve önlemlerin geliştirilmesini içermelidir.

8.2 Yapısal Risklerin Azaltılması

Hastanenin afet güvenliği bakımından fiziksel durumunu ve iyileştirilmesi gereken yönlerini belirlemek üzere, yapısal güvenlik ile ilgili konular esasen iki ana başlık altında incelenmektedir:

- 1) Hastanenin yapısal güvenliğini etkileyen geçmiş olaylar,
- 2) Binanın yapısal özellikleri, taşıyıcı sistemi ve kullanılan malzeme bakımından güvenlik.

Deprem bölgeleri başta olmak üzere mevcut ve yapılacak binalarla ilgili zorunlu asgari koşullar, 2007 tarihli Deprem Bölgelerinde Yapılacak Binalar Hakkındaki Yönetmelik, ilgili diğer mevzuat, şartname ve standartlarda yer almaktadır. Ayrıca Ulusal Deprem Stratejisi ve Eylem Planı’nda (UDSEP 2012- 2023), afet sonrasında kullanılması yaşamsal önem taşıyan mevcut hastanelerin, yapısal olarak deprem ve diğer afetlerde güvenliklerinin artırılması ve yeni yapılacak hastanelerde bu güvenliğin mutlaka sağlanması gerekliliği belirtilmiştir. Kamu hastanelerinde bu çalışmalar halen devam etmektedir.

Depreme dayanıklı inşa zorunluluğunun yanı sıra, hastanenin tasarımı ve yapımında, bulunduğu veya inşa edileceği bölgenin/yerleşimin afet risk değerlendirmesine uygun düzenleme ve önlemler gerçekleştirilmelidir. Örneğin, İstanbul’da depreme karşı, Bursa’da Iodosun etkili olduğu bölgelerde rüzgara karşı, Antalya’da sel su baskınlarına karşı, bu bölge hastanelerinin yapısal önlemlerinin geliştirilmesine; Kocaeli’nde kimyasal tesis ve karayollarına yakın hastanelerin KBRN ünitesi bulundurmasına vb. özellikle ihtiyaç olabilecektir.

Planda hastanenin **yapısal dayanıklılık testi** sonucunun yer alması gereklidir ve bu inceleme raporu hastanenin varsa ek tüm binaları için de yapılmalıdır. Hastanenin yapısal dayanıklılık inceleme, uygulama aşama ve sonuçları düzenli olarak kaydedilmeli, ilgili formlara (Form 48) işlenmelidir.

Formlarda, aşağıdaki şekilde, ayrıntılı durum bilgisi verilmelidir, örnek olarak:

- Güçlendirme ve Onarım/Renovasyon ve Yeniden Yapım İnşaatı Tamamlanan Bölüm,
- Güçlendirme / Yeniden Yapım Çalışmaları Devam Eden Bölüm,
- Yeniden Yapım Projeleri Tamamlanan / Devam Eden Bölüm,
- Fizibilite Çalışması Tamamlanıp Güçlendirme Projesi Hazır Olan Bölüm,
- Güçlendirme Analiz ve Proje Çalışması Devam Eden Bölüm,
- Güçlendirilmesi Teknik ve Ekonomik Bulunmayan Bölüm(ler) belirtilmelidir.

8.3 Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması

Hastane binalarının taşıyıcı sistemlerini oluşturan kolon, kiriş, döşeme, duvar vb. yapısal elemanlarının dışında kalan elemanları yapısal olmayan elemanlardır. Hastanelerde afet güvenliği bakımından yapısal olmayan unsurlarla ilgili incelemeler, uluslararası genel kabul gören yaklaşımla, şu ana başlıklar altında toplanmaktadır:

- 1) Mimari elemanların güvenliği,
- 2) Hastanedeki kritik servis ve alanların; ulaşım, acil çıkış ve tahliye güzergahlarının güvenliği,
- 3) Kritik sistemlerin durumu (bilgi sistemleri, elektrik, telekomünikasyon, su tedariki, yangın söndürme, kanalizasyon, yakıt depolama, medikal gazlar, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri vb.),
- 4) Ekipman ve malzeme güvenliği (ofis ve depo ekipman ve donanımı; teşhis ve tedavi için gerekli medikal ve laboratuvar ekipman ve malzemeleri vb.).

Yapısal olmayan elemanların afet ve acil durumda zarar görmesini ve çevredeki varlıklara zarar vermesini engelleyici uygulamalar, “Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması” kapsamında başlıca şu esaslara dayanmaktadır:

- Yapısal olmayan risklerin azaltılması amacıyla yapılacak inceleme ve değerlendirmelerde, yapısal olmayan elemanın zarar görebilirliği ve hastanenin hizmetine etkisi öncelik sırasıyla,

a) Can güvenliği,

b) Ekipman-donanım kaybı,

c) Fonksiyonun kesintiye uğraması riskleri bakımından değerlendirilmelidir (tek bir eleman için birden fazla risk de söz konusu olabilir; böyle durumlarda öncelik can güvenliğinin korunmasıdır).

- Yapısal olmayan elemanların afet riskleri bakımından incelenmesinde, sırasıyla, öncelikle kritik sistemler, medikal ekipman, takiben diğer ekipman, mobilya ve mimari elemanlar şeklinde gerçekleştirilmelidir; elemanlar öncelikle sistem bazında incelenmeli; her sistem tüm bileşenleri, bağlantıları, uzantıları ile birlikte ele alınmalıdır.

- Yapısal olmayan risklerin önlenmesi ve azaltılması hastanenin inşaatı ile başlamalıdır. Hastanede yapılacak değişiklikler ve yeni malzeme alımlarında, risk önleme ve azaltma önlemleri teknik şartname-lere konularak uygulama kolaylığı sağlanmalıdır. Tüm personele farkındalık eğitimi, teknik personele ise uygulama ve denetleme eğitimi verilmelidir. Uygulamaların etkisi ve sürekliliği düzenli ve sık aralıklarla kontrol edilmeli ve kayıt altında tutulmalıdır.

Yapısal olmayan elemanlarla ilgili afet risk-zarar azaltma amaçlı, koruyucu önlemler başlıca üç grupta incelenmektedir:

1. Personelin günlük bilgi ile gerçekleştirilebileceği basit önlemler (eşyanın yerini değiştirme vb),
2. Önceden belirlenmiş teknik ve usullere (mevzuat ya da kullanım kılavuzu vb.) göre gerçekleştirilen, teknik bilgi/teknisyenlik gerektiren önlemler,
3. Özellikle kritik güvenlik ve yüksek maliyet kapsamındakiler başta olmak üzere uzmanlık, mühendislik bilgisi gerektiren önlemler.

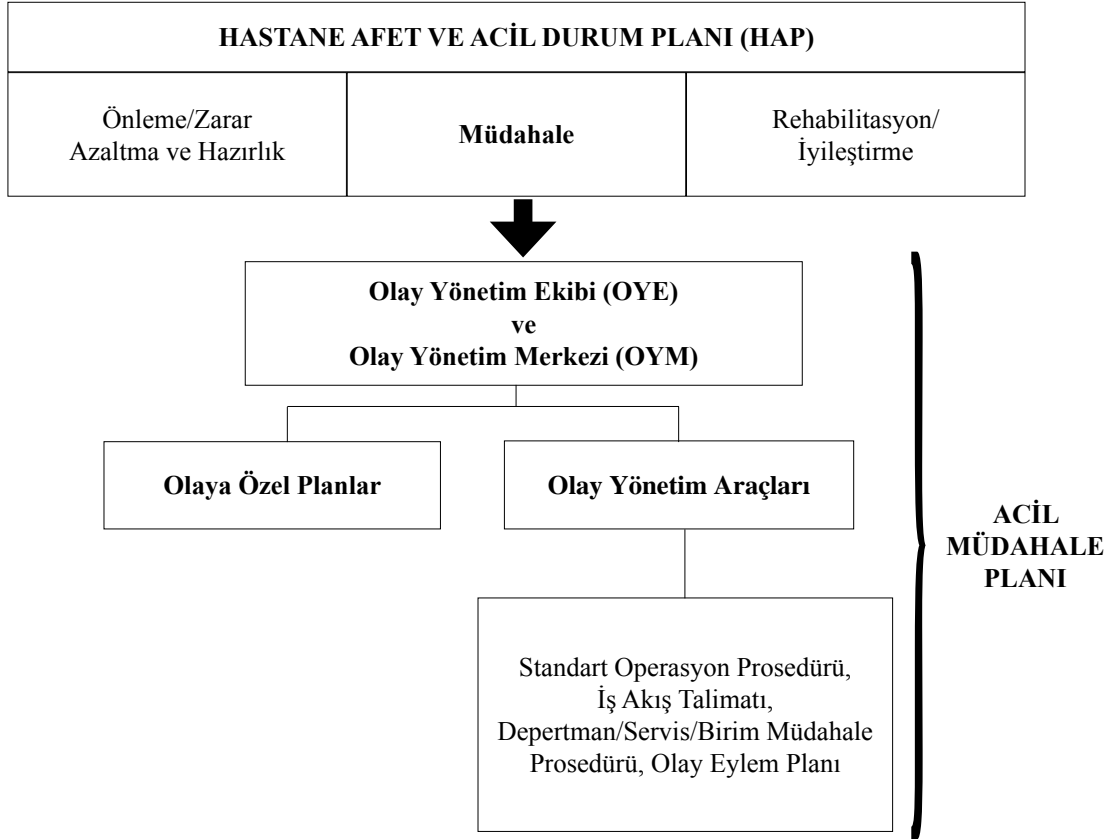
Yapısal olmayan elemanların güvenliği konusunda, afet ve acil durumlarda, talebin yoğunlaşma eğilimi göstereceği en kritik servis ve alanlara öncelik verilmelidir. Hastanelerde yapısal olmayan elemanlarla ilgili düzenli ve kapsamlı değerlendirmeler, esas olarak kalite yönetim, tesis güvenliği ve teknik servis işleyiş prosedürleri ile ilgili bina turu, bakım kontrol vb. gerekli uygulamaların düzenli gerçekleştirilmesi süreçleriyle bütünleştirilebilecektir. Hastanenin yapısal olmayan risklerin azaltılması çalışmaları ile ilgili inceleme, uygulama aşama ve sonuçları düzenli olarak kaydedilmeli, ilgili formlara (Form 49) işlenmelidir.

İKİNCİ BÖLÜM

HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE YÖNETİMİ

1. ACİL MÜDAHALE PLANI

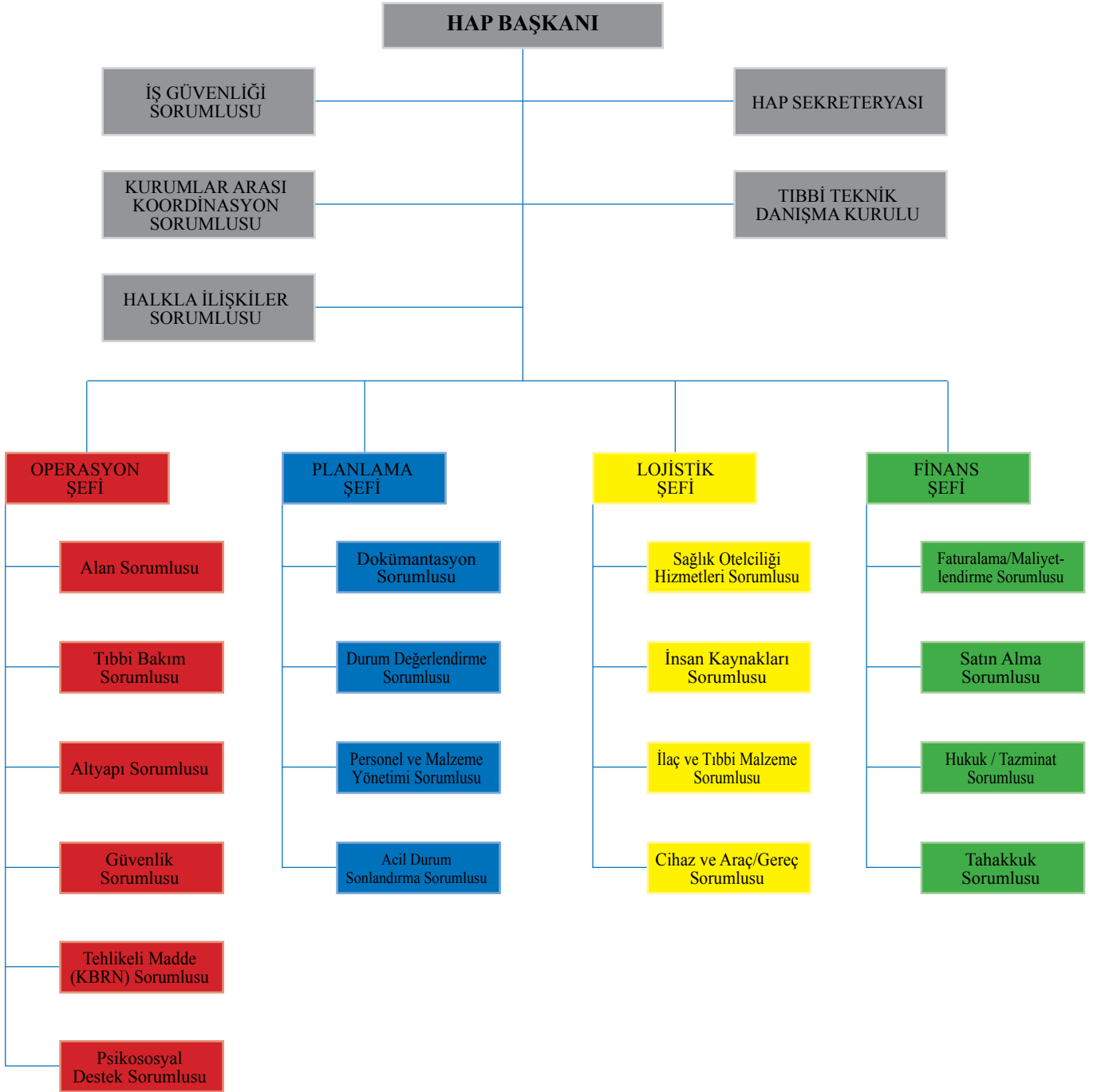
Acil Müdahale Planı (AMP), Hastane Afet ve Acil Durum Planı'nın (HAP) önemli bir parçasıdır. Hastane AMP afet ve acil durumda müdahale organizasyonunu, yönetim sistemini ve araçlarını belirler.

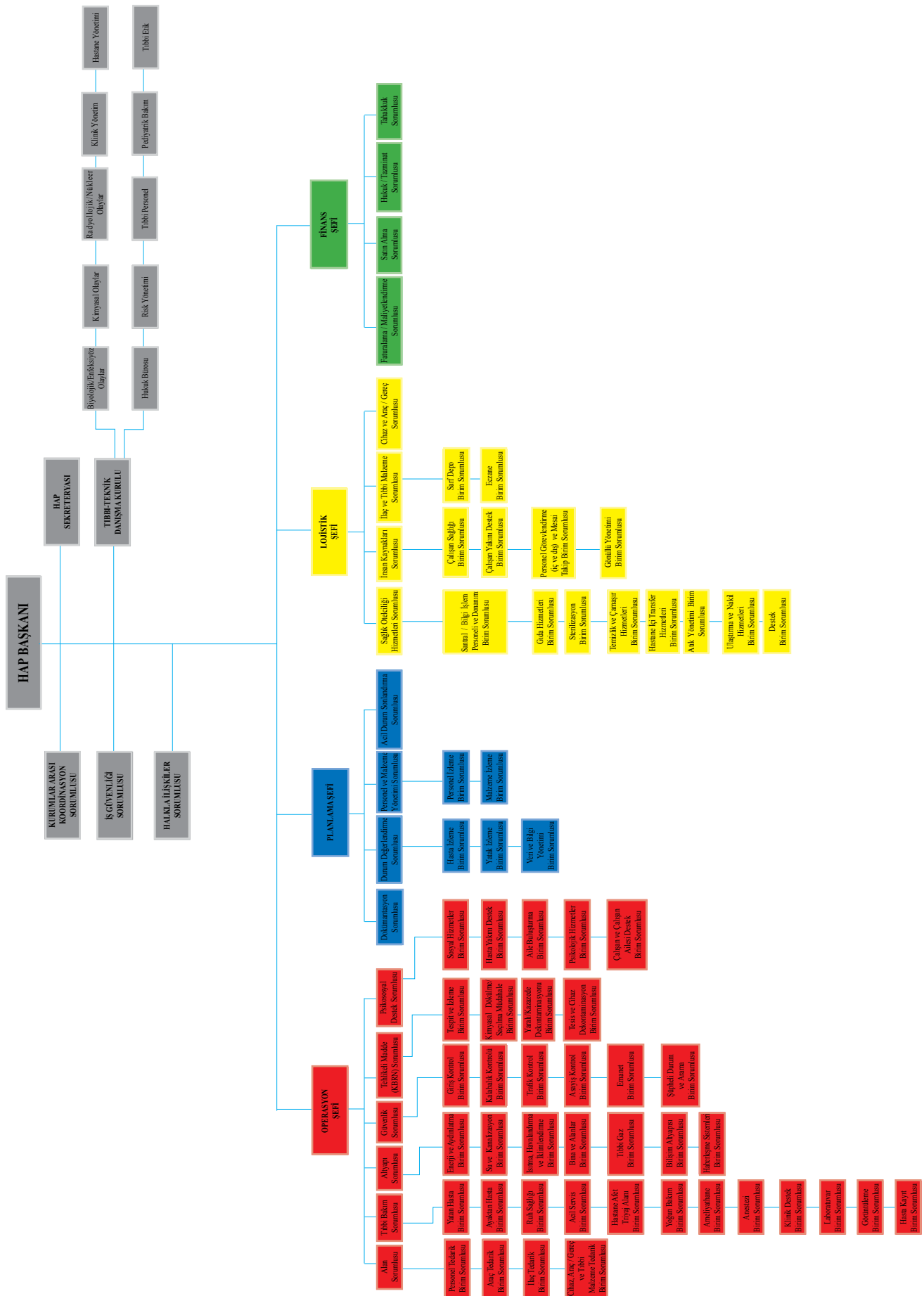


Hastanede Acil Müdahale Planı faaliyete geçirildiğinde, olağan yönetim modundan “hastane işleyişine yönelik acil durum modu”na geçilir ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) faaliyete geçer.

2. AFET VE ACIL DURUM YÖNETİM SİSTEMİ

2.1 Organizasyon Şeması





2.2 Görev Tanımları 1. HAP BAŞKANI Hastane Olay Yönetim Merkezi'ni organize eder ve yönetir. Hastane afet yönetimi ve destek faaliyetler ile ilgili acil müdahaleden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri verir. Olay eylem planını her operasyonel dönem için onaylar.	
2. HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU Personel, hasta ve hasta yakınları ve basını da içerecek şekilde iç ve dış paydaşlara HAP Başkanı tarafından onaylanan bilgilerin iletilmesini sağlar.	
3. KURUMLAR ARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU Hastane Olay Yönetim Merkezi'nde diğer kuruluşların temsilcileri ile iletişime geçer, afet ve acil durum ile ilgili bilgi akışını sağlayan yetkili kişi olarak görev yapar.	
4. İŞ GÜVENLİĞİ SORUMLUSU İş güvenliği açısından çalışma ortamının güvenliğinden ve kişisel koruyucu ekipmanların temini ve kullanımının kontrolünden sorumludur. Hasta, personel ve ziyaretçilere yönelik mevcut ve olası tehditleri takip ve tespit eder. Tehlikeli durumları takip eder ve azaltmak için gerekli önlemleri alır. Sağlığı ve hayatı tehdit eden acil durumlarda HAP Başkanının onayıyla her türlü operasyonu durdurmaya yetkilidir.	
5. TIBBİ-TEKNİK DANIŞMA KURULU HAP Başkanına veya bölüm şeflerine, ihtiyaç duyulan teknik konularda uzmanlık sahaları doğrultusunda acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.	
Tıbbi Teknik Danışma Kurulu'nda Olması Önerilen Alanlar	5.1 Biyolojik/Enfeksiyöz Olaylar HAP Başkanına veya bölüm şeflerine, biyolojik ya da bulaşıcı hastalıklara acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.
	5.2 Kimyasal Olaylar HAP Başkanına veya bölüm şeflerine, spesifik kimyasal olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için gerekli danışmanlık hizmeti verir.
	5.3 Radyolojik/Nükleer Olaylar HAP Başkanına veya bölüm şeflerine, radyolojik ve nükleer olaylarla ilgili acil müdahale yanıtı için danışmanlık hizmeti verir.
	5.4 Klinik Yönetim Hastane klinik özelliklerinin ve hizmetlerinin korunmasını sağlamak için HAP Başkanına veya bölüm şeflerine bu konularda danışmanlık hizmeti verir.
	5.5 Hastane Yönetimi Görevlendirildiğinde hastane hizmetlerinin kapasite ve yeteneği ile müdahale eylemlerinin gözetimini sağlar. HAP Başkanına veya bölüm şeflerine bu konularda danışmanlık hizmeti verir.
	5.6 Hukuk Bürosu Hastanenin afet ve acil durumlara yanıtı ile ilgili konularda, HAP Başkanı'na ya da bölüm şeflerine hukuki danışmanlık hizmeti verir.
	5.7 Risk Yönetimi Hastanenin Risk yönetimi ve zarar azaltma politikaları konusunda, HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine danışmanlık hizmeti verir.
	5.8 Tıbbi Personel HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi personel ile ilgili konularda danışmanlık hizmeti verir.
	5.9 Pediyatrik Bakım HAP Başkanı ya da bölüm şefine, pediatrik bakım konusunda danışmanlık hizmeti verir.
	5.10 Tıbbi Etik HAP Başkanı ya da bölüm şeflerine, tıbbi etik konularında danışmanlık hizmeti verir.

6. HAP SEKRETERYASI

HAP temsilciliği/birimi/ofisinde görevli olan personel tarafından afet ve acil durum planının aktive edilmesi ve olay yönetim merkezinin açılması ile Olay Yönetim Ekibi tarafından istenilen bilgilerin toplanması, kayıt altına alınması gibi verilen talimatları yerine getirir.

7. OPERASYON ŞEFİ

HAP Başkanı tarafından belirlenmiş hedeflerin gerçekleştirilmesi amacıyla strateji ve taktikler geliştirir ve uygular. Müdahale alanlarını organize eder, kaynakları yönetir ve tıbbi bakım, altyapı, güvenlik, tehlikeli maddeler ve psikososyal destek birimi ile ilgili görevlendirmeleri yapar.

7.1 ALAN (hastane dışı olay yeri) SORUMLUSU

Hastane dışında meydana gelen afet ve acil durumlarda, olay yerinde müdahale için gerekli personel, araç, gereç, malzeme ve ilaç gibi destek kaynaklarını organize eder ve yönetir. Lojistik Şefi ile koordinasyon içerisinde çalışır.

Alan Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.1.1 Personel Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan personelin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.2 Araç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan araçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.3 Cihaz, Araç/Gereç ve Tıbbi Malzeme Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan cihaz, araç/gereç ve tıbbi malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.1.4 İlaç Tedarik Birim Sorumlusu

İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasını organize eder ve yönetir.

7.2 TIBBİ BAKIM SORUMLUSU

Sorumluluğu altındaki klinik hizmetleri ve klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir.

Tıbbi Bakım Sorumlusuna Bağlı Birimler:

7.2.1 Yatan Hasta Birim Sorumlusu

Yatan hastaların tedavisinin sağlanmasını temin eder, yatan hasta alanlarını yönetir ve kontrollü bir şekilde hasta yatış ve taburcu işlemlerinin gerçekleştirilmesini sağlar.

7.2.2 Ayaktan Hasta Birim Sorumlusu

Ayaktan hastaların tedavi olmalarını sağlar, ayaktan tedavi alanlarını yönetir.

7.2.3 Ruh Sağlığı Birim Sorumlusu

Psikiyatrik hizmetleri ve tıbbi psikolojik desteği yönetir ve koordine eder.

7.2.4 Acil Servis Birim Sorumlusu

Acil servise gelen hastaların acil tıbbi bakımlarının yapılmasını sağlar. Hastaların yönlendirilmelerini koordine ve organize eder.

7.2.5 Hastane Afet Triyaj Alanı Birim Sorumlusu

Hastaneye başvuran çok sayıda yaralının tedavi önceliklerini belirleyebilmek için Triyaj Alanının (lojistik Şefi'nin desteği ile) tanımlandığı şekilde kurulmasını sağlar. Gereksinim duyulan tıbbi cihaz, ilaç ve sarf malzemeyi ve personeli talep eder. Yaralıların öncelik sırasına göre değerlendirilmesini ve gerekli tedavi alanlarına yönlendirilmesini sağlar.

7.2.6 Yoğun Bakım Birim Sorumlusu

Yoğun bakım birimlerini yönetir ve hizmete devamlı hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

7.2.7 Ameliyathane Birim Sorumlusu

Ameliyathaneleri yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda tıbbi kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur.

7.2 TIBBİ BAKIM SORUMLUSU Sorumluluğu altındaki klinik hizmetleri ve klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir.	7.2.8 Anestezi Birim Sorumlusu İhtiyaca göre yedek personeli göreve çağırır. Gerekliyse yedek cihazları devreye sokar. Vakaların niteliklerini ve ameliyat sürelerini gözönüne alarak ameliyathane çalışma listelerini düzenler. Ameliyat olacak hastaların ameliyata hazırlanması için gerekli süreçlerin aksatılmadan yürütülmesini sağlar. 7.2.9 Klinik Destek Birim Sorumlusu Hastaların tıbbi bakımı ile ilgili yardımcı klinik destek hizmetlerini organize eder ve yönetir (ilaç, tıbbi malzeme, laboratuvar hizmetleri, tıbbi görüntüleme hizmetleri, kan ve kan ürünleri, morg hizmetleri). 7.2.10 Laboratuvar Birim Sorumlusu Laboratuvarları yönetir ve hizmete sürekli hazır bulundurulmasını sağlar. Yapılmış olan planlamalar doğrultusunda kapasite ve yetenek artışını sağlar. Tıbbi cihaz ve malzeme ihtiyaçlarını belirler ve talep eder. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur. 7.2.11 Görüntüleme Birim Sorumlusu Görüntüleme birimlerinin yönetimi, hizmete sürekli hazır bulundurulması, yapılmış olan planlamalar doğrultusunda kapasite artışının sağlanması, gerekli tıbbi cihaz ve malzemenin temini, seyyar cihazların talep edilen yerlerde çalıştırılmasından sorumludur. Tahliye talimatı verilir ise tahliyeyi yönetir. Hasar tespit ve onarım ihtiyaçlarını saptayarak alt yapı sorumlusuna bildirir. Çalışan personelin yönetiminden sorumludur. 7.2.12 Hasta Kayıt Birim Sorumlusu Yatan ve ayaktan hasta kayıtlarını düzenler ve yönetir.
7.3 ALTYAPI SORUMLUSU Tesise ve altyapıya yönelik hasar tespiti yapar. Hastanenin altyapı sistemlerinin (enerji/aydınlatma, su/atıksu, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme, binalar/alanlar, medikal gazlar vb.) sürdürülmesi ve onarımı için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir.	Altyapı Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.3.1 Enerji ve Aydınlatma Birim Sorumlusu Hastane için hayati önemi olan ana ve yedek enerji kaynaklarının ve aydınlatma sistemlerinin sürekliliğini sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.2 Su ve Kanalizasyon Birim Sorumlusu Su ve kanalizasyon sistemlerinin sorunsuz çalışması için gerekli düzenlemeleri yapar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.3 Isıtma, Havalandırma ve İklimlendirme Birim Sorumlusu Hastanenin ısıtma, havalandırma ve iklimlendirme sistemlerinin sorunsuz çalışmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.4 Bina ve Alanlar Birim Sorumlusu Hastane binaları ve alanlarının fonksiyonel durumda tutulmasını sağlar. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. Hastanedeki her türlü mekanik sistemin sürekli çalışır durumda tutulmasından sorumludur (asansör, otomatik kapı, giriş-çıkış kapıları vb.). 7.3.5 Tıbbi Gaz Birim Sorumlusu Tıbbi gaz sistemlerinin düzenli çalışmasını sağlar. Medikal gazların klinik bakım alanlarına sevkini düzenler ve dağıtır. Onarılması için gerekli hizmetleri düzenler ve yönetir. 7.3.6 Bilişim Altyapısı Birim Sorumlusu Hastane bilişim alt yapısının sürekli çalışır durumda olmasını sağlar, gerektiğinde yedek sistemlerin devreye alınmasından sorumludur. Alternatif tıbbi bakım sahalarında gerekli olan bilişim altyapısını kablolu veya kablolu olarak kurar ve çalışmasını sağlar. 7.3.7 Haberleşme Sistemleri Birim Sorumlusu Hastane santrali; telsiz; çağrı cihazı vb. sistemlerin çalışır durumda tutulmasından, iç ve dış iletişimin sürekli sağlanmasından sorumludur. Çağrı cihazı ve telsizlerin bakımlı ve şarjlı tutulmasını sağlar. Gerekliğinde yedek sistemleri devreye sokar. Operasyonun seyrine göre ihtiyaç duyulan noktalara iletişim sistemi kurulmasını sağlar.

7.4 GÜVENLİK SORUMLUSU Hasta, çalışan ve hastane güvenliği (emniyeti) ile ilgili tüm faaliyetleri (örneğin giriş-çıkış kontrolü, kalabalık ve trafik kontrolü, arama kurtarma ekipleri ve kolluk kuvvetleriyle işbirliği vb.) yürütür ve koordine eder.	Güvenlik Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.4.1 Giriş Kontrol Birim Sorumlusu Hastaneye giren ve çıkan kişileri izleyerek ve kontrol ederek hastanenin, çalışanların, hasta ve hasta yakınlarının emniyetini sağlar. 7.4.2 Kalabalık Kontrolü Birim Sorumlusu Olay yeri güvenliğini ve kalabalığın kontrolünü sağlar. 7.4.3 Trafik Kontrol Birim Sorumlusu Hastane içi araç trafiği emniyetini düzenler ve uygulatır. 7.4.4 Asayiş Kontrol Birim Sorumlusu Hastane emniyetini hastane dışından kolluk kuvvetleriyle koordine eder. 7.4.5 Emanet Birim Sorumlusu Hastaneye gelen/ getirilen hasta/yaralı ve ölülerin eşyalarının kayıt altına alınarak korunmasından ve sonrasında sahiplerine veya yetkili makamlara iletilmesinden sorumludur. Bu iş ile ilgili gerekli organizasyonu sağlar. 7.4.6 Şüpheli Durum ve Arama Birim Sorumlusu Güvenlik ihlalleri veya altyapı hasarları sırasında şüpheli paket, şüpheli kişi ile kayıp çalışan, hasta, ya da ziyaretçilerin aranmasını koordine eder.
7.5 TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU KBRN olaylarına müdahale kapsamında tespit, izleme, dökülme/ saçılma yönetimi, maruz kalanların, teknik ve acil dekontaminasyonunun yapılması ile hastane ve ekipman dekontaminasyonu çalışmalarının organize edilmesi ve yönetilmesinden sorumludur.	Tehlikeli Madde (KBRN) Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.5.1 Tespit ve İzleme Birim Sorumlusu KBRN olayında söz konusu madde ile ilgili yürütülen aktivitelere yönelik tespit ve izleme çalışmalarını koordine eder. 7.5.2 Kimyasal Dökülme/Saçılma Müdahale Birim Sorumlusu Hastane içi tehlikeli maddelerin dökülme/saçılma müdahale planlarının uygulanmasını koordine eder. 7.5.3 Yaralı/Kazazede Dekontaminasyonu Birim Sorumlusu KBRN olaylarına müdahalede, hasta dekontaminasyonu ile ilgili eylemlerin koordinasyonunu sağlar. 7.5.4 Tesis ve Cihaz Dekontaminasyon Birim Sorumlusu KBRN olaylarına müdahalede, hastane ve ekipmanlarının dekontaminasyonu ile ilgili eylemleri koordine eder.
7.6 PSİKOSOSYAL DESTEK SORUMLUSU	Psikososyal Destek Sorumlusuna Bağlı Birimler: 7.6.1 Sosyal Hizmetler Birim Sorumlusu Yalnız kalan çocuklar, ayrı düşen aileler, yaşlılar, engellilere sağlık hizmetlerinin sunulması vb. sosyal hizmet çalışmalarını yürütür ve afetlerde sosyal hizmetler biriminin ihtiyaçlarını karşılamak için kamu ve sivil toplumdan paydaşlar ile koordinasyonu sağlar. 7.6.2 Hasta Yakını Destek Birim Sorumlusu Afet ve acil durum süresince ortaya çıkabilecek, iletişim, konaklama, beslenme, sağlık, manevi ve duygusal vb. ihtiyaçları da içeren, hasta ve hasta ailelerinin ihtiyaçlarını karşılamak için gereken psikososyal desteği sağlar ve organize eder. 7.6.3 Aile Buluşturma Birim Sorumlusu Ailelerin tekrar biraraya getirilmesi için çalışmaları yapar. 7.6.4 Psikolojik Hizmetler Birim Sorumlusu Psikososyal destek faaliyetleri kapsamında bilgilendirme, hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için sevk edilmesi, gerektiğinde bireysel terapötik görüşmelerin yürütülmesi ve takip edilmesi vb. hizmetlerin yürütülmesinden sorumludur. 7.6.5 Çalışan ve Çalışan Ailesi Destek Birim Sorumlusu Sağlık hizmetlerinde görev yapan personelin afet ve acil durum halinde temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak, personelin ve ailelerinin psikolojik bilgilendirme, psikososyal destek gibi ihtiyaçlarının tespit edilerek karşılanması ile psikolojik takiplerinin yapılmasından sorumludur.

8. PLANLAMA SEFİ Afet ve acil durumlarda operasyonlar ve kaynak yönetimi ile ilgili tüm verilerin toplanması ve analiz edilmesini; taktik operasyonlar için alternatifler geliştirilmesini; uzun dönem planlamaların başlatılmasını; planlama toplantılarının düzenlenmesini ve her operasyonel dönem için Olay Eylem Planı'nın hazırlanmasını sağlar.	
8.1 PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU Afet ve acil durum süresince ihtiyaç duyulacak personelin, ekiplerin, binaların, malzemelerin ve ana teçhizatların durumları, konumları ve uygunlukları hakkında bilgi sağlamak; afet ve acil durum operasyonları için ayrılan tüm kaynakların listesini hazırlamakla sorumludur.	Kaynak Yönetimi Sorumlusuna Bağlı Birimler: 8.1.1 Personel İzleme Birim Sorumlusu Görevli ve gönüllü personelin durumu, konumu ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar. 8.1.2 Malzeme İzleme Birim Sorumlusu Afet ve acil durumlarda destek için hastane stoğunda mevcut ve ayrıca dış kaynaklardan alınacak malzeme ve teçhizatın durumu, konumu ve uygunlukları hakkında bilgi sağlar.
8.2 DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU Mevcut afet ve acil durumla ilgili bilgileri toplar, işler ve veri akışını organize eder. Afet ve acil durumla ilgili raporları hazırlar. Yaşanan olayla ilgili beklenen gelişmeler için öngörüler geliştirir. Olay eylem planında kullanılmak üzere bilgi/ istihbarat toplar, aldığı bilgileri ilgililere iletir ve gerekli haritaları hazırlar.	Durum Değerlendirme Sorumlusuna Bağlı Birimler: 8.2.1 Hasta İzleme Birim Sorumlusu Hasta bakım hizmeti dahilinde yatan ve taburcu olan hastaların konumlarını izler, kayıt altında tutar ve hastaneden ayrılan tüm hastaların takibini yapar. 8.2.2 Yatak İzleme Birim Sorumlusu Tüm hasta yatakları ile birlikte kampet ve sedyelerin durumları, konumları ve uygunluğu hakkında bilgi sağlar. 8.2.3 Veri ve Bilgi Yönetimi Birim Sorumlusu Karar desteği vermek ve hastanenin mevcut durum analizini yapabilmek için ihtiyaç duyulan verilerin daha önce planlandığı gibi belli zaman aralıklarıyla hastane bilgi yönetimi sisteminden sorgulanarak raporlanması ve Planlama Şefinin onayı ile HAP Başkanına iletilmesinden sorumludur.
8.3 DOKÜMANTASYON SORUMLUSU Afet ve acil durumlarla ilgili müdahale ve iyileştirme faaliyetlerini de içine alacak şekilde tüm gelişme ve faaliyetlerin doğru ve eksiksiz olarak dokümante edilmesini sağlar. İhtiyaç halinde belgelerin kopyalarını hazırlamak, afet ve acil durum dokümanlarını hukuki, bilimsel çalışma, finansal geri ödeme amaçları ve tarihsel veri niteliğinden yararlanmak için kayıt altına almak, korumak ve saklamakla sorumludur.	
8.4 ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU Afet ve acil durumu sonlandırmak için gerekli faaliyetleri, tüm personel ve kaynaklar için belirlenmiş özel talimatlar kapsamında geliştirmek ve koordine etmekle sorumludur.	
9. LOJİSTİK SEFİ Hastanenin afet ve acil durum yanıtındaki faaliyetler için gerekli hizmet, insan gücü, araç-gereç, gıda, su, ilaç, tıbbi malzeme ve diğer malzemelerin sağlanmasını organize eder ve yönetir.	

9.1 SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU

Hastanenin iletişim sistemi, gıda, temizlik bilgi teknolojileri vb. hizmetlerinin sürdürülmesi ve geliştirilmesi, ekipmanların sürekli hazır tutulması için gerekli organizasyonu yapmakla sorumludur.

Sağlık Otelciliği Sorumlusuna Bağlı Birimler:

9.1.1 Santral /Bilgi İşlem Personeli ve Donanımı Birim Sorumlusu

Haberleşme ve bilgisayar donanımı ile personeli sağlar. İç ve dış haberleşme ile bilişim uygulamalarını organize eder.

9.1.2 Gıda Hizmetleri Birim Sorumlusu

Hastalar/hasta yakınları, personel/aileleri, gönüllüler ve ziyaretçiler için gıda-su temini, yemek hazırlama/dağıtım hizmetlerinin organizasyonunu ve sürdürülmesini sağlar.

9.1.3 Sterilizasyon Birim Sorumlusu

Hasar ve arıza varsa ilgili birimlere bildirir. İhtiyaca göre yedeklerini devreye sokar. Ameliyathane, hasta servisleri, poliklinikler, laboratuvarlar, endoskopi, müdahale ve doğum odaları, yoğun bakım gibi hizmet bölümlerinde kullanılacak alet ve malzemelerin sterilize edilerek kullanıma hazır vaziyette tutulmasını sağlar.

9.1.4 Temizlik ve Çamaşır Hizmetleri Birim Sorumlusu

Çamaşır Hizmetleri: Çamaşırhane ile ilgili hasar tespitini yapar. Durumu değerlendirir. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer. Hastanenin çamaşır toplama ve yıkama talimatına uygun olarak hizmetlerin sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar. Gerekirse yedek personeli devreye sokar.

Temizlik Hizmetleri: Temizlik hizmetleriyle ilgili durum değerlendirmesi yapar. Sorun varsa alt yapı sorumlusuna bildirir. Hizmet alımı yapılıyor ise ilgili firmayla temasa geçer. Temizlik hizmetlerinin, hastanenin temizlik hizmetleri talimatına uygun olarak kesintisiz sürdürülmesini ve personel yönetimini sağlar. Alternatif bakım alanları açıldıysa o bölümlerin temizlik hizmetlerini planlar. Gerekirse mesai dışı personel ve yedek malzemeleri devreye sokar.

9.1.5 Hastane İçi Transfer Hizmetleri Birim Sorumlusu

Yatan ve taburcu olan hastaların, uygun şekilde hastane içi transferinden, bu işle görevli personelin ve araçların yönetiminden sorumludur.

9.1.6 Atık Yönetimi Birim Sorumlusu

Hastane içi tıbbi, evsel ve tehlikeli atıkların ilgili planlar doğrultusunda bertaraf edilmesinden sorumludur.

9.1.7 Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu

Hastaneye ait veya kiralanmış araçların ve görevli personelin organizasyonunu yapar. OYE karar aldığı takdirde imkanlar dahilinde göreve çağırılan personelin ve ailelerinin hastaneye ulaşımını, kendi imkanları yeterli olmayan taburcu hastaların evlerine nakillerini organize eder. Hastaneye veya hastane dışına malzemelerin taşınmasını koordine eder.

9.1.8 Destek Birim Sorumlusu

Alternatif bakım alanları, çalışma alanları ulaşım hizmetlerinin kesintisiz sürdürülmesi, mevcut kaynaklar ve işgücü havuzunun idamesi için gerekli çalışmaları organize eder, yönetir.

9.2 İNSAN KAYNAKLARI SORUMLUSU Personelin geri çağrılmasını koordine etmek, nerede görevlendirildiklerine ve kime bağlı çalışacaklarına ilişkin talimat vermek; gönüllülerin kayıtlarını/oryantasyonunu koordine etmek ve denetimini yapmak; tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur.	İnsan Kaynakları Sorumlusuna Bağlı Birimler: 9.2.1 Çalışan Sağlığı Birim Sorumlusu Personel ve bakmakla yükümlü oldukları kişilere lojistik, psikolojik ve tıbbi destek sağlar. 9.2.2 Çalışan Yakını Destek Birim Sorumlusu Personel ve aileleri için tıbbi, lojistik, davranış sağlığı ve günlük bakım hizmetlerine ulaşılabilirliği sağlar. Gerekirse aile üyelerinin aşılama ve bağışıklama hizmetlerini koordine eder. _ 9.2.3 Personel Görevlendirme (iç ve dış) ve Mesai Takip Birim Sorumlusu Görevi başında ve izinde olan personeli takip eder. Birim taleplerine göre HAP Başkanı onayı ile görevlendirme yapar. Gerekli personeli göreve çağırır. Dışardan gelen destek personelinin ilgili birimlerde çalışmasını sağlar. Personelin mesaisi ile ilgili dokümantasyondan sorumludur. Mesai, fazla mesai ve gönüllü çalışma saatlerini izler ve rapor tutar. 9.2.4 Gönüllü Yönetimi Birim Sorumlusu Hastaneye yardım için başvuran gönüllülerin tedavi alanlarından uzak bir noktada karşılanmasını sağlar. Tüm gönüllü personelin meslek ve kimlik bilgilerinin doğrulanmasını sağlamakla sorumludur. Gönüllüleri yetkinlik ve yeteneklerine göre sınıflandırır. Güvenli ve yetkin gördüklerinin kimlik bilgilerini kayıt altına alır, kimliklendirir ve gönüllü yeleklerini verir. Gönüllü talimatını okutur, durum ve hastane ile ilgili bilgi verir. HAP Başkanı talimatıyla ihtiyaç duyulan tedavi birimlerine bir görevli eşliğinde yönlendirir ve ilgili birim sorumlusunun emrine girmesini sağlar. Gerektiğinde daha önceden gönüllü olarak hastaneye kaydını yaptıranları göreve davet eder.
9.3 CİHAZ VE ARAC/GEREC SORUMLUSU Tıbbi ve tıbbi olmayan araç gereci temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.	
9.4 İLAC VE TIBBİ MALZEME SORUMLUSU Tıbbi bakım malzemelerini ve ilaçları temin eder, envanterini tutar, devamlılığını sağlar ve kullanıma sunar.	9.4.1 Sarf Depo Birim Sorumlusu İhtiyaç duyulan tıbbi malzemenin sağlanmasından ve stok takibinden sorumludur. 9.4.2 Eczane Birim Sorumlusu İhtiyaç duyulan ilaçların sağlanmasından stok takibinden sorumludur.
10. FİNANS ŞEFİ Finansal varlıkların kullanımını ve harcamaların muhasebesini yapar ve izler. Harcamaların kaydedilmesini ve masrafların geri ödenmesini yönetir.	
10.1 SATIN ALMA SORUMLUSU Hastanelerin olaya müdahale, iyileştirme ve yeniden yapılanma aşamalarında ihtiyaç duyduğu HAP Başkanınca onaylanmış araç, malzeme, ilaç ve diğer materyallerin alımı veya kiralınmasından sorumludur.	

<u>10.2 FATURALAMA/ MALİYETLENDİRME SORUMLUSU</u> Olayın maliyet analizini yaparak raporlamaktan ve olaya ilişkin yapılan masrafların doğru bir şekilde kayıtlarının tutulmasını sağlamaktan sorumludur.	
<u>10.3 HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU</u> Olay esnasında hastanede gerçekleşen bir kaza veya hastanedeki bir eylem sonucu olduğu iddia edilen tüm zararlarla ilişkin tazminat taleplerinin alınması, araştırılması ve dokümanite edilmesinden sorumludur.	
<u>10.4 TAHAKKUK SORUMLUSU</u> Çalışan personelin görev ve yolluklarının ödenmesinden, görev yolluk/harcırahının avans olarak verilmesinden sorumludur.	

Yukarıda yer alan organizasyon şeması tüm hastaneler tarafından kullanılacaktır. Hastane kapasitelerinin gösterdiği farklılıklar dikkate alınarak:

- Hastane uygulamalarında temel pozisyonlar (HAP Başkanı, Halkla İlişkiler Sorumlusu, Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu, İş Güvenliği Sorumlusu, Tıbbi-Teknik Danışma Kurulu, Operasyon Şefi, Planlama Şefi, Lojistik Şefi, Finans Şefi) aynı şekilde kalacaktır.
- Temel pozisyonlarda, hastanelerin kapasiteleri dikkate alınarak bir kişiye birden fazla sorumluluk verilebilir.
- Temel pozisyonların dışında kalan alt pozisyonlar aynı şekilde oluşturulabilir ya da birleştirilerek daha az sorumlu atanabilir.

EII ve EIII Tipi Entegre İlçe Devlet Hastaneleri:

- Entegre ilçe devlet hastaneleri tahliye ve acil eylem planı yapmakla sorumludurlar.
- Kılavuzun birinci bölümünden, ikinci bölümdeki 1-2-3-4-5-6-7-8-9-10-11-12-13 numaralı başlıklardan ve üçüncü bölümde yer alan olaya özel planlardaki tahliye ve yangın planlamasını yapmaktan sorumludurlar.

Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri:

Yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri kılavuzun birinci bölümünde belirttiği üzere HAP kapsamı dışı bırakılmış ve tesisler Çalışma ve Sosyal Güvenlik Bakanlığı'nca 18.06.2013 tarihli ve 28681 sayılı Resmi Gazete de yayınlanan İşyerlerinde Acil Durumlar Hakkında Yönetmelik kapsamında acil durum planları hazırlamakla yükümlü kılınmıştır. Ancak, yataklı tedavi hizmeti sunmayan sağlık tesisleri acil durum planlarını hazırlarken HAP kılavuzunun aşağıda yer alan bölüm ve başlıklarından yararlanmaları tavsiye edilir.

- Birinci bölüm,
- İkinci bölümde yer alan 1-2-3-4-5 numaralı başlıklar,
- Üçüncü bölümde yer alan olaya özel planlardan tahliye ve yangın planlaması.

Yataklı tedavi hizmeti sunmayan ve kamuya bağlı Ağız ve Diş Sağlığı Merkezlerinin yaptıkları planlar, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği tarafından İl Sağlık Müdürlüğüne 1 Şubat tarihine kadar gönderilmelidir.

3. HASTANE OLAY YÖNETİM SİSTEMİ

3.1 Sağlık Sektörü ve Sektörler Arası Müdahalede Olay Yönetim Sistemi

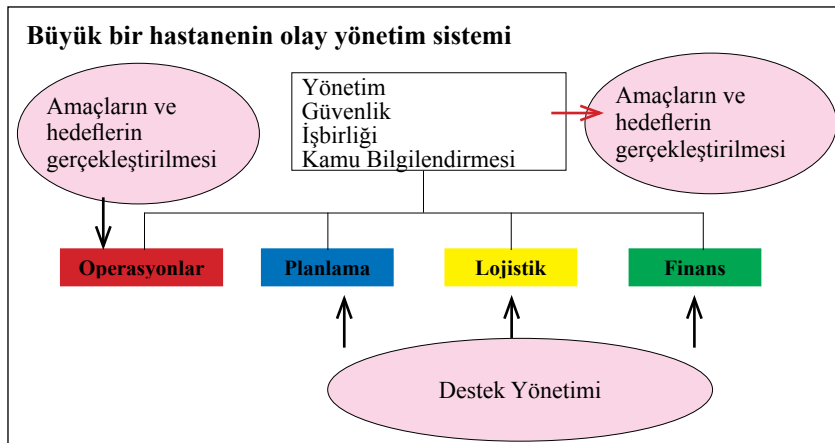
Acil Müdahale Planı'nda afet ve acil durumlarda genel yönetim sisteminin nasıl organize edildiği ve çeşitli departman/servis/birim ve teknik bakım sorumlularının yükümlülüklerinin neler olduğu belirtilmelidir. Bu çerçevede temel yaklaşım, Olay Yönetim Ekibi'ne dayanan Olay Yönetim Sistemi'dir.

Olay Yönetim Sistemi (OYS) acil durumların sistematik bir yaklaşım kullanılarak yönetilmesi için tüm tehlikelerin dahil edildiği bir çerçeve oluşturmaktadır. Bu sistem etkili bir şekilde, olay müdahale sürecinde değişebilen ya da sonuçlanabilen tüm faaliyetlerin hastane tarafından yönetilmesini sağlar. Bir olayın türü ve ölçeği OYS'nin ilkelerini etkilemez ve OYS çok çeşitli durumlarda kullanılabilir (olaya özel planlarının faaliyete geçirilme süreci dahil olmak üzere). Hastane Olay Yönetim Sisteminde standart terminoloji kullanılmakta olup, sistem esnek ve modüler yapıya sahiptir.

Diğer taraftan, hastanenin Afet ve Acil Durum Planı, dış olay ve etkilerden bağımsız değildir. Özellikle sağlık sektörüne ilişkin diğer mevcut afet ve acil durum planları (örneğin İL-SAP) ile doğrudan fonksiyonel bağlantılara sahiptir. Bu nedenle, personele hastane dışında ilgili diğer yönetim hakkında bilgi verilmesi önemlidir.

3.1.1 Olay Yönetim Sisteminin Temel İşlevleri

Olay Yönetim Sistemi'nin temel işlevlerine işaret eden örnek diyagram aşağıda verilmiştir. Nihai diyagram hastanenin büyüklüğüne ve sunduğu hizmetlere bağlıdır. Her hastane önce kendi yapısına en uygun yönetim sisteminin ne olduğunu tespit etmelidir. Her durumda temel işlevlere yönelik kısa bir açıklamanın olduğu basit bir diyagram bulunmalıdır.



A. Yönetim

Yönetim işlevi, tüm personelin yönetimini kapsar. Olay yönetiminin tüm sorumluluğunu üstlenir. Olay Eylem Planı kontrol edilir ve yönetimin onayından sonra uygulanır.

Yönetimin sorumlulukları:

- Kontrol ve Yönetimin üstlenilmesi,
- Olay Yönetim Merkezi'nin kurulması,
- Harici olay durumunun değerlendirilmesi (mevcut bilgilerin işlenmesi),
- Olay Yönetim Merkezi'nde çalışacak personelin ve HAP organizasyon şemasındaki sorumluların görevlendirilmesi,
- Olay kapsamındaki operasyonlar veya diğer departman/servis/birimler tarafından oluşturulan olaya özel planın onaylanması,
- Dış paydaşlarla işbirliği yapılması,

- Kritik personel için (özellikle OYE personeli için) bilgilendirme toplantılarının yapılması,
- OYE personeli ve diğer kritik personel arasında görev dağılımının yapılması,
- Güvenlik sorunlarının ele alınması,
- Durum tespit raporlarının değerlendirilmesi,
- Basın-Medya ilişkilerinin yönetilmesi,
- Risk azaltma önlemlerinin yönetilmesi (risk azaltma önlemlerini uygulamakla sorumlu olan kişilere açık talimatlar vererek),
- Planın gözden geçirilmesi, temel sorun ve aksaklıkların tespit edilmesi,
- Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

B. Planlama

Planlama bölümünde olayla ilgili bütün bilgiler toplanır ve analiz edilir. Muhtemel gelişmeler öngörülerek alternatif müdahale stratejileri ile birlikte asıl müdahale planlanır. Ayrıca, kullanılan tüm kaynakların kaydı tutulur.

Planlamanın sorumlulukları:

- Olay Eylem Planı oluşturmak için gereken, olaya ilişkin bilgilerin toplanması, düzenlenmesi ve analiz edilmesi,
- Gerekli olduğu takdirde alternatif kontrol hedeflerinin oluşturulması,
- Planlama toplantılarının yapılması,
- Bilgilendirme toplantılarının yapılması,
- Personel ve malzeme durumu hakkında bilgi toplanması ve planlamanın yapılması,
- Tüm faaliyetlerin dokümente edilmesi,
- Durum değerlendirme raporlarının hazırlanması,
- Acil Müdahale Planı'nın sonlandırılmasının ardından, hastane faaliyetlerinin sürdürülebilmesi için gereksinimlerin (kaynak ve destek) tahmin edilmesi.

C. Operasyon

Operasyon bölümü, olayla başa çıkmaya dönük faaliyetlerin doğrudan belirleyicisi ve uygulayıcısıdır. Olaya yönelik müdahale stratejilerinin etkisi değerlendirilir ve gerekirse olay eylem planı oluşturmak/ geliştirmek için geribildirim sağlanır.

Operasyonun sorumlulukları:

- HAP Başkanından brifing alınması,
- Operasyonlar için yetki alanının belirlenmesi,
- Olay Eylem Planı'nda yer alan operasyonlar kısmının oluşturulması,
- Operasyonel faaliyetlerin yönetimi ve denetimi,
- Müdahaleye dahil olan operasyon ekiplerinden ve/veya departman/servis/birimlerden durum raporlarının alınması (Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin geliştirilmesi),
- İlave kaynak ihtiyacının belirlenmesi ve talep edilmesi,
- Faaliyetler sırasında ortaya çıkan özellikli olayların/kazaların raporlanması,
- Bilgi yönetimi için formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

D. Lojistik

Lojistik bölümünde, olayla başa çıkmak için gereken tüm maddi kaynaklar tedarik edilir. Operasyonlar için tüm tesisler ve hizmetler sağlanır.

Lojistiğin sorumlulukları:

- HAP Başkanından brifing alınması,
- İlgili personele görev verilmesi,
- Gerektiğinde Olay Eylem Planı'nın lojistik kısmının hazırlanması,
- Malzeme, tesis ve hizmetlere ilişkin taleplerin karşılanması,
- Depolama alanlarının kurulması ve yönetilmesi,
- Süreç içerisinde ortaya çıkacak hastane faaliyetleri ve destek hizmetlerine yönelik gereksinimlerin ön görülmesi (proaktif yaklaşım),
- Bilgi yönetimi için ilgili formların ve kayıtların tutulmasının sağlanması.

E. Finans

Finans bölümünde hizmet sunumu için finansal kaynakların sağlanması ve kullanımı düzenlenir.

Finans bölümünün sorumlulukları:

- Olay Yönetim Ekibi tarafından belirlenen finansal sınırların düzenli maliyet analizi ile gözetilmesi ve maliyet kayıtlarının doğru biçimde tutulması,
- Ödemelerin yapılması, kayıtların tutulması ve denetlenmesi,
- Muhasebe işlemlerinin izlenmesi, analizi ve muhasebe raporlarının düzenlenmesi,
- Gelir ve giderlerin izlenmesi ve dokümantasyonu, OYE'nin düzenli bilgilendirilmesi,
- Kısa ve uzun vadede karşılaşılabilecek finansal sorunların belirlenmesi ve çözümü,
- Ek fon, bağış kabulünün prosedüre uygun gerçekleştirilmesi,
- Görevli personelin ücret ve ödeme planlamasının yapılması ve ödenmesi,
- Anlaşmalı olan ve olmayan satıcılardan alımlarla ilgili hesapların yönetimi,
- Tahsil edilemeyecek zorunlu harcamaların hesaplanması ve raporlanması,
- Tüm muhasebe formları, fatura, satın alma sözleşmesi ve diğer kayıtların muhafazası,
- Acil Müdahale Planı'nın sonlandırılmasının ardından ilgili tüm hesapların toparlanması ve denetlenmesi.

3.1.2 Hastane Olay Yönetim Ekibi'nin Oluşumu ve Görevleri

Hastane Acil Müdahale Planı faaliyete geçirildiğinde, olağan yönetim modundan “hastane işleyişine yönelik acil durum modu”na geçilir ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) faaliyete geçer:

OYE'nin oluşumu²:

- HAP Başkanı,
- Halkla İlişkiler Sorumlusu,
- İş Güvenliği Sorumlusu,
- Kurumlar Arası Koordinasyon Sorumlusu,
- Tıbbi- Teknik Danışma Kurulu,
- HAP Sekreteryası,

² Personel ismi yerine görevi belirtilmelidir.

- Operasyon Şefi,
- Planlama Şefi,
- Lojistik Şefi,
- Finans Şefi.

• Olay Yönetim Ekibi'nin görev ve sorumlulukları önceden belirlenir. OYE, Afet ve Acil Durum Yönetimi organizasyon şemasında gösterildiği üzere beş temel fonksiyonu yerine getirir: Yönetim, Operasyon, Planlama, Lojistik, Finans.

• OYE'nin her üyesi için görevin kapsadığı temel faaliyetleri ve raporlama sistemini detaylı olarak açıklayan bir İş Akış Talimatı hazırlanır. Her OYE üyesinin harekete geçmeden önce görevine ait İş Akış Talimatını tekrar okuması son derece önemlidir. OYE üyeleri için geliştirilecek İş Akış Talimatlarıyla ilgili örnekler Ek 1'dedir.

• Olay Yönetim Ekibi ile Birim Sorumluları arasındaki koordinasyon mekanizmaları önceden belirlenir. Hastane etkili koordinasyonu sağlamak için kendisine uygun şekilde düzenleme yapabilir.

• Her departman/servis/birimin kendine ait tüm tıbbi ve teknik faaliyetleri önceden belirlenen esaslar çerçevesinde organize etme ve denetleme sorumluluğu vardır (Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü).

3.2 Hastane Olay Yönetimi Araçları³

3.2.1 Standart Operasyon Prosedürü (SOP)

Standart Operasyon Prosedürü (SOP) spesifik bir işin yapılmasını sağlamak için kurulan bir organizasyonun işlevini, bu işlevi etkili, uyumlu ve sonuç alıcı biçimde nasıl yürüteceğini, bu amaçla kimin, nerede, ne zaman, ne yapması gerektiğini önceden ve ayrıntılı biçimde belirten yazılı kurallardır. Ayrıca, bilginin nasıl paylaşılacağını, neyin nasıl kayıt altına alınacağını, kime ne zaman ve nasıl rapor edileceğini de içermektedir. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi hazırlanır.

Acil Müdahale Planı ile ilgili SOP'lar başlıca şu başlıkları içerir:

- Prosedür adı/başlığı,
- Temel faaliyet,
- Hedefler,
- Sırasıyla gerçekleştirilecek eylemler,
- İş güvenliği kuralları ve kontrol prosedürleri,
- Kullanılacak materyaller,
- Kalite kontrol,
- Zaman dilimi,
- Diğer standart operasyon prosedürü ve/veya paydaşlar ile koordinasyon,
- Karşılaşılabilecek özel durumlar,
- Sürece dahil kişiler,
- Ekler,
- Eylemlerin kaydedilme şekli
- İzleme,
- Güvenlik konuları,
- İlk yayınlanma tarihi / Revizyon tarihi.

³ Hastane Olay Yönetim Araçları, esas olarak afet ve acil durumlarda hazırlık ile müdahaleye yönelik doküman ve materyallerdir.

3.2.2 İş Akış Talimatı (İŞAT)

İş Akış Talimatı, genel tanımla, spesifik bir görevi yerine getirmek üzere, yapılacak işlerin gerçekleştirilme adımlarını açıklayan, gidişatı tanımlayan, uygulamaya yönelik olarak, faaliyetlerin nasıl yapılacağını ayrıntılı açıklayan dokümanlardır.

Olağan işleyişte personel değişim hızının yüksek olması, afet ve acil durumlarda stres ve kaygı düzeyinin artması, tecrübeli personelin dahi çalışma performansını olumsuz etkileyebilir, görevler kolaylıkla unutulabilir. İş Akış Talimatları, mantıklı ve sıralı bir yaklaşım ile görevlerin, sorumlulukların ve eylemlerin önceden belirlenerek, personel tarafından gerçekleştirilmesi için kullanılacak basit bir araçtır. Her çalışan, kendisinden neyin beklendiğini bilmeli, faaliyetler doğru bir şekilde gerçekleştirilmelidir. İş Akış Talimatı'nda (Eylem Kartı) görevler açık ve net bir şekilde belirtilmelidir. Dayanıklı malzemeden yapılmalı ve her zaman erişilebilir, güncellenebilir ve kullanılacağı yerde muhafaza edilebilir olmalıdır. Buradaki amaç, belirli fonksiyonlardan sorumlu personelin görevlerini verimli bir şekilde ve kendilerinden beklendiği gibi yerine getirmesidir.

İş akış talimatları, bireylere özel olarak değil, fonksiyonlar ve pozisyonlar için hazırlanır. Belirli bir fonksiyona yönelik gerçekleştirilmesi gereken faaliyetlerin nasıl ve ne zaman yapılacağı, kiminle koordine edilip raporlanacağına yönelik mantıklı ve sıralı bir açıklamadır. İş Akış Talimatı'nda belirtilen faaliyetler olayın türüne ya da gidişatına göre gözden geçirilerek azaltılabilir ya da artırılabilir. Faaliyetlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi hazırlanır.

Acil Müdahale Planı ile ilgili İş Akış Talimatı başlıca şu başlıkları içerir:

- İş Akış Talimatı adı/başlığı,
- Görev,
- Gerçekleştirilecek eylemler,
 - o İlk eylemler,
 - o Devam eden eylemler,
 - o Süresi uzayan eylemler.
- Acil Müdahale Planı aktivasyonunun sona ermesi,
- Eylemlerin kaydedilme şekli,
- Rapor verilecek kişi/makam,
- Kimlik belirleme,
- Diğer,
- İlk yayınlanma tarihi / Revizyon tarihi.

3.2.3 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, yerine getirilecek tıbbi işlem ve hizmetlerle ilgili olarak mevcut Plan, SOP ya da İş Akış Talimatlarından yararlanılarak hazırlanır. Departman/servis/birimler sundukları hizmetler, yönetim yapıları ve işleyişleri açısından farklı özellikler gösterirler. Bu nedenle, departman/servis/birimlere özgün Müdahale Prosedürleri, Hastane Afet ve Acil Durum Planı'yla uyumlu bir şekilde hazırlanır ve Olay Yönetim Ekibi'nin (OYE) onayıyla uygulamaya konur. Büyük hastanelerde tüm departman/servis/birimler için müdahale prosedürlerinin hazırlanması önerilmekte olup, küçük hastanelerde ise geliştirilecek birkaç Standart Operasyon Prosedürü'nün yeterli olabileceği öngörülmektedir. Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü hazırlığında şu başlıklar açıkça belirtilmelidir:

- Departman/Servis/Birim'in yönetilmesine yönelik bir organizasyon şeması (acil durum yönetiminin rutin yönetimden nasıl farklılaştığı),

• Afet ve acil durumlarda departman/servis/birimlerin hizmetlerinin seçilerek önceliklendirilmesi ve hangilerinin sürdürüleceğinin belirlenmesi: bazı departman/servis/birimler yeni hizmetler vermek durumunda kalabilirler (örn. ayaktan tedavi bölümünde hafif yaralılar tedavi edilebilir),

- Yangın, tahliye, kritik sistemlerin çökmesi vb. durumlarda kullanılacak SOP ve İş Akış Talimatları,
- Kimin, hangi iş ya da işlemi, hangi yöntemle yerine getireceği,
- Kayıtların nasıl tutulacağı, hangi formların kullanılacağı,
- Raporlama, sorumluluk ve denetimin hangi esaslara göre belirleneceği,
- OYE ve farklı departman/servis/birimlerle koordinasyonun nasıl gerçekleştirileceği.

3.2.4 Görev Yelekleri

HAP'ta görev alan her personel görev ve rolünü tanımlayan bir yelek giymelidir. Görev yelekleri aşağıda belirtilen asgari özellikleri taşımalı ve renklerde olmalıdır.

- Görev yeleğinin ön yüzünde ve arka yüzünde reflektör bant bulunmalıdır.
- Görev yeleklerinde reflektörlü bant üzerinde personelin HAP görev ünvanı yazılı olmalıdır.
- Görev yeleklerinde telsiz ve diğer iletişim araçlarını taşımaya uygun cep bulunmalıdır.
- Görev yeleklerinin renkleri: Yönetim ekibi gri/siyah, operasyon kırmızı, finans/ıdari kısım yeşil, planlama mavi, lojistik ise sarı renkte olmalıdır.

3.3 Hastane Olay Yönetim Merkezinin (OYM) Konumu ve Ekipmanı

• Hastane Olay Yönetim Merkezi (OYM); tatbikatlar, afet ve acil durumlarda HAP'ta görevli temel pozisyonların toplanma ve yönetim merkezi olarak kullanılır. OYM ve HAP temsilciliği/birimi/ofisinde, iletişim ve haberleşme araçları ile hastane afet ve acil durum planı ve eklerinin bir örneği muhafaza edilir. Yönetim merkezinde İL-SAP dokümanları da hazır bulunmalıdır.

• Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin (OYM) yeri hastane afet ve acil durum planında önceden belirlenir. OYM olarak belirlenen yerin zarar görmesi ihtimali düşünülerek alternatif bir alan da belirlenerek planda belirtilmelidir.

• OYM'de, destekleyici lojistik ve haberleşme araçları olmadan OYE'nin saatlerce ya da günlerce verimli çalışması neredeyse imkansızdır. Bu nedenle genel eğilim OYE'nin toplanacağı ve çalışacağı "konum" olarak özel bir oda seçmek yönündedir. Yönetim merkezi olarak belirlenen yer uygun şekilde tamamen donatılmalı, çok kısa sürede fonksiyonel ve operasyonel hale gelebilmesi için mutlaka bulunması gereken malzeme ve ekipman temin edilmeli, gerektiğinde kullanıma hazır halde bulundurulmalıdır. Televizyon, radyo, dizüstü ve sabit bilgisayarlar, telsiz, telsiz ve telefonlar için değişik marka ve modellerde şarj cihazları, aydınlatma aparatları, jeneratör, kesintisiz güç kaynağı, kırtasiye malzemeleri, fax, fotokopi makinesi, fotoğraf makinesi, harici disk, afet anında kullanılabilecek basılı materyallerin kayıtlı olduğu USB bellek, projeksiyon, beyaz tahta ve kalemli bulunması gereken asgari malzemelerdir (Daha detaylı envanter listesi hastane tarafından hazırlanarak EKLER kısmında yer almalıdır.).

3.3.1 Hastane Olay Yönetim Merkezi'nin Çalışma Şekli

- İlk olarak Olay Yönetim Ekibi'nin tüm üyeleri başlangıç toplantısına katılırlar.
- Başlangıç toplantısının amaçları, OYE üyeleri için bilgi sağlamak ve çalışma şekline karar vermektir (yeni bir talimata kadar tam zamanlı görevde olma; OYM'de yarı zamanlı bulunma ve vardiyalı bulunma vb.).
- Toplantıda tüm üyeler, OYM'deki görevleriyle doğrudan bağlantılı olan Standart Operasyon Pro-

sedürü ve İş Akış Talimatlarını okur. HAP Başkanı tarafından verilen talimatlar yerine getirilir. Üyeler, faaliyetleriyle ilgili geribildirimde bulunmak için önceden oluşturulmuş formları doldurur veya doldurulmasını sağlar.

- HAP Başkanı, OYE'nin ilerleyen saatlerde nasıl çalışacağına karar verir ve OYE üyelerine talimat verir.

- Olay boyunca belirlenen her bir zaman diliminde (örneğin; 1 saat, 2 saat, 6 saat, 48 saat vb.) gerçekleştirilen eylemlerin gidişatı ve olaya yapılan müdahaleler kayıt altına alınır. OYE müdahale hedef ve stratejileri ile Olay Eylem Planlarını çeşitli faaliyetlerle açıklar:

- o Personele ve kurumlara brifing verir.
- o Bir sonraki kontrol ve değerlendirmeler hakkında bilgi verir.
- o Paydaşları bilgilendirir.

3.3.2 Haberleşmenin Düzenlenmesi

- Olayın önemine ve OYE'nin talebine göre saatlik/iki saatlik ya da daha uzun sürelerde olayla ilgili haberleşme raporları düzenlenir.

- Haberleşme ile ilgili sorunlar önceliklidir ve en kısa sürede çözümlenmesi için gerekli çalışmalar yapılır. Bu konuda gerekli eğitim önceden planlanıp düzenli olarak yapılmalıdır.

- Hastaneler merkezi haberleşme sisteminin kesileceğini ön görerek alternatif iç haberleşme sistemlerini oluşturmalıdır. Bu amaçla, bilgisayarlar, iç hat telefonları, bölgesel telsiz ağı ve diğer çağrı sistemleri kullanılabilir. Bu sistemlerin bir kısmı, yalnız afet anlarında kullanılmak için tahsis edilmelidir.

- HAP'ta görevli tüm personelin telefon ve adres bilgilerinin planlarda ek dosya halinde mutlaka bulunması gerekir. Ayrıca afet anlarında işbirliği ihtiyacı olacak AFAD, Arama Kurtarma Birliği, İtfaiye, Ulusal Medikal Kurtarma Ekipleri, 112 Komuta Kontrol Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü Sağlık Afet Koordinasyon Merkezi, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kriz Koordinasyon Merkezi, İlçe Belediyesi, Elektrik kurumu, Emniyet, Askeri Birlik vb. kurum ve kuruluşların telefon numara ve adresleri de planlarda ek dosya halinde bulunmalıdır.

- Afet ve acil durumlarda haberleşmenin sağlanması için telsiz kullanımı öncelikli hale gelmektedir. Kullanılacak telsizler, HAP'ta aktif alanda görevli personel sayısına göre planlanmalıdır. Hastane idaresince afete özel telefon numarası oluşturulmalıdır.

- Görev alacak personelin ve yöneticilerin olay anında iç haberleşme sistemini kullanabilmesi için afet öncesi telsiz kullanımına yatkınlığının olması gerekir. Bu nedenle hastane yöneticileri ve kritik birimlerde çalışan personelin (Hastane Yöneticisi, Başhekim, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari Mali Hizmetler Müdürü, Otelcilik Hizmetleri Müdürü, Müdür Yardımcıları, Klinik Sorumlu Hekim ve Hemşireleri, UMKE personeli vb.) normal zamanlarda da telsiz kullanabiliyor olması afet durumlarında telsiz kullanımını kolaylaştıracaktır.

- Bazı tatbikatlarda cep telefonları çalışmıyormuş gibi düşünülerek tüm iletişimin telsiz üzerinden yapılması sağlanmalıdır.

4. KİTLESEL YARALANMALI OLAYLARDA MÜDAHALE AŞAMALARI

İl Sağlık Müdürü ilgili Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterinden ve ilgili diğer kurumlardan, hastanelerin Acil Müdahale Planı'nın aktifleştirilip aktifleştirilmemesine bakmaksızın harici yardım sağlanmasını talep edebilir. Talepler müdahale aşamalarına göre farklılık gösterir.

4.1. Müdahale Aşaması I: Basit Malzeme ve Ekipman Talebi (Lojistik destek)

İl Sağlık Müdürü, ilgili kurum (Genel Sekreterlikler, Halk Sağlığı Müdürlüğü, Askeri Hastaneler, Üniversiteler, özel sağlık kuruluşları vb.) yöneticilerinden istek yapar.

Hastaneden talep edilen ekipman ve malzemeler ilgili forma (Form 21)⁴ kaydedilerek karşılanır. Malzeme ve ekipman, hastanenin temel bakım hizmetini sürdürme kapasitesinde herhangi bir olumsuz sonuca yol açmayacak şekilde, mevcut hastane afet stoklarının muhafaza edildiği yerden⁵ alınır.

4.2. Müdahale Aşaması II: Sağlık Ekibi Gönderilmesine Yönelik Talep (Afet triyaj ekibi ve/veya travma ekibi⁶)

Olay Yönetim Ekibi'nin aktivasyonundan sonra, İl Sağlık Müdürü ilgili kamu hastaneleri için Genel Sekreterlik aracılığıyla ve diğer hastaneler için Halk Sağlığı Müdürlüğü, özel, askeri, üniversite vb. doğrudan müdahil hastanelerin Olay Yönetim Ekibinden veya hastane yöneticisinden talep yapar.

Talepler karşılanırken aşağıdaki adımlar izlenir:

- *Ekipman türü ve özellikleri (örneğin; afet sağlık kitleri; triyaj kitleri; kişisel koruyucu ekipman, vb.) belirlenir.* Ekipmanın hangi depolardan temin edileceği belirlenir ve görevlendirilen personele bildirilir. Söz konusu ekipman bilgileri hastane tarafından hazırlanan ekipman bilgi formu (Form 21) kullanılarak kayıt altına alınır.

- Ekibin kimlerden oluşturulacağı belirlenir (olay yerinin ihtiyacına ve ilgili uzman personelin bulunup bulunmadığına göre). Görevlendirilen personele ait bilgiler, personel bilgi formu (Form 20) ile kayıt altına alınır.

- Görevlendirilen ekibin olay yerinde kendi arasında ve gerektiğinde hastane ile haberleşmesinin ne şekilde sağlanacağı belirlenir (telsiz, cep telefonu, uydu telefonu vb.).

4.3 Müdahale Aşaması III: Acil Müdahale Planı'nın Etkinleştirilmesi ve Hastanenin Olaya Müdahil Olması

Aşama II'ye karar verildiğinde Aşama II ve Aşama III birleştirilebilir. Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesine yönelik olası birkaç etkinleştirme düzeyi bulunmaktadır (aşağıda, Bölüm 2 madde 4'e bakınız). Aktivasyon düzeyi ne olursa olsun Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesi halinde yetkili kişi KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi aracılığı ile Genel Sekreteri bilgilendirir. Halk Sağlığı Müdürlüğü, özel, üniversite vb. hastane yöneticileri ile Kamu Hastaneler Birliği Genel Sekreteri İl SAKOM aracılığı ile İl Sağlık Müdürüne bilgi verir. İl Sağlık Müdürü bu aşamadan sonra ilgili makamları bilgilendirir.

5. OLAY BİLDİRİMİ VE ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONU

5.1 Hastane Olay Seviyelerinin Tanımı

Büyük olay, toplum sağlığına yönelik ciddi bir tehdit teşkil eden, hizmetleri sekteye uğratan, hastanelerin ve ambulans hizmetlerinin özel düzenlemeler yapmalarını gerektirecek sayıda ya da türde yaralanmalara sebep olan (veya sebep olma ihtimali bulunan) her türlü olaydır. Bazı durumlarda çok sayıda hastanın Acil Servise gelmesi ilk endikasyon olabilir. Bu durumda görevdeki personel, konunun hemen ele alınması için görevdeki Acil Servis sorumlu hekimine haber vermelidir.

⁴ Her hastane bu formu oluşturmalıdır. Örnek form oluşturulmuş olup eklerde yer almaktadır.

⁵ Hastane Afet Stokları, hastanenin acil durum ve afetlerde ilk 72 saat kendi imkanları ile baş edebilmesi için hazır bulundurulması gereken malzeme ve ekipmandır. Stokun muhafaza edildiği yeri belirleyin, eczane, AS vb.

⁶ Hastane için uygulanabilir ise dikkate alınacaktır.

Hastanede Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirildiği **olay seviyeleri**, aşağıdaki gibidir:

Seviye 1 (küçük çaplı etkiye sahip olay)

- Hastane, dış yardım almaksızın ve yedek kaynaklarını seferber etmeksizin hizmet yükünü yönetebilir,
- Yakın bölgedeki sağlık tesisleri ve diğer sağlık hizmetleri (112, kan bankası vb.), olayların tırmanması durumunda alarm haline geçebilir.

İlgili sağlık kurumu (KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi, İl-SAKOM - 112 Komuta Kontrol Merkezi vb.) sadece bilgilendirilir.

Seviye 2 (orta çaplı etkiye sahip olay)

- Birçok sağlık tesisi ya da hastane olaya dahil olur,
- İlgili sağlık yöneticileri bilgilendirilir ve üst düzeyde izleme/değerlendirme gerçekleştirilir.

Seviye 3 (büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Bölgesel olarak aktive edilmiş tüm hastanelerin etkin işbirliği ve koordinasyonu,
- Yerel ve ulusal düzeyde tüm Sağlık yöneticilerinin tamamen dahil olması.

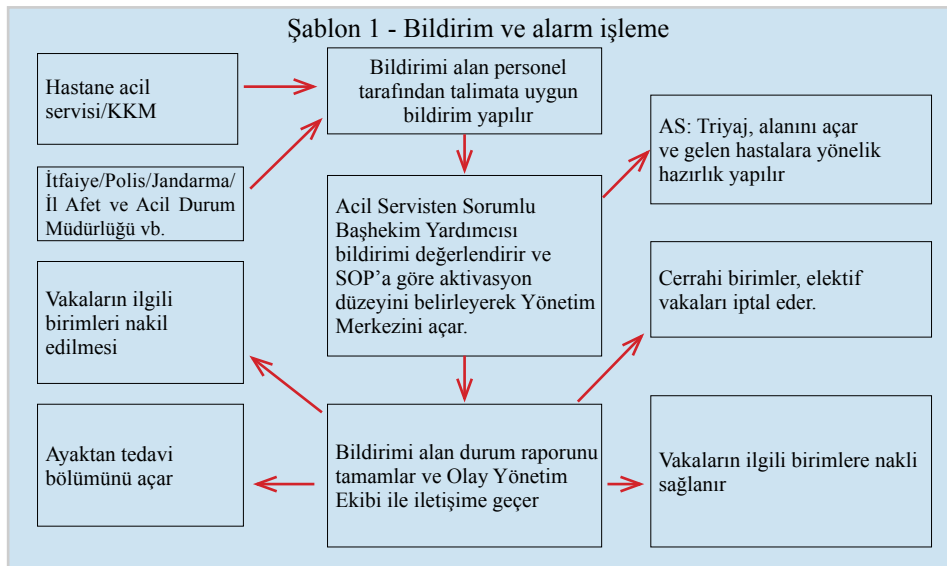
Seviye 4 (çok büyük çaplı etkiye sahip olay)

- Uluslararası desteğe ihtiyacın olduğu olaylar.

Pandemi ya da büyük kitlesel yaralanmalı olaylar gibi büyük çaplı olaylarda, Sağlık Bakanlığı stratejik yönetimi ve kaynak yönetimini gerçekleştirir.

5.2 Olay Bildirim Akış Şeması

Bu bölüm, bildirimin alınması, kayıt edilmesi ve yöneticilere iletilmesi için önceden hazırlanmış prosedürleri (formlar ve kısa kontrol listeleri dahil) içermektedir. Tecrübeler, bildirim ve alarmin hastanede nasıl kabul edileceği ve işleme alınacağını kısaca özetlemenin faydalı olduğunu göstermiştir. Hastane HAP hazırlama komisyonları kendi hastanelerinin durumuna göre, hangi şablonun uyarlanacağına karar vermelidir. Şablon, alarmin nasıl karşılanacağı ve müdahale için alınan ilk karar (örneğin, OYE'nin devreye sokulması) ile işleme alınması arasındaki bağlantılar hakkında bilgi vermelidir (*Aşağıda yer alan şablon örnek olarak verilmiştir.*).



Bildirim sıralaması;

Bildirimi alan acil servis çalışanı (doktor, hemşire vb.) --> Acil Servis Sorumlu Hekimi --> Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı şeklindedir.

Olay bildirimi Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı veya vekilleri/Acil Servis Sorumlusu tarafından doğrulanır.

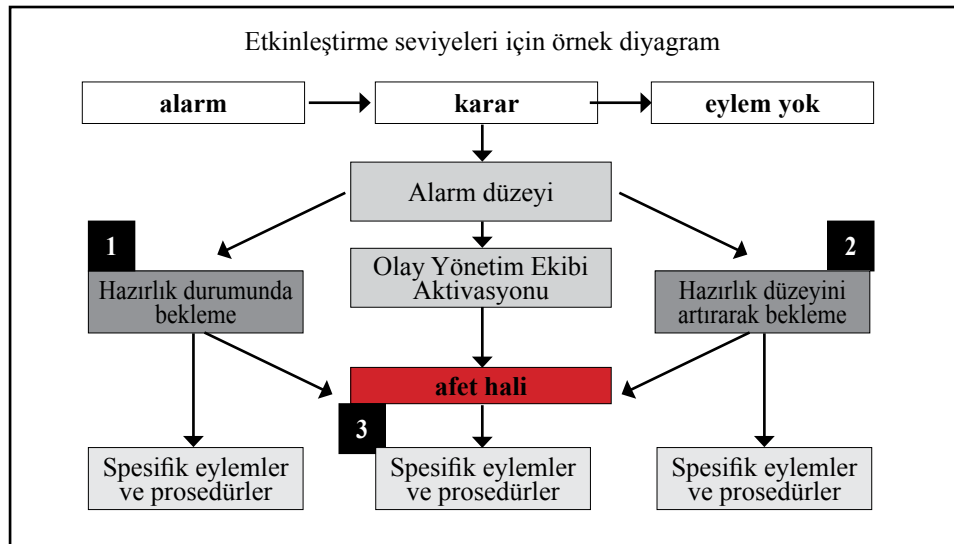
Bildirim akışında aşağıda belirtilen Standart Operasyon Prosedürü, formlar ve kayıtlar kullanılacaktır⁷:

- Olay Bildirimi Prosedürü (Standart Operasyon Prosedürü 2),
- Derhal bilgilendirilmesi gereken kilit personele haber vermek için formlar (özellikle Olay Yönetim Ekibi üyeleri): Form 1-36-42-43-47.
- Olay Yönetim Ekibi aktive edilene kadar Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından kullanılacak form (Form 3) ve kayıtlar ayrıca belirlenmelidir.

5.3 Acil Müdahale Planı Aktivasyon Seviyeleri

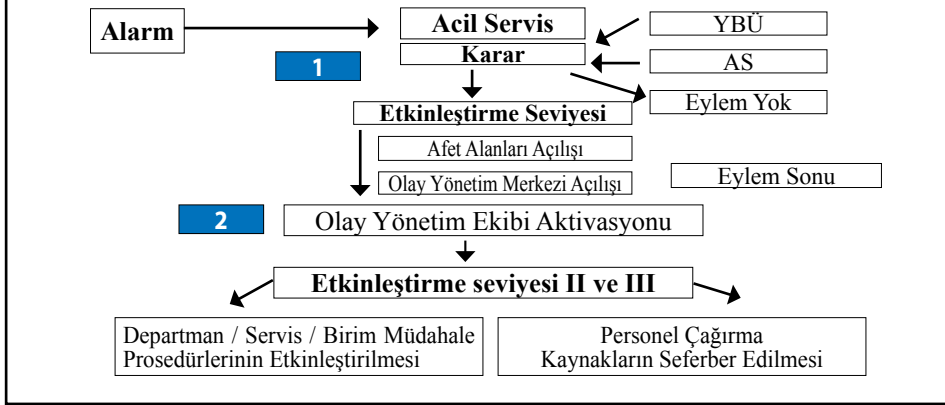
Bu bölümde, Acil Müdahale Planı'nın devreye sokulması ve seviyenin artırılmasına yönelik mekanizma kısaca açıklanmalıdır. Basit bir diyagram, aktivasyon düzeylerinin, alarmin işleme alınması ile nasıl bağlantılı olduğunun daha kolay anlaşılmasını sağlayabilir. Diyagramlar kullanışlı olup karışıklık ya da yanlış anlamının önlenmesine katkıda bulunmaktadır.

Acil Müdahale Planı'nın tamamen aktive edilmesi çok maliyetli bir süreçtir. Kısıtlı kaynakları etkili biçimde seferber ederek müdahaleye hazır olma düzeyini önemli ölçüde artırmak mümkündür. Bu nedenle, Acil Müdahale Planı'nda üç düzey tanımlanmıştır: **Hazır olma/Alarm, Hazırlığı artırma, Afet durumu.** Herhangi bir zamanda doğrudan üçüncü düzeye çıkmak her zaman mümkündür.



⁷ Hastane tarafından geliştirilecek form, zaman çizelgesi ve kayıtlar eklenebilir.

Alarm durumunu yönetmek ve plan etkinleştirilmesindeki bağlantılara ilişkin diyagram örneği



Seviye I: Hazır Olma ya da Alarm Durumu

- Acil tıbbi ihtiyaçların kapasiteyi aşabileceği durumda kullanılır.
- Ek personel ihtiyacına yönelik mevcut kaynaklar değerlendirilir.
- Olay Yönetim Merkezi aktive edilir.
- İkinci bir talimata kadar tüm personel çalışmaya devam eder.
- Durum raporları Olay Yönetim Merkezine iletilir (Form 5-13-14-16-19)⁸
- Acil durum kesinleşene kadar tüm ileri elektif vakalar askıya alınır.

Seviye II: Artırılmış Hazırlık Durumu^{9, 10}

- Acil ihtiyaçların mevcut kapasiteyi aşacağı fakat sınırlı olarak karşılanabileceği durumlarda kullanılır.
- Özel alanların açılması düşünülür:
 - o Hastane afet triyaj alanı,
 - o Hafif yaralanmalar ve ayaktan tedavi edilen yaralıları için özel Ayaktan Tedavi Bölümü,
 - o Hasta yakınları ve bilgi merkezi alanı,
 - o Geçici morg alanı,
 - o Medya ve VIP için alan,
 - o Harici trafik akış sistemi¹¹,
 - o Personel bilgilendirme,
 - o Personel yakınlarına yönelik hazırlık,
 - o Hasta eşyaları muhafaza vb. alanlar kurulur. Bu alanlar için hastane tarafından hazırlanacak kroki esas alınır.

Seviye III: Afet/Acil Durum

- Acil ihtiyaçların çok kısa sürede mevcut kapasiteyi aşacağı belirgin olduğunda kullanılır.
- Tüm departman/servis/birimler, ilgili İş Akış Talimatları ve Standart Operasyon Prosedürlerini kullanır.

⁸ Hangi belgenin kullanılması gerektiğine hastane Olay Yönetim Ekibi (OYE) karar vermelidir.

⁹ Acil Servise olan talep mevcut kapasiteyi aşmıştır veya aşması beklenmektedir ya da acil bir durum meydana gelmiştir ve Acil Servisin normal işleyişini sekteye uğratabilecek sayıda potansiyel yaralı söz konusudur.

¹⁰ Renkle kodlama olaya özel planlar için de kullanıldığından, karışıklığa yol açmamak üzere, Acil Müdahale Planı aktivasyonu için renk kodunun tercih edilmemesi, I, II ve III. Seviye ifadelerini kullanmak daha isabetlidir.

¹¹ Hastanenin güvenliğini sağlamak; ambulans veya diğer ulaşım araçları için trafiği etkin bir şekilde yönetmek ve ayrıca aynı anda ulaşan veya özel araçlarla ulaşan hastaların yönlendirilmesini sağlamak için önemlidir.

- Tüm departman/servis/birimler kendi Müdahale Prosedürlerini devreye sokar.
- Olay Yönetim Ekibi tarafından taburcu edilme talimatı verildiğinde durumu uygun hastalar hızlıca taburcu edilir.
- Tüm departman/servis/birimlerde zorunlu olmayan faaliyetler durdurulur.
- Tüm departman/servis/birimler yeterli miktarda personel, kritik ekipman ve sarf malzemesinin mevcut olmasını sağlar. Talepler Olay Yönetim Ekibi'ne bildirilir.
- Tüm departman/servis/birimler geri bildirimde bulunur.

5.4 Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonu İçin Mekanizmalar

Acil Müdahale Planı'nın aktivasyonu ve seviyenin artırılmasına yönelik mekanizmanın diyagramla anlatımına örnek olarak:

• Seviye I:

“Alarm durumunun yönetilmesinde” belirtildiği gibi görevdeki Acil Servis Sorumlu Hekimi veya Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı tarafından etkinleştirilir. Bu her zaman Olay Yönetim Ekibi'nin seferber edilmesi anlamına gelir (Olay türüne göre kapsamlı müdahale için zaman varsa: Olay Yönetim Ekibi'nin tamamen etkinleştirilmesi yerine, sadece ilgili çekirdek üyeler aktif hale getirilebilir).

• Seviye II ve III:

Seviye II ve III için sadece Olay Yönetim Ekibi tarafından karar verilebilir (kararın alınması gereken zamandaki üye sayısı ne olursa olsun). Olay Yönetim Ekibi'nin devreye sokulması ile ilgili prosedür (SOP 3) ve iş akış talimatları uygulanır.

Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon seviyesi konusunda personelin bilgilendirilmesi:

Olay Yönetim Ekibi personelin ne zaman bilgilendirileceğine karar verir. Aktivasyon seviyesi ile ilgili mevcut ve/veya görevdeki personelin bilgilendirilmesinde ilgili prosedür (SOP 9) uygulanır. Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesi sürecinde personelin çağırılması ve göreve gelen personelin yönetimi, 6.1.3 bölümünde açıklanmıştır.

Dahili acil durumlara yönelik renk kodlamasının, hoparlörlerin (hastanede mevcut ise) ya da çağrı cihazlarının kullanılması uygulamaları hastanenin tüm personelinin bilgilendirilmesini kolaylaştırmaktadır. Hastane, olaya özel planlar için renk kodlaması kullanacak ise ayrıca belirtilmelidir. Örneğin:

- Hastane içi yangın ile ilgili olaya özel plan: renk kodu **kırmızı**,
- Hastanede tahliye gerektiren durumlar ile ilgili olaya özel plan: renk kodu **sarı**, vb.

5.5 Acil Renk Kodu Sistemi

Acil Renk Kodu Sistemi hastanenin acil olarak uzman müdahalesi gerektiren olaylarda doğru ve net bir mesajla, hızlı müdahalede bulunmasına imkân veren genel uyarı sistemidir. Amaç, renk kodu mesajıyla, olay anında yapılması gerekenler konusunda en kısa sürede ortak anlayışı sağlamaktır. Kurum içinde ve kurumlar arasında personelin acil durumlarda, hasta ve ziyaretçilerin güvenliklerinin yanı sıra kendi güvenliklerini de artırarak, uygun bir şekilde müdahale etmelerini sağlar.

MAVİ	Yetişkin/Çocuk Medikal Acil Durum (Kardiyopulmoner Arrest)/Hayati Risk
GRİ	Saldırgan Kişi Silahlı Kişi veya Aktif Ateş Edilmesi veya Rehine Durumu
YEŞİL	Acil Durum Sonlandırma
TURUNCU	Tehlikeli Madde Sızıntısı/Yayılması
PEMBE	Bebek/Çocuk Kaçırma
MOR	Acil Müdahale Planı Aktivasyonu
KIRMIZI	Yangın
BEYAZ	Çalışana Saldırı
SARI	Tahliye
TURKUAZ	Dış Toplu Yaralanma
SİYAH	Bomba tehdidi

5.6 Acil Müdahale Planı ve Olaya Özel Planlar

Acil durum karmaşık özellik gösterebilir, birden fazla acil durumun ya da hastane içi ve dışı acil durumların bir arada ortaya çıkmasını içerebilir (örneğin, hastanede kritik sistemlerin bir kısmının etkisiz hale geldiği kitlesel yaralanma durumları vb.). Bu durumlar olaya özel müdahaleler gerektirebilir. Acil Müdahale Planı ve olaya özel planlar birbirleriyle bağlantılıdır. Afet ve acil durum yönetim yapısı aynı kalır. Olay Yönetim Ekibi olayların tam olarak nasıl gerçekleştiğine bağlı olarak bazı uzmanları sürece dahil edebilir (örneğin, kimyasal bir olayın yönetiminde konusunda uzman bir kişi görevlendirilebilir). Hastanelerde “olaya özel planlar”, “tamamlayıcı ayrı planlar” olarak ve 5.5’de açıklanan acil renk kodu sistemi ile uyumlu şekilde renk kodları kullanılarak tanımlanabilir. Olaya müdahaleye yönelik iyi tanımlanmış bir süreç bulunmalıdır.

5.7 Acil Müdahale Planı’nın Aktivasyon Seviyeleri ile İlgili Temel Eylemler

Acil Müdahale Planı’nın aktivasyon seviyeleri ile ilgili öncelikli eylemler aşağıda özetlenmiştir:

• **Aktivasyon Seviyesi I (Beklemede)**

- o Hastanenin kendi olay bildirim prosedürleri çerçevesinde ilgili sorumlularla (kolluk kuvveti, arama kurtarma ekibi, Sağlık Bakanlığı vb.) birlikte alarmin ve olay türünün değerlendirilmesi ve doğrulanması sağlanır,
- o Herhangi bir özel ihtiyacın olup olmadığı belirlenir. Örneğin, hastaneye gelen ve henüz dekontamine olmamış hastalara dekontaminasyon işlemi uygulamak için kullanılan kimyasal koruyucu ekipman gerekiyorsa, temin edilir,

- o Tüm departman/servis/birimler kendi faaliyet alanlarındaki müdahaleyi organize etmek için plan yapmaya başlar,
- o Standart Operasyon Prosedürü ve İş Akış Talimatı erişilebilir hale getirilir ve ilgili personel tarafından okunur,
- o İkinci bir talimat gelene kadar ilgili tüm personel görevine devam eder,
- o Hastane Afet Yöneticisi olarak HAP Başkanı görevi üstlenir,
- o Olay Yönetim Ekibi hazırlıklarını yaparak Olay Yönetim Merkezini kullanıma uygun hale getirir,
- o Farklı alanlardaki mevcut kaynaklar, insan kaynakları ve lojistik malzemeler değerlendirilir,
- o Acil sağlık hizmeti dışındaki uygulamalar değerlendirilir (elektif ameliyatlar, ayaktan hasta kabulü vb.),
- o Personel “irtibat” listelerine erişim sağlanır,
- o Alanı güvenli hale getirmek amacıyla hazırlık yapılır (erişim ve çıkış),
- o Triyaj alanının uygunluğu değerlendirilir,
- o Aşağıdaki alanların kullanılabilirliği ve erişilebilirliği sağlanır:
 - Personel brifing alanı,
 - Gönüllü bilgilendirme ve görevlendirme alanı,
 - Hastane afet triyaj alanı ve Acil Servis,
 - Ayaktan hasta/yaralı tedavi alanı,
 - Uygun şekilde hazırlanan dekontaminasyon alanları.
- o Bölgede bulunan hastaneler ile protokol yapılmış kuruluşlar karşılıklı mutabık kalınan acil durum uygulamalarını aktive etmeleri konusunda uyarılır ve bilgilendirilir.

Aktivasyon Seviyesi II ve III (Aktive)

- o Hastaneye başvurusu muhtemel vakaların kendine özgü nitelikleri (yanık, pediatri, KBRN, travma vb) belirlenir,
- o HAP Başkanı ve ilgili sağlık yetkilileri haberdar edilir,
- o Olay Yönetim Ekibi (OYE) seferber edilir, tam olarak devreye girer,
- o Duruma uygun olan tüm İş Akış Talimatları (Eylem Kartları) kullanılır,
- o Uygun olduğunda planlarını uygulamaya koymaları için tüm hastane departman/servis/ müdahale prosedürlerini uygulamaya koymaları için tüm hastane departman/servis/ birimler bilgilendirilir,
- o Hastaların ev ya da başka bir ortama taburcu edilme süreci başlatılır,
- o Hasta kabul kriterleri belirlenir,
- o Erteleme ya da iptal edilme ihtimali olan elektif cerrahi ve ayaktan tedavi hizmetleri gözden geçirilir,
- o Ameliyathaneler, Merkezi Sterilizasyon Hizmetleri ve Yoğun Bakım Ünitesi gibi kritik birimler alarma geçirilir,
- o Radyoloji, patoloji ve laboratuvar gibi birimlerin acil harici çalışmaları sınırlandırılır,
- o Olay Yönetim Ekibi içinde raporları yazmak üzere kişi/kişiler görevlendirilir, **tüm belgeler muhafaza edilir**,

- o Taburcu edilecek hastalar için kamusal ya da özel ambulans vb. ulaşım araçlarından faydalanılır,
- o Tıbbi bakım standartlarını sürdürmek için niteliklerine göre personel ihtiyacı belirlenir,
- o Hastanede en yoğun iş yüküne sahip birimler belirlenir,
- o Personel, hasta yakınları ve basın için brifing alanları belirlenir.

Alarm durumundan çıkılması

- o Olağan yönetim faaliyetleri sürdürülür,
- o Uygun olduğu takdirde fazla personel geri çekilir,
- o Olayın hemen ardından tüm personelden bilgi alınır,
- o İşleyişe dair değerlendirme toplantısı yapılır,
- o Olay raporu hazırlanır.

Hastanenin tıbbi bakım kapasitesi ve imkanlarının değerlendirilmesi

Her aşamada müdahale yönetimi, hastanenin hizmet sağlama kapasitesine ve imkanlarına bağlıdır. Kapasite, nicel yönleri ifade eder (yatak sayısı, ekipmanın kullanılabilirliği vb). İmkanlar (yetenek) ise nitel yönleri ifade eder (örneğin, bir beyin cerrahının olup olmaması, ya da karantinaya almanın gerektiği durumlarda bulaşıcı hastalığı yönetebilme imkanı vb.). Olay Yönetim Ekibi derhal aşağıda belirtilen kritik bilgilere ulaşmalıdır:

- o Çeşitli departman/servis/birimlerdeki dolu yatak sayısı,
- o Kullanılabilecek boş fonksiyonel yatak sayısı,
- o Mevcut personel sayısı ve bunların çeşitli departman/servis/birimlerdeki özel uzmanlık alanları açısından yeterlilikleri (örneğin, eczane; laboratuvar vb.),
- o Temel teknik destek alanlarının mevcut kapasitesi ve yeterliliği (kan bankası, eczane: ilaç ve ekipman, idari destek hizmetleri, temizlik hizmetleri, güvenlik personeli vb.),
- o Devam eden süreçte hastanenin kapasite ve imkanlarının (tıbbi kapasite) ne kadar artırabileceğinin ve bunların nasıl geliştirilebileceğinin tahmin edilmesi.

Olay Yönetim Ekibi'nin toplanmasının hemen sonrasında yapılacak ilk eylemlerden biri hastanenin tedavi kapasitesi ve imkanlarını değerlendirmek için gereken bilgileri talep etmek olacaktır:

- o Acil Servis,
- o Çeşitli departman/servis/ birimler (yoğun bakım, ameliyathane, eczane vb.),
- o Ayaktan Tedavi Bölümü talep edilen bilgileri sağlar.

Ayaktan Tedavi Bölümü, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle verilecek yeni görevlerine uygun olarak değerlendirilir.

Olay Yönetim Ekibi'nin temel stratejisi, uygun tüm kaynakların etkili bir biçimde kullanılması, yatak kapasitesinin artırılması ve hastanenin tıbbi kapasitesine katkı sağlamak olacaktır. Bu amaçla, Olay Yönetim Ekibi ilk 72 saati kapsayacak şekilde, olay eylem planı geliştirmelidir. Değerlendirme sürecinde ilgili yönetim araçlarından faydalanılır (Standart Operasyon Prosedürü: 1-2-3, Formlar:5-6-7-8-9-10-12-13-14-16-17- 19-22-23-24-25-26-28-29-30-34-35 Kayıtlar, Kontrol listeleri, Atıfta bulunulabilecek olan Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürleri).

6. HASTANENİN TIBBİ KAPASİTESİ

6.1 Tedavi Kapasitesinin Artırılması

Hastanenin, tedavi kapasitesini artırma yöntemi, aşağıdaki ilkelere dayanır:

6.1.1 Yatak Kapasitesi ve Kullanılabilirliği

- Kullanılabilir yatakların sayımı Olay Yönetim Ekibi'nin talebi doğrultusunda gerçekleştirilir ve her departman/servis/birim, ilgili formu (Form 14) kullanarak Olay Yönetim Ekibi'ne mümkün olan en kısa sürede geri bildirimde bulunur; Olay Yönetim Ekibi, saatte bir güncellenen kayda dayanarak bilgileri kaydeder.

- Olay Yönetim Ekibi, (hastaları taburcu veya transfer ederek) geçici olarak boşaltılması gereken yatakların sayısına karar verir.

- Olay Yönetim Ekibi, ihtiyaç duyulan (sedyeler dahil olmak üzere) ilave yatakların sayısına ve bu yatakların nereye yerleştirileceğine karar verir. Yataklar, her zaman “fonksiyonel”¹² olmalıdır.

- Kabul edilen hastalara herhangi bir zarar gelmeyecek şekilde söz konusu prosedürlere (SOP 6) uygun olarak, departman/servis/birimlerin kapasite ve imkanlarına göre, hastaların başka bir sağlık tesisine transferine Olay Yönetim Ekibi karar verecektir; bu faaliyeti Ulaştırma ve Nakil Hizmetleri Birim Sorumlusu yürütür.

6.1.2 Ekipman ve Malzemelerin Artırılması

Hastanenin müdahalede bulunması ve/veya temel hizmetleri sunmaya devam etmesi için hasta akını durumunda tıbbi kapasitesini önemli ölçüde artırması gerekebilir. Ekipman ve malzeme yönetimi afet ve acil durumlarda ciddi bir öneme sahiptir.

Ekipman ve malzeme artırımına yönelik temel yaklaşımlar için **11. Lojistik ve Malzemeler** bölümüne bakınız.

6.1.3. Personelin Geri Çağırılması

- Olay Yönetim Ekibi, hangi personelin geri çağrılacağına karar verecektir (nitelik ve sayı bakımından). Planlama bölümü, gerekli personelin çağırılmasından sorumludur. Bununla birlikte, Olay Yönetim Ekibi, bu görevi departmanlara veya sekreteryaya verebilir. Geri çağırma sürecini Planlama Şefi yönetir.

- Olay Yönetim Ekibi'nin görevli olmadığı durumlarda, ilgili prosedür (SOP 8) ve İş Akış Talimatları personelin geri çağırılması ve görevlendirilmesi için uygulanabilir. Göreve gelen tüm personel bilgilendirilir, yaka kartları verilir ve Acil Servis'ten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekiminin talimatıyla yönlendirilir.

6.1.4 Gönüllü Yönetimi

Gönüllü yönetimi Olay Yönetim Ekibi'nce yapılır. Hastane bazı durumlarda, gönüllülerden yardım isteyebilir. Gönüllüler **yalnızca** Olay Yönetim Ekibi tarafından bu tür bir yardıma ihtiyaç duyulması halinde kabul edilecektir. Gönüllüler Başbakanlık Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanlığı ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü akreditasyonu ve İl Sağlık Müdürlüğü'nün onayıyla çalıştırılabilir. Gönüllüleri talep etme, alma, tespit etme ve kabul etme işlemleri için ilgili prosedür (SOP 8), form ve kayıtlar kullanılabilir. Olaya özel durumlarda izlenecek prosedür olaya özel planlarda belirtilir.

¹² Yatan her hastanın hizmet ve dolayısıyla personel ve ekipman vb. gerektireceği düşünülmelidir.

6.1.5 Diğer Sağlık Kurum ve Kuruluşları ile İşbirliği

Sağlık tesislerinin yerelde diğer sağlık tesisleriyle işbirliği yapması, hastane kapasitesi için önemli bir unsurdur. Olay Yönetim Ekibi, faaliyete geçirilmesi gereken işbirliği mekanizmalarının neler olduğuna karar verir.

6.2 Yeni ve Özel Alanların Açılması, Konumları

İhtiyaca göre, yeni ve özel alanların açılması, hastane kabul ve tedavi kapasitelerinin artırılmasına katkıda bulunacaktır. Bu alanlar prosedürlere uygun olarak açılır. Bu alanlara, örnek olarak; hastane afet triyaj alanı, taburcu edilen hastalar için taburculuk alanı, ayaktan tedavi bölümü, aile ve medya bilgilendirme alanı, geçici morg vb. sayılabilir. Hastane tarafından oluşturulacak alanlar önceden belirlenerek, konumları hastane afet ve acil durum planında yer alan krokilerde gösterilmelidir.

7. HASTANE AFET TRİYAJ ALANI

Trijaj tıbbi müdahalenin ilk ve en önemli basamağı olup yaralının ulaştığı her tıbbi basamakta yeniden yapılan, sürekli ve dinamik bir uygulamadır. Triyajın kelime anlamı, sıraya sokmak, ayıklamaktır. Bir afet ve acil durumda ise “yaralıların yaralanma derecelerine göre sınıflandırılması ve tedavi önceliklerinin belirlenmesi” şeklinde tanımlamak mümkündür. Bu durumda amaç, var olan tüm olanakları ulaşılan her yaralıya, en ağır yaralıya ya da ilk ulaşılan yaralıya sunmak yerine, eldeki olanakların tümünü en çok yaşamı kurtarabilmek ve sekeli önleyebilmek için tıbbi gereklere göre yönlendirmek ve paylaşmaktır. Bu yaklaşım, mümkün olan en çok sayıda hastaya yardımcı olmak anlamına gelir.

Trijaj, afet ya da acil durum halinde belli ilkeler içinde yapılmalı ve bu ilkeler önceden belirlenmiş olmalıdır. Triyaj uygulaması afet ve acil durumun etki derecesine, yaralı sayısına, mevcut tıbbi yapıya, kurtarma, transport ve cerrahi olanaklara göre farklılık gösterebilecektir.

7.1 Hastane Afet Triyaj Alanının Konumu ve Genel Organizasyonu¹³

- Kitlesel yaralanma olayı sınırlıysa (toplam yaralı veya hasta sayısı¹⁴’dan azsa) ve başka bir yaralanma ihtimali yoksa, Acil Servis olağan işleyişine devam eder. Olağan acil vakalar (*hastaneye özel araçla veya ambulansla götürülen, afet mağduru olmayan hastalar*), hastane afet triyaj alanı açılana kadar her zamanki gibi doğrudan Acil Servise gidecektir. Triyaj alanının açılması itibarıyla, hastaneye gelen bütün hastalar bu triyaj alanına yönlendirilecektir.

- Bulaşıcı hastalık şüphesi olan veya kontamine olan hastaların bulunduğu epidemik ve kimyasal olayların görüldüğü özel durumlar, genel çerçevedeki Acil Müdahale Planı’nın yanı sıra hazırlanacak Olaya Özel Planlar’da açıklanacaktır. Bu durumların dışında, Acil Müdahale Planı’nın aktive edilmesi, hastane afet triyaj alanının ve ilgili alanların açılacağı anlamına gelmektedir.

- Yaralı sayısı hastane kapasitesinin üzerinde ise kargaşayı önlemek adına, hastaneye yakın güvenli bölgede uygun alanda ilk değerlendirme ve ilk müdahalenin yapılabileceği hastane afet triyaj alanı oluşturulması istenebilir.

- Hastane afet triyaj alanı açılması ve uygulanması, hastaların taşındığı araçların (ambulans) varış konumları ve diğer hususlar ile ilgili prosedürler (SOP 5, SOP 15) belirtilmiştir.

¹³ Bazı hastanelerde triyaj faaliyeti, hastanenin AS biriminin giriş kapısında gerçekleştirilir; dolayısıyla resmi olarak belirlenmiş bir “afet triyaj alanı” bulunmaz. AS biriminin girişinde kargaşa yaratabileceği için, bu çözüm tehlikeli olabilir. Hastaların tedavisi için AS kapasitesi “artırılmalıdır” (yatak sayısının artırılması, AS biriminin uzantısı olan koridorların açılması); dolayısıyla çok yakınında olsa bile AS biriminin Afet Triyaj Alanından ayrı olması tavsiye edilir.

¹⁴ Burada sayı belirtilmemiştir.

- Alanın çevre güvenliği ile ilgili hususlar hastane tarafından belirlenerek yazılı talimat haline getirilecektir. Bu alanın güvenliğini sağlamak için alınan tedbirler, hastanenin genel güvenlik yönetimine entegre edilir.

- Minör yaralanma veya minör sağlık sorunları olan, yürüyebilen hastalara özel düzenlenecek Ayaktan Tedavi Bölümü (ATB)¹⁵ ile ilgili konum, alan belirleme ve işaretleme, donanım gibi temel hususlarda ilgili prosedürlere uygun davranılır.

- Her bir temel pozisyon için “görev yelekleri” kullanılması önerilir. Görev yelekleri kimin hangi işten sorumlu olduğunun ayırtılması için gereklidir.

7.2 Hastane Afet Triyaj Alanındaki Faaliyetler

• Gelen Hastalar

Hastaneye gelen tüm hastalar için triyaj uygulanmalıdır. Hastaya iliştirilen ve hastane öncesi aşamada kullanılmış olan kayıtlar ve etiketler **çıkartılmamalıdır**. Buna yönelik tek istisna, triyaj sürecinde hastanın sınıflandırılması (tedavi önceliği) için etiketin değiştirilmesine ilişkin karar alınmasıdır. Hastaya ilişkin son değerlendirmenin ve son kararın ardından hasta kategorisi değişmiş olabilir. Hastane afet triyaj alanında veya Acil Servis biriminde kullanılan tüm dokümanlar, önceden hastaya iliştirilmiş olan dokümanlara eklenmelidir. Hastaneye gelen tüm hastaların kaydı Form 8-9-10-12¹⁶ tutulmalıdır.

• Alandaki Personel

Hastane afet triyaj alanına triyaj eğitimi almış sağlık personeli ¹⁷ görevlendirilir. Triyaj Ekibi, Sağlık Bakanlığı tarafından belirlenen Triyaj Ölçeğine uygun olarak, Hastane Afet Triyaj Alanına veya Acil Servise gelen her yaralının ilk değerlendirmesinden ve triyaj kodunun belirlenmesinden sorumludur. Tıbbi triyaj yönetimi ile ilgili prosedürler (SOP 5) belirlenmiştir. Yaralıların triyaj alanından Acil Servis birimine ve/veya diğer departman/ servis/birimlere naklinin yönetimine yardımcı olmak ve gerekli olduğu takdirde Acil Servis personelinin desteklemek üzere görevli tayin edilir.

• Alanda Tıbbi Bakımın Hedef Düzeyi

Tıbbi bakım düzeyi yalnızca, derhal uygulanması gereken hayat kurtarıcı prosedürlerin yanı sıra, ileri düzey bakım alması gereken veya başka bir alana sevk edilmesi gereken hastaların önceliğine karar vermekle sınırlıdır. Diğer tüm prosedürler, Acil Servis biriminde veya hasta kabul eden servislerde veya sevk olunan Ayaktan Tedavi Bölümü’nde gerçekleştirilecektir.

• Sağlık Görevlileri ve Taşıyıcı Personel

Trijaj alanında çalışan sağlık görevlileri Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından tayin edilir. Bu kişiler, Hastane Afet Triyaj Alanının işleyişi için, ilgili İş Akış Talimatları doğrultusunda ekipman ve lojistik sağlamakla görevlidirler.

• Faaliyetlerin Kayıt Altına Alınması

Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, Acil Serviste ve Hastane Afet Triyaj Alanında ihtiyaca uygun kayıtlar ve formlar kullanılmalıdır.¹⁸ Örnek olarak, Form 8, Form 9, Form 10 ilgili diğer formlar.

¹⁵ Böyle bir yapı açılırsa, mevcut ATB’nin kullanımı en etkili çözüm olabilir.

¹⁶ Özel bir form kullanılması tavsiye edilir. Rutin hasta takip çizelgesi, kriz anında güvenli bir şekilde kullanılamayacak kadar karmaşıktır. Bu formlar, AS biriminde veya muadil bir yapıda daima kullanıma hazır bulundurulmalıdır; böylece, afet triyaj alanı açılmadan önce bile ilk gelen hasta için hemen kullanılabilir.

¹⁷ Bazı hastanelerde bu işlev, Acil Sağlık Ekibi (ASE) tarafından gerçekleştirilir.

¹⁸ Acil Müdahale Planı’nın aktivasyonu sırasında kullanılan form ve kayıt örnekleri ihtiyaca göre geliştirilir; hastane Olay Yönetim Ekibi faaliyetleri yönetmek, kayıt altına almak, izlemek ve hesap verebilirlik için hazırlamak üzere gerekli olan birkaç form ve kayıt daha ilave etmeye karar verebilir.

Hastane Afet Triyaj Alanında gerçekleştirilen tüm faaliyetler, triyaj kartları, kayıtları ve formları (özellikle özel hasta çizelgeleri) kullanılarak kayıt altına alınmalıdır. Bilgilerin Olay Yönetim Ekibi'ne raporlanması ve paylaşılması, Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından prosedüre (SOP 5) uygun olarak ve ilgili formlar (Form 2-10-11-12-29) kullanılarak yapılır.

• Ekipman, Yelekler ve Lojistik

Trijaj alanında çalışan personel ilgili İş Akış Talimatı'nda belirtilen görev yeleklerini kullanır. Triyaj faaliyetlerini yürütmek için gerekli ekipman ve sarf malzemeleri, hastane tarafından oluşturulan listeye göre sağlanır (görev yeleği, triyaj kartı, branda, emniyet şeridi, işaretleme kazıkları vb). Bu ekipman, gecikme yaşanmaksızın triyaj alanına getirilebilecek olan seyyar malzeme arabası, konteynır, depo vb. yerlerde muhafaza edilir.

7.3 Triyaj ilkeleri, Kategoriler ve Renk Kodlaması

Hastane triyaj sistemi, ulusal algoritma kullanılarak aşağıda yer alan kriterleri temel alır:

- Acil bakım ihtiyacı (tıbbi veya cerrahi),
- Zamanında yeterli bakım sağlandığı takdirde hayatta kalma şansı,
- Zamanın ve kaynakların tüketimine karşı hayatta kalma şansı,
- Fonksiyonel prognoz,
- Özel bakımın elverişliliği,
- Acil tedavi uygulanması gereken hasta sayısı ve en iyi prognoza sahip hastaların seçimi.

Kategoriler şu şekildedir (renk kodlaması):

- Kategori I (yeşil: acil değil),
- Kategori II (sarı: geciktirilebilir) ilave acil tıbbi bakım,
- Kategori III (kırmızı: acil hastalar) cerrahi veya acil tıbbi bakım,
- Kategori IV (siyah: ölü).

ÖNCELİK	RENK	SİMGE	TANIM	DURUM
Birinci	Yeşil		Hafif yaralı	Tedavi saatlerce/günlerce bekletilebilir. Hasta ayakta veya sedye üzerinde yatarak izlenir.
İkinci	Sarı		Gecikebilir yaralı	Birkaç saat içinde verilen tedavilerle kurtarılabilir.
Üçüncü	Kırmızı		Kritik yaralı	Birkaç dakika içerisinde verilen basit müdahalelerle kurtarılabilir.
Dördüncü	Siyah		Ölü/ölmekte olan yaralıları	Ölü/yaşama şansı çok düşük olan hastalar

7.4 Hastaların Nakli; Servis, Birim ve Departmanlara Yönlendirilmesi

• Hastalar; Hastane Afet Triyaj alanından acil servise, servislere, ameliyathaneye, yoğun bakım ünitelerine, ya da ayaktan tedavi gerekenler doğrudan ayaktan tedavi bölümüne gönderilir. Triyaj Alanından acil servis birimine ve diğer departman/servis/birimlere doğru trafik akışı, ilgili prosedür (SOP 4) ve İş Akış Talimatına uygun olarak yapılır. Hastaların nakli, ilgili form ve kayıtlar kullanılarak kayıt altına alınır.

- Olay Yönetim Ekibi tarafından triyaj alanında çalışan İdari Görevliye (hastane müdür yardımcısı, supervisor, nöbetçi memur vb.) talimat verilmediği sürece, hastalar hastane içerisindeki diğer bölümlere nakledilemez. Durum uygun olduğu takdirde, cerrahi müdahale gerektiren hastalar doğrudan ameliyathaneye nakledilebilir.

- İhtiyaç halinde İdari Görevli tarafından uygun personel sedye personeli olarak görevlendirilir. Hastalar, İdari Görevli tarafından (SOP 5) verilen talimatla sedye personeli tarafından taşınır. Daha sonraki işlemler ve Olay Yönetim Ekibi'ne yapılacak raporlama için, sedye personeli tarafından İdari Görevliye geri bildirim yapılır.

8. ACİL SERVİS VE HASTANE İÇİ HASTA TRAFİK AKIŞI

8.1 Hastanenin Acil Servis Birimi

8.1.1 Kontamine Hastalar

- Acil Servise girmeden önce; kimyasal, biyolojik, radyolojik ve nükleer olaylara maruz kalan hastalara dekontaminasyon işlemi uygulanması gerekir. Dekontaminasyon işlemi, olay yerinde, İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü tarafından gerçekleştirilebilir. Hastanın Acil Servise kabulü yapılmadan önce olaya özel plan dikkate alınarak, dekontaminasyon sürecini ayrıntılı olarak anlatan uygun dokümantasyon oluşturulmalıdır.

- Hastane öncesi süreçte gerçekleştirilen dekontaminasyon işlemine ilişkin güvenilir dokümantasyon olmaması durumunda, hastaların hala kontamine olduğu varsayılmalıdır ve Acil Servise kabulden önce hastane tarafından olaya özel plan dikkate alınarak resmi bir dekontaminasyon prosedürü başlatılmalıdır.

8.1.2 Bulaşıcı Hastalıkların Görüldüğü Hastalar (özellikle insandan insana bulaşma yoluyla epidemiyeye dönüşme ihtimali olan)

Epidemiyeye dönüşme ihtimali olan Bulaşıcı Hastalıkların görüldüğü ve insandan insana bulaşma şeklinde yayılan epidemi (veya pandemi) durumunda, hastaneler tarafından hazırlanması gereken Bulaşıcı Hastalıklara ilişkin Olaya Özel Plan'da açıklanan ilgili özel prosedürlere uyulmalıdır:

- İlgili temel SOP,
- Triage sistemi gerekleri,
- Personele yönelik koruyucu önlemler,
- Hastalara yönelik koruyucu önlemler,
- Ekipmana yönelik koruyucu önlemler,
- Uluslararası Sağlık Tüzüğü ilgili maddeleri.

8.1.3 Acil Serviste Çalışacak Personelin Görevlendirilmesi

Acil Servis birimine ek personel görevlendirme kararı Olay Yönetim Ekibi tarafından alınır. Konu Olay Yönetim Ekibi üyesiyle görüşülmeden önce aniden hasta akını olması durumunda, Acil Servis'de görevde olan Acil Servis Sorumlu Hekimi mevcut personelin görevlendirilmesine karar verir ve aynı zamanda ek personel ihtiyacını değerlendirip Olay Yönetim Ekibi'nden talepte bulunur. Acil Servis Sorumlu Hekimi, ilgili İş Akış Talimatları uyarınca personelin nerelere görevlendirileceğine karar verir.

8.1.4 Acil Serviste Temel İşlevler¹⁹

Hastanenin HAP hazırlama komisyonu, Acil Servis'te İş Akış Talimatları gerektiren kilit fonksiyonların neler olduğuna karar verecektir. Aşağıda örnek olarak verilen fonksiyonlar hastane tarafından değiştirilebilir veya çoğaltılabilir. Her bir işlev, ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde, mümkün olan en kısa sürede sağlanmalıdır:

- *Acil Servis Sorumlu Doktoru*

- o Acil Tıp Uzmanı var ise tercih edilmelidir,
- o Acil Servis'e kabul edilen tüm yaralıları için klinik değerlendirme, tedavi ve taburculuk durumunun koordinasyonundan sorumlu olacaktır,
- o Acil Servis Sorumlu Doktorunun bulunmaması durumunda, gelene kadar kıdemli Acil Servis Doktoru bu görevi üstlenecektir,
- o Hasta/yaralının durumu acil resüsitatif müdahale gerektirmediği sürece, Acil Servis Sorumlu Doktoru herhangi bir hasta/yaralı yönetimini **üstlenmeyecektir**.

- *Cerrahi Uzmanı*

- o Olay Yönetim Ekibi tarafından aksi kararlaştırılmadıkça, mevcut personelin kriz yönetimi konusundaki yeterlilik düzeyi dikkate alınarak Acil Servis Sorumlu Doktorunun koordinasyonunda çalışacaktır; hasta değerlendirmesi yapmak ve cerrahi servislere (jinekoloji, beyin cerrahisi vb.) sevk için derhal karar vermek üzere mümkün mertebe Acil Servis'te kalacaktır,
- o Hasta/yaralı için acil resüsitatif prosedür veya operasyon gerekmediği ve ortamda başka bir cerrah bulunduğu sürece, Cerrahi Kıdemli Doktoru herhangi bir yaralı yönetimine **üstlenmeyecektir**.

- *Anestezi Uzmanı*

- o Acil Servis Sorumlu Hekimi'nin koordinasyonunda çalışacaktır; acil hava yolu müdahalesi, resüsitasyon, sevk işlemleri ve preoperatif değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Serviste kalacaktır.

- *Ortopedi Uzmanı*

- o Acil Servis Sorumlu Doktorunun koordinasyonunda çalışacaktır ve acil sevk işlemleri ve değerlendirme için mümkün olduğunca Acil Servis'te kalacaktır.

- *Acil Servis Doktoru/Acil Servis Asistanı*

- o Acil Servis Sorumlu Doktorunun idaresi altında çalışır. İlgili mevzuata göre hasta/yaralıların değerlendirilmesi ve yönetiminde görev alır.

- *Acil Servis Sorumlu Hemşiresi*

- o Acil Servis Sorumlu Hekimi'ne bağlı olarak çalışacak ve idari işleri organize etmek, idari personelin, güvenlik personelinin ve teknik personelin çalışmalarını koordine etmek üzere Acil Servis biriminde kalacaktır,
- o Hasta/yaralıların kimliklerini tespit etmeye yardımcı olacak, hasta/yaralı takibi yapacak ve sevk işlemleriyle ilgili kayıtların ve formların kullanılmasını sağlayacaktır.

¹⁹ Bu, yalnızca bir örnektir. HAP hazırlama komisyonu, bu konu üzerinde daha fazla çalışmalıdır.

8.2 Ambulanslar, Taşıma ve Diğer Nakil Araçları

- Herhangi bir nakil aracıyla hastaneye getirilen hasta/yaralılar, Olay Yönetim Ekibi tarafından verilecek karara göre, ilk karşılama için aşağıdaki alanlardan birine yönlendirilir (Hastane Afet Triyaj alanı, Acil Servis, diğer).
- Yürüyerek gelen veya minör sağlık sorunu olan hasta/yaralılar Ayaktan Tedavi Bölümüne yönlendirilir.
- Ambulansların, taşıma ve diğer nakil araçlarının hastanenin çevresindeki alana girmesi, yalnızca prosedürlere (SOP 4) uygun olarak ve ilgili İş Akış Talimatı çerçevesinde Güvenlik Sorumlusundan izin alınarak mümkündür.
- Hastaları diğer sağlık tesislerine sevk için gelen ambulanslar (ciddi vakaları kabul edebilmek için tıbbi kapasiteyi artırmak amacıyla hastaların tahliye, taburcu ya da sevki durumunda), taburcu edilen hastaların araçlara bindirildiği alana yönlendirilir. Böylelikle hastaneye gelen hasta/yaralıları taşıyan araçlarla, hastaneden çıkan hastaları taşıyan araçların trafik akışı rahatlar.

8.3 Hastane Afet Triyaj Alanı ve Acil Servis için Tedarik (ilaç, sarf malzemesi, ekipman)

- Afet stoğunun²⁰ derhal kullanımına, Acil Servis Sorumlusu tarafından karar verilir. Afet stoğunun içeriği önceden belirlenmiş olmalıdır.
- Afet stoğunda halihazırda bulunmayan veya rutin prosedürlerle kısa sürede elde edilemeyecek olan gerekli malzemeler, olağan durumda kullanılan malzeme talep formu kullanılarak Olay Yönetim Ekibi'nden derhal talep edilmelidir. Gereksiz miktarlarda stoklama yapmadan, ihtiyaçların önceden tahmin edilerek belirlenmesi tavsiye edilir.

8.4 Hastaların Kişisel Eşyalarının Yönetimi

Hastaneye gelen hastalar arasında, giysileri çıkarılması gerekenler veya kendi başlarına kişisel eşyalarına göz kulak olamayacak durumda olanlarla şu şekilde ilgilenilmelidir:

- Hastalar, toplanması gereken kişisel eşyalarının etiketleneceği, saklanacağı ve güvenliğinin sağlanacağı konusunda bilgilendirilir.
- Kişisel eşyalar için önceden belirlenen özel form (Form 15) kullanılır.
- Bu amaçla ayrılan özel oda (yeri burada belirtilmelidir.....), depolama alanı olarak kullanılır; bilinci kapalı hastaların kişisel eşyaları düzenli bir şekilde toplanır, etiketlenir ve özel odada saklanır.
- Her hastaya ait kişisel eşyalar tek bir torbada toplanır²¹, torba hastanın tıbbi dosyasındaki kimlik numarası kullanılarak etiketlenir ve kolluk kuvvetleri teslim alınca kadar özel odada saklanır.
- Oda kilitli tutulur ve başında, bu odada saklanan her torbanın kaydını tutan bir polis/güvenlik görevlisi/ görevli memur nöbet tutar.

8.5 Görev Yelekleri ve Personel Kimlik Kartları

Hastane Afet Triyaj Alanında ve Acil Servis biriminde çalışan tüm personel, aşağıda belirtilen yaka kartlarını takacak veya görev yeleklerini giyecektir.

²⁰ Birçok hastanenin AS biriminde, daima kullanıma hazır olan bir “afet stoğu” bulunur (temel ilaç ve malzeme).

²¹ Triyaj alanındaki ekipmanın bir parçası olan ve önceden belirlenen torbalar kullanılır.

Bu yelekler Acil Servis'te muhafaza edilmeli ve hemen kullanılabilir durumda olmalıdır:

- Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı, Acil Servis Sorumlu Hekimi,
- Hekimler,
- Acil Servis Sorumlu Hemşiresi,
- Sağlık personeli,
- Sağlık dışı personel,
- Güvenlik personeli.

9. ACİL MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVASYONUNDA BİLGİ YÖNETİMİ

9.1 Genel İlke ve Esaslar

Acil durum sırasında doğru ve zamanında bilgi yönetimi son derece önemlidir. Bilgi yönetimi; farklı düzeylerde bilgilendirme, hasta takibi, kritik malzeme ihtiyacına yönelik tahmin ve sağlık denetimi vb. çok çeşitli konu ve faaliyetleri kapsar. Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, tüm personel aşağıdaki ilkelere uymalıdır:

- Departman/Servis/Birim sorumluları, normal zamanda birlikte çalıştıkları personelin güncel iletişim bilgilerinin yer aldığı listeleri hazırlamalıdır. Bu listelerde çalışanların ad-soyadı, telefon numarası (ev ve cep) ve yaşadığı adres gibi bilgiler yer alır. Bu listeler, sürekli olarak güncel tutulmalı ve talep edilmesi durumunda veya personeli geri çağırma prosedürleri için derhal Olay Yönetim Ekibi'ne teslim edilmelidir.
- Birime gelen bilgileri kaydetmek için, gerekli görülmesi durumunda, gelen arama kaydı tutulması gündeme gelebilir (İlgili Form 29).
- Haberleşme araçları, Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle kişisel amaçlı kullanılamaz.
- Rutin bulaşıcı hastalık raporlama sisteminde Olay Yönetim Ekibi tarafından değişiklik yapılabilir. Ancak her durumda Uluslararası Sağlık Tüzüğü'ne tam uygunluk sağlanmalıdır.

9.1.1 Bilgi Yönetimi ve Dokümantasyon Esasları

Acil Müdahale Planı'nın bu bölümünde tüm personelin genel bilgi sahibi olabilmesi için, bilgilerin yalnızca özeti²² ele alınmaktadır:

- HAP Başkanı ve bütün yöneticiler, olay müdahalesi boyunca kayıt tutmalıdır. Bu kayıtlar OYE tarafından görevlendirilen personel tarafından yapılır. Kayıtlar ve formlar temel olarak şu işlevi yerine getirir:
 - o Devam eden konuların/sorunların takibini yapmak,
 - o Tüm ana eylemlerin, taleplerin ve kararların kaydını tutmak,
 - o Hem devam eden hem de tamamlanmış olan iletişim sorunlarını özetlemek,
 - o Olay sonrası izleme değerlendirmede kullanılabilen (yasal inceleme/ölüm vakalarını soruşturma mahkemesi dâhil olabilir), olay müdahalesine ilişkin yasal bir kayıt tutmak.

²² Kılavuz'un diğer bölümlerinde de, bilgi yönetimine ilişkin bilgi ve talimatlar mevcuttur (örneğin afet triyaj alanında kullanılan formlar, tedavi kapasitesinin ve hasta akını durumunda tıbbi kapasitenin değerlendirilmesi).

• Bir olaya yönelik müdahale sırasındaki tüm eylem, talep ve karar kayıtlarının sorumlu kişi ve ekipler tarafından tutulması ve korunması yasal bir yükümlülüktür.

Bu kişiler:

- o Belirlenen idari görevliler,
- o İdari sorumlu,
- o Güvenlik sorumlusu,
- o Hastane Müdürü,
- o Acil Servis sorumlusu/Departman/Servis/Birim idari sorumluları,
- o Santral görevlisi vb.

9.1.2 Kanıtların Korunması ve Kaydedilmesi

Hastane içinde ya da dışında olayla ilgili fiziksel kanıtlar zarar görmemeli, erken izole edilmelidir. Olay yerindeki konumuyla kanıt arasındaki bağlantı korunmalıdır. Bu durum, şöyle özetlenebilir: **“torbala, etiketle, mühürle ve güvenli hale getir”**. Ayrıca, kanıtın alındığı yer ve konumun, kimin tarafından alındığının kaydedilmesi de önemlidir ve yasal yükümlülüktür.

9.2 Hasta Kaydı ve Takibi

Tıbbi bakı, müdahale ve tedavi sunulan her hasta/yaralı ile hastanede ölen ya da hastaneye ulaştırılan ölülerin kayıtlarının yönetimi:

- Özel formların ve kayıtların kullanımını gerektirir. Örneğin hasta takip çizelgesi (Form 8-9), takip kaydı (Form 10), ölüye ilişkin kayıtlar (Form 10-11) ve ilgili prosedür (SOP 17),
- Acil Müdahale Planı etkin olduğu sürece, ilgili tüm personel sistemli bir şekilde bu formları ve kayıtları kullanmalıdır,
- Raporlama kurallarına SOP 9’da açıklandığı gibi kesinlikle uyulmalıdır.

9.3 Hastanede Yatan Hastaların Yakınlarını Bilgilendirme

- Birim sorumlusu tarafından yetki verilmediği sürece, personelin hasta yakınlarına bilgi vermesi yasaktır (hastanede yatan hastaları ziyarete gelen hasta yakınları için genel kural geçerlidir).
- Olay Yönetim Ekibi, hasta yakınlarından gelen soruları/bildirimleri almak için gerekli araçları derhal ve prosedüre (SOP 14) uygun olarak organize eder.

9.4 Medyayı Bilgilendirme:

- Personel, görevlendirilmediği sürece medyaya herhangi bir bilgi **veremez** (veya röportaj yapmayı **kabul edemez**).
- Olay Yönetim Ekibi gerekli izinleri aldıktan sonra medyaya bilgi verebilir.
- Olay Yönetim Ekibi, basına bilgi verme konusunda resmi sözcüler görevlendirebilir.
- Medya çalışanları, yetkilendirilmedikleri sürece, hastaneye serbestçe **giremez** ve herhangi bir yeri **ziyaret edemezler**; Halkla İlişkiler Sorumlusu, HAP Başkanı ziyaret izni verdiği takdirde medya çalışanlarına eşlik etmeli ve medya çalışanları hastane tarafından sağlanan görev yeleğini giymelidir.

9.5 Kamu Sağlığının Önemine İlişkin Bilgi Yönetimi

- Olay Yönetim Ekibi, gerekli verileri toplaması ve işlemesi için bir ekip veya bir kişi görevlendirir.
- Özellikle insandan insana bulaşarak epidemiye dönüşme ihtimali olan bulaşıcı hastalıklar ve pandemi vakaları, olaya özel planda ele alınır.
- Hastaların hastaneyle ilk temas noktası olan alanlarda çalışan özellikli personel, beklenmeyen bulaşıcı hastalık vakası, zehirlenme ya da kontamine hastalar gibi diğer olağan dışı durumlarda derhal Birim Sorumlusunu ve Olay Yönetim Ekibini bilgilendirmelidir.

9.6 Durum Raporları

- Raporlama yükümlülüğü olan herkesin, durum raporlarını düzenli tamamlaması gerekir. Bu raporlar, yönetim zincirinde yer alan bir sonraki kontrol düzeyi, harici katılımcı kurumlar ve ilgili paydaşlar bakımından özellikle önemlidir. Sağlık Bakanlığı, Valilik, İl Sağlık Müdürlüğü, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği veya Halk Sağlığı Müdürlüğü durum raporu talep edebilir.
- Olay Yönetim Ekibi, çeşitli birimlerden gerekli bilgileri sağlayacak, raporlama sıklığı ve rapor verilecek kişileri, kullanılması gereken form ve kayıtları, toplanması gereken verileri ve bu verilerin kim tarafından toplanacağını, işleme mekanizmalarını belirleyecektir.
- Durum raporu başlıca şu başlıkları içermelidir:
 - o Olayın tarifi (özet),
 - o Kaynak talebi ve kaynakların kullanılabilirliği,
 - o Hazırlık tarihi/zamanı,
 - o Oluşan veya beklenen riskler,
 - o Mevcut sorunlar ve olay eylem planları,
 - o Yatakların kullanılabilirliği, personel tedarik durumu,
 - o İletişim bilgileri,
 - o Raporlama yapan kişinin imzası ve adı-soyadı.

9.7 Personel Brifingi

- Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde, hastanede çalışan tüm personele aktivasyon düzeyi ve çalışma şekli; süregelen olası riskler; yeni bilgilerin sağlanacağı durumlar vb. ilgili yeterli bilgi verilecektir.
- Çalışacakları yer (rutin çalışma yerlerinden farklı bir çalışma yerine tayin edilmişlerse) ve üstlenecekleri görevle ilgili, kendi birim sorumluları tarafından personele bilgi verilecektir.

10. GÜVENLİK VE EMNİYET

10.1 Hastaneye Ulaşım

- Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle beraber, hastane alanı güvenli hale getirilir ve erişim yalnızca yetkili personelle ve araçlarla sınırlandırılır. Gerekli prosedürlerin uygulanması için "güvenlik"ten sorumlu personele Olay Yönetim Ekibi tarafından talimat verilir²³.

²³ Hastaneye girişin her zamankinden farklı olması durumunda, trafik akışının yönlendirme tabelalarıyla (ne, nerede, ne zaman) belirtilmesi önemlidir.

- Hastaneye gelip göreve başlayacak tüm personel, hastane içinde servislerine erişmek için belirtilen yolları²⁴ takip etmelidir. Bu personel görevli personel formuna (Form 17) kayıt edilir. Gelen ve giden araçlar için trafik akışını rahatlatmak üzere, gerekli görüldüğü takdirde hastanede çalışan personelin arabalarını çekmeleri talep edilebilir. Hastaneye gelip göreve başlayacak personel, arabalarını yasak alana **park etmemelidir**. Personel, yaka kartlarını (ve spesifik çalışmalar için ilgili görev yeleklerini) her zaman yanında taşımalıdır. Asansör erişimi, öncelikli olarak hastaların ulaşımı için kullanılmalıdır.

- Medya çalışanları, güvenlik görevlileri tarafından *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan basın ve medya alanına yönlendirilir.

- Hasta yakınları ve aile fertleri, güvenlik görevlileri tarafından *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan aile ve yakınları alanına yönlendirilir.

- Ayaktan tedavi faaliyetlerinin bir bölümü geçici bir süreliğine askıya alınabileceği için, Ayaktan Tedavi Bölümüne gelen hastaların tümü, bölümlerin kullanılabilirliği hakkında bilgi alabilecekleri karşılama/yönlendirme personeli tarafından yönlendirilir. Yaralı sayısının çok olduğu durumlarda, Ayaktan Tedavi Bölümü hafif yaralı kişilere bakım sunmak için kullanılabilirdiğinden rutin hizmetleri sunamayabilir. Olay Yönetim Ekibi kararı ile Ayaktan Tedavi Bölümü personelinin işbölümü de yeniden yapılabilir.

- Afet bölgesinden kendi imkânlarıyla gelip hastaneye başvuran hastaların tümü, *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan hastane afet triyaj alanına yönlendirilecektir.

10.2 Hastane Dışı Trafik Akış Kontrolü

- Trafik akışı, prosedüre (SOP 15) uygun olarak güvenlik personeli tarafından organize edilir. Yalnızca hasta veya önemli malzeme taşıyan araçlar, hastanenin sınırlandırılmış alanına girmek üzere kabul edilecektir. Hasta getiren ambulanslar, güvenlik personeli tarafından uygun şekilde işaretlenmiş hasta kabul alanlarına yönlendirilecektir.

- Tahliye, taburcu veya sevk için hastaları almaya gelen aile fertleri ve/veya araçlar, *Özel Olarak Oluşturulacak Alanlarda* yer alan taburcu hastaları araçlara bindirmek için ayrılmış özel alana yönlendirilecektir.

- Hastaneye erişim yolunun²⁵ daima açık olmasını sağlamak üzere, gerekli görüldüğü durumlarda Olay Yönetim Ekibi kolluk gücünden yardım talep edecektir.

10.3 Ekipman Güvenliği ve Acil Onarımı

Önemli ekipmanın bakımı, onarımı ile ilgili temel sorunların bu bölümde de ele alınması önerilir:

- Ekipman ve malzemelerin bakımından sorumlu personelle, önceden belirlenen acil haberleşme yoluyla irtibat kurulabilir. Söz konusu personel, hizmet sunumunda kesinti yaşanmaması için hangi prosedürlerin hangi sırayla uygulanacağına dair Olay Yönetim Ekibi'nden talimat alır. Ekipman ve malzemeden sorumlu personel, ilgili prosedür ve İş Akış Talimatına göre çalışır, ilgili form (Form 5-19) ve kayıtları kullanarak rapor verir.

- Yeniden tedarik veya onarım gibi konularda hastane dışı yardım gerekli olduğunda, etkinliğin ve güvenliğin her durumda sağlanması için güvenlik personeli, bakım personeliyle işbirliği yapar ve Olay Yönetim Ekibi'ni bilgilendirir.

²⁴ Geri dönen personel için "giriş kapıları"nın nerede olacağını burada belirtilmesi önemlidir.

²⁵ Her hastaneye özeldir.

11. LOJİSTİK VE MALZEMELER

11.1 Acil Müdahalede Lojistik Yönetimi (genel ilkeler)

- Lojistik yönetimi, malzemeleri ve hizmetleri içerir. Olay Yönetim Ekibi, lojistik ile ilgili talep ve bilgileri bir merkezde toplar.
- Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde tüm hastane personeli, lojistik yönetimi için, Plan'ın ilgili bölümlerinde açıklanan prosedür, kayıt ve formları kullanmalıdır.
- İlk değerlendirme mümkün olan en kısa süre içerisinde yapılır. Bu değerlendirme kilit öğelerin ve temel kaynakların mevcudiyetine ilişkin olmalıdır. Bu nedenle, her Departman/Servis/Birim sorumlusu, takviye veya yeniden tedarik için zamanında talepte bulunmalıdır.
- Tıbbi malzeme, ekipman, ilaç vb. talepler için, ilgili rutin talep formlarının kullanılmadığı durumlarda afet ve acil durumlar için geliştirilen formlar kullanılmalıdır.
- İlgili kayıtlar ve formlar sürekli güncel tutulmalıdır.
- Bilgi paylaşımı son derece önemlidir. Bu nedenle raporlamada ilgili SOP ve İş Akış Talimatlarına mutlaka uyulmalıdır.
- Azami sayıda hastanın tıbbi bakım hizmetini yeterli düzeyde almasını sağlamak için, tıbbi malzemelerin ve ekipmanların mümkün olduğunca makul ve ekonomik bir şekilde kullanılmasına dikkat edilmelidir.
- HAP hazırlama komisyonu, gıda ve mutfak yönetimi, temizlik hizmetleri yönetimi, laboratuvar, kan bankası ve eczane yönetimine ait Müdahale Prosedürü geliştirmiyorsa, bu bölümde yer verilebilir.

11.2 Lojistik Yönetiminin Koordinasyonu

- Etkin lojistik yönetimi için türü ne olursa olsun dışarıdan kaynak talep etme yetkisi Olay Yönetim Ekibi'ndedir. Olay Yönetim Ekibi gerekli durumlarda bu yetkiyi kısmen farklı bölümlere verebilir.
- Normalde kullanılanlardan ziyade, özel veya ekstra malzemelere (örneğin; ilaçlar, sarf malzemeleri vb.) yönelik tüm talepler, bölümlere söz konusu malzemelerin sağlanması konusundaki önceliklere karar vermek için, Olay Yönetim Ekibi'ne iletilmelidir.
- Normalde kullanılan ilaç, sarf malzemesi vb. malzemelerin dışında talep edilecek malzemelerin önceliklendirilmesi Olay Yönetim Ekibince yapılmalıdır.

12. PSİKOSOSYAL DESTEK FAALİYETLERİ

12.1 Psikososyal Destek Genel İlke ve Esasları

- Afet ve acil durumların ardından hastanelerde yürütülecek psikososyal desteğin temel amacı afet ve acil durumlarda doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması ve hastanelerin afetlerden önce ve sonra yürütülecek “psikososyal müdahale ve destek” kapasitesinin artırılmasını sağlamaktır.
- Psikososyal destek hizmetleri sorumlusu hastanede görevli psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, çocuk gelişimi uzmanı arasından seçilmelidir. Bu meslek gruplarının hastanede olmaması durumunda Olay Yönetim Ekibi tarafından başka bir kişi görevlendirilmelidir.

- Psikososyal destek personeli, afetlerin bireyler ve toplum üzerindeki psikolojik etkilerine ve temel psikolojik travma bilgisine hakim olmalıdır. Genel bir prensip olarak psikososyal destek personeli, kendisini, sağlık personelinin, hasta ve hasta yakınlarının psikolojik belirtilerini gözlemleyerek takip edebilmelidir.

- Mevcut personelin psikolojik travma ve psikososyal destek konusunda yeterli bilgisinin olmaması durumunda, afet öncesinde eğitim desteği sağlanmalıdır. Hazırlık ve zarar azaltma safhasında hastane içinde psikososyal destek merkezi olarak hizmet verecek ünitenin kurulacağı yer belirlenmeli ve hastane krokisinde belirtilmelidir. HAP'ın aktive edilmesiyle mutlaka Psikososyal Destek Birimi'nin oluşturulması sağlanmalıdır.

- Psikososyal destek faaliyetleri 3 grupta planlanmalıdır:

- o Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek,
- o Hasta ve Hasta yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek,
- o Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları.

- Psikososyal destek hizmetlerinin kapsamı psikolojik triyaj, psikososyal risk ve ihtiyaç analizi, psikolojik ilk yardım, psikolojik bilgilendirme, paylaşım grupları, psikoeğitim çalışmaları, takip ve sevk vb. dir.

- Afet ve acil durumlarda Psikososyal Destek çalışmaları kapsamında psikososyal destek ekibine afet öncesinde sunulacak eğitim programının içeriğinde asgari olarak aşağıdaki konular önerilmektedir:

Psikososyal Destek Kapsamında Önerilen Asgari Eğitim Başlıkları
Afet yönetimi, temel tanım ve ilkeler
Travmatik Olay, Psikolojik Travma, Toplumsal Travma, Toplumsal Travma ve Evreleri
Afetzede Psikolojisi
Afetlerde Ekip Çalışması
Sağlıklı İletişim
Çatışma Çözümü
Kendi Kendine Yardım Becerileri
Stres Yönetimi
Öfke Yönetimi
Akut Stres Belirtileri
Travma Sonrası Stres Belirtileri
Psikolojik İlk Yardım
Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları
Psikolojik Triage

12.2 Sağlık Personeline Yönelik Psikososyal Destek

- Afet ve acil durum öncesinde hastanedeki tüm personele psikososyal ihtiyaç ve psikososyal risk analizi yapılması önemlidir. Bu amaçla, eklerde yer alan Form 31 kullanılabilir.

- Afet ve acil durum halinde görev yapacak personelin ihtiyaçlarıyla ilgili HAP Başkanıyla sürekli iletişim halinde olunmalı ve gerektiğinde sağlık personeline psikososyal destek sunulmalıdır. Sağlık personeline psikososyal desteğin temelinde öncelikle görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile personelin dinlenme

saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak yer almalıdır. Tüm personel ve yakınlarına psikososyal destek sunulması için çalışmalar yürütülmelidir.

- Sağlık personelinin psikososyal risk ve psikososyal ihtiyaçlarına göre (yalnız yaşamak, engeli bulunmak vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilmelidir.

- Ailesinde ölü, yaralı, özel ihtiyaç sahibi vb. olan sağlık personeli tespit edilerek doğrudan sağlık personeline veya yakınlarına yönelik psikososyal destek planlaması yapılmalı, gerektiğinde diğer kurumlarla işbirliği sağlanmalıdır.

- Psikolojik sağlamlığın artmasına katkı sunmak amacıyla psikolojik bilgilendirme ve psikoeğitim çalışmalarına hastanedeki tüm personel dahil edilmelidir.

- Afet ve acil durum sonrasında sağlık personelinin normal aktivitelerine geri dönmelerine yardımcı olacak paylaşım grupları ile sosyal faaliyetlerin düzenli olarak yerine getirilmesi desteklenmelidir. Sağlık personelinin çocuklarına yönelik kreş faaliyetlerinin düzenlenmesi önem taşımaktadır.

- Psikososyal destek sunulan ve takip edilen vakaların kayıt ve takibinde standart kayıt prosedürlerinin aynı şekilde uygulanması için gerekli önlemler alınmalıdır.

12.3 Hasta ve Hasta Yakınlarına Yönelik Psikososyal Destek

- Hasta ve hasta yakınlarına yönelik yürütülecek psikososyal destek, afet ve acil durum sonrasında hastaneden sağlık hizmeti almak üzere başvuranlara yönelik olarak yürütülecektir.

- Hastanede tedavi almakta olan veya hastaneye başvuran hastaların psikososyal ihtiyaçlarının karşılanması için HAP Başkanına yönlendirme ve önerilerde bulunmak psikososyal destek personelin sorumluluğundadır. Psikososyal Destek Ünitesi'nin görünür ve ulaşılabilir olması için önlemlerin alınması önerilmektedir.

- Taburcu edilen hastalar ile hastanede (geçici morg dâhil olmak üzere) muhafaza edilen ölülerin kimliğini belirlemek için veya kayıp aramak için hastaneye başvuran ailelere psikososyal destek sunulmalıdır.

- Psikiyatrik destek ve tedaviye ihtiyaç duyan hasta ve hasta yakınlarının tedavisi için gereken ilaçların teminine yönelik önlemler alınmalı ve gerektiğinde hastaların sevkı sağlanmalıdır;

- Hastanede (geçici morg dahil olmak üzere) muhafaza edilen ölülerin kimliğini belirlemek için gelen ailelere uzun süreli psikososyal destek ihtiyacı doğduğunda paydaş kurumlarla işbirliği ve sevk çalışmalarının düzenlenmesi sağlanmalıdır.

- Psikososyal destek ve danışmanlık yapılan tüm hastaların kaydı standart kayıt prosedürleri kapsamında tutulmalıdır.

12.4 Afet ve Acil Durumlarda Sosyal Hizmet Uygulamaları

- Hasta ve hasta yakınlarının psikososyal ihtiyaçlarına göre (kayıp, kimliği belirlenemeyen, kimsesi olmayan, engeli bulunan vb.) psikososyal desteğin sağlanması ve gerektiğinde ihtiyaçların sağlanması veya kaynaklara yönlendirilmesi koordine edilmelidir. Afet ve acil durumlarda yürütülecek sosyal hizmet uygulamaları, HAP aktivasyonu sonlanana kadar Psikososyal Destek Ünitesi kapsamında uygulamalarını yürütmelidir.

- Afet ve acil durumlardan etkilenerek hastaneye başvuran engelli, kimsesiz, yoksul, kimliği belirle-
nemeyen veya afetin doğası gereği oluşabilecek psikososyal riski yüksek bireylerin afet ve acil durumlar
halinde hastanelere başvuruda bulunabileceği göz önünde bulundurulmalıdır.

- HAP çerçevesinde de tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının sürdürülebilir olması önemlidir. Bu amaçla
ilgili kurum ve kuruluşlarla (Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, İl Emniyet Müdürlüğü, Sivil Toplum
Kuruluşları vb.) sürekli ve kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon çalışması yürütülmesi gerekmektedir.
Gerektiğinde kurumlararası işbirliği protokolleri düzenlenebilir.

- Afetlerden önce sağlık personeline verilecek eğitim konuları içinde mutlaka “Afet ve Acil Durumlar-
da Sosyal Hizmet Uygulamaları” konusu yer almalı ve tüm personel bilgilendirilmelidir.

- Afetlerden sonra yürütülecek sosyal hizmet uygulamalarının kayıt altına alınması ile ilgili gerekli tüm
tedbirlerin alınması önemlidir.

13. ÖLÜ VE KAYIPLARLA İLGİLİ İŞLEMLER

13.1 Hastanenin Ölü Kabul Etmeye Yönelik Politikası

- Hastaneler genel prensip olarak geçici morg işlevi **görmemelidir**. Bu nedenle öncelikle afet ve acil
durumlar öncesinde ölümlerin hastaneye transfer edilmemesi için gerekli yerel koordinasyon ve işbirliği
çalışmaları yürütülmelidir.

- Hastanede ölenlerin sayısının, hastanenin olağan ölü muhafaza kapasitesinden fazla olduğu durum-
larda; ölümlerin Belediye veya İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü’nün belirlediği geçici morga transfer
edilemediği durumlarda hastane, geçici morg işlevi görececek bir alan açacaktır.

- Hastane, ölümlerin kimliğinin tespit edilmesine ve kayıpların aranmasına aktif bir şekilde katkıda bu-
lunmalıdır.

- Ölümlerin muhafazası için ceset torbası bulundurmak üzere hazırlık yapılmalıdır.

- Afet ve acil durum öncesinde tüm sağlık personeli konuyla ilgili bilgilendirilmelidir.

13.2 Hastanedeki Geçici Morg Alanı

- Gerekli olması halinde, hastanede geçici morg işlevi görmesi için uygun bir yer belirlenir. Geçici
morg alanı OYE’nin kararı ile açılır.

- Alan, ilgili prosedüre (SOP 17) tamamen uygun olarak işaretlerle belirtilir, güvenli hale getirilir ve
yönetilir.

13.3 Ölü ve Kayıpların Kimliklendirilme Sürecine Hastanenin Katkısı

- Kitlel ölümün yaşandığı her türlü durumda kayıp insanlar olmaktadır. Hastane, tüm yatan hasta-
lara yönelik uygun bilgi sağlayarak kayıp kişilerin yönetimine katkıda bulunmalıdır.

- Hastane, ölümlerin kimliklendirilmesi için ilgili kurumlara destek vermelidir. Ölümlerin kimliklendi-
rilmesi ve transfer edilmesi sürecinde hastane, ilgili kurumlarla (İl Emniyet Müdürlüğü, İl Müftülüğü,
Cumhuriyet Başsavcılığı, Belediye vb.) koordinasyon ve kesintisiz işbirliği sağlamalıdır. Bunun için afet
ve acil durum öncesinde işbirliği çalışmaları yürütülmeli ve gerektiğinde karşılıklı işbirli protokolleri
düzenlenmelidir.

- Hastanede ölü ve kayıpların yönetimi ve takibinden sorumlu kişi OYE tarafından belirlenir.
- Hastanede ölenlerin veya hastaneye transfer edilen ölülerin tamamı triyaj kartı ile kimliklendirilmelidir. Bunun için triyaj kodu verme, fotoğraflama, eşgal yazma, DNA, parmak izi vb. (kolluk kuvvetlerinin resmi isteği üzerine) işlemler yerine getirilmelidir.
- Hasta yakınlarının ölülerin kimliğini tespit edebilmesi amacıyla uygun bir alan, tespit alanı olarak belirlenmelidir. Bu alan hasta yakınlarının birçok cansız bedeni görmek zorunda kalmayacakları şekilde organize edilmelidir.
- Psikososyal destek ekibi görsel teşhis sürecinde hasta yakınlarına eşlik ederek gerektiğinde psikososyal destek sunmalıdır.
- İlde Cumhuriyet Başsavcılığı'nın onayı olmadan, ölülerin yakınlarına verilmesine izin verilmeyecektir.
- Kimliği belirlenemeyen kişiler için ilgili kurumlara bildirim yapılır.
- Ölü ve kayıpların takibi, ölü takip listesi (Form 11-12) kaydı kullanılarak organize edilir.

14. DEPARTMAN/SERVİS/BİRİMLERİN MÜDAHALE PROSEDÜRLERİ

Müdahale Prosedürü, basit, kısa ve pratik olmalı ve yalnızca ilgili departman/servis/birimlerin yetki ve sorumluluğunda olan faaliyetlere ilişkin bilgiyi sağlamalıdır (İçerik bilgisi için *bkz. Bölüm 3.2 Hastane Olay Yönetimi Araçları, 3.2.3 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü*).

Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü hazırlanırken şu bilgi ve belgeler dikkate alınmalıdır:

- Departman/Servis/Birim'in yönetim yapısı için organizasyon şeması (yönetimin afet ve acil durum organizasyon yapısı, olağan organizasyon yapısından nasıl bir farklılık gösterir),
- Afet ve acil durumda faaliyetler yeniden organize edilir (seçim ve önceliklendirme); bu durumda bazı birimler yeni hizmetler sunmaya başlayabilir (örneğin; hafif yaralanmalar için bakım hizmeti sunulmasında Ayaktan Tedavi Bölümü'nin işlev görmesi),
- Standart Operasyon Prosedürü,
- İş Akış Talimatı,
- Olaya Özel Planlar,
- Kullanılması gereken formlar ve kayıtlar,
- Olay Yönetim Ekibi ile bilgi yönetimi.

14.1 Acil Müdahale Planı Aktivasyonunda Departman/Servis/Birim Yönetimi ve Faaliyetleri

Aşağıdaki departman/servis/birimlerin, afet ve acil durumda yönetim zincirini organize etmek veya faaliyetleri yönetmek için, SOP ya da Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü geliştirmelidir.

- Yoğun bakım üniteleri
- Ameliyathane
- Psikiyatri
- Mahkum servisi
- Pediatri
- Eczane

- Laboratuvar ve kan bankası
- Temizlik hizmetleri
- İaşe hizmetleri
-

14.2 Genel Yönetimle Koordinasyon Mekanizmaları

Her Departman/Servis/Birim doğrudan yetkisi dahilinde olan veya Olay Yönetim Ekibi'nden alınan talimatlar doğrultusunda sorumlu olduğu faaliyetleri yönetmekle yükümlüdür. Faaliyetleri sırasında ilgili İş Akış Talimatı ve Standart Operasyon Prosedürü'nün kullanılması esastır. Böylece Bakanlık, hastane Olay Yönetim Ekibi, Departman/Servis/Birim Yöneticisi ve diğer ilgili her kademedeki faaliyetlerin ve personelin yönetiminde sonuç alıcı koordinasyon, tutarlılık ve istikrar sağlamak ve faaliyetleri denetlemek mümkün olabilecektir.

14.3 Raporlama Sistemi

Her Departman/Servis/Birim kendine ait SOP ve/veya Müdahale Prosedüründe belirtildiği gibi Olay Yönetim Ekibi'ni tam zamanında bilgilendirecektir. Müdahale Prosedürünü geçici olarak değiştirme ihtiyacı doğarsa, departman/servis/birim'in yönetiminden sorumlu olan kişi, Olay Yönetim Ekibi'ni derhal bilgilendirecektir.

14.4 Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürüne Erişim

Her Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü, herhangi bir güvenlik engeli olmadığı sürece, basit bir taleple diğer departman/servis/birimlerin erişimine de açıktır. Tüm Müdahale Prosedürleri, daimi olarak Olay Yönetim Ekibinin erişimine açık olmalıdır.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEKLERİ

GİRİŞ

Acil müdahale planlamaları ve müdahaleye dönük hazırlıklar, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) çerçevesinde temel bileşenler arasında yer almaktadırlar. Acil Müdahale Planı (AMP); mevcut, yeni ve potansiyel tüm afet tehlikelerini dikkate alan risk değerlendirmesine dayanır. AMP afet ve acil durumlara yönelik temel ve bütüncül bir yaklaşımdır. Hastanenin Acil Müdahale Planı (AMP), ağırlıklı olarak kitlesel yaralanmalı, sağlık hizmeti imkan ve kapasitesini zorlayacak ya da sekteye uğratabilecek ölçek ve etkide, her türlü harici (dış) olaylara genel müdahaleye yöneliktir. Ancak afet ve acil durum müdahalesine dönük hazırlıklar aynı zamanda hastane içinde meydana gelebilecek dahili (iç) acil durumlar ve özel durumları da kapsamak durumundadır. Olaya Özel Planlar bu çerçevede özellikle yüksek risk grubundaki olaylara karşı ve afet türüne göre spesifik müdahalenin geliştirilmesi ihtiyacına dayanmaktadır. Olaya Özel Plana konu olan acil durumlar; özel prosedür, sistem, özel eğitilmiş ekip, ekipman ve beceri gerektiren durumlardır.

Olaya Özel Plan hazırlığı, afet ve acil durumlara müdahalede hazırlık süreçlerinin önemli bir parçasıdır. Olaya Özel Plan hazırlığı, aynı zamanda, hastanelerin acil dikkat gerektiren alanlarını tespit etmesi için önemli bir fırsattır. Olaya Özel Plan mevcut ve olması gereken kaynaklara göre ne yapılabileceğini tartışmaktadır. Örneğin, bir kimyasal olay ile ilgili Olaya Özel Planda, eğer koruyucu ekipman mevcut değilse personelin koruyucu ekipmanı kullanmasından bahsedilemeyecektir; bu eksikliğin giderilmesi gündeme gelecektir.

Olaya Özel Plan yaklaşımı, üç grup plan ve uygulamayla bütünlük içerisinde ele alınmalıdır:

- Olayın seyrine göre gerçekleştirilecek **Olay Eylem Planları**,
- **İş Sürekliliği** prosedür ve uygulamaları,
- Olay sonrası **İyileştirme** plan ve uygulamaları.

Bu çalışmada Olaya Özel Plan ile ilgili yaklaşım ve bilgiler dört olay başlığı altında örneklenmektedir: **Yangın, Kimyasal Olay, Tahliye Gerektiren Durumlar, İş Sürekliliğinde Kesinti**. Olaya Özel Planların aynı zamanda birbiriyle bağlantıları da belirtilmektedir.

Çalışma konusu örneklerin dışında, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) komisyonu tarafından göz önünde bulundurulabilecek diğer olaya özel plan konularına örnek olarak;

- Hastanelerde afet ve acil durum hazırlığı bakımından tıbbi kapasite artışı,
- Ölü ve kayıpların yönetilmesi,
- Kitlesel ölüme yol açan olaylar/toplu ölümler (deprem, kazalar vb.),
- Biyolojik, radyolojik, nükleer olaylar,
- Kitlesel yanık yaralanmaları,
- Bomba tehdidi, insan kaçırma, rehin alma olayları,
- İş sürekliliğini olumsuz etkileyen diğer örnekler (sosyal hareketlilik, hastane enfeksiyonu, vb.) belirtilebilir.

Hastaneler bulundukları bölge, mevcut imkanlar, verdikleri hizmet ve tespit ettikleri riskler doğrultusunda bu kılavuz çerçevesinde belirlenen örnek yaklaşımları kendi kurumlarına uyarlamaktan, geliştirmekten, acil ve afet durumlarında etkin müdahale için her türlü hazırlık, plan, eğitim ve tatbikatı yapmaktan sorumludurlar.

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 1 HASTANE İÇİ YANGIN

Hastanelerde bina içinde yangınlar sık sık yaşanmaktadır. Yangın, hastanelerde tahliyenin en yaygın nedenidir. Bina içi yangın ile ilgili Olay Özel Planlar, büyük ölçüde hastanelerin durumu ve özellikleri (büyüklük, yangın ekipmanı vb.) ile yakından ilişkili olduğundan, bu kılavuzda yalnızca genel, ortak sorunlar ele alınmıştır.

Hastane HAP Komisyonu, bina içi yangına karşı hazır olma ile ilgili bu bölümü dikkatli bir şekilde çalışmalı ve bu Olaya Özel Planı kendi hastanelerinde uygulanabilir şekilde uyarlamalı; gereken tüm Standart Operasyon Prosedürü ve kontrol listelerini geliştirmelidir. Bu konudaki prosedürler ayrıca güvenlik ve yangın (bina içi ve bina dışı) konusunda uzman olan kişilerle tartışılmalıdır. Personelin ne yapacağı hakkında basit algoritmalar geliştirmek önemlidir (Aşağıda yer alan *Yangın/Duman Müdahalesinde Bilgi Yönetimine İlişkin İş Akış Şeması* örnek olarak verilmiştir).

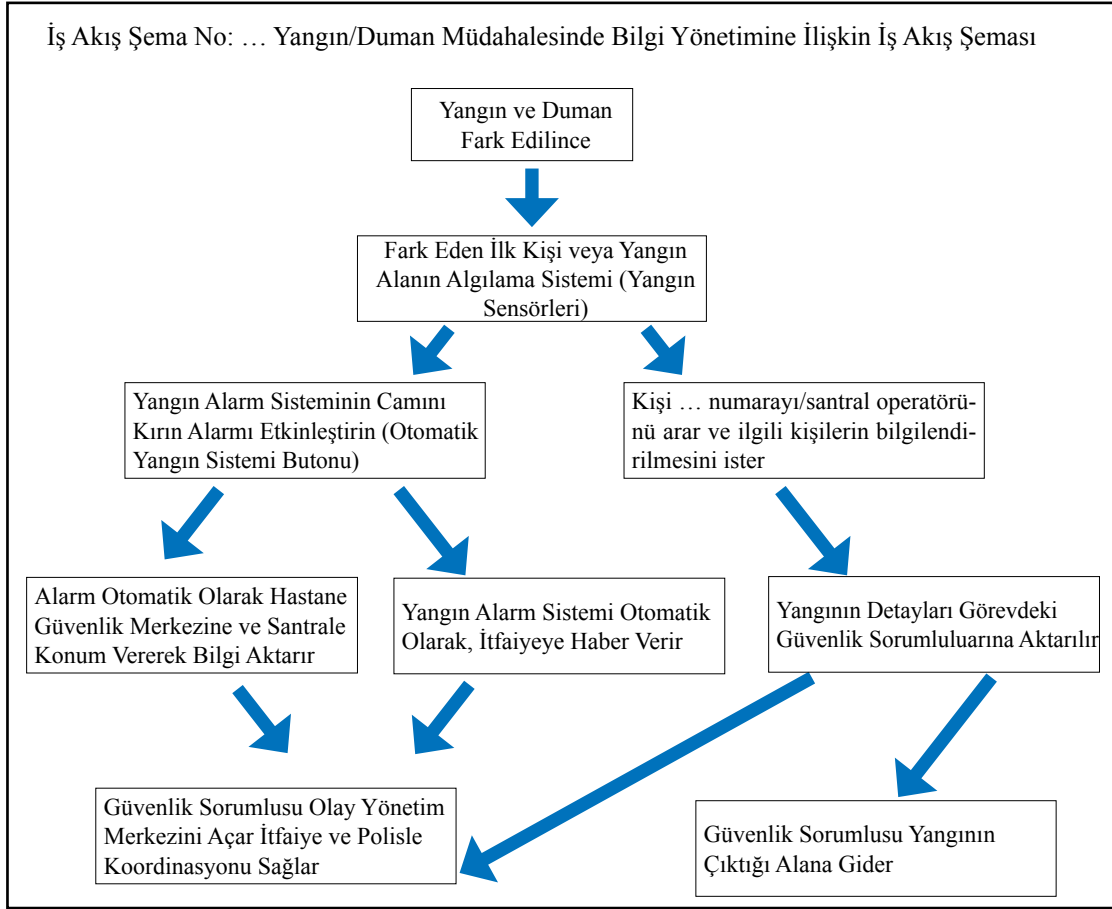
Her hastanede tüm personel yangınla ilgili eğitim almalıdır. Her hastane, bina içinde güvenlik ve yangın söndürme görevlisi olarak hareket etmeleri için belirli sayıda personel eğitmelidir (sağlık personeli, idari ve destek personeli). Çalışanlar yangın söndürücülerin nerede olduğunu, yangınla nasıl mücadele edileceğini, tahliyenin nasıl başlatılacağını ve yerel itfaiye ile nasıl işbirliği yapılması gerektiğini bilmelidir. Eğitimli personel, verilen emirlere tüm personelin uyması için, görevli olduklarını gösteren yeleklerini hemen giymelidir.

1.1 Yangında Acil Müdahale (Genel İlkeler)

Hastanede bina içi yangınlarda dikkat edilmesi gereken başlıca esaslar şöyle özetlenebilir:

- Ne yapacağınızı tam olarak bilmiyorsanız: Hızlı bir şekilde Hastane İçi Yangın Standart Operasyon Prosedürü'nü okuyun.
 - o Şu numarayı arayın (.....) ve acil durum türünü ve yerini bildirin.
 - o Söz konusu alandan sorumlu olan kişiyi bilgilendirin.
- Yangından hemen sonra, alarmla ilgili bir arama/görüşme olmadığı sürece tüm telefon konuşmalarını derhal sonlandırın.
- Sizin için tehlike arz etmiyorsa, **kendi güvenliğinizi sağladıktan sonra:**
 - o Doğrudan tehlikede olanları kurtarın ve kapıları kapatarak yangın/dumanı izole edin.
 - o Yangından etkilenen ve riskli olan alanlardaki tüm oksijen kaynaklarını ve elektrikli ekipmanı kapatın ve mümkünse izole edin.
 - o Yangını söndürmeye çalışın; yangın kontrol altına alınamıyorsa zaman kaybetmeyin, binayı boşaltın.
- Alanın güvenliğinden sorumlu kişinin vereceği talimatları izleyin.
- Doktorlar ve sağlık çalışanları (kıdemli personel de dahil) güvenlik sorumlularının talimatlarını izlemeli ve kendi fikirlerini benimsetmeye çalışmamalıdır.
- Yangın sırasında giysileriniz alev alırsa, **dur, yat, yuvarlan** prensibini uygulayın: Paniğe kapılmayın ve koşmayın, alev büyür. Hemen nispeten tehlikesiz bir yerde durun ve üzerinizde yanan kısım yere gelecek şekilde yere yatın. Alevlerden kurtuluncaya kadar yuvarlanın. Karşınızdakinin giysisi alev alırsa, aynı şekilde durdurun, yatırın/düşürün, yuvarlanmasını sağladıktan sonra alevli, dumanlı yerden uzaklaştırıp sağlık müdahalesinde bulunun.

1.2 Hastanede Yangın Durumunda Personel Müdahale Algoritması



Yangına müdahale **Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç** prensibine dayalıdır (Bkz. *Bu bölümün sonundaki Standart Operasyon Prosedürü*).

• **Alarm Ver:**

- o Personel alarm durumunu ele almak ve aktarmak için bu bölümdeki Standart Operasyon Prosedüründe tanımlanan talimatları izlemelidir.

• **Kurtar:**

- o Personel, yangının başladığı oda ve bitişik odalardan hastaları çıkarma ve yangınla mücadele etmeye yardımcı olmak için, ne yapması gerektiğine yönelik olarak Standart Operasyon Prosedürünü uygulamalıdır.
- o Tüm hastalar dumansız bir alana tahliye edilene kadar ilk kurtarılan hastalar en yakın güvenli yangın kapısının hemen ötesine taşınmalıdır. Zaman alıcı ve kargaşaya neden olabilecek olan merdivenleri kullanarak boşaltma yöntemi yerine **yatay tahliye** tercih edilebilir.
- o Yürüyemeyen hastalar yataklarla veya battaniyelerle çekilebilir. Tekerlekli sandalyeler koridorlarda yer kaplayarak sorunlar yaratabilir, bu nedenle mümkün oldukça bunları kullanmaktan kaçınılmalıdır.
- o Ayaktan tedavi edilen hastaların korunmaları için omuzlarına battaniye verilmelidir.
- o Bir oda boşaltıldığında, odanın içinde kimsenin olmadığı yönünde hiçbir şüphe kalmaması için oda açıkça işaretlenmelidir. Yönünü şaşırın bir hasta tahliyeden sonra birime tekrar girebileceğinden

dolayı, bu işaret yazılı işaret olmalıdır. İşaret güvenli bir mesafeden görülebilecek şekilde olmalıdır. Her hastane kullanılacak işaretleme sistemini önceden belirlemelidir.

o Bulunamayan hastalar için yatakların altı her zaman kontrol edilmelidir.

• **Kontrol Altına Al:**

- o Yangınla mücadele mümkün olduğunda, en iyi şekilde, hastanenin kendi personeli tarafından yapılır.
- o Eğitim almamış personelin taşınabilir yangın söndürücüler veya yangın dolaplarını kullanarak yangına müdahale etmelerine izin verilmemelidir.
- o Alevler kontrol altına alınamadığında yangınla mücadele etmeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir. Yangının meydana geldiği odanın kapı ve pencerelerini kapatarak yangını kontrol altına almak önemlidir.
- o Oksijen vanalarını kapatın. Kapıları tekrar açmayın, böylece yangın odadaki oksijeni tüketir ve bu şekilde sınırlı kalma eğilimi gösterir. Kapıyı açmak içeriye doğru ani bir hava akışına sebep olabilir, bu da oksijensiz kalmış aşırı sıcak gazların alev almasına yol açar. Bu durum, koridora alev topu şeklinde yayılacak bir patlamaya neden olabilir.
- o Sentetik materyallerin yanması sonucu ortaya çıkan gazlar (karbon monoksit gibi) çok zehirlidir.

• **Tahliye Et/Kaç:**

- o Personel **yangın** ile ilgili prosedürü izlemelidir.
- o Hastanenin tüm alanlarında her zaman yangınla mücadele için eğitimli personel bulunmalıdır. Yangın planı aktive edildiğinde, görevli yeleğini giymiş güvenlik personeli olay yerinde bulunmalıdır. Bu kişinin talimatlarına uyulması sağlanmalıdır.
- o Güvenlik ve Yangınla mücadele personeli hemen Görevli Yeleklerini giymeli ve bir sonraki seviyeye geçilene kadar, yangın bölgesi işleyişinin düzenlenmesi yetkisini üstlenmelidir.
- o Tahliye yapılacaksa, tahliye haritaları/krokileri ile birlikte verilen Tahliye Planına uyulmalıdır.
- o Yangın bir bölümdeki hastaların tahliye edilmesini imkansız hale getirebilir, bu durumda hastalar odalarında tutulmalıdır. Tüm kapı ve pencereler kapatılmalı ve koridorda, itfaiye ekiplerinin kurtarma işlemi yapmasını zorlaştırabilecek olan engeller kaldırılmalıdır. Bu durumda kendi servisimizin dışından veya tam donanımlı itfaiye ekiplerinden gelecek yardım beklenmelidir. Bu olağanüstü bir durumdur. Böyle bir durumda, tahliyeler genelde itfaiye merdivenleri ile yapılmalıdır.

1.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

- Yangın alarmı verildiği an **Olay Yönetim Ekibi** hemen faaliyete geçirilir.
- HAP Başkanı tarafından yetkilendirilen kişi hemen **Olay Yönetim Merkezine** gider ve merkezi açar:
 - o İtfaiye ile teması sağlar,
 - o Polis ile teması sağlar,
 - o 112 KKM/İl SAKOM ile ilk teması sağlar,
 - o İlerleyen dakikalarda tahliyenin gerekli olup olmayacağına karar vermek için ilk değerlendirmeyi yapar. Hastaların geçici olarak yerleştirilebileceği alternatif bakım alanlarının belirlenmesini sağlar, örneğin diğer servislerin kullanımı (Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan da dikkate alınmalıdır).

- **Olay Yönetim Ekibi** toplanır ve müdahale yönetimini üstlenir:

- o Dış paydaşlarla iletişimi (itfaiye ve polis, belediye, diğer hastaneler) sürdürür,
- o Hastaların tahliyesi ve başka bir yere yerleştirilmelerine ilişkin kararları alır,
- o Kurtarma faaliyetlerini güvenlik sorumluları ile birlikte yönetir.

1.4 Hastanede Yangına Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

Hastane içi yangın bir hastanenin, kısmen veya tamamen boşaltılmasına yol açan en yaygın sebep ve en sık görülen acil durumdur. Bu nedenle, aşağıda listelendiği şekilde *hastane içi yangına müdahale etmek için hazırlık kuralları* bilinmelidir. Personelin bu kurallara tamamen uyması ve bunları uygulaması gerekmektedir:

- Tüm personel hastane içi yangın için düzenli olarak eğitim almalıdır ve her departmanda görev başında hastane içi yangına karşı yapılacakları bilen en az bir eğitimli personel olmalıdır (hemşire veya diğer görevlerde).

- İtfaiye hizmetlerinin tüm binalara rahat erişimini sağlamak amacıyla, hastanedeki her binanın etrafında kolay erişim için, araç yolu ve çıkış olması tavsiye edilir. Yollar her zaman açık tutulmalıdır. Personelin araçlarını izin verilen yerler dışına park etmesine müsaade edilmemelidir.

- Yangın kapıları çıkış yönünde açılmalı, kapılar duman ve sıcaklığa karşı koruyucu olmalıdır. Koridorlarda duman geçirmeyen kapı olması yatay tahliye olan durumlarda yangından korunmada faydalı olur. Çıkış işaretleri açıkça görülebilir olmalıdır. Hasta odalarının kapılarının kapanması (alarm devreye alındığında kapıların otomatik kapanması sistemin düzgün çalışmadığı durumlarda) tehlikeli olabilir.

- Farklı türde yangın söndürücüler muhtemel yangının türüne göre kritik noktalara yerleştirilmelidir; konumları açıkça belirtilmeli ve o alanda çalışan personel nerede olduklarını bilmelidir.

- Mümkün ise hasta odaları ve diğer kritik odalara, duman ve ısı algılayıcılar ile otomatik sprinkler (yağmurlama) sistemi kurulmalıdır.

- Hastanedeki havalandırma ve sirkülasyon sistemi gaz ve duman gibi zehirli maddeleri taşımamalıdır. Yangın alarmı verildiğinde otomatik kapanma işlevi olmalıdır.

- Hastane yangın alarm sistemi, mümkünse bilgi paylaşma konusunda vakit kaybetmemek için doğrudan itfaiye ile bağlantılı olmalıdır. Bu mümkün değilse, her departmanda veya birimde görev başında olan tüm kritik personel santrale ve itfaiyeye hemen nasıl haber vereceğini bilmelidir. Santralde yangın alarmının merkezi bir şekilde kontrol edilmesini sağlayacak bir gösterge paneli olmalıdır. Bu panel itfaiye ekibinin hastaneye varmasının hemen ardından kolayca ulaşabileceği şekilde olmalıdır.

- Personel, yangın alarmı verildiğinde, kime ulaşılacağını, nereye gidileceğini ve neyin kontrol edileceğini bilmelidir. Alarm sırasında kafeterya gibi kendi birimi dışındaki mekanlarda bulunan personel, olayın mağduru olmamak için kendi birimlerine geri dönmek zorunda olup olmadıklarını bilmelidir. Duyuruda personele açıkça talimatlar verilmelidir.

- Yangın planları merdivenlere veya çıkış kapılarına yakın her kritik bölgeye yerleştirilmelidir. Ayrıca uygun görülen yerlere de yerleştirilmelidir.

- İtfaiyenin ilgili bölümü olası hastane yangını hazırlık faaliyetlerine (plan geliştirme; uygulama tasarımı, tatbikatlara vb.) tam katılım sağlamalıdır.

- Her hastanenin; hangi personelin hastane içi yangında müdahale kuvveti olarak, hangi işleve sahip olduğunu detaylı olarak belirten, yangına ilişkin beklenmedik durum prosedürlerini oluşturması çok önemlidir. Bu personel buna uygun şekilde eğitilmeli ve böyle bir durumda tanınmalarını kolaylaştırıcı tedbirler (görev yeleklerinin kullanılması çok önemlidir) alınmış olmalıdır.

- Yönetim; hastanede her zaman yangına karşı eğitilmiş personelin yeterli sayıda bulunması için ayakta tedavi hizmetleri ve hasta bakım hizmetlerinden personeli eğitmesi gerektiğini özellikle göz önünde bulundurmalıdır. Yangın sırasında müdahale için yeterli sayıda personeli eğitmek ve bu eğitime güvenlik ve bakım hizmetlerine yönelik eğitimi de dahil etmek çok önemlidir. Bu personel aynı zamanda güvenlik ve bakım hizmetlerine de yardımcı olabilir.

- Tıbbi gaz kesme vanaları, “açık” ve “kapalı” konumların yeri belirli olacak şekilde açıkça işaretlenmelidir. Vanaların yeri, vanaların hangi sistemleri kontrol ettiği, vanaları kapatma kararını kimin verebileceği konusunda gerekli planlar önceden yapılmış olmalıdır. Vanalar kapatılmadan önce Yoğun Bakım Ünitesi (YBÜ) gibi kritik birimler özellikle bilgilendirilmeli ve alternatif önlemlerin nasıl alınacağı belirlenmelidir.

- Yangın alarmının bitişik odalara nasıl aktarılacağı hakkında açık prosedürler belirlenmelidir, örneğin diğer odalara personelin mi yoksa santralin mi haber vereceği belirtilmelidir. İdeal olarak alarm santrale ve yangın departmanına otomatik olarak aktarılmalıdır. Alarm nadiren verildiği için yanlış alarm olabileceği kuşkusuyla, alarmın gerçek olup olmadığını belirlemeye çalışarak zaman kaybedilmemelidir.

- Yangın alarm sistemi mevcutsa, ilgili çalışma alanında hemen sesli olarak da alarm vermelidir.

- Yangın prosedürleri bir şema, açıklama, kontrol listesi veya tüm bunların bir kombinasyonu (hastanenin boyutuna bağlı olarak) şeklinde verilebilir. Personelden bu prosedürleri düzenli olarak dikkatli bir biçimde okumaları istenmelidir.

- Personele yönelik bireysel acil durum tavsiyeleri yazılı hale getirilerek önceden kendilerine duyurulmuş olmalıdır. Tüm personel yangın prosedürleri hakkında bilgilendirilmeli ve personele, ne yapılması gerektiğini gösteren basit anlatımlı bireysel yangına müdahale planı verilmelidir.

1.5 Standart Operasyon Prosedürü

Aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürü hastane içi yangın durumunda **örnek** olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından ekleme veya düzeltmeler yapılabilir. Söz konusu Standart Operasyon Prosedürü, hasta bulunan bir servis için genel prosedürü anlatmaktadır¹.

¹ Her ana alana yönelik bir Standart Operasyon Prosedürü geliştirmek gereklidir (örneğin, yoğun bakım, eczane, mutfak, çamaşırhane, vb.) Bu çalışma, hastane HAP hazırlama komisyonu tarafından yapılmalıdır.

Standart Operasyon Prosedürü No.... HASTANE İÇİ YANGIN STANDART OPERASYON PROSEDÜRÜ	Faaliyetleri gerçekleştirme ve raporlama zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Personel, hastalar ve serviste bulunan diğer kişilerin güvenliğini sağlamak ve mümkün olduğunda yangına müdahale etmek. Hedefler • Durumu değerlendirmek, yangın ihbarı için hemen numaraya (numarayı buraya yazınız) ve Olay Yönetim Ekibine haber vermek, vakit kaybetmeden kurtarma çalışmalarına başlamak, • Yangınla mücadele etmeye başlamak, • Tıbbi gaz vanalarını kapatmak, • Daha fazla zararı önlemek.	
Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler • Çalışma alanınızda gösterilen hastane içi yangın prosedürünü hızlıca okuyun, • Alarm Ver, Kurtar, Kontrol Altına Al, Tahliye Et/Kaç stratejisini uygulayın, • Hemen güvenlik sorumlusunu veya diğer yetkili kişileri alarma geçirin (kendi çalışma alanınızda gösterilen talimatları izleyin), • Yakın servislerin personelini yardıma çağırın, • Tıbbi gazları mümkün olan en kısa sürede kapatın (tıbbi gaz ihtiyacı olan hastalara gelebilecek potansiyel zararı her zaman göz önünde bulundurun), • Yangın olan odalardan hastaları çıkarmaya başlayın ve yangının muhtemel gidişatıyla ilgili tahminde bulunun (yoğun duman da dahil) ve hastaları tahliyenin devamını bekleyebilecekleri güvenli bir yere transfer edin, • Koridoru açık tutun ve kapıları engellemeyin. Hastaları tahliye etmeye devam etmek için her zaman Olay Yönetim Ekibi'nden (örn. güvenlik sorumlusu) yönlendirme talep edin (tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürüne bakınız), • Mümkünse yağmurlama sistemini kullanarak yangına müdahale etmeye başlayın, zaman kaybetmeyin (aşağıdaki özel duruma bakın).	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Olay Yönetim Ekibi yangının başında henüz faaliyete geçmemiş olabileceğinden tahliye, yangın çıkan departman/servis/birimin yetkilisinin kararıyla yapılmalıdır (Hastanenin kısmi ya da tam tahliye kararı HAP başkanı veya HAP Başkanının olmadığı durumlarda en yetkili Yönetici tarafından verilir), • Servisin tahliye işlemi tamamlandığında, hiçbir hastanın kalmadığından emin olmak için gidip odaları tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, Olay Yönetim Ekibi'nden birinin izniyle (örneğin, Güvenlik Sorumlusu) iki kişilik bir ekip tarafından yapılmalıdır, • Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirin ve hemen Güvenlik Sorumlusuna rapor verin (ciddi tehdit oluşturabilecek devam eden herhangi bir durum duyurulmalıdır).	

Kullanılacak Materyaller • Yağmurlama sistemi (sprinkler), • Yangın söndürme tüpleri, • Yataklar, sedyeler, • Mevcut durumun çok hızlı bir tahliye gerektirdiği durumlarda hastaları taşımak için battaniyeler, • Mümkünse tekerlekli sandalyelerin koridorları kapamadan kullanılmaları. Kalite Kontrol • Güvenlik personeli hazır bulunur, yangınla mücadele ve tahliye görev alır, • Hastaların servisten tahliye edilmelerinin ardından, servisin boşaltıldığını belirtecek bir işaret koyun (örn: her odanın kapısının önünde bir yastık), • Tahliye tamamlandığında, bir kez daha yukarıda bahsi geçen prosedüre göre son bir kontrol yapın. Zaman Dilimi • Alarm ver : Hemen • Kurtar : Hemen	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, • Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili Standart Operasyon Prosedürü, • Olay Yönetim Ekibi Başkanı (HAP Başkanı) İş Akış Talimatı, • Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı, • Bölüm Sorumlusu İş Akış Talimatı.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Yangınla etkili bir şekilde mücadele edilemeyeceği veya bunun çok zaman alacağı görülürse, yangın olan servisteki odaların pencerelerini ve kapılarını kapatın (bunu daima hiçbir hastanın kalmadığını kontrol ettikten sonra yapın). Güvenlik hizmetleri gelene ve yangınla mücadeleye başlayana kadar kapıları asla açmayın, • Güvenliğiniz/sağlığınız için kendinizi olası tehlikeli durumlara maruz bırakmayın, • Binadaki yangın nedeniyle tahliyenin mümkün olmadığı durumlarda, hastaları odalarında tutun; pencereleri ve kapıları kapatın; tam donanımlı itfaiye ekiplerinin dışarıdan sizi kurtarmasını bekleyin. Bu olağanüstü bir durumdur. Tahliye her zaman öncelik verilmelidir.	
Sürece Dahil Kişiler • Servisin tüm sağlık personeli ve destek personeli, • Komşu servislerin tahliye edilmeyecek olan personeli, • Yangının hastaların olmadığı bir alanda çıktığı durumlarda teknik personel (örn. eczane), • Hastane içi yangınlar için özel olarak eğitilmiş olan personel.	

Ekler • Yangına müdahale malzemelerinin kullanımı ve bunların konumları, • Tahliye yolları için harita/kroki, • Raporlama için kayıtlar ve formlar.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, Formlar: Tahliye durumunda hasta tanımlama formu (her bir hastaya iliştilir)/ tıbbi kayıtları da ayrıca hastanın formuna eklenir. Raporlama mekanizması; • Olay Yönetim Ekibi 'nin talimatlarını izleyin. İzleme • Temel faaliyet: Kaliteli tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile personelin, hastaların, kişilerin ve kritik ekipmanın güvenliğini sağlamak. Güvenlik Konuları:	
İlk yayınlanma tarihi:	Revizyon:

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 2

KİMYASAL OLAYLARDA HASTANE YÖNETİMİ

(İç veya Dış Kaynaklı)

Hastane içerisinde meydana gelebilecek kimyasal olayların önlenmesi esastır. Hastane, düzenli olarak, dâhili kaynakların tehlike analizini ve risk değerlendirmesini gerçekleştirir. Bu bilgi temelinde, hastane, kimyasalları veya toksik gazları ile ilgili temizlik prosedürleriyle ilgilenen personelin eğitimi dahil olmak üzere, önleyici tedbirleri oluşturur. Personel, tüm tatbikat ve eğitim faaliyetlerine aktif olarak katılmalıdır. Kimyasal ve toksik gazların kullanma ve depolama alanları hasta alanlarından, ziyaretçilerden veya personelle etkileşimde olan alanlardan uzak olmalıdır. Bu ürünleri kullanacak personel eğitilmelidir. İhtiyaç duyulması halinde uygun giysileri giymeli, maskeleri ve solunum aparatlarını takmalıdır. Bu malzemelerden yeterli miktarda bulunmalı ve ihtiyaç duyulan yerlerde depolanmalıdır.

Önlemlere rağmen hastaneler içeride ve dışarıda toksik maddeyle meydana gelen kimyasal olaylardan etkilenebilir. Bu nedenle hastanelerde, insanları ve tesisi korumaya yönelik özel prosedürler bulunmaktadır (örneğin, havalandırma gibi harici sistemlerin derhal kapatılmasına yönelik özel prosedürler). Havadan ağır, yanıcı, toksik veya patlayıcı gazların yerleşimin kanalizasyon sistemine girmesi çok nadir görülen bir durum olmakla birlikte, meydana geldiğinde yıkıcı sonuçlara yol açabilen bir durumdur.

2.1 Kimyasal Olaya Acil Müdahale (Genel İlkeler)

Hastaların ve personelin sağlığını etkileyebilecek tehlikeli maddeleri içeren akut kimyasal olay ile karşılaşıldığında Kimyasal Olaylarda Hastaların Yönetimi Standart Operasyon Prosedürü derhal faaliyete geçirilecektir. Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilir. Olay Yönetim Ekibi, birimler ve klinik servisler ile koordinasyon halinde, hastane uygulamalarının genel yönetimini üstlenir.

Hastanede kimyasal olaya acil müdahalenin yönetiminde başlıca ilkeler şunlardır:

- Personel ve hastanenin önemli ekipmanlarının güvenliğine ve emniyetine ağırlıklı öncelik verilir.
- Toksik maddeler, sekonder kontaminasyon riski oluşturursa veya içinde yer alan kimyasallar bilinmiyorsa, kontamine olan hasta acil servise kabul edilmeden önce dekontaminasyon prosedürleri gerçekleştirilmelidir.
- Hastalara solunum desteği verilmesi ve antidot kullanımı başta olmak üzere, kontamine olmuş kişilere akut bakım hizmeti sunulması ve bu nedenle personelin görev dağılımının yeniden yapılması gerekmektedir.
- Geç ortaya çıkan ciddi semptom ve kronik sağlık sorunu ihtimali, en başından itibaren göz önünde bulundurulmalıdır.
- Koordinasyon sağlanacak taraflar:
 - o Kimyasal olayların yönetimi, hastayı kabul eden hastanenin ve ilk müdahale ekibinin etkili koordinasyonunu gerektirir.
 - o Aynı şekilde, 112 Acil Sağlık Hizmetleri ve Acil Servis arasında etkili koordinasyon olmalıdır.
 - o Olay Yönetim Ekibi'nin lojistik ve bakım bölümünün sorumluları, hastane alanı içerisinde toksik kimyasalların depolanması, ele alınması ve kullanılmasına yönelik güvenlik hizmetleriyle koordineli olmalıdır.

2.2 Kimyasal Bir Olay Durumunda Müdahale Algoritması

Hastanede kimyasal olaya müdahalede iş akışının başlıca basamakları şunlardır:

- Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilir.
- Hastane personeli TURUNCU renk kodu anonsu ile bilgilendirilir.

- Dekontaminasyon prosedürleri, mümkün olduğunca hastane dışında gerçekleştirilmelidir (Acil Servis'in kontamine olması engellenmelidir).

- Dekontaminasyon prosedürlerinin yönetimi ve/veya kontamine olan hastalara akut bakım hizmeti sunumuna dâhil olan personel, kişisel koruyucu ekipman giymeli ve Olay Yönetim Ekibi talimatlarına ve Standart Operasyon Prosedürlerine harfiyen uymalıdır.

- Kimyasal olaylara uygulanan özel triyaj prosedürlerine tamamen riayet edilmelidir.

- Olay Yönetim Ekibi'nin tavsiyesine uygun olarak standart tedavi protokollerine uyulmalıdır.

- Sınırlı sayıda bulunan bazı temel ilaçların kullanımına dikkat edilmelidir.

- Tıbbi bakım hizmeti ve semptomlar, uzun süreli takip hedeflerine yönelik olanlar dâhil olmak üzere, özel form ve kayıtlara kaydedilmelidir.

- Hastaların bilgilendirilmesi her zaman gereklidir; ancak bilgilendirme, Olay Yönetim Ekibi'nin talimatlarına uymak suretiyle personel tarafından yapılmalıdır.

- Uzman kuruluşlarla iletişim, toplumun risk konusunda bilgilendirilmesi ve koordinasyonu, Olay Yönetim Ekibi tarafından yönetilir.

2.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

Olay Yönetim Ekibi, derhal Olay Eylem Planı'nı hazırlayacaktır. Bu plan başlıca aşağıdakileri içerir:

- Alandan hastaneye gelen hastalar ve diğer normal hastalar için triyaj faaliyetleri,

- Kontamine kişiler için acil servise girmeden önceki dekontaminasyon prosedürleri,

- Sürece dâhil olan personelin güvenliği ve emniyeti,

- Sağlık anlamında ciddi bir etkiyi önlemek amacıyla; geç ortaya çıkan ciddi semptomlara yönelik olarak taburcu hastalara uygulanacak takip faaliyetleri,

- Sürece dâhil olan personelin sağlığını korumaya yönelik takip sistemi,

- Sağlık yetkilileriyle bilgi koordinasyonu,

- Kontamine bölümden tahliye edilen hastalara yönelik alternatif tedavi alanının tespiti.

2.4 Hastanede Kimyasal Olaylara Hazırlık: Personelin Bilmesi Gerekenler

- Personelin güvenliği ve sağlığı önceliklidir.

- Akut olaylar, kronik salınım veya maruziyet, hastanede çok farklı kısıtlamalar yaratabilir.

- Akut olaylardaki akut ve geç ortaya çıkan semptomlar ilişkilidir.

- Çok sayıda kontamine kişi olması, akut sağlık hizmeti sunumu için büyük zorluk oluşturur. Hastane'nin acil müdahale kapasitesini kolaylıkla aşabilir ve kaynakların (sürece dâhil olan personelin) yeniden dağılımı gerekli hale gelebilir; hastaların ve uygulanacak tedavi prosedürlerinin önceliklendirilmesi gerekebilir.

- Ağır yaralı hastaların, hayat kurtarmaya yönelik acil bakım hizmeti alması gerektiği durumlarda dekontaminasyon prosedürleri zaman tüketici olabilir. Triage faaliyetine dâhil olan personel, önceliğin hayat kurtarma olduğunu kabul etmelidir.

- Çok miktarda özel antidota ihtiyaç duyulabilir ve bu nedenle yalnızca bu tedaviye gerçekten ihtiyaç duyan hastaya verilmelidir.

• Hastane toksik maddenin içeriye dökülmesinden doğrudan etkilenebilir ya da dışardan kimyasal gaz bulutuna maruz kalabilir. Personel, dışarıdan hava girişini engelleyerek hastaneyi korumayı göz önünde bulundurmalıdır.

2.5 Dekontaminasyon Alanı ve Uygulamasında Dikkat Edilecek Hususlar

Hastane dekontaminasyon alanı asgari olarak aşağıdakileri içerir:

- Atık tankı,
- Yeteri kadar duş başlığı ile ılık su kaynağı,
- Kimyasal maddelere dayanıklı tulumlar,
- Kimyasal maddelere dayanıklı eldivenler, çizmeler,
- Yumuşak sabun veya dezenfektan, yumuşak kıllı fırçalar,
- Vücut ve göz duşu sıvıları,
- Sıçramaya karşı koruyucu gözlükler veya diğer göz koruyucular,
- Dekontaminasyon ünitesi,
- Kapaklı çöp kovaları ve plastik çöp poşetleri,
- Dekontamine olan hastalar için giysiler,
- Hastanın mahremiyeti ve sıcak kalması için ekstra battaniyeler ve çarşafklar,
- Triyaj kartı,
- Sedye, tekerlekli sandalye.

Dikkate alınacak diğer hususlar:

- Hastaneyi tehdit eden olası tehlike kaynaklarını (ve olası senaryo türlerini) tespit etmek için risk analizi yapın,
- Dekontaminasyon işlemi için hasta/yaralının yürüyebilirliği, cinsiyeti, engelli olması, gebe olması, yaşlı olması gibi benzer durumları kültürel öğelerle birlikte dikkate alın,
- Dekontaminasyon personelinin sıvı ve gıda ile destekleyin,
- Dekontaminasyon personelinin işlem bittikten sonra duş almasını sağlayın.

2.6 Standart Operasyon Prosedürü

Hastanede kimyasal olay halinde aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürü örnek olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından ekleme veya düzeltmeler yapılabilir.

Standart Operasyon Prosedürü No..... KİMYASAL OLAYLARDA HASTALARIN YÖNETİMİ (OYE'nin Sorumluluğunda)	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Tüm hastaların güvenli bir şekilde tedavi edildiğinden ve personel güvenliğinin daimi olarak sağlandığından emin olmak. Hedefler • Acil servise girmeden önce hastaneye gelen kontamine olmuş kişilerin dekontaminasyonunu (gerekliyse triyaj yapılmasını) sağlamak, • Dekontaminasyon işlemi zamanında tamamlanmazsa, hayat kurtarmaya yönelik en kritik bakımın sunulmasını geciktirmemek, • Tıbbi tedavi gerektiren ve geç ortaya çıkma ihtimali olan semptomları öngörmek, • Mevcut malzemeleri kullanarak, mümkün olduğunca çok sayıda hastaya en iyi tedaviyi sunmak (Olay Yönetim Ekibi'nin koyduğu kabul ve ret kriterlerine uyun), • Vakaya uygun uzmanlık alanlarının (göz, yanık, diğer) hazır olmasını sağlamak, • Triage faaliyetlerini düzenlemek, • Personelin güvenliğini ve emniyetini sağlamak; personelin sağlığını korumak, • Hastaneyi ve hastane ekipmanını korumak.	
Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler • İlgili kimyasal(lar)ın yapısına ilişkin bilgiyi en doğru kaynaktan teyit edin, • Hastaneye gelen hastaların dekontaminasyon ve triyaj uygulamalarını ilgili SOP'lara göre derhal faaliyete geçirmek için acil servis personelini haberdar edin, • Dekontaminasyonu yapacak olan personelin kontrol listesine uygun olarak yeterli koruyucu ekipmanı kullanmasını sağlayın, • Tıbbi bakım hizmetlerinin/dekontaminasyon uygulamalarının, hasta takip çizelgesi/formu kullanılarak düzgün bir şekilde kaydedilmesini sağlayın, • Temel bakım hizmetinin sunulmasını sağlamak için hasta kabul ve dekontaminasyon alanlarında yeterli sayıda personel ve ekipmanın bulundurulmasını sağlayın, • Hastaların takip edilmesini sağlayın (bilinci açık olmayan hastalar dâhil), • Önemli ekipman veya malzemenin, ihtiyaç duyulan alanlara transfer edilmesine izin verin, • Nelerin transfer edildiğinin kaydını tutun (nitelik ve nicelik açısından), • Geç ortaya çıkan semptomların yeterli tedavi edilebilmesi için gerekli hasta takip faaliyetlerini başlatın, • Standart tedavi protokollerine uyulmasını sağlayın, • Çok sayıda hasta olabileceği için en önemli kaynakların mümkün olduğunca ekonomik kullanılmasını sağlayın. Kritik bakım hizmetlerine erişim , özel ilaç ve antidot almak için kabul- ret kriterlerini oluşturun (ihtiyaçlar, mevcut kaynaklardan daha fazlaysa), • Bir oda veya bölüm tehlikeli hale geldiğinde, hastaların geçici olarak yeniden yerleştirileceği alternatif bakım alanının neresi olacağına karar verin, • Personeli olayın adli vaka olması sebebiyle kimliklendirme ve delilleri karartma açısından uyarın.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Personelin sağlığına ve emniyetine öncelik verin, • Yapılan dekontaminasyonun bulaşa sebep olan kimyasal ajana uygun olup olmadığını kontrol edin, • Personelin aşırı sağlık risklerine maruz kalmadığından emin olun, • Geç ortaya çıkan semptomların göz önünde bulundurulduğundan ve yönetim ihtiyaçlarının öngörüldüğünden emin olun.	

Kullanılacak Materyaller • Dekontaminasyon sürecinde yer alan personele yönelik koruyucu ekipman, • Dekontaminasyon Ünitesi: dekontaminasyon alanı, malzemeler (duş, sabun vb.), atık suların yönetimi, • Dekontaminasyon prosedürü, • Dekontaminasyon için trafik akışını düzenleyici işaretler (güvenlik şeridi), • Hasta dosyaları, • Hayat kurtarıcı tıbbi bakım hizmetine yönelik malzemeler ve ekipman, • Kayıt malzemeleri (Trijaj kartı, fotoğraf makinesi, kol bantı vb.). Kalite Kontrol • Kontamine hastalar dekontamine edilir ve akut tıbbi bakım hizmetini alır, • Tıbbi bakım hizmeti sürecinde yer alan personelin sağlığı korunur, • Hastane ekipmanına kimyasal bulaşması engellenir, • Temel hastane hizmetlerinin devamlılığı sağlanır, • Hastalar, sağlık sonuçları hakkında doğru bir şekilde bilgilendirilir. Zaman Dilimi • Olaya özel planlarının faaliyete geçirilmesinden hemen sonra.	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Tıbbi bakım hizmeti sunumunun devamlılığına ilişkin Standart Operasyon Prosedürleri, • Güvenlik sorumlusu İş Akış Talimatı, • Birim Sorumlusunun İş Akış Talimatı, • Multisektörel müdahalenin yönetimi konusunda KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü (112 KKM/İl SAKOM) ve İl Afet ve Acil Durum Müdürlüğü ile irtibata geçin.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • İlgili kimyasal(lar)ın yapısı bilinmiyorsa, kimyasalların personelin sağlığı açısından zararlı olabileceğini farz ederek ihtiyati prosedürleri ve dekontaminasyon prosedürlerini uygulayın, • Kontamine olmuş kişilerin sayısı (şehirlerde yüzlerce kontamine olmuş kişiye kadar), tedavi için kullanılan mevcut kaynakların sayısından fazlaysa, müdahaleden en çok yararlanacak hastaların önceliklendirilmesi konusunda karar alın.	
Sürece Dahil Kişiler • Dekontaminasyon ve tıbbi bakım hizmeti sunumunda yer alan tüm sağlık personeli ve destek personel, • Dış paydaşların özel eğitim görmüş özellikli personeli.	
Ekler • Dekontaminasyon ve triyaj alanlarına yönelik harita, • Kayıtlar ve formlar, • Kontrol listesi, • Triyaj protokolü, • Tutanaklar (dekontaminasyon ve sonrası ile ilgili).	

Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Takip kaydı, olay eylem planı, bilgi yönetimi, hastaların takibi, toplum sağlığı takibi, Formlar: Triyaj kartı, Hastane Giriş Kayıt Formu, Transfer edilebilecek ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi, Raporlama mekanizması: • Olay yönetim ekibinin talimatına uyum, • Hastalar, taburcu edilmeden önce hasta bilgilendirme formunu alır (geç ortaya çıkan semptomlar olursa hastanın ne yapacağı). İzleme • Sürece dâhil olan personelin sağlığının değerlendirmesi (çalışan sağlığı ve güvenliği), • Tedavi edilen hastaların takibi (geç ortaya çıkan semptomlar), • Halk sağlığına uzun süreli etkileri, bu amaç doğrultusunda geliştirilen toplum sağlığı programı ile izlenir.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 3

HASTANEDE TAHLİYE GEREKTİREN DURUMLAR

(Kısmen veya Tamamen)

Hastanelerde elektrik/su kesintisi, gaz sızıntısı, patlama, oksijen kaynağı yetersizliği vb. durumların ya da deprem, sel, yangın, fırtına vb. olayların sonucunda yapısal ve fonksiyonel sorunlar oluşabilir. Acil durumun özelliğine göre zorunlu tahliye ya da tedbir amaçlı tahliye söz konusu olabilir.

Tahliye kararının alınması ve uygulanması, insangücü ihtiyacı, hastanenin ya da bölümün kullanım dışı kalması, tedavilerin ertelenmesi, hastalar, ziyaretçiler ve personel için yaralanma riskinin olması, diğer hastanelere, bölümlere, transport sistemine ek yük getirmesi bakımından çok dikkatli değerlendirilmesi gereken süreçlerdir.

3.1 Tahliye Tanımı ve Yöntemleri

Tahliye, iç veya dış olumsuz etkiler nedeniyle hastaları ve hasta yakınlarını korumak, hasta bakımını sürdürmek ve personelin güvenliğini sağlamak amacıyla, hastanenin bir bölümünün veya tamamının boşaltılarak hastaların, personelin, gerekli durumlarda ekipman, tıbbi kayıt ve ilaçların güvenli bölgelere nakledilmesidir.

Tahliye Yöntemleri:

• **İnternal tahliye:** Hastaların hastane içinde güvenli başka bölümlere naklidir, kısmen (parsiyel) tahliyedir.

• **Eksternal tahliye:** Hastaların hastane dışında güvenli bir yere naklidir, kısmen (parsiyel) ya da tamamen (total) tahliye olabilir.

Tahliye Triyajı:

Tahliye için hastalar yürüyebilirliklerine göre **dört grupta** kategorize edilir. Hastaları kategorize ederken tahliye ‘Tahliye’, ‘T’ ile kısaltılarak T0, T1, T2 ve T3 olarak ifade edilmiştir.

• **T0 Yürüyebilen Hastalar:** Sıra halinde bir öncü ve bir artçı personelle hızlı ve güvenli bir şekilde dışarı çıkarılabilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ilk sırayı alırlar.

• **T1 Tek Başına Yürüyemeyen Hastalar:** Bir personel yardımıyla yürüyebilen hastalardır. Tahliye önceliğinde ikinci sırayı alırlar.

• **T2 Yürüyemeyen Hastalar:** Sedye ile iki veya daha fazla personelin taşıdığı hastalardır. Tahliye önceliğinde üçüncü sırayı alırlar.

• **T3 Kompleks ve Obez Hastalar:** Yatağı ve ekipmanıyla en az üç personelin tahliye edeceği hastalardır. Tahliye önceliğinde son sırayı alırlar.

Güvenli yerler olayın türü dikkate alınarak belirlenebilir. Bu yerler;

- Diğer hastanelere, sağlık kurumlarına nakil,
- Aynı katta güvenli bir yere nakil: **Yatay** (horizontal) tahliye,
- Aynı binanın başka bir katındaki güvenli bir yere nakil: **Dikey** (vertikal) tahliye,
- Bina dışında hastane çevresinde güvenli bir yere nakil,
- Hastane çevresi dışında güvenli bir yere nakil.

3.2 Tahliyede Genel İlkeler

• Hastaların hangi hastanelere nakledileceği önceden belirlenmelidir. Ayrıca yoğun bakım hastaları, yanık hastaları, yenidoğan, psikiyatri hastaları ve mahkum koğuşları vb. hastalar için planlamalar ayrıntılı bir şekilde yapılmalı ve planda mutlaka yer almalıdır.

• Tahliye halinde, hastayı tanımayan personelin hastayı kolaylıkla tanıyabilmesinin sağlanması gerekmektedir. Hazırlanmış tanıtım kartları kullanmak basit ve etkili bir araçtır. **Hastalar mümkün olduğu sürece dosyaları ile birlikte tahliye edilmelidir.** Mümkün olmadığı takdirde hastalara, bekleme alanına tahliye edilirken ya da tahliye edildikten hemen sonra tanıtım kartları takılmalıdır. Bu kartlar; ad soyad, oda numarası, servisi, teşhis ve tedaviye ilişkin bilgileri (örneğin; insülin ihtiyacı olan hastaların açık bir şekilde belirtilmesi) ve hasta yakınına ait iletişim numaraları gibi önemli bilgileri içermelidir.

• Hastanenin bir bölümünün, birkaç bölümünün veya tamamının tahliyesi gerektiğinde hastaların erken taburculuğuna yönelik ayrıca açık bir SOP bulunmalıdır. Söz konusu SOP, operasyonların sürekliliği, tahliye sırasında temel hizmetlerin sunumu (eğer hastane kapatılmamış ya da tamamen tahliye edilmemiş ise) ve tahliye edilenlere emniyetli bir şekilde kritik bakım sağlanmasına yönelik hazırlanmalıdır. Çevredeki diğer sağlık tesisleriyle önceden hazırlanmış protokollerin (karşılıklı nakil) geliştirilmesi önemle tavsiye edilmektedir. **Bu protokoller, il düzeyinde kapasitenin verimli ve uygun kullanımı için mutlaka İL-SAP kapsamında değerlendirilmelidir.**

• Bir birimin ya da departmanın tahliye edilmesi ile ilgili olarak personelin, ziyaretçilerin ya da yürüeyen hastaların hangi rotayı takip edeceğini bilmesi önemlidir. Hastanenin fiziki koşulları uygun ve birden fazla tahliye yolu var ise tek yönlü (gidiş yolu ayrı dönüş yolu ayrı) trafik akışı planlanmalıdır. Bu yollardan dönüş yolu tahliye için geri dönen personele ayrılabilir. Eğer hastane fizik koşulları uygun değilse, tek tahliye yolu iki yönlü trafik akışı için (iniş ve çıkışlarda yolun sağ tarafı kullanılır) planlanır. Koridorlarda ve basamaklarda trafik akışını organize etmek hayati öneme sahip olup doğaçlama olarak yapılamaz. Bu nedenle, bu Olaya Özel Plan, tahliyeye yönelik haritalar içermelidir. Toplanma alanı ya da bekleme alanı, hastaların ve personelin sonraki ulaşım ve nakilleri için bekleyebileceği emniyetli bir yer olarak seçilmelidir.

• İki farklı bekleme alanı belirlemek tavsiye edilmektedir. Bir tanesi yaralı olmayanlar ve stabil hastalar için, diğeri acil tıbbi müdahale ve bakım sunumunda sürekliliğe ihtiyacı olan hastalar için. Olay Yönetim Ekibi, bu iki kategorideki hastaların ihtiyaçlarına göre personel tahsis etmelidir. Hastaları ayırma, bakım ve tıbbi bakım verilmesi gerektiğinde aşırı kalabalık oluşmasını önlemeyi ve ambulans/otobüs gibi diğer araçlarla ulaşımı kolaylaştırmayı amaçlamaktadır. Ulaşım araçlarının trafik akışının organize edilmesi hayati öneme sahiptir. ***Öncelikli tahliyeler ve alım yapan tesislerin seçimi*** (nakil yapılan yer) ile ilgili olarak hastaların triyajını organize etmek gerekebilir.

• Tahliye durumunda, hastaların güvenliğinin sağlanması, su ve gıda ihtiyacının karşılanması, psiko-sosyal destek verilmesine yönelik tedbirler alınmalıdır. Hastalar, dışarıda kötü hava koşullarında bekletilmeden, mümkün olan en kısa sürede geçici bir yere nakledilmelidir. Yürüeyen hastaların otobüslerle ya da diğer uygun ulaşım araçlarıyla tahliyesi de nakledilecekleri yer belirlenir belirlenmez gerçekleştirilmelidir.

• Kısmi tahliyeler, hastanenin çıkış yollarını engellemeden mümkün oldukça çıkışlara yakın olarak yapılmalıdır. Hastaları tesiste tutmak mümkün olmadığında hastane dışındaki alanlar hazırlanmalıdır.

• İtfaiye araçları büyük alana ihtiyaç duyduğundan harici bekleme alanları, kurtarma hizmetlerinin çalışmalarını engellemeyecek şekilde düzenlenmelidir. Eğer tehdit bir çıkışı aniden güvenilmez hale getiriyorsa, birden fazla çıkış belirlenmesi tavsiye edilmektedir. Bununla birlikte, dışarıdaki bekleme alanları, personele aşırı iş yükü oluşmasını önlemek için çok fazla sayıda olmamalıdır.

• Kayıtlar, listeler ve zaman çizelgeleri gibi idari dokümanlar, tahliye planının bir parçası olarak önceden ve hastanenin asıl ihtiyaçlarına göre hazırlanmalıdır. Her hastanın, gideceği yer açık bir şekilde yazılmalıdır. Ambulanslara alındıklarında ve alımı yapan hastanede (nakil yapılan yer), hastalar ayrıca kayıt altına alınmalıdır. Tüm hastaların nakledildiğini ve nerede olduklarını bilmek için merkezi bir sistem oluşturulmalıdır. Alım yapacak tesise haber verilmediyse ve hastayı kabul etmeye hazır değilse kritik

hastalar nakledilmemelidir. Tahliye senaryosunun hiç konuşulmaması ya da personelin her durumda ne yapacağını bildiğini düşünmesi nedeniyle birçok hastanede bu büyük bir sorun olmaktadır. Bu nedenle, böyle bir duruma gerçek anlamda hazırlıklı olmak üzere HAP Komisyonunun bu konu üzerinde çalışması tavsiye edilmektedir.

3.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Tahliyenin Yönetimi

Tahliyeyi gerektiren her durumda, Olay Yönetim Ekibi derhal faaliyete geçirilmelidir, Olay Yönetim Ekibi, tahliye faaliyetlerinin yönetimini üstlenir:

- Tahliyenin gerekli olup olmadığına ve ilgili bölümün kilit personeliyle koordinasyon sağlanarak, ne tür tahliye yapılması gerektiğine karar verir.
- SARI renk kodu anonsu ile personele duyuru yapılır.
- İlgili tüm bölümlerin SOP'larını faaliyete geçirmeye karar verir.
- İlgili bölümün/bölümlerin tıbbi ve hasta bakım personeliyle koordinasyon halinde, hastaların nereye transfer edileceğine (tahliye önceliği dâhil olmak üzere) karar verir.
- Hastanenin tamamının tahliye edilmesi durumunda hastaların taburcu edilmesinin gerekip gerekmediğine karar verir ve bu meseleyi ele alan SOP'ların uygun olup olmadığını ve bu SOP'a uyulup uyulmayacağını veya değişikliklerin uygulanması gerekip gerekmediğini değerlendirir (örneğin, başka bir tesise transfer veya taburcu edilecek hastalar için belirlenmiş toplanma alanının duruma göre yeniden belirlenmesi).
- Faaliyete geçirilen SOP'lar, sürekli tedaviye ihtiyaç duyan hastalar için temel bakım hizmetlerinin devamlılığını sağlamalıdır. Hastalar, hastane dışında bir yere tahliye edilirse, tahliye edilen hastaların yakınlarının, hastaların yeni yerleri konusunda nasıl bilgilendirileceğine karar verir (hasta takibi).
- Hastaların hastane dışına tahliyesi gerekiyorsa, hangi ulaşım düzenlemelerinin gerçekleştirileceğine karar verir.
- Hastanenin tamamen tahliye edilmesi durumunda, KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi, İl SAKOM ve 112 KKM ile birlikte gerekli düzenlemeleri yapar. Tahliye ile ilgili formlar kullanılır. İhtiyaç halinde formlarda bulunmayan tahliye ile ilgili bilgilerin kaydını tutar.

- Olay Yönetim Ekibi, aksi yönde bir karara varmadığı sürece, personel SOP'ları uygular.

3.4 Tahliye ile ilgili Standart Operasyon Prosedürlerinin Esasları

Tahliye durumunda personel kendi bölümüne ait Standart Operasyon Prosedürünü kontrol etmeli ve aşağıdaki hususları göz önünde bulundurmalıdır:

- Her bölümün ve birimin, tahliye için özel bir SOP'u olmalıdır. Bu SOP, gerekli tüm aşamaları açıkça belirtmelidir (Tahliye, acil durumda yalnızca hastaların taşınmasını değil aynı zamanda önemli ekipmanların da güvenli hale getirilmesini ve taşınmasını gerektirebilir).
- Kritik görevlerdeki personel, kendi İş Akış Talimatlarına uymalıdır. Sadece büyük bir güvenlik problemi oluşması durumunda kişisel inisiyatif kullanılır.
- Tıbbi personel ve hasta bakım personeli, tahliyenin nedenine göre hastanın yanında taşınacaklara karar verir (dosya, eşya vb.). Hasta, ziyaretçi ve personelin tahliye planı yapılır. Bu planda tahliye yolları belirtilir ve krokilendirilir. Tahliye yolları kullanılamaz duruma gelirse alternatif yol/yollar belirlenir.
- Diğer tesislere transfer edilmek üzere bekleyen hastalar için toplanma alanı belirlenir.
- Ekipmanların tahliye edilmesi gerektiği durumlarda taşıma ve muhafazaya yönelik kriterler belirlenir. **Tüm hastaneye yönelik tedbir amaçlı tahliyeler, en son seçenek olmalıdır.** Tedbir amaçlı tahliye yalnızca hastaların hayatını kurtarmanın ve personelin güvenliğini sağlamanın tek yolu olduğu durumlarda uygulanmalıdır.

• Edinilen tecrübeler, hastalar **dört gruba** ayrıldığında tahliyenin daha kolay hale geldiğini göstermektedir.

1. Kritik bakıma ihtiyacı olan ve bu nedenle derhal bir hastaneye ambulans ile nakledilmesi gereken, genellikle yatağa bağlı hastalar.

2. Genellikle yatağa bağlı olan ve nakil için ambulansa ihtiyaç duyan, ancak tıbbi bakımı veya hasta bakımı aciliyet gerektirmeyen hastalar.

3. Yürüyeabilen ancak yakını tarafından evde bakılma ihtimali olmayan ve alternatif alana kabul edilmesi gereken hastalar.

4. Yürüyeabilen veya destek ile yürüyeabilen ve taburcu edilebilecek olan hastalar.

3.5 Standart Operasyon Prosedürü

Aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürü bir servisin kısmen tahliye edilmesine yönelik örnek olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından ekleme veya düzeltmeler yapılabilir. SOP, personeli eğitmek ve tatbikatlar hazırlamak açısından önem arz eder.

Standart Operasyon Prosedürü No.....	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
DAHİLİYE BÖLÜMÜNÜN KISMİ YATAY TAHLİYESİ (İkinci Kat Bölüm A ve B İle Sınırlı 36 Yatak)	
Temel faaliyet: Tüm hastaların güvenli bir şekilde tahliye edilmesini, personelin korunmasını sağlamak. Hedefler • Tahliye sırasında güvenlik gerekliliklerine tamamen uyulmasını sağlamak, • Tahliye sırasında tüm hastaların temel bakımının devamlılığını sağlamak, • Kaliteli bir bakım hizmeti sunmak için hasta tahliye alanlarında yeterli personelin ve kaynakların olmasını sağlamak, • Sürece dâhil olan personelin bilgilendirilmesini ve herhangi bir zararlı durumdan korunmasını sağlamak, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığını sağlamak için gerekli tedavi kayıtlarını hastalarla birlikte getirmek, • Gerekli durumlarda ve mümkünse, gereksiz risk almadan kritik ve pahalı ekipmanları kurtarmak (hastaların tahliye edilmesinin ardından).	
Sırasıyla Gerçekleştirilecek Eylemler • Tahliye kararının nedenlerini sorgulayarak, talimatın doğruluğunu Olay Yönetim Ekibinden teyit edin, • Bölüm (servis...) personeline, tahliye kararı alındığını bildirin, • Hastaları, tahliye edileceklerinden haberdar edin ve hastaları, bakım hizmetinin devamlılığının ve güvenliklerinin sağlanacağı konusunda temin edin, • Bu SOP'un ek kısmında açıklanan, önceden belirlenen tahliye yollarını kullanın (bakınız krokiler), • Önce hareket edebilen hastalar (T0) ve ziyaretçilerle başlayın ve hasta tahliye alanına gitmeleri için onlara refakat edin, • Yardımla yürüyebilecek hastalara (T1) eşlik edilmesini sağlayın, • Tekerlekli sandalyeyle, sedye ile taşınan hastalarla (T2) devam edin, • Yatak ile transferleri kolaylaştırmak için koridorları mümkün olduğunca açık ve temiz tutun,	

• Yatağı transfer edilmesi gereken hastalarla (T3) devam edin (başka türlü transferi hızlı ve güvenli bir şekilde gerçekleştiremeyecekleri yatağıyla birlikte transfer edin. Çok sayıda yatağı transfer etmek zorunda kalmaktan mümkün olduğunca kaçının), • Yatakların transfer edilemeyeceği bir acil durum meydana gelirse, hastaların daha güvenli bir yere taşınması için uygun transfer aracını (battaniye vb.) kullanın, • Tüm temel tıbbi kayıtların güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlayın (mümkün olduğunda, kayıtları yatağa veya tekerlekli sandalyeye bağlayın) • Tahliye sırasında bakım hizmeti alması gereken hastalar için yalnızca temel bakım hizmetini göz önünde bulundurun; damar yolunun açık kalmasını sağlayın, • Hasta tahliye alanının güvenli hale getirilmesini sağlayın, • Mümkün olan en kısa süre içerisinde temel bakım hizmetinin sunulması için, tahliye alanında yeterli personel ve ekipmanın olmasını sağlayın, • Mümkün olduğunca tahliye edilen hastaların kaydını tutun (takip kaydı, tahliye formu), • Yeterli süre varsa, kritik ekipman ve malzemeler zarar görme ihtimaline karşı transfer edilmelidir. Olay Yönetim Ekibi talimat vermiş olsa bile, transfer işlemi her zaman teknik personel ve güvenlik personelinin gözetiminde, talimatlarına uygun olarak gerçekleştirilmelidir, • Transfer edilen malzeme ve ekipmanın kaydını tutun (nitelik ve nicelik, varış noktası).	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tahliye alanına yapılan nakiller, yalnızca Güvenlik Sorumlusunun ve Operasyon Sorumlusunun (Olay Yönetim Ekibi başkanının) izniyle gerçekleştirilir, • Tahliye başarıyla gerçekleştirildikten sonra, hiçbir hastanın geride bırakılmadığından emin olmak için tüm odaları gidip tekrar kontrol edin. Bu son kontrol, 2 kişilik bir ekip tarafından ve güvenlik sorumlusunun izniyle gerçekleştirilmelidir, • Ortaya çıkan herhangi bir güvenlik tehdidini değerlendirin ve bu tehdidi derhal Güvenlik Sorumlusuna (ciddi bir tehlike oluşturabilen her durum açıklanmalıdır) veya Olay Yönetim Ekibi'ne rapor edin, • Transfer edilebilen, en kritik ekipman ve malzemelerin daha güvenli bir yere yerleştirilip yerleştirilmediğini kontrol edin.	
Kullanılacak Materyaller • Tekerlekli sandalyeler, • Yataklar, • Sedyeler, • Durum, acil tahliyeyi gerektirirse, hastaları nakletmek için battaniler, • Krokiler, • Hasta dosyaları, formlar, • Malzemeler ve ekipman (uygun olduğu takdirde). Kalite Kontrol • Her servisin tahliyesinin ardından, servisin tahliye edildiğine dair bir işaret koyun. Tahliye sona erdiğinde, yukarıda bahsi geçen prosedüre uygun olarak, ekip halinde son kez kontrolü yapın. Zaman Dilimi • Tüm hastaların tamamen tahliyesi, servisin tahliye bildirimi geldikten sonra en kısa süre içerisinde gerçekleştirilmelidir.	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Hastane içinde meydana gelen yangın güvenliğine ilişkin SOP, • Tıbbi bakım hizmetinin devamlılığına ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusunun İşAT, • Departman sorumlusunun İşAT,	

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar - Hastane içinde yangın/duman çıkması nedeniyle tahliye karar verildiğinde, tahliye yollarına ilişkin şüphe ortaya çıkarsa, hastaların nereye tahliye edileceğine karar vermeden önce güvenlik sorumlusundan acil yardım talebinde bulunun, - Sağlık personeline yönelik süregelen herhangi bir ciddi risk durumunda, kendinizi ölüm tehlikesi olan bir duruma maruz bırakmayın.	
Sürece Dahil Kişiler - Departman/Servis/Birimde yer alan tüm personel, - Tahliye edilmeyecek olan, civardaki servislerin personeli. (Yardım talebi, olay yönetim ekibi tarafından yapılır).	
Ekler - Tahliye yollarına ilişkin krokiler, - Kayıtlar ve formlar, - Kontrol listesi.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Hasta tahliye kaydı, takip kaydı; Formlar: Tahliye durumunda hasta belirleme formu (her hastaya iliştirilmiş halde)/tıbbi kayıt; Transfer edilebilen ekipman ve malzemelere yönelik kontrol listesi; Raporlama mekanizması; - Olay Yönetim Ekibi'nin talimatlarına uyun. İzleme - Temel faaliyet: Tahliye sırasında ve tahliye alanında tıbbi bakımın devam ettiğinden emin olun.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

OLAYA ÖZEL PLAN ÖRNEĞİ 4

HASTANENİN İŞ SÜREKLİLİĞİNDE KESİNTİ

(İç veya Dış Kaynaklı)

İş Sürekliliği, hastanenin kritik fonksiyon ve süreçlerini etkileyecek dahili ve/veya harici olaylara, performansını etkileyebilecek her türlü kesinti durumuna karşı hazırlıklı olması; önceden kararlaştırıldığı, planlandığı, tatbikat ve diğer yöntemlerle test edildiği şekilde, baş edebilmesinin sağlanmasıdır.

4.1 Hastanede İş Sürekliliğini Etkileyen Durumlar

Hastanede iş sürekliliğini olumsuz etkileyen nedenlerin başında hastanenin **kritik sistemlerindeki kayıplar** ve **dış acil durum/afet hasarları** gelmektedir. Kritik sistemlerin kaybı halinde ve hastane dışından hiçbir yardım alınmadığı durumlarda hastanenin yönetimi için Olaya Özel Plan hazırlanmalıdır.

• Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıplar

Kritik sistemler binanın hizmet verebilmesi için gerekli sistemler, bağlantıları ve uzantılarıdır (su, atık su, elektrik, haberleşme, ısıtma, havalandırma, gaz, tıbbi gaz, jeneratör, transformatör, dağıtım-kontrol panelleri, yangın algılama-söndürme, acil çıkış sistem ve tesisatları vb.). Hastanede kritik sistemlerdeki kayıpların insan ve ekipman bakımından ağır sonuçlara yol açabilecek bir örneği, acil durum jeneratörlerinin arızasıdır. Acil durum jeneratörlerinde arızanın başlıca nedenleri şunlardır:

- o Jeneratör test edildikten sonra yakıtın tamamen doldurulmaması,
- o Yük altında test edilmemiş olması,
- o Bağımsız bir yakıt kaynağına sahip olmaması,
- o Uygun soğutmanın olmaması ve tıkanmış filtre,
- o Çok sayıda jeneratör arasında yük geçişinin yapılamaması,
- o Elektrik sisteminin diyagramının olmaması,
- o Acil duruma yönelik güçlendirilmiş çıkışlar için açık bir tanımın olmaması gibi teknik sebepler.

Hastanenin Destek Hizmetleri kapsamında, kritik sistemlerde arıza sebebini tespit etmeye yönelik kontrol listeleri hazırlanmalı ve daima erişilebilir olmalıdır. Örneğin, elektrik kesintisi, bir birim bünyesindeki elektrik dağıtım sisteminde yaşanan bir arızanın sonucunda da ortaya çıkabilir. Duruma göre, arızayı giderebilmek ya da gerektiğinde hastaları diğer birimlere yeniden dağıtmak için bir eylem planının geliştirilmesi gerekebilir. Bu şekilde Olaya Özel Plan'da ya da uygulama sırasında şekillendirilecek Olay Eylem Planında yer alanlar hususlarda, hastanenin mevcut yapısı ve teknik uygulamaları dikkate alınmalıdır.

• Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlar

Bir dahili acil durum sebebiyle ya da fırtına, deprem ve erişim yollarına zarar veren ani seller gibi bir afet sonucunda hastanenin haberleşmesi, bulunduğu yerleşimle ulaşımı, dış dünya ile irtibatı kesilebilir. Böyle durumlarda İş Sürekliliğinde Kesinti ile ilgili Olaya Özel Plan, Tahliye konusundaki Olaya Özel Plan ile fonksiyonel bağlantısı sağlanarak geliştirilmelidir.

4.2 İş Sürekliliğinin Etkilendiği Durumda Acil Müdahale (Genel İlkeler)

Kritik sistemlerin kaybı ya da temel hizmetlerin sunumunu doğrudan etkileyen her türlü durum halinde, Olay Yönetim Ekibi derhal etkinleştirilir ve ilgili departman, servis ve birimler ile koordineli olarak hastanedeki operasyonlara ilişkin tüm yönetimden sorumlu olur:

- Hastanenin çalışmaya nasıl devam edeceğini belirler ve önceden hazırlanan ilgili Standart Operasyon Prosedürü'nü ve diğer İş Sürekliliği Prosedürlerini etkinleştirir.

- Mevcut kaynakların nasıl kullanılacağını belirler: Kaynakların ve sarf malzemelerinin yeniden tahsisini ve dağıtımını, gerekirse İş Sürekliliği Prosedürü'nü duruma uyarlar.

- Olayın seyrini dikkate alarak Olay Eylem Planı geliştirir, takip eder:

- o Hastalar/personel/ziyaretçilere verilecek gıdaların, ilaçların, IV sıvıların, kanların, tek kullanımlık malzemelerin; personele yönelik özel ekipmanların, tekstil ürünlerinin, reaktifler ve dezenfektanlar gibi temel ürünlerin nasıl dağıtılacağı konusundaki talimatları netleştirir; Hastanenin temel madde stoku ve elektrik üretmek için imkânı sınırlı olduğu için, malzeme dağıtımı ve pay etme konusundaki kararların belirlenmesi özellikle acildir.

- o Yerleşimde olağan kamu hizmetleri verilemiyorsa, şiddetli epidemi ve pandemi durumunda katı ve sıvıların, gıda ve biyomedikal atıkların geçici olarak güvenli bir şekilde depolanması da dâhil olmak üzere, atıkların imhası, olayın gidişatı değerlendirilerek yapılacak Olay Eylem Planında ele alınması gereken diğer bir sorundur. Olay Yönetim Ekibi'nin planlama fonksiyonu çerçevesinde, atıkların tesis alanında yakılma ihtimali de gündeme gelebilecektir.

- o Personelin birkaç saat, hatta birkaç gün boyunca eve dönemeyeceği ve hastanede kalmasının gerektiği durumlarda, Olay Yönetim Ekibi derhal vardiyaları düzenleyecek, personelin dinlenebileceği, gıda ve su ihtiyaçlarını karşılayabileceği alanları tespit edecektir.

4.3 Olay Yönetim Ekibi Tarafından Müdahalenin Yönetimi

a) Hastanenin Kritik Sistemlerinde Kayıp Halinde:

Kritik hizmetler ve birimler için yedek sistemler olsa da, örneğin enerji kesintisi hastaneler için her zaman bir sorundur. Bu nedenle Olay Yönetim Ekibi aşağıdakilerin gerçekleştirilmesi için derhal harekete geçmelidir:

- Yedek enerji sisteminin tamamen çalışır durumda olmasını sağlar.

- Sorun halinde Olay Yönetim Ekibi, teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personelinin yardımıyla, gerekli Olay Eylem Planını geliştirir (yardım hastane dışından da alınabilir).

- Olay Yönetim Ekibi altyapı sorumlusu atar ve aşağıdakilerin yapılması için talimat verir:

- o Teknik bakım hizmetleri personeli ile birlikte mevcut yönetim araçları (Standart Operasyon Prosedürü, Olay Eylem Planı, Formlar, Kontrol Listeleri ve Kayıtlar) tespit edilir ve kullanılacak olanlar seçilir.

- o Belirlenen yönetim araçlarının mevcut duruma uyarlanması sağlanır. Bu tür yönetim araçları yoksa bu durumda, Olay Yönetim Ekibi söz konusu durumun yönetilmesi için gereken yönetim araçlarının temel unsurlarını geliştirecektir (bilgi yönetimine yönelik ihtiyaçlar dâhil).

- o Departman/servis/birim sorumluları ile kritik ekipmanların çalışma düzeyini belirlemek ve yetersizlik ya da aşırı kullanım gibi sorunları öngörmek için, bir izleme sistemi kurulur (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).

- o Derhal kritik sistemlerin güvenliği ve gelecek birkaç saat ve gün için bunların sürdürülebilirliği değerlendirilir (Hastanenin İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklanan mevcut kılavuz, prosedür ve kontrol listeleri kullanılarak).

- o Enerji ve su kaynaklarına öncelik verilir; bunun yanı sıra atıkların imhası gibi kritik sorunlar da göz önünde bulundurulur.

- o Kritik ekipmanların etkili bir şekilde çalışması ya da kritik sistemlerin en kısa sürede onarılması için önceden belirlenen tedarikçi, servis ya da uzmanlar çağrılır.
- o Mevcut prosedürlerin yanı sıra Özel Müdahale Prosedürü gerekiyorsa Olay Yönetim Ekibi ile görüşülür.
- Görevli personel ilgili formlara bilgilerin kaydını yaparak takibini sağlar ve Olay Eylem Planının ilerleyişi konusunda Olay Yönetim Ekibi'ni düzenli olarak bilgilendirir.
- Eğer durum kontrol edilemez seyir gösteriyorsa, Olay Yönetim Ekibi hastanenin bazı bölümlerini tahliye etme ihtimalini dikkate alacak ve bu durumda Tahliye ile ilgili Olaya Özel Plan etkinleştirilecektir.

b) Hastanenin Dış Afetlerden Etkilendiği Durumlarda:

Olay Yönetim Ekibi aşağıdaki işleri gerçekleştirecektir:

- Teknik Bakım ve Güvenlik hizmetlerinden, Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nde açıklandığı şekilde ilgili kılavuzları, prosedürleri ve kontrol listelerini kullanarak, derhal **zararın değerlendirilmesini** istemek.
- Hastane dışından gerekecek teknik uzmanlık ihtiyacını tespit etmek ve teminini sağlamak.
- Her departman/servis/birimin raporlama formunu kullanarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin çalışması ile bağlantılı her türlü sorunu rapor etmelerini istemek.
- Zarar görmüş binaların güvenliği ve/veya kaybı ile ilgili kararların alınmasına katkıda bulunabilecek başlıca taraflar ile acil toplantı yapmak.
- Gerekğinde tahliye yönetimini gerçekleştirmek (Tahliye, her durumda son çare olmalıdır; ancak ciddi şüphelerin olduğu durumlarda tedbir amaçlı (ihtiyati) tahliye önerilmektedir. Bu durumda tahliye, Tahliyeye ilişkin Olaya Özel Plana göre gerçekleştirilmelidir).
- Yerleşimdeki kamu hizmet kurumları/birimleri ile her zaman işbirliği içinde olarak, kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin onarımına yönelik Olay Eylem Planları oluşturmak.
- İzleme mekanizmaları oluşturmak, ilgili form ve bilgi yönetimi kayıt sistemini kullanarak operasyon veya eylemdeki ilerlemeyi düzenli kayıt altına almak ve izlemek.

Olay Yönetim Ekibi teknik bakım hizmetleri ve güvenlik hizmetleri personeline destek amacıyla aşağıdakileri temin edecektir:

- Önceden belirlenmiş Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, kılavuz ve kontrol listelerinin doğru bir şekilde kullanılmasını sağlamak (müdahalenin boyutlarını, seyrini ve güvenilirliğini geliştirmek için güvenli yöntemdir).
- Teknik bakım hizmetlerine yardım etmeleri için mutfak ve çamaşırhane gibi yardımcı hizmetlerden personel görevlendirmek.
- Güvenlik hizmetleri personeli ile sürekli irtibatla olmak.
- Gerekğinde hastane dışından uzman ve teknisyen temin etmek.

4.4 Hastanede İş Sürekliliği Prosedürlerinin Aktivasyon Düzeyleri

Olayla ilgili Hastane İş Sürekliliği Prosedürü, ilgili hizmetlerin sorumluları, önemli dış paydaşlar ve Sağlık Yetkilileri ile koordineli olarak Olay Yönetim Ekibi tarafından etkinleştirilir. İş Sürekliliği Prosedürü aktive edilirken, kısa sürede önemli güvenlik ve sağlık sorunları oluşturacak kötüye gidiş potansiyeli de dahil olmak üzere, durumun ciddiyeti göz önünde bulundurulur. Olay Yönetim Ekibi'nin karar almasına yardımcı olarak, aşağıdaki ölçütler değerlendirilebilir (örnek, hastanede üç düzeyden oluşan **kritik iş (işletme) fonksiyon sınıflamasını** esas almaktadır):

• **A Sınıfı kritik fonksiyonlar:**

- Hastanenin temel hizmetleri sağlaması açısından **hayati önemi olan**, kesintiye uğradığında yatan hastaların, hizmet alanların ve personelin sağlığı ile sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde büyük olumsuz sonuçlar bırakacak fonksiyonlardır.
- Bu fonksiyonlar hastaların ve personelin emniyetini temin etmek için her zaman sürdürülmesi gereken faaliyetleri içeren fonksiyonlardır (örneğin, Yoğun Bakım Ünitesi'ndeki hastaların bakımı).
- **Maksimum kesinti süresi ya sıfır ya da çok kısadır** (birkaç dakikadan daha az)
- Olay Eylem Planı geliştirilirken, İş Sürekliliği Prosedürü hazırlanırken bu fonksiyonlar **öncelikle** dikkate alınmalıdır.
- Risk önleme ve risk azaltma çalışmalarında, bu fonksiyonlara **her zaman** öncelikle dikkat edilmelidir.

• **B Sınıfı kritik fonksiyonlar:**

- Hastanenin temel hizmetleri sağlaması açısından kesintiye uğradığında **sınırlı olumsuz sonuçlar** bırakabilecek, yatan hastaların, hizmet alanların ve personelin sağlığı ile sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde sınırlı olumsuz sonuçlar bırakacak kısa bir süre için, kısmen sekteye uğratılabilen fonksiyonlardır.
- Maksimum kesinti süresi kısadır (birkaç dakika ile birkaç saat arasında).

• **C Sınıfı fonksiyonlar:**

- İlgili fonksiyonun makul bir zaman çerçevesi içinde kurtarılması şartıyla, hastaların ve hizmet alanların sağlığı, personel sağlığı ve sağlık bakım güvenliği ve kalitesi üzerinde hemen olumsuz sonuçlar bırakmayacak, sınırlı bir süre için, kısmen ya da tamamen sekteye uğratılabilen fonksiyonlar.
- Maksimum kesinti süresi, kurtarma prosedürlerinin, temel hastane hizmetlerinin sağlanması üzerinde önemli olumsuz sonuçlar bırakmayacak şekilde uygulanmasına imkân verir.

Olay Yönetim Ekibi, önceden hazırlanması gereken Hastane İş Sürekliliği Prosedürü'nü etkinleştirmek için, yukarıda belirtilen kritik fonksiyon sınıflaması örnekleri gibi karar almasına yardımcı göstergelerle birlikte aşağıdaki derecelendirme örneklerinden de yararlanabilecektir.²

² Örnekler katı normlar değildir, hastane özelliklerine ve olay türüne, koşullarına göre değerlendirilmelidir.

Ölçüt		Sınıflandırma	Skor	Esneklik faktörleri ³
Olayın kapsamı, şiddeti ve süresi (hizmet sunumunun bozulması ve sekteye uğraması ya da hizmet kaybı)	ŞİDDETLİ	Çeşitli kritik iş (işletme) Fonksiyonlarını (A Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) birkaç İş Sürekliliği Prosedürü⁴'nün ve dolayısıyla da İş Sürekliliği Prosedürü'nün tamamen etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay	SKOR 3	- Etkilenen Departman/Servis/Birim, müdahaleyi yönetebilir. - Bölümler arası kilit işlevlere dahil diğer Departman/Servis/Birim'ler de etkilenir; ancak temel hizmetleri sağlamaya devam edebilirler (kilit süreçler ciddi şekilde etkilenmezler)
	ORTA	- Kritik iş (işletme) Fonksiyonlarından (B Sınıfı) birini etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) ve bir Departman/Servis/Birim'in İş Sürekliliği Prosedürü'nün etkinleştirilmesini gerektirecek her türlü olay - OYE' nin görev yaptığı, sadece ilgili bölümün İş Sürekliliği Prosedürünün aktive edildiği olay (tüm iş sürekliliği prosedürü aktive edilmez)	SKOR 2	
	HAFİF	Yalnızca yerel düzeyde (Departman/Servis/Birim; Kurtarma Ekibi) müdahale ile iş (işletme) Fonksiyonlarını (C Sınıfı) etkileyen (ya da etkileme ihtimali olan) her türlü olay	SKOR 1	
Sağlık sonuçları (kapsam, süre)		Birçok insan şiddetli bir şekilde etkilenmiştir	SKOR 3	- Başlangıç aşamasından sonra kötüye gitme eğilimi yoktur - Sağlık ve güvenlik üzerinde uzun vadeli kısıtlı etki
		Birçok insan orta düzeyde etkilenmiştir	SKOR 2	
		Birkaç insan hafif bir şekilde etkilenmiştir	SKOR 1	
Hastalar ve halk sağlığı programları üzerindeki etkilerinin yönetilebilirliği		Sağlık Sistemi ve hastane üzerinde ağır yük oluşturan ya da ele alınması çok zor sağlık sorunları	SKOR 3	- Yeterli miktardaki tıbbi kaynaklar ve ilaçlar - Mevcut tıbbi personel
		Tıbbi kaynakları orta düzeyde tüketen sağlık sorunları	SKOR 2	
		Etkilenen Departman/Servis/Birim dışından sınırlı ekstra kaynak ile yönetilebilir sağlık sorunları	SKOR 1	

³ Skoru bir derece düşürülebilecek faktörler.

⁴ İş Sürekliliği Prosedürünün etkinleştirilmesi daima, ilgili Kurtarma Ekip(ler)inin devreye girmesini gerektirmektedir.

Diğer paydaşlardan dış destek ihtiyaçları	• Olay, yalnızca hastane tarafından yönetilemez durumdadır ve birkaç dış paydaşın büyük oranda yardımını gerektirmektedir (yönetmesi çok zor olacaktır)	SKOR 3	• Sınırlı dış yardım, temel hizmet sunumunun kısa zamanda yeniden başlatılmasına katkıda bulunabilir (iyileşme).
	• Dış paydaşlardan gelen sınırlı yardım ile yönetilebilen olay	SKOR 2	
	• Dış paydaşlardan gelen az miktarda yardım ile kolaylıkla yönetilebilen olay	SKOR 1	
Sağlık personelinin emniyeti	• Tıbbi personele yönelik yüksek sağlık riski	SKOR 3	• Eğitimli sağlık personeli • Yeterli miktarda Kişisel Koruyucu Donanım
	• Tıbbi personele yönelik orta sağlık riski	SKOR 2	
	• Tıbbi personele yönelik düşük sağlık riski	SKOR 1	

İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirme düzeyini belirleme konusunda fikir vermek üzere, yukarıdaki listelemeyi esas alarak, geliştirilen derecelendirme örneği şöyledir:

Derece: 15– 8	Tüm İyileştirme Ekipleri'nin devreye sokulmasını gerektiren şiddetli durum (İş Sürekliliği Prosedürü'nün topyekûn etkinleştirilmesi)	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 3
Derece: 7 – 4	Olay Yönetim Ekibi tarafından ilgili ekiplerin devreye sokulmasını gerektiren durum	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 2
Derece <4	Olay Yönetim Ekibi tarafından ilgili ekiplerin devreye sokulmasını gerektiren durum	İş Sürekliliği Prosedürü etkinleştirilme düzeyi 1

OLAYA ÖZEL PLANLARDA KULLANILAN FORMLAR

A. HAP Kılavuzu Çerçevesinde Kullanılacak Ortak Formlar

- A/1 : Tesis Sistemleri Durum Formu (HAP Kılavuzu Form 5)
- A/2 : Olay Eylem Planı Standart Formu (HAP Kılavuzu Form 6)
- A/3 : Bilgi Yönetimi İçin Genel Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 28)
- A/4 : Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu (HAP Kılavuzu Form 30)
- A/5 : İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu (HAP Kılavuzu Form 22)

B. Olaya Özel Planlar Çerçevesinde Kullanılacak Formlar

- B/1 : Tahliye Edilen Malzeme / Ekipman Takip Formu
- B/2 : Hasta Tahliye Takip Formu
- B/3 : Personel Tahliye Takip Formu
- B/4 : İş Sürekliliği Olay Eylem Planı Formu
- B/5 : Hasar Tespiti ve Sağlık İhtiyaçlarının Belirlenmesine Yönelik Form
- B/6 : Temel Paydaşlarla Bilgi Paylaşımı Takip Formu

EK/ B1

	 HASTANESİ BİRİMİ TAHLİYE EDİLEN MALZEME / EKİPMAN TAKİP FORMU	HAP,FR.
		Yürürlük Tarihi
		Revizyon No
		Revizyon Tarihi
		Sayfa No

Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat	Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati
Tahliye Kararının Tarih ve Saati	Tahliye Bitiş Tarih ve Saati

Sıra No	Malzeme/Ekipman Adı	Miktarı	DURUMU			Tahliye Edildiği Yer	Teslim Eden	Teslim Alan	Açıklama
			Kullanılır	Hasarlı Kullanılır	Kullanılamaz				
1									
2									
3									
4									
5									
6									
7									
8									
9									
10									
11									

	 HASTANESİ BİRİMİ HASTA TAHLİYE TAKİP FORMU	
	HAP.FR.	
	Yürürlük Tarihi	
	Revizyon No	
	Revizyon Tarihi	
Sayfa No		

Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat		Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati
Tahliye Kararının Tarih ve Saati		Tahliye Bitiş Tarih ve Saati

[illegible]

	 HASTANESİ BİRİMİ PERSONEL TAHLİYE TAKİP FORMU	HAP.FR.	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olayın Meydana Geldiği Tarih ve Saat	Tahliye Başlangıç Tarih ve Saati
Tahliye Kararının Tarih ve Saati	Tahliye Bitiş Tarih ve Saati

Sıra No	Personelin Adı Soyadı	TC Kimlik No	Ünvanı	Görevi	Tahliye Edildiği Yer (Hastane/Servis vb.)	Telefon Numarası	Açıklama
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							

	 HASTANESİ İŞ SÜREKLİLİĞİ OLAY EYLEM PLANI FORMU	HAP.FR.....	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay (Ad/ Kod):	Yer (Konum):
Tahmini süre:	
Etkilenen Birim(ler)/İşlevler:	
Göreve Çağrılan Kurtarma Ekibi(leri):	
Olay Eylem Planı'nın uygulamaya geçirilmesinde genel sorumluluk kime ait:	
Olay Eylem Planı'nı hazırlayan: işlev / ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nı onaylayan: işlev / ad ve tarih:	
Olay Eylem Planı'nın adı:	
DURUM ÖZETİ	
Olay Yönetiminin Amacı ve Hedefleri (paydaşlar dahil)	
Başlangıç acil durum yönetimine yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başatma yöntemlerini belirleyin)	
Müdahalede sürekliliğin sağlanmasına yönelik stratejiler (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini, kimin sorumlu olduğunu ve riskle başatma yöntemlerini belirleyin)	
Faaliyetlere yönelik tüm rehabilitasyon/iyileştirme stratejileri (Neyin ne zaman yapılması gerektiğini ve kimin sorumlu olduğunu belirleyin)	
Kaynak ihtiyaçları (Kimin neyi, ne zaman, nasıl ve nerede sağlayacağını belirleyin)	
Kaynak Temini (Ne, ne zaman, nereden, nasıl)	
Bilgi akışı (İhtiyaç duyulan bilgiye kimin sahip olduğu ve kimlerle paylaşılacağı)	
Olay Eylem Planı'nın güncellenmesi ve takibi (Olay Eylem Planı'nın geçerliliğini; ne zaman revize edileceğini; takibinden ve güncelleştirilmesinden kimin sorumlu olacağını belirleyin)	
Haberleşme planı (Teknik detaylar, irtibat listeleri)	
Tahmini maliyet	

*Olay Yönetim Ekibi Tarafından Kullanacaktır.

	 HASTANESİ HASAR TESPİTİ VE SAĞLIK İHTİYAÇLARININ BELİRLENMESİNE YÖNELİK FORM	HAP.FR.	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olayın Niteliği:			
Bu formu dolduran Olay Yönetim Ekibi / Departman (Bölüm) üyelerinin isimleri ve görevleri*:			
Tarih ve saat:			
Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:			
Sıra	Konu	Açıklamalar	Bilgi Kaynağı
1	Acil durumun niteliği		
2	Etkileyen/neden olan faktörler		
3	İşin sekteye uğraması maksimum kesinti süresini aşarsa ve hedeflenen kurtarma süresine uyulamazsa; oluşması beklenen sağlık sorunları (bkz. etkinleştirilen iş sürekliliği prosedürü)		
4	Tesislerin, ekipmanın ve malzemelerin gördüğü hasarlar (fiziksel/yapısal)		
5	Hastane hizmetlerini sunmak için gerekli olan sistemlerin gördüğü hasarlar (özellikle lojistik yönetimi sistemi; nasıl; ne kadar; kaç tane)		
6	Gelecek saatlerde ya da günlerde gerçekleşmesi tahmin edilen olası eğilimler		
7	Mevcut temel kısıtlamalar (personel, haberleşme, lojistik, güvenlik)		
8	Özellikle kritik iş fonksiyonlarının kurtarılması ve temel hastane hizmetlerinin sağlanmasına yönelik eylem öncelikleri (öncelik sırası ya da zaman içindeki sıralamaya göre listeleyin)		
9	Departman ve birim düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
10	Genel hastane düzeyinde müdahale (kapasite, imkân ve devamlılık)		
11	Hasarın yeniden değerlendirilmesi ve sağlık ihtiyaçlarının tespiti için uygulanacak olan izleme mekanizmaları ve prosedürleri (sıklık, kim, nasıl, ne zaman, kime rapor edilecek)		
12	İhtiyaç duyulan dış kaynaklara ilişkin ilk değerlendirme (ne, kim, nasıl, ne zaman)		

* Eylemlere yönelik öneriler / Kararlar (tüm temel eylemleri belirtin; ne, ne zaman, kim, nasıl, nerede) doğrudan ve/veya ilgili Departman ile koordineli olarak Olay Yönetim Ekibi tarafından doldurulacaktır.

 T.C. Sağlık Bakanlığı	HASTANESİ..... TEMEL PAYDAŞLARLA BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU		
	HAP.FR.....		
	Yürürlük Tarihi		
	Revizyon No		
	Revizyon Tarihi		
	Sayfa No		

Olay Adı:	Yer (Konum):	Başlangıç Tarihi:
Etkilenen hastane işlevi/işlevleri:		
Sayfa Numarası:		

[illegible]

Olay Yönetim Ekibi tarafından İş Sürekliliği Olaya Özel Planında kullanılacaktır.

Bu kayıt, yalnızca ana paydaşlar için kullanılmaktadır (ilk müdahale edenler, diğer hastaneler, ana tedarikçiler). Bu kayıt belgesi, her zaman “genel bilgi takip kayıt belgesi” (Form ...) ile birlikte doldurulmalıdır.

**HASTANE AFET VE
ACİL DURUM PLANI
HAZIRLAMA KILAVUZU
EKLERİ**

EKLER

EK 1	1. İş Akış Talimatları	109
	2. Standart Operasyon Prosedürleri	118
	3. Formlar	161
EK 2	Ek 2-A Güvenli Hastane Kontrol Listesi	211
	Ek 2-B KAISER Risk Analizi	251

EK 1

1. İş Akış Talimatları	a. HAP Başkanı İş Akış Talimatı	109
	b. Acil Servis Sorumlu Hekimi İş Akış Talimatı	111
	c. Eczane Ekip Lideri İş Akış Talimatı	113
	d. Görüntüleme Birimi Çalışanı İş Akış Talimatı	115
	e. Güvenlik Sorumlusu İş Akış Talimatı	116
2. Standart Operasyon Prosedürleri		118
SOP 1	Tedavi imkan ve kapasitesinin ilk değerlendirmesi	118
SOP 2	Acil müdahale planında olay bildiriminin ele alınması	120
SOP 3	Olay yönetim ekibinin aktive edilmesi, Olay Yönetim Merkezi ve Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesi	122
SOP 4	Hastane afet triyaj alanı ve gelen hastalara yönelik harici trafik akışı ve hasta naklinin yönetimi	124
SOP 5	Tıbbi triyaj yönetimi	127
SOP 6	Acil servis yönetimi ve hastaların departman/servis/birimlere nakli	129
SOP 7	Departman/Servis/Birim müdahale prosedürünün aktivasyonu	132
SOP 8	İnsan kaynakları yönetimi	135
SOP 9	Genel bilgi ve risk iletişimi yönetimi	137
SOP 10	Lojistik ve malzeme yönetimi	140
SOP 11	Eczane yönetimi: temel ilaçlar, aşılar, koruyucu ekipman ve diğer malzemeler	142
SOP 12	Laboratuvar ve kan bankası yönetimi	144
SOP 13	Psikososyal hizmetlerin yönetimi	146
SOP 14	Ailelere yönelik alanların yönetimi	148
SOP 15	Güvenlik yönetimi	150
SOP 16	Temizlik hizmetleri, çamaşırhane ve atık yönetimi	152
SOP 17	Ölü ve kayıpların yönetimi – geçici morg	154
SOP 18	Teknik bakım hizmetlerinin ve kritik ekipmanın yönetimi	156
SOP 19	Eğitim programları ve plan tatbikatı	158

3. Formlar

161

Form-1	HAP Organizasyon Görevlendirme Formu	161
Form-2	Brifing Formu	162
Form-3	Olay Bildirim Formu	163
Form-4	Operasyon Kayıt Formu	164
Form-5	Tesis Sistemleri Durum Formu	165
Form-6	Olay Eylem Planı Standart Formu	168
Form-7	Olay Eylem Planı Takip Kayıt Formu	169
Form-8	Hastane Giriş Kayıt Formu	170
Form-9	Hasta Dosyası Formu	171
Form-10	Hasta Takip Listesi Formu	172
Form-11	Hastane Olay İstatistik Formu	173
Form-12	Hasta Son Durum Listesi Formu	174
Form-13	Durum Rapor (İdari Birimler) Formu	175
Form-14	Durum Raporu (Yataklı Servis İçin Örnek) Formu	176
Form-15	Hasta Eşyası Teslim Formu	177
Form-16	Mevcut Personel Kayıt Formu	178
Form-17	Göreve Gelen Personel Kayıt Formu	179
Form-18	Personel Mesai Tablosu Formu	180
Form-19	Afet Eylem Planı İş Güvenliği Analiz Formu	181
Form-20	Alanda Personel Görevlendirme Takip Formu	182
Form-21	Alana Malzeme (Demirbaş, İlaç, Tıbbi Sarf vb.) Gönderme Takip Formu	183
Form-22	İlaç, Tıbbi Sarf, Demirbaş vb. Talep Formu	184
Form-23	Malzeme Takip Formu	185
Form-24	Operasyonel Alanlar Formu	186
Form-25	Finans Yönetimi Kayıt Formu	187
Form-26	Lojistik Yönetimi Kayıt Formu	188
Form-27	 Yönetimi Kayıt Formu	189
Form-28	Bilgi Yönetimi Genel Takip Formu	190
Form-29	Hastane İçinde Bilgi Paylaşımı Takip Formu	191
Form-30	Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Formu	192
Form-31	Psikososyal Risk Analizi Formu	193
Form-32	Afet ve Acil Durum Sonlandırma Formu	194
Form-33	Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı Rapor Formu	196
Form-34	Diyaliz Bilgisi Formu	197
Form-35	Hastane Yatak-Oda Bilgisi Formu	198
Form-36	Personel Bilgi Formu	199
Form-37	Hekim Uzmanlık Dalları Bilgi Formu	200
Form-38	Sağlık Personeli Unvan Dağılımı Formu	200
Form-39	Teknik Hizmetler Unvan Dağılımı Formu	201
Form-40	Sözleşmeli Personel Unvan Dağılımı Formu	201

Form-41	Firmalar ve Kritik Tedarikçiler Takip Formu	202
Form-42	HAP Yönetim Ekibi İletişim Formu	203
Form-43	HAP Kurtarma Ekibi İletişim Formu	204
Form-44	HAPYılı Eğitim-Tatbikat Planı Formu	205
Form-45	HAP.... Yılı Eğitim Rapor Formu	206
Form-46	HAP.... Yılı Tatbikat Rapor Formu	207
Form-47	Afet ve Acil Durum Rehberi	208
Form-48	Yapısal Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu	209
Form-49	Yapısal Olmayan Risklerin Azaltılması Uygulama Bilgi Formu	210

TEMEL GÖREVLER İÇİN İŞ AKIŞ TALİMATLARI

Aşağıda yer alan İş Akış Talimatları örnek olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından eklemeler ve düzeltmeler yapılabilir.

<i>“örnek”</i> HAP BAŞKANI İŞ AKIŞ TALİMATI	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi*
Görev; • Olay Yönetim Merkezi ve Olay Yönetim Ekibini (OYE) organize etmek ve yönetmek, • Hastane afet yönetimi ile ilgili acil müdahaleden sonlandırmaya kadar tüm stratejik direktifleri vermek, • Gerekirse hastane tahliye işlemini başlatmak, • Yürütülen faaliyetlerin gerektiğinde sonlandırılmasına karar vermek.	
Gerçekleştirilecek Eylemler İlk Eylemler • HAP Başkanı olarak OYE’yi aktive etmek amacıyla OYE üyelerini(telefon, telsiz, çağrı cihazı vb.) ile çağırın, • OYE’nin hangi pozisyonlarının aktive edileceğine karar verin (tüm faaliyetler için; bir üye birden fazla işlevden sorumlu olabilir), • Acil Müdahale Planı’nın faaliyete geçirilme düzeyi konusunda yetkili üst yöneticilere rapor verin, • OYE üyelerine sorumluluklarını bildiren iş akış talimatları/görev yelekleri/ilgili formlar ve kayıtları dağıtın, • OYE üyelerine, raporlama zamanını belirterek görevler verin, • Sekreteryar işlerini yürütecek personeli belirleyin ve iş akış talimatlarını dağıtın; ilgili formların kullanıma hazır olmasını, doldurulmasını ve kayıtların sekreteryanın kontrolünde olmasını sağlayın, • Olay Yönetim Merkezinde bulunan personel, stoklar, malzemeler ve kapasitelere ilişkin bilgilerin güncelliğini kontrol edin; bilgi takibi yapmak için üyeleri görevlendirin; • Mevcut bilgiyi gözden geçirin ve sonraki iki saat boyunca OYE için ilk olay eylem planını hazırlayın, • Olayın, hastane hizmetlerinin sunulmasına etkisi konusunda bilgi edinin, • Planlama ve Operasyon bölümlerinden OYE tarafından belirlenen zaman dilimine ait olay eylem planını belirlemelerini isteyin, • OYE’nin toplantı ve brifing zamanına karar verin, • Hastane genelinde değerlendirme raporunun zamanlamasına (4, 8, 12, 24, 48 saat) karar verin, • Haberleşme cihazlarının ve personelinin, faaliyete hazır olmasını sağlayın, • Kritik hizmetlerde devam eden faaliyetlerin raporunu alın (ameliyathane, röntgen, acil servis, yoğun bakım ünitesi, ayaktan tedavi bölümü vb.), • Mevcut yatak kapasitesine ilişkin rapor alın.	
Devam Eden Eylemler • OYE üyeleri tarafından karar verilen kaynakların seferber edilmesine izin verin, • Departman/Servis/Birimlerin Sorumluları’yla, OYE için rutin raporlama mekanizmasını ve zamanlamasını belirleyin, • Personel nöbetlerinin düzenlenmesini sağlayın, • İlgili yetkili yöneticiler ile irtibata geçin ve alınan talimatlara göre hareket edin, • Kaynakları izleme kayıtlarının, düzenli olarak güncellenmesini sağlayın, • Olay eylem planının uygulanmasına izin verin (OYE’ye sunuldukları gibi), • Seferber edilen kaynaklarla birlikte yatak kapasitesinin artırılmasına yönelik eylem planını belirleyin, • Hastanenin tıbbi kapasitesine ilişkin olarak düzenli raporlar isteyin.	

Süresi Uzayan Eylemler • Herhangi bir dahili olumsuz olayın derhal rapor edilmesini ve buna karşı tedbir alınmasını ve bu tedbirlerin uygulanmasını sağlayın, • İstenildiği takdirde, Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliği Kriz Koordinasyon Merkezi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Valilik Afet ve Acil Durum Yönetim Merkezi'nde koordinasyon toplantılarına katılın, • Lojistik ve malzeme ihtiyaçlarının, duruma göre öngörülmesini sağlayın, • Tüm personelin psikososyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını ve yeterli düzeyde yönetilmesini sağlayın. Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunun Sona Ermesi • ... (anons, telefon, telsiz vb.) yoluyla aktivasyonun sona erdiğini bildirin, • KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi ve İl SAKOM'a veya Acil Sağlık Hizmetleri'ne (112 KKM), aktivasyonun sona erdiğini bildirin, • Sonraki 24 saat için personel görevlendirilmesini değerlendirin, • Operasyonel süreçlerle ilgili raporlar hazırlayın, • Gerekirse, personelin psikososyal desteğe erişmesini sağlayın, • Olayın değerlendirilmesi sürecine katılın. Eylemlerin Kaydedilme Şekli • Hastaların takibi için..... • Kapasiteleri değerlendirmek için..... • Bilgi paylaşımı için..... • Alınan karar için.....	
Rapor Vereceğiniz Kişi: Üst Sağlık Yetkilisi.....	
Kimlik Belirleme Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.	
Diğer:	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

* Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.

“örnek” ACİL SERVİS SORUMLU HEKİMİ İŞ AKIŞ TALİMATI	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi*
Görev; • Acil Servisin iş yükü ve olay hakkında hızlı ve doğru bilgi paylaşımını sağlayarak Acil Servisin tıbbi müdahalesini koordine etmek ve yönetmek, • Yaralıların birincil klinik değerlendirmesini ve tedavisini kolaylaştırmak, • Rutin acil durumlar ve hasta/yaralılar için temel hizmetlerin sunulmaya devam etmesini sağlamak amacıyla iş yükü ve olası problemler hakkında öngöründe bulunmak, • Afet ve acil durumda Acil Servisin genel yönetimini sağlamak.	
Gerçekleştirilecek Eylemler İlk Eylemler Afet ve Acil Durum Yönetimi Organizasyon şemasını gözden geçirin, • Mevcut Acil Servis personeline, mevcut durum ve personelden beklenenler konusunda bilgi verin, • Taburcu edilebilen veya servislere transfer edilebilen hastaların taburcu edilme ve transfer sürecini organize edin; bu konuda karar alması için bir acil servis hekimini görevlendirin, • Hasta kabullerinin mümkün olduğunca hızlı olmasını sağlayın, • İlgili formların kullanılmasını ve kayıtların tutulmasını sağlayın • Halihazırda mevcut kaynakları değerlendirin, • Acil Servis için Müdahale Prosedürü’nün faaliyete geçirilmesini sağlayın, • OYE ile birlikte hareket edin. Operasyonel Eylemler • Kanıtların daima kurtarılmasını sağlayın, • Resüsitasyona ihtiyacı olanlara özel dikkat göstererek yaralıların bakımını yönetin, • Hastaların servislere etkili ve güvenli bir şekilde transfer edilmesini sağlamak için hasta gönderilecek departman/servis/birimlerle irtibata geçin, • Acil Servise kabul edilen yaralıların, klinik açıdan düzenli bir şekilde incelenmesini sağlayın, • Personelin ihtiyaçlarını tahmin edin ve bu doğrultuda OYE’den istekte bulunun, • Acil Serviste çalışan tüm personele düzenli brifing verin, • Malzeme (ilaç ve diğer maddeler) ihtiyaçlarını tahmin edin ve OYE’den talepte bulunun, • Ölen hastaların, hastane geçici morgu olarak işlev gören özel alanlara transfer edilmesini sağlayın (kimlik tespit etme sürecine katkıda bulunmaya yönelik Standart Operasyon Prosedürü’ne uyun). Süresi Uzayan Eylemler • Diğer servisler için (Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane vb.) planlanan hizmetlerin ve imkânların durumu konusunda son durumdan OYE’yi daima haberdar edin, • Talep edilmesi durumunda, hastane içi transfere yardımcı olun. Acil Servis Müdahale Prosedürü Aktivasyonunun Sona Ermesi • Müdahale Prosedürü aktivasyonunun sona erdiğinden tüm personelin haberdar olmasını sağlayın, • Tüm personelin, psikososyal destek hizmetlerine erişmesini sağlayın, • Normal faaliyetlere geri dönme konusunda bir eylem planı geliştirin, • Olaya yapılan müdahalenin değerlendirilmesine katılın, • Tüm belgeleri Olay Yönetim Ekibine iletin. Eylemlerin Kaydedilme Şekli • Hasta takip çizelgesi • Kayıtlar..... • Formlar.....	

Rapor Vereceğiniz Kişi: Operasyon Şefi (OYE)	
Kimlik Belirleme Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.	
Diğer	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

* Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.

“örnek” ECZANE SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi*
Görev; Olay Yönetim Ekibi ile Eczane faaliyetlerinin koordinasyonundan sorumludur: • Eczanenin personel ihtiyaçlarını belirlemek, • İlaç ve intravenöz sıvıların klinik alanlara hızlıca temin edilmesini sağlamak, • Kullanılan ilaçların kayıtlarının sürdürülmesini sağlamak.	
Gerçekleştirilecek Eylemler İlk Eylemler • OYE ile iletişime geçin, • Tüm faaliyetler için olay kaydını kullanmaya başlayın; Operasyon Şefine durum raporunu sunun, • OYE’den düzenli olarak briefing alın, • Eczane personeline bilgi ve talimatlar verin, • Faaliyetleri düzenleyin ve uzman personelin katılımını sağlayın (7/24), • Eczane tarafından tedarik edilen ilaç ve intravenöz sıvılara veya diğer maddelere olan ihtiyacı değerlendirmek için Acil Servis Sorumlu Hekimi ve kliniklerle iletişime geçin, • Taburcu olan hastaların kullanacağı ilaç/malzemelerin, özel eczanelerden nasıl temin edilmesi gerektiğini belirleyin, • Gerekli olması durumunda acil ilaç veya diğer maddelerin temin edilebilmesi için ecza depolarına hazırda beklemeleri konusunda haber verin. Devam Eden Eylemler • Klinikler ve harici temel paydaşlarla kesintisiz iletişim içinde olun, • Düzenli olarak ihtiyaçları değerlendirin, • Operasyonel briefinglere katılın, • Personele, mümkün olduğunca sık, operasyonel rapor verin ve personeli son durumdan haberdar edin, • Eczane hareketlerinin, olay kayıtları üzerinden izlenmesini sağlayın. Süresi Uzayan Eylemler • Olayın 24 saati aşması durumunda personel için nöbet listesi oluşturun, • Ekip üyelerinden durum raporu alın, • Stres belirtileri gösteren personelin yeterince destek almasını sağlayın, • Operasyon Şefini (OYE), durum ve öngörülen personel kaynaklarından haberdar edin, • Personele dinlenme süresi verin. Acil Müdahale Planı’nın Aktivasyonunun Sona Ermesi • Alınan karar açıklandığında, normal faaliyetlere geri dönülmesini sağlayın, • Tüm personelin yeterince bilgilendirilmesini sağlayın, • Faaliyet raporlarını hazırlayın, • Tüm gerekli belgeleri OYE’ye iletin (özel kayıtlar ve formlar) Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar..... Formlar..... Raporlama mekanizması.....	

Rapor Vereceğiniz Kişi: Operasyon Şefi (OYE)	
Kimlik Belirleme Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.	
Diğer	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

* Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.

“örnek” GÖRÜNTÜLEME BİRİMİ ÇALIŞANI İŞ AKIŞ TALİMATI*	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi**
Görev; Görüntüleme birimi ile Olay Yönetim Ekibi arasındaki koordinasyondan sorumludur: • İlerleyen saatler için görüntüleme biriminin işlem kapasitesini değerlendirmek, • Acil olmayan görüntüleme işlemlerini iptal etmek ve hastanın gönderen kliniğe geri sevk edilmesini sağlamak, • Yapılan işlemlerin eksiksiz bir şekilde kaydedilmesini sağlamak, • Gerektiğinde görüntüleme biriminin imkan ve kapasitesini artırmaya yönelik ek planlamalar yapmak, • Görevi devralacak personel gelene kadar birime liderlik etmek.	
Gerçekleştirilecek Eylemler İlk Eylemler • Röntgen, bilgisayarlı tomografi ve ultrason çekmek için Birimin mevcut kapasitesini (personelin ve diğer kaynakların mevcudiyetini) değerlendirin, • Servislere geri gönderilebilecek hastaları belirleyin ve bu hastaları servislere transfer edin, • Acil olmayan tüm işlemleri iptal edin, • OYE ile işbirliği yapın, • Kayıt tutmak için ilgili formları ve kayıtları kullanın. Birim Amiri Görevi Üstlenene Kadar Devam Eden Eylemler • OYE ile koordinasyonu sağlayın, • Birimin faaliyetlerini yönetin ve personeli yönlendirin, • Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlayın, • Düzenli olarak Birimin imkân ve kapasitesini değerlendirin ve düzeltici önlemleri alın veya OYE’den destek (personel, malzemeler vb.) isteyin. Birkaç Saatten Fazla Görevde Kalmanız Durumunda, Süresi Uzayan Faaliyetler • Personeli yönlendirmeye devam edin, • Faaliyetleri yönetmeye devam edin, • İmkân ve kapasiteyi izlemeye devam edin, • Tüm faaliyetlerin kaydedilmesini sağlamaya devam edin, OYE ile işbirliği yapın. Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar..... Formlar..... Raporlama mekanizması.....	
Rapor Vereceğiniz Kişi: Operasyon Şefi (OYE)	
Kimlik Belirleme Görev yeleğinizi giyin ve ilgili personele yelekleri dağıtın.	
Diğer	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

*Bu İş Akış Talimatı, görevde hekim varsa kıdemli hekim tarafından, yok ise çalışan hekim tarafından, hekimin bulunmadığı hastanelerde görev yapan yetkilendirilmiş teknisyen veya kıdemli teknisyen tarafından yapılır.

** Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.

“örnek” GÜVENLİK SORUMLUSU İŞ AKIŞ TALİMATI	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi*
Görev; - Hastanenin tüm alanlarında genel güvenlik (emniyet, asayiş) faaliyetlerini koordine etmek, - Hastane “afet alanı” korumasını ve dış trafik akışını düzenlemek ve uygulamaya koymak, - Kolluk kuvvetleriyle birlikte hastaneye erişimin, hastaneye ulaşan hasta ve kişilerin ilgili alanlara yönlendirilmesini sağlamak.	
Gerçekleştirilecek Eylemler İlk Eylemler - Operasyon Şefinden durum ile ilgili talimat ve bilgi alın, - Durum tespiti toplantılarına katılın ve uygun müdahaleyi belirleyin. Bu müdahale; ihtiyaca göre hastaneden hızlı ve güvenli bir şekilde tahliyeyi, dış kaynaklardan gelecek muhtemel yardımların yönlendirilmesini içerebilir, - Tüm faaliyetlerin, konuların ve kararların olay kayıtlarını başlatın ve Operasyon Şefine düzenli yazılı durum raporları verin, - Gerekli durumlarda, denetimli giriş çıkış kontrolü sağlayın, - Yetkisi olmayan kişileri yasak bölgelerden çıkartın, - Ek güvenlik personeli seferber edilene kadar, geçici personel temin etmek için ilgili hizmetleri talep edin, - Acil Servis / Triyaj alanı ve diğer alanları (örneğin; morg, aileler için alanlar); ambulans ve eş zamanlı veya daha sonra gelecek ambulansların giriş ve çıkış noktalarını açık tutun, erişimi yalnızca yetkili araçlarla sınırlandırın, - Araç parkı erişimini ve kullanımını kontrol edin, erişimi yalnızca yetkili araçlarla sınırlandırın. Devam Eden Eylemler - Güvenlik personeli riskler ve güvenli olmayan durumlara karşı bilgilendirin ve tespit edilen sorunları OYE Güvenlik Sorumlusuna bildirin, - Gerektiğinde, yetkisi olmayan personelin erişimini kısıtlamak için tahliye alanlarında önlem alın, - Kurumlar arası koordinasyon yetkilisi (OYE) aracılığıyla itfaiye, kolluk kuvvetleri ve diğer ilgili kurumlarla irtibata geçin, - Güvenlik personelinin rutin brifinglerini belirleyin, - Araç ve yaya trafik kontrolünü gereken tüm araçlarla sağlayın, - Telsiz konuşmalarını takip edin, - Lojistik Şefinin talimatı doğrultusunda; gıda, su, ilaç ve kan kaynaklarını güvenli hale getirmek için destek hizmetleri personeliyle birlikte hareket edin, - Güvenlik personeli düzenli olarak durumdan haberdar edin, - Güvenlik personeline ilgili formları ve kayıtları kullanmaları talimatını verin, takip edin. Süresi Uzayan Eylemler - OYE ile sürekli irtibat halinde olun, - Planlama Şefi (OYE) ile istişare ederek, ilave güvenlik personeli için harici hizmet sunucularıyla bağlantıya geçme ihtiyacını gözden geçirin, - Tüm güvenlik personeli gözlemleyin ve stres belirtisi gösterenlerin yeterli düzeyde desteğe erişmesini sağlayın, - Personle dinlenme süresi verilmesini sağlayın, - Olaya müdahalenin değerlendirilmesine katılın.	

Acil Müdahale Planı'nın Aktivasyonunun Sona Ermesi Müdahaleye son verme kararı alındığında; iyileştirme aşamasına veya olağan işleyişe rahat geçişi kolaylaştırmak için çalışma düzeninizi gözden geçirin. Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar..... Formlar..... Raporlama mekanizması.....	
Rapor Vereceğiniz Kişi: Operasyon Şefi (OYE)	
Kimlik Belirleme Görev yeleğinizi giyin ve güvenlik personeline ilgili yelekleri dağıtın.	
Diğer	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

*Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi HAP Komisyonu tarafından uygun görülen zaman dilimi şeklinde hazırlanacaktır.

STANDART OPERASYON PROSEDÜRLERİ

Aşağıda yer alan Standart Operasyon Prosedürleri örnek olarak verilmiştir. Hastaneler tarafından eklemeler ve/veya düzeltmeler yapılabilir.

Standart Operasyon Prosedürü No 1 TEDAVİ KAPASİTE VE YETENEĞİNİN İLK DEĞERLENDİRİLMESİ	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Hastanenin tıbbi bakım hizmetini sağlamaya yönelik mevcut kapasite ve yeteneğini değerlendirmek. Hedefler Hastaneye kabul edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek, • Ayakta tedavi edilecek hasta/yaralıları hizmet sunmak için hastanenin (nicel) kapasitesini değerlendirmek, • Kritik hizmetlerin iş sürekliliğini sağlamak amacıyla nicel kapasitesini değerlendirmek, • Tıbbi bakım hizmeti ve/veya özellikli tıbbi bakım hizmetlerini (kimyasal olay, epidemi vb.) yeterli düzeyde sunmak için hastanenin (nitel) kapasitesini değerlendirmek, • İlk 6 saat içerisinde hastaneye gelen hastaları önceliklendirmek ve tedavi etmek amacıyla Acil Servisin ve/veya afet triyaj alanının imkan ve kapasitesini değerlendirmek, • İlk 24 saat sonunda söz konusu kapasite ve yetenekte meydana gelebilecek değişimleri değerlendirmek.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • Hâlihazırda kullanılmakta olan, boşaltılabilecek ve eklenebilecek yatakların, sayısını değerlendirin (koridorlardaki sedyeleri dahil), • Yatakların kullanımını işlevsel hale getirmek için sonraki 24 saat içinde olabilecek değişiklikleri göz önünde bulundurarak personel, malzeme ve temel ekipman sağlama kapasitesini değerlendirin. Diğer sağlık tesisleri, özel sektör veya akredite gönüllülerden (sağlık veya genel gönüllü) gelen ek personel ile hastaneyi destekleyin, • Sonraki 48 saat içerisinde meydana gelebilecek olası değişiklikleri dikkate alarak, travma ve cerrahi bakıma yönelik maksimum kapasiteyi değerlendirin, • Kan bankası, eczane, laboratuvar, görüntüleme gibi kritik hizmetler sunan birimlerin maksimum kapasitelerini değerlendirin (hizmet verilebilecek hafif, orta, ağır yaralı/hasta sayılarını tahmin edin), • Görev başında bulunan ve göreve çağırılacak personel (sağlık, idari ve teknik) durumunu ve sonraki 24 saat içerisinde meydana gelebilecek olası personel değişimini değerlendirin, • İdari desteğin imkân ve kapasitesini değerlendirin, • Değerlendirme aşağıdakileri içerir: - o Tüm Departman/Servis/Birim Sorumlularından, hali hazırdaki personelin sayı ve yeterliklerini tahmin etmelerini ve olası değişimi değerlendirmelerini isteyin, • Zamanla meydana gelebilecek değişimi ve temel hizmet sunumuna yönelik sürdürülebilirliği belirleyin (personelin yeterliğini ve ihtiyaç duydukları temel malzemeleri göz önünde bulundurarak).	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • İş güvenliği prosedürleri, personel ve hastalar için olağan durumdaki gibi aynen uygulanmalıdır, • Yataklar hazırlanmadan (çarşaf değişimi, yastık vb.) hasta yatırılmamalıdır.	

Kullanılacak Materyaller • Kayıtlar, formlar, kontrol listeleri..... Kalite Kontrol • Departmanlar/servisler/birimler kendilerinden istenen kritik bilgileri, en kısa sürede hazırlayarak, değerlendirilmek üzere OYE'ye sunarlar. Zaman Dilimi • Acil Müdahale Planı'nın etkinleştirilmesinden itibaren belirlenen periyotlarda detaylı bilgi alınır.	
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar İle Koordinasyon İlgili Olaya Özel SOP (örneğin; epidemi veya kimyasal olay); • Triyaj faaliyetlerine ilişkin Standart Operasyon Prosedürü, • Acil Servis birimine ilişkin Standart Operasyon Prosedürü, • Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürleri, • Hastaneler arası sevkten sorumlu yöneticiler ve sağlık yetkilileriyle düzenli olarak bilgi paylaşımı: bilgilendirme için takip kayıtlarını kullanın (bilgi yönetimine bakınız) - OYE tarafından gerçekleştirilir.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Herhangi bir departman/servis/birim, istenilen bilgiyi sağlayamazsa, kabaca bir tahminde bulunun (tahminlerde olası en düşük kapasiteleri kullanın), • Olay, personelin iş yerine ulaşmasını engelleyecek boyutta ise hastanenin tedavi imkân ve kapasitesinin düşebileceğini göz önünde bulundurun.	
Sürece Dahil Kişiler • OYE üyeleri, • Tıbbi bakım, hemşirelik bakımı, idari hizmetler ve lojistik sorumluları.	
Ekler •	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Formlar: Raporlama mekanizması: • Acil Müdahale Planı'nın ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın. İzleme • OYE, hastanenin tedavi imkan ve kapasitesinin gelişimini, belirlenmiş periyotlarla değerlendirmeye devam eder.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi:	Revizyon:

Standart Operasyon Prosedürü No 2 ACİL MÜDAHALE PLANINDA OLAY BİLDİRİMİNİN ELE ALINMASI	Eylemlerin gerçekleştirelmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Herhangi bir olay bildiriminin, Acil Müdahale Planı ilke ve prosedürleri doğrultusunda derhal ve etkili bir şekilde ele alınmasını sağlamak. Hedefler: • Olay bildirimini doğrulamak ve olayın ciddiyet derecesini değerlendirmek, • OYE'nin aktive edilmesiyle, Acil Müdahale Planının etkinleştirilmesine ilişkin karar alınmasını sağlamak/başlatmak, • Olay Yönetim Merkezini açmayı göz önünde bulundurmak, • Hastane içinde temel paydaşlarla (güvenlik, lojistik, klinikler vb.) iletişime geçmek, • OYE, Olay Bildirim ve Alarm İşleme Şablonunun güvenilirliğini Acil Müdahale Planı tatbikatları ile düzenli olarak kontrol etmelidir.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler (15 dakikadan kısa sürede bildirim değerlendirmek ve olayı doğrulamak) • Olay bildirimini değerlendirmek için olay bildirim ve alarm işleme şablonunu kullanın, • İlerleyen saatlerde tıbbi bakım hizmetlerine yönelik talep ve olası değişiklikler açısından olayın ciddiyetini (büyüklük, kapsam, etkilenen kişi sayısı vb.) değerlendirin, • Hastanenin, sadeleştirilmiş ve önceden belirlenmiş kontrol listesini kullanarak söz konusu talebi karşılama kapasitesini değerlendirin, • Temel hastane hizmetlerinin sunumunu ve sürekliliğini sağlamada olası eksiklikleri değerlendirin (ilk değerlendirme), • Acil Müdahale Planının aktivasyonunun gerekip gerekmediğini değerlendirin, • İlgili kişileri bilgilendirin (görevlerine göre), • Formu kullanarak orijinal iletiyi kaydedin.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Hastane iş güvenliğinin genel bir ön değerlendirmesini yaparak söz konusu olayın güvenlik ve emniyeti tehdit edip etmediğini değerlendirin.	
Kullanılacak Materyaller • Acil Müdahale Planı'nın Bölümü • İş Akış Talimatı..... • Standart Operasyon Prosedürü..... • Kontrol Listesi..... • Olay Bildirim ve Alarm İşleme Şablonu Kalite Kontrol • Bilgilendirilen kişilerin takibini sağlayacak formu kullanın, • Kamu Hastaneleri için KHBGS Kriz ve Koordinasyon Merkezi'ni, diğer hastaneler için İl SAKOM'u veya Acil Sağlık Hizmetleri (112 KKM)'nin bilgilendirilmesi. Zaman Dilimi • Acil (15)	
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar İle Koordinasyon • OYE'nin aktive edilmesi için standart operasyon prosedürü, • Olay Yönetim Merkezinin açılması (aktive edilmesi) için Standart Operasyon Prosedürü.	

Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • OYE üyeleriyle irtibata geçemezseniz, görevdeki en kıdemli sağlık personeliyle hemen bilgiyi paylaşın ve karar alma sürecini başlatın, • Olay, hastaneyi tehdit ediyorsa, OYE'yi seferber edin ve Kamu Hastaneleri için KH-BGS Kriz ve Koordinasyon Merkezi'ni, diğer hastaneler için İl SAKOM veya 112 Komut Kontrol Merkezini bilgilendirin.	
Sürece Dahil Olan Kişiler • OYE üyeleri, • Acil Müdahale Planıbölümünde açıklandığı gibi, kıdemli sağlık personeli.	
Ekler • Olay bildirim formu, • Talepleri karşılamak amacıyla gerekli tedavi kapasitesinin kabaca tahminine yönelik kontrol listesi.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Form: Raporlama mekanizması • Acil Müdahale Planı'nın ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın. İzleme • Bir saat sonra Kamu Hastaneleri için KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezi'ni, diğer hastaneler için İl SAKOM'u veya Acil Sağlık Hizmetlerini (112 KKM) bilgilendirin. • Bilgilendirilen kişilerin izlem kararı alıp almadığını kontrol edin;	
Güvenlik kaygısı	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No 3 OLAY YÖNETİM EKİBİNİN AKTİVE EDİLMESİ, OLAY YÖNETİM MERKEZİ VE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE PLANI'NIN AKTİVE EDİLMESİ	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Yönetim yapısını derhal aktif hale getirmek. Hedefler • Mümkün olduğunca çok olay yönetim ekip üyesini aktive etmek (pozisyonlar/fonksiyonlar), • Olay Yönetim Merkezini açmak ve ilk OYE toplantısını yapmak, • Mevcut üyelere göre Olay Yönetim Ekibi'ni düzenlemek, • Mevcut üyeler arasında görev ve sorumlulukları dağıtmak, • Etkili yönetim ve koordinasyonu sağlamak üzere Olay Yönetim Merkezi'ni işlevsel hale getirmek, • Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine karar vermek.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • Olay Yönetim Merkezi'ni açın, • OYE çalışmaları için Standart Operasyon Prosedür'leri, İş Akış Talimatları, kayıtlar, kartlar, standart protokoller ve ekipmanın mevcut olup olmadığını kontrol edin, • Olay Yönetim Merkezi'ndeki haberleşme araçlarını kontrol edin, • OYE'nin çalışma yöntemine karar verin, • OYE'nin çalışmalarını kolaylaştırmak için destek personelin hazırda bulunmasını sağlayın, • OYE'nin mevcut üyeleriyle, var olan bilgileri ve Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyini göz önünde bulundurarak güncel durumu değerlendirin ve acil ihtiyaçları belirleyin, • Hastane içi ve dışındaki ana paydaşlarla öncelikli faaliyetlerin kararlaştırılmasına yönelik koordinasyonu sağlayın, • Yangın gibi devam etmekte olan bir iç tehdidin meydana gelmesi durumunda, Olay Yönetim Merkezi için alternatif bir oda da dâhil olmak üzere; OYE'nin çalışmasını sürdürmeye yönelik destek sistemlerini belirleyin, • Pandemi durumunda, OYE toplantılarına, hastane enfeksiyon önleme ve kontrol programı sorumlusunu dahil edin, • OYE üyeleri, işlenmesi/değerlendirilmesi gereken verileri tespit etmelidir. Çok sayıda veri türü olmasına rağmen, yalnızca karar vermeye yönelik verilere odaklanılmalıdır. Acil ihtiyaç duyulan ve sonraki birkaç saat içerisinde ihtiyaç duyulacak olan veriler acil durum türüne (kitlesel travma, zehirlenmiş hastalar veya pandemi) göre değişiklik gösterebilir: • Veri kaynağı nerededir; veri nasıl toplanır, • Kim ne yapacak, • Veriler Olay Yönetim Merkezi'nde nasıl muhafaza edilir ve zamanla nasıl işlenir, • İç ve dış koordinasyon tedbirlerini (AMP'de açıklandığı gibi) ve bunların mevcut duruma nasıl uyarlanacağını belirleyin (bilgi yönetimi bölümüne bakınız), • İlk 48 saat ve sonrasında, OYE'nin çalışmalarının nasıl düzenleneceğine karar verin, • AMP'nin aktivasyon düzeyini yeniden teyit edin ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürlerinin aktivasyonuna gerek olup olmadığına (gerek varsa hangi müdahale prosedürünün aktive edileceğine) karar verin, • Hangi alanların açılması gerektiğine karar verin, • Personelin nasıl geri çağırılacağına karar verin, • Mevcut personelin ne yapacağına karar verin (hastanede kalacak mı kalmayacak mı?), • Geri dönen personelin toplanma noktasının neresi olacağına karar verin, • Sağlık yöneticileri ile irtibata geçin ve bilgi paylaşımında bulunun.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Olayın, temel hastane hizmetlerinin sunulmasını engelleyip engellemeyeceğini ve hastanenin, personelin ve hastaların güvenliğini tehdit edip etmeyeceğini kontrol edin.	

Kullanılacak Materyaller - Alınan bilgileri ve gerçekleştirilen eylemleri kaydetmeye yönelik formlar ve kayıtlar (zaman, bildirimin içeriği, temel eylemler, bildirim ve alarm işleme şablonunun kim/ kimler tarafından kullanıldığının kaydı, sağlık yöneticileri ile iletişim), - Görev Yelekleri, - Olay Yönetim Merkezi ekipmanı. Kalite Kontrol - İrtibata geçilen OYE üyelerinin görevleri konusunda net talimatlara ulaşmaları için; kullanacakları formların ve standart operasyon prosedürlerinin hazır bulundurulmasını sağlayın, - Olay Yönetim Merkezi'nin açılmasını ve işlevsel olmasını sağlayın. Zaman Dilimi 2 saatten kısa sürede	
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon - Çeşitli alanlara ilişkin SOP (özellikle acil servis ve afet triyaj alanı), - Departman, servis ve birimlere ilişkin müdahale prosedürleri, - Sağlık yöneticileri ile bilgi paylaşımı, - Personel bilgilendirmeye ilişkin SOP.	
Karşılaşılabilecek özel durumlar Hastane dışı olayın hastane hizmetlerine ilişkin olumsuz sonuçlar doğurma ihtimali durumunda, Olay Eylem Planını geliştirin (proaktif tutum ve öngörü).	
Sürece Dahil Olan Kişiler - OYE üyeleri, - Sağlık yetkilileri.	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar : Formlar: Raporlama mekanizması - Acil Müdahale Planı'nın ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın. İzleme - OYE, operasyon ve faaliyetlerin koordinasyonu, kaynakların etkin yönetimi, hastane içi ve hastane dışı paydaşlarla bilgi paylaşımında ortaya çıkabilecek önemli sorunları mümkün olan en kısa sürede tespit etmek için yönetim sistemlerinin izlenmesine karar vermelidir.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No: 4 HASTANE AFET TRIYAJ ALANI VE GELEN HASTALARA YÖNELİK HARİCİ TRAFİK AKIŞI VE HASTA NAKLİNİN YÖNETİMİ	Faaliyet gerçekleştirme ve raporlamaya yönelik zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Gelen tüm hastalara kritik tıbbi bakım hizmetleri sağlanırken, afet ve acil durum nedeniyle gelen hastaların triyajının yapılarak, hayat kurtarıcı acil tıbbi bakım almalarını sağlamak. Hedefler • Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde afet triyaj alanını oluşturmak: - o Fiziki koşulları sağlamak (konum, ışık, güvenlik, erişim vb.), - o Ekipman ve ilaçları sağlamak, - o Personel sağlamak (sağlık personeli, taşıyıcı-sedye personeli, idari personel vb.), - o İş güvenliği ve emniyeti sağlamak. • Triage ekiplerinde çalışacak personeli belirleyerek tıbbi triyaj faaliyetlerini organize etmek, • Hastane afet triyaj alanındaki işleri organize etmek ve bu işleri Acil Servis’le koordinasyon içinde yürütmek, • Gelen tüm hastaların mutlaka kayıt altına alınmasını ve kayıtların eksiksiz yapılmasını sağlamak, • Gelen hastaları tıbbi bakım ihtiyaçlarına göre ilgili departman/servis/birimlere sevk etmek (Acil Servis, Yoğun Bakım Ünitesi, Ameliyathane, Ayaktan Tedavi Bölümü vb.), • Nakil araçları ve yürüyebilen hastalar için harici trafik akışını organize etmek, • Tıbbi bakım hizmetlerinin kaydedilmesini sağlamak ve gerektiğinde hastaya refakat etmek, • Hastaların triyajını yaparak hastanenin tıbbi bakım kapasitesini arttırmaya katkıda bulunmak, • Hastane alanı içinde güvenliği sağlamak.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • Acil Servise ve hastanenin diğer servislerine erişimi, yalnızca iyileştirilebilir ağır vakalar ve kısıtlı kaynaklara erişerek fayda görebilecek ağır vakalar için sağlamak.¹ Bu nedenle: - o Hafif yaralanmalar ya da diğer hafif tıbbi durumları Acil Servis dışında tedavi etme seçeneğini göz önünde bulundurun, - o Hafif yaralıları tedavi etmek için Ayaktan Tedavi Bölümü (ATB) açın. Halihazırda ATB varsa ve mekân bakımından sorun yoksa genişletin ve güçlendirin, - o Olağan ATB hastaları, OYE aksini belirtmedikçe rutin tesislere (polikliniklere) yönlendirilmelidir, - o OYE bazı ATB faaliyetlerini durdurabilir, - o Özellikle ATB, Acil Servise yakınsa, erişim sorunları ve aşırı yoğunluğa sebep olarsa, aciliyeti olmayan tüm ATB konsültasyonlarının iptal edilmesi tavsiye edilmektedir, - o Eğer bazı ATB faaliyetler iptal edilirse, bu durumda rutin olarak gelen hastalara nasıl haber verileceğine karar vermek gerekmektedir; (Örn: MRHS’den randevu alan hastalara, randevu iptallerini duyuracak bir sistem kurulmalıdır). • Hastane afet triyaj alanını bir saatten daha kısa sürede çalışır hale getirmek için uygun önlemleri alın: - o Hastane afet triyaj alanını açmak, bu alana yedekli personel tayin etmek, bu alanın güvenliğini sağlayıp donatmak ile ilgili Acil Müdahale Planında açıklanan prosedürleri esas alın, - o Hastane afet triyaj alanında kimin çalışacağına, hangi faaliyetlerin gerçekleştirileceğine, hangi formların, kayıtların, prosedürlerin ve iş akış talimatının kullanılacağını belirleyin,	

¹ Pandemik bir durumda önemli bir konudur. Dahil edilme kriterlerinin (hastaneye kabul edilme için) ve hariç tutma kriterlerinin (acil servislere kabul etmeme) tanımlanması çok önemlidir. Gerçekten de pandemik bir durumdaki en büyük sorun, yalnızca hastaneye yatırılmaya ile ilgili fayda sağlayabilecek ağır hastalara yönelik az bulunan kaynaklara erişimi kısıtlamak olabilir.

- o Kullanılabilecek standart tedavi protokollerinin neler olduğu belirlenmelidir, - o Hastane afet triyaj alanıyla OYE ve acil servis arasında bilgi paylaşımının nasıl yapılacağına karar verin, - o Hastane afet triyaj alanına ulaşmak için harici trafik akışını düzenleyin/düzenletin. Triyaj alanından Acil servise ya da diğer servislere hasta naklinin aksamaması için alternatif yollar ile giriş çıkışları belirleyin, - o OYE hastane afet triyaj alanının güvenli bir şekilde organize edilmesine, yönetilmesine destek olur ve süreci takip eder, - o Harici trafik akışını kolaylaştırmak ve bu trafik akışını (ambulanslar) organize etmek için hastane afet triyaj alanının güvenli ve iyi belirlenmiş bir yerde olmasını sağlayın, - o Hastane afet triyaj alanı ve Acil servis ayrı yerlerdeyse bu iki alan arasındaki koordinasyonun etkili olmasını sağlayın, - o Hastane afet triyaj alanının açılacağını ve hastaların kabulünün nasıl organize edileceğini bölgenizdeki Acil Operasyon Merkezi'ne ve nakilden sorumlu ana paydaşlara bildirin; (KHBGS Kriz ve Koordinasyon Merkezi, il SAKOM, Acil Sağlık Hizmetleri 112 KKM), - o Sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin, • Hastane dışı trafik akışını organize edin: - o Hastane afet triyaj alanı ve hastane girişi için güvenliği yönetmekle sorumlu olacak (gerektiğinde kolluk kuvveti ile irtibatı sağlayacak ve birlikte çalışacak) yedekli bir güvenlik görevlisi tayin edin, - o Alanların belirlenmesini, işaret ve posterlerin yerleştirilmiş olmasını sağlayın; - o Triyaj sorumlusu, hasta yakınlarının triyaj alanına alınmasını önermedikçe hasta yakınlarının triyaj alanına girmesine izin vermeyin, - o Önceden belirlenen hasta kartlarını kullanarak hastaların (koma durumunda olanlar dâhil) kaydının yapılmasını sağlayın, - o Hastanın sürekli olarak izlenebilir olmasını sağlayın, - o Hasta kabul alanlarının doğru bir şekilde belirlenmiş, güvenliğinin sağlanmış ve gerekli personelin görevlendirilmiş olduğunu teyit edin, - o İlgili personelin bilgilendirildiğinden ve gerekli koruma/korunma önlemlerinin alındığından emin olun.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Hasta güvenliği için gereken tüm özen gösterilmelidir, Ayrıca kişisel eşya güvenliği de sağlanmalıdır (kişisel eşyaların etiketlenerek polis gözetiminde özel bir odada muhafaza edilmelidir), • Personel güvenliğine yüksek öncelik verilmelidir (özellikle hasta yakınlarının personeli tehdit etme riski vb.).	
Kullanılacak Materyaller • Hastane afet triyaj alanı için gerekli ekipmanlar, acil serviste hazırlanan özel afet stoğunda bulundurulmalıdır, • Hasta kayıtları ve izleme amacıyla gerekli formlar ve kayıt evrakları muhafaza edilmelidir, • Hasta kaydı için gerekli elektronik altyapı sağlanmalı, • Hastane tarafından belirlenen triyaj protokolü, Acil müdahale Planında belirtilmelidir, • Görev yelekleri hazır bulundurulmalıdır, • Triyaj alanındaki ekipman ve ilaçlar için kontrol listeleri hazırlanmalıdır, • Standart operasyon prosedürü hazırlanarak takip edilmelidir. Kalite Kontrol • Hastane afet triyaj alanı gelen hastalar için tamamen aktif durumda olmalı (personel, ekipman; güvenlik), • Harici trafik düzenlenmiş ve trafik akıyor olmalı, • Güvenlik sağlanmış olmalı. Zaman Dilimi • OYE'nin hastane afet triyaj alanını açmaya yönelik kararını müteakip, bir saatten kısa bir sürede kurulmalıdır.	

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Standart Operasyon Planı..... • İş Akış Talimatı..... • Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, • Sağlık yetkilileri ile ve hastaları hastanelere göndermekle sorumlu komuta merkezi arasında düzenli olarak bilgi paylaşımı olmalıdır. Bilgi akışının sağlanması için Kamu Hastaneleri KHBGS Kriz Koordinasyon Merkezini, diğer hastaneler İl SAKOM/ Acil Sağlık Hizmetlerini (112 KKM) Sağlık Yetkilileriyle Bilgi Paylaşımı Takip Kayıt Formu’nu kullanarak bilgilendirmelidir (bilgi yönetimi ile ilgili kısma bakınız), • Hastane içinde sürekli bilgi paylaşımına yönelik olağan prosedürler uygulanmalıdır (OYE’nin kararına göre özellikle Acil Servis, Ayaktan tedavi bölümü ve hastane afet triyaj alanı arasında sürekli bilgi paylaşımını sağlamak için ilgili standart operasyon prosedürlerine bakın, • Hasta kaydı ve hasta takibinin başarısı, ilgili prosedürlerin tam olarak uygulanması ve OYE ile bilgi paylaşımının sağlanmasına bağlıdır, • Diğer alan sorumluları ile birlikte hareket edilmelidir (hasta yakını alanı, medya mensupları alanı, ölenlere ve kişisel eşyalara yönelik alan).	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Bulaşıcı hastalık acillerinde ya da bir epidemi durumunda, Bulaşıcı Hastalık yönetimine ilişkin olaya özel plana bakınız (hastane tarafından hazırlanmalıdır); • Kimyasal bir olay durumunda, Bölüm 3’teki kontamine hastalara ilişkin olaya özel plana bakınız.	
Sürece Dahil Olan Kişiler • Görevlendirilen OYE üyesi, • Triage ekiplerinde çalışan sağlık personeli, • Hastane afet triyaj alanında çalışan büro personeli ve idari personel, • Ana bölümlerin sorumluları, • Güvenlik görevlisi, • Kolluk kuvveti.	
Ekler • Ek	
Eylemlerin kaydedilme şekli Kayıtlar: Formlar: Kontrol listeleri: Raporlama mekanizması • Acil Müdahale Planı’nın “Bilgi Yönetimi” bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın, • İlgili formların kullanımı, • Tedavi edilen ve kabul edilen hastaların kayıtlarının korunması (hasta kartları), • Hasta kayıt ve izlem formları ile diğer kayıtların korunması. İzleme • Gelen hastalar için hastane triyaj kapasitesinin yeterli olmasını sağlayın, • Hastane trafik akışının etkili bir şekilde düzenlenmesini sağlayın.	
Güvenlik Konuları Hastane afet triyaj alanında güvenlik son derece önemli, çok çaba ve dikkat gerektiren bir durumdur. Olayın hemen ardından kolluk kuvveti ile işbirliği sağlanmalıdır.	
İlk yayınlanma tarihi:	Revizyon:

Standart Operasyon Prosedürü No: 5 TIBBİ TRIYAJ YÖNETİMİ	Faaliyet gerçekleştirme ve raporlamaya yönelik zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Gelen her hastanın en uygun tedaviyi alması için hızlı bir şekilde muayene edilerek tıbbi durumunun değerlendirilmesini sağlamak. Hedefler - Gelen tüm hastaların yeterliğe sahip sağlık personeli tarafından klinik olarak değerlendirilmesini sağlamak, - Mevcut personel ve ekipman durumunu göz önünde bulundurarak; hiç zaman kaybetmeden, mümkün olan en fazla sayıda hastaya, farklı tıbbi bakım alanlarına nakletmeden önce hayat kurtarıcı müdahaleleri uygulamak (hastaların ileri tıbbi tedavi alma önceliklerini azaltmak), - Hastaların ileri tıbbi tedavi göreceği tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlamak (acil servis, ameliyathaneler, ayaktan tedavi bölümü vb.), - Hastanenin tedavi kapasitesini aşırı zorlamamak amacıyla hastaneye yatırılan hasta sayısını mümkün olan en düşük sayıda tutmak.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler - Triyaj ekibi/ekiplerinin çalışmaya hazır olduğunu ve bilginin nasıl paylaşılacağını, Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimine bildirmek, - Triyajı yapılmış hastaların Acil Serviste nereye nakledileceğine karar vermek için Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi ile birlikte çalışmak, - Güvenlik tedbirlerinin alınması, personel ve hasta güvenliğinin sağlanması için güvenlik görevlisi ile birlikte çalışmak, - Hastaların Acil Servis ve hastane afet triyaj alanı arasındaki nakillerini uygun bir şekilde gerçekleştirmek, - Tıbbi tedavi ve kararları kayıt altına almak, - Hasta kabul alanlarının güvenliğini sağlamak (gerekirse kolluk kuvveti ile birlikte hareket edin), - Güvenlik görevlisi ile işbirliği yaparak hasta kabul alanlarına yalnızca yetkili kişilerin girebilmesini sağlamak, - Baş tıbbi sorumlunun (Acil Servisten Sorumlu Başhekim Yardımcısı/Acil Servis Sorumlu Hekimi), izin vermediği hasta yakınlarının, Hastane Afet Triyaj alanına ve Acil Servise girmelerini engellemek.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirmek ve hemen Güvenlik Görevlisi'ne (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir) ya da Acil Servis Sorumlusu ve HAP Başkanına rapor etmek.	
Kullanılacak Materyaller - Standart Operasyon Prosedürü, - İşaretler ve posterler, - İşaret şeridi, tenteler ve önceden belirlenmiş diğer materyaller, - Formlar ve kontrol listeleri, - İlaçlar ve tıbbi ekipman (afet stoğu), - Görev yelekleri. Kalite Kontrol - Gelen tüm hastaların triyajlarının yapılmasını ve tıbbi bakım alanlarına yönlendirilmesini sağlamak. Zaman Dilimi - Hastane afet triyaj alanının aktive edilmesinden hemen sonra, - Hastalar hastaneye geldiği sürece.	

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Güvenlik ile ilgili SOP, • Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP, • Acil Servis ve hastane içi trafik akışı ile ilgili SOP, • Harici trafik akışı ve hastane afet triyaj alanının açılması ile ilgili SOP, • Güvenlik sorumlusu İşAT, • Triage alan sorumlusu İşAT, • OYE ve Acil Servis ile koordinasyon.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmediği halde hastalarına refakat etmek istediği durumda konu ile ilgili önlem alınması için hemen güvenlik görevlisi ile temasa geçin, • Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın net ve anlaşılır bir şekilde işaretlenip etiketlenmiş olmasını sağlayın; güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin.	
Sürece Dahil Olan Kişiler • Triage faaliyetine katılan tüm tıbbi personel, • OYE ya da Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından görevlendirilen tüm idari personel ve büro personeli, • Güvenlik personeli.	
Ekler • Farklı alanların konumlarını gösteren haritalar/krokiler, • Kayıtlar ve formlar, • Mevcut malzemelerin kontrol listesi.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Bilgi yönetimi, Formlar: Raporlama mekanizması, • OYE ya da Acil Servis Sorumlu Hekiminin talimatlarına uymak, İzleme • Ana faaliyet: tıbbi bakımın devamlılığını ve sunum kalitesini sağlayın.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No: 6 ACİL SERVİS YÖNETİMİ VE HASTALARIN DEPARTMAN/SERVİS/BİRİMLERE NAKLİ	Faaliyet gerçekleştirme ve raporlamaya yönelik zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Acil servisin, çok sayıda hastaya hizmet verebilecek şekilde çalışır durumda olmasını sağlamak ve hastaların tıbbi bakım alanları arasındaki naklini organize etmek (hastane içi trafik akışı). Hedefler • Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde Acil Servisi, bu plana göre organize etmek (bölümlerin farklı hasta kategorilerine göre oluşturulması), • Rutin çalışma şeklinden, afet ve acil durum çalışma şekline geçiş yapmak (komuta, koordinasyon, bilgi yönetimi), • Personelin, Acil Servisin çeşitli bölümlerinde, net talimatlarla görevlendirilmesini sağlamak, • OYE ile koordineli olarak ek kaynakları (personel, malzeme, ekipman) devreye sokup, tedavi imkan ve kapasitesini arttırmak, • Acil Serviste yoğunluk oluşmasını önlemek için, sağlık hizmetlerini öncelikli tıbbi tedavi ile sınırlandırarak devamlılığını sağlamak, • İlgili personelin her türlü tehlikeli durum hakkında bilgilendirilmesini ve korunmasını sağlamak, • Gerekli malzemelerin ve ekipmanların mevcut olmasını sağlamak (Gereğinin yapılması için her türlü eksiklik hemen OYE'ye bildirilmelidir), • Acil Serviste kalınan süre boyunca ve hastanede ilgili çalışma alanına nakil sırasında öncelikli tıbbi tedavi sunumunun devamlılığını sağlamak, • Acil Servis ile tıbbi bakım alanları (ayaktan tedavi bölümü, ameliyathane, yoğun bakım vb) arasındaki hastane içi trafik akışını yönetmek, • Tıbbi bakımın devamlılığı için gereken önemli belgeleri hastalarla birlikte nakletmek, • Personel ve hastaların (kişisel eşyaları dâhil) güvenlik ve emniyetini sağlamak.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • Görevdeki Acil Servis sorumlusu aşağıdaki konuları OYE ile görüşmelidir: - o Kaliteli ve güvenli sağlık hizmeti (komuta, koordinasyon, işbirliği) sunumu sağlamak amacıyla, Tıbbi bakım ve hemşire bakımı için Acil Servis sorumlularını belirlemek ve rehber, prosedür, İş Akış Talimatlarının kullanıldığından emin olun, - o Diğer birimlerden, Acil servise personel desteğinin nasıl sağlanacağına karar verin, - o Acil Servisin hastane afet triyaj alanının yönetimine nasıl katkıda bulunacağına karar verin. • Acil Servisi; Acil Müdahale Planı'na ya da Acil Servis Müdahale Prosedürü'ne göre yeniden organize edilmesini sağlayın, • Acil Servisin içinde ve dışında ulaşımı kolaylaştırıcı, yönlendirici işaretler ve levhaların doğru bir şekilde yerleştirilmiş olduğunu teyit edin, • Malzemelerin (afet stoğu) ve ekipmanların kullanıma hazır olmasını sağlayın, • Personelin, ilk tıbbi ihtiyaç değerlendirmesine göre çeşitli departman/servis/birimlere tahsis edilmesini sağlayın, • Dahili nakil kapasitesinin yeterli olmasını temin edin (kullanılabilir sedyeler, bu amaca yönelik uygun personel), • Personeli, sorumlulukları konusunda açık bir şekilde bilgilendirin, • Acil servis sorumlu hekimini, acil servisten sorumlu hemşireyi, güvenlik görevlisi ve idari memuru belirleyin, • Gelecek 24 saat içinde görev alacak personeli organize edin. (nöbet /vardiya), • Gelecek 24 saat için personel ihtiyaçlarını değerlendirerek (ek personelin ihtiyaçlarını da göz önünde bulundurularak), OYE ile birlikte nihai kararı alın, • Dahili nakil kapasitesini değerlendirin (kullanılabilir sedyeler, bu amaca uygun personel) ve Departman/Servisler/Birim sorumlularını nasıl hasta alımı yapılacağı konusunda bilgilendirin,	

• Hastaların, tıbbi bakım alanlarına, kapasitelerine göre nakledilmesini sağlayın. Tıbbi bakım alanlarının kullanımına yönelik karar OYE tarafından alınmalıdır. Acil Servis, OYE'nin kararlarına uymalıdır, • Hastane içi trafik akışının tamamen düzenlenmesi için önceden belirlenen kontrol listesinin kullanılmasını sağlayın. Nakil yapacakları, ilgili faaliyet konusunda ve faaliyet tamamlandıktan sonra nasıl kayıt altına alınıp rapor edileceği konusunda bilgilendirin, • Hastaların hastane içi trafik akışının kolaylaştırılmasını temin etmek için güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin, • Hastaların ve personelin geçeceği koridorların, hareketi engellemeyecek şekilde sürekli açık olmasını sağlayın, • Hastaların klinik durumlarına göre dağılımlarını sağlamak için Acil Servisin bölümlerini işaretleyin/ismlendirin, • Hastaların naklini kolaylaştırmak için tüm alanların ve Acil Servis koridorlarının mümkün olduğunca boş olmasını sağlayın (aşırı yoğunluk oluşmasını önleyin), • Hastaların Acil Servis den etkili bir şekilde naklini temin etmek için idari personel tayin edin, • Personelin, hastaların nakli sırasında tıbbi personel tarafından verilen talimatlara uymasını sağlayın (tıbbi bakımın devamlılığı), • Faaliyetleri kayıt altına alın, özellikle tıbbi kayıtların doldurulmasını sağlayın, • Yalnızca yetkili kişilerin Acil Servise girmesini güvenlik görevlisi ile birlikte sağlayın, • Acil Servis sorumlu hekiminin, izin vermediği hasta yakınlarının, Hastane Afet Triyaj Alanına ve Acil Servise girmelerini engelleyin, • Personel, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarının artacağını göz önünde bulundurun, • Gelen hastaların kontamine olmadığından ya da epidemi potansiyeline sahip Bulaşıcı Hastalık ile enfekte olmadığından emin olun, • Acil Servis çalışanları ile hasta naklinde görevli personelin görevli yeleği giymesini sağlayın, • Ölülerin geçici morga alınmasını ve kimlik tespit sürecinin başlatılmasını sağlayın.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Yalnızca yetkili kişiler Acil Servis de çalışabilir, • Aile üyeleri yalnızca acil servis görevlisi kabul ederse hastalara refakat edebilir (hasta başına bir kişi), • Her türlü güvenlik tehdidini değerlendirmek ve hemen Güvenlik Görevlisi'ne ya da Acil Servis Sorumlusu ve OYE'ye rapor etmek (ciddi tehdit teşkil edecek olan her türlü durum bildirilmelidir), • Hastaların kişisel eşyaları etiketlenmeli ve Acil Müdahale Planında belirtildiği gibi muhafaza edilmelidir.	
Kullanılacak Materyaller • Afet kutuları, • Afet stoğu, • Tıbbi malzemeler ve ekipmanlar, • İşaretler ve posterler, • Formlar ve kontrol listeleri, • Görev yelekleri, • Hastaların kişisel eşyaları için torbalar/çantalar. Kalite Kontrol • Acil Servisin tüm hastalara ihtiyaçlarına göre vereceği kaliteli tıbbi bakımın devamlılığını sağlayın, • Hastane içi trafiğin akıcı olmasını sağlayın ve akışın yanlış yönetilmediğinden emin olun, • İş güvenliği ve emniyet sorunlarının kontrol altına alınmasını temin edin. Zaman dilimi • Acil Müdahale Planının aktivasyonundan hemen sonra (Acil Servisin yeniden organize edilmesi, personel dağılımının yapılması, malzeme ve ekipmanların mobilize edilmesinden hemen sonra), • Hastalar Acil Servise gelmeye devam ettiği sürece.	

Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Güvenlik ile ilgili SOP, • Tıbbi bakım sunumunun devamlılığı ile ilgili SOP, • Bilgi yönetimi ile ilgili SOP, • Hastane afet triyaj alanıyla ilgili SOP, • Ailelere yönelik alana ilişkin SOP, • Ölülerin yönetimine ilişkin SOP, • Güvenlik Sorumlusu'na ilişkin İşAT, • Triage alanının sorumlusuna ilişkin İşAT.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Hasta yakınlarının kendilerine izin verilmeden hastalarına refakat etmek istediği durumda, konu ile ilgili önlem alınması için hemen güvenlik görevlisi ile temasa geçin, • Yeni bir alanın açılması halinde (örneğin, geçici morg) bu alanın açık bir şekilde işaretlenip etiketlenmesini temin edin; güvenlik görevlisi ile birlikte hareket edin, • Bir epidemi durumunda, enfeksiyon kontrolüne ve özellikle insandan insana bulaşan hastalık potansiyeline yönelik önleyici tedbirlerin alınmasını sağlayın, • Eğer kontamine olmuş hastalar varsa (kimyasal olay), uygun dekontaminasyon prosedürlerinin uygulanmasını sağlayın ve OYE ile irtibata geçerek zehirlenmiş hastaların yönetimine ilişkin özel tavsiye isteyin.	
Sürece Dahil Kişiler • Acil Serviste çalışan tüm sağlık çalışanları ve diğer çalışanlar, • OYE ya da Acil Servis Sorumlu Hekimi tarafından bu amaçla mobilize edilen tüm idari personel ve büro personeli, • Güvenlik personeli.	
Ekler • Farklı alanların konumlarının haritası/krokisi, • Kayıtlar ve formlar, • Standart Operasyon Prosedürü.	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Bilgi yönetimi - o Hasta dosyası - o Hasta takip formu Raporlama mekanizması • OYE'nin ve Acil Servis Sorumlu Hekimi'nin talimatlarına uyun. İzleme • Ana faaliyet: Tıbbi bakımın kalitesini ve devamlılığını kontrol edin, • Emniyet ve iş güvenliği sorunlarını kontrol edin, • Temel malzeme ve ekipmanların kullanılabilirliğini kontrol edin, • Hasta nakillerinde uygulanmak üzere tıbbi personel tarafından hazırlanan talimatlara uyulduğundan emin olun.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No: 7 DEPARTMAN/SERVİS/BİRİM MÜDAHALE PROSEDÜRÜNÜN AKTİVASYONU	Faaliyet gerçekleştirme ve raporlamaya yönelik zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Olay Yönetim Ekibi ile koordinasyon içinde ilgili her Departman/Servis/Birim'in kendisine ait Müdahale Prosedürü'ne göre etkili bir şekilde yönetilmesini sağlamak. Hedefler • OYE'nin talebi halinde Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nün aktivasyonunu sağlamak, • Acil Müdahale Planı'nın aktive edilmesiyle birlikte Yönetim zincirine (organizasyon şeması) ve koordinasyon mekanizmalarına her Departman/Servis/Birim'in Müdahale Prosedürü'nde belirtildiği gibi rutin çalışma şekline afet ve acil durumun çalışma şekline geçiş yapılmasını sağlamak, • Her Departman/Servis/Birim'in hizmet sunumunun kalite kriterleri doğrultusunda sürekliliğini sağlamak, • OYE'nin müdahale yönetimini baştan sona kolaylaştırmak, • Personel, ekipman ve malzeme eksikliklerini öngörmek ve OYE ile koordinasyon içinde gerekli önlemleri almak, • Görevli personelin iş güvenliğini ve emniyetini sağlamak, • İhtiyaçlara göre faaliyetlerin önceliğini belirlemek, • Departman/Servis/Birim düzeyinde gerekli Olay Eylem Planını geliştirmek ve OYE'yi bilgilendirmek.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • Müdahale Prosedürlerinde yer alan İş Akış Talimatları, Standart Operasyon Prosedürleri, kayıtlar ve formların acil durumda ilgili personelin kullanımına hazır olup olmadığını, Departman/Servis/Birim Sorumlularının kontrol etmesini isteyin, • Afet ve acil durumlarda yönetim için bir organizasyon şemasının Departman/Servis/Birim'in faaliyetlerine uyarlanmış olduğundan ve bu şemanın OYE'nin bütün yönetim sistemi ile uyumlu olduğundan emin olun, • Müdahale Prosedürü'ne sahip Departman/Servis/Birim Sorumlularından aşağıdakileri kontrol etmesini isteyin, - o Müdahale prosedürlerinin uygunluğu ve alınacak önlemlere/eylemlere yönelik olası sonuçları, - o OYE ile koordinasyonun nasıl sağlanacağını ve bilginin nasıl paylaşılacağını, - o Lojistik ile ilgili departman/servis/birim ve OYE arasında nasıl bir yaklaşım/yönetim belirleneceği; kimin ne yapacağını, - o Kritik hizmetlerin güvenli bir şekilde sürdürülmesi için İş Akış Talimatları ve güvenlik prosedürlerinin doğru yerde ilgili kişiler için hazır bulunup bulunmadığını. • Müdahale Prosedürü'nün; (kimyasal olaylar, epidemi ve pandemi, personel iş güvenliği ve emniyeti gibi özel durumlar başta olmak üzere), mevcut acil duruma uygun olarak uyarlanıp uyarlanmadığını kontrol edin, • Departman/servis/birim düzeyinde bilginin (personele ve faaliyetlere yönelik olmak üzere) nasıl yönetildiğini, hangi bilgilerin kiminle, nasıl ve ne zaman paylaşıldığını kontrol edin, • İhtiyaçları ve olası sorunları öngörerek OYE ve lojistik yönetimine ilişkin departman/servis/birim arasında etkili ve sürdürülebilir koordinasyonu sağlayın, • Bilgi yönetimi prosedürlerinin, Acil Müdahale Planı ve Müdahale Prosedürü'nde açıklandığı gibi aktive edilmiş olmasını sağlayın (OYE ve departman/servis/birim'ler arası koordinasyona odaklı), • Faaliyetlerin sürdürülebilirliğini sağlamak amacıyla gerekirse ilgili departman/servis/birim'den Olay Eylem Planı geliştirmesini isteyin, • İnsan kaynaklarının nasıl yönetileceğine karar verin (OYE ve departman/servis/birimlerin görev ve sorumlulukları), • Lojistik yönetiminin (bakınız: İlgili SOP) yeterli olmasını sağlayın ve gerekirse düzeltici önlemler alın.	

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Departman/Servis/Birim Sorumlusu tarafından personelin emniyetini, iş güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunları değerlendirin, • Departman/Servis/Birim’lerde; yalnızca, Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü’lerine ya da OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının müşterek kararına göre yetkilendirilen personelin çalışmasına izin verin, • Acil durumun süreci konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesini sağlayın, • Personelin yaka kartları takmasını ve mümkünse yelek giymesini sağlayın, • Bulaşıcı hastalıklar, pandemi ve/veya KBRN olaylarında tüm personelin koruyucu tedbirlere tamamen uymasını sağlayın, • Kritik ekipmanların bakımının ihmal edilmemesini ve gerekli önlemlerin alınmasını sağlayın.	
Kullanılacak Materyaller • İlgili Departman/Servis/Birim’e ait Müdahale Prosedürü (Standart Operasyon Prosedürü, organizasyon şeması, İş Akış Talimatı dahil), • Bilgi yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar, • Lojistik yönetimine ilişkin formlar ve kayıtlar, • Uygun ise görev yelekleri. Kalite Kontrol • İlgili Departman/Servis/Birim’in ana faaliyetleri ve kritik hizmetleri gerçekleştirdiğini kontrol edin, • Bilgi yönetiminin etkili olmasını sağlayın, • Lojistik ve güvenlik yönetiminin etkili olmasını sağlayın. Zaman Dilimi • OYE, ilgili Departman/Servis/Birim’lerin sahip oldukları Müdahale Prosedürü’nün aktive edilmesiyle başlayan ve devam eden zaman dilimi.	
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Standart Operasyon Prosedürü • Diğer Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü..... • OYE	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Personelin emniyeti, iş güvenliği ya da sağlığı tehdit altında olursa, acil düzeltici önlem için hemen OYE’ye haber verin, • İlgili departman/servis/birim’in faaliyetleri; personel, ekipman eksikliği ya da kritik altyapının kısmi kaybı (örn:elektrik kesintisi) gibi herhangi bir sebeple tehlikeye düşerse, düzeltici önlemler için hemen OYE ile irtibata geçin, • İlgili departman/servis/birim’in kısmi olarak tahliye edilmesi gerektiğinde, hemen Bölüm 3’de açıklanan ilgili olaya özel planı uygulayın.	
Sürece Dahil Kişiler • OYE personeli, • Departman/Servis/Birim Sorumluları, • Departman/Servis/Birim personeli, • Destek personeli (örneğin; hastane dışından bakım personeli).	
Ekler	

Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Formlar: Raporlama mekanizması • Acil Müdahale Planı'nın "Bilgi Yönetimi" bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın. İzleme • Etkinleştirilen Departman/Servis/Birim'lerin, Müdahale Prosedürlerini ya da OYE tarafından geliştirilen yeni talimatları, tamamen uygulayıp uygulamadıklarını kontrol edin, • İlgili Departman/Servis/Birim'lerin, sorumluları ve HAP Başkanı tarafından kararlaştırıldığı şekilde beklenen hizmetleri sağlayıp sağlamadığını kontrol edin.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No: 8 İNSAN KAYNAKLARI YÖNETİMİ	Faaliyet gerçekleştirme ve raporlamaya yönelik zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Hastane ile ilgili temel hizmetlerin yeterli nitelik ve nicelikte sürdürülmesini gerçekleştirmek amacıyla gerekli personelin dağılımını ve yönetimini sağlamak. Hedefler • Acil Müdahale Planı aktive edildiğinde mevcut personelin ne yapacakları konusunda hemen bilgilendirilmesini, hastane yönetimi ve personelinin rutin çalışma şekline afet ve acil durum çalışma şekline geçmesini sağlamak, • Acil Müdahale Planı'nın aktivasyon düzeyine göre Geri Çağırma Prosedürlerinin hemen uygulanmasını sağlamak, • Geri çağırılan personelin dönüşünü ve ilk bilgilendirmeyi organize etmek, • OYE tarafından belirlenen ihtiyaçlara göre personel tahsis etmek, • Personelin emniyeti ve iş güvenliğini temin etmek amacıyla gerekli tüm önlemleri almak, • Gerekirse personelin sağlığını korumak amacıyla Olay Eylem Planı geliştirmek (örneğin; Bölüm 3'de açıklanan olaya özel planlarda kimyasal olaylar), • Personelin çalışma saatlerini organize ederek, iş sürekliliğini sağlamak, • Gerektiğinde gönüllülerin katkısını, görevlendirilmesini talep etmek ve gönüllü yönetimini organize etmek.	
Sırası ile Gerçekleştirilen Eylemler • OYE'de görevlendirilmek üzere İnsan kaynakları yönetimiyle ilgili önemli kılavuz ve prosedürlerin kullanılabilirliğini hızlı bir şekilde kontrol edecek insan kaynakları sorumlusunu belirleyin, • Departman/Servis/Birim'lerden personel nicelik ve yeterlikleri hakkında hemen OYE'ye haber vermelerini isteyin (örneğin: travma konusunda nitelikli cerrah sayısı), • Departman/Servis/Birim'lerin, AS'in ve hastane afet triyaj alanının ilerleyen saatlerdeki ihtiyaçlarını da öngörerek personel ihtiyacını değerlendirin ve ekstra personel ihtiyacı durumunda OYE'ye istekte bulunun, • İçinde bulunulan acil durumla ilgili personeli bilgilendirin, • Geri çağırma prosedürlerini uygulayacak personeli görevlendirin (personeli geri çağırmaya yönelik sorunları tespit edin ve bir bakımevi/kreş açmak için bir eylem planı geliştirin, mümkünse ve gerekirse geri çağırılan kilit personelin naklini organize edin), • Geri çağırılan personelin hastaneye nereden gireceğine ve ilk bilgilendirme için nereye gideceğine karar verin, • Personelin nasıl yönetileceğine (dönen personel dahil), OYE'nin ve departman/servis/birim sorumlularının sorumluluklarının neler olacağına, çalışma zamanının nasıl kaydedileceğine ve vardiyaların nasıl organize edileceğine karar verin, • Ekstra personel ya da gönüllülere olan olası ihtiyacı değerlendirin: akreditasyonlar ve sorumluluklar dahil olmak üzere Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekilde eylem planını geliştirin, • Personelin iş sağlığı ve güvenliğini sağlayacak gerekli tüm önlemleri alın (enfeksiyondan korunma, stres yönetimi vb.), • Tüm ana faaliyetleri kayıt altına alın ve personel bilgilerini (görevde olan ve görevde olmayan) sürekli güncel tutun, • Gerekirse sağlık yetkilileri ve diğer paydaşlar ile birlikte hareket edin, • Kritik personelin evden hastaneye veya hastaneden eve nakline yönelik olası ihtiyaçlarını değerlendirin ve gereken önlemleri alın.	

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri - Personelin emniyetini, güvenliğini ve sağlığını tehdit edebilecek olası sorunları değerlendirin, - OYE ve çeşitli Departman/Servis/Birim Sorumlularının kararına göre, ilgili Departman/Servis/Birim’lerde yalnızca yetkili personelin çalışmasına izin verin, - Acil durumun gidişatı konusunda personelin düzenli olarak bilgilendirilmesini sağlayın, - Personelin yaka kartları takmasını ve mümkünse görev yeleklerini giymesini sağlayın, - Tüm personelin kişisel koruyucu ekipman dahil ilgili koruyucu tedbirlere tamamen uymasını sağlayın.	
Kullanılacak Materyaller - Acil Müdahale Planı’nda açıklandığı şekilde İş Akış Talimatı, formlar ve kayıtlar, - Görevde olan ve olmayan (çağırıldığında gelebilecek) personel için kontrol listeleri, - Kimlik kartları ve görev yelekleri. Kalite Kontrol - Görevde olan ve olmayan personeli kendilerinden beklenenler konusunda bilgilendirin, - En acil ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın, - Personelin görevlendirildiği alanda çalışmasını sağlayın. Zaman Dilimi - Acil ve gerektiği sürece	
Diğer Standart Operasyon Prosedürleri ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon - Standart Operasyon Prosedürü, - Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, - Yerel sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin, - İlgili ise diğer hastaneler ile koordinasyon kurun.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar - Eğer olay personele yönelik bir sağlık sorunu teşkil ederse (örneğin; kimyasal olay, insandan insana bulaşma potansiyeli olan şiddetli bulaşıcı hastalık), personelin sağlığını korumak amacıyla gereken önlemleri alın (örneğin; koruyucu ekipman dağıtımı, personelin bilgilendirilmesi) ve profilaktik ilaç kullanımını aktive edin, - En önemli hizmetleri sağlama konusunda personel eksikliği varsa, destek almak için sağlık yetkilileri ile irtibata geçin ve gönüllülerin katılımı veya özel sektörün sunabileceği katkı gibi alternatifleri değerlendirin.	
Sürece Dahil Kişiler - OYE üyeleri, - Departman/Servis/Birim sorumluları, - Hastane personeli, - Sağlık yetkilileri.	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Formlar: Raporlama mekanizması - Acil Müdahale Planı’nın ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın. İzleme - İlk 12 saat boyunca 2 saatte bir kez, daha sonra 4 saatte bir kez personelin müsait olma durumunu (nitelik ve nicelik) kontrol edin, - Personelin emniyetinin, iş güvenliğinin ve sağlığının göz önünde bulundurulduğundan emin olun.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No: 9 GENEL BİLGİ VE RİSK İLETİŞİMİ YÖNETİMİ	Faaliyet gerçekleştirme ve raporlamaya yönelik zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Bilgi yönetiminin etkili ve sürdürülebilir olmasını sağlamak ve müdahale yönetimine doğrudan katkıda bulunmak. Hedefler • Karar alma ile ilgili temel verilerin doğru zamanda toplanıp değerlendirilmesini sağlamak, • Operasyonel amaçlara yönelik bilgi ihtiyacı olan herkese ilgili bilgiyi doğru yer, zaman ve miktarda sağlamak, • Tüm temel faaliyetlerin ve verilerin doğru bir şekilde kayıt altına alınmasını ve kolaylıkla erişilebilir olmasını sağlamak, • Hastaların ve tüm temel tıbbi unsurların kesintisiz izlenmesini sağlamak; • İhtiyaç duyulduğunda doğru zamanda olaya özel planların sonuç alıcı bir şekilde uygulanmasını sağlamak, • İhtiyaç duyulduğunda farklı eylem planlarının hazırlanmasına ve yönetimine katkıda bulunmak, • Topluma yönelik bilgi yönetimine katkıda bulunmak, • Sağlık surveyans sisteminin yönetimine katkıda bulunmak, • Hastane personelinin zamanında ve doğru bilgilendirilmesini sağlamak, • Mülki İdare veya sağlık yetkilileri gibi ilgili makamların eksiksiz olarak bilgilendirilmesini sağlamak.	
Sırası ile Gerçekleştirilen Eylemler • Öncelikle, düzenli güncellenecek kararların alınmasında etkili olan temel veri türlerini belirleyin (Nasıl ve ne zaman gibi temel soruları içeren veri türlerini, veri kaynaklarını, veri toplama yöntemlerini ve OYE'ne raporlama mekanizmasını tespit edin), • İlk etapta Acil Müdahale Planında yer alan verileri dikkate alın ve değerlendirin (Özellikle kritik verileri gözden geçirin ve analiz edin; ana paydaşların ve bölgenizdeki kamu/özel hastanelerin telefon numaraları, hizmet sunumu için gereken nicel ve nitel ihtiyaçlara yönelik temel veriler; operasyon yönetimi, koordinasyon ve kaynakların mevcudiyetine ait veriler), • OYE, aşağıdaki faaliyetlerin acilen yerine getirilmesi için hemen bilgi yönetimi sorumlusu görevlendirmelidir (genellikle OYE bünyesinde planlama fonksiyonu dahilinde bir ekip): - o Diğer hastaneler, Acil Sağlık Hizmetleri, sağlık yetkilileri ve basın ile bilgi paylaşım yöntem ve kurallarını gözden geçirin, - o Acil durumlarda, hastanede gereksiz yoğunluğun önlenmesi amacıyla kamuoyunu bilgilendirin (tüm hastaların uygun tedavi alabilecekleri diğer sağlık kurumlarına yönlendirilmesi de dahil), - o Basın ve halkla ilişkiler konusundaki prosedürleri değerlendirin, - o Ziyaretçiler, aileler ve hastalara yönelik bilgilendirmenin doğru ve etkin biçimde gerçekleştirilmesini sağlayın, - o Temel verilerin nasıl ve nerede muhafaza edileceğini ve verilere nasıl ulaşılabileceğini belirleyin (örn: mevcut kaynaklara ve değişen ihtiyaçlara dair veriler), - o Hastaların kişisel eşyalarına ait kayıtların doğru ve uygun olarak düzenlenmesini sağlayın, - o Her ihtiyaç duyulduğunda kullanılabilmesi için, yedekleme sistemleri ve prosedürleri de dahil, haberleşme araçlarının, güvenlik ve güçlendirmelerinin nasıl sağlandığını kontrol edin. • OYE sağlık yetkilileri ve bölgedeki diğer hastaneler ile tam bir koordinasyon halinde, aşağıdakileri gerçekleştirmelidir: - o Toplumun bilgi ihtiyacını karşılamak için hangi bilginin acil durumla daha fazla ilişkili olduğunu risk iletişimi prensipleri doğrultusunda tespit edin,	

o Hastanenin, özellikle ölü ve kayıplar, ruh sağlığı, bağışıklama, laboratuvar seviyesi ve üreme sağlığı başta olmak üzere bilgi paylaşımı yoluyla Sağlık Bakanlığı programlarının yönetimine nasıl katkıda bulunacağını tespit edilmesi. Hastanenin hem sağlık bilgi sistemine hem de sağlık süveyans sistemine nasıl katkıda bulunması gerektiğinin belirlenmesi; epidemi durumunda süveyans sistemine nasıl katkıda bulunacağını özellikle değerlendirilmesi. • OYE, personele hangi bilgilerin ne zaman ve nasıl iletileceğine karar vermelidir. Bu kararlar, epidemi durumunda ve personelin güvenliğini sağlamak bakımından özellikle önemlidir.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, bilgi yönetimine ilişkin çeşitli prosedürlere uyulup uyulmadığını kontrol edin, • Bilgi paylaşımının, personeli ve hastaları korumayı esas almasını ve bunun aksinin olmamasını sağlayın, • Kritik verilerin kaydedilip güvenli bir şekilde muhafaza edilmesini sağlayın; • Tıbbi verilerin muhafaza ve yönetiminde gizlilik kurallarına uyulmasını sağlayın; • Önemli verilerin yalnızca yetkili kişiler tarafından erişilebilir ve kullanılabilir olmasını sağlayın, • Kamuya ya da medyaya dönük bilgilendirmenin Valilik tarafından yetkilendirilmiş birimlerce yapılmasını sağlayın, • Hastanenin sağlık süveyans sistemine aktif olarak katkıda bulunmasını ve özellikle süveyans sisteminin erken uyarı kapasitesini güçlendirmesini sağlayın (Uluslararası Sağlık Tüzüğü'nü dikkate alarak).	
Kullanılacak Materyaller • Formlar • Standart Operasyon Prosedürü • Kayıtlar • Takip kayıt belgeleri • Haberleşme araçları • Bilginin güvenli bir şekilde saklanması için depolama alanları Kalite Kontrol • Kritik verilerin düzenli olarak toplanmasını, işlenmesini, değerlendirilmesini, kullanılmasını ve depolanmasını sağlayın, • Ana faaliyet ve operasyonların Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde kayıt altına alınmasını sağlayın. Zaman Dilimi • OYE'nin aktive edilmesiyle başlayan ve devam eden	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Tüm Standart Operasyon Prosedür'leri (her SOP bilgi yönetimine ilişkin maddeler içermektedir).	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Hastanenin, sağlık riskleri konusunda topluma yönelik bilgi hazırlanmasına katkıda bulunması gerekirse (örneğin; gıda, su ve tarım ürünlerinin kontamine olduğu bir kimyasal olay) topluma bilgi verilmesi, basın açıklaması ve bilgilendirmenin hazırlanması ile ilgili prosedürleri uygulayın.	
Sürece Dahil Olan Kişiler • OYE, • Departman/Servis/Birim sorumlusu, • Güvenlik personeli, • Sağlık yetkilileri.	

Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Formlar: Raporlama mekanizması - OYE tarafından bir değişiklik yapılmadığı sürece Acil Müdahale Planı'nda açıklanan çeşitli prosedürlere ve varsa olaya özel planlara her zaman uyulmasını sağlayın. İzleme - OYE'nin kullanımı için temel verilerin kaydedildiğinden, işlendiğinden ve her an kullanıma hazır olduğundan emin olun: - Kritik ve hassas verilerin korunduğundan ve gizliliğin sağlandığından emin olun, - Ana operasyonların ve faaliyetlerin kayıt altına alındığından ve bilginin Acil Müdahale Planında açıklandığı şekilde, doğru yerde muhafaza edildiğinden emin olun, - Halk sağlığı konularının doğru yönetilmesini sağlamak amacıyla sağlık sürveyans sisteminin acil duruma adapte edilerek kullanıldığından emin olun, - Personelin düzenli ve doğru bilgilendirildiğinden emin olun.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayımlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No: 10
LOJİSTİK VE MALZEME YÖNETİMİ

Faaliyetleri ger-
çekleştirme ve
raporlama için
zaman çizelgesi

Temel Faaliyet: Lojistik ve gerekli malzemelerin etkin yönetimi ile hastanenin gereken tıbbi bakım hizmetlerini vermesini sağlamak.

Hedefler

- Müdahalenin yönetilebilmesi için hastanenin lojistik ihtiyaçlarının yönetimini iyileştirmek,
- Mevcut ekipman, malzeme ve diğer kaynakları (örn. ulaştırma araçları; haberleşme araçları; su ve elektrik vb.) mümkün olduğu kadar etkili ve verimli kullanmak,
- Lojistik, malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını proaktif bir şekilde yöneterek, ihtiyaçlar konusunda önceden tahminlerde bulunmak,
- OYE kararıyla afet stoklarını seferber etmek ve gerçek ihtiyaçlara göre kaynakları yeniden dağıtmak,
- Kritik ekipman bakımının yapılmasını sağlamak,
- Su, enerji, kanalizasyon (atık sistemleri) sistemlerinin kontrol edilmesini sağlamak,
- Olaya özel ekipmanların (örn. personel için koruyucu ekipman) önceden temin edilmesini ve kullanılmasını sağlamak,
- Destek hizmetlerinin (özellikle temizlik, atık yönetimi, iae) yönetimine katkıda bulunmak,
- OYE'nin kararıyla, değişen ihtiyaçlara göre malzemeleri ve ekipmanı yeniden dağıtmak,
- Kritik malzemelerin ve ekipmanın yeniden tedarik edilmesini sağlamak için proaktif tedbirler almak,
- Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğini sağlamak.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- OYE içerisinde lojistik yönetiminden kimin sorumlu olduğunu, ekibin departman/servis/birimlerle lojistik yönetimi için gereken mevcut tüm kaynakların etkin kullanımını ve sürekli koordinasyonu sağlamak için nasıl ilişkili olduğunu belirleyin,
- Lojistik yönetimi için gerekli rehberlerin, prosedürlerin ve İş Akış Talimatlarının, Olay Yönetim Merkezinde mevcut olduğundan emin olun,
- Departman/Servis/Birim'lerin Müdahale Prosedürü'ndeki özel rehberlerin ve prosedürlerin, afet ve acil durum sırasında lojistik yönetimini sağlamak için uygun olduğundan emin olun. Normalde bu prosedürler ve İş Akış Talimatları, Olay Yönetim Merkezi'nde de mevcut olmalıdır,
- Kullanılacak olan temel prosedürlerin mevcut acil duruma uyarlanmasını sağlayın. OYE'de lojistik yönetiminden sorumlu kişi, yönetimi etkileyebilecek olan mevcut krizin özelliklerini değerlendirmeli, temel prosedürler ve rehberlerle uyum sağlanıp sağlanmadığını veya ayarlamalar yapılması gerekip gerekmediğini kontrol etmelidir. Özellikle spesifik olay eylem planı oluşturulmasının gerektiği durumlarda, lojistik yönetimindeki önemli zorlukların ne olduğu veya olabileceğini belirleyin,
- OYE, çözüm üretiminde ekip yaklaşımıyla hareket etmek amacıyla, lojistiğin bazı bölümlerini yönetmekten sorumlu olan kişileri toplantıya çağırarak isteyebilir. Önerilen strateji sisteme dayalı bir yaklaşımdır. Bunun anlamı şudur:
 - o Genel strateji ve çalışma şekli konusunda açıkça karar verilir (merkezi veya departman/servis/birime dayalı),
 - o Yeniden tedarik sistemi ve prosedürler iyi bir şekilde tanımlanır,
 - o Yedek parçaların tedariki ve kritik ekipmanın tamiri gibi konularda, hastane dışı uzmanlardan yardım istenebilir. Dış paydaşlar ile tedarik ve bakım için önceden protokoller yapılmış olmalıdır,
 - o Departman/Servis/Birimler ve OYE arasındaki lojistik yönetimi prosedürleriyle ilgili ortak yetki verilmesi gibi taleplerin bir havuzda toplanması birinci seçenek olarak düşünülmelidir.
- Sağlık sektörünün afet stoklarını değerlendirme ve yönetme prosedürlerini inceleyin. Bu tarz stokların mevcut olup olmadığını ve hastanenin ihtiyaç duyması durumunda nasıl seferber edilebileceğini kontrol edin,
- Lojistiğin mümkün olan en iyi şekilde yönetimini sağlamak için sağlık yetkilileri ile birlikte hareket edin,
- Lojistik ihtiyaçların mümkün olan en iyi şekilde yönetilmesini sağlamak amacıyla temel harici paydaşlarla (örn polis; tedarikçiler; İcraçı Bakanlıklar) birlikte hareket edin (ayrıca bakım ve iş sürekliliği ile ilgili standart operasyon prosedürü'ne bakınız).

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Lojistik yönetimine engel olabilecek potansiyel sorunları belirleyin, • Kritik malzemeler ile ekipman konusunda oluşacak ani ihtiyaçlar değerlendirilmeli ve olası problemler/eksiklikler ön görülmelidir, • OYE personelin koruyucu ekipman kullanımını sağlamalıdır, • Hastane depolarının ve kritik ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir.	
Kullanılacak Materyaller • Formlar..... • Kayıtlar..... • Standart Operasyon Prosedürü..... • Kontrol listeleri..... • Görev yelekleri..... • Levha ve afişler..... • Kutular, depolar, araçlar vb. Kalite Kontrol • Temel hizmetlerin sunulmasını sağlamak amacıyla kritik malzemelerin ve ekipmanın doğru miktarda, doğru yerde ve doğru zamanda mevcut olmasını sağlayın. Zaman Dilimi • Acil ve devam eden	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Bilgi yönetimine ilişkin SOP, • İnsan kaynakları yönetimine ilişkin SOP, • Temel tedavi alanlarına ilişkin SOP, • Sağlık yetkilileri.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Kritik malzemeler veya ekipmanla ilgili muhtemel bir yetersizlik varsa, önceden harekete geçin ve uygun önlemleri alın, • Eğer kritik malzemeler ve ekipman tehdit altındaysa (güvenlik sorunu) hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın, • Eğer ulaşım ve haberleşme araçları sorunlu hale gelirse, hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın (öngörü), • Eğer hastanenin herhangi bir kritik sistemi etkileniyorsa (örn elektrik, su, kanalizasyon) dış paydaşlarla birlikte çalışarak hemen bu sorunu düzeltecek önlemleri alın.	
Sürece Dahil Olan Kişiler • OYE personeli, • Çeşitli Departmanların, Servislerin ve Birimlerin personeli, • Güvenlik personeli, • Harici tedarikçiler ve paydaşlar.	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar : Formlar : Raporlama mekanizması • Acil Müdahale Planı ve Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü ‘nde açıklandığı şekliyle raporlandırın. İzleme • Düzenli bir şekilde lojistik ihtiyaçları takip edin ve talep ile ihtiyaçlar arasındaki farkı (nicelik ve nitelik) değerlendirin.	
Güvenlik Konuları • Kritik malzemelerin ve ekipmanın güvenliğine öncelik verilmelidir; kolluk kuvvetinin yardım etmesi gerekebilir.	
İlk yayınlanma tarihi:	
Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No: 11 ECZANE YÖNETİMİ: TEMEL İLAÇLAR, AŞILAR, KORUYUCU EKİPMAN VE DİĞER MALZEMELER	Faaliyetleri gerçekleştirme ve raporlama için zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Olay Yönetim Ekibinin verdiği karara göre, eczanede depolanan malzemelerin ve ekipmanın hemen kullanıma sunulmasını sağlamak. Hedefler • Personel için koruyucu ekipman, temel ilaçlar ve malzemeler bakımından eczane stoklarının ne durumda olduğunu değerlendirmek, • Mevcut durumu değerlendirip eczanenin gerekli malzemeleri ne kadar süre boyunca sağlayabileceğini değerlendirmek, • OYE tarafından gerekli malzemelerin doğru yer, zaman ve miktarda kullanıma sunulmasını sağlamak, • OYE ile koordinasyonlu bir şekilde, temel malzemeler azalmadan önce yeniden tedarik siparişi vererek önlem almak, • Eczanede depolanan temel ilaçlar ve diğer kritik malzemelerin hem rutin hastalar hem de afetlerde hastalar için her zaman ulaşılabilir olmasını sağlamak, • Eğer durum özel ilaç (örn. kimyasal olaylarda yüksek miktarda antidot; büyük bir salgında antibiyotik) veya özel koruyucu ekipman (örn. pandemi durumlarında personel için yüksek miktarda kişisel koruyucu ekipman) gerektiriyorsa hemen olaya özel önlemler almak.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • Görevdeki sorumlu eczacı: - o Tedavi uygulanabilecek hasta sayısını, mevcut imkanların neler olduğunu ve ne tür ihtiyaçları karşılayacağını değerlendirmelidir, - o Eczanede depolanan sınırlı miktarda ilaca ve malzemeye duyulabilecek ihtiyaçların neler olacağını değerlendirmelidir, - o Bu malzemelerin acil bir şekilde elde edilmelerini veya bu mümkün değilse, yeniden tedarik edilmelerini sağlamak için eylem planı oluşturmalıdır, - o Kimyasal bir olay veya bulaşıcı hastalık ihtimali varsa dezenfektanlar, aşılar, koruyucu kıyafetler ve antidotlar gibi diğer özel malzemeler gerektiren durumlarda gerekli tedbirleri almalıdır. • Olay Yönetim Ekibi hemen, eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilip yönetilmediğini, işleri yürütmek için tüm prosedürlere, iş akış talimatlarına, kayıtlara, formlara ve varsa müdahale prosedürlerine erişimi olup olmadığını kontrol etmelidir. Eğer yönetilmiyorsa, bir eczacı devralana kadar eczaneye OYE'nin direkt kontrolü altında yöneticilik yapabilecek deneyimli bir personel atamalıdır, • Eczane; malzemelerin satın alma, nakliye gibi tedarik işlemlerinde OYE'nin lojistik sorumlusundan yardım isteyebilir, • Eczanede görevli personel şunları yapmalıdır: - o Bu görev OYE'nin lojistik sorumlusu tarafından üstlenilmemişse, civardaki hastaneler de dahil gerektiğinde ekstra ilaçları ve sarf malzemelerini acil bir şekilde sağlayabilecek tedarikçileri belirlemelidir, - o Kamu veya özel sektördeki diğer hastanelerin eczaneleri, ilaç depoları, tıbbi cihaz ve malzeme firmaları ile önceden yapılmış iş birliği protokollerini gözden geçirir, - o Diğer hastanelerin (özel, kamu, üniversite, vakıf ve askeri vd.) bu alandaki imkan ve kapasitelerini belirlemelidir, - o Nitelikli personel ve yardımcı personel eksikliği ile ilgili sorunları belirlemelidir, - o Eczanenin depolarının mevcut durumdan etkilenip etkilenmediğini belirlemelidir (örn. soğuk zincir), - o Farklı birimlerin (Laboratuvar ve kan bankası vb.) ihtiyacı olan ürünlerin eczanede -hastane özelinde- bulunması durumunda yeterli miktarda olup olmadığını belirlemeli ve OYE ile koordineli olarak düzeltici önlemleri almalıdır.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Eczane yetkili olmayan kişilerin herhangi bir müdahalesine karşı güvenlik personeli ile korunmalıdır.	

Kullanılacak Materyaller • Formlar..... • Kayıtlar..... • Kontrol listesi..... • Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü..... • Görev yelekleri..... Kalite Kontrol • Eczanenin deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın, • Değerlendirmenin hızlıca ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın, • Eczane tarafından kullanıma sunulan malzemelerin OYE'nin verdiği yetki dahilinde sağlandığından emin olun, • Yeniden tedarik konusunun değerlendirildiğinden emin olun. Zaman Dilimi • OYE tarafından eczanenin aktive edilmesinden sonraki ilk 1 saat	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar İle Koordinasyon • Lojistik ile ilgili SOP..... • Güvenlik ile ilgili SOP.....	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Eğer eczanede birincil öncelikteki özel malzemelerin stoku çok sınırlıysa ve gereken miktar stok miktarını aşacaksa, bu malzemelerin yeniden tedariki için hemen gereken önlemleri alın; • Eğer eczane stokları da olayın tehdidi altında ise, en önemli malzemelerin güvenli bir yere taşınması veya eczanenin güvenliğinin sağlanması için Olaya Özel Planı hemen oluşturun.	
Sürece Dahil Olan Kişiler • OYE personeli • Eczane personeli • Güvenlik personeli	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar : Formlar : Raporlama mekanizması • Kayıtlar ile formların kullanılması ve OYE'yi sürekli olarak durumdan haberdar etmek. İzleme • Eczane tarafından kullanıma sunulan temel malzemelerin ve ekipmanın ihtiyaç duyulan yerde gerektiği ölçüde kullanıldığından emin olun, • Yeniden tedarik sisteminin malzemelerin eczanede tükenmeden önce sipariş edildiğinden ve elde edildiğinden emin olun, • Eczane deposunun güvenli olduğundan ve korunduğundan emin olun.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi:	Revizyon:

Standart Operasyon Prosedürü No: 12 LABORATUVAR VE KAN BANKASI YÖNETİMİ	Faaliyetleri ger- çekleştirme ve raporlama için zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Hayati öneme sahip tıbbi faaliyetler için kritik laboratuvar analizlerinin zamanında yapılmasını ve hastanede kan bankası bulunması halinde kan teminini sağlamak. Hedefler • Hekim tarafından istenebilecek kritik analizleri yapma konusunda laboratuvarın nicel kapasitesini değerlendirmek, • Hekim tarafından istenebilecek kritik analizleri yapma konusunda laboratuvarın niteliksel kapasitesini değerlendirmek, • İlk 24 saat içerisinde kan bankasının kan sağlama kapasitesini değerlendirmek, • İlerleyen saatlerde laboratuvarın imkan ve kapasitesini afet ve acil durum için artırma imkanını değerlendirmek, • İlerleyen saatlerde kan bankasının kan sağlama kapasitesini artırma imkanını değerlendirmek, • Laboratuvar analizlerini öncelikle kritik öneme sahip olanlarla sınırlamak, • Kan teminini sadece gerçekten ihtiyacı olan hastalarla sınırlamak, • Eğer kapasitenin yetersiz olacağı ön görülüyorsa daha çok kan temini ve analiz yapma konusunda diğer alternatifleri değerlendirmek.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • OYE, yönetim süreci dahilinde hemen laboratuvar ve kan bankası sorumluları ile görüşmeli, bu kişilere laboratuvar personeli ve kan bankası personeli ile iletişime geçerek aşağıdakileri nasıl yapacakları konusunda talimat vermelidir, - o Afet ve acil durumunda laboratuvar ve kan bankasını yönetmek için kullanılacak olan mevcut prosedürleri, iş akış talimatları, kayıtları ve formları değerlendirmek, kullanılabilecek olanları seçmek, acil duruma uygunluğunu sağlamak, - o Hastane laboratuvarının bölgedeki hastaneler içinde ki rolünü değerlendirmek ve belirli senaryolar (kimyasal olaylar, bulaşıcı hastalıklar vb.) için hangi laboratuvarın referans olduğunu belirlemek.² Bu durumlarda hangi prosedürlerin uygulanacağına karar vermek, - o Olası sorunları ve riskleri belirlemek, - o Kritik madde ve malzemeleri kontrol etmek ve ihtiyaçları belirleyerek tedarik hesaplaması yapmak (örn. Laboratuvar kitleri), - o Tedarik konusunda koordinasyon sağlamak, - o Hastane personelini kan ürünlerini, analizlerini ve hizmetlerini mümkün olduğu kadar ekonomik bir şekilde kullanmaları konusunda bilgilendirmek, - o Özellikle kan veya vücut sıvıları ile bulaşma, insandan insana bulaşma potansiyeli olan bir epidemi durumuyla ilgili olarak laboratuvar personelinin doğru bir şekilde bilgilendirildiğinden, personel için kişisel koruyucu donanımın mevcut olduğundan ve numuneler konusunda açık talimatlar verildiğinden emin olmak. • Nitelikli personel eksikliği ile ilgili muhtemel sorunları ve ihtiyaçları belirlemek, • Personel mevcut kan stoklarını değerlendirmeli, OYE kan ihtiyacını önceden tahmin etmeli, diğer hastanelerin kan bankaları ile iletişime geçmeli, acil kan tedarikini sağlamalı ve gerektiğinde olay eylem planını oluşturarak düzeltici önlemleri almalıdır. Gerektiğinde Bölgedeki diğer laboratuvarlarla iletişime geçilmelidir, • OYE laboratuvar personelinin gözetimi altında çalışabilecek kalifiye gönüllüler (örn. yeni emekli olmuş personel vb.) ile çalışmayı öngörmelidir.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Laboratuvar, personel için herhangi bir sağlık sorunu oluşturmayacak şekilde yönetilmelidir, • Kan kullanımında kan güvenliği ile ilgili ulusal rehberlere tamamen uyulmalıdır (nakil sadece çapraz karşılaştırma ve kan kalitesi kesin olduğunda yapılmalıdır), • Laboratuvara sadece yetkili personelin girdiğinden emin olun, • Laboratuvar atığı imha ve temizleme prosedürlerine tamamen uyulduğundan emin olun, • Kana yönelik soğuk zincirin güvence altına alındığından emin olun, • Analizlerin en ekonomik şekilde talep edildiğinden emin olunmalıdır.	

² Bildirilmesi gereken bulaşıcı hastalığa özel dikkat.

Kullanılacak Materyaller • Formlar..... • Kontrol listesi..... • Standart Operasyon Prosedürü ve Depatman/Servis/Birim Müdahale Prosedürü, • Görev Yeleği. Kalite Kontrol • Laboratuvar ve kan bankasının deneyimli personel tarafından yönetilmesini sağlayın, • İmkan ve kapasite ile ilgili değerlendirmenin hızlı ve profesyonel bir biçimde yapılmasını sağlayın, • Laboratuvarın ihtiyaç duyduğu kritik malzemelerin mevcut olduğundan emin olun, • Hekimlerin sadece kritik analizleri talep etmesi ile ilgili olarak bilgilendirildiğinden emin olun, • Tedarik konusunun kısa sürede ele alındığından emin olun. Zaman Dilimi • OYE'nin aktivasyonunu takip eden 1 saat içinde	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar İle Koordinasyon • Güvenlik ile ilgili SOP..... • Eczane ile ilgili SOP • Temizlik hizmetleri ile ilgili SOP.....	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Nitelikli personel eksikliği varsa, laboratuvarın sürekli olarak nitelikli personel tarafından işletilmesini ve/veya diğer laboratuvarların (örn. özel laboratuvar vb.) yardımcı olmasını sağlamak için hemen olay eylem planını oluşturun, • İnsandan insana Bulaşıcı Hastalık durumlarında, tüm iş güvenliği kurallarına tamamen uyulmasını sağlayın, • Eğer ciddi bir kan sıkıntısı olacağı düşünülüyorsa, hemen dış kaynaklardan kan tedarik etmeyi düşünün, • Eğer bir elektrik kesintisi söz konusu ise, soğuk zinciri koruyarak kan ve kan ürünlerinin kullanılabilir kalmasını sağlayın.	
Sürece Dahil Kişiler • OYE personeli, • Laboratuvar ve kan bankası sorumluları, • Laboratuvar ve kan bankası personeli, • Güvenlik personeli.	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar : Formlar : Raporlama mekanizması İzleme •	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi:	
Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No 13
PSİKOSOSYAL HİZMETLERİN YÖNETİMİ

Faaliyetleri ger-
çekleştirme ve
raporlama için
zaman çizelgesi

Temel Faaliyet: Afet ve acil durumlardan doğrudan etkilenen hastalar, hasta yakınları ile sağlık personelinin hızla iyileşip toparlanma becerilerinin artırılması amacıyla psikososyal destek sağlamak.

Hedefler

- Mümkün olduğu kadar hızlı bir şekilde koruyucu önlemler geliştirmek amacıyla ruh sağlığı bakımından yüksek riskli tepkileri belirlemek,
- Hastalar ve personel arasında psikososyal sorunlarla karşı karşıya kalma riski yüksek olan grupları belirlemek,
- Psikososyal destek hizmetleri kapsamında psikolojik triyaj yapmak, kesintisiz psikososyal risk ve ihtiyaç analizi yapmak, ihtiyaç duyanlara psikolojik ilkyardım ile destek olmak, psikolojik bilgilendirme yapmak, paylaşım grupları ile psikoeğitim çalışmalarını yürütmek,
- Gerekli görüldüğünde klinik değerlendirme ve takip amacıyla hasta, hasta yakını ve sağlık personeline ruh sağlığı hizmeti verilmesi için sevk zinciri kurmak,
- Psikososyal destek hizmetleri sağlamak için hastanenin niceliksel ve niteliksel kapasitesini ve imkanlarını değerlendirmek,
- Hizmet sunumunu mevcut durumun gereklerine uyarlamak,
- Öncelikle sosyal desteğe odaklanmak ve psikolojik desteğe ihtiyaç duyulma olasılığını azaltmak,
- Ciddi şekilde etkilenen kişilerin durumunun takip edilmesini sağlamak,
- Öncelikle hastaların ve personelin en acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlamak,
- Hastalar, personel, hasta yakınları vb. grupların psikososyal destek ihtiyaçlarını düşüncük ve gerektiğinde dış paydaşlara yönlendirmek.

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler

- OYE, afet/acil durumlarında, hastanenin, psikososyal destek hizmetlerindeki rolünü belirlemelidir,
 - OYE, hastane iç ve dış paydaşlarla hemen işbirliğine gitmelidir,
 - OYE, psikososyal destek ekibinin üyelerini ve sorumlularını belirlemelidir,
- Psikososyal destek ekibi aşağıdakilerden sorumludur:
- o Mevcut prosedürler, iş akış talimatları, formlar ile kayıtları hızlıca değerlendirerek kullanılacak olanları seçmek, afet ve acil duruma uyumunu sağlamak,
 - o Psikososyal Destek ekibinin görev yapacağı alanı belirlemek ve ihtiyacı olanların (hasta, hasta yakını, personel vb.) ekibe nasıl ulaşacağını açıkça belirtmek,
 - o Psikososyal açıdan özel ihtiyaç ve riskleri olan hasta, hasta yakınları ve sağlık personellerini belirlemek,
 - o Psikolojik bilgilendirme amacıyla psikososyal desteğin nereden nasıl alınacağı, kaygı ve stres belirtileri, riskli belirtilerin tanınması, yüksek riskli grupların tanınması gibi bilgileri içeren basılı materyal hazırlamak ve bunu yaygın olarak erişilebilir hale getirmek. Ölü ve kayıp yönetimi ile sürekli işbirliği içinde olarak psikososyal desteğe ihtiyacı olanlar hakkındaki bilgiler de dahil olmak üzere işbirliği ve koordinasyon sağlamak,
 - o Ölülerini teşhis için geldiklerinde ailelere eşlik etme konusunda psikososyal destek ekibinin hazırlıklı olmasını sağlamak,
 - o Kaygı ve stres tepkileriyle ilgili sağlık personeline yönelik destekleyici grup çalışmaları için güvenli bir oda hazırlamak ve desteği kesintisiz sürdürmek,
 - o OYE'ye, öncelikle afet ve acil durum halinde görev yapan personelin temel (güvenlik, beslenme, barınma, banyo-tuvalet, iletişim vb.) ve özel ihtiyaçlarının (ilaç vb.) karşılanması ile dinlenme saatlerinin belirlenmesi gibi konularda yönlendirme ve önerilerde bulunmak,
 - o Tüm personel ve ailelerine yönelik psikososyal destek sunulması için çalışmalar yürütmek,
 - o Sosyal hizmet uygulamaları kapsamında, hasta ve hasta yakınlarının ihtiyaçlarına göre psikososyal destek sağlamak, gerektiğinde ihtiyaçlarını karşılamak (kayıpların bulunması, kimliklendirme, kimsesiz ve engellilere destek verilmesi) veya kaynaklara yönlendirmek,
 - o Tıbbi sosyal hizmet uygulamalarının afet ve acil durumlarda da sürdürülebilir olmasını sağlamak ve ilgili kurum ve kuruluşlarla (aile ve sosyal politikalar bakanlığı il müdürlüğü, il emniyet müdürlüğü, STK'lar vb.) sürekli ve kesintisiz bir işbirliği ve koordinasyon çalışması yürütmek,
 - o Gerektiğinde ve gerekli izinleri almış olmak şartıyla STK'lar, dini liderler ve toplum liderleri gibi dış paydaşlar ile iş birliği ve koordinasyon sağlamak.

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Psikososyal destek ekibinin gereken yeterliğe sahip (psikiyatrist, psikolog, sosyal hizmet uzmanı, sosyolog, çocuk gelişimi uzmanı vb.) personelden oluştuğundan emin olun, • Psikososyal destek hizmetleri devam ettiği sürece görünür, ulaşılabilir ve sürdürülebilir olduğundan emin olun, • Daha çok desteğe ihtiyaç duyan hastaların ve personelin takip edilmesini sağlamak için sevk ve kayıt sisteminin kullanıldığından emin olun.	
Kullanılacak Materyaller • Formlar..... • Standart Operasyon Prosedürü..... • Kayıtlar..... • Görev yelekleri..... Kalite Kontrol • Kaliteli hizmet sunmak için psikososyal destek ekibinin gerekli yeterliğe sahip insanlar tarafından yönetilmesini sağlayın, • Ruhsal açıdan etkilenen hastaların hastanede kaldıkları süre içerisinde ve taburcu edilmelerinin hemen sonrasında takip edilmelerini sağlayın, • Personelin, hastaların ve hasta yakınlarının en öncelikli ve acil sosyal ihtiyaçlarının dikkate alınmasını sağlayın. Zaman Dilimi • OYE'nin faaliyete başlamasından 6 saat sonra.	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Aile ve Sosyal Politikalar İl Müdürlüğü, • Ailelere yönelik alanlar ile ilgili SOP, • Ölü ve kayıpların yönetimi ile ilgili SOP, • Güvenlik ile ilgili SOP, • Lojistik hizmetleri SOP, • İnsan kaynakları yönetimi ile ilgili SOP.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Hizmeti sağlayacak yetkinlik sahibi personel sayısı yetersiz ise, destek alma konusunda gerekli eylem planını oluşturun ve hemen dış paydaşlarla birlikte hareket edin, • Gönüllülerin, dini liderlerin veya toplum liderlerinin desteği gerekli görülüyorsa, faaliyetlerin OYE'nin kararları ve izni çerçevesinde uygulanması ve denetlenmesi için gerekli düzenlemeleri yapın.	
Sürece Dahil Kişiler • OYE personeli, • Psikososyal destek hizmetler personeli, • Güvenlik personeli, • Hastane yönetimi personeli.	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar : Formlar : Raporlama mekanizması • Acil Müdahale Planı'nın ilgili bölümünde açıklandığı şekliyle raporlandırın. İzleme • Psikososyal destek hizmetleri sunan personelin ikincil “mağdur” haline gelmemesini sağlayın, • Psikososyal hizmetlerin kapsamının sadece Olay Yönetim Ekibi'nin kararına göre gerekli görülenlerle sınırlı kalmasını sağlayın, • Takip gerektiren hastalara ve çalışanlara hastanede kaldıkları ve taburcu oldukları zaman gereken psikososyal desteği sağlayın.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No 14 AİLELERE YÖNELİK ALANLARIN YÖNETİMİ	Faaliyetleri gerçekleştirme ve raporlama için zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Hasta ailelerini/yakınlarını yeterli şekilde bilgilendirmek, gerekli bilgileri doğru ve zamanında almalarını sağlamak. Hedefler • Acil Servise ve afet triyaj alanına girmelerine izin verilmeyen hasta refakatçilerinin, bilgi almak üzere bekleyebilecekleri güvenli bir alan oluşturmak, • Hasta ziyaretine gelen ailelerin bilgi almasını, ziyarette bulunmasını sağlamak; ziyaretçilerin hastaneye serbestçe giremeyecekleri süreler için onları güvenli bir alana yönlendirmek, • Medya ile hasta yakınlarının karşılaşmamasına dikkat etmek, • İhtiyaç duyulması halinde hastaneyi ziyaret eden ailelere yönelik psikososyal destek hizmetlerini planlamak, • Hastane afet triyaj alanı, acil servis ve hastane departman/servis/birimlerinin aşırı kalabalık olmasını önlemek.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • Ailelere yönelik alan için gereken battaniye, sandalye gibi malzemeleri ekipman ve malzeme kontrol listesine göre hazırlayın, • Ailelere yönelik alanı işaretler ve afişlerle belirleyin, • Ailelere yönelik alanın güvenli ve emniyetli olmasını sağlayın ve kolluk kuvvetlerinin bulundurulmasının gerekli olup olmadığını değerlendirin, • Hasta yakınlarının bu alanda uzun süre geçirebileceklerini planlayarak asgari düzeyde su ve yiyeceği hazır bulundurun, • İdare personelinin, ailelere yönelik alanı yönetmek üzere görevlendirildiğinden emin olun, • Gerekli görüldüğünde Psikososyal destek ekibi personeli bu alanda hasta yakınlarına psikososyal destek vermek üzere görevlendirin, • OYE'nin talimatları doğrultusunda aileleri hastalarıyla ilgili bilgilendirin, • Kayıp olan veya kayıp olduğu bildirilen kişilerle ilgili bilgi yönetimine katkıda bulunun. Hastanede olmadığı belirlenen bir hastayı arayan aileleri kaydederek, kayıpla ilgili bilgi geldiğinde kendilerine ulaştırın, • Hastalarla, aileleriyle ve ölümlerle ilgili kayıt tutulmasını ve bu bilgilerin paylaşılmasını sağlayın.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Ailelere yönelik alanlar ve geçici morg emniyet güçleri tarafından tamamen güvenlik altına alınmalıdır, • Geçici morga girişler denetim altına alınmalıdır. Sadece emniyet güçleri ve OYE tarafından izin verilenlerin girişi sağlanmalıdır.	
Kullanılacak Materyaller • Formlar..... • Kayıtlar..... • Kontrol listesi..... • Standart Operasyon Prosedürü..... • Görev yelekleri • İşaret ve afişler • Odalar (sandalye, battaniye, su, sıhhi tesisatı olan) Kalite Kontrol • Ailelere yönelik alanın güvenli olmasını ve ailelere sıcak bir ortam sunulmasını sağlayın, • Ailelerin acil sosyal ihtiyaçlarının karşılanmasını sağlayın (örn. hastayı evine geri götürme vb.). Zaman Dilimi OYE'nin bu alanları açma kararı vermesinden 2 saat sonra.	

Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Psikososyal Destek Hizmetleriyle İlgili SOP • Standart Operasyon Prosedürü..... • Emniyet Güçleri..... • OYE..... • Sağlık yetkilileri.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Bulaşıcı hastalık veya kimyasal olay durumunda, hasta ve ölümlerle ilgili olaya özel plan ve uygulamalar konusunda aileleri bilgilendirin, • Hasta ve ölü yakınları ile ilgili bir güvenlik sorunu durumunda; hemen emniyet güçlerinden ek destek isteyin.	
Sürece Dahil Kişiler • İdare personeli, • Psikososyal destek hizmetleri personeli, • Adli uzmanlar, • Hasta bakım personeli, • Din görevlileri, • Sosyal hizmet personeli, • Emniyet güçleri, • Hastanenin güvenlik sorumlusu ve personeli.	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar..... Formlar..... Raporlama mekanizması • Aksi yönde karar verilmediği sürece 3 saatte bir OYE ile bilgi paylaşımını sağlayın, • Özellikle hasta ve ölümler ile ilgili faaliyetler olmak üzere tüm faaliyetlerin kaydının tutulmasını sağlayın.	
İzleme • İş güvenliği ve emniyetin tamamen sağlandığından emin olun, • Ailelerin su, yiyecek gibi temel ihtiyaçlarının karşılandığından emin olun, • Ölülerin tespiti ve kimlik tespiti için yakınlarına gösterilmesini emniyet güçlerinin ve psikososyal personelin tam desteği ile gerçekleştirildiğinden emin olun.	
Güvenlik Konuları Çok fazla ailenin aynı alanda olması farklı beklentiler ve stres düzeyi nedeniyle ciddi sorunlar yaratabilir. Bu nedenle önceden emniyet güçlerinden destek isteyerek önlem alınmasını sağlayın.	
İlk yayınlanma tarihi:	Revizyon:

Standart Operasyon Prosedürü No 15 GÜVENLİK YÖNETİMİ	Faaliyetleri gerçekleştirme ve raporlama için zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Personelin, hastaların, kritik ekipmanın ve hastanenin sürekli olarak güvenliğini sağlanmak. Hedefler - Hastane çevresine erişimin sınırlı olmasını ve sadece yetkili kişilerin alana girmesini sağlamak, - Erişim yollarının hastaların hastaneye nakli ve hastaneden diğer sağlık tesislerine sevkı için açık olmasını sağlamak, - Hastane hizmetlerine ve tıbbi bakıma erişimi kolaylaştırmak, - Hizmet sunumunda yer alan tüm personelin güvenliğini sağlamak, - Hastane afet triyaj alanı, acil servis, ayaktan tedavi alanı, kişisel eşyaların bulunduğu oda vb. gibi özel olarak oluşturulan alanların güvenliğini sağlamak, - Hastaları veya personeli afet/acil durum sonucu oluşabilecek güvenlik risklerinden korumak, - Acil durum süresince hastanenin ekipman ve malzemelerini korumak, - Oluşabilecek her türlü güvenlik sorununun hastane güvenlik personeli tarafından emniyet güçleri ve Olay Yönetimi Ekibi ile koordinasyon içinde yönetilmesini sağlamak, - Söz konusu afet ve acil durumun hastane hizmetleri için risk oluşturması halinde riskleri belirleyerek acilen tedbir almak.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler Olay Yönetim Ekibi şunları yapmalıdır: - Mevcut Afet/Acil durumun özelliklerini ve hastanenin işleyişini güvenlik açısından nasıl etkileyebileceğini belirlemelidir, - OYE’de bir Güvenlik Sorumlusu belirlenmelidir, - Güvenlik sorumlusu tarafından güvenlik yönetimi ile ilgili mevcut prosedür, iş akış talimatları, formlar ve kayıtlar hızlıca değerlendirilerek, kullanılacak olanların belirlenmesi sağlanmalıdır, - Güvenlik sorumlusunun; görev yeleği, yönlendirme işaret ve tabelaları ile tehlikeli bölgelerin belirlenmesi ve çevrenmesi için gerekli ekipmanının mevcut olup olmadığını kontrol etmesi istenmelidir, - Güvenlik sorumlusu mevcut afet/acil durumda güvenlik konusunda hangi personelin katkıda bulunacağını, personelin nasıl seferber edileceğini ve yönetileceğini belirlemelidir, - Hastanenin de aynı zamanda olaydan doğrudan veya dolaylı olarak etkilendiği durumlarda hasar tespit çalışmaları sırasında güvenlik hizmeti sağlamalıdır, - Tüm personel için güvenlikle ilgili önceden genel bilgilendirme yapmalı; güvenlik hizmetlerine katılacak personel için asgari eğitim hazırlamalıdır, - Bilgi ve haberleşme sistemlerinin emniyete alınması sağlanmalı, güvenliği sürekli olarak kontrol edilmelidir, - Epidemi ve pandemi ile ilgili olaya özel durumlarda personelin ve hizmet sunumunun güvenliğinin sağlanması için özel ihtiyaçlar belirlenmeli ve hizmetin sürekliliği sağlanmalıdır, - Bomba ihbarı, hastane içindeki bir yangın vb. gibi afet ve acil durumlarda olaya özel planlara uygun davranılması sağlanmalı, tahliye prosedürleri gözden geçirilmelidir, - Gerektiğinde polis, itfaiye, arama kurtarma vb. dış yardım ekipleri ile işbirliği yapmak için gerekli önlemleri almalıdır.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri - Güvenlik hizmetlerinde görev alan personele asgari bilgilendirme yapılmalı ve bu güvenlik personelinin sürekli olarak yelek ve koruyucu ekipman giymesi sağlanmalıdır, - Yeterli sayıda, eğitim almış ve bilgilendirilmiş güvenlik personelinin sürekli görevde olması sağlanmalıdır.	

Kullanılacak Materyaller • Formlar..... • Standart Operasyon Prosedürü..... • Kontrol listesi..... • Görev yeleği • Özel ekipman..... Kalite Kontrol • Güvenlik personelinin sağlığını ve can güvenliğini tehdit edebilecek tehlikelerden korunmasını sağlayın, • Hastane güvenlik personelinin kolluk kuvvetleri ile sürekli işbirliği içinde olmasını ve güvenlik hizmetlerinin tam koordinasyon içinde sunulmasını sağlayın, • Hastane personelinin güvenlik hizmetleri tarafından hazırlanan önerileri öğrenmesini ve uygulamasını sağlayın. Zaman Dilimi • OYE'nin aktive edilmesinden hemen sonra başlayan ve devam eden.	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Hastane afet triyaj alanı ile ilgili SOP, • Ailelere yönelik alanlar ile ilgili SOP, • Hizmet sunumunun devamlılığı ve kritik sistemlerin eski haline getirilmesi ile ilgili SOP, • Acil Servis yönetimi ile ilgili SOP, • Psikososyal destek hizmetleri ile ilgili SOP, • Kimliği belirli ya da belirsiz ölümler ile ilgili SOP, • Emniyet güçleri veya kolluk kuvvetleri.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Güvenlik konusu sorunlu hale gelirse, personeli, hastaları, hasta yakınlarını veya hastane malzeme ve ekipmanlarını tehdit ederse, dış paydaşlardan (emniyet güçleri, itfaiye, arama kurtarma hizmetleri vb.) destek almak için gerekli prosedürü hemen uygulayın.	
Sürece Dahil Kişiler • OYE, • Güvenlik hizmetleri personeli, • Emniyet güçleri.	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar : Formlar : Raporlama mekanizması • Gerekli durumlarda, Acil Müdahale Planının güvenlik ve Olaya Özel Planların ilgili bölümlerine bakınız. İzleme • Güvenlik hizmetlerinde yer alan personelin OYE tarafından kararlaştırılan emniyet ve iş güvenliği kurallarına uygun hareket ettiğinden emin olun, • Güvenlik personelinin aşırı risk almadığından emin olun, • Güvenlik konusunda ilgili dış paydaşlar ile sürekli koordinasyon içinde olun.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi:	Revizyon:

Standart Operasyon Prosedürü No 16 TEMİZLİK HİZMETLERİ, ÇAMAŞIRHANE VE ATIK YÖNETİMİ	Eylemlerin ger- çekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizel- gesi
Temel Faaliyet: Hastanenin tıbbi hizmet kapasitesine katkı sağlamak ve çalışanlar ile hastaların sağlığını korumak amacı ile söz konusu destek hizmetlerin yönetimini organize etmek. Hedefler: • Temizlik hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Hizmetlere olan talepte ani ve belirgin bir artış, - o Artan Bulaşıcı Hastalık riski (özellikle insandan insana bulaş), - o Hastane afet triyaj alanı ve hasta yakını alanı gibi yeni alanların açılması, - o Çalışan sayısındaki eksiklik nedeniyle hizmeti sürdürmede zamanla yaşanan sorunlar, - o Yeterli miktarda tedarik yapılması ve tedarikçinin sürdürülebilirliği, - o Epidemik veya pandemi durumunda, sağlık çalışanlarının ve temizlik personellerinin enfeksiyon riskleri açısından korunması. • Çamaşırhane hizmetlerinde karşılaşılan temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Çarşaf ve diğer malzemelerin tüketiminde ani ve belirgin artış, - o Çarşaf ve benzeri malzemelerin temizliği konusunda iş yükünde meydana gelen ani artış, - o Hastane çamaşırhanesindeki yoğun iş yükünü yönetme kapasitesinde meydana gelen sınırlılıklar (örn, çalışanlar, ekipman kapasitesi). • Atık yönetiminde yaşanabilecek temel zorlukların göz önünde bulundurulmasını sağlamak: - o Olağan duruma göre daha fazla atık oluşumu (örn, enjektör, bisturi gibi ucu keskin aletler, kan ile kontamine olmuş maddeler), - o Hastane atıklarının toplanmasına ve yönetilmesine ilişkin kapasitenin sınırlı olması, - o Çöp taşıma hizmetinin yapılmaması gibi başka faktörlerin de hastane atık yönetimini etkilemesi, • Bu alanlardaki sorunları önlemek için gereken olay eylem planını oluşturmak, • Lojistik yönetimi için koordinasyonu sağlamak, • Söz konusu hizmetler için personel desteğini sağlamak, • Çalışanların ve ekipmanların emniyetini ve iş güvenliğini sağlamak.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Standart Operasyon Prosedürleri ve iş akış talimatlarını Olay Yönetim Merkezi'nde değerlendirin ve bu faaliyetlerin yürütülmesinden sorumlu OYE personelini görevlendirin, • Söz konusu destek hizmetlere ilişkin Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürünü veya Standart Operasyon Prosedürlerini faaliyete geçirin ve bu hizmetlerin mevcut duruma uygun hale getirilip getirilmediğini değerlendirin; gerektiği takdirde düzeltici faaliyetlerde bulunun, • Söz konusu destek hizmetlerin yönetimi için personel görevlendirin, yönetim ve koordinasyona ilişkin kararlar alın, • İhtiyaçlara göre uygun olan personel için yeniden görev dağılımı yapın, • Sunulacak temel hizmetleri ve geçici olarak verilemeyecek hizmetleri belirleyin, • İlgili personelin emniyet ve iş güvenliğinin dikkate alınmasını sağlayın, • Hizmet sunumunun zamanla sürdürülebilirliğini sağlamak için malzeme ve ekipman ihtiyaçlarını değerlendirin, • Öngörülen bir eksiklik (personel, malzemeler, ekipmanlar, lojistik) durumunda gereken olay eylem planını oluşturun, • Bilgi yönetiminin (raporlama sistemi, izleme) işlevsel olmasını sağlayın, • Atık yönetimi, kanalizasyon sistemi gibi sorunların önlenmesi için dış paydaşlarla koordinasyon içinde hareket edin, • Sağlık otoriteleri ile birlikte hareket edin.	

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Temizlik hizmetleri, çamaşırhane ve atık yönetimi konusunda daima güvenlik hizmetlerinden destek alın, • Bu faaliyetlerde yer alan personelin sağlığı tehdit eden riskler ve güvenlik prosedürleri hakkında bilgilendirildiğinden emin olun, • Sürece dâhil olan personelin kontaminasyon, bulaşıcı atıklar vb. durumlarda iş güvenliği prosedürlerine tamamiyle uyduğundan emin olun (kontamine ya da enfekte atıklarla çalışırken), • Epidemi durumunda faaliyete geçirilen özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın.	
Kullanılacak Materyaller • Kayıtlar • Formlar • Standart Operasyon Prosedürü • Ekipman ve malzemeler Kalite Kontrol • Gerekli hizmetlerin doğru zamanda ve yeterli miktarda verilmesini sağlayın, • Sürece dahil olan personelin emniyet ve iş güvenliği prosedürlerine uymasını sağlayın. Zaman Dilimi • Acil Müdahale Planı'nın faaliyete geçirilmesinin hemen ardından.	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Standart Operasyon Prosedürü	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • İnsandan insana bulaşıcı hastalıklar ya da kimyasal bir olayın meydana gelmesi halinde, destek hizmetlere dahil olan personelin tüm koruyucu prosedürlere tamamen uymasını ve koruyucu ekipman giymesini sağlayın, • Kimyasal bir olay yaşanması halinde, şebeke suyunun kontamine olmasını engellemek için dekontaminasyon alanının (dekontaminasyon için kullanılan su bu alanda bulunur) sürekli kontrol altında olduğundan emin olun.	
Sürece Dahil Kişiler • OYE personeli, • Destek hizmetler personeli, • Dış paydaşlar.	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Formlar: Raporlama mekanizması • Bilgi yönetimine ilişkin ilkelerin ve prosedürlerin Acil Müdahale Planı'nda açıklandığı şekliyle uygulanmasını sağlayın. İzleme • Temizlik hizmetleri, çamaşırhane hizmetleri ve atık yönetimi hizmetlerinin yeterli ve zamanında verildiğinden emin olun.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No 17 ÖLÜ VE KAYIPLARIN YÖNETİMİ – GEÇİCİ MORG	Eylemlerin ger- çekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizel- gesi
Temel Faaliyet: Hastane içinde ölü yönetiminin etkili bir biçimde organize edilmesini sağ- lamak. Hedefler • Cesetlerin güvenli bir geçici morg alanında muhafaza edilmesini sağlamak, • Ölen kişilerin kişisel eşyalarının güvenli bir yerde korunmasını, muhafaza edilmesini ve ailelerine teslim edilmesini sağlamak, • Ölülerin kimliğini tespit etme sürecine aktif şekilde katkı sağlamak, • Yakınını kaybeden veya ölü teşhis eden ailelere psikososyal destek sağlamak, • Ölülerin saklama koşullarından vb. kaynaklanabilecek herhangi bir halk sağlığı sorununu önlemek, • Kayıp kişilerin aranması esnasında emniyet güçlerine hastalar ve ölüler hakkında bilgi ve- rerek kayıp yönetimine katkıda bulunmak.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • Beklenen ölü sayısı hastane morgunun kapasitesinin üzerinde ise, hemen cesetlerin toplanıp geçici olarak muhafaza edilebileceği geçici bir morg alanı oluşturun: - o Emniyet güçlerinin yardımıyla bu alanın güvenliğini sağlayın, - o Bu alanın yetkisi bulunmayan kişiler tarafından erişilmez olmasını ve cesetlerin alanın dışından görünmemesini sağlayın, - o Alanı; emniyet güçleri ile işbirliği içinde, psikososyal destek ekibinin önerilerini dikkate alarak ve yakınları tarafından ölülerin kimliklerinin tespit edilmesini kolaylaştırabilecek şekilde hazırlayın, - o İhtiyacı olanlara psikososyal destek sağlayın, - o Ölen kişilere ait tüm eşyaların emniyet güçleri kontrolünde güvenli halde muhafaza edilmesini sağlayın, - o Tüm faaliyetlerde emniyet güçleri ile koordinasyon halinde olun, • Cesetlerin fotoğrafını çekin (mümkünse dışları görünecek şekilde ikinci bir fotoğraf çekil- mesi), • Çeşitli departmanlar/servis/ birimler, acil servis ve hastane afet triyaj alanı için, ölü yöneti- mine ilişkin bilgileri hazırlayın. Bu bilgilendirmede geçici morga nakil, kimlik tespitine yar- dımçı olabilecek her türlü bilginin kayıt altına alınması vb. prosedürlerin olmasını sağlayın, • Cesetlerle bağlantılı toksikolojik ya da enfeksiyona yol açabilecek herhangi bir risk oluşma- sı halinde özel prosedürlerin uygulanmasını sağlayın, • Geçici morgda, emniyet güçleri ile işbirliği içinde yeterli sayıda personelin çalışmasını sağlayın, • Cesetlerin dini kurallara uygun şekilde ve saygı çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın, • Ölü ve kayıplara ilişkin ilgili sorumlularla bilgi paylaşımı yapın, • Gerekirse din görevlileriyle işbirliği yapın, • Cesetlerin hastaneden çıkışına ilişkin resmi bir prosedür oluşturun, • Geçici morga bütün girişlerin ve morgdan bütün çıkışların kaydını tutun, • Ceset torbası vb. lojistik ihtiyaçların karşılanmasını sağlayın, • Gerekli olduğu takdirde cenaze hizmeti veren ilgili kurum ve kuruluşlarla irtibata geçin.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Geçici morg alanının tamamen emniyet altına alındığından ve sadece yetkisi bulunan kişi- lerin girişine izin verildiğinden emin olun, • Ölülere ait kişisel eşyaların doğru bir şekilde toplanıp muhafaza edildiğinden emin olun, • Cesetlerle ilgili halk sağlığı konularının dikkate alındığından emin olun, • Sürece dahil olan personelin herhangi bir sağlık sorunuyla karşılaşmaması için koruyucu tedbirlere uymasını sağlayın, • Gerekirse sürece dahil olan personele sağlık kontrolü yapın.	

Kullanılacak Materyaller • Formlar, • Kayıtlar, • Standart Operasyon Prosedürü, • Fotoğraf makinesi ve fotoğraflar, • Halatlar, mahremiyet sağlanması için çadırlar, tabelalar ve posterler, • Görev yelekleri. Kalite Kontrol • Cesetlerin mahremiyet çerçevesinde muhafaza edilmesini sağlayın, • OYE görerek teşhis etmeyi kararlaştırdıysa, mahremiyete saygı çerçevesinde ve gerekirse psikososyal destek ekipleri eşliğinde gerçekleşmesini sağlayın, • Emniyet güçlerinin ceset yönetimi sürecine dahil olmasını sağlayın. Zaman Dilimi • OYE'nin kararıyla; sürekli	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Ailelere ayrılan alana ilişkin SOP, • Lojistiğe ilişkin SOP, • Güvenliğe ilişkin SOP, • Psikososyal Destek Hizmetlerine ilişkin SOP.	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Ölüm sebebi bir kimyasaldan dolayı zehirlenme ya da bulaşıcı hastalığa yakalanma ise, sürece dahil olan personelin sağlığını korumak için derhal koruyucu önlemler alın, • Ölülerin çeşitli nedenlerle bir günden fazla kalması halinde söz konusu ölülerin nakli için dış paydaş kurumlarla acilen işbirliği sağlayın.	
Sürece Dahil Kişiler • OYE, • Güvenlik personeli, • Emniyet güçleri, • Yardımcı personel, • İdari personel, • Psikososyal Destek Personeli.	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Formlar: Raporlama mekanizması • Acil Müdahale Planı'nda tanımlanan şekilde – bilgi yönetimi ve ölü yönetimi İzleme • Ölülerin ailelerine teslim edildiğinden ya da merkez morga nakledildiğinden ve ilgili formların doldurulduğundan emin olun <i>(Cesetler hastanenin geçici morgunda 48 saatten fazla kalmamalıdır).</i> • Ölen kişiye ait tüm kişisel eşyaların emniyet güçleri gözetiminde ailelere teslim edildiğinden emin olun.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi:	Revizyon:

Standart Operasyon Prosedürü No 18 TEKNİK BAKIM HİZMETLERİNİN VE KRİTİK EKİPMANIN YÖNETİMİ <i>Genel Standart Operasyon Prosedürü olarak kullanılmalıdır. Detaylı bilgi için Bölüm III'de yer alan ilgili olaya özel planlara ilişkin Standart Operasyon Prosedürleri'ne bakınız.</i>	Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi
Temel Faaliyet: Kritik ekipman ve hastane demirbaşlarının kullanılabilir durumda olmasını ve tıbbi bakım hizmetlerinin sağlanabilmesi için daima koruma altında olmasını sağlamak. Hedefler • Kritik ekipmanın çalışır vaziyette olmasını ve çalışır durumda kalmasını sağlamak, • Kritik ekipmanlarda bir sorun meydana gelmesi halind hemen tamir edilmesini sağlamak, • Elektrik, su, haberleşme vb. kritik sistemlerin sürekli çalışması için ilgili dış paydaşlarla işbirliği sağlamak, • Dış kaynaklarda bir sorun yaşanması halinde, jeneratörler, su tankları vb. yedek sistemlerin devreye girmesini sağlamak.	
Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler Olay Yönetim Ekibi hemen: Lojistik görevi kapsamında bir Teknik Bakım Hizmetleri Sorumlusu görevlendirilmelidir. • Teknik Bakım Hizmetleri Sorumlusu tarafından aşağıdakiler yapılmalıdır: - o Teknik Bakım hizmetleri personeliyle mevcut standart operasyon prosedürünü, iş akış talimatını, formları, kontrol listelerini ve kayıtları hızlı bir şekilde değerlendirerek kullanılacak olanları seçin ve bunların mevcut duruma uyarlanmasını sağlayın, • Departman/Servis/Birim Sorumluları ile kritik ekipmanın faaliyet düzeyini belirleyin. Herhangi bir sorunla karşılaşırsa, eksik ya da aşırı kullanım gibi sorunları öngörebilmek için bir izleme sistemi oluşturun, • Acil Müdahale Planı'nda tanımlan prosedürleri ve kontrol listelerini kullanın, • Departman/Servis/Birim Acil Müdahale Prosedürleri'nde açıklanan şekilde rehberleri ve kontrol listelerini kullanarak kritik sistemlerin güvenliğinin, gelecek saat ve günlerde sürdürülebilir olup olmadığını değerlendirin. Öncelik elektrik ve su gibi kaynaklarda olsa da atık yönetimi gibi diğer konuları da dikkate alın, • Kritik ekipmanın etkili bir şekilde işleyişi ve kritik sistemlerin erken iyileştirilmesi için katkı sağlayabilecek harici paydaşları, tedarikçileri, uzmanları belirleyerek gerektiğinde protokoller yapın, • Hastane binasının zarar görmesi, kritik sistemlerin kaybı ve kritik ekipmanın kısmi ya da tamamen yok olması gibi dış kaynaklı bir olaydan hastanenin de etkilenmesi durumunda, OYE aşağıdaki adımları izlemelidir, - o Bölüm III'de yer alan olaya özel planları kullanmak, - o Hemen teknik bakım ve güvenlik birimlerinden hasar tespiti yapmalarını istemek. Acil Müdahale Planı'nın III. bölümünde açıklandığı üzere, prosedür ve kontrol listelerini kullanmak. Hastane dışından ihtiyaç duyulan ek teknik uzmanlık hizmetlerini belirlemek, - o Her departman/servis/birim sorumlusundan kritik ekipman ve kritik sistemlerin işleyişi ile ilgili tüm sorunları bildirmesini istemek, - o Hasarlı yapıların güvenliğine ilişkin karar alma sürecine katkı sağlayabilecek taraflarla acil toplantı yapmak (hastanenin tahliyesi her zaman son alternatif olarak değerlendirilmelidir ancak yüksek risklerin olması halinde tedbir amaçlı tahliye önerilmektedir), - o Topluma hizmet veren kurum ve kuruluşlarla, kritik ekipman ve sistemlerin eski haline getirilmesi için işbirliği sağlamak ve eylem planı oluşturmak, - o İzleme yöntemleri oluşturmak, • Hastane içinde yangın çıkması halinde, OYE aşağıdaki adımları izlemelidir: - o Bölüm III'de yer alan olaya özel planlara başvurmak, - o Güvenlik ve teknik bakım hizmetleri personelinin, ortak durum değerlendirmesi yapılmasını ve tedbir amaçlı tahliye yapılmasına yönelik ilk durum raporunu hazırlamasını istemek, - o Yangınla mücadeleye yardımcı olabilecek tüm personeli seferber etmek, - o Temel tıbbi bakım hizmetlerinin sunulmasına yönelik en kötü senaryoyu göz önünde bulundurarak, buna uygun bir eylem planı oluşturmak, • Teknik Bakım hizmetleri personeline yardımcı olabilmek için seferber edilecek araçları belirleyin: - o Mutfak ve çamaşırhane gibi destek hizmetleri sağlayan personeli, gerek görüldüğünde teknik bakım hizmetleri personeline yardımcı olmak üzere eğitmek, - o Güvenlik hizmetleri personeliyle yakın işbirliği yapmak, - o Afet/acil durumda hastane dışından yardımcı olabilecek uzmanların ve teknisyenlerin bir listesini hazırlamak.	

İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Kritik ekipmanların ve kritik sistemlerin bakımı güvenlik hizmetlerinin katkısına daima ihtiyaç duyan bir süreçtir, • Kritik ekipmanın, önceden belirlenen prosedürlere ve kontrol listelerine göre kullanıma uygun hale getirildiğinden emin olun, • Kritik sistemlerin işleyişinin ilgili dış hizmet sağlayıcıları ile işbirliği içinde sağlandığından emin olun, • Kritik ekipmanın teknik bakım ve onarımı, personelin kendi sağlığını ve güvenliğini asla tehlikeye sokmamalıdır, • Kritik sistemin ya da kritik ekipmanın kaybı Bölüm III'deki olaya özel planlara göre ele alınmalıdır, • Hastanede çalışmaya gelen dış uzmanlar ve teknisyenler, teknik bakım personelinin gözetimi altında çalışmalıdır ve epidemi vb. durumlarda sağlıklarını tehlikeye atacak risklere maruz kalmamalıdır.	
Kullanılacak Materyaller • Formlar..... • Kayıtlar..... • Standart Operasyon Prosedürü..... • Görev yelekleri..... • Özel ekipman..... Kalite Kontrol • Kritik önem taşıyan ekipmanın çalışır durumda olmasını ve her Departman/Servis/Birimde güvenle kullanılabilmesini sağlayın, • Hastanenin kritik sistemlerinin çalışır durumda olmasını sağlayın, • Tamir ve onarım sürecinin beklenen sonuçları sağlayacağından emin olun, • Kritik ekipmanın afet ve acil durumdan dolayı zarara uğrama riski taşımadığından emin olun. Zaman dilimi • OYE aktive edildiğinde hemen.	
Diğer Standart Operasyon Prosedürü ve/veya Paydaşlar ile Koordinasyon • Güvenliğe ilişkin SOP, • Departman/Servis/Birim'lere ait Müdahale Prosedürü, • İş sürekliliğine ilişkin SOP,	
Karşılaşılabilecek Özel Durumlar • Kritik ekipmanlar zarar gördüyse ve hemen yerine konulamıyorsa, temel hizmetlerin sunulmasına ilişkin sonuçlar hasta bakımının kalitesini azaltıyor ve tıbbi bakım sağlanması gerektiren daha az hastaya bakılmasına neden oluyorsa, Bölüm III'de yer alan iş sürekliliğine ilişkin olaya özel planı derhal faaliyete geçirin.	
Sürece Dahil Kişiler • OYE personeli, • Teknik Bakım hizmetleri personeli, • Güvenlik personeli, • Dış paydaşlar (kritik sistemler; teknisyenler, yedek parça tedarikçileri ve/veya ekipmanın yenisiyle değiştirilmesini sağlayan kişiler).	
Ekler	
Eylemlerin Kaydedilme Şekli Kayıtlar: Formlar: Raporlama mekanizması • Acil Müdahale Planı ve faaliyete geçirilmişse ilgili olaya özel plana göre İzleme • Kritik ekipmanların, hizmet kapasitesinin ve kalitesinin yeterli olduğundan emin olun, • Kritik sistemlerin veya herhangi bir iyileştirme prosedürünün işlevsel olduğundan ve sürdürülebilir olduğundan emin olun.	
Güvenlik Konuları	
İlk yayınlanma tarihi: Revizyon:	

Standart Operasyon Prosedürü No 19**EĞİTİM PROGRAMLARI VE PLAN TATBİKATI**

Eylemlerin gerçekleştirilmesi ve raporlama için zaman çizelgesi

Temel Faaliyet: Acil Müdahale Planının işlevsel olmasını sağlamak. Personelin Acil Müdahale Planı doğrultusunda harekete geçmesi ve eylemde bulunması için hazır olmasını temin etmek.

Hedefler

- Eğitim programları ve tatbikatların Acil Müdahale Planının tam anlamıyla bir parçası olmasını ve sistematik olarak organize edilmesini sağlamak,
- Tatbikatları düzenli aralıklarla ve farklı senaryolarla gerçekleştirmek.

Tatbikatlar aşağıdaki şekilde hazırlanmalıdır:

1. Adım

İçeriğin baştanbaşa tanımlanması: Acil durum planına/planlarına göz atın, tatbikat yapılmasına yönelik ihtiyaç değerlendirmesi yapın, hastanenin tatbikat yürütme kapasitesini değerlendirin, tatbikatın amaç ve hedeflerini tanımlayın, tatbikat türünü seçin, maliyet ve sorumlulukları değerlendirin, tatbikat dokümanı oluşturun ve tatbikatın yapılacağını duyurun.

2. Adım

Tatbikatların geliştirilmesi: Tatbikat için gereken kaynakları belirleyin, senaryoyu ve görev alacak personelleri içerecek tatbikat planını yapın. Simülasyon materyalini ve diğer görselleri hazırlayın ya da bir vaka çalışması geliştirin. Tatbikatı ilgili tüm departman/servis/ birim ve paydaşlara uygun yöntemlerle, doğru zamanda duyurun. Hastaneyi hazırlayın ve lojistik ihtiyaçları değerlendirin. Tatbikata katılacak personeli ile kontrol sorumlusu, simüle hastalar ve değerlendiriciler gibi tatbikatı yürütecek kişileri belirleyin. Gerekli görüldüğünde tatbikatta görev alacak katılımcılara eğitim verin.

3. Adım

Tatbikatın gerçekleştirilmesi: Tatbikatın yapılış şekli tatbikat türüne bağlı olarak değişiklik gösterir. Briefing düzenleyerek katılımcılara talimatları verin; tatbikatın senaryosu, pratik bilgiler, güvenlik, zamanlama, görevler ve komuta sistemi vb. konularda bilgilendirme yaparak, ilgili malzeme ya da ekipmanları dağıtın. Katılımcıların aktif katılım göstermelerini ve kendilerinden bekleneni yerine getirmelerini sağlayın.

4. Adım

Değerlendirme ve geribildirim: Tatbikatın amacına ulaşip ulaşmadığını belirlemek üzere hastanenin tatbikat performansını değerlendirmek zorunludur; mevcut Acil Müdahale Planının işlevselliği, uygulanan acil durum yönetim sistemi, eğitimler, personelin performansı, kullanılan ekipmanın durumu değerlendirilerek güçlü yönler ve güçlendirilmesi gereken alanlar belirlenir, iyileştirme ve geliştirme aktiviteleri planlanır.

5. Adım

İzlem: Yapılan tatbikatların izlemleri olmadan önerilerde bulunulması, tatbikat sonuçlarından tam anlamıyla yararlanmayı engeller. İzlem tatbikatlarda en çok ihmal edilen bölümdür. Tatbikatın her süreci kontrol formlarıyla takip edilmelidir:

- Amaç ve hedeflere göre (Acil Müdahale Planının hangi bölümünün ve hangi fonksiyonunun test edileceğine bağlı olarak) farklı konularda ve farklı yöntemlerin uygulandığı tatbikatlar planlanmalıdır (örn. masa başı tatbikatı, fonksiyonel tatbikat, saha tatbikatı vb.).

Sırası ile Gerçekleştirilecek Eylemler • HAP komisyonu yıllık faaliyet planında eğitim ve tatbikatları belirlemeli ve bir takvime bağlamalıdır, • Acil Müdahale Planı tatbikatı yapılırken OYE tarafından aşağıdaki tavsiyeler göz önüne alınmalıdır. Plan tatbikatı yapıldığı sırada, aşağıdakilerin kontrol edilmesi gerekir, - o Olay Yönetim Ekibi'nin yapısı, görevi, sorumlulukları, temel faaliyetleri ve yetki alanı: - Her OYE üyesinin temel sorumlulukları, - Olay Yönetim Merkezi'nin bulunduğu yer ve ekipmanlar, - SOP rehberleri, İş Akış Talimatları ve bulundurulması gereken diğer formlar ve belgeler (karar almaya yönelik tüm kritik bilgiler), - OYE'nin hastane içi ve hastane dışı haberleşmesi, - OYE aktive edilerek en az yılda iki kez düzenli tatbikat yapılmalıdır, - o Triyaj ve hasta kabul: Hastane afet triyaj alanının bulunduğu yerin erişim, güvenlik, asgari çalışma koşulları, hava şartları vb. açısından uygunluğunun değerlendirilmesi önemlidir. Alanın açılması ve kurulması konusunda da tatbikat yapılması gerekmektedir. Acil Müdahale Planı'nda yer alan tüm prosedürler, iş akış talimatları ve kaynakların seferber edilmesi ile ilgili tedbirlerin alınması; bilgi yönetimi ve koordinasyon ile ilgili önlemlerin alınması sağlanmalıdır. - o Acil Servis ve hastane içi trafik akışı: Planın farklı seviyelerinde hangi kaynakların ne zaman ve nasıl seferber edileceği belirlenmelidir. Meydana gelen afet ve acil durum esnasında Acil Servis'in yatak, personel ve ekipman açısından nasıl işleyeceği ve ilave edilmesi gereken ekipman, ilaçlar ve kritik malzemelerin nereden temin edileceği belirlenmelidir. Özelikle Acil Servis için hazırlanan rehberler, prosedürler ve iş akış talimatları, kayıtlar ve diğer formların neler olduğu ile Acil Servisin nasıl organize edileceği, bilgi yönetiminin nasıl yapılacağı tanımlanmalıdır. Günlük acil prosedürlerinin, hasta kabulünün ve olağan ayakta tedavi konsültasyonlarının afet ve acil durumlarda nasıl yönetileceği belirlenmelidir. SOP ve iş akış talimatları vb. afet ve acil durumlarda müdahalede kullanılacak malzeme ve ekipmanların hastane içinde nerede ve nasıl muhafaza edildiğinin kontrol edilmesi önemlidir. - o İnsan kaynakları yönetimi: Personelin genel anlamda ve sağlık açısından güvenliği ve hastaneye sorunsuz erişimi sağlanmalıdır (hastanenin giriş noktalarının sayısı sınırlı tutulmalıdır). Haberleşme sistemleri ve araçları düzenli test edilmelidir. Personelin çağrı beklemeksizin hangi durumlarda acil durum görevine geleceğinin yazılı talimatı verilmeli ve uygulamanın sürdürülebilirliği için kolaylıklar sağlanmalıdır (örn, kreş açılması). Personele koruyucu kıyafet ve donanım temin edilmeli, kullanımı sağlanmalıdır (örn, personele yönelik kişisel koruyucu kıyafet ve donanıma ilişkin talimatlar verilmelidir). - o Departman/Servis/Birim Müdahale Prosedürleri: Departman/Servis/Birim müdahale prosedürleri, olay yönetim sistemi içinde özellikle farklı seviyelerdeki koordinasyon açısından test edilmelidir. Her departman için kullanılacak malzeme ve kaynağın zamanında temini için gerekli tedbirler alınmalıdır. Karşılıklı etkileşimde bulunacak ana departmanlar arasında çapraz eğitimler düzenlenmelidir. - o Lojistik yönetimi: Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane içindeki diğer ana paydaşlarla ve hastane dışındaki taraflarla işbirliği ve koordinasyon yürütülmelidir. • Bilgi yönetimi: Tüm prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane içindeki diğer ana paydaşlarla ve hastane dışındaki taraflarla işbirliği ve koordinasyon yürütülmelidir. - o Güvenlik: Hastane içinde meydana gelebilecek acil durumlar (örn. yangın) başta olmak üzere, müdahale etmeye yönelik güvenlik prosedürlerini düzenli olarak kontrol edin. Güvenlik hizmetlerinin kullanacağı ekipmanı uygunluk ve kullanılabilirlik açısından test edin. Emniyet güçleri, itfaiye ve diğer paydaşlarla ortak tatbikatlar hazırlayın. Herhangi bir olay, öğrenilmiş dersler açısından incelenmelidir. - o Bakım ve kritik ekipman: Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemelerin erişilebilir ve güncel olması sağlanmalıdır. Hastane içindeki diğer ana paydaşlarla ve hastane dışındaki taraflarla işbirliği ve koordinasyon yürütülmelidir. Dış paydaşlarla düzenli tatbikatlar yapılması ve gerekli ekipmanın uygunluğunun test edilmesi gerekmektedir. - o Eczane, Laboratuvar ve kan bankası, Temizlik hizmetleri ve atık yönetimi, psikososyal destek, ailelere yönelik alanlar, ölü ve kayıpların yönetimi: Bütün rehberler, prosedürler, iş akış talimatları, formlar ve diğer kayıtlar, ekipman ve malzemeler hazır edilmelidir. Hastane içindeki diğer ana paydaşlarla ve hastane dışındaki taraflarla işbirliği ve koordinasyon yürütülmelidir.	
İş Güvenliği Kuralları ve Kontrol Prosedürleri • Tatbikatların personel/hasta sağlığı ve ekipman açısından tehlike oluşturmadığından emin olun. • Tatbikatların mümkün olduğunca ilgili dış paydaşların katılımıyla gerçekleştirildiğinden emin olun.	

Form-01

	 HASTANESİ HAP ORGANİZASYON GÖREVLENDİRME FORMU		HAP.FR.01	
			Vürürlük Tarihi	
			Revizyon No	
			Revizyon Tarihi	
			Sayfa No	
Olay Adı:		Tarih .../.../...	Saat .. /..	Operasyonel Dönem- Tarih/Saat .../.../... ..
Pozisyon	Olay Yönetim Ekibi Ad-Soyad/Kurum			
HAP Başkanı				
Halkla İlişkiler Sorumlusu				
Kurumlararası Koordinasyon Yetkilisi				
İş Güvenliği Sorumlusu				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
Tıbbi/Teknik Danışman (.....)				
HAP Sekreteryası				
Operasyon Bölümü				
Operasyon Şefi				
Alan Sorumlusu				
Tıbbi Bakım Sorumlusu				
Altyapı Sorumlusu				
Güvenlik Sorumlusu				
İş Sürekliliği Sorumlusu				
Tehlikeli Maddeler (KBRN) Sorumlusu				
Psikososyal Destek Sorumlusu				
Planlama Bölümü				
Planlama Şefi				
Personel ve Malzeme Yönetimi Sorumlusu				
Durum Değerlendirme Sorumlusu				
Dokümantasyon Sorumlusu				
Acil Durum Sonlandırma Sorumlusu				
Lojistik Bölümü				
Lojistik Şefi				
Sağlık Otelciliği Hizmetleri Sorumlusu				
İnsan Kaynakları Sorumlusu				
Cihaz ve Araç/Gereç Sorumlusu				
İlaç ve Tıbbi Malzeme Sorumlusu				
Finans Bölümü				
Finans Şefi				
Satınalma Sorumlusu				
Faturalama/Maliyetlendirme Sorumlusu				
Hukuk/Tazminat Sorumlusu				
Tahakkuk Sorumlusu				
Dış Kurum Temsilcisi (Hastane Afet Yönetim Merkezinde)				
Hastane Temsilcisi (Dış Kurumda)				
Görev Yeri				

Form-02

 T.C. Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ BRİFİNG FORMU	HAP.FR.02	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay Adı :	
Tarih /Saat:	
Olayın Hikayesi ve Mevcut Faaliyet Özeti	
Organizasyon	
Notlar (Aşılan sorunlar, devam eden sorunlar, uyarılar, direktifler)	
Düzenleyen (Ad-Soyad/Pozisyon)	

Amaç: İlk müdahale ve faaliyetleri dokümante etmek

Sorumlusu: HAP Başkanı

Dağıtım: Hastane Afet Yönetim Ekibi, Bölüm Şefleri, Dokümantasyon Sorumlusu

Form-03

 T.C. Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ OLAY BİLDİRİM FORMU	HAP.FR.3	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

İl / İlçe Adı:
Tarih / Saat:
Olayın Tanımı:
Yapılan ilk müdahale bilgisi:
Yaralı Sayısı:
Ölü Sayısı:
Bilgi Veren (İlgili Kişi):
KHB Kriz Koordinasyon Merkezi Tel No: İl Komuta Kontrol Merkezi Tel No: KHB Kriz Koordinasyon Merkezi Faks No: İl Komuta Kontrol Merkezi Faks No:

164

Form-05

	 HASTANESİ TESİS SİSTEMLERİ DURUM FORMU	HAP.FR.05	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Tarih -Saat :		Görevli Adı-Soyadı:
Sistem Adı	Durum	Eğer tamamen fonksiyonel değilse bu bölümde yeri, sebebi ve tamirat için gerekecek yaklaşık zamanı yazınız.
İnternet	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Video Tele Konferans (VTC) Kablolu	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
ALT YAPI		
Tesise Ulaşım (Yollar, kaldırımlar, köprüler..)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Yangın Uyarı Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
YangınSöndürmeSistemi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Yiyecek Hazırlama Malzemeleri	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Buz Makinesi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Çamaşırhane / Çamaşır Ekipmanları	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Yapısal Unsurlar (Bina Bütünlüğü)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
HASTA BAKIMI		
Dekontaminasyon Sistemi (Arındırma Ünitesi)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Dijital Röntgen Sistemi Digital (Radyoloji ünitesi, rutin PACS, CT, MRI, diğer)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	

Buharlı /Kimyasal Sterilizatörler	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
İzolasyon Odaları (Pozitif/Negatif Hava)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
GÜVENLİK		
Tesis Kilit Sistemleri (Kapı/anahtar kart erişimi)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Kampüs Güvenliği (Harici Park Alarmları)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Kampüs Güvenliği (Işıklandırma)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Panik Alarmları (Dahili ve diğer cihazlar)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
KRİTİK HİZMETLER		
Elektrik Enerjisi (Öncelikli Servisler)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Elektrik Enerjisi (Yedek Jeneratör)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Yakıt Deposu	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Sanitasyon Sistemleri	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Su	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Doğal Gaz	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Hava Kompresörü	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Asansör(ler)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	

Tibbi Atık Yönetimi Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Isıtma, Havalandırma, Klimalar	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Oksijen	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Medikal Gazlar, Diğer	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Pnömatik Taşıma Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Buhar Kazanı	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Arındırma Ünitesi Atık Su Sistemi	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Su Arıtma Sistemi (Varsa)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Vakum (Aspire etmek için)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Su Isıtıcı ve Dolaştırıcısı	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Harici Aydınlatma	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Harici Depo (Ekipman)	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Harici Depo Araçlar	☐ Tamamen kullanılıyor	
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Araç Otoparkı	☐ Tamamen kullanılıyor	(güç, panik butonu, ışıklar, giriş, çıkış kontrolü)
	☐ Kısmen kullanılıyor	
	☐ Kullanım dışı	
	☐ Yok	
Kontrol Eden 1:	Onaylayan:	Bildirimi Yapılan Birim:
Kontrol eden 2:		

Form-06

	 HASTANESİ OLAY EYLEM PLANI STANDART FORMU	HAP.FR. 06	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay Adı:	
Tarih/saat:	
Aktivasyon Tarihi:	
Olay Eylem Planının (OEP) Geçerlilik Süresi:	
OEP Hazırlayan/Hazırlayanlar	
OEP Onaylayan: (Görevi Adı ve Tarih)	
OEP'in Adı :	
Mevcut durumun kısa özeti (temel zorluklar, problemler, kısıtlamalar, dahil olan ana paydaşlar, olası gelişmeler, düzenlenecek operasyonlar vb.)	
OEP'in hazırlanmasına dahil olan bölümler (görevleri ve isimleri)	
Müdahale / yönetimin amacı	
Ana hedefler (en fazla 6 amaç) önceliklerine göre numaralandırarak listeleiniz.	
Strateji ve Taktikler Koordinasyona, yönetime, bilgi paylaşımına, işbirliğinin sağlanmasına, müdahale için gereken yönetim yapısı için belirlenen stratejilerin hedeflerini tanımlayınız.	
Faaliyetler Gerekli gördüğünüz ana aktiviteleri belirtiniz, komutanın kimde olduğunu belirtiniz.	
Gerekli ihtiyaçları kim, ne zaman, nerede ve nasıl karşılayacak?	
Lojistik ihtiyaçlar Ne, ne zaman, nerede, nasıl ve hangi aralıklarla karşılayacak?	
Dahil olan paydaşlar Bu OEP ile ilişkili ana paydaşları belirtiniz.	
Bilgi akışı OEP ile ilgili kimlere bilgi verilmeli, kimin bilgilendirilmeye ihtiyacı var ve ne zaman bilgilendirilecekler	
Bilgi yönetimi hangi formlar ve kayıtlar kullanılacak	
Haberleşme teknik detaylar, isimler, numaralar	
Operasyonun izlenmesi Hangi veriler ve göstergeler toplanmalı ve değerlendirilmeli	
OEP güncellenmesi ve takibi OEP'in yürürlük tarihi, ne zaman yenileneceği, devam eden OEP'lerde kimin sorumlu olacağı vb.	
Önemli notlar:	

100

169



TC Sağlık Bakanlığı

HASTANESİ

HASTANE GİRİŞ KAYIT FORMU

HAP.FR.08	
Yürürlük Tarihi	
Revizyon No	
Revizyon Tarihi	
Sayfa No	

[illegible]

Not:

- 1) Olay adı değiştiğinde Hastane Giriş Kayıt Formu yeniden oluşturulacaktır.
- 2) Triyaj alanında doldurulacaktır.

Form-09

	 HASTANESİ HASTA DOSYASI FORMU	HAP.FR.09	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay Adı:							
Tarih:		Saat:			Hasta Kayıt No:		
Triyaj Kodu:							
Protokol No:		Tc Kimlik No:			Adı-Soyadı/Eşgali:		
Sikaveti	Vital Bulgular					Muayene Bulguları	
	Saat	Kan Basıncı	Nabız	Solunum	Saturasyon		Ateş
İstenilen Tetkikler		Yönlendirildiği Yer			Sonuç		

Not:

- 1) Kullanılan bir form yok ise kullanılacaktır.
- 2) Hastanenin kullandığı hasta takip formunun üzerine bakıldığında ilk görülecek şekilde hasta kayıt no'su büyük puntolarla muhakkak yazılacaktır.
- 3) Hastanın ilk geldiği yerde doldurulmaya başlanır, hasta ile birlikte nakledilir ve doldurulmaya devam edilir.

NOT:

- 1- Olay adı değiştirilmediği takdirde Hasta Takip Listesi yeniden oluşturulacaktır.
- 2- Form Acil Servis, Ayaktan Tedavi Bölümü ve Morg tarafından doldurulacaktır.
- 3- Hasta Takip Listesi Morg' tarafından doldurulduğunda sonuç kısmına ölüm nedeni yazılacaktır.

Form-11

 T.C. Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ HASTANE OLAY İSTATİSTİK FORMU				HAP.FR.11
					Yürürlük Tarihi
					Revizyon No
					Revizyon Tarihi
					Sayfa No

Olay Adı:	Tarih:		Saat:		Toplam	
	***Acil Servis	***Ayaktan	Tedavi	***Morg	Erişkin	Pediyatrik (< 14 yaş)
	Erişkin	Pediyatrik (< 14 yaş)	Erişkin	Pediyatrik (< 14 yaş)	Erişkin	Pediyatrik (< 14 yaş)
Muayene Edilen Hasta Sayısı						
Yatışı Yapılan Hasta Sayısı						
Bekleyen Hasta Sayısı (Gözlemde olan hasta sayısı)						
Ameliyatta Olan Vaka Sayısı						
Yoğun Bakımda Yatan Hasta Sayısı						
Dahili ve Cerrahi Branşlarda Yatan Hasta Sayısı*						
Taburcu Edilen Hasta Sayısı						
Sevk Edilen Hasta Sayısı (Erişkin/Pediyatrik)						
Ölü Sayısı						
Düzenleyen (Durum Değerlendirme Sorumlusu)						
***Özel Durum Açıklaması						

*Hastanın yoğun bakımda hangi klinik adına yatırıldığı değil nerde yatırıldığına göre kayıt yapılacaktır.

** Olayın özelliğine göre istenilen farklı bilgiler bu bölüme yazılacaktır/ Mesleki bilgileri, genel durumları, yaş ve cinsiyet dağılımı vb.)

***Bilgiler gelen hasta son durum formundan kontrol edilerek alınacaktır.

Form-12

	 HASTANESİ HASTA SON DURUM LİSTESİ FORMU					HAP.FR.12
						Yürürlük Tarihi
						Revizyon No
						Revizyon Tarihi
						Sayfa No

Olay Adı:										
Olay Başlangıç Tarihi ve Saati - Olay Bitiş Tarihi ve Saati:										
Sıra No	Protokol No	Ad Soyad/Esgal	TC Kimlik No	Cinsiyet (K/E)	Yaş	Triyaj Kodu	İstnilen Tetkikler (USG, CT, Anjio vb.)	Ameliyata Sevk Saati	Sonuç ve saati (Taburcu, Yatus, Sevk, Morg)	Açıklama
1										
2										
3										
4										
5										
6										
7										
8										
9										
10										
11										
12										
13										
14										
15										

DÜZENLEYEN AD SOYAD UNVAN	ONAYLAYAN AD SOYAD UNVAN
İMZA	İMZA

*Bu Form farklı birimler tarafından doldurulan Hasta Takip Listesi Formlarının birleştirilmesi ile oluşturulur. Hastane Olay İstatistik Formu ile uyumlu olmalıdır.

Form-13

 T.C. Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ DURUM RAPOR (İdari Birimler) FORMU	HAP.FR.13	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay adı		Tarih:
Alan/Birim/Bölüm Adı		Saat:
Hazırlayan Adı Soyadı		Ad-Soyad /İmza:
İrtibat Bilgileri(Telefon, E-posta)		
Mevcut Personel Durumu		Mevcut Malzeme Durumu ve İhtiyaçlar
Çalışan Personel Sayısı		
İhtiyaç Duyulan Personel Sayısı		
Uygun Görülen Çalışma Süresi		
Bölüm Dışı Destek Personel Sayısı		
Yorumlar		
Talepler ve Takibi		Talep Eden Birim

Form-14

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ DURUM RAPOR (Yataklı Servis) FORMU	HAP.FR.14	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay adı		Rapor No:
Alan/Servis/Ünite Adı		Tarih:
Hazırlayan		Saat:
İrtibat bilgileri (Telefon, E-posta)		İmza
MEVCUT YATAK DURUMU		
Dolu Yatak Sayısı		
Boş Yatak Sayısı		
Sevk Edilebilecek Hasta sayısı		
Taburcu Edilebilecek Hasta Sayısı		
Boşaltılabilecek Toplam Yatak Sayısı (Muhtemelen Taburcu ve Sevk Olabilecek Hasta Sayısı)		
MEVCUT PERSONEL DURUMU		Mevcut Tedarik Sistemi (Lojistik Durum):
Hemşire Sayısı		
Hekim Sayısı		
Hizmet Personel Sayısı (Temizlik ve Diğer)		
Klinik Destek Personel Sayısı		
Klinik Dışı Destek Personel Sayısı		
Görüşler		
Talep edilen evlem ve bunun takibi		Sorumlular

Form-15

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ HASTA EŞYASI TESLİM FORMU	HAP.FR.15	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Adı-Soyadı:		Telefon:		
Adres:				
Alınan Eşyanın				
Sıra	Cinsi	Renk	Miktarı	Açıklama
1				
2				
3				
4				
5				
6				
7				
8				
9				
10				
11				
12				
13				
14				
15				
Yukarıda cinsi , miktarı ve birimi belirtilen malzemeler.....tarafındanisimli (Hastane Polisi/Sağlık Personeli/Hastane Nöbetçi Memuruna/Hasta yakınına) teslim edilmiştir.				
Tarih : .../.../.... Saat :				
Teslim Eden	Teslim Eden	Teslim Alan	Teslim Alan	

Form-16

 T.C. Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ MEVCUT PERSONEL KAYIT FORMU	HAP.FR.16	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

[illegible]

	 HASTANESİ GÖREVE GELEN PERSONEL KAYIT FORMU	HAP.FR.17	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

[illegible]

Genel olarak, geri dönen tüm personelin kaydı Afet ve Acil Durum Müdahale Planı'nda belirtildiği üzere bir toplanma noktasında yapılmalıdır ve nerede çalışacakları ile ilgili kısaca bilgi almaları için personele nereye gideceklerine ilişkin (ilgili personel kimlik kartı ve görev yeleğini almışsa) talimat verilmelidir.

Form-18

	 HASTANESİ PERSONEL MESAI TABLOSU FORMU				HAP.FR.18
					Yürürlük Tarihi
					Revizyon No
					Revizyon Tarihi
					Sayfa No

Olay Adı:						Servis/Birim:		
Başlangıç Tarihi:			Bitiş Tarihi /Saat:			Servis Sorumlusu		
Sıra No	Ad-Soyad	Kadrolu (K) Görevlendirme (G)	Kimlik No	Görevi	Başlangıç Tarihi/Saat	Bitiş Tarihi/Saat	İmza	Adı-Soyadı/ İmzası
1								
2								
3								
4								
5								
6								
7								
8								
9								
10								
11								
12								
13								
14								
Teslim Tarihi/Saat:								
Onaylayan :								

100

181

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ ALANDA PERSONEL GÖREVLENDİRME TAKİP FORMU		HAP.FR.20	
	Yürürlük Tarihi			
	Revizyon No			
	Revizyon Tarihi			
	Sayfa No			

[illegible]

Form-21

 T.C. Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ ALANA MALZEME (DEMİRBAŞ, İLAÇ, TIBBİ SARF V.B.) GÖNDERME TAKİP FORMU		HAP.FR.21
			Yürürlük Tarihi
			Revizyon No
			Revizyon Tarihi
			Sayfa No

Olay Adı :		Başlangıç Tarihi :					
Olay Yeri :							
Sıra No	Tarih ve Saat	Malzemenin Adı	Türü (İçeriği, özelliği vb.)	Miktarı	Teslim Eden	Teslim Alan	Açıklama
1							
2							
3							
4							
5							
6							
7							
8							
9							
10							
11							
12							
13							
14							
15							

Form-22

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ BİRİMİ İLAÇ, TIBBİ SARE, DEMİRBAŞ V.B. TALEP FORMU				HAP.FR.22																
					Yürürlük Tarihi																
					Revizyon No																
					Revizyon Tarihi																
					Sayfa No																
Sıra No	Malzemenin Adı	Türü (İçeriği, Özelliği vb.)	Miktarı	Hesap Kodu	Birim Stok Mevcudu	Açıklama															
1																					
2																					
3																					
4																					
5																					
6																					
7																					
8																					
9																					
10																					
11																					
12																					
13																					
14																					
15																					
<table border="1"> <tr><td>TALEP TARİHİ</td><td></td></tr> <tr><td>TALEP SAATİ</td><td></td></tr> <tr><td>TALEP EDEN AD SOYAD UNVANI</td><td></td></tr> <tr><td>İMZA</td><td></td></tr> </table>		TALEP TARİHİ		TALEP SAATİ		TALEP EDEN AD SOYAD UNVANI		İMZA				<table border="1"> <tr><td>ONAY TARİHİ</td><td></td></tr> <tr><td>ONAY SAATİ</td><td></td></tr> <tr><td>ONAYLAYAN AD SOYAD UNVANI</td><td></td></tr> <tr><td>İMZA</td><td></td></tr> </table>		ONAY TARİHİ		ONAY SAATİ		ONAYLAYAN AD SOYAD UNVANI		İMZA	
TALEP TARİHİ																					
TALEP SAATİ																					
TALEP EDEN AD SOYAD UNVANI																					
İMZA																					
ONAY TARİHİ																					
ONAY SAATİ																					
ONAYLAYAN AD SOYAD UNVANI																					
İMZA																					

Form-23

	 HASTANESİ MALZEME TAKİP FORMU		HAP.FR.23
			Yürürlük Tarihi
			Revizyon No
			Revizyon Tarihi
			Sayfa No

Olay Adı:		Birim:					
Tarih:							
Teslim Edilen / Alınan Malzeme :							
Saat	Malzemenin Cinsi	Malzemenin Durumu	Teslim Eden	Teslim Alan	Geri Teslim Zamanı (Tarih/Saat)	Malzemenin Durumu	İmza
Onaylayan		Formun Teslim Tarihi/Saati					

[illegible]

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ FİNANS YÖNETİMİ KAYIT FORMU	
	HAP.FR.25	
	Yürürlük Tarihi	
	Revizyon No	
	Revizyon Tarihi	
	Sayfa No	

[illegible]

[illegible]

Olay Yönetim Ekibi tarafından kullanılacaktır.

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ YÖNETİMİ KAYIT FORMU	
	HAP.FR.27	
	Yürürlük Tarihi	
	Revizyon No	
	Revizyon Tarihi	
Sayfa No		

	Başlangıç Tarihi:					
Olay adı:						
Yer:						
Sayfa Numarası:						
Tarih ve Saat	Olayın Tanımı (Niteliği, Boyutu, Olası Sonuçları, Bilgi Kaynağı)	Müdahaleler (Karar verenler kimler, Kim ne yapıyor, Ne zaman, Nasıl, Zaman çizelgesi)	Koordinasyon Mekanizmaları ve Bilgi Paylaşımı (Ne, Nasıl, Kiminle, Ne zaman)	İzleme, Takip ve Durum (Nasıl, Ne zaman, Kim, Ne)		
Kayıt Sorumlusu						

Kurumlar Arası Koordinasyon, İş Güvenliği ve Halkla İlişkiler Bölümü tarafından doldurulacaktır.

[illegible]

Olay Yönetim Ekibi tarafından kullanılır

[illegible]

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ SAĞLIK YETKİLİLERİYLE BİLGİ PAYLAŞIMI TAKİP FORMU		
	HAP.FR.30		
	Yürürlük Tarihi		
	Revizyon No		
	Revizyon Tarihi		
Sayfa No			

[illegible]

Olay Yönetim Ekibi tarafından kullanılacaktır.

Form-31

	 HASTANESİ PSİKOSOSYAL RİSK ANALİZİ FORMU	HAP.FR.31	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	
Ad Soyad			
Yaşınız / Cinsiyetiniz			
İkametgah Adresiniz			
Ev Telefonu / Cep Telefonu			
ACİL BİR DURUMDA ULAŞILACAK KİŞİLERİN BİLGİLERİ			
İsim Soyisim / Telefon			
Medeni Durumunuz	☐ Bekar ☐ Ayrı yaşıyor ☐ Dul ☐ Evli ☐ Boşanmış ☐ Birlikte yaşıyor		
Tedavi gerektiren psikolojik bir hastalık geçirdiniz mi?	☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz.....)		
Kronik ve tedavi gerektiren bir hastalığınız var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz.....)		
Sürekli kullandığınız bir ilaç veya özel bir gereksiniminiz var mı?	☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz.....)		
Kendinize zarar verici davranışlarınız oldu mu (bedeninize, kollarınıza kesiler atmak gibi)?	☐ Hayır ☐ Evet (belirtiniz.....)		
Alkol veya sigara gibi bağımlılık yapan maddeleri bırakmak amacıyla herhangi bir tedavi aldınız mı?	☐ Hayır ☐ Evet ☐ Kullanmıyorum		
Herhangi bir engeliniz var mı? Varsa engel türünü belirtir misiniz?	☐ Yok ☐ Görme ☐ Duyma ☐ Zihinsel ☐ Fiziksel Varsa ihtiyaç belirtiniz.....		
Hanenizde engelli birey var mı? Varsa engellilik türünü belirtiniz?	☐ Yok ☐ Görme ☐ Duyma ☐ Zihinsel ☐ Fiziksel Varsa ihtiyaç belirtiniz.....		

Form-32

 T.C. Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ AFET VE ACİL DURUM SONLANDIRMA FORMU	HAP.FR.32	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olayın Adı:		
Açıklama: Görevli pozisyonların aktivasyonu sona erdirildiğinde ve tüm kaynakların kullanımı sonlandığında doldurulacaktır. Görevli pozisyonların aktivasyonunun sona erdirilmesi ve tüm kaynakların kullanımının sonlandırılması; sadece aşağıdaki kutucuklar doldurulduğunda, tüm malzemeler bakımları yapılmış şekilde teslim edildiğinde ve tüm dokümanlar Dokümantasyon Sorumlusu'na iletilindiğinde mümkün olacaktır. Bölüm sorumluları, afet/acil durum sonlandırıldığında, formda kendilerine ayrılmış bölümü imzalamalıdır	Tarih/...../..... -/...../..... Saat:/..... -/.....	
HAP BAŞKANI	NOT	PARAF
☐ Tüm birimler, dallar ve servisler tahliye edildi.		
☐ Tüm evraklar rapor oluşturulması için toplanarak gözden geçirildi.		
☐ Personele, paydaşlara ve medyaya yönelik sonuç raporu hazırlanarak dağıtımı yapıldı.		
☐ Tüm klinik operasyon normale/olay öncesi rutinine geri döndü.		
☐ Hastane Olay Yönetim Merkezi ve Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planı devre dışı bırakıldı.		
BASIN VE HALKLA İLİŞKİLER SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Medya sonuç brifingi hazırlandı, onaylandı ve dağıtıldı.		
☐ Personel ve hasta sonuç brifingleri hazırlandı onaylandı ve dağıtıldı.		
☐ Sosyal medya son gelişmelere göre güncellendi.		
KURUMLARARASI KOORDİNASYON SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm paydaş ve harici kurumlara Hastane Olay Yönetim Merkezi ile Hastane Afet ve Acil Durum Müdahale Planının devre dışı bırakıldığı ve rutin operasyon prosedürlerine dönüldüğü bilgisi verildi.		
İŞ GÜVENLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Bina güvenliği son denetimi tamamlandı ve raporlandı.		
☐ Tüm olası tehlikeler belirlendi ve çözüldü.		
☐ Tüm mekanlar/tehlikeler güvenli bir şekilde tekrar kullanım için onarıldı /azaltıldı.		
☐ Tüm ilgili düzenleyici kurumlar bilgilendirildi.		
☐ Tüm güvenlik özellikli evraklar tamamlanarak onaya sunuldu.		
TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU	NOT	PARAF
☐ Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		
☐ Müdahaleye özel doküman çalışması tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna teslim edildi.		
TIBBİ TEKNİK DANIŞMA KURULU.....(Brans)	NOT	PARAF
☐ Pozisyona özel, özellikli görev ve sorumluluklar devre dışı bırakıldı.		
☐ Müdahaleye özel doküman çalışması tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna teslim edildi.		
ALAN SORUMLUSU		
☐ Müdahalede kullanılan tüm araç ve gereçler depoya veya müdahale öncesindeki yerine geri gönderildi.		
☐ Tüm personel bilgilendirildi ve günlük çalışmalarına geri döndü.		
TIBBİ BAKIM SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm hasta işlemleri ve randevular tekrar takvimlendirildi.		
☐ Tahliye edilen tüm hastalar ve aile üyeleri bilgilendirildi.		
☐ Tüm klinik bilgilendirme/işlemler/görüşmeler elektronik sisteme kayıt edildi.		
☐ Alternatif bakım üniteleri devre dışı bırakılarak müdahale öncesi işleyişe geridöndü.		
☐ Müdahale sürecinde kullanılan medikal malzemeler ve ekipmanlar müdahale öncesi işleyişe geri döndü.		
☐ Personel şefleri müdahale öncesi işleyişe tekrar geri döndü.		
☐ Bölümlerdeki tüm birimler bilgilendirildi ve devre dışı bırakıldı.		
ALTYAPI SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm hasar tespiti tamamlanarak, sonuç raporu operasyon ve planlama sorumlularına aktarıldı.		
☐ Operasyon Bölüm Şefi tarafından alt yapı sistemleri ve ekipmanlar onarımdan geçirilmesi sağlandı ya da yeni bir hazırlık yapıldı.		
☐ Tüm üniteler/birimler müdahale öncesi işleyişine geri döndü.		
☐ Kritik sistemler kontrol edildi.		
☐ Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
GÜVENLİK SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tesis ve/veya kampüsün giriş ve çıkışlarının kapatılması işlemi askıya alındı.		
☐ Güvenlik nedeniyle sayısı artırılan güvenlik personeli bilgilendirilerek, güvenlik personeli sayısı olay öncesi sayısına indirildi.		
☐ Müdahale süresince ek olarak kullanılan güvenlik tedbirleri artık devre dışı bırakıldı.		
☐ Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
TEHLİKELİ MADDE (KBRN) SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Dekontaminasyon işleyişi sonlandırılarak tüm malzeme, ekipman ve personel müdahale öncesi işleyişine geri döndü.		

☐ Dekontaminasyon sürecinde toplanan su güvenli bir şekilde toplanarak güvenli bir şekilde kontrol altına alındı.		
☐ Tüm yetkililer dekontaminasyon sürecinde toplanan suyun uygun şartlarda tahliye edilmesi hakkında bilgilendirildi.		
☐ Dekontaminasyon işlemine dahil olan personel tıbbi kontrolleri yapılarak, izlem altına alındı.		
☐ Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
İŞ SÜREKLİLİĞİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
☐ Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
☐ Bilgi girişindeki aksaklıklar giderildi ve veriler kurtarıldı.		
HASTA YAKINI DESTEK SORUMLUSU		
☐ Yeri değiştirilen servislerde kullanılan tüm malzeme ve ekipman geri yerleştirildi.		
☐ Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
PERSONEL VE MALZEME YÖNETİMİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
☐ Tüm izlem araçları toplanarak depoya gönderildi.		
DURUM DEĞERLENDİRME SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm izlem formları tamamlanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
☐ Tüm izlem araçları istiflenerek depoya gönderildi.		
DOKÜMANTASYON SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Müdahale esnasında oluşturulan veya kullanılan tüm evraklar teslim alındı.		
☐ Tüm evraklar incelenmek üzere ilişkilendirildi ve kategorize edildi.		
ACİL DURUM SONLANDIRMA SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Onaylanmış afet ve acil durum sonlandırma formunda içeren evraklar, Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
SAĞLIK OTELCİLİĞİ HİZMETLERİ SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm iletişim ekipmanı hazırlıklı olma sürecine geri döndü.		
1. Telsizler ve bataryalar şarj merkezlerine yerleştirildi.		
2. Yedek afet telefonları depoya gönderildi.		
3. Uydu telefonları toplandı ve şarja yerleştirildi.		
4. Hastane Olay Yönetimi Merkezi iletişim ekipmanları depoya gönderildi.		
☐ Yerleştirilen tüm bilgi teknolojisi ekipmanları toplandı, incelendi; olaya özgü tüm veriler kaldırılarak arşivlendi.		
☐ Tüm yiyecek/su stokları günlük işleyiş seviyesine çekildi.		
☐ Tek kullanımlık yiyecekler ve besinler menüden çıkarıldı.		
☐ Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
CİHAZ VE ARAÇ/GEREÇ SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Müdahalede kullanılan tüm malzeme ve ekipmanlar incelendi, temizlendi ve günlük kullanıma ya da depoya geri gönderildi.		
☐ Kalibrasyon veya tamir gereken tüm ekipmanlar bakım sürecine girdi.		
☐ Bölümlere bağlı tüm birimlere bilgi verilerek devre dışı bırakıldı.		
SATINALMA SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm harcama formları ve diğer dokümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
FATURALAMA/ MALİYETLENDİRME SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm zaman çizelgeleri ve diğer dokümantasyon araçları toplanarak Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
HUKUK/TAZMİNAT SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm harcama formları ve diğer dokümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
☐ Tüm sigorta formları tamamlandı ve poliçelere başvuruldu (var ise).		
TAHAKKUK SORUMLUSU	NOT	PARAF
☐ Tüm harcama formları ve diğer dokümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
☐ Tüm maliyet raporları tamamlandı.		
☐ Tüm ödenmemiş harcamalar, faturalar, satın alma talimatları, çekler, banka kartları çözümlendi.		
BÜTÜN POZİSYONLAR	UYARILAR	PARAF
☐ Tüm harcama formları ve diğer dokümantasyonlar Dokümantasyon Birim Sorumlusuna sunuldu.		
☐ Rolünüze ilişkin kullanılan tüm yanıt ve iyileşme ile ilgili tüm cihaz ve aletlerin tamiri yapıldı, şarj edildi, eksikleri tamamlandı ve depoya gönderildi.		
☐ Günlük supervise göre günlük işleyişe tekrar dönülmesiyle ilgili bilgi verildi.		
Hazırlayan Ad Soyad: _____ İmza Görevi: _____ Uzmanlık Alanı: Tarih/Saat: _____ Tesis Binası: _____		

Form-33

	 HASTANESİ HASTANE AFET VE ACİL DURUM MÜDAHALE PLANI RAPOR FORMU	HAP.FR.33	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Olay: (Bu bölüme bir veya iki cümle ile bilgi notunun hangi olay ve duruma istinaden hazırlandığı yazılacak.)
Bilgiler:
Olay:
a) Meydana geldiği tarih ve saat:
b) Bildirilme tarih ve saati:
c) İhbarı yapan kişi /Birim:
d) Meydana geldiği yer /Birim:
e) Meydana geliş şekli*:
* (Eğer olay hastane kaynaklı ise; nerede, hangi nedene/ kime /nasıl ve neye bağlı olarak meydana geldiği ile nasıl geliştiği yazılacak.)
Olaya Müdahale Bilgisi
a)Aktivasyon bilgileri (Buraya, hastanenin hangi birimlerinin sürece nasıl dahil olduğu yazılacak) :
b)Olaya özgü ekipman ve araç kullanımı bilgileri:
c)Olaya müdahil edilen diğer ekip ve paydaşlara ait bilgiler (Buraya, olaya müdahil olan diğer kamu kurumu ve STK bilgileri yazılmalıdır.):
d)Olayın Sonuçları:
I. Ölü Sayısı (kimlikli ve kimliksiz) (Total sayılar yazılacak):
II. Yaralı (Total sayılar yazılacak.):
III. Başka Hastaneye sevk edilen hasta sayısı:
IV. Ameliyat edilen hasta sayısı:
V. Yoğun bakımda yatan hasta sayısı:
VI. Çalışan Sağlık Personeli Sayısı:
VII. Çalışan Hekim Sayısı:
VIII. Çalışan Destek Hizmet Personel Sayısı:
IX. Olaydan etkilenen Hastane Personel Sayısı:
X. Diğer etkiler (Buraya vaka sırasında müdahale eden sağlık personeli, malzeme ve ekipmanların gördüğü zararlar yazılacak)
Alınan Tedbirler
(Devam eden olaylarda; planlanan sağlık tedbirleri ve ihtiyaçları yazılacak.)
Sonuç
(Buraya olayın başlangıcı, sonlandırılış tarih ve saati yazılarak; toplam müdahale süresi bilgisi girilecek.)
5.Hazırlayan Personel/Yönetici
...../...../.....

(Hazırlayanların raporu hazırlayıp bitirdiği saat ve tarih olarak yazılıp isimlerinin altına eklenecek.)

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ	
	DİYALİZ BİLGİSİ FORMU	
	HAP.FR.34	
	Yürürlük Tarihi	
	Revizyon No	
	Revizyon Tarihi	
	Sayfa No	

Birim Adı	Cihaz Sayısı	Yedek Cihaz Sayısı	Sağlık Personel Sayısı	Hekim sayısı	Diyaliz Servis Konumu
Hastane başka özellikli hizmet sunuyorsa onlar için de ayrı form oluşturmaldır.					

[illegible]

[illegible]

Form-37

	 HASTANESİ HEKİM UZMANLIK DALLARI BİLGİ FORMU	HAP.FR.37	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Aile Hekimliği	Anesteziyoloji	Beyin Cer.	Biyokimya	Çocuk Cer.	Çocuk Hst	Deri-Züh.	Enfeksiyon	FTR	Genel Cer.	Göğüs Cer	Göğüs Hst.	Göz Hst.	İç Hst	Acil Tıp.	Kadın Hst.	Halk Sağlığı	DİĞER	TOPLAM

Form-38

	 HASTANESİ SAĞLIK PERSONELİ UNVAN DAĞILIMI FORMU	HAP.FR.38	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Henrire	Ebe	Rönt.Tek	Radyoterapi Teknikeri	Laborant	Laboratuvar Teknikeri	Laboratuvar Teknisyeni	ATT	Paramedik	Anestezi Teknikeri	Anestezi Teknisyeni	Fizyoterapist	Toplum Sağlığı Teknisyeni	Çevre sağ Tek	Çocuk Gelişimsel	Eczacı	Psikolog	Sosyal Çalışması	Şoför	Diğer	Toplam

Form-39

	 HASTANESİ TEKNİK HİZMETLER UNVAN DAĞILIMI FORMU	HAP.FR.39	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Elektrik Teknisyeni	Sihhi Tesisat										Mühendis							DİĞER	Toplam

Form-40

	 HASTANESİ SÖZLEŞMELİ PERSONEL UNVAN DAĞILIMI FORMU	HAP.FR.40	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

Güvenlik	Temizlik	Veri Giriş	Karşılama														DİĞER	TOPLAM

..... HASTANESİ FİRMALAR VE KRİTİK TEDARİKÇİLER BİLGİ FORMU		HAP.FR.41	
		Yürürlük Tarihi	
		Revizyon No	
		Revizyon Tarihi	
		Sayfa No	

[illegible]

Not: Varsa protokollerle birlikte kullanılacak.

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ HAP YÖNETİMİ EKİBİ İLETİŞİM FORMU	
	HAP.FR.42	
	Yürürlük Tarihi	
	Revizyon No	
	Revizyon Tarihi	
	Sayfa No	

[illegible]

HASTANESİ
.....
HAP KURTARMA EKİBİ İLETİŞİM FORMU

[illegible]

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ HAP YILI EĞİTİM - TATBİKAT PLANI
	HAP.FR.44
	Yürürlük Tarihi
	Revizyon No
	Revizyon Tarihi
Sayfa No	

[illegible]

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ HAP YILI EĞİTİM RAPOR FORMU	
	HAP.FR.45	
	Yürürlük Tarihi	
	Revizyon No	
	Revizyon Tarihi	
	Sayfa No	

[illegible]

 TC Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ HAP YILI TATBİKAT RAPOR FORMU	
	HAP.FR.46	
	Yürürlük Tarihi	
	Revizyon No	
	Revizyon Tarihi	
Sayfa No		

[illegible]

[illegible]

 T.C. Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ YAPISAL RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU		HAP_FR.48
			Yürürlük Tarihi
			Revizyon No
			Revizyon Tarihi
			Sayfa No

Bulunduğu Yerleşim Birimi	
İnceleme Tarihi	

[illegible]

 TC. Sağlık Bakanlığı	 HASTANESİ YAPISAL OLMAYAN RİSKLERİN AZALTILMASI UYGULAMA BİLGİ FORMU		HAP.FR.49	
			Yürürlük Tarihi	
			Revizyon No	
			Revizyon Tarihi	
			Sayfa No	

Bulunduğu Verleşim Birimi	
İnceleme Tarihi	
İnceleyen	
İnceleme Tarihi İtibariyle Durum Bilgisi	

[illegible]

EK 2-A

GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

(Hastanelerde Afet Güvenliği ve Afete Hazırlık
Ön Değerlendirme Bilgisi)

*Bu çalışmada yer alan kontrol listeleri aşağıdaki kaynaktan
Türkçe'ye çevrilerek uyarlanmıştır:*

World Health Organization
Safe Hospitals Initiative
Hospital Safety Index: Guide for Evaluators - 2nd ed.

© World Health Organization and Pan American Health Organization, 2015

© T.C. Sağlık Bakanlığı, Aralık 2015.

Tüm hakları saklıdır.

Bu çalışma T.C. Sağlık Bakanlığı Acil Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü'nün yazılı izni olmadan hiçbir kişi ya da kurum tarafından elektronik, dijital, mekanik yollarla kısmen ya da tümüyle çoğaltılamaz, dağıtılamaz.

Eğitim amaçlı bilgilendirme çalışmalarında kaynak gösterilerek alıntı yapılabilir.

Bu yayın hiçbir biçimde ticari amaçla kullanılamaz.

Bu çalışmada yer alan bilgiler her koşulda tavsiye niteliği taşımamaktadır; bilgilerin kendi koşullarında değerlendirilmesi ve uygulama sorumluluğu kurumlara aittir.

İÇİNDEKİLER

GİRİŞ	214
BÖLÜM 1: HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER	217
BÖLÜM 2: GÜVENLİ HASTANELER KONTROL LİSTESİ	222
Modül 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler	223
1.1 Tehlikeler	223
1.1.1 Jeolojik Tehlikeler	223
1.1.2 Hidro-Meteorolojik Tehlikeler	223
1.1.2.1 Meteorolojik Tehlikeler	224
1.1.2.2 Hidrolojik Tehlikeler	224
1.1.2.3 Klimatolojik Tehlikeler	224
1.1.3 Biyolojik Tehlikeler İnsan Kaynaklı Tehlikeler	226
1.1.4 Teknolojik Tehlikeler	227
1.1.5 Toplumsal Tehlikeler	229
1.2 Zeminin Jeoteknik Özellikleri	230
Modül 2: Yapısal Güvenlik	231
2.1 Hastane Güvenliğini Etkileyen Önceki Olaylar	231
2.2 Yapı Bütünlüğü	231
Modül 3: Yapısal Olmayan Güvenlik	233
3.1 Mimari elemanların güvenliği	233
3.2 Altyapının korunması, erişimi, fiziksel güvenliği	235
3.3 Kritik Sistemler	236
3.3.1 Elektrik sistemleri	236
3.3.2 Telekomünikasyon sistemleri	237
3.3.3 Su tedarik sistemi	238
3.3.4 Yangından korunma sistemleri	238
3.3.5 Atık yönetimi sistemleri	239
3.3.6 Yakıt depolama sistemleri	239
3.3.7 Tıbbi gaz sistemleri	240
3.3.8 Isıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri	241
3.4 Ekipman ve malzeme	242
3.4.1 Ofis ve depo mobilyası donanımı ve ekipmanı	242
3.4.2 Teşhis ve tedavide kullanılan medikal ve laboratuvar ekipman ve malzemesi	242
Modül 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi	245
4.1 Afet ve Acil Durum Yönetimi faaliyetlerinin koordinasyonu	245
4.2 Hastane afet ve acil durum müdahale ve iyileştirme planlaması	246
4.3 Haberleşme ve bilgi yönetimi	246
4.4 İnsan kaynakları	247
4.5 Lojistik ve finans	247
4.6 Hasta bakım ve destek hizmetleri	247
4.7 Tahliye, dekontaminasyon ve güvenlik	248

GİRİŞ

Afet, doğa ya da teknoloji kaynaklı tehlikenin, insan faaliyetiyle olumsuz etkileşimi ile ortaya çıkan veya doğrudan insan marifetiyle meydana getirilen (siyasi, sosyal, ekonomik parametrelerle ilgili) durumların sonucunda, tehlikeye maruz kalan varlıkların baş etme kapasitesinin yeterli olmadığı koşullarda, olağan yaşantının ve faaliyetlerin fiziksel, ekonomik, sosyal ve psikolojik bakımdan ağır kayıp ve zarar nedeniyle tamamen durması ya da ciddi biçimde kesintiye uğramasıdır.

Günümüzde afetler tür, sayı ve kayıplar bakımından artış göstermektedir. Bu artışta, afetlerin günümüzde daha düzenli izlenebilmesi ve kaydedilebilmesi rol oynamakla birlikte, esas olarak dünya nüfustaki artışa paralel olarak, hızlı şehirleşme ve iklim değişikliğinin, fiziksel, sosyal, ekonomik ve idari süreçlerle olumsuz etkileşimi sonucunda ortaya çıkan, istikrarsız ve güvenli olmaktan uzak koşullar belirleyici rol oynamaktadır. Afetlerin meydana gelmesinde olduğu gibi önlenmesinde de insan faaliyeti etkilidir. Bu çerçevede, afet risklerinin yönetilmesi tehlikenin riske, riskin afete dönüşmesini önleyici, engelleyici, değilse zarar azaltıcı tüm eylem, işlem ve süreçler bütününe kapsar.

Risk Yönetimi, bir sağlık kurumunun tüm faaliyetlerinin risk içerdiği dikkate alındığında, sağlık kurumlarında olağan işleyişin her alanı ve aşamasının temel bir bileşenidir. Sağlık kurumlarında risk değerlendirme, önleme ve güncelleme uygulamaları mevzuatla belirlenmiş, olağan faaliyet ve hizmet standartları kapsamındadır ve tüm sağlık sektörü çalışanlarını ilgilendirmektedir.

Sağlık kurumlarında olağan risklerin yanı sıra afet risklerinin yönetimi, hastanelerin afet yönetiminin tüm süreçlerindeki yeri bakımından, başka hiçbir kurumla karşılaştırılamayacak derecede önemlidir:

- Sağlık hizmetinin olağan ve olağandışı tüm durumlarda etkili ve kesintisiz sürmesi hayati önemdedir.
- Hastanelerde her zaman çok sayıda zarar görebilir insan bulunmaktadır.
- Hastaneler, düzenli korunması gereken yüksek maliyetli sistemler, tesisatlar, tıbbi cihazlar ve diğer donanım ile hizmet vermektedir.

Bu çerçevede, uluslararası kabul gören *Güvenli Hastaneler* yaklaşımı, gerek yeni hastanelerin tasarımı, gerekse mevcut hastanelerin güvenliğini geliştirmede dört temel hedefi esas almaktadır:

1. Hastanelerin acil durum ve afetler sırasında ve sonrasında fonksiyonlarını sürdürebilmesi, gereken sağlık hizmetlerini kesintisiz olarak sağlayabilmesi;
2. Sağlık çalışanları, hastalar ve ailelerin korunması;
3. Hastane binalarının, donanımın ve kritik hastane sistemlerinin fiziksel bütünlüğünün korunması;
4. Hastanelerin, iklim değişikliği dahil gelecekteki risklere karşı güvenli ve dayanıklı hale getirilmesi.

Ülkemiz hastanelerinde afetlerden korunma ve afetlere hazırlık çalışmaları 1990'lerden itibaren, BM Uluslararası Doğal Afetleri Azaltma On Yılı (IDNDR) uygulamalarının da etkisiyle gelişmeye başlamış, 1999 Marmara ve Düzce depremlerinden sonra hız kazanmıştır. Sağlık kurumlarında afet güvenliği ve afete hazırlık kapsamında sürdürülmekte olan Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) ve İl Sağlık Afet ve Acil Durum Planı (İL-SAP) geliştirme ve uygulama çalışmaları önem taşımaktadır. Bu çalışmalarda, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) tarafından desteklenen *Güvenli Hastaneler* yaklaşımı ve diğer ilgili uluslararası bilgi ve tecrübe paylaşımına önem verilmektedir.

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması, Dünya Sağlık Örgütü (WHO) ve Pan Amerikan (Amerika Kıtası) Sağlık Örgütü (PAHO) tarafından, özellikle 1970'ler sonrası Orta ve Güney Amerika ülkelerinde hastanelerin karşılaştığı ağır afet kayıp ve zararları¹ dikkate alınarak, hastanelerin daha güvenli, afetlere daha dayanıklı ve müdahaleye daha hazırlıklı olmasını desteklemek amacıyla başlatılan ve uluslararası

¹ Örnek olarak, 1972 Managua (Nikaragua) Depremi'nde kentteki bütün hastaneler kullanılmaz hale gelmiş, 1985 Mexico-City (Meksika) Depremi'nde iki büyük hastanenin çökmesiyle yaklaşık bin kişi ölmüş, hasta yatak kapasitesinin yüzde 40'ı kaybedilmiştir. Latin Amerika ve Karayipler bölgesinde benzer yıkımlar yaratan diğer afetler arasında Peru 1970 ve 2007, El Salvador 2001, Haiti, Şili, Meksika 2010 depremleri ile kasırga, sel, heyelanlar sayılabilir.

katılımla geliştirilen *Hastane Güvenlik Endeksi*² çalışmasında kullanılan değerlendirme formlarından yararlanılarak hazırlanmıştır.

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışmasının amacı, ülkemizde Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) uygulamaları çerçevesinde, standart kontrol listesi uygulamalarının geliştirilmesine yardımcı olmak, hastanelerin afet tehlikeleri karşısında zarar görebilirliğinin, dolayısıyla afet risklerinin azaltılması ve afet halinde müdahaleye hazırlık çalışmalarının mevcut durumuyla ilgili bir ön değerlendirme yapabilmelerine imkan sağlamaktır. *Güvenli Hastane Kontrol Listesi* çalışmasının uygulama alanı aşağıdaki açıklamalar ve ilgili formlarda yer alan tanımlarla sınırlıdır; bu çalışmanın mevcut yasal düzenleme, daha kapsamlı araştırma ve denetim görev ve uygulamalarının yerine kullanılması sözkonusu değildir. *Güvenli Hastane Kontrol Listesi* uygulaması kurum yöneticilerine afet güvenliği konusunda hastanenin güçlü ve takviye gereken yönlerini, iyileştirmede öncelikleri hızlıca belirlemeye yardımcı ve düşük maliyetli bir araç olarak değerlendirilmelidir.

Çalışmanın Bölümleri

Güvenli Hastane Kontrol Listesi çalışması 2 bölümden oluşmaktadır:

Bölüm 1: Hastane ile ilgili genel bilgiler

Bu bölüm hastane ile ilgili genel bilgiler ile fiziksel durumu, olağan ve genişletilebilecek operasyonel kapasite bilgilerini içermektedir. Bu ilk bölümde yer alan 14 maddelik form, 2. Bölümde yer alan kontrol listeleri çerçevesinde gerçekleştirilecek değerlendirmeler öncesinde, Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Başkanı ve Olay Yönetim Ekibi (OYE) tarafından tamamlanmalıdır.

Bölüm 2: Güvenli Hastane kontrol listesi

Bu bölümde dört başlık (modül) yer almaktadır:

- 1) Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler,
- 2) Yapısal Güvenlik,
- 3) Yapısal Olmayan Güvenlik,
- 4) Afet ve Acil Durum Yönetimi.

Modül 1, hastanenin coğrafik konumu ve sorumluluk bölgesindeki nüfus dikkate alınarak, doğa ve insan kaynaklı tehlikelerin belirlenmesi çerçevesinde, ilgili kamu kurumları ve yerel yönetim birimleriyle işbirliği içerisinde yapılması gereken bir ön çalışmadır.

Diğer üç modül (Modül 2, 3 ve 4) yapısal ve yapısal olmayan unsurlarla ilgili güvenlik ve afet yönetimi bakımından hastanenin fonksiyonel kapasitesi ile ilgili değerlendirme bölümlerini içermekte ve toplam 151 maddeden oluşmaktadır. Bu şekilde, hastanenin *sırasıyla* yapısal elemanları, yapısal olmayan elemanları bakımından zarar görebilirlik düzeyi ile afet/acil durum yönetimi bakımından fonksiyonel kapasitesinin etkili kullanım düzeyinin belirlenmesi için, mevcut uygulamaları geliştirerek katkıda bulunacak şekilde, hızlı bir ön değerlendirme yapılabilmektedir.

Uluslararası uygulamalarda değerlendirme ekipleri kurum yönetici ve personelinin yanı sıra, sağlık profesyonelleri, mühendis, mimar ve alan uzmanları ile ilgili kamu kurum ve yerel yönetim birimleri temsilcilerinin katılımıyla oluşturulmaktadır. Ekipler uzmanlık alanlarına göre en az 2 kişilik alt ekiplere de ayrılabilir. Değerlendirmelerin özellikle en titiz yapılmasına dikkatli edilen hastane bölümleri afet/acil durum halinde sağlık hizmeti talebinin en yoğun olacağı kritik alanlardır. Her modül ile ilgili inceleme sonrasında, formun en altında değerlendirenin adı, soyadı, imzası ve gözlem/açıklama notları yer almaktadır.

² *Hastane Güvenlik Endeksi ile ilgili daha ayrıntılı bilgi için: http://www.who.int/hac/techguidance/hospital_safety_index_evaluators.pdf*

Kontrol listesinin üç modülünün (Modül 2, 3 ve 4) toplam olarak değerlendirilmesinde ise, sismik hareketlilik ve kuvvetli rüzgarlar bakımından daha yüksek riskle karşı karşıya olan bölgelerde, yapısal güvenlik bölümü yüzde 50, yapısal olmayan güvenlik bölümü yüzde 30 ve fonksiyonel kapasite bölümüne yüzde 20 ağırlık verilmektedir. (Deprem ve kuvvetli rüzgar riski olmayan ülkelerde üç modül de eşit ağırlığa sahip olarak değerlendirilmektedir).

BÖLÜM 1: HASTANE İLE İLGİLİ GENEL BİLGİLER

1. Hastanenin adı:

2. Adresi:

3. Hastane üst yöneticilerinin ad, soyad ve unvanları:

4. Hastane afet/acil durum yöneticilerinin ad, soyad, unvan ve irtibat bilgileri:

5. Hastane telefonu (il koduyla birlikte):

6. Hastane web-site ve e-posta adresi:

7. Hastanenin toplam yatak sayısı:

8. Olağan durumlarda doluluk oranı:

9. Toplam personel sayısı:

a) Klinik personeli sayısı (*hekim, hemşire, medikal teknisyen ve diğer*)

b) Yönetici, idari, teknik, destek personel sayısı

10. Hastanenin genel tanımı:

(Ait olduğu kurum, kuruluş türü, sağlık hizmetleri açısından yeri, afet ve acil durum halinde rolü, yapı türü, hizmet verilen toplam nüfus, olağan durum/afet ve acil durum bakımından hizmet bölgesi vb.)

.....

.....

.....

11. Hastanenin fiziksel dağılımı:

Hastanedeki ana binaların listesini yaparak, özelliklerini kısaca belirtiniz. Hastanenin yeri ve yerleşimini, hizmetlerin fiziksel dağılımı dahil, ilgili harita ve şemaları sağlayarak, aşağıdaki kutuda çizimle gösteriniz. Gerekirse sayfa ekleyebilirsiniz.

12. Hastanenin tedavi ve ameliyat kapasitesi:

Günlük rutin hizmetler bakımından mevcut toplam yatak ve personel sayısını; acil durum ve afetlerde hizmetleri genişleterek hastanenin azami (maksimum) kapasitesine ulaşmak üzere artırılabilir kapasiteleri, hastanenin organizasyonunu dikkate alarak (bölüm ya da uzmanlık servislerine göre) belirtiniz.

a. DAHİLİ TIP

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Dahiliye					
Pediyatri					
Kardiyoloji					
Göğüs Hastalıkları					
Nöroloji					
Endokrinoloji					
Hematoloji					
Gastroenteroloji					
Dermatoloji					
Yanık Ünitesi					
Fiziksel Tıp ve Rehabilitasyon					
Psikiyatri/Psikoloji					
Diğer (belirtiniz)					
Diğer (belirtiniz)					
Diğer (belirtiniz)					
TOPLAM					

b. CERRAHİ

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Cerrahi					
Obstetri ve Jinekoloji					
Ortopedi ve Travmatoloji					
Üroloji					
Otolarengoloji					
Oftalmoloji					
Nörocerrahi					
Plastik Cerrahi					
Kardiyovasküler Cerrahi					
Diğer (belirtiniz)					
Diğer (belirtiniz)					
TOPLAM					

c. YOĞUN BAKIM ÜNİTESİ

Bölüm ya da Servis	Mevcut kapasite (yatak sayısı)	Hastanenin afet/acil durum halinde azami kapasitesi (yatak sayısı)	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Genel Yoğun Bakım					
Genel Ara Yoğun Bakım					
Kardiyovasküler Yoğun Bakım					
Pediyatrik Yoğun Bakım					
Yanık Yoğun Bakım					
Yenidoğan Yoğun Bakım					
Diğer (belirtiniz)					
TOPLAM					

d. AMELİYATHANELER

Bölüm ya da Servis	Ameliyathane sayısı (rutin kapasite)	Hastanenin azami ameliyathane sayısı (afet/acil durum için)	Gözlemler
Septik ameliyathane			
Aseptik ameliyathane			
Pediyatrik ameliyathane			
Obstetri ve Jinekoloji ameliyathanesi			
Acil Durum ameliyathanesi			
Diğer (belirtiniz)			
TOPLAM			

e. KLİNİK VE DİĞER DESTEK HİZMETLERİ

Bölüm, Ünite ya da Servis	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Teşhis hizmetleri			
Kan bankası hizmetleri			
Eczane			
Medikal mühendislik ve bakım			
Bina/kritik sistemler mühendislik ve bakım			
Dekontaminasyon			
Güvenlik			
Diğer (belirtiniz)			
TOPLAM			

f. AFET ve ACİL DURUM OPERASYONLARI

Bölüm, Ünite ya da Servis	Planlanan personel sayısı	Mevcut uygun personel sayısı	Gözlemler
Hastane afet/acil durum operasyonları/olay yönetimi (komuta, kontrol, koordinasyon)			
Lojistik yönetimi görevlileri			
Haberleşme ve bilgi yönetimi görevlileri			
İdare (insan kaynakları, finans işleri görevlileri)			
Basın (medya) sözcüleri			
Ambulans görevlileri			
Sonraki sağlık kurumu/hastaneye sevk işleriyle görevli ekipler			
Diğer (belirtiniz)			
TOPLAM			

13. Operasyon kapasitesini artırabilecek alanlar

Bir afet ya da acil durum halinde hastanenin kapasitesini artırmak üzere kullanılabilecek yer, alan ve boşlukların özelliklerini belirtiniz. Afet ve acil durumlarda hastanenin medikal ve diğer hizmetlerinin alan ve kapasitesini genişletmenin uygunluğunu değerlendirmede kullanılabilecek metrekare ölçüleri, kullanılabilir kritik sistemler ve diğer bilgileri belirleyiniz. Bu bilgiler arasında erişim, güvenlik ve su, enerji, haberleşme, atık yönetimi, ısıtma, havalandırma, iklimlendirme gibi kritik hizmetlere yer veriniz.

Yerler/ Alanlar	Alan m2	Su		Elektrik/ Enerji		Telefon/ Haberleşme		Gözlemler*
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	

Yerler/ Alanlar	Alan m2	Su		Elektrik/ Enerji		Telefon/ Haberleşme		Gözlemler*
		Evet	Hayır	Evet	Hayır	Evet	Hayır	

* Her alanın kullanım özelliğine göre uygunluğunu belirtiniz (hastaneye yatırma, triyaj, ayakta tedavi, gözlem, personel destek alanı vb.)

14.Ek bilgiler

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Değerlendiren yetkili (*adı, soyadı, imzası*):

BÖLÜM 2:

GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

Bu bölüm toplam dört modülden oluşmaktadır:

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik *(md. 1 - 18)*

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik *(md. 19- 111)*

MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi *(md. 112 - 151)*

BÖLÜM 2: GÜVENLİ HASTANE KONTROL LİSTESİ

MODÜL 1: Hastanenin Güvenliğini ve Afet/Acil Durum Yönetimindeki Rolünü Etkileyen Tehlikeler

1.1 TEHLİKELER	TEHLİKE DÜZEYİ				Hastane bu tehlikeye karşı müdahaleye hazırlanmalı mı EVET ise işaretleyin	Gözlemler
	Tehlike yok	Düşük	Orta	Yüksek		
1.1.1 Jeolojik tehlikeler						
Depremler Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili deprem tehlikesi düzeyini jeoteknik zemin etütleri çerçevesinde değerlendirin. Hastanede deprem nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yaralıların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						
Volkan aktivitesi ve püskürmesi Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla volkanik tehlike düzeyini değerlendirin. Değerlendirmede hastanenin volkanlara mesafesi, volkanik aktivite, lav akışı, gaz, toz, kül yayılması bakımından tehlikeye maruzluk durumunu dikkate alın. Hastanede volkan aktivitesi ya da püskürmesi nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						
Kuru kütle hareketleri-heyelanlar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla heyelan (toprak/yer kayması) tehlikesi düzeyini değerlendirin. Heyelanlara sağlam olmayan toprak yapısının neden olabileceğini dikkate alın. Hastanede heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Tsunamiler Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla deniz altındaki sismik ya da volkanik hareketin yol açabileceği tsunami tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tsunami nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						

Diğer jeolojik tehlikeler (örnek: kaya düşmesi, toprak çökmesi, moloz kayması) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla yukarıda yer almayan diğer jeolojik olayları tanımlayın; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini belirleyin. Diğer jeolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
1.1.2 Hidro-Meteorolojik tehlikeler						
1.1.2.1 Meteorolojik tehlikeler						
Kuvvetli fırtınalar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla bölgesel ve mevsimsel fırtınalar (kuvvetli rüzgar, kuvvetli fırtına, tam fırtına) bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede bölgesel, mevsimsel kuvvetli fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Tornadolar (Hortumlar) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla tornado tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede tornado (hortum) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Yerel fırtınalar Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için çabuk gelişen yerel fırtınalarla birlikte şiddetli yağışın yol açabileceği sel ve diğer hasarlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede yerel fırtınalar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Diğer meteorolojik tehlikeler (örnek: kum fırtınası, darbeli rüzgar) (Tanımlayın)..... Geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için risk oluşturabilecek diğer meteorolojik tehlikelerin tür ve düzeylerini değerlendirin. Hastanede diğer meteorolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
1.1.2.2 Hidrolojik tehlikeler						
Akarsu taşkınları Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) ile ilgili akarsu taşkın tehlikesi düzeyini (dere ve nehir selleri) değerlendirin. Hastanede akarsu taşkınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						

Ani seller Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları da dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından şiddetli yağışların yol açabileceği ani sel tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede ani sel nedeniyle bir afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Fırtına dalgası Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuvvetli fırtınaların yol açabileceği fırtına dalgası tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede fırtına dalgası ve buna bağlı seller nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfus itibarıyla) belirleyin.						
Islak kütle hareketleri-heyelanlar Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri itibarıyla suya doymuş toprağın yol açabileceği heyelan tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede suya doymuş topraktan kaynaklanan heyelanlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Diğer hidrolojik tehlikeler (örnek: dağlık alan selleri, çığlar, kıyı selleri) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, yukarıda yer almayan diğer hidro-meteorolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer hidrolojik tehlikeler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
1.1.2.3 Klimatolojik tehlikeler						
Ekstrem sıcaklıklar (örnek: sıcak hava dalgası, soğuk hava dalgası, ekstrem kış koşulları) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından ekstrem sıcaklıklar ya da hava koşullarının oluşturabileceği tehlike düzeyini değerlendirin; tehlike türünü ve hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede ekstrem sıcaklıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.						

Büyük yangınlar (örnek: ormanlar, tarım alanları, meskun yerler) Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından hızla ve çevreye yayılan büyük yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Büyük yangınlar nedeniyle hastanenin afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yanık yaralıların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						
Kuraklık Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yeri bakımından kuraklık tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanenin kuraklık (ve yol açabileceği kıtlık) nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yetersiz beslenmenin tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						
Diğer klimatolojik tehlikeler- İklim değişikliğiyle ilgili olanlar dahil (örnek: deniz suyu seviyesinde yükselme) (Tanımlayın)..... Tehlike haritalarını, geçmişteki olayları ve tehlike modellemelerini dikkate alarak, risk oluşturabilecek diğer klimatolojik tehlikelerin hastane bakımından tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer klimatolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesinde tehlikeye maruz kalabilecek nüfusu esas alarak) belirleyin.						
1.1.3 Biyolojik tehlikeler						
Epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar Tüm risk değerlendirmelerini, hastanedeki geçmiş olayları ve spesifik patojenleri dikkate alarak epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan (emerging) hastalıkların hastane için oluşturduğu tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede epidemi, pandemi ve yeni ortaya çıkan hastalıklar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da enfeksiyon hastalıkları olan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						
Gıda kaynaklı salgınlar Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanenin bulunduğu yerdeki (sorumluluk bölgesini içerecek şekilde) geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için gıda kaynaklı salgınlarla ilgili tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede gıda kaynaklı salgınlar nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						

Böcek istilası (örnek: enfestasyonlar) Tüm risk değerlendirmelerini ve hastanedeki geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin böcek-haşere istilası veya enfestasyon (sinek, pire, kemirgenler vb.) nedeniyle tehlikelere maruz kalma düzeyini değerlendirin. Hastanede böcek istilası veya enfestasyona karşı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Diğer biyolojik tehlikeler (Tanımlayın)..... Tüm risk değerlendirmelerini dikkate alarak, diğer biyolojik tehlikelerin hastane için oluşturduğu tehlikeye düzeyini değerlendirin. Hastanede diğer biyolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da biyolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						
İnsan kaynaklı tehlikeler						
1.1.4 Teknolojik tehlikeler						
Endüstriyel tehlikeler (örnek: kimyasal, radyolojik) Endüstriyel tesislerle ilgili bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve endüstriyel tehlikelerin yol açtığı geçmiş olayları dikkate alarak, hastanenin yeri ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonu ile ilgili endüstriyel tehlike düzeyini değerlendirin. Hastanede endüstriyel tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da endüstriyel tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						
Yangınlar (örnek: bina yangını) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında bina yangını tehlikesiyle ilgili diğer bilgileri ve bina yangınlarıyla ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için yangın tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastanede bina yangınları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da yangın hastalarının tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						

Tehlikeli maddeler (kimyasal, biyolojik, radyolojik) Yerel tehlike haritalarını ya da hastanenin içinde ve dışında tehlikeli madde tehlikesiyle ilgili (olay, kaza, ortama yayılma) diğer bilgileri ve tehlikeli madde dökülme-saçılma, sızıntısı ile ilgili geçmiş olayları dikkate alarak, hastane için tehlikeli madde kaynaklı tehlikeyi ve hastane sistemlerinin potansiyel kontaminasyonunu değerlendirin. Hastanede tehlikeli madde kaynaklı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da tehlikeli maddelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.	Kimyasal						
	Biyolojik						
	Radyolojik						
Enerji kesintileri Hastanenin bulunduğu yerde enerji kesintisiyle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için enerji kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede enerji kesintisi kaynaklı afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.							
Su tedarikinde kesinti Hastanenin bulunduğu yerde su tedarikinde karşılaşılan kesintilerle ilgili geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için su kesintisi tehlikesini değerlendirin. Hastanede su tedarikinde kesintiden kaynaklanan afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.							
Ulaştırma kazaları (örnek: hava, kara, demir, deniz-su yolları taşımacılığı) Geçmişteki büyük taşıma kazalarının kayıtlarını dikkate alarak, hastanenin taşıma kazaları nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.							
Diğer teknolojik tehlikeler (örnek: hava kirliliği, yapı çökmeleri, gıda/su kontaminasyonu, nükleer) (Tanımlayın)..... Bölgesel ve yerel tehlike haritalarını ya da tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmişteki olayları dikkate alarak, hastane için diğer teknolojik tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Hastanede diğer teknolojik tehlikeler nedeniyle afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer teknolojik tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.							

1.1.5 Toplumsal tehlikeler

Hastane binasına ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehdidi Risk/tehdit değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi ve çalışanları etkileyen güvenlik (emniyet) olaylarını dikkate alarak, hastane ve çalışanlar için güvenlik tehlikesi düzeyini değerlendirin. Hastane binası ve çalışanlarına yönelik güvenlik tehlikesi nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.						
Silahlı çatışma Silahlı çatışmalarla ilgili risk değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, silahlı çatışma bakımından hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Silahlı çatışma nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Toplumsal olaylar (gösteriler dahil) Toplumsal olaylarla ilgili risk değerlendirmelerini ve geçmişte hastaneyi etkileyen olayları dikkate alarak, gösteriler ve toplumsal olaylarla ilgili olarak hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Gösteriler ve toplumsal olaylar nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Kitlesel etkinlikler Kitlesel katılımlı etkinlikler nedeniyle hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu esas alarak) belirleyin.						
Yerinden Olan Nüfus Risk değerlendirmelerini dikkate alarak, çatışma, toplumsal olay ve diğer sosyo-politik koşullar veya büyük ölçekli göç nedeniyle insanların yerinden olması halinde hastane için tehlike düzeyini değerlendirin. Yerinden olan nüfus nedeniyle hastanede acil afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını belirleyin.						
Diğer toplumsal tehlikeler (örnek: patlama, terörizm) (Tanımlayın)..... Risk değerlendirmelerini, bölgesel ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri ve geçmiş olayları dikkate alarak, diğer toplumsal tehlikeleri değerlendirin; tehlike türünü ve hastanenin yeri itibarıyla oluşturduğu tehlike düzeyini tanımlayın. Diğer toplumsal tehlikeler bakımından hastanede afet/acil duruma müdahale hazırlığı ihtiyacını (sorumluluk bölgesindeki tehlikeye maruz nüfusu ya da diğer toplumsal tehlikelere maruz kalan hastaların tedavisinde hastanenin özellikleri itibarıyla rolünü esas alarak) belirleyin.						

1.2 ZEMİNİN JEOTEKNİK ÖZELLİKLERİ

Sıvılaşma Hastanenin kurulu bulunduğu alanın jeoteknik zemin etüdünü dikkate alarak, toprak altının suya doygun ve gevşek olmasından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.						
Killi toprak Zemin haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin killi topraktan kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.						
Sağlam olmayan yamaçlar Jeoloji haritalarını ve tehlikeyle ilgili diğer bilgileri dikkate alarak, hastanenin yamaçların varlığından kaynaklanan tehlikelere maruzluk düzeyini belirleyin.						

Modül 1/ Yorumlar-Açıklamalar:

.....

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

MODÜL 2: Yapısal Güvenlik

2.1 HASTANE GÜVENLİĞİNİ ETKİLEYEN ÖNCEKİ OLAYLAR	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
1. Hastane binası/binalarında geçmişte görülen ağır yapısal hasar/kusur Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ağır hasar ve onarım yapılmadı; Orta = Orta hasar ve bina kısmen onarım gördü; Yüksek = Az ya da hiç hasar, veya bina tamamen onarıldı. <i>GEÇMİŞTE HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEYDANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
2. Hastane geçerli güvenlik standartlarına uygun yapıldı ve/veya onarıldı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Geçerli güvenlik standartları uygulanmadı; Orta = Geçerli güvenlik standartları kısmen uygulandı; Yüksek = Geçerli güvenlik standartları tam uygulandı				
3. Hastanenin yapısal davranışını etkileyecek şekil değişikliği ya da modifikasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yapının performansını büyük ölçüde etkileyecek büyük çaplı şekil değişikliği veya modifikasyonlar yapılmıştır; Orta = Yapının performansını az ölçüde etkileyecek orta derecede şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapılmıştır; Yüksek = Önemsiz şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapılmıştır; hiçbir modifikasyon yapılmamıştır; veya büyük çaplı şekil değişikliği ve/veya modifikasyonlar yapının davranışını güçlendirmek için yapılmıştır ya da hiçbir olumsuz etkisi yoktur.				
2.2 YAPI BÜTÜNLÜĞÜ				
4. Yapısal sistem tasarımı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Zayıf yapısal sistem tasarımı; Orta = Orta yapısal sistem tasarımı; Yüksek = İyi yapısal sistem tasarımı.				
5. Binanın durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Giriş ve ilk katlarda çatlaklar; hava koşullarının ya da bina yaşlanmasının yol açtığı önemli bozulmalar var; Orta = Hava koşullarının ya da bina yaşlanmasının yol açtığı bazı bozulmalar var; Yüksek = Çatlak ya da bozulma gözlenmiyor.				
6. Kullanılan yapı malzemesinin durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kabuk döküntülü paslanma; 3 mm'den büyük çatlaklar (beton), aşırı deformasyon (çelik ve ahşap); Orta = 1 ila 3 mm arası çatlaklar (beton), orta derecede ve gözle görülür deformasyon (çelik ve ahşap) veya paslanma var; Yüksek = 1 mm'den küçük çatlaklar (beton); gözle görülür deformasyon yok; paslanma yok.				
7. Yapısal olmayan elemanların yapıyla etkileşimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bölme duvarları yapıya esnemez (rijit) biçimde bağlı, asma tavan veya fasatlar yapıyla karşılıklı etkileşimde, (yapısal olmayan) elemandaki hasarın yapı üzerinde önemli etkisi olabilir; Orta = Yapısal olmayan elemanlardan bazıları yapıyla karşılıklı etkileşimde, hasar yapıyı etkilemeyecektir; Yüksek = Yapıyı etkileyen hiçbir yapısal olmayan eleman bulunmamaktadır.				
8. Binaların yakınlığı (deprem kaynaklı vurma) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5'inden az; Orta = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 0.5 ila 1.5'i arasında; Yüksek = Aralık bitişik iki binadan kısa olanın yüksekliğinin yüzde 1.5'inden fazla. <i>HASTANE YÜKSEK/ORTA DERECELİ SİSMİK BÖLGEDE KURULU DEĞİLSE, KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				

9. Binaların yakınlığı (rüzgar tüneli etkisi ve yangın) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aralık 5 m.den az; Orta = Aralık 5 ila 15 m. arasında; Yüksek = Aralık 15 m.den fazla.				
10. Yapısal yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Her yönde üçten az direnç aksı var; Orta = Her yönde üç direnç aksı var ya da akslar ortogonal oryantasyona sahip değil; Yüksek = Binada her ortogonal doğrultuda üçten fazla direnç aksı var.				
11. Yapı ayrıntıları (bağlantılar dahil) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Mühendislik gördüğüne dair kayıt ve kanıt yok veya eski bir tasarım standardına göre yapılmış; Orta = Önceki tasarım standartlarına göre inşa edilmiş ve geçerli standarda göre bir güçlendirme yok; Yüksek = Geçerli standarda göre inşa edilmiş.				
12. Kolon gücünün kiriş gücüne oranı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kirişlerin gücü kolonların gücünden belirgin biçimde fazla; Orta = Kirişlerin gücü kolonların gücüyle benzer durumda; Yüksek = Kolonların gücü kirişlerin gücünden fazla.				
13. Temel güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Temellerin standartlara (temel büyüklüğü, zemin etüdü) uygun tasarlandığını gösteren kanıt yok ve/veya hasar kanıtı var; hiçbir plan bilgisi yok; Orta = Temellerin standartlara uygunluğunu gösteren az sayıda kanıt (çizimler, zemin etüdü) var ve/veya orta derece hasar kanıtı var; Yüksek = Temellerin standartlara uygun tasarlandığını ve hasar olmadığını gösteren güçlü kanıtlar var.				
14. Bina yapı planındaki düzensizlikler (rijitlik, kütle, direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Şekiller düzensiz ve yapı üniform değil; Orta = Plan üzerinde şekiller düzensiz ancak yapı üniform; Yüksek = Plan üzerinde şekiller düzenli, yapının üniform bir planı var ve burulma yaratacak unsurlar bulunmuyor.				
15. Bina yüksekliklerinde düzensizlikler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirgin biçimde süreksiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde belirgin farklılıklar var; Orta = Bazı süreksiz ya da düzensiz elemanlar, bina yüksekliklerinde bazı farklılıklar var; Yüksek = Süreksiz ya da düzensiz eleman yok, bina yüksekliklerinde küçük farklılık var ya da hiç yok.				
16. Kat yüksekliklerinde düzensizlikler (rijitlik, kütle ve direnç) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük= Kat yüksekliklerindeki farklılık yüzde 20'den fazla; Orta = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 20'den az, yüzde 5'ten fazla); Yüksek = Katlar benzer yüksekliklere sahip (farklılık yüzde 5'ten az).				
17. Çatıların yapısal bütünlüğü Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tek tarafa eğimli çatı ya da düz cam çatı ve/veya geniş saçaklar; Orta = Öndökümlü beton çatı, az meyilli beşik çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok; Yüksek = Donatıyla güçlendirilmiş beton çatı veya çok yüzeyli cam çatı, bağlantıları yeterli, geniş saçak yok.				
18. Çeşitli tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık (deprem ve kuvvetli rüzgar dışındaki diğer tehlikeler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bulunduğu yerdeki tehlikelere karşı yapısal dayanıklılık düşük; Orta = Yapısal dayanıklılık yeterli (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak); Yüksek = Yapısal dayanıklılık iyi (yerinde yapısal risk azaltma önlemleri dikkate alınarak).				

Modül 2/ Yorumlar/Açıklamalar:

(Bina tipleri, binaların yapısal sistemleri ve yaşlarını dahil edin. Hastane yerleşim planını, tüm binaların listesini ekleyin ve değerlendirme yapılan binaları işaretleyin.)

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

MODÜL 3: Yapısal Olmayan Güvenlik

3.1 MİMARİ ELEMANLARIN GÜVENLİĞİ	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
19. Yapısal olmayan elemanlarda ağır hasar ve onarım Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ağır hasar var ve tamamlanmış onarım yok; Orta = Orta hasar var, bina kısmen onarım görmüş; Yüksek = Az hasarlı ya da hasarsız veya bina tümüyle onarım görmüş. <i>GEÇMİŞTE HASTANE ÇEVRESİNDE BÖYLE BİR OLAY MEYDANA GELMEMİŞSE KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
20. Kapı, çıkış ve giriş yerlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kapılar, çıkış ve girişler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; giriş genişliği 115 cm'den az; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; veya giriş genişliği 115 cm'den az; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu; ve giriş genişliği 115 cm. ya da daha büyük.				
21. Pencere ve panjurların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Pencere ve panjurlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir (örnek: pencere camlarının dayanıklı olmaması); Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu; kritik servislere koruyucu cam (örnek: polikarbon cam, parçalanmayı önleyici film) takviyesi yapılmış.				
22. Diğer bina zarfı elemanlarının durumu ve güvenliği (örnek: cephe elemanları, dış duvarlar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina zarfı kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
23. Çatının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Çatı kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
24. Korkuluk ve parapetlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Korkuluk ve parapetler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
25. Bina etrafındaki duvar ve çitlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bina çevresindeki duvar ve çitler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				

26. Diğer mimari elemanların durumu ve güvenliği (örnek: pervazlar, süslemeler, bacalar, işaretlemeler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Diğer mimari eleman(lar) kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
27. Hastane binalarının dışında hareket güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılamaması veya zarar görmesi binalara ulaşımı engelleyecek ya da yayalar için tehlike yaratacaktır; Orta = Yapının ya da yol ve kaldırımların kullanılamaması veya zarar görmesi yaya ulaşımını engellemeyecek ancak araç ulaşımını engelleyecektir; Yüksek = Herhangi bir engel, yaya ya da araç ulaşımını sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
28. Hastane binası içinde hareket güvenliği (örnek: koridor, merdivenler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Engeller ve elemanların zarar görmesi bina içinde hareketi engelleyecek ve bina içindekiler için tehlike yaratacaktır; Orta = Engeller ve elemanların zarar görmesi insanların hareketini engellemeyecek ancak sedye, tekerlekli ekipman hareketini engelleyecektir; Yüksek = Herhangi bir engel, insanların ya da tekerlekli ekipmanın hareketini sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
29. İç duvarlar ve bölmelerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç duvarlar ve bölmeler kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
30. Asma ve alçı tavanların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alçı ve asma tavanlar kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu. <i>HASTANEDE ALÇI YA DA ASMA TAVAN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN; AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
31. Asansör sisteminin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Asansör sistemi kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ancak zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyecek bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu. <i>HASTANEDE ASANSÖR YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				

32. Merdiven ve rampaların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kötü durumda, zarar görebilir veya kullanım engellerinin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve engellerin olması bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu. <i>HASTANEDE MERDİVEN VE RAMPA YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
33. Taban döşemelerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Taban döşemeleri kötü durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Kabul edilebilir durumda, zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engellemez; Yüksek = İyi durumda, bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar söz konusu.				
3.2 ALTYAPININ KORUNMASI, ERİŞİMİ ve FİZİKİ GÜVENLİĞİ				
34. Yerel tehlikeler bakımından hastane kritik servislerinin ve donanımının hastane binası içindeki yerleşimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir koruyucu önlem yok; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, aksaması ve kesintiye uğraması söz konusu; Orta = Kritik servisleri yerel tehlikelerden korumak üzere kısmen önlemler alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının zarar görmesi, bazı kesintilere uğraması söz konusu; Yüksek = Kritik servisleri koruyucu çok sayıda önlem alınmış; afet/acil durumlarda kritik servislerin ve hastane operasyonlarının büyük olasılıkla kesintiye uğramadan ya da sınırlı ölçüde kesintiyle sürdürülmesi söz konusu.				
35. Hastaneye erişim güzergahları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve engellerin varlığı erişimi, diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Erişim güzergahlarının zarar görmesi ve bazı engellerin varlığı erişimi ve işlevi sekteye uğratmaz; Yüksek = Diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak engeller ve zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel engel ya da zarar söz konusu.				
36. Acil çıkışlar ve tahliye yolları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmemiş ve çoğu tıkalı durumda; Orta = Çıkış ve tahliye güzergahlarının bazıları işaretlenmiş ve çoğunda engeller kaldırılmış; Yüksek = Tüm çıkış ve tahliye güzergahları açıkça işaretlenmiş ve engelsiz.				
37. Bina, donanım, çalışanlar ve hastaların fiziki güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hiçbir bir önlem yok; Orta = Bazı fiziksel koruma önlemleri alınmış (örnek: malzeme ve ekipmanın kilitli depolarda olması, mal varlığı izleme ve envanter denetimi); Yüksek = Geniş bir yelpazede güvenlik önlemleri bulunuyor (örnek: tasarım ve plan, fiziksel bariyerler, kontrollü erişim ve kapı güvenlik sistemleri, kilitli depolar)				

3.3 KRİTİK SİSTEMLER

3.3.1 Elektrik sistemi

38. Alternatif elektrik kaynaklarının kapasitesi (örnek: jeneratörler) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynak(lar) yok ya da kritik alanlarda talebi karşılama düzeyi yüzde 30'dan az veya sadece elle çalıştırılabilir; Orta = Alternatif kaynak(lar) kritik alanlardaki talebi yüzde 31-70 düzeyinde karşılıyor ve kritik alanlarda 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor; Yüksek = Alternatif kaynak(lar) 10 saniyeden az sürede otomatik olarak çalışmaya başlıyor ve kritik alanlardaki talebi karşılama düzeyi yüzde 70'ten fazla.				
39. Alternatif elektrik kaynaklarının kritik alanlarda düzenli denetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tam kapasite test aralığı 3 ay ve üzeri; Orta = Tam kapasite test aralığı her 1-3 ay; Yüksek = Her ay en az bir kez tam kapasite test ediliyor.				
40. Alternatif elektrik kaynaklarının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; jeneratörler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Jeneratörler kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Jeneratörler iyi durumda, iyi korunuyor ve acil durumlarda düzgün çalışabilir vaziyette.				
41. Elektrik ekipmanı, kablolar, kablo borularının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları kullanılabilir durumda, kısmen koruma ve güvenlik sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Elektrik ekipmanı, elektrik hatları, kablolar ve kablo boruları iyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.				
42. Yerel elektrik tedarik sistemi için yedekleme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yerel enerji tedarik sistemine sadece bir giriş var; Orta = Yerel enerji tedarik sistemine iki giriş var; Yüksek = Yerel enerji tedarik sistemine ikiden fazla giriş var.				
43. Kontrol paneli, aşırı yük şalteri ve kabloların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kontrol paneli ve diğer elemanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.				
44. Hastanenin kritik alanları için aydınlatma sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Aydınlatma düzeyi düşük; koruyucu önlemler yok; Orta = Kritik alanlardaki aydınlatma yeterli, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Aydınlatma iyi düzeylerde ve koruma önlemleri mevcut.				
45. İç ve dış aydınlatma sistemlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç ve dış aydınlatma sistemleri kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, iyi korunuyor ve düzgün çalışır vaziyette.				
46. Hastane alanında bina dışında elektrik sağlayan sistemlerin varlığı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin taleplerini karşılamak üzere kurulu destek elektrik birimleri yok; Orta = Hastane alanında kurulu destek elektrik birimleri var, ama zarara veya kesintiye uğrayabilir; hastaneye yeterli enerji sağlamamaktadır; Yüksek = Elektrik destek birimleri var, iyi korunuyor ve hastaneye afet/acil durum halinde yeterli enerji sağlamaktadır.				

47. Elektrik tedariki ve alternatif kaynaklar için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.2 Telekomünikasyon sistemleri				
48. Antenlerin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Antenler ve bağlantıları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Antenler ve bağlantıları kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Antenler ve bağlantıları iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut. <i>HASTANEDE ANTEN YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
49. Düşük/çok düşük voltajlı sistemlerin durumu ve güvenliği (internet ve telefon) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düşük voltajlı sistemler kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Düşük voltajlı sistemler kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = Düşük voltajlı sistemler iyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.				
50. Alternatif haberleşme sistemleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif haberleşme sistemleri yok, kötü durumda ya da çalışmıyor; Orta = Hastane çapında alternatif haberleşme sistemi kullanılabilir durumda, ama her yıl test edilmiyor; Yüksek = Alternatif haberleşme sistemi iyi durumda, en az her yıl test ediliyor.				
51. Telekomünikasyon ekipmanı ve kablolarının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon ekipmanı ve kabloları kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman ve kablolar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor.				
52. Hastane dışındaki telekomünikasyon sistemlerinin hastanenin haberleşmesine etkisi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastanenin haberleşmesinde önemli ölçüde parazit (enterferans) yaratmaktadır; Orta = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemleri hastane haberleşmesinde orta derecede parazit yaratmaktadır; Yüksek = Dışarıdaki telekomünikasyon sistemlerinin hastane haberleşmesinde hiçbir parazit etkisi yoktur.				
53. Telekomünikasyon sistemlerinin bulunduğu alanların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Telekomünikasyon sistemlerine ayrılan alanlar kötü durumda; tehlikeler nedeniyle aksama riski yüksek; koruyucu önlemler yok; Orta = Alanlar kullanılabilir durumda, kısmen koruma sağlayan bazı önlemler mevcut; Yüksek = İyi durumda, emniyet altında ve diğer koruyucu önlemler mevcut.				
54. Bina içi haberleşme sistemlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İç haberleşme sistemleri yok ya da kötü durumda; koruyucu önlemler yok; Orta = İç haberleşme sistemleri kullanılabilir durumda, ama alternatif sistemler yok; Yüksek = İç haberleşme ve yedekleme sistemleri iyi çalışır durumda.				

55. Standart ve alternatif haberleşme sistemleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.3 Su tedarik sistemi				
56. Hastane servis ve hizmetleri için gereken su rezervi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süreyle yeterli veya su tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat yeterli.				
57. Su depolama tanklarının yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Su depolama tankların bulunduğu alanda hizmetin aksama riski yüksek (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik); Orta = Alan orta derecede aksama riskiyle karşı karşıya (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik); Yüksek = Alan görsel olarak tanımlanabilen risklere maruz değil (örnek: yapısal, mimari ve/veya sistemsel zarar görülebilirlik). HASTANEDE SU DEPOLAMA TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.				
58. Su dağıtım sisteminin durumu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilir durumda; Orta = Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir; Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda.				
59. Ana dağıtım şebekesine alternatif su tedarik sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30'dan azını karşılar; Orta = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 30-80'ini karşılar; Yüksek = Afet/acil durum senaryosunda günlük talebin yüzde 80'den fazlasını karşılar.				
60. İlave (yedek) pompalama sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yedek pompa yok ve faal kapasite günlük minimum talebi karşılamıyor; Orta = İlave pompalar kullanılabilir durumda ama günlük minimum su talebini karşılamıyor; Yüksek = Tüm ilave pompalar ve yedek sistemler faal ve minimum su talebini karşılıyor.				
61. Su tedarik sistemleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.4 Yangından korunma sistemi				
62. Yangından korunma (pasif) sisteminin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları engelleyebilir; Orta = Eleman(lar) zarar görebilir ve zarar görmesi işlevi engellemez; Yüksek = Bu ve diğer elemanların işlevini, sistemleri ya da operasyonları sekteye uğratacak bir zarar yok ya da önemsiz bir potansiyel zarar sözkonusu.				
63. Yangın/duman belirleme sistemleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya bakım ve testleri sıklıkla yapılmıyor; Yüksek = Sistem kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor.				

64. Yangın söndürme sistemleri (otomatik ve elle kullanılan) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kurulu sistem yok; denetim yapılmıyor; Orta = Sistem kısmen kurulmuş veya sistem kurulmuş, ama bakım ve test yapılmıyor; denetim eksik ve hükümsüz; Yüksek = Sistem tam olarak kurulu ve bakımı düzenli yapılıyor, sıklıkla test ediliyor; denetimler eksiksiz ve güncel.				
65. Yangın söndürme için su tedariki Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı yok; Orta = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli bir tedarik kaynağı var; kullanım kapasitesi sınırlı ve bakım ve test yapılmamış; Yüksek = Yangın söndürme için kullanılacak sürekli ve kayda değer kapasiteye sahip bir tedarik kaynağı var; düzenli bakım ve sıklıkla test yapılıyor.				
66. Yangından korunma sistemi için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.5 Atık yönetimi sistemleri				
67. Tehlikeli olmayan atıksu sistemlerinin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli olmayan atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Atıksu bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.				
68. Tehlikeli atıksu ve sıvı atık güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli atıksu bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.				
69. Tehlikeli olmayan katı atık sisteminin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.				
70. Tehlikeli katı atık sisteminin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tehlikeli katı atık bertaraf sistemi yok ya da kötü durumda; Orta = Sistem kullanılabilir durumda; ancak hizmete uygunluk ve bakımı ile ilgili hiç ya da yeterli kanıt yok; Yüksek = Bertaraf sistemi iyi durumda ve yeterli kapasiteye sahip, hizmete uygunluk ve bakımı kanıtlanabilir.				
71. Hastane atık yönetimi sistemlerinin tüm türleri için acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.6 Yakıt depolama sistemleri (gaz, benzin, dizel vb.)				
72. Yakıt rezervleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Rezerv 24 saat ve daha az süre için yeterli ya da yakıt tankı yok; Orta = 24 saatten fazla, 72 saatten az süreyle yeterli; Yüksek = En az 72 saat süreyle yeterli olması teminat altında.				

73. Yer üstü yakıt tankları ve/veya silindirlerinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt tankları kötü durumda; sabitleme ya da çevrili alan yok; tanklar tehlikeler dikate alınarak yerleştirilmemiş; Orta = Yakıt tankları kullanılabilir durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında yetersiz; tankın bulunduğu çevrili alanda bazı güvenlik ve emniyet önlemleri var; Yüksek = Yakıt tankları iyi durumda; sabitleme ve destekler büyük tehlikeler karşısında iyi durumda; tankın bulunduğu çevrili alanda uygun güvenlik ve emniyet önlemleri var. <i>HASTANEDE BU HİZMETLER YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
74. Hastane binalarının uzağında güvenli yakıt depolama yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yakıt depolama erişimin mümkün olmadığı ve güvenli olmayan bir yerde yapılıyor; Orta = Depolama alanının durumu ve tehlikeler bakımından yeri kabul edilebilir özellikte; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Alanın durumu ve yeri iyi, iyi korunuyor ve diğer koruyucu önlemler mevcut; yakıt tanklarına erişim mümkün. <i>HASTANEDE YAKIT TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
75. Yakıt dağıtım sisteminin durumu, güvenliği (vanalar, hortumlar, bağlantılar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı güvenli hizmet verebilecek durumda; Orta = Sistem yüzde 60 ila 90 düzeyinde iyi hizmet verebilir ve otomatik kapatma vanaları var; Yüksek = Sistemin yüzde 90'dan fazlası iyi çalışır durumda ve otomatik kapatma vanaları var. <i>HASTANEDE YAKIT DAĞITIM TANKI YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
76. Yakıt rezervleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.7 Tıbbi gazlar				
77. Tıbbi gaz depolama alanlarının yeri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi gazların depolanması için önceden belirlenmiş yerler yok, ya da tıbbi gaz depolama alanlarında tehlikeler nedeniyle hizmetin aksaması riski yüksek; koruyucu önlemler yok ve depolama alanına erişim mümkün değil; Orta = Ayrılan alanların durumu ve yeri kabul edilebilir özellikte; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Alanın durumu iyi, iyi korunuyor ve diğer koruyucu önlemler mevcut; depoya erişim mümkün.				
78. Tıbbi gaz tankları ve/veya tüpleri için güvenli depolama yerleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; personelin tıbbi gaz ve yangın söndürme ekipmanı eğitimi yok; Orta = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; personele ekipman kullanma eğitimi verilmiş; Yüksek = Depolama alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede; tıbbi gaz ve yangın söndürücü ekipman kalifiye personel tarafından kullanılıyor.				
79. Tıbbi gaz dağıtım sisteminin durumu ve güvenliği (vana, hortum, bağlantılar) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Sistemin yüzde 60'ından azı iyi hizmet verebilecek durumda; Orta = Sistem yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi hizmet verebilir; Yüksek = Sistemin yüzde 80'den fazlası iyi çalışır durumda.				

80. Tıbbi gaz tankları, tüpleri ve ilgili ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane alanlarındaki tıbbi gaz tankları ve tüpleri kötü durumda; koruyucu önlem yok, emniyet altında değil; Orta = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri kullanılabilir durumda; sabitleyici ve destekleyicilerin kalitesi yetersiz; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Tıbbi gaz tankları ve tüpleri iyi durumda, emniyet altında ve iyi korunuyor; sabitlemeler büyük tehlikeler için uygun kalitede.				
81. Alternatif tıbbi gaz kaynaklarının varlığı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Alternatif kaynaklar yok; Orta = Alternatif kaynaklar var ancak malzeme tedarik süresi 15 günden fazla; Yüksek = Kısa sürede (15 günden az) devreye girecek yeterli alternatif kaynaklar var.				
82. Tıbbi gaz sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.3.8 Isıtma, havalandırma, iklimlendirme sistemleri / HVAC (Heating, Ventilation, Air-Conditioning)				
83. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin uygunluğu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı erişimin mümkün olmadığı ve güvenli olmayan yerlerde bulunuyor; koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, bulundukları yerler güvenli; kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanının bulunduğu alanlara erişim mümkün, bulundukları yerler güvenli ve tehlikelere karşı korunuyor.				
84. HVAC ekipmanlarına ayrılan yerlerin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanına erişim mümkün değil; ekipmanın güvenli çalışması ve bakımı için koruyucu önlemler yok; Orta = HVAC ekipmanına erişim mümkün, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = HVAC ekipmanına erişim mümkün, geniş bir yelpazede koruyucu önlemler mevcut.				
85. HVAC ekipmanlarının güvenliği , çalışma durumu (ör: kazan, boşaltım) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = HVAC ekipmanı kötü durumda, bakım yapılmıyor; Orta = HVAC ekipmanı kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut, düzenli bakım yok; Yüksek = HVAC ekipmanı iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış); bakım, denetim ve ikaz sistemi testleri düzenli yapılıyor.				
86. Sistem kanallarının uygun destekli, bina bölüm geçişlerinde kanal ve boru esnekliklerinin denetimli olması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Destek önlemleri yok ve bağlantılar esnek değil; Orta= Destekler kabul edilebilir durumda veya bağlantılar esnek; Yüksek = Destekler iyi durumda ve bağlantılar esnek.				
87. Borular, bağlantılar ve vanaların durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Boruların yüzde 60'ından azı iyi durumda; tehlikelere karşı sınırlı koruma var; Orta = Yüzde 60 ila 80 düzeyinde iyi durumda; tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Yüzde 80'den fazlası iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelere karşı korunuyor.				
88. İklimlendirme (air-conditioning) ekipmanının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İklimlendirme ekipmanı kötü durumda, emniyet altında değil; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda, kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut (örnek: sabitleme ve destek kalitesi yetersiz); Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve tehlikelerden korunuyor (örnek: kaliteli sabitleme yapılmış).				

89. İklimlendirme (air-conditioning) sisteminin çalışması (negatif basınç alanları dahil) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Air-condition sisteminin hastane-de bölge (zone) kurma kapasitesi yok; Orta = Air-condition sistemi bölge oluşturabilir, ancak hastanenin yüksek risk alanları ile diğer alanları arasında hava sirkülasyonunu ayırabilecek kapasitesi yok; Yüksek = Air-condition sistemi hastanenin yüksek risk alanlarından gelen havayı izole edebilir; negatif basınç odaları mevcuttur.				
90. HVAC sistemleri ile ilgili acil bakım ve iyileştirme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yazılı prosedürler ve bakım/denetim raporları yok; Orta = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, ama kaynak mevcut değil; Yüksek = Yazılı prosedürler var, bakım/denetim raporları güncel, personele eğitim verilmiş, acil bakım ve iyileştirme uygulamaları için kaynaklar hazır.				
3.4 EKİPMAN VE MALZEME				
3.4.1 Ofis ve depo mobilyası ve bilgisayar donanımı dahil (seyyar, sabit) ekipman				
91. Raflar ve raf malzemesinin güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Raflar güvenli biçimde yerleştirilmemiş (veya deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde rafların yüzde 20'sinden azı duvara sabitlenmiş); Orta = Raflar güvenli biçimde yerleştirilmiş (ve deprem ve rüzgar hareketi olan bölgelerde raflar duvara sabitlenmiş) ve rafardaki malzeme yüzde 20 ila 80 düzeyinde emniyete alınmış; Yüksek = Rafların yüzde 80'den fazlası ve raflardaki malzeme güvenli biçimde yerleştirilmiş, duvara sabitlenmiş ve malzeme emniyet altında.				
92. Bilgisayar ve yazıcıların güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Bilgisayarları tehlikeden korumak için alınan önlem yok; Orta = Bilgisayarların yerleri güvenli, tehlikelere karşı kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Bilgisayarların yerleri güvenli, emniyet altında ve yeterli koruma önlemleri mevcut.				
3.4.2 Teşhis ve tedavide kullanılan kullanılan tıbbi ekipman, laboratuvar ekipmanı, malzemesi				
93. Ameliyathane ve post-op uyandırma odasındaki tıbbi ekipmanın güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ameliyathanelerin yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ameliyathanelerin yeri güvenli, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
94. Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Radyoloji ve görüntüleme ekipmanının yeri güvenli değil, ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipmanın yeri güvenli, kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipmanın yeri güvenli ve iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
95. Laboratuvar ekipman ve malzemesinin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Biyogüvenlik önlemleri zayıf, laboratuvar ekipmanı eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Biyogüvenlik önlemleri var, ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				

96. Acil Servis ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
97. Yoğun bakım ve ara yoğun bakım ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Tıbbi ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
98. Eczane bölümündeki ekipman ve mobilyanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Eczane ekipmanı eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
99. Sterilizasyon ünitelerindeki tıbbi ekipman ve malzemenin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
100. Acil obstetrik müdahale ve yenidoğan bakım ünitesindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
101. Yanıklarda acil bakım için gerekli tıbbi ekipman ve malzemenin durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut.				
102. Nükleer tıp ve radyasyon terapisi ünitelerindeki tıbbi ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipman eksik ya da kötü durumda veya koruyucu önlemler yok; Orta = Ekipman kullanılabilir durumda ve kısmen koruyucu bazı önlemler mevcut; Yüksek = Ekipman iyi durumda, emniyet altında ve koruyucu önlemler mevcut. <i>HASTANEDE BU SERVİSLER YOKSA KUTULARI BOŞ BIRAKIN VE AÇIKLAMADA BELİRTİN.</i>				
103. Diğer servislerdeki medikal ekipmanın durumu ve güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ekipmanın %30'dan fazlası materyal ya da fonksiyon kaybı riski altındadır ve/veya ekipman tüm servisin faaliyeti için doğrudan ya da dolaylı risk oluşturmaktadır; Orta= Ekipmanın %10-30 kadarı kayıp riski taşımaktadır; Yüksek = Ekipmanın %10'dan azı kayıp riski taşımaktadır.				
104. İlaçlar ve malzemeler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta= Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.				

105. Steril enstrüman ve diğer materyal Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.				
106. Özellikle afet/acil durum halinde kullanılan tıbbi ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.				
107. Tıbbi gaz mevcudu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İhtiyacı karşılama süresi 10 günden az; Orta = İhtiyacı karşılama süresi 10 ila 15 gün; Yüksek = İhtiyacı karşılama süresi en az 15 gün.				
108. Mekanik volüm ventilatörleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.				
109. Elektro-medikal ekipman Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.				
110. Yaşam destek ekipmanı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Mevcut maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli miktar teminat altında.				
111. Kardiyopulmoner arrest için malzeme, ekipman veya acil müdahale arabaları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Yok; Orta = Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipman (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda, ancak maksimum hastane kapasitesinde 72 saatten az süre için yeterli; Yüksek = Kardiyopulmoner acil durumlar için malzeme, ekipmanın (veya acil müdahale arabaları) iyi durumda olması teminat altında ve gereken malzeme maksimum hastane kapasitesinde en az 72 saat yeterli.				

Modül 3 / Yorumlar/Açıklamalar:

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

MODÜL 4: Afet ve Acil Durum Yönetimi

4.1 AFET ve ACİL DURUM YÖNETİMİ FAALİYETLERİNİN KOORDİNASYONU	Güvenlik Düzeyi (ilgili kutuyu x ile işaretleyin)			Gözlemler
	Düşük	Orta	Yüksek	
112. Hastane Afet ve Acil Durum Planı (HAP) Komisyonu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok, ya da 1-3 departman ya da disiplin temsil edilmektedir; Orta = Komisyon var, 4-5 departman ya da disiplin temsil ediliyor, ancak fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getirmiyor; Yüksek = Komisyon var, 6 ya da daha fazla departman ya da disiplin temsil ediliyor ve fonksiyonlarını etkili biçimde yerine getiriyor.				
113. Komisyon üyelerinin sorumlulukları ve eğitimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Komisyon yok ya da üyeler bu konuda eğitilmiş değil ve sorumluluklar belirlenmemiş; Orta = Komisyon üyeleri gerekli eğitimi almış ve resmi olarak görevlendirilmiş; Yüksek = Tüm üyeler eğitim almış ve kendi rol ve sorumluluklarını aktif olarak yerine getiriyor.				
114. Hastane Afet ve Acil Durum Yönetimi Başkanı (koordinatörü) atanması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanede afet/acil durum yönetimi koordinatörü olarak tanımlanmış bir yönetici yok; Orta = Afet/acil durum yönetimi koordinasyon görevi bir yöneticiye verilmiş ancak bu onun ana görevi değil; Yüksek = Ana görevi afet/acil durum yönetimi koordinasyonu ile ilgili görevler olarak tanımlanmış bir yönetici var ve hastanenin hazırlık programının uygulanması rolünü yerine getiriyor.				
115. Afet ve acil duruma müdahaleyi ve iyileştirmeyi güçlendirmek için hazırlık programı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program yok ya da varsa da uygulanan hazırlık faaliyeti yok; Orta = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program var ve bazı faaliyetler uygulanıyor; Yüksek = Hazırlık, müdahale ve iyileştirmeyi güçlendirmek için bir program HAP komisyonu yönlendiriciliğinde tam olarak uygulanıyor.				
116. Hastane olay yönetim sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane olay yönetim sistemi için bir düzenleme yok; Orta = Olay yönetim sistemi çerçevesinde kilit pozisyonlar için görevlendirme yapılmış ancak fonksiyonların yerine getirilmesi için yazılı prosedürler yok; Yüksek = Hastane olay yönetim sistemi prosedürleri var ve farklı koordinasyon rol ve sorumluluklarını üstlenen ve uygun eğitim verilen personel tarafından tam olarak uygulanıyor.				
117. Acil durum operasyon merkezi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezin yeri tanımlanmamıştır veya güvenli ya da emniyetli olmayan bir mekandır; Orta = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır, ancak acil durumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesi sınırlıdır; Yüksek = Merkez güvenli, emniyetli ve erişilebilir bir mekandır ve acil durumda hemen harekete geçilecek operasyonel kapasitesiye sahiptir.				
118. Yerel afet/acil durum yönetimi kurumları ile koordinasyon mekanizmaları ve işbirliği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.				
119. Sağlık hizmetleri ağı ile koordinasyon mekanizmaları ve işbirliği düzenlemeleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyoneldir.				

4.2 HASTANE AFET/ACİL DURUM MÜDAHALE VE İYİLEŞTİRME PLANLAMASI

120. Hastane afet ve acil durum müdahale planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, ancak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.				
121. Hastanenin olaya özel alt planları Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Olaya özel müdahale alt planları belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Planlar belge olarak tamamlanmıştır, ancak kolayca erişilmemektedir ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Planlar belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir, planın uygulanması için gerekli kaynaklar mevcuttur.				
122. Planları aktive ve deaktive prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir ama prosedürler güncellenmemekte ya da yıllık olarak test edilmemektedir; Yüksek = Prosedürler günceldir, personele eğitim verilmiştir ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.				
123. Hastane afet ve acil durum müdahale planı tatbikatları, değerlendirme ve düzeltme faaliyetleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Müdahale planı ve alt planlar test edilmemektedir; Orta = Müdahale planı ve alt planlar test edilmektedir, ancak yılda en az iki kez test edilmemektedir; Yüksek = Müdahale planı ve alt planlar yılda en az iki kez test edilmekte ve tatbikat sonuçlarına göre güncellenmektedir.				
124. Hastane iyileştirme planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İyileştirme planı belgeye dönüştürülmemiştir; Orta = Plan belge olarak tamamlanmıştır, ancak erişimi güçtür ve güncel değildir (son güncelleme tarihi 12 aydan fazladır); Yüksek = Plan belge olarak tamamlanmıştır, erişimi kolaydır, en az yıllık olarak gözden geçirilmekte/güncellenmektedir.				
4.3 HABERLEŞME ve BİLGİ YÖNETİMİ				
125. Acil durumda iç ve dış haberleşme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Merkezi iç ve dış haberleşme sistemi istikrarsız ya da eksik çalışmaktadır; operatörler acil durum haberleşmesi için eğitilmemiştir; Orta = Sistem düzgün çalışmaktadır, operatörler acil durum haberleşmesi ile ilgili bazı eğitimler almıştır, yılda en az bir kez sistem testleri yapılmamaktadır; Yüksek = Sistem tam olarak çalışmaktadır, operatörler acil durumda kullanım için tam eğitilidir, sistem testleri yılda en az bir kez yapılmaktadır.				
126. Dış paydaş rehberi (telefon-adres) Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Dış paydaş rehberi yok; Orta = Rehber var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Rehber var, bilgiler güncel ve acil müdahalede kilit görevleri olan personel muhafaza ediyor.				
127. Halk ve medya ile iletişim prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok, sözcü görevlendirmesi yapılmamış; Orta = Prosedürler var ve görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş; Yüksek = Prosedürler var, görevlendirilen sözcülere eğitim verilmiş ve prosedürler yılda en az bir kez test edilmektedir.				
128. Hasta bilgisi yönetimi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durumlar için prosedürler yok; Orta = Acil durumlar için prosedürler var, personel eğitim verilmiş ancak kaynak mevcut değil; Yüksek = Acil durumlar için prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve uygulama için kaynaklar mevcut.				

4.4 İNSAN KAYNAKLARI

129. Personel irtibat listesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = İrtibat listesi yok; Orta = Liste var ama güncel değil (son güncelleme tarihi 3 ayı geçmiştir); Yüksek = Liste var ve bilgiler güncel.				
130. Personel mevcudiyeti Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Her departmanın yeterli çalışabilmesi için gereken personelden hazır bulunan yüzde 50'den az; Orta = Personelin yüzde 50-80'i hazır; Yüksek = Personelin yüzde 80-100'ü hazır.				
131. Afet/acil durum halinde personelin seferber ve takviye edilmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak acil durumlar için insan kaynakları hazır değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir ve acil durum için öngörülen ihtiyaçları karşılayacak insan kaynakları hazır.				
132. Personelin afet/acil duruma müdahale ve iyileştirme görevlerinin tanımlanması Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum görevleri tanımsız ya da belgelendirilmemiş; Orta = Görevler tanımlanmıştır, bazı personel (hepsi değil) yazılı görevlendirme ve eğitim almıştır; Yüksek = Görevler yazılı olarak bildirilmiştir ve tüm personel için yılda en az iki kez eğitim ya da tatbikat yapılmaktadır.				
133. Afet/acil durum sırasında hastane personelinin desteklenmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ayrılmış bir yer ve belirlenmiş önlemler yok; Orta = Yer belirli, ama önlemler 72 saatten az süreyi kapsıyor; Yüksek = Önlemler en az 72 saati kapsıyor.				

4.5 LOJİSTİK ve FİNANS

134. Afet/acil durum için yerel tedarikçi ve satıcılarla anlaşmalar Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Düzenlemeler yok; Orta = Düzenlemeler var ama tam olarak operasyonel değil; Yüksek = Düzenlemeler var ve tam olarak operasyonel.				
135. Acil durum sırasında ulaştırma Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Ambulanslar ve diğer araç ve ulaştırma yolları mevcut değil; Orta = Bazı araçlar mevcut, ama sayıları büyük bir afet/acil durumda yeterli değil; Yüksek = Afet/acil durum sırasında kullanılacak uygun araçlar yeterli sayıda mevcut.				
136. Acil durumda gıda ve içme suyu Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durumlar için gıda ve içme suyu prosedürleri yok; Orta = Prosedürler var, gıda ve içme suyu tedariki 72 saatten az süre için teminat altında; Yüksek = Acil durumlarda gıda ve içme suyu tedariki en az 72 saat için teminat altında.				
137. Afet/acil durumlar için mali kaynaklar Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum bütçesi ya da acil durum fonlarına erişim mekanizması yok; Orta = Fonlar bütçelendirilmiş ve mekanizmalar mevcut ancak 72 saatten az süre için geçerli; Yüksek = Yeterli fonlar 72 saat ve sonrası için teminat altında.				

4.6 HASTA BAKIM ve DESTEK HİZMETLERİ

138. Acil ve kritik bakım hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.				
---	--	--	--	--

139. Temel klinik destek hizmetlerinin sürekliliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak personel her zaman mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiştir, afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar her zaman mevcut.				
140. Kitlesele yaralanmalı olaylarda kullanılabilir alanın genişletilmesi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük=Genişletme için alan tanımlanmamıştır; Orta = Alan tanımlanmıştır, genişletme için donanım, malzeme ve prosedürler mevcuttur ancak test edilmemiştir; Yüksek = Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve alan genişletmek için donanım, malzeme ve diğer kaynaklar mevcut.				
141. Büyük çaplı afet ve acil durumlarda triyaj Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Triage için ayrılmış bir yer ya da prosedürler yok; Orta = Triage alanı ve prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş, ancak prosedürler afet/acil durum için test edilmemiştir; Yüksek = Tanımlı alan ve prosedürler var, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durum halinde hastanenin maksimum kapasitede çalışması için gerekli kaynaklar mevcut.				
142. Kitlesele yaralanmalı olaylar için triyaj kartları, diğer lojistik malzeme Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Malzeme yok; Orta = Malzeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında.				
143. Hasta kademeli sevk, transfer ve kabul sistemi Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiştir, ancak prosedürler afet/acil durum için test edilmemiştir; Yüksek = Prosedürler mevcut ve test edilmiştir, personele eğitim verilmiştir ve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.				
144. Enfeksiyon sürveyans, önleme ve kontrol prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Belirlenmiş politika ve prosedürler yok; enfeksiyon önleme ve kontrol için standart önlemler rutin olarak uygulanmıyor; Orta = Politika ve prosedürler var, standart önlemler rutin olarak uygulanıyor, personele eğitim verilmiş, ancak epidemiler dahil afet/acil durumda gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Politika ve prosedürler var, enfeksiyon önleme ve kontrol önlemleri tam, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede önlemlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.				
145. Psikososyal hizmetler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiş, ancak afet/acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.				
146. Kitlesele ölümlü olaylarda ölüm sonrası (otopsi) prosedürler Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Kitlesele ölümlü olaylarla ilgili prosedürler yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Prosedürler var, personele eğitim verilmiş, ancak afet/acil durum halinde gereken düzeyde kaynak mevcut değil; Yüksek = Prosedürler mevcut, personele eğitim verilmiş ve afet/acil durumda hastanede prosedürlerin maksimum kapasitede uygulanması için gerekli kaynaklar mevcut.				
4.7 TAHLİYE, DEKONTAMİNASYON ve GÜVENLİK				
147. Tahliye planı Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Plan yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Plan var, personele prosedürlerle ilgili eğitim verilmiş, ancak düzenli test edilmiyor; Yüksek = Plan mevcut, personele eğitim verilmiş ve yılda en az bir kez tahliye tatbikatı yapılıyor.				

148. Kimyasal ve radyolojik tehlikeler için dekontaminasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının gerektiğinde hemen kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir dekontaminasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapılmıyor; Yüksek = Gerektiğinde hemen kullanabilecek kişisel koruyucu ekipman var, dekontaminasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve uygulaması yılda en az bir kez yapılıyor.				
149. Bulaşıcı hastalık ve epidemilerde kişisel koruyucu ekipman ve izolasyon Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastane çalışanlarının gerekirse hemen kullanabileceği kişisel koruyucu ekipman yok ya da hiçbir izolasyon alanı yok; Orta = Gerektiğinde hemen kullanabilecek malzeme var, ama malzeme yeterliliği maksimum hastane kapasitesi için 72 saatten az, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel eğitim ve tatbikatları her yıl yapılmıyor; Yüksek = Maksimum hastane kapasitesi için en az 72 saat yetecek malzeme teminat altında ve tekrar tedarik için alternatif kaynaklar var, izolasyon alanları oluşturulmuş, personel için yılda en az bir kez prosedür eğitimi ve uygulaması yapılıyor.				
150. Acil güvenlik (emniyet) prosedürleri Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Acil durum güvenlik (emniyet) prosedürleri yok ya da sadece kağıt üzerinde var; Orta = Yazılı prosedürler var ve personele acil durum güvenlik (emniyet) prosedürleri eğitimi verilmiş , ancak her yıl test edilmiyor; Yüksek = Personele eğitim verilmiş ve yazılı prosedürler her yıl en az bir kez test ediliyor.				
151. Bilgisayar sistemi ağ güvenliği Güvenlik derecelendirmesi: Düşük = Hastanenin bilgisayar güvenlik sistemi plan ve prosedürleri yok; Orta = Hastanenin temel siber güvenlik sistemi planı var ama düzenli izlenmiyor ve güncellenmiyor; Yüksek = Hastanenin siber güvenlik planı uygulanıyor ve düzenli güncelleniyor.				

Modül 4 / Yorumlar/Açıklamalar:

Değerlendiren yetkili (adı, soyadı, imzası):

EK 2-B

KAISER RİSK ANALİZİ

Bu çalışma aşağıdaki kaynaktan Türkçe'ye çevrilerek uyarlanmıştır:
Medical Center Hazart and Vulnerability Analysis,
Kaiser Permanente (kp_hva_template_2014)



Bu çalışmada yer alan bilgiler her koşulda tavsiye niteliği taşımamaktadır; çalışmanın uygulama alanı ilgili formlarda yer alan tanımlarla sınırlıdır; bu çalışmanın mevcut yasal düzenleme, daha kapsamlı araştırma ve denetim görev ve uygulamalarının yerine kullanılması söz konusu değildir. Bilgilerin kendi koşullarında değerlendirilmesi ve uygulama sorumluluğu kurumlara aittir.

Hastane Tehlike ve Zarar Görebilirlik Analizi

AÇIKLAMALAR:

Her bir tehlike için olay ve yanıt potansiyelini aşağıdaki kategorilerde ve belirtilen ölçüleri dikkate alarak değerlendirin.

OLASILIK aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Bilinen risk
- 2 Geçmişe ait kayıtlar
- 3 Üretici/tedarikçi istatistikleri

Olaya **YANIT (müdahale)** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Olaya yerinde müdahale için toplanma süresi
- 2 Yanıt yeteneğinin genişliği
- 3 Geçmişteki başarılı yanıt uygulamaları

Olayın **İNSANA ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Çalışanlar için yaralanma veya ölme potansiyeli
- 2 Hastalar için yaralanma veya ölme potansiyeli

Olayın **MALA/MÜLKE ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Yenileme maliyeti
- 2 Geçici olarak yerine koyma maliyeti
- 3 Onarım maliyeti

Olayın **İŞE ETKİSİ** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 İşin kesintiye uğraması
- 2 Personelin görev başında olamaması
- 3 Hastaların hastaneye ulaşamaması
- 4 Tedarikçilerin anlaşmaları ihlal etmesi
- 5 Cezai yaptırımların (para cezası, hapis veya mahkeme masrafı) uygulanması
- 6 Kritik malzemenin temininde kesintinin olması
- 7 Malzeme dağıtımında kesinti

Olaya **HAZIRLIK** aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Mevcut planların durumu
- 2 Eğitim ve tatbikatların gerçekleştirilme sıklığı
- 3 Sigorta
- 4 Yedekleme sistemlerinin varlığı
- 5 Toplumun sahip olduğu kaynaklar

İÇ KAYNAKLAR (iç yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 Eldeki mevcut malzeme türleri
- 2 Mevcut malzemenin miktarı
- 3 Personel durumu
- 4 Hastanenin tüm tesisleri/bölgeleri ile koordinasyon

DIŞ KAYNAKLAR (dış yanıt) aşağıdaki konuları içerir (ancak bunlarla sınırlı değildir):

- 1 İlgili kurum ve kuruluşlarla karşılıklı anlaşma ve tatbikatlar
- 2 Kamu birimleri ve yerel yönetim kurumlarıyla koordinasyon
- 3 İl Sağlık Müdürlüğü ve bölgedeki sağlık kuruluşlarıyla koordinasyon
- 4 Özel tedavi birimleri olan hastanelerle koordinasyon

Doğa kaynaklı, Teknolojik, İnsana Bağlı (doğrudan insan eliyle yaratılan) tehlikeler ve Tehlikeli Maddeler sayfalarının her birini tamamlayın. Özet bölümü hastanenizin spesifik ve toplu göreli riskini otomatik olarak sıralayacaktır.

TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI
DOĞA KAYNAKLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALAMÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkililik, kaynaklar	Toplum/ Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%
Kuvvetli/Tam fırtına								0%
Hortum								0%
Gökğürültülü şiddetli fırtına, sağanak								0%
Kar yükü, çığ								0%
Kar fırtınası (tipi)								0%
Buz fırtınası								0%
Deprem								0%
Tsunami, kıyı dalgası								0%
Sıcaklık uç değerleri								0%
Kuraklık								0%
Sel (dış)								0%
Büyük yangın (orman, tarım alanı, yerleşim)								0%
Heyelan								0%
Baraj taşkını								0%
Volkan aktivitesi								0%
Epidemi								0%
ORTALAMA SKOR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%

*Yüzde artışı tehditte artışı gösterir.

RİSK =	OLASILIK	* ŞİDDET
0,00	0,00	0,00

**TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI
TEKNOLOJİK OLAYLAR**

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALİ/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkinlik, kaynaklar	Toplum / Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%
Elektrik arızası								0%
Jeneratör arızası								0%
Ulaştırma sorunu								0%
Yakıt yokluğu								0%
Doğalgaz yokluğu								0%
Su yokluğu								0%
Kanalizasyon arızası								0%
Buhar arızası								0%
Yangın alarmı arızası								0%
Haberleşme kesintisi								0%
Tıbbi gaz arızası								0%
Tıbbi aspirasyon arızası								0%
İklimlendirme sistemi (HVAC) arızası								0%
Bilgi sistemleri kesintisi								0%
Yangın (iç)								0%
Sel (iç)								0%
Tehlikeli maddeye maruzluk (iç)								0%
Malzeme/kaynak yokluğu								0%
Yapısal hasar								0%
ORTALAMA SKOR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%

*Yüzde artış tehditte artış gösterir.

RİSK = OLASILIK * ŞİDDET
0,00 0,00 0,00

TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI
İNSANA BAĞLI OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RISK
		İNSANA ETKİSİ	MAL/MÜLKE ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkinlik, kaynaklar	Toplum / Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%
Kitlesel yaralanmalı olay (travma)								0%
Kitlesel yaralanmalı olay (tibbi/enfeksiyöz)								0%
Terör olayı, Biyolojik								0%
VIP Durumu								0%
Bebek Kaçırılması								0%
Rehin Alınma Durumu								0%
Toplumsal Olaylar								0%
İş Eylemi								0%
Adli Başvurular								0%
Bomba Tehdidi								0%
ORTALAMA SKOR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%

*Yüzde artışı tehditte artış gösterir.

RISK = OLASILIK * ŞİDDET
0,00 0,00 0,00

TEHLİKE ve ZARAR GÖREBİLİRLİK DEĞERLENDİRME ARACI
TEHLİKELİ MADDELER (HAZMAT) İLE İLGİLİ OLAYLAR

OLAY	OLASILIK	ŞİDDET = (BÜYÜKLÜK - ZARAR AZALTMA)						RISK
		İNSANA ETKİSİ	MALİ/MÜLKİ ETKİSİ	İŞE ETKİSİ	HAZIRLIK	İÇ YANIT	DIŞ YANIT	
	Meydana gelme olasılığı	Ölüm ya da yaralanma olasılığı	Maddi (fiziksel) kayıp ve hasarlar	Hizmetlerin kesintiye uğraması	Önceden planlama	Zaman, etkinlik, kaynaklar	Toplum / Yardımlaşma personeli ve malzemesi	Göreceli tehdit*
SKOR	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Düşük 2 = Orta 3 = Yüksek	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 = Olası değil 1 = Yüksek 2 = Orta 3 = Düşük / Yok	0 - 100%
Tehlikeli maddeye bağlı kitlesel yaralanmalı olay (Kurumdaki geçmiş olayda >= 5 kurban)								0%
Tehlikeli maddeye bağlı küçük ölçekli olay (Kurumdaki geçmiş olayda < 5 kurban)								0%
Kimyasal maddeye maruzluk (dış)								0%
Küçük-orta çaplı döküme-saçılma (iç)								0%
Büyük çaplı döküme-saçılma (dış)								0%
Terör olayı, Kimyasal								0%
Radyolojik maruziyet (iç)								0%
Radyolojik maruziyet (dış)								0%
Terör olayı, Radyolojik								0%
ORTALAMA SKOR	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00	0%

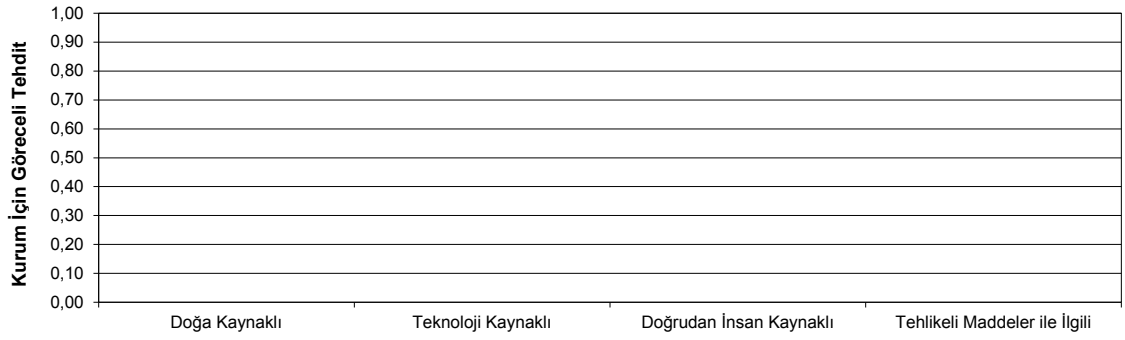
*Yüzde artışı tehditte artışı gösterilir.

RISK =	OLASILIK	* ŞİDDET
0,00	0,00	0,00

HASTANE TEHLİKE ANALİZİ ÖZETİ

	Doğa Kaynaklı	Teknoloji Kaynaklı	Doğrudan İnsan Kaynaklı	Tehlikeli Maddeler ile İlgili	Kurum için Toplam
Olasılık	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Şiddet	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00
Tehlikeye Özgü Göreceli Risk:	0,00	0,00	0,00	0,00	0,00

Hastane İçin Tehlikeye Özgü Göreceli Risk



Tehlikelerin Hastane Bakımından Olasılığı ve Şiddeti





T.C. Sağlık Bakanlığı