

**KADIN DOĞUM VE ÇOCUK HASTALIKLARI HASTANESİ
VERİMLİLİK YERİNDE DEĞERLENDİRME REHBERİ
2018**





Ankara
2018

HAZIRLAYANLAR*	
ADI-SOYADI	UNVAN
Prof. Dr. Murat ALPER	Genel Müdür
Uzm. Selim BENER	Genel Müdür Yardımcısı
VERİMLİLİK VE KALİTE UYGULAMALARI DAİRE BAŞKANLIĞI	
Uz. Dr. Cihan DÖĞER	Daire Başkanı
Uz. Dr. Mustafa ORUÇ	Birim Sorumlusu
Uz. Dr. Hatice ADSAN	Uzman Hekim
Safiye ARIASLAN	Hemşire
Safiye DİNÇ	Hemşire
Ebru DUMAN	Ebe
Ayşe GEZ YİĞİT	Hemşire
Gökşen İLHAN	Hemşire
Hülya İŞLER	Diş Hekimi
Emine KAYA	Hemşire
Hatice KOCABAŞ	Sağlık Memuru
Özgün MISIRLIOĞLU	Eczacı
Ayşe Sibel ÖKSÜZ	Laboratuvar Teknisyeni
Meriç ÖZDİYAR	Biyolog
Sebahat ÖZTÜRK	V.H.K.İ.
Arzu SUER	Diş Hekimi
Selma YILMAZ	Hemşire
Sevilay YÜCELKAN	Hemşire
TEDARİK PLANLAMA, STOK VE LOJİSTİK YÖNETİMİ DAİRE BAŞKANLIĞI	
Uz. Ecz. İrem MÜHÜRÇÜ	Daire Başkanı
Kemal Tolga ÇETİN	Biyomedikal Mühendisi
Hikmet ÇIRNIK	V.H.K.İ.
Orhan ZİYA	Eczacı
DÖNER SERMAYE BÜTÇE VE MUHASEBE İŞLEMLERİ DAİRESİ BAŞKANLIĞI	
Özkan ARSLAN	Daire Başkanı
ŞEHİR HASTANELERİ KOORDİNASYON DAİRESİ BAŞKANLIĞI	
Burcu DEMİR	Biyomedikal Mühendisi

* Soy isim sırasına göre alfabetik olarak sıralanmıştır.

MİSYONUMUZ

Kamuya sağlık hizmeti verme sorumluluğu içinde, sağlık hizmetlerini insan odaklı, hasta ve çalışan memnuniyetini esas alan profesyonel yönetim anlayışıyla sunmak, verimliliği ve hizmet kalitesini sürekli geliştirmek ve iyi uygulama örneklerini yaygınlaştırmak.

VİZYONUMUZ

Sağlık hizmetlerinin etkin ve verimli bir şekilde sunulduğu uluslararası alanda referans gösterilen güvenilir, saygın ve öncü bir kurum olmak.



Bakanlığımızın strateji ve hedefleri doğrultusunda sağlık hizmetinin kalite ve verimliliğinin artırılması, sürekliliğinin sağlanması, sağlık hizmeti sunumundan duyulan memnuniyetin üst düzeye çıkarılması ve etkin sağlık yönetimi için kaynak kullanımının ve hizmet sunumunun etkinlik ve verimliliğinin değerlendirilmesi esastır.

Bu maksatla, sağlık tesislerinin etkinlik ve verimliliğini ölçmek, problemleri kaynağında tespit edip, çözüme kavuşturmak ve verimli hizmet sunumunu gerçekleştirmek amacıyla sağlık tesisleri içinde bulunduğu şartlarda; sahip olduğu donanım, hizmet verdiği bina ve cihaz parkı gibi çalışma koşullarını etkileyen tüm etkenler, hizmet süreçleri ve sunulan hizmetin verimliliği, etkinliği ve kalitesini proaktif ve daha etkin değerlendirmek amacıyla çok sayıda yeni soru ve unsur eklenmiştir.

Gözlemciler tarafından sistemli ve objektif bir değerlendirme gerçekleştirilmesinde yol göstermesi için hazırlanan Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi, sağlık tesislerimizin verimlilik ve kalite alanında yaptığı çalışmalar için de kılavuz niteliği taşımaktadır.

Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberinde bulunan her soru, hasta ve hasta yakınlarının, çalışanların gereksinim ve beklentileri, yürürlükteki mevzuat ve Uluslararası kalite ve akreditasyon kaynakları göz önüne alınarak hazırlanmıştır.

Verimlilik unsurları üzerine yoğunlaşarak revizyonu sağlanan rehberimize katkıda bulunan merkez ve taşra teşkilatındaki başta Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı olmak üzere tüm çalışma arkadaşlarımıza teşekkür eder, rehberimizin verimli ve etkin sağlık hizmeti sunumunda yol gösterici olması temennisiyle hayırlı olmasını dilerim.

Prof. Dr. Murat ALPER

Genel Müdür



Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı olarak hedefimiz, Bakanlığımızın sağlık politikalarını esas alarak, sağlık tesislerinde etkin sağlık yönetiminin sağlanması, kaynakların etkin kullanımı, sunulan sağlık hizmetinin verimliliğinin değerlendirilip, artırılmasıdır.

Bu hedef doğrultusunda her bir sağlık tesisinin değerlendirilmesi amacıyla görev alan ve deneyimli çözüm önerileri sunabilen gözlemci ekiplerimiz ile yıllık plan doğrultusunda hazırlanan programlarla yerinde değerlendirmeler gerçekleştirilmektedir.

430 kişiden oluşan verimlilik gözlemci ekiplerimiz büyük bir özveri ile Bakanlığımıza bağlı sağlık tesislerimizin **2015 yılında %87'sine, 2016 yılında %88'ine, 2017 yılında %89'una yerinde değerlendirme ziyaretlerini gerçekleştirmişlerdir.** Ziyaret edilen sağlık tesisine ait değerlendirme raporu ve diğer sağlık tesislerindeki iyi uygulama örnekleri sağlık tesisi yöneticileri ve Bakanlığımızın ilgili birimleri ile paylaşılmaktadır.

Gözlemcilerimizin hakkaniyetli, objektif değerlendirme yapmalarını sağlamak için her yıl gündemi takip eden, güncel uygulamalara yönelik revizyonlar yapılan “Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi” hazırlanmıştır. **Bu yıl yapılan revizyon çalışmasında yeni eklenen unsurlarla sağlık tesislerinin tıbbi, idari ve mali yönetim süreçlerinin iyi ve verimli yönetilip yönetilmediğine odaklanılmış olup, ölçüm ve değerlendirmenin yapıldığı çok sayıda**

yeni unsur eklenmiştir. Rehber aynı zamanda yöneticilerimiz için etkin yönetim rehberi vizyonu ile hazırlanan kaynak kitap niteliğindedir.

Sağlık tesislerimizin değerlendirilmesinde görev alan ve önerileri ile bizi aydınlatan verimlilik yerinde değerlendirme gözlemcilerine, her biri konusunda uzman Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı çalışanlarına ve katkı sağlayan diğer tüm çalışma arkadaşlarıma özverili çalışmaları ve katkılarından dolayı teşekkür eder, rehberimizin tüm sağlık tesislerine ve sağlık hizmeti sunumunda yer alan çalışma arkadaşlarımıza hayırlı olmasını dilerim.

Uzm. Dr. Cihan DÖĞER

Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanı

İçindekiler

SUNUŞ	10
BÖLÜMLER.....	12
POLİKLİNİK HİZMETLERİ.....	13
GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ	40
LABORATUVAR HİZMETLERİ	48
ACİL SERVİS	58
SERVİS HİZMETLERİ.....	76
YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ.....	88
DOĞUMHANE HİZMETLERİ	107
AMELİYATHANE HİZMETLERİ.....	114
STERİLİZASYON	122
GENEL DEĞERLENDİRME	128
ECZACILIK HİZMETLERİ	186
MEDİKAL DEPO.....	222
TEKNİK HİZMETLER.....	243
AYNIYAT DEPO	250
KLİNİK MÜHENDİSLİK	271
BİYOMEDİKAL DEPO.....	292
MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI.....	310

SUNUŞ

663 sayılı ‘‘Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri Hakkında Kanun Hükümünde Kararname’’ nin 14/B Maddesi ile ‘‘Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Hizmet Birimleri ve Görevleri Hakkında Yönerge’’ nin 17 Maddesi kapsamında sağlık tesislerinin yerinde değerlendirmesi ‘‘Verimlilik Gözlemcileri’’ tarafından yapılmaktadır.

Sağlık tesislerinin etkinlik ve verimliliğini ölçmek, eksikleri yerinde görmek ve kaliteli, verimli hizmet sunumunu gerçekleştirmek ve srekliiliğini sağlamak, amacıyla oluşturulan yerinde değerlendirme ekipleri, sağlık tesisleri ziyaretleri sırasında saydığımız tüm unsurları göz önünde bulundurarak süreçleri gözlemlemede, tespit ettikleri problemlere, yöneticilerle beraber zm yolları aramaktadırlar. Amaç problemleri kaynağında tespit edip zme kavuşturmaktır. Kaynağında zm üretilemeyen problemler ise hazırlanan raporlar vasıtasıyla Bakanlığımızın ilgili bölümleriyle paylaşılarak, saha ile merkez arasında bağlantı sağlanmaktadır. Ayrıca gözlemciler tarafından bir sağlık tesisinde tespit edilen iyi uygulama örnekleri, diğer sağlık tesisleri ile paylaşılmaktadır

Gözlemciler tarafından sistemli ve objektif bir değerlendirme gerçekleştirilmesinde kılavuz olması için, Genel Müdürlüğümüz tarafından hazırlanan ‘‘Verimlilik Gözlemcisi Yerinde Değerlendirme Rehberi (Hastane)’’ nde, gözlemcilerin değerlendireceği sorular, sorunun değerlendirilmesi sırasında değerlendirilecek unsurlar, soru hakkında açıklamalar ve ilgili kaynaklara yer verilmiştir. Rehber sağlık tesislerimizin verimlilik alanında yaptığı çalışmalar için de kılavuz niteliği taşımaktadır. Yerinde Değerlendirme rehberinde bulunan her soru, hastaların, hasta yakınlarının, çalışanların gereksinim ve beklentileri, yürürlükteki mevzuat, Bakanlık hedefleri ve uluslararası kaynaklar göz önüne alınarak hazırlanmıştır. Bu seneki revizyon çalışmasında yeni eklenen unsurlarla sağlık tesislerinin tıbbi, idari ve mali yönetim süreçlerinin iyi ve verimli yönetilip yönetilmediğine odaklanılmış, kalite yönetimi ile ilgili sorular azaltılarak verimli ve etkin yönetim artışı hedeflenmiştir.

Verimlilik gözlemcileri tarafından değerlendirilecek unsurlarda belirtilen hususların sağlık tesisinde uygulanıp uygulanmadığına, elde edilecek somut bilgilerin değerlendirilmesi sonucunda karar verilmektedir. Uygulamaya ilişkin kanıtlar; tıbbi kayıtların ve dokümanların incelenmesi, süreçlerin gözlenmesi, çalışanlarla yapılan yüz yüze görüşmeler vb. yöntemler sonucu elde edilmektedir.

Sağlık tesisi çalışanlarının uygulamalara ilişkin farkındalığı, bilgi düzeyi, çalışmalarının ve davranışlarının uygulamalarla uyumu, uygulamanın benimsenme düzeyinin göstergesidir. Gözlemciler; çalışanlarla yaptıkları görüşmeler ve gözlemleri sonucunda değerlendirme anında değerlendirilecek unsurların yerine getirilip getirilmediğini saptar. Ayrıca tıbbi kayıtlarla uygulamalar geriye dönük olarak izlenebilmelidir.

Yerinde değerlendirme soruları içinde istenen değerlendirilecek unsurların, belirli bölümlerde değil, kurumun tüm ilgili bölümlerinde aynı düzeyde uygulanması beklenmektedir. Uygulamaların sürekliliği de önemlidir. Örneğin bir serviste mevcut uygulamada çalışanların bir bölümünün bilgi sahibi olması ve istenen değerlendirilecek unsurun uygulanması, ancak diğer çalışanların çalıştığı zamanlarda uygulamanın gerçekleşmemesi sağlam temelli bir uygulama olmadığını, kişiye bağlı olduğunu ve belli zamanlarda uygulandığını gösterir. İstenen; uygulamanın belli zaman dilimlerinde değil sürekli olmasıdır. Benzer biçimde; uygulama mesai içinde olduğu gibi mesai dışında da etkili olmalıdır.

Sağlık tesislerinde bu rehber kılavuzluğunda gerçekleştirilen verimlilik yerinde değerlendirmelerinin sağlık sistemimize ve hastanelerimize katkı sağlaması ve iyileştirme çalışmalarına yol göstermesini dileriz.

Verimlilik ve Kalite Uygulamaları Daire Başkanlığı

BÖLÜMLER

POLİKLİNİK HİZMETLERİ

SORU: Hastaların sağlık tesisi hizmet alanlarına kolay erişimi için dzenleme yapılmış mı?

SIRA : 1
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.1.1 Sağlık tesisinin web sitesinde hastaneye ulaşım linki bulunmalıdır.

P.1.2. Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastaneye ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalıdır.

P.1.3. Poliklinik bina ve kat girişleri ile hastanenin bahçesi de dahil olmak üzere tüm bina içerisinde yönlendirme levhaları yeterli ve işlevsel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastaların sağlık tesisine erişimini kolaylaştırmak için tesisin web sitesine hastaneye ulaşım linki eklenmiş olmalıdır. Ulaşım bölümünde harita, özellikle büyük hastanelerde sağlık tesisine hangi toplu taşıma araçları ile nasıl ulaşılacağı vb. bilgiler bulunmalıdır.

Örneğin,

Hastanemize Ulaşım;

Metro ile;

Hastanemize gelmek için, Metro ile Kızılay' dan aktarma yaparak Bilkent Durağında inebilirsiniz.

Otobüs ile;

Başlangıç Ulus 163-3, 171, 111

Başlangıç AŞTİ 163-3, 171, 111,

Başlangıç Akköprü 533, 530-3, 110,

Başlangıç Kızılay 163-3. 171, 111 no' lu Belediye otobüsleri ile,

Dolmuş ile;

Ulus' tan Denizciler dolmuş duraklarından kalkan Bilkent dolmuşları ile hastanemize ulaşabilirsiniz.

Şehirlerarası Otobüs Terminalinden (AŞTİ) Bilkent dolmuşları ile hastanemize ulaşabilirsiniz.

Havaalanından (Esenboğa) HAVAŞ Servisleri ile AŞTİ'ye gelip, oradan Bilkent dolmuşları ile hastanemize ulaşabilirsiniz.

Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastaneye ulaşımı kolaylaştıracak işaret ve yönlendirme levhaları konulmalıdır.

Sağlık tesisinde; Poliklinik, bina ve kat girişleri ile hastanenin bahçesi de dahil olmak üzere tüm bina içerisinde yönlendirme levhalarının yeterli sayıda, hastalar tarafından kolay görülebilecek yerde ve büyüklükte, güncel olup olmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Hasta kayıt birimi uygun düzenlenmiş mi?

SIRA : 2

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.2.1 Hasta kayıt birimi kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde bulunmalı ve hasta ile iletişimi kolaylıkla sağlayacak biçimde düzenlenmelidir.

P.2.2 Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgilerinin güncelliği sağlanmalıdır.

P.2.3. Hasta kayıt birimlerinde çalışan personel sayısı hastanenin büyüklüğü ve başvuran hasta sayısı düşünülerek yeterli sayıda planlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hasta kayıt birimi poliklinik girişinde veya girişe yakın bir alanda, kolaylıkla görülebilecek ve ulaşılabilir bir yerde olmalıdır. Hasta kayıt biriminin her yönden rahatlıkla okunabilecek şekilde bir tabelası bulunmalıdır. Hasta ile iletişimi sağlayacak (Hasta ve görevli arasında iletişimi engelleyecek cam veya farklı bir separatör olmamalıdır) şekilde olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Hasta kayıt görevlisi tarafından hastanın iletişim bilgileri (ev/cep telefonu vb.) güncellenmelidir. Hasta kayıt görevlisi hastanın her müracaatı esnasında iletişim bilgilerinin güncel olup olmadığını sorgulamalı ve sisteme kayıt etmelidir.

Hasta kayıt birimlerinin önünde hasta yığılmalarını engellemek amacıyla hasta kayıt birimi sayısı hastanenin büyüklüğüne ve başvuran hasta sayısına göre planlanmalıdır. Gözlemciler tarafından kayıt biriminde hastanenin en yoğun olduğu saatlerde hasta kuyruklarının bulunup bulunmadığı, bir hastanın kayıt yaptırmak için ortalama kaç dakika beklediği gibi durumlar gözlenmelidir.

KAYNAK:

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ (GÜNCELLENME TARİHİ : 20/10/2016)

Bilgi İsteme Madde 7- Hasta, sağlık hizmetlerinden nasıl faydalanabileceği konusunda bilgi isteyebilir. Bu hak, hangi sağlık kuruluşundan hangi şartlara göre faydalanılabileceğini, sağlık kurum ve kuruluşları tarafından verilen her türlü hizmet ve imkanın neler olduğunu ve müracaat edilen kuruluştaki verilen sağlık hizmetlerinden faydalanma usulüne öğrenme haklarını da kapsar.

Bütün sağlık kurum ve kuruluşları, hastayı birinci fıkra uyarınca bilgilendirmek için yeterli teknik donanımı haiz birimi oluşturmak; bu birimde, hastaya kesin ve yeterli bilgi verebilecek nitelik ve ehliyete sahip personeli daimi olarak istihdam etmek ve hastanın ihtiyacı olan birimlere kolayca ulaşabilmesini temin etmek üzere, kuruluşun uygun yerlerinde bilgilendirici tabela, broşür ve işaretler bulundurmaları gibi tedbirleri almak zorundadırlar.

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE (Güncelleme Tarihi: 04/12/2014)

İKİNCİ BÖLÜM Poliklinik Sekreterliği Birimlerinin Kurulması,

Birimde Görevlendirilecek Personelin Nitelikleri ve Görevleri

Poliklinik sekreterliği birimi kurulması Madde 6 –

(1) Kurumda, hastanın hekimini seçtiği, kurumun işleyişi hakkında bilgi aldığı ve muayene sırasının verildiği poliklinik sekreterliği birimi kurulur. Hastaya ilişkin bürokratik işlemlerin kolaylaştırılması amacıyla hasta kayıt, kabul ve poliklinik sekreterlik hizmetleri birleştirilmiş olarak aynı sekreteryadan yürütülebilir. Altyapısı uygun olan kurumlarda her poliklinikte kayıt ve kabul işlemlerinin ayrı yapılması esastır.

(2) Poliklinik sekreterliği birimlerinin şu şartları taşıması gerekir;

a) Poliklinik sekreterliği birimleri, hastaların rahatça ulaşabileceği ve görebileceği şekilde poliklinik odalarına yakın yerlerde oluşturulur.

b) Poliklinik sekreterliği birimleri çevresi açık, masa veya masa kullanım yüksekliğine sahip, hastaların oturtularak işlemlerinin yapıldığı birimler şeklinde düzenlenir.

c) Hastaların sıra takibini kolaylıkla yürütebilmeleri için uygun elektronik sistem kurulabilir.

Hasta ve yakınlarına yardımcı olmak ve yönlendirmek için refakat görevlisi görevlendirilebilir.

ç) Poliklinik sekreterliği biriminin çalışmasına uygun olarak telefon ve bilgisayar gibi gerekli donanım bulunur ve fiziki düzenlemeler yapılır.

Poliklinik sekreterliği biriminde görevlendirilecek personelin nitelikleri ve görevleri

Madde 7- (1) Poliklinik sekreterliği biriminde, tercihen tıbbi sekreterlik bölümü olmak üzere en az lise mezunu, bilgisayar kullanabilen ve kişilerarası iletişim becerisi yüksek olan sekreter görevlendirilir. (2) Poliklinik sekreterliği biriminin personeli,

a) Hasta ve yakınlarını nezaket kuralları içerisinde bilgilendirir ve yönlendirir.

b) Kurumun belirlediği renk ve özellikte kıyafet giyer ve tanıtıcı kimlik kartı takar.

c) Hastayı prosedür ve süreçler hakkında bilgilendirir.

ç) Hekim tercihi belirtmeyen hastaları, şikâyetlerine uygun uzmanlık dalındaki en az hasta sayısı olan hekime yönlendirir.

d) Telefonla bilgi isteyen hastalara hekimlerin çalışma günleri konusunda bilgi verir.

e) Her ayın son beş iş günü öncesi hekimlerin bir sonraki aya ait çalışma takvimini idareden temin eder.

f) Poliklinik hizmeti veren hekimlerin günlük ve aylık çalışma takvimi poliklinik sekreterliği biriminde bulunur, hasta ve yakınlarının bilgilenmesi sağlanır.

SORU: Polikliniklerde karşılama ve yönlendirme hizmeti için düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 3
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.3.1. Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda bulunmalıdır.

P.3.2. Karşılama ve yönlendirme hizmetlerinde yer alan görevli, diğer personelden ayırt edilebilecek kıyafet giymeli ve yaka kartı takmalıdır.

AÇIKLAMA:

Karşılama yönlendirme personeli, poliklinik bina girişlerine hakim alanlarda, ihtiyacı olan hastalara hizmet verecek şekilde konumlandırılmalıdır. Birden fazla poliklinik bina girişi olan hastanelerde, her giriş alanı için bu şart aranmalıdır.

Sağlık tesisinin büyüklüğüne ve hasta yoğunluğuna göre karşılama yönlendirme personeli sayısı değerlendirilmeli, yaka kartlarının takılmış olduğu, personelin diğer personelden ayırt edici kıyafet (farklı renkli veya amblemlili ceket, fular, kravat vb.) giydiği gözlemlenmelidir. Karşılama yönlendirme personeline hasta memnuniyeti, kişilerarası ilişkiler, iletişim becerileri konusunda eğitim verilip verilmediği hem kayıtlar üzerinden hem de teorik olarak bazı sorular yöneltilerek değerlendirilmelidir. Karşılama yönlendirme hizmetinin etkin yapılıp yapılmadığı eski kamera kayıtları incelenerek de değerlendirilebilir.

SORU: Muayene odası girişlerinde düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 4
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.4.1. Her muayene odası girişinde, hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın isim veya sıra numarasının görülebilmesi için, hasta çağrı ekranı bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

P.4.2. Öncelikli hasta gurubunda yer alan hastaların öncelik nedenleri ekrana yansıtılmalıdır.

P.4.3. İsmnin açıklanmasını istemeyen hastalar için gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

P.4.4. Poliklinik odalarında özel firma ve şirketlere ait reklam ve tanıtım materyali olmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Her muayene odası girişinde hekimlerin isimleri ve uzmanlık alanları, hastanın ismi veya sıra numarasının görülebilmesi için kullanılan elektronik sistemin çalışır durumda olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Genelgede yayımlanan öncelikli hastaların monitörlerde ilan edilip edilmediği gözlemlenmelidir.

İsmnin açıklanmasını istemeyen hastalara yönelik hasta kayıt personelinin bilgisi değerlendirilmeli ve bu süreç gözlemlenmelidir.

Özel firma ve şirketlere ait reklam ve tanıtım materyalinin poliklinik odalarında bulunup bulunmadığı gözlemci tarafından kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE (Güncelleme Tarihi: 04/12/2014)
ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Polikliniklerin Düzenlenmesi, Çalışma Usul ve Esasları

Polikliniklerin düzenlenmesi

Madde 8 – (1) Kurumlarda, hekim sayısı kadar poliklinik muayene odası ve dış hekimi sayısı kadar dış ünitesi oluşturulur. Bu odalarda poliklinik hizmetlerinin sunulmasına uygun gerekli donanım bulunur ve fiziki düzenlemeler yapılır. Her polikliniğe alınması mümkün olmayan cihazlar ortak kullanım için planlanır.

(2) Bu Yönerge kapsamındaki hizmetlerin sunulabilmesi için;

a) Poliklinik odaları hasta muayenesine uygun olarak düzenlenir.

b) Poliklinik oda kapılarına hekimin adı soyadı, varsa uzmanlık alanı ve unvanını belirten tabela asılır.

c) Poliklinik odalarına muayene yapılan uzmanlık dalına uygun malzemeler kurum idaresince temin edilir.

ç) Her poliklinikteki muayene olacak hastaların ismi ve sıra numarasının görülmesi için her bir polikliniğin dışına uygun elektronik sistem konulur.

d) Poliklinik odalarında iç ağ ve otomasyona bağlantısı olan bilgisayar bulundurulur.

e) Muayene esnasında hasta mahremiyetinin sağlanması ve hasta muayenesinin kesintiye uğramaması için gerekli önlemler alınır.

f) Klinik dallarda uzman olan başhekim yardımcılarının odaları aynı zamanda poliklinik odası olarak da düzenlenebilir.

g) Hekimin kendine ait poliklinik odasını kendi imkânları ile tefriş edebilmesine fırsat verilir.

Çalışma usul ve esasları

Madde 9- (1) Bu Yönerge kapsamındaki poliklinik hizmetleri şu şekilde düzenlenir.

- a) Polikliniklerde hastaların ihtiyacına göre öncelikli olarak tıbbi sekreter olmak üzere gerekli sağlık personeli görevlendirilir.
- b) Tetkik isteme ve tetkik randevusu verme işlemleri poliklinik odasından yapılarak sonuçlar poliklinik odasındaki bilgisayardan görünecek ve çıktı alınacak şekilde düzenlenir.
- c) Yatarak tedavi görmekte olan hasta, hekimini değiştirmek istediğinde istediği hekime muayene ve tedavi olma imkanı sağlanır.
- ç) Kurum, kendi seçimi ile ilgili hekime muayene olan hastanın, tıbbi açıdan da bir engel yoksa, tedavi ve ameliyatını aynı hekimin yapması için gerekli düzenlemeleri yapar.
- d) Cerrahi uzmanlık dallarında hekimlerin ameliyat günleri aylık olarak belirlenir ve listeler hastaların bilgilendirilmesi amacıyla poliklinik sekreterliklerinde bulundurulur. Hastalar muayene olmak istedikleri hekime yönlendirilir. Listede olabilecek değişiklikler konusunda hasta ve yakınları poliklinik sekreterleri tarafından zamanında bilgilendirilir.
- e) Hekimin hizmetin gerektirdiği zorunlu hallerde poliklinik odasından ayrılması durumunda hastalara gerekli bilgi, ilgili personel tarafından verilir.
- f) Hastanın isteği doğrultusunda poliklinik odasında yanında bir yakını bulunabilir.

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ(GÜNCELLENME TARİHİ : 20/10/2016)

Öncelik Sırasının Belirlenmesini İsteme

Madde 10- Sağlık kuruluşunun hizmet verme imkanlarının yetersiz veya sınırlı olması sebebiyle sağlık hizmeti talebi zamanında karşılanamayan hallerde, hastanın, öncelik hakkının tıbbi kriterlere dayalı ve objektif olarak belirlenmesini istemek hakkı vardır.

Acil ve adli vak'alar ile yaşlılar ve özürülüler hakkında öncelik sırasının belirlenmesinde ilgili mevzuat hükümleri uygulanır.

SORU: Sağlık tesisinde bulunan her klinisyen hekim için poliklinik odası oluşturulmuş mu?

SIRA : 5
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.5.1 Sağlık tesisinde bulunan her klinisyen hekim için poliklinik odası oluşturulmalıdır.

P.5.2 Branş/Klinik kullanımına ait poliklinik oda sayısının doktor sayısına oranı yönetim tarafından takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bulunan her klinisyen hekim (ücretsiz izin, doğum izni, askerlik vb. sebeplerle uzun süreli görevi başında bulunamayan hekimler hariç) için poliklinik odası oluşturulmalıdır. Anestezi ve reanimasyon uzmanları ile acil tıp uzmanları için ayrılan poliklinik odaları hesaplama dahil edilmeyecektir. Poliklinik yapan her bir branş/klinik için asgari olarak

aşağıdaki tabloda belirtildiği gibi klinisyen hekim sayısı, poliklinik oda sayısı ve branş/klinik kullanımına ayrılan poliklinik odası oranları hesaplanmalı, yeni poliklinik odası açıldığında, yeni klinisyen hekim göreve başladığında tablo güncellenmeli ve yönetim tarafından değerlendirilmelidir.

Uzman hekim sayısı fazla olan hastanelerde aşağıdaki tablonun yönetici tarafından değerlendirilmesi özellikle MHRS’de yoğun talep olan branşlarda önem arz etmektedir.

Fiziki açıdan uygun olmayan sağlık tesisleri gözlemci tarafından gözlemlenmelidir. Eğer poliklinik açılması için uygun alanlar var ve poliklinik olarak kullanılmıyor ise olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı									
Poliklinik Yapan Branş/Klinik	OCAK			ŞUBAT			TOPLAM		
	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*	Klinisyen Hekim Sayısı	Poliklinik Oda Sayısı	Branş/Kliniğe Ait Poliklinik Odası Oranı*
Çocuk Cerrahi									
Kadın Doğum									
Pediyatri									
.....									

*Bu oran klinisyen hekim sayısı / poliklinik oda sayısı şeklinde hesaplanır.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE

Madde 5- (1) Poliklinik hizmetlerinin sunumunda;

b) Her hekime bir poliklinik odası sağlanarak poliklinik yapılan oda sayılarının artırılması suretiyle belirli saatlerde yaşanan yığılmaların önlenmesi ve hasta bekleme sürelerinin azaltılması esastır.

SORU: Polikliniklerde hasta yoğunluğunu azaltacak önlemler alınmış mı?

SIRA : 6

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.6.1 Polikliniklerde ve tetkik alanlarında hasta yoğunluğunu ve hastaların bekleme süresini azaltacak önlemler alınmalıdır.

P.6.2. Poliklinikler kendi branşları ile ilgili tetkik birimlerine (Ortopedi Polikliniği- radyoloji, Kardiyoloji Polikliniği-EKG/EKO, Göğüs Hastalıkları Polikliniği-SFT, Nöroloji Polikliniği- EEG ve EMG birimi arası vb.) yakın konumlandırılmalıdır.

P.6.3. Polikliniklerde hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama bekleme süresi yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Verimlilik gözlemcileri poliklinikleri özellikle yoğun olan saatlerde değerlendirmelidir. Yoğunluğu azaltmak için yapılan düzenlemeler hakkında bilgi almalıdır.

Hastane yönetimi tarafından poliklinik alanları, özellikle kan alma, görüntüleme ve hasta kayıt birimi olmak üzere günün en yoğun zaman diliminde gözlenmeli ve yoğunluğu azaltacak önlemler alınmalıdır. Polikliniğin yoğunluğunu azaltacak, işleyişini hızlandıracak düzenlemeler yapılmalıdır.

Poliklinikler kendi branşları ile ilgili tetkik birimlerine (Örneğin: Ortopedi Kliniği- radyoloji, Kardiyoloji Kliniği-EKG/EKO, Göğüs Hastalıkları Kliniği-SFT, Nöroloji Polikliniği- EEG ve EMG birimi arası vb.) yakın konumlandırılmalıdır.

Hasta yoğunluğu fazla olan poliklinikler mümkün olduğunca birbirlerine yakın olarak konumlandırılmamalıdır.

Poliklinik hizmeti birden fazla katta verilen sağlık tesisleri bu katlara erişimi kolaylaştıracak düzenlemeleri yapmalıdır.

Poliklinik bekleme alanları ve koridorlar polikliniklerin günlük baktığı hasta sayısına göre kalabalığı azaltıcı şekilde düzenlenmelidir.

Tetkik alanlarında hastaların bekleme sürelerini azaltmak için kaydırmalı mesai formülü uygulanabilir. Kan alma, EKG, röntgen, ultrason vb. yoğun olan birimlerde görevli uygun sayıda personelin mesaiye örneğin yarım saat erken gelip erken gitmesi veya uygun sayıda personelin geç gelip-geç gitmesi gibi hastanenin ihtiyacına göre dinamik çözümler belirlenmelidir.

Polikliniklerde hastaların hasta ilk kayıt ve muayene arasındaki ortalama bekleme süresi yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Her hasta için SBYS üzerinden hastanın ilk kayıt zamanı ile hastanın muayene zamanı arasındaki zaman farkı alınarak kalış süreleri ölçülmelidir. İlgili branşın bekleme sürelerinin toplamı, ilgili branşta muayene edilen toplam hasta sayısına bölünerek ilgili branş için ortalama muayene bekleme süresi belirlenmelidir.

Örnek Ocak ayında Genel Cerrahi polikliniğinde 500 hasta muayene edilmiş ise;

Genel cerrahi polikliniğinde ortalama muayene bekleme süresinin hesaplanması:

1.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman: 5 dakika

2.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman: 15 dakika

3.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman: 25 dakika

4.hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman: 10 dakika

.....

.....

.....

500. hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman: 40 dakika

500 hastanın; hasta ilk kayıt ile poliklinik muayene saati arasındaki zaman farkı toplamı: 1500 dakika

Ocak ayı genel cerrahi polikliniği ortalama poliklinik bekleme süresi =1500/500= 3 dakika

Süreler aylık olarak aşağıdaki tabloya uygun şekilde oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Poliklinik Muayene Bekleme Süresi Takip Tablosu			
Klinik/Branş	OCAK	ŞUBAT	Branş Ortalama Muayene Bekleme Süresi
Genel Cerrahi			
Ortopedi			
.....			
.....			
.....			
Sağlık Tesisi			
Ortalama Muayene Bekleme Süresi (A BRANŞI+B BRANŞI +...)/Toplam Branş Sayısı			

Gözlemciler tarafından SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığı ve hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETİ SUNUMUNDA POLİKLİNİK HİZMETLERİNİN HASTALARIN HEKİMİNİ SEÇMESİNE VE DEĞİŞTİRMESİNE İMKÂN VERECEK ŞEKİLDE DÜZENLENMESİ HAKKINDA YÖNERGE (Güncelleme Tarihi: 04/12/2014) Madde 5-(1) Poliklinik hizmetlerinin sunumunda; ğ) Yapılacak tüm düzenlemelerde hasta yararının gözetilmesi ile hastalara gerekli danışmanlık hizmetleri verilerek bilgilendirilmeleri ve personel-hasta iletişimini kolaylaştıracak uygulamalar yapılması, esastır.

Çeşitli ve Son Hükümler Kurumun sorumlulukları Madde 13- (1) b) Kurumda poliklinik sayılarının artması ile diğer birimlerde, hizmetlerde oluşacak yığılmaların engellenmesi için gerekli tedbirler alınır.

SORU: Polikliniklerde hastaların ortalama muayene süreleri ölçülüyor mu?

SIRA : 7
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.7.1. Tüm polikliniklerde yapılan muayene sayısı ve ortalama muayene süresi ölçülmeli, yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile değerlendirilerek gerekli ise iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde her branş için muayene edilen hasta sayısı ve hastaların ortalama muayene sürelerinin takip edilebilmesi için SBYS’de en az aşağıda tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturulmalıdır.

Branş Bazlı Poliklinik Muayene Süresi							
Branş	Poliklinik Adı	OCAK		ŞUBAT		TOPLAM	
		Muayene Edilen Hasta Sayısı	Ortalama Muayene Süresi*	Muayene Edilen Hasta Sayısı	Ortalama Muayene Süresi*	Muayene Edilen Hasta Sayısı	Ortalama Muayene Süresi*
A Branşı	Poliklinik 1						
	Poliklinik 2						
						
A Branşı Toplam							
B Branşı	Poliklinik 1						
	Poliklinik 2						
						
B Branşı Toplam							
.....						
GENEL TOPLAM (A BRANŞI+B BRANŞI +....)							

*Muayene edilen hasta sayısına konsültasyon, sağlık kurulu vb. muayeneler de dahil edilecektir

*Ortalama Muayene Süresi (dakika) :

$$\frac{\text{İlgili aydaki toplam işgünü sayısı} \times \text{toplam öğle tatili çıkarılmış aylık poliklinik çalışma süresi}}{\text{İlgili ayda muayene edilen poliklinik hasta sayısı}}$$

Bu formülde bahsi geçen “**öğle tatili çıkarılmış aylık çalışma süresi**” aşağıdaki örnekte verildiği şekilde hesaplanmalıdır. Örneğin; A polikliniğinin 01.02.2018 tarihinde;

Polikliniğe başlama zamanı (ilk hastanın muayene edildiği zaman): 08:35

Poliklinik bitiş zamanı (son hastanın muayene edildiği zaman): 16.25

Sağlık tesisi tarafından poliklinik mesai saati belirlenmeli, son mesai saatinden (örneğin saat 17:00) sonraki sisteme kaydedilen hastalar hesaplamada dikkate alınmamalıdır.

Günlük çalışma saati: 16.25 - 08:35 = 7.50 saat

Öğle tatili sağlık tesisi tarafından 1.30 olarak belirlenmiş ise,

A polikliniğinde öğle tatili çıkarılmış **01.02.2018 tarihi için günlük çalışma süresi**: 7.50 – 1.30 = 6.20 saat x 60 dakika = 380 dakika olarak hesaplanır.

Her gün için ayrı ayrı olmak üzere öğle tatili çıkarılmış günlük çalışma süreleri hesaplanır, bulunan süreler toplanarak öğle tatili çıkarılmış **şubat ayı için aylık çalışma süresi** bulunur.

Şubat ayı için; Aylık çalışma süresinin şubat ayında muayene edilen hasta sayısına bölünmesi ile ortalama muayene süresi bulunur.

Sağlık tesisinde bu hesaplamaların yapılmasındaki amaç, ortalama muayene süresi kısa olan branşların tespit edilmesi ve yönetim tarafından mümkünse ortalama muayene süresi yeterli olmayan bu branşlar için ek poliklinik odasının açılmasının sağlanması ve/veya diğer önlemlerle muayene sürelerinin makulleşmesidir.

Bu analizler hastane yönetimi tarafından aylık olarak incelenmeli, değerlendirilmeli, kayıt altına alınmalı ve gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Gözlemciler tarafından SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığı ve hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Poliklinik hizmetlerine geç başlama bildirimi yapılıyor mu?

SIRA : 8
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.8.1. Görevli hekimin poliklinik hizmetlerine geç başladığının bildirim SMS ile ilgili kişilere yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

AÇIKLAMA:

Poliklinik hizmetlerinin başlama ve bitiş saati ile poliklinik hizmetlerine geç başlamada ilgili hekime, ilgili Klinik/Branş İdari Sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısına SMS ile yapılacak bildirim aralıkları sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir.

Örneğin;

Sağlık tesisi tarafından poliklinik başlama saati 08:30 olarak kabul edilmiş, ilgili poliklinikte muayene bekleyen kayıtlı hasta var ve halen muayeneye başlanmamış ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi ilgili hekime: “Bugün saat 08:31 itibariyle MERKEZ BİNA KBB 2 polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Poliklinik hizmeti 08:40 itibari ile hala başlamadı ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi Klinik/Branş İdari Sorumlusuna: “Bugün saat 08:41 itibariyle MERKEZ BİNA KBB 2 polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

Poliklinik hizmeti 08:50 itibari ile hala başlamadı ise;

Poliklinik başlama saati bilgisi İlgili Başhekim Yardımcısına: “Bugün saat 08:51 itibariyle MERKEZ BİNA KBB 2 polikliniği hasta muayene işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize”

SORU: Tetkik birimlerinde (Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, EKO, odyoloji, ürodinami vb.) yapılan ilk ve son işlem zamanının ve işlem sayısının takibi SBYS’ den yapılıyor mu?

SIRA : 9

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.9.1. Tetkik birimlerinde (Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, EKO, odyoloji, ürodinami vb.) yapılan ilk ve son işlem zamanı ve sayısı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

P.9.2. Sağlık tesisi tarafından belirlenen ilk işlem zamanında gecikme olması durumunda sorumlu hekime veya personele SMS ile uyarı mesajı gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Direkt grafi, EKG, kan alma, ultrason, MR, BT, EKO, odyoloji, ürodinami, laboratuvarlar vb. tetkik alanlarında ilk ve son işlemin yapıldığı zaman ile işlem sayısı SBYS’ den izlenebilmeli ve en az aşağıda verilen tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturulmalıdır. Veriler anlık kayıtları gösterebilmelidir.

..... Ayı Tetkik İşlemlerinin Başlangıç-Bitiş Zamanı ve İşlem Sayısı Raporu*										
GÜNLER	Zaman/İşlem Sayısı	Tetkik Birimleri								
		Kan Alma 1	Kan Alma 2	SFT	EKG	Röntgen 1**	Röntgen 2	USG 1	USG 2	Diğer
1	İlk işlem zamanı									
	Son işlem zamanı									
	İşlem sayısı									
2	İlk işlem zamanı									
	Son işlem zamanı									
	İşlem sayısı									
....	İlk işlem zamanı									
	Son işlem zamanı									
	İşlem sayısı									
31	İlk işlem zamanı									
	Son işlem zamanı									
	İşlem sayısı									

*Sadece ayaktan hastalara istem yapılan işlemler tabloda belirtilecektir. Birden fazla kan alma, EKG ya da direkt grafi vb. birimler var ise her birim için bu veriler ayrı ayrı takip edilecektir.

** Röntgen birimindeki sadece direkt grafi işlemleri takip edilecektir.

Tetkik birimlerinin her biri için birimin mesaiye başlayış zamanı ile ilk işleme başlayış zamanı aşıldığında ilgili sorumlu personele ve sonrasında ilgili başhekim yardımcısına SMS ile yapılacak uyarı aralıkları sağlık tesisleri tarafından kendi dinamiklerine göre belirlenmelidir.

Örneğin,

Kan alma biriminde saat 8:00'de yapılması gereken ilk işlem 08:15'de gerçekleşmedi ise ilgili laboratuvar sorumlusuna, saat 08:30'da halen gerçekleşmedi ise ilgili başhekim yardımcısına SMS ile uyarı mesajı gönderilmelidir.

Kan alma birimi başlama saati bilgisi ilgili laboratuvar sorumlusuna: "Bugün saat 08:15 itibariyle Merkez Bina Kan Alma Birimi tetkik kabul işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize"

Kan alma birimi başlama saati bilgisi ilgili başhekim yardımcısına: "Bugün saat 08:30 itibariyle Merkez Bina Kan Alma Birimi tetkik kabul işlemleri başlamamıştır. Bilgilerinize"

Gözlemciler, SBYS'de "Yönetici Takip Ekranı" oluşturulup oluşturulmadığını ve birimlerde mesaiye geç başlama durumlarında ilgili personele SMS ile uyarı mesajı gönderilip gönderilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Sağlık tesisindeki tetkiklerin (USG, MR, BT, EEG, EMG, EKO, Odyoloji, Mamografi, Endoskopi, vb.) istem zamanı ile çekim/gerçekleşme zamanı arasındaki sürelerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 10
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.10.1. USG tetkiki için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre en fazla 3 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

P.10.2. MR tetkiki için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre en fazla 10 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

P.10.3. BT tetkiki için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre en fazla 10 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

P.10.4. EMG tetkiki için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre en fazla 20 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

P.10.5. EEG tetkiki için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre en fazla 10 iş günü olmak üzere minimumda tutulma hedeflenmelidir.

P.10.6. Mamografi, Histerosalpingografi (HSG), Histeroskopi, Endoskopi vb. tetkikler için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süreler için kabul edilebilir süreler sağlık tesisi tarafından belirlenmelidir.

P.10.7. Sağlık tesisinde tetkiklerin çekim/gerçekleşme süreleri SBYS’ de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmeli ve analizleri yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde gerçekleştirilen tetkik ve işlemler için manuel yapılan kayıtlar ve randevu defterleri kaldırılarak SBYS üzerinden elektronik defter kaydı yapılarak takip edilmelidir.

Tetkiklerin istem zamanı ile çekim/gerçekleşme zamanı arasındaki hedef süreler, Bakanlıkça verilen USG, MR, BT, EEG, EMG dışındaki tetkikler için sağlık tesisi tarafından belirlenmeli ve Bakanlıkça belirlenen ve sağlık tesisinin kendi dinamiklerine göre belirlediği hedef süreler SBYS’de tanımlanmalıdır.

Çekim/gerçekleşme sürelerinin tespiti için, SBYS' de her bir hasta için tetkik istem zamanı ile tetkikin gerçekleştiği zaman sistem tarafından kayıt altına alınabilmelidir. Her bir hasta için tetkikin istem zamanı ile tetkikin çekim/gerçekleşme zamanları arasındaki geçen süre ölçülmeli, en sık tekrarlanan çekim/gerçekleşme süresi(mod) ile en uzun çekim/gerçekleşme süresi hesaplanmalıdır.

Örneğin,

Ayın 1’ inde 6 hastaya endoskopi işlemi yapılmış ise;

1. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü,
2. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü,
3. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 5 iş günü,
4. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 10 iş günü,
5. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 4 iş günü,
6. hastanın işlemi için istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki süre 5 iş günüdür.

Sağlık tesisinin endoskopi istem zamanı ile gerçekleşme zamanı arasındaki sürenin hesaplanmasında, en sık tekrar eden değer (4 iş günü) randevu gerçekleşme süresi olarak kabul edilmelidir.

Sonuç olarak ayın 1’i için;

Sağlık tesisinin en sık tekrar eden randevu gerçekleşme süresi 4 iş günüdür.

Sağlık tesisinin en uzun endoskopi randevu gerçekleşme süresi ise 10 iş günüdür.

..... Ayı Endoskopi Randevu Gerçekleşme Süre Takip Tablosu

Günler	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	..	..	31	OCAK AYI
Randevu Gerçekleşme Süresi (mod hesabı):	4	3	5	5	6	5	5	6	7	8	7	5	5	8	6	5	5	6	7	6	5
En Uzun Randevu Gerçekleşme Süresi	10	15	9	15	13	12	16	15	13	13	14	21	13	18	19	20	12	10	9	13	21

Randevu gerçekleşme süresi (mod hesabı): Gün içerisinde en sık tekrar eden randevu gerçekleşme süresini,
En uzun randevu gerçekleşme süresi: Gün içerisinde gerçekleşen randevulardan en uzun randevu gerçekleşme süresini ifade eder.

Ocak ayının tamamı için;

Sağlık tesisinin en sık tekrar eden randevu gerçekleşme süresi 5 iş günüdür.

Sağlık tesisinin en uzun endoskopi randevu gerçekleşme süresi 21 iş günüdür.

Gözlemciler, tetkik randevularının SBYS üzerinden verilir vermediğini, hesaplamaların yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığını, yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığını değerlendirmelidir.

Sağlık tesisinde her bir tetkik için yukarıdaki hesaplamalar sonunda bulunan randevu gerçekleşme süreleri (mod hesabı ile bulunan süreler) SBYS’ de oluşturulan ve en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Bu ekranlar verileri anlık takip edecek şekilde yapılandırılmalıdır.

..... Yılı Tetkik Çekim/Gerçekleşme Süreleri Takip Tablosu				
Tetkik Adı	OCAK	ŞUBAT	ARALIK
USG				
MR				
BT				
EEG				
EMG				
EKO				
Odyoloji				

Mamografi				
Endoskopi				
Diğer				

SORU: Sağlık tesisinde hazırlık gerektiren işlemler için (Endoskopi, EMG, BT, MR, v.b.) hastalara bilgilendirme uyarısı yapılıyor mu?

SIRA : 11
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.11.1. Sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler için hastalara varsa yapmaları gereken ön hazırlıklar ile ilgili SMS ile ön bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde yapılan randevulu işlemler (EMG, endoskopi, biyopsiler, BT, MR vb.) için hastalara yapmaları gereken ön hazırlıklar varsa randevu verildiği anda SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır. Bu bilgilendirme; hastanın işlem öncesi aç kalıp kalmayacağı, sürekli kullandığı ilaçlar ve alerji yaptığı bilinen ilaçlar konusunda hekimini bilgilendirmesi ve kan sulandırıcı, kanama artırıcı vb. ilaçlar kullanıyorsa işlemden kaç gün önce kesilmesi gerektiği, tetkik için kullanması gereken ilaçlar varsa kullanım şekli ve zamanını kapsamalıdır.

Sağlık tesisi tarafından hastaya gönderilen tetkik öncesi hazırlıklar ile ilgili bilgilendirme mesajında kişisel verilerin korunması kapsamında hasta adı, soyadı, randevu tarih ve saati, randevu yeri bulunmamalıdır. Sağlık tesisi tarafından hastalara aşağıdaki örneğe uygun ön hazırlık SMS i gönderilmelidir.

Örnek.1. (Ön hazırlık hatırlatma mesajı)

“Sayın hastamız, endoskopi işlemi öncesi en az 8 saat aç olmanız gerekmektedir. Bu nedenle gece 24:00’ den sonra hiçbir şey yemeyiniz ve içmeyiniz. Kanama artırıcı, kan sulandırıcı ve ağrı kesici ilaçlar kullanıyorsanız lütfen doktorunuzla iletişime geçiniz.”

SORU: Sağlık tesisinde MR, BT, EEG vb. tetkiklerin çekim/ gerçekleşme zamanı ile sonuç onay zamanı arasındaki sürelerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 12
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.12.1. SBYS' de her bir hasta için çekimin gerçekleştiği zaman ve rapor onay zamanı SBYS tarafından kayıt altına alınabilmelidir.

P.12.2. MR çekimi ile raporlama arasındaki süre 3 iş günü olmalıdır.

P.12.3. BT çekimi ile raporlama arasındaki süre 3 iş günü olmalıdır.

P.12.4. MR ve BT dışındaki diğer tetkikler için çekim/ gerçekleşme zamanı ile sonuç onay zamanı arasındaki kabul edilebilir süreler sağlık tesisi tarafından belirlenmeli ve SBYS' de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

P.12.5. Sağlık tesisinde MR ve BT tetkiklerinin sonuç raporlarının yazım süresi aşıldığında ilgili uzman hekime, klinik idari sorumlusuna ve başhekim/sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

P.12.6. Sağlık tesisinde MR ve BT tetkiklerin sonuç raporlarının hazır olduğu bilgisi hastalara SMS ile bildirilmelidir.

AÇIKLAMA:

SBYS' de her bir hasta için çekimin gerçekleştiği zaman ve rapor onay zamanı SBYS tarafından kayıt altına alınabilmelidir. Her bir hasta için görüntüleme tetkikine ait çekim ve raporlama zamanları arasındaki geçen süre hesaplanmalıdır.

..... Yılı Tetkik Çekim/ Gerçekleşme Zamanı ile Sonuç Onay Zamanı Arasındaki Süre Takip Tablosu				
Tetkik Adı	OCAK	ŞUBAT	ARALIK
MR				
BT				
EEG				
Mamografi				
Diğer				

Gözlemciler, tetkiklerinin çekim/ gerçekleşme zamanı ile sonuç onay zamanı arasındaki sürelerin SBYS'de oluşturulan yönetici takip ekranı ile takip edilip edilmediğini değerlendirmelidir.

Bakanlık tarafından belirlenen süreler aşıldığında ilgili uzman hekime, klinik idari sorumlusuna ve başhekim/sorumlu başhekim yardımcısına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

Örnek:

Sağlık tesisinin belirlediği rapor yazma süresi aşıldığında ilgili uzman hekime; “Sn. Dr. 27402847 işlem numaralı isimli hastanın abdomen BT çekimi yapılmıştır. Rapor yazımı 3 gün içerisinde sonuçlandırılmamıştır. Bilgilerinize.”

İlgili uzman hekime SMS ile gönderildikten 1 gün sonra sonuç halen çıkmadıysa klinik idari sorumlusuna; “..... isimli hastanın abdomen BT çekimi yapılmıştır. Rapor yazımı 4 gün içerisinde sonuçlandırılmamıştır. Bilgilerinize”

İlgili klinik idari sorumlusuna SMS ile gönderildikten 1 gün sonra sonuç halen çıkmadıysa başhekim/ sorumlu başhekim yardımcısına; “..... isimli hastanın abdomen BT çekimi yapılmıştır. Rapor yazımı 5 gün içerisinde sonuçlandırılmamıştır. Bilgilerinize”

Sağlık tesisinde MR, BT, EEG vb. tetkiklerin sonuç raporlarının hazır olduğu bilgisi hastalara SMS ile bildirilmelidir.

Örnek;

“Tomografi sonucunuz çıkmıştır. Alo 182 den ya da www.mhrs.gov.tr adresinden muayene olduğunuz polikliniğe randevu alarak muayene zamanınızı belirleyebilirsiniz. Bu mesajın size ait olmadığını düşünüyorsanız lütfen dikkate almayınız. Sağlıklı günler dileğiyle.”

Sağlık tesisi tarafından hastaya gönderilecek olan SMS lerde kişisel verilerin korunması kapsamında hasta adı, soyadı, tetkik işlem tarihi bulunmamalıdır. Sağlık tesisi tarafından hastalara yukarıdaki örneğe uygun SMS gönderilmelidir.

Gözlemciler, yukarıda bahsi geçen tetkikler için sonuç verme süre hesaplamalarının yukarıdaki örneğe uygun olarak yapılıp yapılmadığını ve tetkik randevu hedef sürelerinin aşılması durumlarında ilgili personele SMS ile uyarı mesajı gönderilip gönderilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde e-reçete kullanım oranları Bakanlık hedeflerine uygun mu?

SIRA : 13
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.13.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin yazmış olduğu e-reçete sayısının toplam reçete sayısına oranı aylık olarak takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü' nün aylık olarak İl Sağlık Müdürlüklerine gönderdiği e-reçete oranları sağlık tesisi yönetimi tarafından temin edilmeli ve sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin yazmış olduğu e-reçete sayısının toplam reçete sayısına oranı takip edilmelidir.

Aşağıdaki tabloda istenen verilerin doğru toplanabilmesi için acil serviste düzenlenen kağıt reçetelere acil serviste yazıldığını belirten “Acil” kaşesi basılmalıdır.

E-reçete Kullanım Oranı						
YIL:				AY:		
Hekim Adı Soyadı	Branşı	E-Reçete Sayısı	Kağıt Reçete Sayısı		Toplam Reçete Sayısı	E-Reçete Sayısı / Toplam Reçete Sayısı
			Acil	Poliklinik (Ayaktan)		

KAYNAK:

T.C. SAĞLIK BAKANLIĞI

Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Başkanlığı

Sayı: B.10.1.HSK.077.00.00- Konu:E-reçete ve E-İmza

İlgi: a)Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü'nün 07/11/2012 tarih ve

B.10.0.SBS.0.08.00.00.700.3626 sayılı yazısı.

b)SGK'nın 26/11/2012 tarih ve B.13.2.SGK.0.11.06.01/20.614.667 sayılı yazısı.

Sağlık.Net sisteminde tüm sağlık tesislerinden gelen elektronik reçeteler işlenmekte.ayrıca 01/07/2012 tarihinden itibaren de Sosyal Güvenlik Kurumu (SGK) tarafından reçeteler elektronik ortamda toplanmaktadır.

İlgi a) yazı ile SGK'nın yürüttüğü projenin desteklendiği ve Bakanlığımız ve bağlı kuruluşlarına bağlı sağlık tesislerinde görev yapan hekimlerimizin e-reçete yazma ve e-imza temini gibi konularında süreçler tamamlanmıştır.

SGK'nın ilgi b) yazısında hekimlerimizin şifre almaları ve e-reçete yazmaları konusunda detaylar belirtilmiştir.

SORU: Sağlık tesisinde MHRS kullanım oranı takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 14
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

- P.14.1.** MHRS’den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerini beklemeden yapabilmesi için gerekli önlemler alınmalıdır.
- P.14.2.** Poliklinik odası girişlerinde bulunan hasta çağrı ekranında MHRS’den randevu alan hastanın MHRS randevulu olduğu belirtilmelidir.
- P.14.3.** İlk muayenesi yapılan hastanın, devam eden kontrol muayene randevuları SBYS üzerinden verilmelidir.
- P.14.4.** MHRS’ye ait sağlık tesisi verileri analiz edilmeli, yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

MHRS’ den randevu alan hastaların hasta kayıt işlemlerinin beklemeden yapılması için ayrılmış hasta kabul birimi veya öncelikli numara alma sisteminin olup olmadığı, poliklinik girişinde bulunan hasta çağrı ekranında hastanın MHRS hastası olduğunun belirtilip belirtilmediği gözlenmelidir.

İlk muayenesi yapılan hastanın devam eden kontrol muayene randevuları MHRS üzerinden verilmelidir. Sağlık tesisi tarafından devam eden muayene randevularının kullanım oranları takip edilmelidir. Açılan Devam Eden Muayene Cetveline randevu verme oranı % 90 'ın üzerinde olmalıdır. Bu muayeneler için defterden randevu verilmemelidir. Gözlemci defter üzerinden kontrol randevusu verilip-verilmediğini ve MHRS üzerinden verilme durumunu kontrol etmelidir.

MHRS’ye ait sağlık tesisi verileri analiz edilmelidir. MHRS verilerinin analizinde kullanılan bazı parametreler aşağıda açıklanmıştır.

Açılan kapasite oranı (AKO 1); ilgili ayda sağlık tesisi tarafından MHRS’ye açılan toplam randevu kapasitesinin, MHRS kullanarak hasta kabul edebilen polikliniklerde (MHRS’ e esas polikliniklerde) yapılan toplam muayene sayısına oranıdır.

AKO 1= Toplam randevu kapasitesi (sağlık tesisi tarafından MHRS’de tanımlanan randevu kapasitesi sayısı) / MHRS’ye esas poliklinik muayene sayısı (MHRS’den hasta kabul eden polikliniklerde yapılan toplam muayene sayısı)

Bu oranın % 80’ nin üstünde olması Bakanlık tarafından hedeflenmektedir.

Açılan kapasite oranı (AKO 2); ilgili ayda sağlık tesisi tarafından MHRS’ne açılan toplam randevu kapasitesinin, aylık MHRS' ye esas toplam kapasite sayısına oranıdır.

Aylık MHRS’ye esas toplam kapasite sayısının hesaplanması;

Aylık MHRS'ye esas toplam kapasite sayısı=Her bir branş için poliklinik oda sayısı X Günlük poliklinik kapasitesi X İlgili aydaki iş günü sayısı

Poliklinikler	Günlük Poliklinik Kapasitesi
Ana Dal Branş Poliklinikleri	42
Erişkin Yan Dal Branş Poliklinikleri	42
Çocuk Yan Dal Branş Poliklinikleri	28
Ağız ve Diş Sağlığı Poliklinikleri	21
Erişkin Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri	21
Çocuk Ergen Ruh Sağlığı ve Hastalıkları Poliklinikleri	16

AKO 2 = Toplam randevu kapasitesi (sağlık tesisi tarafından açılan MHRS'de tanımlanan randevu kapasite sayısı) / MHRS' ye esas toplam kapasite sayısı

Bu oran 95'in üzerinde olmalıdır.

Cetvel Açmayan Hekim Oranı (CHO):

Poliklinik yaptığı halde randevu cetveli açmayan hekimlerin poliklinik yapan toplam hekim sayısına oranı hesaplanmalıdır. Bu oran %3'ten küçük olmalıdır. Cetvel açmayan hekim oranı (CHO)= Poliklinik yaptığı halde MHRS randevu cetveli açmayan hekimler / poliklinik yapan toplam hekim sayısı formülü ile hesaplanır.

Kapalı Cetvel Tanımlayan Hekim Oranı (KCHO): İlgili ayda hep kapalı cetvel tanımlayan hekim sayısının MHRS'ye tanımlı hekim sayısına oranı hesaplanmalıdır. Bu oran %10 'dan küçük olmalıdır.

Kapalı Cetvel Tanımlayan Hekim Oranı (KCHO) = ilgili ayda hep kapalı cetvel tanımlayan hekim sayısı / ilgili ayda MHRS'ye tanımlı hekim sayısı

formülü ile hesaplanır.

İstisna Oranı Bilgisi (İOB):

MHRS' ye esas kliniklerde çalışan hekimler için tanımlanan aylık istisna (açılmış randevu cetvelinin mücbir sebeplerle kapatıldığı durumlar) sayısının aylık kapasite sayısına oranı takip edilmelidir. Bu oran Karne Kriterlerinde belirlenen % 3 oranını aşmamalıdır.

İstisna Oranı Bilgisi (İOB) = Aylık İstisna Sayısı / Aylık Kapasite Sayısı formülü ile hesaplanır.

Randevu Doluluk Oranı: Alınan randevuların açılan randevu kapasitesine oranıdır.

Randevu Doluluk Oranı= Alınan randevu sayısı/ açılan randevu kapasitesi

Açılan randevuların ne kadarına randevu alındığına bakılır.

Bu oranın % 80' nin üstünde olması Bakanlık tarafından hedeflenmektedir.

Randevu Durum Bilgisi (RDB): Aynı gün geldi/gelmedi bilgisi gönderilen randevu sayısının alınan Toplam Randevu Sayısına oranı takip edilmelidir. Bu oran verimlilik karne kriterlerinde belirlenen en az % 98 oranında olmalıdır.

Randevu Durum Bilgisi (RDB) = Aynı gün geldi/gelmedi bilgisi gönderilen randevu sayısı / Alınan Toplam Randevu Sayısı

formülü ile hesaplanır.

Randevu Saatine Uyum (RSU): Muayene saati ile randevu saati arasındaki farktır. Randevu saatinden 30 dk. sonrası gerçekleşen randevu sayıları takip edilmelidir.

Polikliniklerde, MHRS randevusu verilen hastalardan örneklem seçilir. Hekim tarafından muayeneye alındığı saat dikkate alınarak randevu saatine uyum kontrol edilmelidir. Randevu zamanı ile muayene olduğu zaman arasındaki farkın 30 dakikayı geçip geçmediğine SBYS 'den bakılmalıdır.

Devam Eden Muayene Cetveline Randevu Verme Oranı: Sağlık tesisi tarafından tanımlanan devam eden muayene cetvellerinden verilen randevu sayısının, devam eden muayene cetvellerine açılan randevu kapasitesi sayısına oranı takip edilir. Bu oran %90' nın üstünde olmalıdır.

Devam Eden Muayene Cetvellerine Randevu Verme Oranı= Açılan Devam Eden Muayene cetvelinden verilen randevu sayısı/ Açılan Devam Eden Muayene Cetveli kapasite sayısı

Aylık Sağlık Tesisi MHRS Veri Tablosu							
YIL:.....					AY:.....		
Branşlar	Poliklinik hizmeti veren hekim sayısı	MHRS'den hasta bakan hekim sayısı	Hep kapalı cetvel tanımlayan hekim sayısı*	Poliklinik hizmeti verdiği halde randevu cetveli açmayan hekimlerin sayısı	İlgili branş Hekim Sayısı	Poliklinik oda sayısı	MHRS'den hasta kabul eden poliklinik sayısı
Ortopedi							
KBB							
.....							
.....							
TOPLAM							

**Hep kapalı cetvel tanımlayan hekim sayısı:* İlgili ayda cetveli hep (sürekli) kapalı olarak tanımlanmış (randevuya açılmamış) hekim sayısıdır.

Karne hesaplanmasında kullanılan MHRS'ye ait oranlar aşağıdaki tabloda belirtilmiştir.

MHRS Oranları Takip Tablosu		
YIL:	AY:	
Takip Edilecek MHRS Kriterleri	Verimlilik Karne Gösterge Kartlarında İstenen Oranlar	Sağlık Tesisi Oranları
Açılan kapasite oranı (AKO 1)	$AKO 1 \geq 0,80$	.....
Açılan kapasite oranı (AKO 2)	$AKO 2 \geq 0,95$	.....
Cetvel Açmayan hekim oranı (CHO)	$CHO \leq 0,03$	.....
Kapalı cetvel tanımlayan hekim oranı (KCHO)	$KCHO \leq 0,10$	.....
İstisna oranı bilgisi (İOB)	$İOB \leq 0,03$	.....
Randevu Doluluk Oranı	$RDO \geq 0,80$	

Randevu durum bilgisi (RDB)	RDB \geq 0,98	.....
Randevu saatine uyum (RSU)	RSU \leq 30 dk	.....
Devam eden muayene cetveline randevu verme oranı	DRVO \geq 0,90	.....

SBYS’de en az yukarıda verilen tablolarda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturulmalıdır. Gözlemciler tarafından yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığını değerlendirmelidir.

KAYNAK:

Merkezi Hekim Randevu Sistemi Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönerge.
GÜNCELLENME TARİHİ : 07/05/2018.

SORU: Kan alma birimi konumu ve işleyişi uygun şekilde düzenlenmiş mi?

SIRA : 15
BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.15.1. Sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmelidir.

P.15.2. Kan alma biriminde yeterli sayıda kolçaklı, pozisyon verilebilen kan alma koltukları olmalıdır.

P.15.3. Kan alma birimine uzak poliklinik alanları ve hastane blokları için ilave kan alma birimleri oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisindeki kan alma birimlerinde hastanın sırasını bildiren elektronik sistem bulunmalı ve çalışır durumda olup olmadığı değerlendirilmelidir. Kan alma biriminde bekleme alanları yeterli olmalıdır.

Gözlemciler tarafından kan alma birimleri yoğun olduğu saatlerde ziyaret edilmeli, hasta yoğunluğuna göre yeterli sayıda kolçaklı, pozisyon verilebilen kan alma koltuklarının bulunma durumu ve işlevselliği değerlendirilmelidir.

Bekleme süresini kısaltmak ve hasta erişimini kolaylaştırmak amaçlı birbirine uzak olan poliklinik alanları ve hastane blokları için yeterli sayıda kan alma birimi oluşturulma durumu gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ LABORATUVARLAR YÖNETMELİĞİ (Son Güncelleme: Pazartesi, 09 Ekim 2017)
Tıbbi laboratuvarların fiziki şartları

MADDE 13 – (1) Tıbbi laboratuvarın fiziki alanı; tıbbi laboratuvar teknik alanı, destek alanları ve ofis alanları olmak üzere üç temel kısımdan oluşur.

b) Tıbbi laboratuvar destek alanları; en az bir numune kabul birimi, numune alma odası/alanı ve malzeme depolanması için uygun alandan oluşur. Bu alanlar, tıbbi laboratuvar teknik alanı ile fonksiyonel bir bütün oluşturacak şekilde düzenlenir. Kurum/kuruluş bünyesinde olan tıbbi laboratuvarlarda numune alma odası/alanı poliklinik katında da bulunabilir.

SORU: Gebe Bilgilendirme Sınıflarına yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 16

BÖLÜM ADI : POLİKLİNİK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

P.16.1. "Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi" almış en az iki sağlık personeli (1 doktor/1 ebe/hemşire) görevlendirilmiş olmalıdır.

P.16.2. Gebe polikliniklerine yakın olacak şekilde gebe bilgilendirme sınıfı oluşturulmalı, sınıfta gerekli eğitim materyalleri bulunmalıdır.

P.16.3. Gebe sınıfına başvuran gebelere, 3 oturum şeklinde eğitim düzenlenerek kayıt altına alınmalı, mezun olan her gebeye katılım belgesi düzenlenmelidir. Gebelere verilen eğitim sonrası "Gebe Bilgilendirme Sınıfı Katılımcı Bilgi Formu" doldurularak dosyalanmalıdır.

P.16.4. Gebe Bilgilendirme Sınıfına başvuran ve eğitim alan gebenin gebelik sürecini nasıl sonlandırdığının (normal doğum, sezeryan, ölü doğum vs.) takibi yapılmalı ve her ayın 7 sine kadar Sağlık Müdürlüğüne bildirim sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gebe Bilgilendirme Sınıfında: Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2014/28 sayılı Genelgesi ekinde oluşturulan Gebe Bilgilendirme Sınıfı standartlarında belirtilen " Üreme ve Cinsel Sağlık Modüler Eğitimi" almış en az iki sağlık personelinin (1 doktor, 1 ebe/hemşire) görevlendirmesinin yapılmış olup olmadığı değerlendirilir.

Türkiye Halk Sağlığı Kurumunun 2014/28 sayılı Genelgesi ekinde oluşturulan "Gebe Bilgilendirme Sınıfı" standartlarında belirtilen; Gebe Bilgilendirme Sınıfı, Gebe Polikliniklerine yakın olacak şekilde konumlandırılmalı, en az 10 en fazla 20 kişinin oturabileceği sandalye/koltuk bulundurulmalı ve ortamın aydınlatması ve havalandırılması yeterli olmalıdır. Fiziki alan yetersizliği nedeniyle gebe polikliniklerine yakın bir alanda oluşturulamaması durumunda, kolay erişimin sağlandığı ve gerekli yönlendirmelerin yapıldığı sağlık tesislerinde olumlu olarak değerlendirilir. Tercihen eğitimlerde kullanılmak üzere, bilgisayar, projeksiyon, internet bağlantısı, masa, eğitim materyalleri, (et bebek, uterus vb) kırtasiye malzemeleri ile güncel bilgilendirme broşürleri bulunmalıdır. Sağlık tesisinde bulunan Gebe Bilgilendirme

Sınıfında belirtilen standartlara uygunluğu değerlendirilmelidir.

Gebe sınıfına başvuran gebelerin eğitimleri 3 oturum şeklinde (1. oturum gebelik s¼reci, 2. oturum doğum s¼reci ve doğum ağrısıyla başetme, 3. oturum doğum sonu d¼nem ve yenidoğan bakımı) d¼zenlenmelidir. Planlanan eğitim kayıtları incelenerek değerlendirilmelidir.

Gebe Bilgilendirme Sınıfına başvuran ve eğitim alan gebelerin gebelik s¼recinin takip kayıtları incelenerek kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

T¼rkiye Halk Sağlığı Kurumu Gebe Bilgilendirme Sınıfı Genelgesi 2014/28.

GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

SORU : Radyoloji ünitelerinde gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 17

BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.1.1. Sağlık tesisindeki görüntüleme ünitelerinin girişlerinde, SBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistem düzenlenmeli ve işlevsel olmalıdır.

G.1.2. Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik soyunma odası veya perde/paravanla ayrılmış soyunma alanı olmalı, askılık, ayna, çöp kutusu ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.

G.1.3. USG muayene odalarında, muayene masasında kullanılan örtülerin her hastada değişmesi sağlanmalı, hastanın kullanması için özel önlük/örtü verilmeli ve kağıt havlu bulundurulmalıdır.

G.1.4. Görüntüleme ünitesinde bekleme alanları oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde SBYS ile entegre çalışan hastanın sırasını bildiren elektronik sistemin çalışır durumda olduğu ve aktif olarak kullanıldığı gözlemlenmelidir.

Her bir görüntüleme odası için hasta mahremiyetini sağlamaya yönelik olarak soyunma kabinlerinin oluşturulması veya perde/paravanla ayrılmış alanın bulunması ve hastaların çekim odasına teker teker alınması için yapılan düzenlemeler gözlenmelidir.

Soyunma odası veya alanlarında askılık, ayna, çöp kutusu ve kağıt havlu bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.

Görüntüleme ünitesine en yakın yerde hastaların oturabileceği bekleme alanlarının olup olmadığı değerlendirilir.

KAYNAK:

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK (GÜNCELLENME TARİHİ : 20/10/2016)

Radyasyon kaynakları ile çalışma esasları

Madde 5:

(1)Tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının alınması, bulundurulması ve kullanılması 9.7.1982 tarihli ve 2690 sayılı Türkiye Atom Enerjisi Kurumu Kanunu ve 24.7.1985 tarihli ve 85/9727 sayılı Bakanlar Kurulu kararıyla yürürlüğe giren Radyasyon Güvenliği Tüzüğü gereğince TAEK tarafından verilen lisansa bağlıdır.

(2)İdare, tıbbi amaçlı iyonlaştırıcı radyasyon kaynaklarının teslim alınması, bulundurulması, çalıştırılması, kullanılması ve radyoaktif madde kullanımından oluşan atıkların bertaraf edilmesine ilişkin idari ve teknik düzenlemeleri Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği ve 21.7.1994

tarıhli ve 21997 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Tıpta Tedavi Amacıyla Kullanılan İyonlaştırıcı Radyasyon Kaynaklarını İçeren Tesislere Lisans Verme Yönetmeliği ile 2.9.2004 tarihli 25571 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Radyoaktif Madde Kullanımından Oluşan Atıklara İlişkin Yönetmelik doğrultusunda yerine getirmekle yükümlüdür.

RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ(son güncelleme 2010)

n) (Ek:RG-3/6/2010-27600) Radyoaktif kaynak ihtiva eden cihazların kurulması, sökölmesi, kaynak değişimi ve kaynağa müdahaleyi gerektiren her türlü faaliyet için Kuruma bildirimde bulunmak.

SORU: Radyoloji alanlarının işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 18

BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.2.1 Radyasyon Güvenliği Yönetmeliği’ne uygun olarak denetimli ve gözetimli alanların ayırımı yapılmalıdır. Denetimli alanlarda ve girişlerinde uyarı levhaları bulunmalıdır.

G.2.2 İyonlaştırıcı radyasyon kaynağı ile çalışan birimlerde, aylık personel çalışma listeleri, personelin çalışma yeri ve radyasyon görevlisi olup olmadığını belirleyecek şekilde düzenlenmelidir.

G.2.3 Radyasyon görevlisi olan personele sağlık izni kullandırılması ile ilgili düzenleme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Radyasyon alanlarına yönelik belirli düzenlemeler yapılmalıdır. Maruz kalınacak yıllık dozun 1 mSv değerini geçme olasılığı bulunan alanlar radyasyon alanı olarak nitelendirilir ve radyasyon alanları radyasyon düzeylerine göre aşağıdaki şekilde sınıflandırılır:

- a) **Denetimli Alanlar:** Denetimli alanlarda ve girişlerinde aşağıda belirtilen radyasyon uyarı levhaları bulunması zorunludur.



- Radyasyon alanı olduğunu gösteren temel radyasyon simgeleri,

-Radyasyona maruz kalma tehlikesinin büyüklüğünü ve özelliklerini anlaşılabilir şekilde göstermek üzere gerekli bilgi, simge ve renkleri taşıyan işaretler,

-Denetimli alanlar içinde radyasyon ve bulaşma tehlikesi bulunan bölgelerde geçirilecek sürenin sınırlandırılması ile koruyucu giysi ve araçlar kullanılması gerekliliğini gösteren uyarı işaretleri.

b) Gözetimli Alanlar: Radyasyon görevlileri için yıllık doz sınırlarının 1/20'sinin aşılma olasılığı olup, 3/10'unun aşılması beklenmeyen, kişisel doz ölçümünü gerektirmeyen fakat çevresel radyasyonun izlenmesini gerektiren alanlardır.

Denetimli alanlar; daha net ve anlaşılabilir olması için radyolojiden bir örnekle izah edilirse tomografinin çekildiği oda veya direkt grafinin çekildiği oda şeklinde tanımlanabilir ya da TAЕК tarafından ruhsatlanan kısım olarak da çerçeve çizilebilir. Gözetimli alanlar ise; tomografi çekimlerinin yapıldığı yerin hemen yanı yani tomografi çekimi yapılacak hastanın beklediği bitişik koridor, Direkt grafi için grafi odasının bitişğinde bulunan bekleme koridorudur ancak bu değerler her hastane için farklı olabilir şöyle ki; az çekim yapılan veya zırlaması çok iyi yapılan bir ünitenin komşuluğunda bulunan alan gözetimli alan olmayabilir başka bir deyişle 1 mSv in 1/20 sine dahi ulaşma olasılığı olmayan bir alan ise bu alan radyasyon alanı değildir.

Sağlık tesisi yönetimi sürekli olarak “denetimli alanlarda veya radyasyon kaynakları ile çalışan” veya “toplum üyesi kişiler için belirtilen doz sınırlarının üzerinde radyasyona maruz kalma olasılığı olan” radyasyon görevlilerini belirlemeli ve bu kişilerin yönetmelikte belirtilen haklardan faydalanmalarını sağlamalıdır.

Hekim ve hekim dışı sağlık personelinin aylık personel çalışma listesinde yer ve görev tanımları radyasyon görevlisi olup olmadığını belirleyecek şekilde düzenlenmelidir. Rapor okuma işlemleri mutlak anlamda radyasyon görevliliği anlamına gelmez. İyonlaştırıcı radyasyon kaynağı ile çalışan personelin sağlık izni radyasyon görevlisi tanımına uygun olmalıdır. Radyasyon görevlisi olarak (yilda 1 msv doz alma ihtimali olan, mesleği gereği radyasyonlu alanlarda veya radyasyon

kaynaklarıyla **daimi suretle çalışan kişi**) çalışan personel; haftalık azami 35 saat çalıştırılmalı, yılda 1 ay sağlık izni kullandırılmalıdır.

Sağlık alanında kullanılan başlıca iyonlaştırıcı radyasyon kaynakları radyolojide tek tüplü röntgen, mobil röntgen, çift tüplü röntgen, c-kollu skopi, u-kollu skopi, o-kollu skopi, mamografi, anjiyografi, kemik yoğunluk ölçüm, bilgisayarlı tüm vücut tomografi, bilgisayarlı beyin tomografi, mikro tomografi, mikrofilm cihazları, panoramik cihazlar ile panoramik diş, periapikal diş, periapikal mobil diş, volimetrik diş tomografi cihazları, radyoterapide teleterapi, lineer hızlandırıcı, brakiterapi, x ışını tedavi, cyberknife, gama kufe, simülatör, CT simülatör, kan ışınlama cihazları ve (prostat, göz vb) tedavi uygulamalarının yapıldığı ameliyathanelerde kullanılan kapalı radyoaktif kaynaklar; nükleer tıpta PET, PET/CT, SPECT, SPECT/CT Cihazları ile I-131 tedavi odaları ve RIA laboratuvarlarında kullanılan radyoaktif kaynaklardır. Diğer taraftan MR cihazları iyonlaştırıcı radyasyon üreten cihazlar değildir.

KAYNAK:

657 SAYILI DEVLET MEMURLARI KANUNU (1963): Yıllık izinlerin kullanılışı: Madde 103 – Yıllık izinler, amirin uygun bulacağı zamanlarda, toptan veya ihtiyaca göre kısım kısım kullanılabilir. Birbirini izliyen iki yılın izni bir arada verilebilir. (Değişik cümle: 6/7/1995 – KHK-562/2 md.) Cari yıl ile bir önceki yıl hariç, önceki yıllara ait kullanılmayan izin hakları düşer. Öğretmenler yaz tatili ile dinlenme tatillerinde izinli sayılırlar. Bunlara, hastalık ve diğer mazeret izinleri dışında, ayrıca yıllık izin verilmez. Hizmetleri sırasında radyoaktif ışınlarla çalışan personele, her yıl yıllık izinlerine ilaveten bir aylık sağlık izni verilir.

SAĞLIK HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ RADYASYON KAYNAKLARIYLA ÇALIŞAN PERSONEL GENELGE 2012/ 34

3153 sayılı Kanunun Ek 1 nci maddesinde yer alan, "iyonlaştırıcı radyasyonla teşhis, tedavi veya araştırmanın yapıldığı yerler ile bu iş veya işlemlerde çalışan personeli haftalık çalışma süresi 35 saattir.

RADYASYON GÜVENLİĞİ YÖNETMELİĞİ

h)(Değişik:RG-3/6/2010-27600) Radyasyon Görevlisi; radyasyon kaynağı ile yürütülen faaliyetlerden dolayı görevi gereği, bu Yönetmeliğin 10 uncu maddesinde toplum üyesi kişiler için belirtilen doz sınırlarının üzerinde radyasyona maruz kalma olasılığı olan kişiyi

Yıllık doz sınırları

Madde 10 - Yıllık doz sınırları sağlığa zarar vermeyecek şekilde uluslararası standartlara uygun olarak, Kurum tarafından radyasyon görevlileri ve toplum üyesi kişiler için ayrı ayrı belirlenmiştir. Yıllık toplam doz aynı yıl içindeki dış ışınlama ile iç ışınlamadan alınan dozların toplamıdır. Kişilerin, denetim altındaki kaynaklar ve uygulamalardan dolayı bu sınırların üzerinde radyasyon dozuna maruz kalmalarına izin verilemez ve bu sınırlara tıbbi ışınlamalar ve doğal radyasyon nedeniyle maruz kalınacak dozlar dahil edilemez.

a)(Değişik:RG-29/9/2004-25598) Radyasyon görevlileri için etkin doz ardışık beş yılın ortalaması 20 mSv'i, herhangi bir yılda ise 50 mSv'i geçemez. El ve ayak veya cilt için yıllık eşdeğer doz sınırı 500 mSv, göz merceği için 150 mSv'dir. Cilt için en yüksek radyasyon dozuna maruz kalan 1 cm²'lik alanın eşdeğer dozu, diğer alanların aldığı doza bakılmaksızın ortalama cilt eşdeğer dozu olarak kabul edilir.

b) (Değişik:RG-29/9/2004-25598) Toplum üyesi kişiler için etkin doz yılda 1 mSv'I geçemez. Özel durumlarda; ardışık beş yılın ortalaması 1 mSv olmak üzere yılda 5 mSv'e kadar izin verilir. Cilt için yıllık eşdeğer doz sınırı 50 mSv, göz merceği için 15 mSv'dir.

c) 18 yaşından küçükler Tüzüğün 6 ncı maddesine göre radyasyon uygulaması işinde çalıştırılmazlar. Bu Yönetmeliğin 15 inci maddesinin (b) bendinde belirtilen alanlarda, eğitim amaçlı olmak koşuluyla, eğitimleri radyasyon kaynaklarının kullanılmasını gerektiren 16-18 yaş arasındaki stajyerler ve öğrenciler için etkin doz, herhangi bir yılda 6 mSv'i geçemez. Ancak el, ayak veya deri için yıllık eşdeğer doz sınırı 150 mSv, göz merceği için 50 mSv'dir.

SAĞLIK HİZMETLERİNDE İYONLAŞTIRICI RADYASYON KAYNAKLARI İLE ÇALIŞAN PERSONELİN RADYASYON DOZ LİMİTLERİ VE ÇALIŞMA ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK (05.07.2012)

Radyasyon doz limitleri

MADDE 7: (2) Radyasyon kaynağı ile çalışan personelin maruz kalacağı etkin doz, göz merceği ve tüm vücut için ardışık beş yıl toplamında 100 mSv'i, herhangi bir tek yılda 50 mSv'I geçemez. Bu kurala aykırı olmayacak şekilde ayrıca;

a) Etkin dozun ayda 2 mSv'i,

b) El ve ayaklar için eş değer dozun aylık 50 mSv'i,

c) En yoğun radyasyona maruz kalan 1 cm² 'lik alan referans olmak üzere cilt için eş değer dozun aylık 50 mSv'i, geçmesi halinde bu seviyeler, inceleme düzeyi doz seviyeleri olarak değerlendirilir.

(10) Radyasyon görevlisi olmamakla birlikte radyasyon kaynağı ile yürütülen faaliyetlerden dolayı yıllık 1 mSv etkin doz değerinden fazla doza maruz kalma ihtimali Radyasyon Güvenliği Komitesince belirlenen personele tedbir olarak kişisel dozimetre kullanılır.

(11) Radyasyon kaynağı ile çalışan personelin sağlık izni yılı içerisinde kullanılır.

(6) Kişisel dozimetre ölçümlerinde yıllık doz limitlerinin aşıldığı durumlarda Radyasyon Güvenliği Komitesi, sorunun kaynağını inceleyip değerlendirir, varsa eksiklik ve aksaklıkların düzeltilmesi için ilgili idare ile birlikte gerekli tedbirleri alır. Eksiklik ve aksaklıklar giderilinceye kadar doz limitini aşan personel ilgili işte çalıştırılmaz, hatalı radyasyon kaynağı kullanılmaz. Bu personel yıllık sağlık izni kullanmamış ise öncelikle bu izin kullanılır. Ayrıca sağlık yönünden olumsuz bir durum ortaya çıkması halinde, Radyasyon Güvenlik Komitesince onbeş günden az olmamak kaydıyla sağlık sorunu giderilene kadar verilecek izin süresi belirlenerek bu izin idarece kullanılır.

RADYOLOJİ, RADYOM VE ELEKTRİKLE TEDAVİ MÜESSESELERİ HAKKINDA NİZAMNAME Resmi Gazete Tarih: 6.5.1939

Madde 23 - Röntgen ve radyom laboratuvarlarında çalışan bütün mütahassis ve müstahdemlerin, senede iki defa kanları muayene edilerek küreyvatları sayılmak ve el vesair açık yerlerinin cildini muayene ettirmek mecburidir. Resmi müesseselerde bu muayenelerin icrası, o müesseselerin

müdürleri tarafından takip olunur. Hususi müesseselerde, muayenelerin icra ettirilmemesinden sahipleri mesuldür. Bu muayenelerin neticeleri muntazam bir deftere kaydedilir. Bu muayeneler neticesinde görülecek arızalar iyi oluncaya kadar o kimsenin çalışmasına müsaade edilmez.

Madde 24 - Bu gibi müesseselerde, her röntgen mütahassısının veya röntgen ve radyom ile iştilal eden kimsenin senede dört hafta muntazaman devamlı tatil yapması mecburidir.

TÜRKİYE ATOM ENERJİSİ KURUMU'nun 12/04/2011 tarihli ve 5010 sayılı "radyoloji cihazları" konulu görüş yazısı.

SORU: Sağlık tesisinde USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayılarının takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 19
BÖLÜM ADI : GÖRÜNTÜLEME HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

G.3.1. Sağlık tesisinde bulunan klinisyen hekimlerin ve branşların poliklinikten (acil servis hariç) istemiş olduğu USG, BT, MR vb. görüntüleme tetkik sayıları ve oranları aylık olarak SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

G.3.2. Analiz sonuçları yönetim tarafından komisyon kurularak değerlendirilmelidir. Olumsuz bulunan durumlar ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin poliklinikten istemiş olduğu USG, MR, BT vb. görüntüleme tetkik sayıları, oranları ve acil, diyaliz, fizyoterapi vb. hariç olmak üzere ayaktan başvuru sayısı aylık olarak SBYS'de en az aşağıda tabloda yer alan tetkik ve bilgileri içeren "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

USG tetkik sayısı hesaplanırken 803.602 kodlu "ultrason genel" işlem kodu hesaplamaaya dahil edilmeyecektir.

Sağlık tesisinde radyoloji hizmetlerinin değerlendirilmesi ile ilgili bir komisyon kurulmalıdır. Komisyon başhekim ve/veya radyoloji hizmetlerinden sorumlu başhekim yardımcısı, idari mali işler müdür/müdür yardımcısı ve radyoloji sorumlu hekiminden oluşmalı; 6 aylık periyodlarda veya ihtiyaç olduğunda 6 aylık periyod beklenmeden toplanmalıdır. Komisyon,

- Klinik/branş ve uzman hekim için muayene sayısına oranla istenen Ultrason, MR, BT hizmetlerinin ayrı ayrı oranlarının analizini ve belirgin farklılık gösteren oranlarını,
- Sağlık tesisinde USG, BT, MR vb. çekim ve sonuç verme sürelerini, değerlendirmelidir.

Gözlemci tarafından sağlık tesisinde radyoloji ile ilgili 6 aylık periyotlarla toplanan komisyonun toplantı tutanakları ve analiz sonuçlarına yönelik yapılan düzenlemeler incelenmelidir.

Görüntüleme Tetkik Sayısı ve Oranları Tablosu*																						
Klinisyen Hekimin Branşı	Klinisyen Hekim Adı Soyadı	OCAK						ŞUBAT						YILLIK TOPLAM								
		USG		BT		MR		Ayaktan Başvuru Sayısı **	USG		BT		MR		Ayaktan Başvuru Sayısı **	USG		BT		MR		Ayaktan Başvuru Sayısı**
		Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran		Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran		Sayı	Oran	Sayı	Oran	Sayı	Oran	
A Kliniği	X Hekim																					
A Kliniği	Y Hekim																					
A Kliniği Toplam																						
B Kliniği	Z Hekim																					
B Kliniği	Q Hekim																					
B Kliniği Toplam																						
.....																					
.....																					
.....																						
GENEL TOPLAM (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+.....)																						

*Bu oranlar aşağıdaki şekilde hesaplanır:

USG Tetkiki İstem Oranı: İlgili Ayda İstem Yapılan USG Sayısı / İlgili Ayda Ayaktan Başvuru Sayısı

BT Tetkiki İstem Oranı : İlgili Ayda İstem Yapılan BT Sayısı / İlgili Ayda Ayaktan Başvuru Sayısı

MR Tetkiki İstem Oranı : İlgili Ayda İstem Yapılan MR Sayısı / İlgili Ayda Ayaktan Başvuru Sayısı

** Ayaktan başvuru sayısı: Normal poliklinik muayene işlemi için başvuru sayısıdır. (Acil, Diyaliz, fizyoterapi vb. için başvurular dahil edilmeyecektir.)

USG: Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin F Ultrasonografik Tetkikler başlığı altındaki 803.310 ile 803.861 kodları arasındaki işlemleri,

BT: Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin H Bilgisayarlı Tomografiler başlığı altındaki 803.870 ile 804.160 kodları arasındaki işlemleri,

MR: Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan “Girişimsel İşlemler Listesi”nin I Manyetik Rezonans Görüntüleme başlığı altındaki 804.170 ile 804.510 kodları arasındaki işlemlerin sayısını ifade eder.

Gözlemciler tarafından SBYS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığı ve hesaplamaların yukarıdaki tabloya uygun olarak yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

LABORATUVAR

HİZMETLERİ

(BİYOKİMYA, MİKROBİYOLOJİ, PATOLOJİ)

SORU: Numunenin izlenmesine yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 20
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

L.1.1. Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulü yapılmalıdır.

L.1.2. Numune alma ile laboratuvara kabul arasındaki süre ve laboratuvara kabul ile sonucun onaylandığı zaman arasındaki süreler ölçülerek SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Gelen her numunenin barkod okuyucu ile kabulünün yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı ve laboratuvarda barkod okuyucu ile kabulü yapılmayan numuneler çalışılmamalıdır. Numune alma zamanı ile laboratuvara kabul zamanı arasındaki süre ve laboratuvara kabul zamanı ile sonucun onaylandığı zaman arasındaki süreler ölçülerek, oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Laboratuvar Tetkiki Kabul ve Sonuç Verme Süreleri Takip Tablosu						
Tetkikler	Ocak		Şubat		
	Numune Alma ile Laboratuvara Kabul Arasındaki Ortalama Süre (dakika)	Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Ortalama Süre (dakika)	Numune Alma ile Laboratuvara Kabul Arasındaki Ortalama Süre (dakika)	Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Ortalama Süre (dakika)	Numune Alma ile Laboratuvara Kabul Arasındaki Ortalama Süre (dakika)	Laboratuvara Kabul ile Sonuç Onayı Arasındaki Ortalama Süre (dakika)
<i>Hemogram</i>						
<i>Biyokimya*</i>						
<i>Sedimentasyon</i>						
.....						

*Glukoz, Na, K, Cl, BUN Kreatinin, Amilaz, SGOT, SGPT, Direkt-İndirekt Bilirubin için sonuç verme süresi ölçülecektir.

Gözlemciler tarafından SBYS’de yönetici takip ekranının oluşturulup oluşturulmadığı ve sürelerin yukarıdaki tabloya uygun olarak ölçülüp ölçülmediği değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvar malzeme ve kitlerinin muhafazasına yönelik düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 21

BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

L.2.1. Laboratuvar kitleri ve antibiyotik diskleri üretici firma önerilerine uygun sıcaklıkta saklanmalı ve sıcaklık takipleri kayıt altına alınmalıdır.

L.2.2. Buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır (24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda, aktif göz önünde bulunan buzdolaplarında sesli uyarı sistemi var ise bu unsurdan muaftır.)

L.2.3. Laboratuvar aktif çalışma alanı dışında, destek depo alanlarında (laboratuvar kitlerinin depolandığı) bulunan buzdolaplarında sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır.

L.2.4. Laboratuvar kitlerinin muhafaza edildiği depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskler azaltılmalıdır.

L.2.5. Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrolleri yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Laboratuvar kitleri ve antibiyotik disklerinin muhafaza edildiği dolapların başka amaçla kullanılıp kullanılmadığı görülmeli, bu dolaplarda yiyecek ve içecek muhafaza edilmemelidir. Stoktaki antibiyotik diskleri -20°C, kullanımdaki antibiyotik diskleri 4-8°C'de, laboratuvar test kitleri ise 25°C ve % 60 nem oranının altında veya üretici firmaların önerileri ve ürünlerin özelliklerine göre belirlenmiş saklama koşullarında saklanıp saklanmadığı değerlendirilmelidir. Manuel takip yapan sağlık tesislerinde kullanılan kontrol formlarında, ısı aralığı, günlük kontrollerin kayıt alanı, ait olduğu tarih-saat ve kontrolü yapan kişilerin isimleri ile ilgili bilgiler ve laboratuvar sorumlusunun ay sonundaki imzası yer almalıdır.

24 saat nöbet tutulan laboratuvarlarda aktif çalışma alanlarında bulunan buzdolaplarında sıcaklık takibi yapılmalı, referans sıcaklık değerlerinde bir sapma olduğunda, çalışan personel sesli uyarı sistemi ile uyarılmalıdır. Sıcaklık takibi yapılması ve sesli uyarı sistemi olması koşuluyla bu tür laboratuvarlarda ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılması zorunlu değildir. Sıcaklık takibi kayıtları incelenir ve sesli uyarı sisteminin çalışma durumu ve etkinliği değerlendirilir.

Laboratuvar aktif çalışma alanı dışındaki destek depo (laboratuvar kitlerinin depolandığı) alanlarda bulunan buzdolaplarında, sıcaklığın referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye mesaj ve/veya e-posta yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapıp yapılmadığı kayıtlar üzerinden değerlendirilmelidir.

Laboratuvar kitlerinin muhafaza edildiği depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskler azaltılmalıdır. Hırsızlık için depoların kapıları sağlam olmalı, gerekli kamera sistemleri, güvenlik personeli gibi önlemler alınmalıdır. Yangın tehlikesi için merkezi söndürme sistemleri, yangın tüpleri (yangın tüplerinin kontrol tarihlerine bakılmalıdır) gibi önlemler alınmalıdır. Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır. Deprem riskine karşı malzemelerin sabitlenmesini sağlayacak montaj işlemleri yapılmalıdır. Elektriksel güvenlik açısından prizler kırık olmamalı, kabloları açıkta, güvenlik riski oluşturacak şekilde bulunmamalıdır. Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

Servis, numune alma alanları gibi hizmet sunum alanları da dahil olmak üzere miadı dolmuş kit, sarf malzeme ve kimyasal madde bulundurulmamalıdır. Laboratuvar malzeme ve kitlerinin miad kontrollerinin yapıldığına dair kayıtlar incelenmelidir. Miadı yaklaşan kitler ve laboratuvar malzemeleri için gerekli önlemler alınmalıdır.

SORU: Sağlık tesisinde çalışılan laboratuvar tetkiklerinin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 22
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

L.3.1. Her bir hekim için hasta başına düşen biyokimya ve mikrobiyoloji tetkik sayısı ile dış merkezlere gönderilen tetkik sayısı aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

L.3.2. Analiz sonuçları yönetim tarafından komisyon kurularak, değerlendirilmelidir. Olumsuz bulunan durumlar ile ilgili gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

L.3.3. Sağlık tesisi tarafından paket tetkikler (rutin biyokimya, acil biyokimya paneli gibi) kullanılmamalıdır.

L.3.4. Tetkikler için Bakanlığımız ve/veya uluslararası kabul gören rehberler çerçevesinde süre, cinsiyet, yaş ve sayı kısıtlama tanımları oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan her bir klinisyen hekimin poliklinik ve servisten istemiş olduğu laboratuvar tetkik sayıları, poliklinik ve yatan hasta sayısı ve hasta başına düşen biyokimya ve mikrobiyoloji tetkik sayısı aylık olarak hesaplanmalıdır. Hesaplamalar aşağıdaki form baz alınarak SBYS üzerinden oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Hasta Başına Düşen Biyokimya ve Mikrobiyoloji Tetkik Sayısı

Klinisyen Hekimin Branşı	Klinisyen Hekim Adı Soyadı	OCAK				ŞUBAT				YILLIK TOPLAM			
		Tetkik Sayısı*	Hasta Sayısı**	Hasta Başına Düşen Tetkik Sayısı	Dış Merkezlere Gönderilen Tetkik Sayısı	Tetkik Sayısı	Hasta Sayısı	Hasta Başına Düşen Tetkik Sayısı	Dış Merkezlere Gönderilen Tetkik Sayısı	Tetkik sayısı	Hasta sayısı	Hasta Başına Düşen Tetkik Sayısı	Dış Merkezlere Gönderilen Tetkik Sayısı
A Kliniği	X Hekim												
A Kliniği	Y Hekim												
A Kliniği Toplam													
B Kliniği	Z Hekim												
B Kliniği	Q Hekim												
B Kliniği Toplam													
.....												
.....												
GENEL TOPLAM (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+....)													

* Tetkik sayısı: "Tıbbi İşlemler Yönergesi" ekindeki girişimsel işlemler listesinin BİYOKİMYA başlığı altında bulunan 900.010 ile 905.580 kodları arasındaki biyokimya işlemlerini ve MİKROBİYOLOJİ PARAZİTOLOJİ başlığı altında bulunan 905.590 ile 908.110 kodları arasındaki mikrobiyoloji işlemlerini kapsar. Dış merkezlere gönderilen tetkik sayıları da eklenerek hesaplanmalıdır.

** Hasta Sayısı: Ayaktan, yatarak ve günübirlik hasta başvurularının toplamıdır.

Sağlık tesisinde laboratuvarlarla ilgili bir komisyon kurulmalıdır. Komisyon başhekim ve/veya laboratuvarından sorumlu başhekim yardımcısı, idari mali işler müdür/müdür yardımcısı ve laboratuvar sorumlu hekiminden oluşmalı; 6 aylık periyotlarda toplanmalıdır. Komisyon,

- Laboratuvar hizmet alımı gideri (TL),
- Laboratuvar malzemesi tüketimi gideri (TL),
- Laboratuvar gideri (Hizmet + malzeme) (TL),
- Toplam gider,
- Sağlık tesisinde çalışılmayan ve dış merkezlere gönderilen tetkiklerin analizini,
- Aylık olarak hesaplanan hasta başına düşen biyokimya ve mikrobiyoloji tetkik sayılarının analizini yapmalıdır.

Sağlık tesisi tarafından rutin biyokimya, acil biyokimya paneli gibi tetkikleri SBYS üzerinde direkt işaretlenmek suretiyle istenen paket tetkik kullanılmamalıdır. Hekim tarafından istenen tetkikler SBYS üzerinden ayrı ayrı işaretlenmelidir. Ayrıca sağlık tesisi tarafından belirlenen tetkikler için Bakanlığımız ve/veya uluslararası kabul gören rehberler çerçevesinde süre, cinsiyet, yaş ve sayı kısıtlaması tanımları oluşturulmalıdır.

Örneğin,

- Üç ayda bir istenmesi gereken HbA1c tetkiki (gebeler hariç), iki aydan önce istendiğinde SBYS ekranında uyarı görülmelidir.
 - Miyokard infarktüsünde 900880 "CK-MB" ilk günde en fazla 3 işleme kadar ödenebilir. Aksi halde SBYS ekranında uyarı görülmelidir.
 - Sadece oral antidiyabetik kullanan hastalarda günde en fazla iki kere kan şekeri tetkiki ödenir. Aksi halde SBYS ekranında uyarı görülmelidir.
 - Gastroenteritli hastalarda acil tedaviyi etkilemeyen ve sonucu geç çıkan aşağıdaki tetkikler ödenmez. Acil servisten 906330 "Adenovirus antijeni (DFA)", 907350 "Entamoeba histolytica adezin antijeni (dışkı)", 907360 "Entamoeba histolytica antikor (İHA)", 907400 "Giardia antijeni" istemi yapıldığında SBYS ekranında uyarı görülmelidir.
- Sağlık tesisi tarafından yukarıdaki örneklerin sayısı arttırılabilir.

Gözlemciler, SBYS’de Yönetici Takip Ekranı” oluşturulup oluşturulmadığını, laboratuvarlarla ilgili 6 aylık periyotlarla toplanan komisyonun toplantı tutanaklarını, tetkikler için süre ve sayı kısıtlama tanımlarının oluşturulup oluşturulmadığını değerlendirmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde çalışılan patoloji tetkiklerinin sonuç verme sürelerinin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 23
BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

L.4.1. Sağlık tesisi tarafından belirlenen sitoloji ve biyopsi sonuç verme süreleri SBYS’ de tanımlanmalıdır.

L.4.2. Patoloji laboratuvarında numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat SBYS' de takip edilmelidir.

L.4.3 Sitoloji ve histopatoloji tetkikleri sonuç verme süreleri SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

L.4.4. Belirlenen sitoloji ve biyopsi sonuç verme süresinin aşılması halinde ilgili patoloji uzmanına SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

L.4.5. Aylık olarak sonuç verme süresi aşılan tetkik sayılarının analizi hekim bazlı yapılmalı, SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

L.4.6. Hastaya patoloji sonuç raporunun hazır olduğuna dair SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Patoloji laboratuvarına kabul edilen numune sayısı, yapılan işlemin türü, patoloji uzman sayısı vb. durumlar dikkate alınarak sağlık tesisi tarafından sitoloji ve biyopsi sonuç verme süreleri belirlenmelidir. Sağlık tesisinin belirlediği sitoloji ve biyopsi sonuç verme süreleri SBYS’ de tanımlanmalı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat SBYS' ye kaydedilmelidir. Ek işlem gerektiren dekalsifikasyon, immünohistokimyasal, yeni parça, yeni kesit alma vb. işlemler için ilave süreler belirlenmeli ve bu süre sonuç verme süresine eklenmelidir.

Sitoloji ve histopatoloji tetkikleri sonuç verme süreleri aşağıda örneği verilen tabloya uygun şekilde SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Sitoloji ve Histopatoloji Tetkikleri Sonuç Verme Süreleri Takip Tablosu				
TETKİK ADI*	OCAK	ŞUBAT
Ortalama sitolojik materyaller sonuç verme süresi				
Ortalama 1. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				
Ortalama 2. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				
Ortalama 3. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				
Ortalama 4. düzey histopatolojik inceleme sonuç verme süresi				

* *Tıbbi işlemler yönergesinin ekinde bulunan Girişimsel İşlemler Listesinin Patoloji başlığı altında bulunan: Sitolojik materyaller: 909.210 ile 909.360,*

1. düzey histopatolojik inceleme: 909.410 ile 910.200,

2. düzey histopatolojik inceleme: 910.220 ile 910.620,

3. düzey histopatolojik inceleme: 910.640 ile 910.910,

4. düzey histopatolojik inceleme: 910.930 ile 911.100 kodları arasındaki girişimsel işlemleri ifade eder.

İlgili ayda tetkik sonuç verme süresi tetkikin istem tarihine göre hesaplanacaktır.

Ortalama sitolojik materyal sonuç verme süresinin hesaplanması:

Patoloji laboratuvarına kabul edilen her bir sitolojik materyal incelemesi için numunenin patoloji sonuç raporunun onaylandığı zaman ile patoloji laboratuvarına kabul edildiği zaman arasındaki süre hesaplanır. İlgili ayda her bir numune için bulunan bu süreler toplanır ve o aydaki toplam patoloji laboratuvarına kabul edilen numune sayısına bölünerek sağlık tesisinin ortalama sitolojik materyal sonuç verme süresi bulunur.

Örnek; Ocak ayı sitolojik materyal sonuç verme süresinin hesaplanması:

1. numune sonuç verme süresi: 6 gün

2. numune sonuç verme süresi: 3 gün

3. numune sonuç verme süresi: 5 gün

4. numune sonuç verme süresi: 2 gün

.....

.....

.....

100. numune sonuç verme süresi: 4 gün

Toplam sitolojik materyal sonuç verme süresi: 300 gün

Ocak ayı ortalama sitolojik materyal sonuç verme süresi =300/100= 3 gün olarak hesaplanır.

Her bir hasta için tetkikinin laboratuvara kabul ve raporlama zamanları arasındaki geçen süre hesaplanarak, sonuç verme süresi aşılacak hastalar tespit edilmelidir.

Sonuç verme süresinin aşıldığı durumlarda sırasıyla ilgili patoloji uzmanına, klinik idari sorumlusuna, ilgili laboratuvardan sorumlu başhekim yardımcısına bilgilendirme SMS ile yapılmalıdır. Örneğin;

Patoloji rapor yazım süresi aşıldığında ilgili patoloji hekimine; “B-30599 Patoloji numaralı hastanın Meme, parsiyel/basit rezeksiyon rapor yazımı için belirlenen süre aşılmıştır. Bilgilerinize”

İlk mesaj gönderildikten 48 saat sonra sonuç halen çıkmadıysa sorumlu klinik idari sorumlusuna; “B-30599 Patoloji numaralı hastanın Meme, parsiyel/basit rezeksiyon rapor yazımı için belirlenen süre aşılmıştır. Doktoru: Bilgilerinize”

48 saat sonra sonuç halen çıkmadıysa laboratuvardan sorumlu başhekim yardımcısına; “B-30599 Patoloji numaralı hastanın Meme, parsiyel/basit rezeksiyon rapor yazımı için belirlenen süre aşılmıştır. Doktoru: Bilgilerinize”

Patoloji sonuç verme süreleri aşılacak hasta sayıları, (patoloji uzmanına gönderilen toplam SMS sayıları), her bir patoloji uzmanı için aylık olarak SBYS’de en az aşağıda verilen tabloda yer alan bilgileri içeren “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Patoloji Sonuç Verme Süresi Gecikme Takip Raporu*

YIL:	AY:																				
Patoloji Uzmanı Adı Soyadı	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	..	..	...	TOPLAM
.....		1	1			12	18							2	2	2	1				39
.....	4	2					1	15		1				4		5					32

.....	1	4	3			1	3		1				1	3	3	1	4			3	28
.....	9		1			1	1	1	1				8	2						1	25
.....						3		2	6											8	19
.....																5	7				12
.....	2	4	1					1													8
.....															1						1
TOPLAM	16	11	6			17	23	19	8	1			9	11	6	13	12			12	164

*Tabloda belirtilen rakamlar, patoloji rapor yazım süresi aşıldığında ilgili patoloji uzmanına gönderilen toplam SMS sayıdır.

Hastalara SMS ile sitoloji ve biyopsi tetkiklerin sonuç raporlarının hazır olduğu bilgisi bildirilmelidir. Örneğin;

“Sayın hastamız, patoloji raporunuz hazırlanmıştır. Alo 182 den ya da www.mhrs.gov.tr adresinden muayene olduğunuz polikliniğe randevu alarak muayene zamanınızı belirleyebilirsiniz. Bu mesajın size ait olmadığını düşünüyorsanız lütfen dikkate almayınız. Sağlıklı günler dileğiyle.”

Sağlık tesisi tarafından hastaya gönderilecek olan SMS lerde kişisel verilerin korunması kapsamında hasta adı ve soyadı bulunmamalıdır. Sağlık tesisi tarafından hastalara yukarıdaki örneğe uygun SMS gönderilmelidir.

Gözlemciler, SBYS’de Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığını, aylık olarak Sitoloji ve histopatoloji tetkikleri sonuç verme süreleri ve süresi aşılacak tetkik sayılarının takip edilip edilmediğini, patoloji sonuç raporunun hazır olduğuna dair SMS ile bilgilendirme yapılıp yapılmadığını değerlendirilmelidir.

SORU: Laboratuvar hasta sonuç çıktısına yönelik düzenleme yapılmış mı? (Dış laboratuvar hizmet alımlarında da değerlendirilir.)

SIRA : 24

BÖLÜM ADI : LABORATUVAR HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

L.5.1. Laboratuvar hasta sonuç çıktısında asgari;

- İstem yapıldığı ve numunenin çalışıldığı hastane ya da laboratuvarın adı,
- Numune ve testin adı, sonuç değer birimi, referans aralık değeri,
- Hastanın, istemi yapan hekimin ve sonucu onaylayanın adı soyadı,

- Numunenin alındığı, numunenin laboratuvara kabul edildiği ve sonucun onaylandığı tarih ve saat,
- Patoloji hasta sonuç çıktısında yukarıdaki maddelere ilave olarak;
- Klinisyen ön tanısı, sonucun yorumu açısından önemli klinik bilgiler
- Raporu yazanın adı soyadı,
- Numunenin türü ve alındığı vücut bölgesi,
- Makroskopik bulgular,
- Materyalden kaç blok alındığı bilgileri yer almalıdır.

AÇIKLAMA:

Laboratuvar hasta sonuç çıktısı üzerinden istenilen tüm kriterlerin olup olmadığı değerlendirilmelidir. Numune servis veya poliklinikte alınıyorsa barkod o sırada alınmalı ve numune kabının üzerine yapıştırılmalıdır. Numunenin alındığı ve laboratuvara kabul edildiği zaman aralığı test sonucunu etkilemektedir. Bu süre aynı zamanda preanalitik sürecin kontrol edilmesinde yönlendirici olacaktır. Laboratuvar sonuç verme sürelerine uyum bu alandan izlenebildiği için acil yapılan testlerde dahil olmak üzere sonucun onaylandığı tarih ve saat mutlaka hasta sonuç raporunda yer almalıdır.

ACIL SERVIS

SORU : Acil serviste uygun otopark alanları belirlenmiş mi?

SIRA : 25
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.1.1. Ambulans ve hasta nakil araçları için; araçların her an çıkış yapabileceği, ayrı otopark alanı belirlenmelidir.

AS.1.2. Engelli otoparkı acil servis girişine en yakın alanda konumlandırılmalı ve otoparkın amaç dışı kullanımı engellenmelidir.

AS.1.3. Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde hasta ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte otopark alanı ayrılmalıdır.

AS.1.4. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ambulans ve hasta nakil araçlarının otopark alanları değerlendirilmelidir. Otopark ambulansların acil olarak çıkış yapabileceği şekilde konumlandırılmalıdır. Ambulans için belirlenmiş otoparkın önüne başka araçların park edip etmediği de değerlendirilmelidir.

Engelli otoparkı engellilerin acil servise kolay ulaşımını sağlayacak şekilde acil girişine en yakın alanda konumlandırılmalıdır. Ayrılan otopark alanlarının yeterli olup olmadığı ve engelli olmayan araçların park edip etmediği değerlendirilmelidir.

Acil servise başvuran hasta ve hasta yakınları için ayrılan otopark alanının yeterli olup olmadığı değerlendirilmelidir, bu alanlardaki mevcut ışıklandırma kontrol edilmelidir.

Otopark alanlarında kamera sisteminin olup olmadığı, sistem var ise görüş alanının kontrol edilmek istenen tüm alanları kapsayıp kapsamadığı ve kamera kayıtlarının en az 2 ay süre ile tutulup tutulmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ İKİNCİ BÖLÜM

Acil Servislerin Fiziki Şartları, Ulaşım, Hizmet ve Malzeme Standartları, Seviyelendirme ve İstisnalar

Acil servislerin fiziki şartları ve ulaşımına ilişkin asgari standartlar

MADDE 5 – (1) Acil servislerin, fiziki konum, altyapı ve ulaşım şartları bakımından sahip olması gereken asgari standartlar şunlardır:

f) Acil servislerde, ambulans ve hasta nakil aracı ile nakledilen hasta girişi ile ayaktan hasta girişi ayrılır. Bu alanda, ambulans ve hasta nakli yapılan araç trafiği için kolay manevraya uygun bir ulaşım altyapısı oluşturulur.

g) Acil servise yakın ve acil ulaşımını aksatmayacak şekilde, hasta nakil araçları, engelli hasta araçları ve resmi araçlar, personel ve hasta yakınları için uygun ve yeterli genişlikte

otopark alanı ayrılır. Ambulans otoparkı ayrı olarak belirlenir ve her an çıkış yapabilecek şekilde önünün açık olması sağlanır.

MADDE 10 - Güvenlik kamerasıyla izleme sistemi ses kaydını da içerir ve en az 2 ay süre ile saklanır....Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır.

SORU : Acil servis girişinde uygun şekilde düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 26
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.2.1. Acil servis girişi diğer girişlerden bağımsız olacak şekilde düzenlenmelidir.

AS.2.2. Acil servise giriş kapısı ve giriş alanı personel ve sedyelerin rahatlıkla hareket edebileceği kadar geniş olmalıdır.

AS.2.3. Acil servise giriş alanı düz olmalı, gerekli durumlarda ise en fazla %8 eğimli sedye rampası olmalıdır.

AS.2.4. Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşabileceği bir alanda temiz, işlevsel ve yeterli sayıda sedye ve tekerlekli sandalye bulundurulmalıdır.

AS.2.5. Acil servis giriş ve çıkışları sedye ile hasta nakline uygun, üstü kapalı ve iyi aydınlatılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Acil servisin girişinin diğer hastane girişlerinden bağımsız olacak şekilde düzenlenip düzenlenmediği gözlenmelidir. Hastanenin tüm bölümlerine erişim sadece acil servis giriş kapısından olmamalıdır.

Acil servis giriş kapısı, sedye veya tekerlekli sandalye ile sağlık personelinin rahatlıkla çarpmadan geçebileceği genişlikte olmalıdır. Giriş alanının genişliği değerlendirilmelidir.

Acil servis giriş alanı hastanın kolaylıkla acil servise ulaşımını sağlayacak şekilde düz olmalı veya düz bir alan yok ise yapılan sedye rampasının eğimi % 8 den fazla olmamalıdır. Hastanın düşmesine neden olabilecek faktörler (tümsek, oyuk vb.) bulunmamalıdır.

Acil servis girişinde hastaların kolayca ulaşacağı alanda, hasta yoğunluğuna göre sedye ve tekerlekli sandalyenin yeterli sayıda olup olmadığı değerlendirilmelidir. Sedyelerin tekerlekleri, yan korkulukları, sabitleme kemeri, frenlerinin çalışıp çalışmadığı, tekerlekli sandalyelerin tekerleklerinin bozuk olup olmadığı, emniyet kemeri olup olmadığı ve ayak basma yerlerinin sağlam olup olmadığı gibi özellikleri incelenmelidir.

Acil servis giriş ve çıkışları hasta aracı veya ambulandan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde düzenlenmeli ve bu alanda yeterli aydınlatma sağlanmalıdır. Acil önündeki kapalı alana ambulansın tamamen sığması şartı aranmamalıdır.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

MADDE 5 – a) Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla % 8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında veya ambulans ile direkt ulaşılabilir olan katta; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur. Hastanelerin kapasitesine göre acil servis kurma seviyeleri Ek-1’de tanımlanmıştır.

b) Aynı alanda birden fazla binada hizmet veren hastanelerde; ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvar ve görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta nakli kapalı ortamda yapılacak şekilde fiziki bağlantı sağlanır.

c) Acil servis giriş ve çıkışlarında; ambulans veya araçtan acil servis girişine kadar olan mesafede hastaların olumsuz hava koşullarından etkilenmemesi için üstü kapalı olacak şekilde, sedye ile hasta nakline uygun alan oluşturulur.

SORU: Acil serviste hizmete erişimi kolaylaştıracak düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 27
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.3.1. Acil servislerde görüntüleme üniteleri, laboratuvar, NST, pansuman, enjeksiyon vb. alanlar hasta sirkülasyonunu kolaylaştıracak şekilde konumlandırılmalı ve bu birimlere hastanın kolay ulaşımı sağlanmalıdır.

AS.3.2. Hemşire çağrı sistemi çalışır ve işlevsel olmalıdır. (Müşahede odasında hemşire deski tüm hastaları görece şekilde düzenlenmiş ve işlevsel ise muaftır.)

AS.3.3. Hastane yakınındaki cadde ve sokaklara hastane acil servisini gösteren işaret ve yönlendirme levhaları konulmalı, hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde beyaz zemin üzerine kırmızı yazı ile ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından acil servisin işlevselliği değerlendirilmelidir. Acil serviste, görüntüleme üniteleri, laboratuvar, NST, pansuman, enjeksiyon, vb. alanlar hasta sirkülasyonunu kolaylaştıracak şekilde mümkün olan en yakın yerde konumlandırılmalıdır. Görüntüleme üniteleri acil servise yakın, hastanın ulaşımı kolay olacak bir şekilde konumlandırılmalı ve aynı alanda birden fazla binada hizmet veriliyor ise; görüntüleme birimleri ile acil servis arasındaki hasta naklinin uygun şartlarda yapılacak şekilde düzenlenip düzenlenmediği değerlendirilmelidir.

Mekansal düzenlemeler yoğun zamandaki kalabalığı mümkün olduğunca mekan ve koridorlara yayacak şekilde olmalıdır.

Hemşire çağrı sisteminin çalışır durumda olup olmadığı, hastanın çağrı butonuna kolaylıkla ulaşım ulaşamadığı değerlendirilmelidir. Hemşire deskinin tüm hastaları görece şekilde düzenlendiği ve hemşirenin sürekli görev alanında bulunduğu müşahede odalarında hemşire çağrı sistemi aranmamalıdır.

Gözlemciler sağlık tesisini ziyarete giderken tesis yakınlarındaki cadde ve sokaklarda hastane acil servisini gösteren işaret ve yönlendirme levhalarının olup-olmadığını, hastane girişinde acil servisin yerini gösteren ışıklandırılmış yönlendirme levhalarının uygun olup-olmadığını değerlendirmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

MADDE 5- “a) Acil servisler, hastanenin ana girişinden ayrı, anayola yakın ve araç trafiği bakımından kolay ulaşılabilir, ambulansların kolaylıkla giriş ve çıkış yapabilecekleri, en fazla % 8 eğimli sedye rampası bulunan ve giriş katında veya ambulans ile direkt ulaşılabilir olan katta; görüntüleme, laboratuvar, ameliyathane, yoğun bakım ünitesi ve morga ulaşımına uygun bağlantısı olan bir konumda kurulur.

h) (Değişik:RG-20/2/2018-30338) Hastane girişinde acil servisin yerini gösteren, yeteri kadar büyüklükte ve geceleri de okunabilecek şekilde beyaz zemin üzerine kırmızı yazı ile ışıklandırılmış, yönlendirme levhaları bulunur. Lüzumu hâlinde bu levhalara ek olarak uluslararası kabul gören yabancı bir dilde de yönlendirme tabelaları eklenebilir.

1) Acil servis girişlerinin belirlenmesi amacıyla uygun yerlere, beyaz zemin üzerine ters "C" harfi şeklinde kırmızı hilal ve altında koyu mavi harflerle "ACİL" ibaresinin yer aldığı yönlendirme tabelası asılır.

i) Acil servis binalarında, ışıklandırılmalı ve en az 20 (yirmi) metreden okunabilecek büyüklükte “ACİL SERVİS” yazılı tabela bulunur.

SORU: Acil serviste hasta karşılama ve taşıma hizmeti veriliyor mu?

SIRA : 28
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 4

AS.4.1. Acil serviste hasta karşılama ve taşıma elemanı bulundurulmalıdır.

AS.4.2. Acil servisin yoğun olduğu saatlerde karşılama ve taşıma elemanı hizmeti veren personelin sayısı arttırılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Acil servisler bünyesinde ambulans girişi ve acil servis girişlerinde, yardıma ihtiyaç duyacak şekilde gelen hastalara kolaylık sağlamak üzere, hasta karşılama ve taşıma elemanı bulundurulmalıdır. Karşılama yönlendirme personeli acil servise başvuran hastaları karşılamalı ve transferine yardımcı olmalıdır. Bu birimde çalışanlar acil serviste çalışan diğer personelden farklı özel kıyafet giymelidir.

Acil serviste çalışma sistemi, daha yoğun saatlerde karşılama ve yönlendirme hizmeti verecek personelin sayısını arttıracak şekilde düzenlenmelidir. Karşılama ve taşıma hizmetinin etkinliği; personel sayısının yeterliliği, hasta yoğunluğu vb. dikkate alınarak değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

MADDE 9 – (5) Acil servisler bünyesinde ambulans girişi ve acil servis girişlerinde yardıma ihtiyaç duyacak şekilde gelen hastalara kolaylık sağlamak üzere, hasta karşılama ve taşıma elemanı bulundurulur. Hasta yoğunluğuna göre gereken sayıda eleman, tekerlekli sandalye ve sedye temin edilir.

SORU: Resüsitasyon için özel bir düzenleme yapılmış mı?

SIRA : 29
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.5.1. Resüsitasyon için ayrı bir oda/alan düzenlenmiş olmalıdır.

AS.5.2. Resüsitasyon odası amacı dışında kullanılmamalıdır.

AS.5.3. Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına en yakın yerde olmalıdır.

AS.5.4. Resüsitasyon odasına/alanına görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi engellenmeli ve hasta mahremiyetine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

AS.5.5. Acil Servis seviyesine göre resüsitasyon odasında/alanında bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.), kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AS.5.6. Resüsitasyon odasında/alanında bulunan ilaç ve sarf malzemelerin (erişkin, pediatrik ve infant boyları ayrı olmak üzere entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miad kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Göz hastalıkları, fizik tedavi ve rehabilitasyon, ağız ve diş sağlığı, lepra, deri ve zührevi hastalıkları branşlarında faaliyet gösteren ve acil sağlık hizmeti yoğunluğu bulunmayan dal hastanelerinde sadece ilgili uzmanlık dalının gerektirdiği branşta acil ünitesi oluşturulmalıdır. Acil ünitesinin fiziki şartlar, tıbbi donanım, ilaç ve personel bakımından Acil Tebliği Ek-6'daki

asgari standartları taşıması zorunludur. Herhangi bir nedenle solunum ve/veya kardiyak arrest olan, ya da olma ihtimali yüksek olan, travma nedeni ile acil servise başvuran, kanaması olan, zehirlenme nedeni ile acil servise getirilen, şuuru kapalı olan, ambulans ile hastaneye getirilen hastaların ilk muayene ve tedavisinin yapıldığı alan resüsitasyon odası olarak ayrılmalıdır.

Resüsitasyon odası amacı dışında tansiyon ölçmek, enjeksiyon yapmak, muayene, vb. hiçbir şekilde kullanılmamalıdır.

Resüsitasyon odası acil servis giriş kapısına en yakın olacak şekilde planlanmalıdır.

Gözlemciler resüsitasyon odasına görevli personel dışında girişin engellenmesi için (kontrollü geçiş sistemi, güvenlik personeli vb.) gerekli önlemlerin alınıp alınmadığını, resüsitasyon odasında personel giriş çıkışları esnasında hasta mahremiyetini sağlayan düzenlemelerin yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Resüsitasyon odasında bulunan cihazların günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı (eski kayıtlarda dahil olmak üzere) değerlendirilmelidir.

Resüsitasyon odasında bulunan ilaç ve sarf malzemelerin kullanıma hazır olup olmadığı, kontrollerin yapıp yapılmadığı miktar ve miatlarının kontrol edilerek kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ(16.10.2009).

EK – 5

ACİL SERVİS SEVİYE TESPİT VE DENETİM FORMU RESUSİTASYON ODASI İÇİN GEREKLİ TIBBİ DONANIM

I, II ve III Seviye için Müşterek Değerlendirilir.

1. Acil obstetrik girişim ekipmanı

2. Havayolu malzemeleri

- 2.5-8.5 mm iç çaplı, kafalı ve kafsız endotrakeal tüpler,
- Laringoskop takımları,
- Combitube,
- Oral ve nazal airwayler,
- Aspirasyon sistemi,
- Balon Valf Maske (Ambu) - erişkin, pediyatrik ve infant boyutlarda, LMA (Laringeal Maske) veya EOA (Ösefagial Obturator Airway)

3. Solunum ile ilgili malzemeler

- Oksijen tedavisi için gerekli olan nazal kanül, yüz maskesi ve seyyar oksijen tüpleri,
- Pulse oksimetre,
- Kapalı göğüs drenaj seti,
- Göğüs tüpü malzemeleri ve aletleri,
- Transport Ventilatör (tek kullanımlık olabilir),

4. Dolaşım ile ilgili malzemeler

- Defibrilatör (Manuel ya da otomatik olabilir),
- Monitör,
- Noninvazif otomatik kan basıncı monitörleri,
- Manuel tansiyon aleti (Çocuk manşonlu),
- IV kateterler, setler, tüpler,
- 12 derivasyonlu EKG cihazı,
- Kalp masajı tahtası (sert yüzeyli sedye kullanılıyor ise aranmaz),

II. Seviye İçin Değerlendirilir

1. Havayolu malzemeleri

2. Solunum ile ilgili malzemeler

- Acil torakotomi seti ve aletleri,
- Endtidal CO2 monitörü

3. Dolaşım ile ilgili malzemeler

- Pediyatrik kaşıkları da olan monitor/defibrilatör,
- Geçici eksternal pacemakerlar,
- Kan/sıvı pompaları,
- Santral venöz (CV) kateterleri ve takmak için gerekli olan malzemeler,
- Santral venöz basınç (CVP) ölçümü için gerekli olan monitör,
- Cut down seti ve malzemeleri,
- Perikardiyosentez seti ve malzemeleri,
- İntraosseöz iğneler (erişkin ve pediatrik boyları)

4. Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin

- Peritoneal lavaj seti ve malzemeleri,

5. Diğer donanım unsurları

- Yeni doğan resüsitasyonu için radyan ısıtıcılar

I. ve II. Seviyeye İlave Olarak III. Seviye İçin Değerlendirilir

1. Havayolu malzemeleri

- Fiberoptik laringoskop,

2. Solunum ile ilgili malzemeler

- Peak flow metre,
- BİPAB/CPAP ventilasyon sistemi,

3. Dolaşım ile ilgili malzemeler

- Pediyatrik ve internal kaşıkları, uygun eksternal pacemaker özelliği olan monitor/defibrilatör,
- Transvenöz ve/veya transtorasik pacemaker cihazı,

4. Travma ve Diğer Resüsitasyon Girişimleri İçin

- Geniş lümenli tüpler (orogastrik ve nazogastrik) de dahil olmak üzere gastrik lavaj malzemeleri,
- Hipotermi termometreleri,

5. Diğer donanım unsurları

- Hastayı ısıtan ve serinleten battaniyeler,

Resüsitasyon Odasında Asgari Bulunması Gereken İlaçlar

I, II ve III. Seviye İçin Müşterek Değerlendirilir

1. Absorbanlar – Aktif kömür

2. Anestezi indüksiyon ajanları – Benzodiazepinler (IV), Etomidat (IV), Barbitüratlar (IV)

3. Anestezikler

- İnfiltratif – Lidokain, Bupivakain, Prilokain, Ketamin (IV, IM)

- Diğer anestezipler Propofol (IV)
4. Paralizan ilaçlar
 5. Antihistaminikler (IV)
 6. Akciğerler ile ilgili preparatlar (Bronkodilatörler, Mukolitikler, Antikolinergikler, Nebulize steroidler – Budesonid vb)
 7. Antikonvülzanlar – Benzodiazepinler (IV), Fenitoin (IV), Valproik asit (IV)
 8. Elektrolit replasmanları Potasyum, Magnezyum, Ca (IV)
 9. Gastrointestinal ilaçlar
 - Antiasitler
 - Antispazmotikler
 - Laksatifler
 - Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)
 - Trimetobenzamid (IM)
 - H₂ reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin
 - Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, Lansoprazol, Pantoprazol
 - Gastrointestinal antihemorajikler – Somatostatin veya analogları
 10. Göz, kulak, burun ve boğaz ilaçları
 - Topikal anestezipler
 - Topikal antibiyotikler
 - Topikal midriyatik ajanlar
 - Topikal vazokonstriktörler
 11. Kardiyovasküler ilaçlar
 - Antiaritmik ilaçlar:
 - Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
 - Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
 - Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
 - Beta-blokerler: - örn, Metoprolol (IV), Esmolol (IV)
 - Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
 - Diüretikler – Furosemid Vazodilatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO), Nitroprussid (IV)
 - Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin
 12. İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar
 - Vazokonstriktör ajanlar – Adrenalin (IV)
 - Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)
Sodyum bikarbonat (IV)
 13. Koagulan ajanlar
 - Antikoagulanlar – Fraksiyone heparin ya da düşük moleküler ağırlıklı heparin
 - Antiplateletler – Asetil Salisilik Asit 300 mg (PO), Clopidogrel (PO)
 - Antikoagulan antidotları – Protamin sülfat
 14. Parenteral replasman sıvıları
 - %0.9 NaCl, Ringer laktat, %5 Dextroz, %20 Dextroz, %10 Dextroz
 - %30 Dextroz, Hipertonik saline - %3 NaCl

15. Psikoterapötik ilaçlar

- Haloperidol (IV), Olanzepin (IV) veya Biperiden (IV)

16. Sedatif – hipnotik ajanlar

- Benzodiazepinler (Diazepam) (IV), (Midazolam) (IV), Alprozolam (PO)
- Barbitüratlar (IV) Thiopental (IV)
- Etomidat (IV)

16. Serumlar, toksoidler, aşular ve antiveninler – Tetanoz aşısı

17. Sistemik kullanım için antibiyotikler

- Penisilin (IM) (Benzatin penisilin 1.200.000 IU ve 6.3.3 IU)
- I. kuşak sefalosporinler – sefazolin sodyum (IV)
- III. kuşak sefalosporin (IV), (Seftriakson 1 gr flk)
- Aminoglikozid (IV) (Gentamisin 80 mg amp)
- I. kuşak kinolonlar – Ciprofloksasin (IV)
- II. kuşak kinolonlar – Moksifloksasin ve Levofloksasin (IV)
- Beta Laktamlı Penisilinler (IV)
- Makrolidler (IV) – Klaritromisin
- Metranidazol (IV)

18. İnsülinler ve diyabetik ajanlar

19. Hormonlar ve sentetik alt grupları

- Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)
- Glukagon

20. Kadın Hastalıkları ve Doğum ile ilgili ilaçlar

- Rho (D) immün globulin (Rho-Gam), Oksitosik ilaçlar

21. Toksikoloji ile ilgili antidotlar

- Atropin (IV), Naloksan (IV), Flumazenil (IV), NaHCO₃ (IV) (TCA Zehirlenmesi), N-Asetil sistein (PO veya IV), Pralidoksim (IV)

22. Trombolitik ajanlar – Streptokinaz, rt-PA, vb.

23. Narkotik olmayan analjezikler ve antipiretikler: Parasetamol (PO, IV), Steroid olmayan anti-inflamatuar ajanlar (IM, IV)

24. Opiat analjezikler: Morfin sülfat (IV/IM), Fentanil (IV), Meperidin (IV) vb.

25. Kolinesteraz inhibitörleri

26. Topikal antibiyotikler (örn. Fusidik asit)

27. Topikal kanama durdurucu ajanlar

28. Vitaminler – Vitamin K (IV-IM), Vitamin B1 (Tiamin)

29. Volüm genişleticiler – Sentetik Nişasta ve Jelatin solüsyonları

30. Hiperamonyemi acil tedavisi için

- Neomisin, Metronidazol, Vankomisin
- Laktuloz, Sodyum Benzoat/Sodyum Fenilasetat (PO, IV)
- L-Arginin, L-Karninin

SORU: Acil serviste hastanın takip ve tedavisinde kullanılan dokümanlar uygun şekilde dolduruluyor mu?

SIRA : 30
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.6.1. Acil serviste hasta gözlem ve takip formları kullanılmalı ve takip formları, fiziki ya da elektronik (SBYS) olarak arşivlenmelidir.

AS.6.2. Hasta gözlem ve takip formlarına hekimin adı soyadı, tarihi, saati, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, verilmiş süresi ve dozunu içerecek şekilde order ve istenen tetkikler yazılmalıdır.

AS.6.3. Hasta gözlem ve takip formlarında ilacın ismi, ilaçların uygulanma zamanı, dozu, uygulama şekli ve uygulayan personelin ismi kayıt altına alınmalıdır.

AS.6.4. İ.V. olarak ilaç/serum infüzyonu uygulanıyorsa verilen ilacın adı, dozu, infüzyon başlangıç saati, verilmiş süresi, hasta ve mayiyi hazırlayanın adı mayi üzerinde belirtilmelidir. (etiket vb.)

AS.6.5. Her vardiya değişiminde acil servis müşahade ve resüsitasyon odalarında bulunan hastaları bir sonraki nöbetçi hekim ve hemşireye hasta başında devredilmeli ve bu işlem kayıt altına alınmalıdır.

AS.6.6. Acil serviste hastalara kullanılan ilaç, malzeme ve hizmetler vb. eksiksiz şekilde SBYS'ye girişi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Acil serviste hasta takip ve gözlem formu kullanılmalıdır. Bu formda hastanın adı soyadı, şikâyet ve hikâyesi, fizik muayene bulguları, ön tanı, istenen tetkikler, yapılan tıbbi girişimsel işlemler, hekim tedavi planı, hekim imza ve kaşesi, hemşire izlem kayıtları ve imzası, müşahade odasına alınış ve çıkış saati bilgilerini içermelidir. Geçmişe dönük gözlem formları istenerek bu formların ne şekilde arşivlendiği sorgulanmalıdır.

Acil serviste müşahade odaları ve varsa yoğun bakımlarında hastaların gözlem ve kayıt formları incelenmelidir. Doktor orderları, hekimin adı soyadı, tarihi, saati, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, verilmiş süresi ve dozu içerecek şekilde verilmesi gerekmektedir.

Özellikle adli vaka kayıtları eksiksiz doldurulmalı, gözlemciler örneklem ile seçtiği adli vaka kayıtlarının eksiksiz tutulduğunu gözlemlemelidir.

Gözlem formlarında hastaya uygulanan ilaçların ismi, uygulanma zamanı, dozu uygulama şekli ve uygulayanın ismi kayıt altına alınmalıdır. Tüm parenteral ilaç uygulamalarında ilacı hazırlayan hemşire, mutlaka uygulamayı da kendisi yapmalı, başkasının hazırladığı ilacı uygulamamalıdır. Değerlendirme esnasında gözlemciler tarafından hekim orderı ile hemşire gözlem ve tedavi

formları karşılaştırılmalı, verilen tedavi ile uygulanan tedavilerin uyumlu olup olmadığı kontrol edilmelidir.

Her vardiya değişiminde hekimler hastalarını bir sonraki nöbetçi hekime devretmelidir. Acil serviste müşahade odasında ve resüsitasyon odasında bulunan hastaların nöbet devirleri sırasında uzman hekim/pratisyen hekim devir notu ve kaşesi ile birlikte devreden ve devralan hekimlerin adı ve devir saati belirtilerek hasta gözlem gözlem formunda kayıt altına alınmalıdır. Aynı işlemler hemşireler tarafından da yapılmalıdır.

Hastaya uygulanan serum infüzyonlarında, mayi üzerinde hastanın ve mayiyi hazırlayanın adı, infüzyon başlangıç saati, veriliş süresi, mayi içerisinde ilaç veriliyorsa ilacın adı ve dozu ve standart bir etiket veya yazı ile yazılmış olup olmadığı, gözlemciler tarafından hastalara ait kayıtlar, formlar ve mayi etiketlemeleri incelenmeli, eksiklikler olup olmadığı değerlendirilmelidir. İçinde ilaç olmayan boş serum infüzyonlarında da yukarıdaki bilgileri içeren etiket kullanılmalıdır.

Gözlemci tarafından, acil servis müşahade odasında yatmakta olan randomize seçilmiş hastaların orderında bulunan ilaç, malzeme ve yapılan işlemlerin SBYS' ye girişinin yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ.

Madde - 71, Hasta tabelasına da, hastalara içerden ve dışarıdan verilen, kullanılan ve uygulanan bütün ilaçlar ve tedbirlerle, gündelik iae maddeleri yazılmalı, tabelada yazılı ilaç, tedavi ve sair tedbirleri hastalara uygulayan hemşireler, uygulama sonuçlarını zamanında ve düzenli olarak hemşire defterine işlemelidir.

Madde - 132/b Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlü olup, hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içirir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

SORU: Acil servisten istenen, uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi ölçülüyor mu?

SIRA : 31
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.7.1. Acil serviste konsültasyonun istem saati ve konsültasyonun gerçekleşme saati SBYS' de tanımlanmalıdır.

AS.7.2 Acil servisten istenen uzman hekim konsültasyon gerçekleştirme süresi mesai içi ve mesai dışı olmak üzere ayrı ayrı ölçülmelidir. Ölçülen konsültasyon gerçekleştirme sürelerinin branş ve uzman hekim esaslı analizi yapılmalıdır.

AS.7.3 Acil servis konsültasyonları en fazla 30 dakika içinde gerçekleştirilmelidir.

AS.7.4. Analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmeli, kontrol edilmeli ve en sorunlu alanlar öncelikli olmak üzere gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AS.7.5. Acil serviste konsültasyona çağrılan uzman hekime SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme mesajı gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Konsültasyonun istendiği ve konsültasyonun gerçekleştiği saat SBYS de tanımlanmalıdır. Gözlemci tarafından acil servise konsültasyon için çağrılan uzman hekimin çağrı saati ve uzman hekimin acil serviste konsültasyonun gerçekleştiği saatlerin kayıt altına alınıp alınmadığı gözlenmelidir.

Konsültasyon istenen her bir hasta için konsültasyonun gerçekleşme süresi SBYS üzerinden ölçülebilmeli, en az aşağıda verilen “Acil Servis Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Takip Tablosu”nda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturularak, aylık olarak takip edilmelidir.

Acil servis konsültasyonlarının en fazla 30 dakika içinde gerçekleştirilip gerçekleştirilmediği gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir. Kırmızı alan konsültasyonları “mavi kod” kapsamında olup yakından takip edilmelidir.

Aşağıdaki tabloda belirtildiği şekilde her bir uzman hekim için mesai içi ve mesai dışı ortalama konsültasyon gerçekleşme zamanı konsültasyonların gerçekleşme sürelerinin ortalaması alınarak ölçülmelidir. Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde analizler branş bazlı, diğer hastanelerde ise branş ve hekim bazlı yapılmalıdır. Aylık yapılan analiz raporları yönetim tarafından değerlendirilmelidir. Yapılan değerlendirme sonrasında uygunsuzluklar ve varsa alınan tedbirler kayıt altına alınmalı, tedbirlerin neler olduğu ve etkinliği gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

Yönetim tarafından konsültasyon istenen ancak gerçekleşmeyen konsültasyonların takibi de periyodik aralıklarla yapılmalıdır.

Acil Servis Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Takip Tablosu							
Branş	Hekim Adı Soyadı	OCAK		ŞUBAT		TOPLAM	
		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi	
		Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı
A Branşı	X Hekim						
A Branşı	Y Hekim						
A Branşı	.....					
A Branşı Toplam							
B Branşı	Z Hekim						

B Branşı	Q Hekim						
B Branşı	.....					
B Branşı Toplam							
.....						
.....						
.....						
GENEL TOPLAM (A BRANŞI+B BRANŞI +....)							

Acil Servis Konsültasyon Gerçekleşme Süresi Takip Tablosu (Eğitim ve Araştırma Hastaneleri için)						
Klinik/Branş	OCAK		ŞUBAT		TOPLAM	
	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi	
	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı	Mesai İçi	Mesai Dışı
A Kliniği/Branşı						
B Kliniği/Branşı						
.....						
.....						
.....						
GENEL TOPLAM (A BRANŞI+B BRANŞI +....)						

Acil serviste konsültasyona çağrılan uzman hekime SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme mesajı gönderilmelidir.

Örnek;

“Sayın Dr., 3. Acil polikliniğinden (işlem no: 14082015) adlı hasta için konsültasyon talebi vardır, tarafınızdan ivedilikle değerlendirilmesi ve sistem üzerinde sonuçlandırılması rica olunur. HASTANESİ ACİL SERVİS”

Gözlemciler, SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı” nın oluşturulup oluşturulmadığını, aylık olarak konsültasyon gerçekleşme süresinin mesai içi ve dışı olmak üzere ölçülüp ölçülmediğini, konsültasyona çağrılan uzman hekime bilgilendirme mesajı gönderilip gönderilmediğini değerlendirmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ (2018)

MADDE 12-

(15) Konsültasyonlar, mevcut olması halinde acil servis nöbetçisi ve Mesai Kaydırma veya Vardiya Branş Polikliniği olarak açık olan branş polikliniklerinde görev yapan acil branş nöbetçisi tabip tarafından, olmadığı durumlarda konsültasyon nöbet listesinde olan tabipler tarafından yapılır. Konsültasyonların çabuklaştırılması için tüm konsültasyonlar hastane bilgi sistemi üzerinden tabiplere kayıtlı mesaj sistemi ile yapılır ve süreleri takip edilir. Konsültasyon süreleri aciliyetine göre en fazla 30 dakikadır. Kırmızı alan konsültasyonları “mavi kod” kapsamında olup yakından takip edilir. Konsültan tabibin hastayı tekrar görme isteği ve hasta için istenen yeni talepler, hastanın tanı ve yatış sürecini geciktirmemelidir. Konsültan tabipler kendi branşı ile ilgili net öneride bulunmalıdır. Konsültan tabibin istediği ve acil servisin rutininde çalışılabilen tetkik sonuçları çıktıktan sonra hastayı beklemeksizin yeniden değerlendirir. Acil tabibi ihtiyaç halinde sonuçlar çıkmadan da konsültasyon talep edebilir. İlk yapılan konsültasyonda konsültan tabip eksik gördüğü tetkikleri ve müdahaleleri talep edebilir; mutlak yapılması gereken diğer branş konsültasyonlarını da talep edebilir. Yatış kararı verilmiş, fakat diğer kliniklerin mutlak müdahale etmesi gereken elzem durumlar dışında görüşlerini almak isteyeceği konsültasyonlar hastanın kliniğe yatışı yapıldıktan sonra yapılır.

(16) Konsültasyon, acil veya icapçı nöbetçi tabip listelerinde ismi belirtilen tabibe ulaşılamaması veya bir başka hasta ile meşgul olması durumlarında, ilgili listede ismi bulunan sıralı nöbetçi tabip çağrılır. Nöbete veya vakaya çağrılan tabip davete icabet etmekle zorunludur. İcapçı tabip davete mazeretsiz olarak icabet etmediğinde hakkında idari işlem başlatılır ve nöbet ücretleri kesilir.”

SORU: Acil serviste istenen tetkiklerin gerçekleşme süreleri ölçülüyor mu?

SIRA : 32
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.8.1. Hastanın hemogram istem zamanı ile hemogram sonucunun onaylandığı zaman arasındaki süre ölçülmelidir.

AS.8.2. Hastanın biyokimya istem zamanı ile biyokimya (Glukoz, Na, K, Cl, BUN Kreatinin, Amilaz, SGOT, SGPT, Direkt-İndirekt Bilirubin, TİT) sonucunun onaylandığı zaman arasındaki süre ölçülmelidir..

AS.8.3. Hastanın USG istem zamanı ile USG raporunun onaylandığı zaman saat arasındaki süre ölçülmelidir.

AS.8.4. Hastanın BT istem zamanı ile BT raporunun onaylandığı zaman arasındaki süre ölçülmelidir.

AS.8.5. Hastanın direkt grafi istem zamanı ile direkt grafi çekilme zamanı arasındaki süre ölçülmelidir.

AS.8.6. Acil serviste istenen tetkiklerin gerçekleşme süreleri, SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AS.8.7. Acil servisten istenen laboratuvar testlerinin sonuçlarının çıkmış olduğu bilgisi bekleme alanında bulunan ekrandan hastaya bildirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Acil serviste en sık istenen tetkiklerin gerçekleşme süreleri ölçülmeli, en az aşağıda verilen “Acil Servis Ortalama Tetkik Sonuç Verme Süreleri Takip Tablosu”nda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” oluşturularak aylık olarak takip edilmelidir. Bu sürelerin ölçülebilmesi için hastadan tetkikin istendiği saat ile tetkikin gerçekleştiği ve sonucun onaylandığı saatin SBYS’de tanımlı olması gerekmektedir. Direkt grafi işlemi için çekimin gerçekleştiği saat, diğer tetkikler için ise sonucun onaylandığı saat dikkate alınmalıdır. Acil serviste bu verilerden faydalanarak, aşağıda örnekteki şekilde tetkik sonuç verme süreleri ölçülmelidir.

Örnek hemogram sonuç verme süresi hesaplama;

En az ayda bir defa acil serviste herhangi bir günde hemogram istemi yapılanlardan sıralı olarak geriye doğru seçilen 100 hasta sistemden çekilerek ortalaması alınmalıdır (birbirini takip eden 100 hemogram işleminin sistemden sonucun onaylandığı saat ve istem zamanı farkı hesaplanmalı, en düşük ve en yüksek %10 rakam iptal edilerek kalan %80’in ortalaması alınmalıdır).

Yukarıda belirtilen her bir tetkik için bu hesaplamalar yapılmalı ve aşağıda belirtilen tablodaki gibi aylık olarak sonuç verme süreleri takip edilmelidir. Sağlık tesisi tarafından asgari olarak tabloda belirtilen tetkiklerin ölçümü yapılmalı, yönetim gerek gördüğünde diğer tetkiklerin de ortalama sonuç verme süresini ölçülebilir.

Acil Servis Ortalama Tetkik Sonuç Verme Süreleri Takip Tablosu*				
TETKİK ADI	OCAK	ŞUBAT	YILLIK ORTALAMA
Ortalama hemogram sonuç verme süresi				
Ortalama biyokimya sonuç verme süresi				
Ortalama USG sonuç verme süresi				
Ortalama BT sonuç verme süresi				
Ortalama direkt grafi gerçekleşme süresi				
Diğer				

**İlgili ayda tetkik sonuç verme süresi tetkikin istem tarihine göre hesaplanacaktır.*

Acil servisten istenen laboratuvar testlerinin sonuçlarının çıkmış olduğu bilgisi bekleme alanında bulunan SBYS ile entegre çalışan hasta bilgilendirme ekranından aşağıda belirtildiği veya benzer şekilde bildirilmelidir.

HASTA ADI	TETKİK SONUCU
.....	Sonucunuz çıkmıştır.
.....	Tetkikiniz halen çalışılmaktadır.

Gözlemciler, SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığını, aylık olarak acil servisten istenen tetkiklerin sonuç verme sürelerinin ölçülüp ölçülmediğini ve tetkik sonucu ile ilgili bekleme alanında bulunan hasta bilgilendirme ekranından bilgilendirme yapılıp yapılmadığını değerlendirmelidir.

SORU: Acil serviste güvenlik hizmeti veriliyor mu?

SIRA : 33
BÖLÜM ADI : ACİL SERVİS
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AS.9.1. Güvenlik hizmeti acil servis girişine hâkim, uygun alanda konumlandırılmalı ve güvenlik personeli ile 24 saat hizmet verilmelidir.

AS.9.2. Kamera sistemi acil servis giriş ve çıkışları da dahil olmak üzere hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki tüm alanları kapsamlı, izlenemeyen kör nokta bulunmamalı ve kamera kaydı ses kaydında içermelidir.

AS.9.3. Acil servis hastane içi geçiş kapıları kontrollü kapı olmalı ve acil serviste görev yapan personelin yetkili geçiş şartları tanımlanarak sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Acil serviste güvenlik hizmetinin 24 saat süreyle acil girişine hâkim, uygun alanda verilip verilmediği değerlendirilmelidir. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenmelidir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulmalıdır.

Acil servislerin ana giriş ve hastane içi geçiş kapıları acil servis hastaları ve buralarda görevli personeller haricinde hiçbir şekilde kullanılmamalıdır. Acil servislerin hastane içi geçiş kapıları kontrollü kapı olmalı ve acil serviste görev alabilecek tanıma sahip yetkili geçiş şartları tanımlanarak sağlanmalıdır. Acil servislerde görevli güvenlik personelleri için uygun konum ve sayıda güvenlik bankosu bulunmalıdır. 2. ve 3. seviye acil servis girişinde veya yakın konumda 24 saat hizmet vermesine uygun polis odası oluşturulmalıdır. Acil müracaat sayısı fazla olan acil servislerde, hasta yoğunluğunun olduğu saatlerde güvenlik personeli sayısı artırılmalıdır. Güvenlik kameraları, hastaların muayene edilmeleri veya girişimsel işlemleri sırasında mahremiyetlerini ihlal edecek şekilde konumlandırılmamalıdır. Mahremiyet gözetildikten sonra acil servislerde güvenlik kamerası ile izlenemeyen kör nokta bulunmamalıdır. Güvenlik kamerasıyla izleme sistemi ses kaydını da içermeli ve en az 2 ay süre ile saklanmalıdır. Gözlemciler tarafından 2 ay öncesine ait kayıtlar izlenerek kayıt süresi değerlendirilmelidir. Geçmişe yönelik acil servis kamera kayıtları gece saatlerini içerecek şekilde değerlendirilerek acil servisin aydınlatma, güvenlik, karşılama ve taşıma hizmetleri de kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

MADDE 10 – “(1) Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerinde gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtasıyla ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteğiyle sağlanır. Güvenlik kameraları, hastaların muayene edilmeleri veya girişimsel işlemleri sırasında mahremiyetlerini ihlal edecek şekilde konumlandırılmaz. Mahremiyet gözetildikten sonra acil servislerde güvenlik kamerası ile izlenemeyen kör nokta bulunamaz. Güvenlik kamerasıyla izleme sistemi ses kaydını da içerir ve en az 2 ay süre ile saklanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servislerin ana giriş ve hastane içi geçiş kapıları acil servis hastaları ve buralarda görevli personeller haricinde hiçbir şekilde kullanılmaz. Acil servislerin hastane içi geçiş kapıları kontrollü kapı olmalı ve acil serviste görev alabilecek tanıma sahip yetkili geçiş şartları tanımlanarak sağlanmak zorundadır. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır.”

SERVİS HİZMETLERİ

SORU: Yataklı servis konsültasyon hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenlemeler yapıyor mu?

SIRA : 34
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

- S.1.1.** Yataklı servislerde konsültasyon istem saati ve konsültasyon gerçekleşme saati SBYS' de tanımlanmalıdır.
- S.1.2.** Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajı SMS vb. yöntemler ile gönderilmelidir.
- S.1.3.** Servislerde istenen konsültasyon sürelerinin branşa göre aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmeli ve gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA :

Yataklı servislerde konsültasyon istem saati ve konsültasyon gerçekleşme saati SBYS tarafından kayıt altına alınabilmelidir.

Servislerde konsültasyon istenen hekime SMS vb. yöntemler ile uyarı mesajı gönderilmelidir. Örneğin;

“Sayın Dr., Dahiliye servisinde yatan (işlem no: 14082015) adlı hasta için konsültasyon talebi vardır, tarafınızdan değerlendirilmesi ve sistem üzerinden sonuçlandırılması rica olunur. HASTANESİ DAHİLİYE SERVİSİ”

Gözlemci tarafından servise konsültasyon için çağrılan uzman hekimin çağrı saati ve uzman hekimin ilgili serviste konsültasyon gerçekleştirme saatinin SBYS üzerinde kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Her bir hasta için konsültasyon gerçekleşme süresi ölçülmeli, ölçülen sürelerin ortalaması alınarak aşağıdaki tabloda belirtildiği şekilde aylık olarak her bir hekim ve branş için konsültasyon gerçekleşme zamanı takip edilmelidir. Sonuçlar yönetim tarafından değerlendirilmelidir. Yapılan değerlendirme sonrasında uygunsuzluklar varsa alınan tedbirlerin neler olduğu ve etkinliği de gözlemciler tarafından gözden geçirilmelidir.

Yönetim tarafından konsültasyon istenen ancak gerçekleşmeyen konsültasyonların takibi de periyodik aralıklarla yapılmalıdır.

Servisler Arası Konsültasyon Gerçekleşme Süresi				
Branş	Hekim Adı Soyadı	OCAK	ŞUBAT	TOPLAM
		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi
A Branşı	X Hekim			
A Branşı	Y Hekim			
A Branşı	.....		
A Branşı Toplam				
B Branşı	Z Hekim			
B Branşı	Q Hekim			
B Branşı	.....		
B Branşı Toplam				
.....			
.....			
GENEL TOPLAM (A BRANŞI+B BRANŞI +...)				

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Servis Şef ve Uzmanlarının Görev ve Yetkileri:

Madde 114 – Servis şef ve uzmanları: b) Her ne zaman olursa olsun şubelerinde çıkan önemli ve acil vakalar nedeniyle kurumca kendilerine yapılan davete gelmek ve gereken muayene ve tedaviyi yapmakla yükümlüdürler. Herhangi bir hasta hakkında konsültasyon için diğer şubelerden gelen davetleri kabul ve görüşlerini bildirmek zorundadırlar. Aynı şubeden birçok uzman bulunan kurumlarda bu çeşit hizmetler baştabibin düzenleyeceği sıraya göre nöbetleşe yapılır.

SORU: Sağlık tesisinde yatak kullanımının takibi ve analizi yapıyor mu?

SIRA : 35
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.2.1. Sağlık tesisinde yataklı servis hizmetlerine ait veriler aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisleri yatak kullanımlarını aşağıdaki tablo örnek alınarak SBYS üzerinden oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip etmelidir.

Yataklı Servis İstatistikleri Takip Tablosu								
YIL:					AY:.....			
SERVİS	Yatak Sayısı	Toplam Yatan Hasta Sayısı	Taburcu Olan Hasta Sayısı	7 Gün İçinde Aynı Kliniğe/Servise Yeniden Yatan Hasta Sayısı	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Hemşire Sayısı	Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı
Genel Cerrahi								
KBB								
Ortopedi								
.....								
.....								
.....								
TOPLAM								

Bünyesinde palyatif bakım hizmeti sunan sağlık tesisleri ilgili serviste aşağıdaki tablo örnek alınarak SBYS üzerinden oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak verileri takip etmelidir.

Palyatif Bakım İstatistikleri Takip Tablosu																	
OCAK 20.....																	
Yatak Sayısı	Hemşire Sayısı	Yatan Hasta sayısı	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	Yatış gün sayısı	Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	Bası Yarası Gelişen Hasta Sayısı	Palyatif Bakım Sertifikalı Hemşire Sayısı	Hasta Kabul Şekli				Eğitim Verilen Hasta Refakatçisi Sayısı (Bireysel ve grup eğitimleri)	Taburcu Sayısı	Eyde Sağlık Birimine Devredilen Hasta Sayısı	Yoğun Bakıma Devredilen Hasta Sayısı	Ex Sayısı
									Yoğun Bakımlardan	Diğer Palyatif Bakımlardan	Eyden	Bakım Evinden					

Gözlemciler, SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı” nın oluşturulup oluşturulmadığını, aylık olarak yataklı servis istatistiklerinin takip edilip edilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Yatışı yapılan her hastanın (günübirlik yatışı yapılan hastalar ve gebeler hariç) nutrisyon değerlendirilmesi yapılıyor mu?

SIRA : 36
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.3.1. Yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu değerlendirilmeli, ilgili form doldurulmalı (NRS 2002 formu gibi.) ve SBYS’ye tanımlanmalıdır.

S.3.2. Nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara, Nutrisyon Destek Ekibi tarafından nutrisyon desteği sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastanelerde Nutrisyon Destek Ekibinin oluşturulup oluşturulmadığı kontrol edilmelidir. Yatışı yapılan her hastanın (günübirlik yatış ve gebeler hariç olmak üzere) beslenme durumu değerlendirilmelidir. 18 yaş üzeri yetişkin hastalar için NRS 2002 formu, çocuk ve yenidoğanlar için ise çocuk hekiminin Nutrisyon ekibi ile birlikte belirleyeceği formlar kullanılmalıdır. Formlar SBYS de tanımlanmalıdır.

Nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara, Nutrisyon Destek Ekibi tarafından nutrisyon desteği sağlandığına dair kayıtlar incelenmelidir. Formun ilk aşamasının hemşire/hekim, ikinci aşamasının Nutrisyon Destek Ekibi tarafından değerlendirildiğine dair kayıtlar görülerek değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde doğan yenidoğanlar için aileye yeni doğan tarama testleri vb. konularda bilgilendirme yapılıyor mu?

SIRA : 37
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.4.1. Sağlık tesisinde doğan yenidoğanlar için aileye yenidoğan tarama testleri, periyodik muayeneler ve bağışıklama programı hakkında SMS ile bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde doğan yenidoğanların ailesine aşağıdaki örnekte belirtildiği şekilde bilgilendirme yapılmalıdır. Sağlık tesisi tarafından yenidoğanın ailesine gönderilecek olan SMS lerde kişisel verilerin korunması kapsamında yenidoğan ya da anne adı ve soyadı belirtilmemelidir.

Örnek SMS;

“Bebeginizin fenilketonüri, doğuştan kalça çıkığı muayenesi, görme testi, işitme testi vb. yenidoğan tarama testleri ve periyodik muayenelerinin belirli zaman diliminde yapılması gerekmektedir. Periyodik muayeneler ve aşıları için en kısa sürede aile hekiminize başvurunuz.”

KAYNAK:

AÇS/AP Genel Müdürlüğünün Neonatal Tarama Programı Genelgesi 2006 / 130 ve Ekleri

Konjenital Hipotiroidi, yenidoğan döneminde en sık karşılaşılan endokrinolojik sorundur. Tiroid bezinin gelişimsel hatalarından, tiroid hormon biosentezi ve tiroid bezinin regülasyonunda doğuştan gelen bozukluklardan kaynaklanan tiroid hormon yetersizliği ile karakterize klinik bir durumdur. Prevalans ırk ve etnik yapıya göre değişmekle birlikte dünya genelinde 3500-4000 canlı doğumda birdir. Ülkemizde yürütülen bir insidans çalışmasında ise kalıcı Konjenital Hipotiroidi sıklığı 3344 canlı doğumda bir bulunmuştur. Tedavi edilmeyen vakalarda ciddi zeka geriliği ve asimetrik küçüklük ortaya çıkar. Erken teşhis yapılmaz ise kalıcı zeka geriliği kaçınılmazdır. Fenilketonüri(FKU) kalıtsal metabolik bir hastalıktır. Hastalıkta bir protein yapıtaşı olan fenilalanin metabolize edilemez, kanda birikir ve geriye dönüşümsüz beyin hasarı yaratır. Erken tanımlanıp tedavi edilmediği takdirde kaçınılmaz sonuç ağır zihinsel geriliktir. Türkiye, Fenilketonüri hastalığının en sık görüldüğü ülkelerden biridir (Türkiye’de; 1 / 4500). Türkiye’de sık görülme nedenlerinden birisi akraba evliliklerinin oranının yüksek olmasıdır. Yapılan her 4 evlilikten biri akraba evliliğidir ve akraba evlilikleri en çok (p) birinci dereceden akrabalar arasında gerçekleşmektedir. Her yıl ülkemizde tahminen 300 çocuk FKU’lü olarak doğmaktadır. Türkiye’de her 100 kişiden 4’ü FKU taşıyıcısı durumundadır. Hastalığın erken tanısı ve uygun diyet tedavisi ile zeka geriliği önlenir. Bakanlığımızın sorumluluğunda üniversitelerin desteğiyle 1987 yılında 22 ilde, 1993 yılında tüm Türkiye genelinde Fenilketonüri tarama programı başlatılmış ve başarı ile yürütülmektedir. Fenilketonüri Tarama Programı’na Konjenital Hipotiroidi hastalığı dahil edilerek Neonatal Tarama Programı başlatılmıştır.

Yenidoğan Tarama Programı Genelge 2014/7

Ülkemizde yılda yaklaşık 1.270.000 bebek doğmakta ve bu bebeklerin binde 7.4 ü bir yaşına gelmeden ölmektedir. Ülkemizde bebek ve çocuk ölümünü önlemeye yönelik yürütülen çalışmalar sonucunda yıllar içinde çocuk ölümleri azalmış, çocuk sağlığını tehdit eden diğer sorunlar öne çıkmıştır. Bu hastalıklardan korunulabilir olanların yaratacağı olumsuzlukları önlemek de artık çocuk sağlığı konusunda öncelikli sağlık hizmetlerinden biridir. Yenidoğan

Tarama Programı içinde yer alan konjenital hipotiroidi, fenilketonüri ve biyotinidaz eksikliği hastalıklarının taranması, bu kapsamdaki koruyucu sağlık hizmetlerinin en önemlilerindedir.

663 sayılı Sağlık Bakanlığı ve Bağlı Kuruluşlarının Teşkilat ve Görevleri

Hakkında Kanun Hükmünde Kararname ile yenidoğan Tarama programı Türkiye Halk Sağlığı Kurumu Bulaşıcı Olmayan Hastalıklar Programlar ve Kansere Başkan Yardımcılığı Çocuk ve Ergen Sağlığı Daire Başkanlığı koordinatörlüğündede yürütülmektedir. Bu görev kapsamında her bebeğin taranması, tarama sonuçlarına göre bebeklerin ilgili kliniğe yönlendirilmelerinin takibi ve programın izleme ve değerlendirilmesi ile sürdürülebilirliğinin sağlanması yer almaktadır.

Yenidoğan İşitme Taraması Ünitelerinin Kurulması ve Faaliyetleri Hk. Yönerge Md. 4, a bendi.

SORU: Hemşire tarafından hastanın bakım ihtiyaçları değerlendiriliyor mu?

SIRA : 38
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.5.1. Servise yatışı yapılan hastalara hemşire tarafından hastanın hastaneye yatmasını izleyen ilk 4 saat içinde uygun veri toplama aracı ile (hemşirelik hasta ön değerlendirme formu, hemşirelik öyküsü formu vb.) değerlendirme (fiziksel değerlendirme, sistem değerlendirmesi) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

S.5.2. Hastanın tedavi sürecinde, günlük değerlendirmesi yapılarak ihtiyacına yönelik tüm bakımları yapılmalı ve hasta dosyasına kaydedilmelidir. (Genel vücut bakımı, saç bakımı, göz bakımı, ağız bakımı, ayak bakımı, perine bakımı, ağrı değerlendirme, bası yarası takibi ve bakımı, ruhsal durum değerlendirme, beslenme, periferik damar yolu bakımı, santral venöz kateter bakımı, stoma bakımı, trakeostomi bakımı, endotrakeal tüp bakımı vb.)

AÇIKLAMA:

Servise yatışı yapılan hastalara hemşire tarafından hastanın hastaneye yatmasını izleyen ilk 4 saat içinde uygun veri toplama aracı ile değerlendirme yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bu değerlendirme aracı ile hastanın demografik bilgileri, iletişim bilgileri, sağlık özgeçmişi ve aile öyküsü verileri toplanmalı, fiziksel, ruhsal ve sosyal değerlendirme, sistem değerlendirmeleri yapılmalıdır. Bu değerlendirmeler yapılırken bası yarası riski değerlendirme ölçeği, düşme riski değerlendirme ölçeği, ağrı ölçeği vb. çeşitli değerlendirme ölçeklerinden faydalanılabilir. Değerlendirmeyi yapan hemşire değerlendirme tarih, saat, ad, soyad ve imza/paraf bilgilerini ilgili forma kaydetmelidir.

Hemşire hastanın yatışı yapıldığında elde ettiği veriler ve doktor orderına dayanarak hastanın ihtiyacına uygun bakım planını düzenlemeli ve uygulamalıdır. Bu bakımlar genel vücut bakımı, saç bakımı, göz bakımı, ağız bakımı, ayak bakımı, perine bakımı, ağrı değerlendirmesi, bası yarası takibi ve bakımı, ruhsal durum değerlendirmesi, beslenme, periferik damar yolu bakımı, santral venöz kateter bakımı, stoma bakımı, trakeostomi bakımı, endotrakeal tüp bakımı vb. dir. Ayrıca bu bakımlara ek olarak bası yarası riski olan hastaya pozisyon verilmesi, düşme riski olan hastaya bu riski azaltıcı eğitim verilmesi gibi uygulamalar da bu bakım planında yer almalı ve kayıtları tutulmalıdır.

Gözlemciler servise yatışı yapılan hastanın genel bakımları, bası yarası takibi, ağrı ve ruhsal durumunun hemşireler tarafından değerlendirilip, hasta dosyasına kayıt edilip edilmediğini hasta dosyası ve ilgili formlar üzerinden değerlendirmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :Madde 132:

a) Kuruma yatırılan hastanın tüm ihtiyaçlarını göz önünde bulundurmak suretiyle ruhsal, duygusal ve genel alışkanlıklarını değerlendirir. Moral gücünü olgunlaştırıcı gerekli ortamı ve güveni sağlar. Hastaları tabiplerce yapılacak muayene ve tedaviye hazırlar.

b) Hastaların tedavisi için gerekli bütün kayıt, bakım ve tedavi uygulamalarını meslekleri dâhilinde ve tabiplerin tariflerine göre yapmak göreviyle yükümlüdürler. Hastaların ilaçlarını, içten ve dıştan olduğuna göre bizzat içerir ve tatbik ederler, enjeksiyonları yaparlar ve bunları hemşire notuna miktar ve zaman belirterek kaydedip imzalarlar.

Sık sık kontrolü icab eden hastalarla ameliyatlı hastaları belirli zamanlarda yoklar ve bunlara ait ilaçları verir, yemeklerinin de usulüne uygun verilmesini sağlar. Kendilerine bırakılan pansuman ve tedavileri bizzat yaparlar. Nöbeti devrederken bu gibi hastalar hakkında yapılacak işleri yeni nöbetçi hemşireye verirler.

HEMŞİRELİK YÖNETMELİĞİ (2010):

Madde 6: Hemşireler;

a) Her ortamda bireyin, ailenin ve toplumun hemşirelik girişimleri ile karşılanabilecek sağlıkla ilgili ihtiyaçlarını belirler ve hemşirelik tanılama süreci kapsamında belirlenen ihtiyaçlar çerçevesinde hemşirelik bakımını kanıta dayalı olarak planlar, uygular, değerlendirir ve denetler.

b) Verilen hemşirelik bakımının kalitesini ve sonuçlarını değerlendirir, hizmet sunumunda bu sonuçlardan yararlanarak gerekli iyileştirmeleri yapar ve sonuçları ilgili birime iletir.

e) Tıbbî tanı ve tedavi girişimlerinin hasta üzerindeki etkilerini izler, istenmeyen durumların oluşması halinde gerekli kayıtları tutarak hekime bildirir ve gerekli önlemleri alır.

SORU: Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?

BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.6.1. Servise yatışı yapılan hastalara hekim tarafından değerlendirme (anamnez, fizik muayene) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

S.6.2. Hastanın hekim tarafından yapılan günlük takipleri ve tıbbi değerlendirmeleri kayıt altına alınmalıdır.

S.6.3. Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içeren order verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Servise yatışı yapılan hastaların hekimi tarafından değerlendirilmesi (anamnez, fizik muayene) yapılmalı, değerlendirmeye ait kayıtlar incelenmelidir.

Hastanın her 24 saatte bir hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirme ve günlük takiplerinin hasta dosyasında kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Hasta dosyalarında hekim orderlerindeki bilgilerde (ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı, kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve hekim adı soyadı, kaşesi) eksiklik olup olmadığı değerlendirilmelidir.

E-imza kullanılması haricinde SBYS üzerinden verilen orderların çıktısı alınmalı ve bu çıktılar orderı veren hekim tarafından imzalanmalı ve kaşelenmelidir.

Günlük değerlendirmeler tarih ve saat belirtilerek kayıt altına alınmalıdır.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Madde 71: Hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri (gözlem) ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır.

Madde 72: Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir. Müşahedesini ilgili tabipler tarafından 24 saat içinde tamamlanır. Tabiplerden başka kimse müşahede alamaz. Müşahedeler okunaklı ayrıntılı olarak yazılır. Müşahedelerin vaktinde usulüne uygun alınıp alınmadığını hastane baştabipleri kontrol eder.

SORU: Servise yatan hastalara hemşire tarafından bilgilendirme yapılıyor ve gerekli eğitimler veriliyor mu?

SIRA : 40
BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.7.1. Hastanın servise kabulünde hasta/hasta yakını aşağıdaki konularda bilgilendirilmelidir:

- Hasta odası, yatak başı hemşire çağrı sistemi ve yatak kullanımı,
- Kahvaltı ve yemek saatleri,
- Hasta ve yakınının uyması gereken kuralları,
- Ziyaret saatleri ve kuralları,
- Telefon kullanımı,
- Tuvalet-banyo kullanımı,
- Tuvalet-banyo hemşire çağrı sistemi kullanımı
- Hekimin vizit saatleri

S.7.2. Servislere yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı SMS ile gönderilmelidir.

S.7.3. Yatan hastalara tedavi sürecinde aşağıdaki konularda eğitim verilmelidir:

- Kullanacağı ilaçlar,
- Düşme riski,
- Tıbbi cihazların kullanımı,
- Doğum servisinde emzirme eğitimi, anne sütü ve yenidoğan bakımı,
- Beslenme, egzersizler,
- El hijyeni
- Sigara kullanan hastalara sigarayı bırakma tavsiye eğitimi vb.

S.7.4. Hasta ve yakınlarına genel sağlık ve taburculuk sonrası bakım hakkında bilgi verilmelidir:

- İlaç uygulamaları; ilaçların isimleri, kullanım saatleri ve sıklığı, özellikli kullanımlarına yönelik açıklamalar (yemekten önce, sonra vb.), olası yan etkileri,
- Diyet ve beslenme biçimi,
- Doğum servisinde üreme sağlığı ve yenidoğan taramaları,
- Egzersiz ve aktiviteler,
- Muhtemel komplikasyonlar ve özel uyarılar,
- Kişisel bakım ve temizlik, yara bakımı (pansumanı),
- Kontrol tarihi, yeri, acil durumlarda başvurabileceği telefon vb.

S.7.5. Hasta dosyasında eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastanın servise yatışıyla birlikte gerekli bilgilendirmelerin hasta dosyasındaki kayıtlardan ve hasta ve hasta yakınlarından bilgi alınarak yapıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Servise yatışı yapılan hastalara hastane kurallarını belirten hatırlatma mesajı içerik örneği aşağıda belirtilmiştir.

“Sayın hastamız,

Hastanemize hoş geldiniz. Doktor ve klinik hemşireleri size sağlık durumunuz ve hastane yatış süreci ile ilgili bilgilendirmede bulunacaktır. Daha önce geçirmiş olduğunuz rahatsızlık ve ameliyat, kullandığınız ilaç, varsa alerji durumu ve beklenmedik gelişmeleri bildiriniz. Hemşirenin bilgisi dışında dışarıdan ilaç getirmeyiniz, kliniğinizden ayrılmayınız. Çalışanlarımızca kolunuza takılan kimlik bilekliklerinizi güvenliğiniz için taburcu olana kadar kolunuzdan çıkarmayınız. Ziyaret saatleri hafta içi 13:30 – 14:30 / 17:30-18:30 ve hafta sonu 13:30-14:30 dur. Hasta odasında yiyecek, içecek ve canlı çiçek bulundurmuyunuz. Öneri ve dileklerinizi hastanemizde bulunan dilek ve öneri kutularına bırakabilirsiniz. Kurallara uymanızı hatırlatır, en kısa zamanda sağlığınıza kavuşmanızı dileriz.”

Servise yatan hastaların kişisel verilerinin korunması kapsamında doğru hastaya doğru SMS in gönderilmesi için hastanın iletişim bilgilerinin güncel olması esastır. Bu nedenle hasta kayıta her yatan hastanın özellikle telefon numarası bilgisinin teyit edilmesi gerekmektedir.

Hastaya yatış sürecinde verilmesi gereken eğitimlerin yapılıp yapılmadığı, hasta dosyasındaki verilen eğitim kayıtlarından ve hasta ve hasta yakınları ile görüşülerek değerlendirilmelidir. Gözlemci, taburculuğu yapılan hasta ve hasta yakınları ile görüşerek verilmesi gereken bilgilendirmelerin yapılıp yapılmadığını hasta dosyasındaki kayıtlar incelenerek değerlendirmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ

Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :

Madde 132 –

c) Hastalara iyi muamele etmek, onların dertlerini dinlemek, teselliye muhtaç olanları ve ameliyat heyecanı içinde bulunanları teselli ve teskin etmek, sağlık eğitimi konusunda bilgi vermek hemşirelerin esas görevleridir.

SORU: Epikriz eksiksiz dolduruluyor mu?

SIRA : 41

BÖLÜM ADI : SERVİS HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

S.8.1. Epikriz her hastaya eksiksiz doldurulmalı ve bir nüshası hastaya verilmelidir.

Epikrizde;

- Yatış sebebi, tanılar ve eşlik eden hastalıklar,
- Önemli fiziksel ve diğer bulgular,

- c) Uygulanan diagnostik ve iyileştirici işlemler,
- d) Taburcu sonrası kullanacağı ilaçlar,
- e) Taburcu edilme esnasındaki sağlık durumu,
- f) Hastanın taburculuğu sonrası bakımına yönelik bilgilendirme /planlama,
- g) Taburcu olan anneye; yenidoğan bakımı, yenidoğan taramaları, anne sütü, üreme sağlığı ile ilgili verilen eğitim kayıtları ve
- ğ)Sağlık tesisinin iletişim bilgileri bulunmalıdır.

S.8.2. Taburcu olan hastanın dosyasında, epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Taburcu edilmiş hasta dosyası üzerinden epikriz formu incelenmeli, yukarıda belirtilen tüm unsurların eksiksiz olarak doldurulmuş olması durumunda olumlu olarak değerlendirilmelidir. Taburcu olan hasta dosyalarında epikrizin hastaya verildiğine dair hasta veya yakınının imzası aranmalıdır.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:

Madde 76:Taburcu edilen hastalara amaca uygun bir epikriz verilmesi gerekir.

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ

Madde 24:Sağlık kurum ve kuruluşlarında yatarak tedavisi tamamlanan hastaya, genel sağlık durumu, ilaçları, kontrol tarihleri, diyet ve sonrasında neler yapması gerektiği gibi bilgileri içeren taburcu sonrası tedavi planı sağlık meslek mensubu tarafından sözel olarak anlatılır. Daha sonra bu tedavi planının yer aldığı epikrizin bir nüshası hastaya verilir.

YOĞUN BAKIM HİZMETLERİ

SORU: Yoğun bakım hizmetlerinin iyileştirilmesine yönelik düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 42
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.1.1. 2 nci ve 3 ncü seviye yoğun bakımlara ait istatistiki veriler SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

YB.1.2. Yoğun bakım hastalarının ortalama yatış süreleri ile en uzun ve en kısa yatış sürelerinin 3 aylık analizi yapılarak yönetimle paylaşılmalıdır (3. seviye yoğun bakımlarda değerlendirilecektir).

YB.1.3. Yoğun bakıma yatışı yapılan hastalara hastalık şiddeti skorlaması yapılmalı, beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları hesaplanmalıdır. (2. ve 3. seviye yoğun bakımlarda değerlendirilecektir.)

YB.1.4. Sağlık tesisinde bulunan tüm yoğun bakımlarda gerekli durumlarda sosyal çalışmacı’dan “Sosyal Hizmet Birimi Konsültasyon Formu” doldurularak destek alınmalıdır.(Sosyal Çalışmacı bulunan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir.)

YB.1.5. Yoğun bakımda bulunan hastaların nöbet devirleri sırasında devreden ve devralan hekim adı soyadı/kaşesi ile devir tarih ve saati belirtilerek yoğun bakım hasta gözlem/takip formunun imzalanması suretiyle kayıt altına alınmalıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin vardiya/nöbet devirleri de benzer şekilde yapılmalıdır.

YB.1.6. Yoğun bakımlardan servise taburcu olacak hasta var ise, servise başka hastanın yatırılmamasını sağlayan öncelikli yatış sistemi oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

2 nci ve 3 ncü seviye erişkin yoğun bakımların istatistiki verileri en az aşağıdaki tabloda belirtilen bilgileri içerek şekilde SBYS üzerinden oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

Yoğun Bakım İstatistikleri Takip Tablosu*

OCAK 20.....																			
YOĞUN BAKIMLAR	Yatak Sayısı	Hemşire Sayısı	Yatan Hasta sayısı	Yatak Doluluk Oranı	Yatak Devir Hızı	48 saat içinde Yeniden Yatan Hasta Sayısı	Hemşire Başına Düşen Hasta Sayısı	Hasta Kabul Sayıları			Taburculuk Şekli					Ventilatör Tedavisi Uygulanan Hasta Sayısı			
								Acil Servisten	Diğer Servislerden	Dış Merkezden	Taburcu Olan Hasta Sayısı	Sevk **			Servise Transfer Edilen Hasta Sayısı		Ex Olan Hasta Sayısı	İnvaziv	Non invaziv
												Sevk Sayısı	Sevk Edilen yer	Sevk Nedeni					
2. Seviye Erişkin YB																			
.....																			
.....																			

* Bu tablo sağlık tesisinde bulunan tüm 2. ve 3. seviye erişkin yoğun bakımlar için kullanılacaktır.

**Diğer servislere, diğer yoğun bakımlara ve dış merkezlere yapılan sevk sayısıdır.

3 ncü seviye yoğun bakım hastalarının ortalama yatış süreleri ile en uzun ve en kısa yatış sürelerinin ve nedenlerinin 3 aylık analizi yapılarak yönetimle paylaşılmalı ve alınan kararlar kayıt altına alınmalıdır.

Kısa süreli yatışların analizi acil servislerden yoğun bakıma endikasyonsuz hasta yatışlarının tespitinde önemlidir. Örneğin; postop yatış, endikasyonsuz mortalitesi yüksek hasta yatışı (terminal evre ca vb) gibi. En uzun yatışlarda yoğun bakımdan hastanın taburcu edilememe nedenleri analiz edilmeli ve çözüm yolları aranmalıdır.

..... Yoğun Bakım En Uzun Yatış Takip Tablosu

YIL:				DÖNEM: Ocak-Şubat-Mart*		
Hastanın Adı Soyadı	Hastanın Yaşı	Yattığı Servis	Yatış Tarihi	Çıkış Tarihi	Yattığı Gün Sayısı	Uzun Yatış Nedeni

*Bu tablodaki veriler 3'er aylık dönemler halinde takip edilecektir.

..... Yoğun Bakım En Kısa Yatış Takip Tablosu

YIL:				DÖNEM: Ocak-Şubat-Mart*		
Hastanın Adı Soyadı	Hastanın Yaşı	Yattığı Servis	Yatış Tarihi	Çıkış Tarihi	Yattığı Gün Sayısı	Kısa Yatış Nedeni

*Bu tablodaki veriler 3'er aylık dönemler halinde takip edilecektir.

İkinci ve üçüncü seviye yoğun bakımlarda yatışı yapılan hastaların ilk yatışta ve belirli aralıklarla hastalık şiddeti skoru belirlenmelidir. Elde edilen veriler hastaların tedavilerinin yönlendirilmesi, klinik çalışmalarda hastaların gruplandırılması, bakımlarının planlanması, uygulanması ve değerlendirilmesinde, hemşirelik bakımının etkinliğinin belirlenmesinde, yoğun bakım ünitelerinin etkinliklerinin kendi içlerinde ve birbirleri arasında karşılaştırılmasında için kullanılabilir. 2 nci ve 3 üncü seviye yoğun bakıma yatan her hasta için hastalık şiddeti skorlama sistemi kullanılarak hesaplanan beklenen ve gerçekleşen mortalite oranları aylık takip edilmeli ve 3 er aylık analizleri yapılmalıdır. Hastalık şiddeti skorlaması için erişkinlerde APACHE II, SAPS II; çocuklarda PRISM; yeni doğanlarda SNAP II, SNAP PEII ve Clinical Risk Index for Babies (CRIB); yenidoğan konjenital kalp hastaları için RASHS; KVC hastalarına EuroSCORE; yanık hastalarına ABSI (Yanık Şiddeti Skoru) skorlaması vb. sistemler kullanılabilir. Ancak yoğun bakım sorumlu hekimi tarafından uygun görülen başka skorlama sistemlerinin kullanılması durumunda da olumlu olarak değerlendirilmelidir. Yoğun bakımlarda kullanılan skorlama ölçeği/ölçekleri SBYS' ye entegre edilmelidir.

Yoğun bakımlarda yatan veya taburculuğu planlanan hastalar için gerektiğinde sosyal çalışmacıdan destek alınmalıdır. Sosyal çalışmacılar, yataklı tedavi kurumlarına başvuran, yatan ve kurumdan çıkan hastaların sosyal ve ekonomik sorunlarının saptanması, çözümlenmesi, hastanın çevresi ve ailesiyle ilişkilerinin sağlanmasından sorumludur. "Tıbbi Sosyal Hizmet Uygulama Yönergesi" kapsamında hastaneye başvuran ve tıbbi tedavi sürecinde sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar olduğunda, hastanın hekimi tarafından "Sosyal Hizmet Birimi Konsültasyon Formu" uygun doldurularak sosyal hizmet birimine havale edilir. Gözlemci tarafından Sosyal Hizmet Birimi Konsültasyon Formunun mevcudiyeti ve kullanımından sağlık tesisinin haberi olup olmadığı sorgulanmalıdır. Sosyal hizmet uzmanı (sosyal çalışmacı) hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur, hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametine nakillerini koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.

Her vardiya değişiminde hekimler hastalarını bir sonraki yoğun bakım hekimine devretmelidir. Yoğun bakımda bulunan hastaların nöbet devirleri sırasında devreden ve devralan hekim adı soyadı/kaşesi ile devir tarih ve saati belirtilerek yoğun bakım hasta gözlem/takip formunda imzalanarak kayıt altına alınmalıdır. Yoğun bakım hemşirelerinin vardiya/nöbet devirleri de benzer şekilde yapılmalıdır. Gözlemci hasta gözlem /takip formunda hasta devirlerinin uygun şekilde yapılıp yapılmadığını değerlendirmelidir.

Yoğun bakımlardan servise taburculuğuna karar verilen hastalar var ise SBYS üzerinde yoğun bakımdan servise hasta yatışına öncelik verilmelidir. SBYS, yoğun bakımdan servise yatacak hastanın yatışı gerçekleşene kadar poliklinikten servislere hasta yatışına izin vermemelidir. Acil servisten yatışlar bu kapsamın dışındadır.

KAYNAK:

TIBBİ SOSYAL HİZMET UYGULAMA YÖNERGESİ

Güncelleme Tarihi: 04/12/2014

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM

Sosyal Hizmet Birimlerinin Teşkili, Çalışma Usul ve Esasları ile Birim Çalışanlarının Görev ve Sorumlulukları

Sosyal hizmet birimi

Madde 9- (1)Bünyesinde sosyal çalışmacı olan hastanelerde bu Yönergenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç bir ay içinde; bünyesinde sosyal çalışmacı bulunmayan hastanelerde ise sosyal çalışmacının göreve başladığı tarihten itibaren en geç bir ay içindesosyal hizmet birimi kurulur. Sosyal hizmet birimi, başhekime bağlı olarak faaliyet gösterir.

(2)Birimin çalışma usul ve esasları şunlardır:

- a) Hastanede görev yapan sosyal çalışmacıların tamamı birime bağlı olarak çalışır.
- b) Sosyal hizmet müdahalesine ihtiyaç duyan hastaların sık görüldüğü acil, psikiyatri, onkoloji, fizik tedavi vb. klinikler-servisler ile diyaliz, çocuk izlem merkezi vb. birimlerde tam veya kısmi zamanlı olarak sosyal çalışmacının gerekli olması halinde, hastanedeki sosyal çalışmacı sayısına göre planlamayı sosyal hizmet birim sorumlusu yapar.
- c) Sosyal çalışmacılar, sosyal hizmet birim sorumlusunun onayı dışında başka bir birim ya da klinik-serviste görevlendirilemez. Söz konusu birimlerde ya da klinik-servislerde sosyal çalışmacıya ihtiyaç varsa Ek-1'deki Sosyal Konsültasyon Formu ile birime talep iletilir.
- ç) Klinikte-serviste veya farklı hizmet birimlerinde, sosyal çalışmacıların mesleki çalışmalarını yürütmesi için gerekli koşullar, ilgili klinik-servis veya birim dahilinde sağlanır.
- d) Hastaneye başvuran ve tıbbi tedavi sürecinde sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar, hastanın hekimi tarafından Ek-1'deki forma uygun olarak birime havale edilir.
- e) Sosyal çalışmacının mesleki görüşme yaptığı her hasta için Ek-2'deki Hasta Görüşme Formu düzenlenir. Hastayla ilgili yapılan her görüşme süreci bu forma kaydedilir.
- f) Formlar birimde muhafaza edilir. Gerekli durumlarda hasta dosyasına Ek-2 formu eklenir. Görüşme neticesinde hasta hekim tarafından havale edilmiş ise hekimine Ek-1 formu ile bilgi verilir.
- g) Sosyal hizmet müdahalesi kapsamında, gerektiğinde hastanede, hastanın ikametinde, işyerinde, okulunda veya sosyal ortamında sosyal inceleme yapılır.

ğ) İncelemeyi yapan sosyal çalışmacı, Ek-3'deki Sosyal İnceleme Raporunu düzenler. Sosyal çalışmacı, bu raporun gerekli hallerde, ilgi kurum ve kuruluşlara bir üst yazı ekinde gönderilmesini sağlar. Raporun bir nüshası gizliliğe uygun olarak birimde muhafaza edilir ve bir nüshası hasta dosyasına konur. Hastane dışı kurumlardan hizmet talebi resmi yazı ile yapılır.

h) Yapılan sosyal hizmet müdahalesi her bir gün için Ek-4'deki Sosyal Hizmet Birimi Kayıt Defterine kaydedilir. Aynı gün içinde aynı kişi için birden fazla kayıt yapılmaz.

ı) Sosyal hizmet biriminin yaptığı çalışmalar, Ek-5'deki Sosyal Hizmet Birimi Faaliyet Formu veya Bakanlıkça belirlenecek formlar ile Bakanlıkça her istendiğinde ve rutin olarak, her yılın Ocak ve Temmuz aylarının ilk haftasının sonuna kadar hazırlanarak Ruh Sağlığı ve Sosyal Hastalıklar Şubesi'ne resmi yazı ve e-posta olarak iletilir. Tüm formlar hastane otomasyon sistemine eklenir. Kayıt ve raporlar zamanında ve düzenli olarak tutulur.

Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları

Madde 12- (1)Hastaneye başvuran hastaların psiko-sosyal ve sosyo-ekonomik sorunlarını tespit eden, sorunlarıyla ilgili sosyal hizmet müdahalesini planlayan ve uygulayan, üniversitelerin dört yıllık sosyal hizmet bölümlerinden mezun sağlık personelidir.

(2)Sosyal çalışmacının görev ve sorumlulukları şunlardır:

a) Mesleki çalışmalarını ilgili mevzuata uygun olarak yürütür.

b) Hastaneden hizmet alan,

1. Kimsesiz, terk ve bakıma muhtaç hastalar,

2. Engelli hastalar,

3. Sağlık güvencesiz hastalar,

4. Yoksul hastalar,

5. Aile içi şiddet mağduru hastalar,

6. İhmal ve istismara uğramış çocuk hastalar,

7. Mülteci ve sığınmacı hastalar,

8. İnsan ticareti mağduru hastalar,

9. Yaşlı, dul ve yetim hastalar,

10. Kronik hastalar,

11. Ruh sağlığı bozulmuş hastalar,

12. Alkol ve madde bağımlısı hastalar,

13. Yabancı uyruklu olup tedaviden yararlanamayan hastalar

14. İl dışından gelen hastalar,

öncelikli olmak üzere tıbbi sosyal hizmete ihtiyaç duyan hastalar için sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.

c) Hastalığa ve tedavi sürecine uyumda zorlanan hastaların uyumunu sağlamak için gerekli sosyal hizmet müdahalesinde bulunur.

ç) Hastanede yatarak tedavisi tamamlandığı halde ikametine gidemeyecek derecede düşkün ve kimsesi bulunmayan veya aileleri tarafından alınmayan hastaların ikametlerine nakillerini koordine eder. Bu kapsamda mahalli idarelerle koordinasyonu sağlar.

d) Afetlerde, gerekli sosyal hizmet müdahalesini planlar ve uygular.

e) Tıbbi sosyal hizmetle ilgili konularda hastane personeline, hasta ve hasta yakınlarına yönelik eğitimler yapar.

f) Mesleği ile ilgili kongre, sempozyum, eğitim vb. toplantılara katılır, mesleki projeler planlar ve uygular.

g) Rapor ve kayıtları gizlilik ilkesine uygun olarak tutar.

ğ) Çalışmalarından birim sorumlusuna karşı sorumludur.

- h) Tek sosyal çalışmacı olması halinde birim sorumlusunun görevlerini yerine getirir.
1) Birim sorumlusunca verilen diğer görevleri yerine getirir.

SORU: Yoğun bakımda görev yapan sağlık personeli sayısı, yoğun bakım seviyesi ile uyumlu mu?

SIRA :43
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.2.1. Erişkin Yoğun Bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;

1. Seviye için her 5 yatak için bir hemşire/sağlık memuru
2. Seviye için her 3 yatak için bir hemşire/sağlık memuru
3. Seviye için her 2 yatak için bir hemşire/sağlık memuru

Çocuk yoğun bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;

2. Seviye: her 3 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru
3. Seviye: her 2 yatak için en az bir hemşire /sağlık memuru

Yenidoğan yoğun bakımda serviste yatan hasta (dolu yatak) sayısına göre;

1. Seviye: her 6 hasta için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru
2. Seviye: her 5 hasta için en az bir hemşire/ebe /sağlık memuru
3. Seviye: her 4 hasta için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru
- 4 A ve 4 B Seviye: her 3 hasta için en az bir hemşire/ebe veya eşdeğer sağlık memuru görev yapmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlem sırasında; yoğun bakım yatak doluluk durumu gözönüne alınarak, çalışan personel sayısının yoğun bakımın seviyesi ile uyumlu olup olmadığı, çalışma listelerinde gece vardiyasında çalışan sağlık personeli sayısının yeterli olup olmadığı ve yatan hasta sayısı arttığında yoğun bakımın seviyesine uygun personel görevlendirilmesinin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:

Sorumlu uzman tabip ve personel görevlendirilmesi

MADDE 17 – (1) (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) Yoğun bakım servisi sorumlusu uzman tabip üniversite hastanelerinde ilgili ana bilim dalı başkanının görüşü alınarak ilgili klinik hekimlerinden baştabip tarafından görevlendirilir. Eğitim ve araştırma hastanelerinde yoğun bakım servis sorumlusu, ilgili kliniğin öncelikli olarak eğitim sorumlusu ihtiyaç halinde ise idari

sorumlusu olacak şekilde hastane yöneticisi tarafından görevlendirilir. Eğitim verilmeyen sağlık kuruluşu ve kliniklerin yoğun bakım servis sorumlu hekimi hastane yöneticisi tarafından (a) bendinde belirtilen klinik hekimlerinden seçilir. Hastanın takip ve tedavisinden; tek branş yoğun bakım servislerinde yoğun bakım servis sorumlu hekimi, birden fazla branşta hasta kabul edilen yoğun bakım servislerinde ise hastanın yoğun bakım servisine yatışını yapan hekim primer sorumludur. Görevlendirme, baştabibin belirleyeceği sürelerle, ilgili uzman tabipler arasında dönüşümlü olarak yapılabilir. Yoğun bakım sorumlusu olarak görevlendirilebilecek uzman tabipler şunlardır:

a) (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) Yoğun bakım servislerinde yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda genel cerrahi, iç hastalıkları, anesteziyoloji ve reanimasyon veya göğüs hastalıkları uzmanları arasından, branş yoğun bakım servislerinde ise ilgili uzmanlık dalındaki bir uzman görevlendirilir.

b) Çocuk yoğun bakım servislerinde çocuk yoğun bakım uzmanı, bulunmaması durumunda, tercihen Bakanlıkça düzenlenen çocuk yoğun bakım eğitimi almış bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı veya bir çocuk cerrahisi uzmanı görevlendirilir.

(R.G. Değişik:22/03/2017-30015) c) Birinci, ikinci ve üçüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabip bulunmaması durumunda tercihen yenidoğan yoğun bakım konusunda deneyimi olan bir çocuk sağlığı ve hastalıkları uzmanı görevlendirilir. Dördüncü seviye (IV A ve IV B) yenidoğan yoğun bakım servislerinde neonatoloji uzmanı tabibin görevlendirilmesi zorunludur.

(2) Yoğun bakım servislerinde Ek-1, Ek-2 ve Ek-3'de gösterilen uzman tabip ve hemşire asgari standardına ilave olarak, hizmetin yoğunluğu ve vakaların özelliğine göre yoğun bakım hizmetleri ihtiyacını karşılayacak nitelik ve sayıda personel baştabip tarafından görevlendirilebilir.

EK-1, EK-2 VE EK-3

Personelin eğitimi

MADDE 19 – (1) Yoğun bakım servislerinde görevlendirilen sorumlu uzman tabip, hemşire, sağlık memuru (toplum sağlığı) ve ebelerin Bakanlıkça belirlenen usul ve esaslar doğrultusunda yoğun bakım ve resüsitasyon eğitimleri almaları sağlanır. (Ek cümle: RG-22/3/2017-30015) Ancak 17 nci maddenin birinci fıkrasının (a) bendinde belirtilen uzmanlık dallarında ve branş yoğun bakım servislerinde yoğun bakım sorumlusu olarak görevlendirilecek uzman tabipler için bu eğitimlerin alınması şartı aranmaz.

SORU: Yoğun bakımlarda konsültasyon hizmetlerinin işleyişi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 44
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.3.1. Yoğun bakımlarda konsültasyon istem saati ve konsültasyon gerçekleşme saati SBYS' de tanımlanmalıdır.

YB.3.2. Konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajı SMS vb. yöntemler ile gönderilmelidir.

YB.3.3. Yoğun bakımlarda konsültasyon süreleri aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmeli ve gerektiğinde öncelikle en uzun sürelerden başlayarak iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Yoğun bakımlarda konsültasyon istem saati ve konsültasyon gerçekleşme saati SBYS tarafından kayıt altına alınmalıdır.

Yoğun bakımlarda konsültasyon istenen hekime uyarı mesajı SMS vb. yöntemler ile gönderilmelidir.

Örneğin;

“Sayın Dr., Yenidoğan yoğun bakımda yatan(işlem no: 14082015) adlı hasta için konsültasyon talebi vardır, tarafınızdan ivedilikle değerlendirilmesi ve sistem üzerinde sonuçlandırılması rica olunur. HASTANESİ YENİDOĞAN YOĞUN BAKIM”

Gözlemci tarafından yoğun bakımlarda konsültasyon için çağrılan uzman hekimin çağrı saati ve uzman hekimin ilgili yoğun bakımda konsültasyon gerçekleştirme saatinin SBYS üzerinde kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Her bir hasta için konsültasyon gerçekleşme süresi ölçülmeli, ölçülen sürelerin ortalaması alınarak aşağıdaki tabloda belirtildiği şekilde aylık olarak her bir hekim ve branş için konsültasyon gerçekleşme zamanı takip edilmelidir. Sonuçlar oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile değerlendirilmelidir. Yapılan değerlendirme sonrasında uygunsuzluklar varsa alınan tedbirlerin neler olduğu ve etkinliği de gözlemciler tarafından gözden geçirilmelidir.

Yönetim tarafından konsültasyon istenen ancak gerçekleşmeyen konsültasyonların takibi de periyodik aralıklarla yapılmalıdır.

..... Yoğun Bakım Konsültasyon Gerçekleşme Süresi				
Branş	Hekim Adı Soyadı	OCAK	ŞUBAT	TOPLAM
		Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi	Ortalama Konsültasyon Gerçekleşme Süresi
A Branşı	X Hekim			
A Branşı	Y Hekim			
A Branşı	.....		
A Branşı Toplam				

B Branşı	Z Hekim			
B Branşı	Q Hekim			
B Branşı	.....		
B Branşı Toplam				
.....			
.....			
GENEL TOPLAM (A BRANŞI+B BRANŞI +....)				

Gözlemciler, SBYS’de Yönetici Takip Ekranı” nın oluşturulup-oluşturulmadığını, aylık olarak ortalama konsültasyon gerçekleşme süresinin ölçülüp-ölçülmediğini, konsültasyona çağrılan uzman hekime uyarı mesajı gönderilip-gönderilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Yoğun bakımlarda hasta bakımı uygun yapılıyor mu?

SIRA : 45
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.4.1. Hastanın beslenme durumu, ruhsal ve/veya nörolojik durumu, ağrı durumu, bası yarası takibi ve bakımı, kişisel bakım ihtiyaçları (el-yüz temizliği, ağız, ayak/tırnak, saç-sakal ve perine bakımı gibi) günlük değerlendirmeleri ve yapılan uygulamalar yoğun bakım hasta gözlem formunda kayıt altına alınmalıdır.

YB.4.2. Yoğun bakıma yatışı yapılan her hastanın beslenme durumu NRS 2002 formu vb. ile değerlendirilmeli, form SBYS ye tanımlanmalı ve nutrisyon desteği ihtiyacı tespit edilen hastalara nutrisyon desteği sağlanmalıdır.

YB.4.3. Yoğun bakımlarda hastaların tedavi sürecine fizik tedavi kliniğinin katılımı sağlanmalı, yapılan uygulamalar ve tedaviler yoğun bakım hasta takip formunda kayıt altına alınmalıdır (3. seviye yoğun bakımlarda değerlendirilecektir.)

AÇIKLAMA:

Hastanın beslenme durumu, ruhsal ve/veya nörolojik durumu, ağrı durumu, bası yarası takibi ve bakımı, kişisel bakım ihtiyaçları (el-yüz temizliği, ağız, ayak/tırnak, saç, sakal ve perine bakımı gibi) günlük değerlendirmeler ve yapılan uygulamalar, yoğun bakım hasta gözlem formunda kayıt altına alınmalıdır. Gözlemciler hemşireler tarafından yoğun bakım hastasının beslenme durumu, kişisel bakım ihtiyaçları, bası yarası takibi, ağrı ve ruhsal durumunun yoğun bakım hasta gözlem formunda kayıt edilip edilmediğini hasta dosyası ve ilgili formlar üzerinden değerlendirmelidir. Yoğun bakımda yatan hastalar fiziksel olarak gözlemlenerek formlarda

işaretlenmiş olan kişisel bakımlarının hasta üzerinde etkin olarak uygulanıp uygulanmadığı değerlendirilmelidir.

Yoğun bakım hastalarının beslenme durumu ilk yatışlarında NRS 2002 formu vb.ile değerlendirilmelidir. NRS 2002 formu 18 yaş üzeri, gebe olmayan, erişkin hastalara uygulanan bir formdur. Çocuk yoğun bakımlarda sorumlu hekimin tercihine bağlı olarak çocuklar için uygun farklı formlar kullanıldığında da olumlu olarak değerlendirilir. Yenidoğan yoğun bakımlar için antropometrik ölçümler yeterlidir. Kullanılan nutrisyon değerlendirme formları SBYS'ye entegre edilmeli ve SBYS üzerinden nutrisyon ekibine direkt konsültasyon gönderilebilmelidir. SBYS' ye entegre değil ise olumsuz olarak değerlendirilir. Yoğun bakımın seviyesi ve ihtiyacına göre varsa nutrisyon ekibinin uygun gördüğü enteral/parantral/oral beslenme solüsyonları hastane eczanesinde mevcut olmalı ve gerektiğinde hastalara kullanılabilenmelidir.

Yoğun bakımlarda hastaların tedavi sürecine fizik tedavi kliniklerinin katılımı sağlanmalı, fiziksel tıp ve rehabilitasyon uzmanı tarafından hasta ihtiyaçları belirlenerek tedavi planlanmalı, yapılan vizit ve uygulamalar kayıt altına alınmalıdır. Nöroloji hastaları gibi yoğun bakım sonrasında fiziksel rehabilitasyona ihtiyacı olan hastalara FTR klinikleri ile birlikte planlama yapılmalıdır.

SORU: Yoğun bakımlarda bası yarası ile ilgili verilerin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 46
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.5.1. Bası yarası oluşum risk değerlendirmesi için standart ölçeklerden biri kullanılmalı, tespit edilen bası yarası varsa lokalizasyonu, evre ve ebatları kayıt edilmelidir.

YB.5.2. Yoğun bakım hastalarında bası yarasının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalı ve her pozisyon verildiğinde yoğun bakım hasta takip formuna kaydedilmelidir.

YB.5.3. Bası yarası gerçekleşen hastalara uygulanan tedavi yöntemleri ve seansları kayıt altına alınmalıdır.

YB.5.4. Bası yaralarının analizi yapılmalı ve sonuçlar yönetim ile paylaşılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Bası yarası oluşum risk değerlendirmesi için standart ölçeklerden biri kullanılmalıdır. (Örneğin: Braden, Norton, Waterlow vb.). Yatış sırasında hastanın muayenesi ile tespit edilen bası yarası varsa lokalizasyonu, evresi ve ebatı kayıt edilmelidir. Günlük gözlemlerde bası yaraları takip

edilerek lokalizasyon, evre ve ebatları kayıt edilmelidir. Yeni bası yarası oluşumu ve kullanılan tedavi yöntemleri de kayıt altına alınmalıdır. Taburculuk sırasında bası yarası mevcut ise lokalizasyonu, evresi ve ebatı pikrizde belirtilmelidir.

Yoğun bakım hastalarında bası yarasının önlenmesi için gerekli önlemler alınmalıdır. Gözlemciler tarafından havalı yatağın kullanılıp kullanılmadığı, çarşafların temiz, ütülü ve gergin olup olmadığı, pozisyon değişikliği, derinin kuru ve temiz tutulup tutulmadığı değerlendirilmelidir. Hastaların en az 2 saat aralıklarla pozisyonu değiştirilmeli ve kayıt altına alınmalıdır. Bası yarası olan hasta var ise hastaya yapılan uygulamalar ve tedaviler yoğun bakım hasta takip formuna kaydedilmelidir.

.....Yoğun Bakım Bası Yarası Takip Tablosu											
YIL:						AY:					
Sıra No	Hastanın Adı Soyadı	Yeni Oluşan Bası Yarasının				Yattığında Varolan Bası Yarası				Uygulanan Tedavi Yöntemi	
		Lokalizasyonu	Kaçıncı Günü	Evresi	Ebatı	Lokalizasyonu	Kaçıncı Günü	Evresi	Ebatı		
1	Sakrum	1	15	1	2 x 2 cm	Sakrum				
		Topuk	2 tane sağ sol	25			Topuk				
					
2	Sakrum					Sakrum				
		Topuk					Topuk				
					
TOPLAM HASTA SAYISI										

Her bir yoğun bakım için bası yaraları takip edilmeli ve aylık olarak analizi yapılmalıdır. Analiz; yeni gelişen bası yarası ile mevcut bası yaralarının sayısı, evre, ebat ve lokalizasyonları, taburcu olan hasta var ise yoğun bakım taburculuğundaki bası yarası sayı, evre, ebat ve lokalizasyon verilerini içermelidir. Örnek tablo yukarıda verilmiştir.

SORU: Yetişkin yoğun bakımlar ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 47

BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.6.1. Yoğun bakım içerisindeki tüm yüzeyler pürüzsüz, mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir özellikte olmalıdır.

YB.6.2. Hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme (yatak düzenlemesi, merkezi monitorizasyon sistemi vb.) yapılmalıdır.

YB.6.3. Yatak sayısı 10'dan fazla olan yoğun bakım servisleri, 6 ila 10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.

YB.6.4. Erişkin yoğun bakımlarda çocuk hastaların bakım ve tedavisi yapılıyorsa, erişkin hastalardan ayrı tutulacak şekilde gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

YB.6.5. Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizliği için kullanılan malzeme odası bulunmalı; kirli malzemelerin çıkışı servis içerisinden geçirilmeyecek şekilde planlanmalı, bunun mümkün olmadığı durumlarda uygun taşıma koşulları sağlanmalıdır.

YB.6.6. Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından duvar ve tavan yüzeylerinin kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte, malzeme veya boya (tercihen açık renk) kullanımı, duvar yüzeylerinin hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olması, zemin yüzeylerinin kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı engelleyen sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan kolayca temizlenebilen antistatik özellikte malzeme kullanılıp kullanılmadığı gözlemlenmelidir.

Gözlemciler tarafından hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun düzenleme yapıp yapılmadığı değerlendirilir. Bu düzenleme hemşire deskinin tüm hastaları görebilecek şekilde uygun alanda konumlandırılması ile veya bu durumun sağlanamadığı durumlarda hastanın izlenmesini sağlayan merkezi monitör sistemi ile de olabilir.

Yatak sayısı bir serviste 10' dan fazla olmamalıdır. 10' dan fazla yatağı olan yoğun bakım servisleri ise en fazla 6-10 yataktan oluşan birden fazla birime ayrılmalıdır.

Sağlık tesisinde çocuk yoğun bakım servisi yoksa ya da çocuk yoğun bakım servisinde boş yatak bulunmuyorsa, erişkin yoğun bakım servislerinde çocukların gözlem ve takiplerinin yapılabileceği uygun şekilde ayrılmış bölümlerin oluşturulmalıdır. Bu yataklar diğer yoğun bakım yataklarını görmeyecek şekilde yerleştirilmelidir.

Kirli malzeme odasının varlığı sorgulanır. İçerisinde tezgâh, lavabo, musluk, sabun, kâğıt havlu ve ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ile atık giderinin olup olmadığı gözlemlenir. Odanın çıkışı kirli malzemeler hasta bakım alanından geçmeyecek şekilde düzenlenmelidir. Fiziki koşulların yetersizliğinden dolayı kirli malzemeler hasta bakım alanı içerisinden taşınmak zorunda ise kapaklı, tekerlekli konteynerlar kullanılması halinde olumlu olarak değerlendirilecektir.

Yoğun bakımın büyüklüğüne göre hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir temiz depo alanının varlığı sorgulanır. Bu alanın direk ışık almadığı ve ilaç muhafazasına uygun, hasta bakım alanının dışında olup olmadığı değerlendirilir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)

Yoğun Bakım Servislerinin Fiziki Şartları ile Hizmet, Donanım ve Personel Asgari Standartları

(R.G. Değişik:18/02/2012-28208)Yoğun bakım servislerinin fiziki şartları

MADDE 5 – (1) Yoğun bakım servislerinde fiziki altyapı, konum ve sağlık tesisi içerisindeki diğer birimlerle olan fonksiyonel ilişkileri bakımından uyulması gereken genel şartlar şunlardır:

a) Yoğun bakım servisleri sağlık tesisindeki diğer birimlerden, hasta, ziyaretçi ve hastane personelinin genel kullanım alanlarından ayrı, tercihen asansör, ameliyathane, acil servis, laboratuvar ve görüntüleme birimlerine yakın olacak şekilde yapılandırılır.

b) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) İkinci ve üçüncü seviye erişkin ve çocuk yoğun bakım servisleri ile ikinci, üçüncü ve dördüncü seviye yenidoğan yoğun bakım servislerinin girişinde ayrı bir ön geçiş alanı bulunur. Ancak aynı tür yoğun bakım servislerinin farklı seviyeleri için ön geçiş alanları ortak kullanılabilir.

c) Hastaların yoğun bakım servisi ile ambulans girişi arasındaki naklinin hızla ve kolaylıkla sağlanması için gerekli düzenlemeler yapılır.

e) (R.G. Değişik:18/02/2012-28208) Atıkların uzaklaştırılacağı, kirli malzeme ve cihazların geçici muhafazası, gerekirse temizlenebilmesi için içerisinde bir tezgâh, lavabo, musluk, sabun, kâğıt havlu ve ayakla kontrol edilebilen çöp kovası ile atık giderinin bulunduğu bir malzeme odası bulundurulur. Bu odanın çıkışı, kirli malzemeler servis içerisinden geçirilmeyecek şekilde düzenlenir.

f) Hasta alanları dışında, hasta bakımı için sık kullanılan malzemeler ile lüzumlu ilaç ve serumların muhafaza edileceği, direk ışıktan korunacak şekilde düzenlenmiş uygun bir depo alanı ayrılır.

g) Eczaneden hazır olarak temin edilemeyen ve servis içerisinde hazırlanması gereken ilaç ve infüzyonlar için destek alanı içerisinde ayrı bir hazırlama alanı oluşturulur.

ğ) Servis içindeki tezgâh, dolap ve dolap kapakları, az ek yeri olan, kolay temizlenebilir, dış yüzeyleri yalıtılmış, nem geçirmez, hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına dayanıklı malzemedir seçilir.

h) (R.G. Değişik:29/05/2013-28661) Yoğun bakım servislerinde hasta alanı içerisinde tuvalet bulundurulmaz. Birinci ve ikinci seviye yoğun bakım servislerinde hasta alanının hemen dışında, sadece personel eşliğindeki yoğun bakım hastalarının kullanımına tahsis edilmiş bir tuvalet bulundurulabilir. Kardiyoloji hastalarının takip edildiği yoğun bakım servislerinde ise tuvalet, hemşire gözetim alanı içerisinde bulundurulabilir

ı) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Servis girişinde en az bir ve hasta alanında her altı yatağa kadar en az bir adet olacak şekilde suyun çevreye sıçramasını ve göllenmesini önleyecek genişlik ve derinlikte, sabun ve kâğıt havlu yeri mevcut olan lavabo ve sağlık çalışanlarının kolayca ulaşabileceği el antiseptiği bulunur.

- i) Duvar ve tavan yüzeylerinde kolay temizlenebilir, aşağıya parçacık dökülmeyecek nitelikte malzeme veya boya kullanılır ve açık renk tercih edilir. Duvar yüzeyleri hareketli cihaz ve eşyaların çarpma noktalarında korumalı olacak şekilde yapılandırılır.
- j) Zemin yüzeylerinde kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı önleyen, sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirebilecek, kimyasallara gerek duyulmadan ve kolayca temizlenebilir, antistatik özellikte malzeme kullanılır.
- k) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Merkezi havalandırma sistemi bulunan veya bulunması zorunlu olan her seviyedeki yoğun bakım servislerinde pencerelerin açılabilir özelliğinin bulunmaması kaydıyla, hasta alanlarının gün ışığı alması sağlanır. Penceresi bulunan yoğun bakım servislerinde; hastaların, damar içi (IV) sıvıların, monitör ve ekranların gün ışığından doğrudan etkilenmemesi ve hastaların mahremiyetini sağlamak için gerekli düzenlemeler yapılır.
- l) Servis ışıklandırması hastanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilir. Hasta başı ışıklandırma tercihen her yatak için ayrı ve ayarlanabilir nitelikte olmalıdır.
- m) Yoğun bakım servisleri izolasyon odaları dahil, gürültü ve akustiği engelleyecek, arka plan gürültüyü en aza indirecek şekilde yapılandırılır.
- n) Yoğun bakım servislerinde hastaların sürekli gözetim ve izlenmesine uygun, merkezi konumda bir alan ayrılır.
- o) Her yatağın yanında hasta takip formlarının ve dosyalarının tutulduğu ve muhafaza edildiği bir düzenek bulunur.
- ö) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) İzolasyon odaları dâhil, yoğun bakım servislerinde her yatak için ayrı olmak üzere zeminde olmayan ve hasta başı en az oniki çıkışlı elektrik paneli bulunur. Ancak birinci seviye yoğun bakım servislerinde, en az dört çıkışlı elektrik paneli bulunması yeterlidir. Birinci seviye hariç, tüm yoğun bakım servislerinde en az iki basınçlı hava çıkışı, iki oksijen çıkışı ve iki vakum sistemi bulunur. Birinci seviye yoğun bakım servislerinde ise bir basınçlı hava çıkışı, bir oksijen çıkışı ve bir vakum sistemi bulunması yeterlidir. Erişkin, çocuk ve yenidoğan yoğun bakım servislerinde en az iki basınçlı hava çıkışı, iki oksijen çıkışı ve iki vakum sistemi bulunur. Ancak, birinci seviye yoğun bakım servislerinde basınçlı hava zorunlu değildir. Diğer sistemlerin ise en az bir çıkışlı olması yeterlidir.
- p) (Ek fıkra: R.G. 18/02/2012-28208) Yoğun bakım servislerindeki muslukların dirsek veya ayakla kontrol edilmesi veya otomatik açılır kapanır olması tercih edilir.
- r) (R.G. Değişik:29/05/2013-28661) Sağlık tesislerinde uzmanlık dallarına özgü hastalıklar için ilgili klinikler bünyesinde mevcut yoğun bakım servislerinden bağımsız ayrı yoğun bakım servisleri açılmaz. Ancak hasta yoğunluğu veya fiziki alan yetersizliği nedeniyle zorunlu olarak kurulan bu yoğun bakım servisleri hizmet seviyesine uygun asgari şartları taşır.
- s) (R.G. Değişik:16/08/2015-29447) Kardiyovasküler cerrahi yoğun bakım yatakları hariç olmak üzere koroner, dâhili ve cerrahi yoğun bakım yatakları; aynı seviyede olmak ve seviyesine uygun asgari şartları taşımak kaydıyla aynı yoğun bakım servisinin fiziki alanı içerisinde birlikte yapılandırılabilir. Bu şekilde yapılandırılan genel yoğun bakım servisindeki mevcut yataklar, toplam yatak sayısı olarak değerlendirilir ve buna göre tescil edilir.

SORU: Yenidoğan yoğun bakımlar ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 48
BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.7.1. Yenidoğan Yoğun bakımlarda gürültü seviyesi ölçülmeli, ölçüm sonucuna göre gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

YB.7.2. Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışıını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunmalı ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmemelidir.

YB.7.3. Yenidoğan yoğun bakımların güvenliği sağlanmalı ve 3. basamak yenidoğan yoğun bakımlarda 24 saat hizmet veren en az bir güvenlik personeli olmalıdır.

YB.7.4. Yenidoğan yoğun bakımda çalışan yoğun bakım sertifikası olan hemşire/ebe/sağlık personel sayısı takip edilmelidir. Hemşire/ebe/sağlık personelinin yenidoğan yoğun bakım sertifikası ve NRP eğitimi alması için hizmet içi eğitimler planlanmalı ve aksatılmadan yürütülmelidir.

YB.7.5. Uygun şartlarda anne uyum odası oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Yenidoğan yoğun bakımlarında devamlı ve geçici gürültünün izolasyon odaları dahil yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 desibeli en fazla olarak da 70 desibeli geçmemesi sağlanır. Gözlemciler bu ölçümlerin yapılıp yapılmadığını, yapıldı ise sonuçlarını değerlendirmelidir.

Yenidoğan yoğun bakımlarda yataklar pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta ve havalandırma çıkışlarından uzakta ise olumlu olarak değerlendirilir.

Sağlık tesisi yönetimi yenidoğan ve çocuk yoğun bakımların güvenliğini sağlamaya yönelik önlemler almalıdır. Güvenlik önlemi olarak yoğun bakım giriş kapısı ve koridorları gören kamera sistemi bulunmalı, yoğun bakım giriş kapıları sadece yetkili personel girişine izin verecek şekilde düzenlenmelidir. 3. seviye yenidoğan yoğun bakımlarda 24 saat güvenlik görevlisinin bulunması sağlanmalıdır.

Yenidoğan yoğun bakımda çalışan yoğun bakım sertifikası olan hemşire/ebe/sağlık personel sayısı takip edilmelidir. Hemşire/ebe/sağlık personelinin yenidoğan yoğun bakım sertifikası ve NRP eğitimi alması için hizmet içi eğitimler planlanmalı ve aksatılmadan yürütülmelidir.

Yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde özellikle prematüre bebeği olan annelerin bebekleri ile birlikte kalabilecekleri, tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde ve en fazla üç yatak içeren anne uyum odaları değerlendirilir.

Anne uyum odalarında hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ.

Yenidoğan yoğun bakım servislerinin fizikî şartları

MADDE 8 – (1) Yoğun bakım servislerinde bulunması gereken genel özelliklerin yanı sıra:

a) Çocuk sağlığı hastalıkları alanında faaliyet gösteren dal hastaneleri hariç, genel hastaneler bünyesindeki yenidoğan yoğun bakım servisleri, doğum yaptırılan birimlere yakın ve tercihen aynı katta olmalıdır. Aynı katlarda olması halinde süratli, kolay ulaşımı sağlayan ve transport küvözü taşıyabilecek nitelikte bir asansör bulunmalıdır.

b) Değişik birinci cümle:RG-29/5/2013-28661) Bünyesinde yenidoğan yoğun bakım servisi bulunan sağlık tesislerinde; özellikle prematüre bebeği olan annelerin, taburcu olmadan önce, bebekleriyle birlikte kalabilecekleri ve tercihen servis ile aynı katta, en az bir yatak olmak kaydıyla ve on küvözden sonraki ilave her on küvöz için bir yatak olacak şekilde anne uyum odaları tahsis edilir. (Ek cümle:RG-29/5/2013 28661) Bir anne uyum odasında en fazla üç yatak bulundurulabilir. (Değişik cümle:RG 22/3/2017-30015) Anne uyum odaları, normal hasta odaları ile aynı standartlara sahip olmalıdır. Bu odalarda, hasta başı oksijen ve vakum sistemi, hasta başı hemşire çağrı sistemi, telefon, lavabo, oda içinde veya dışında annelerin kullanabileceği banyo ve tuvalet bulunur.

c) Servis bünyesinde anne sütü ile emzirmenin desteklenmesi için uygun koltukları, lavabosu bulunan, görevli personel ile rahat iletişim kurma imkânı sağlayan ayrı bir alan düzenlenir. Bu alanda süt sağlamak ve saklamak için uygun ekipman bulunması sağlanır.

ç) Yenidoğan yoğun bakım servisi ile diğer yoğun bakım servisleri birbirinden ayrı yapılandırılır. Ancak ön geçiş alanları ortak kullanılabilir.

d) (R.G. Değişik:18/02/2012-28208) Destek alanları hariç, her yenidoğan yoğun bakım yatağı başına en az 6 m2 alan ayrılır ve her kuvöz için; birinci seviyede 60 cm, ikinci seviyede 90 cm ve üçüncü seviyede 120 cm yataklar arası mesafe bırakılır.

e) Yenidoğan yatakları radyan ısı kaybını ve artışını önlemek amacıyla servisteki pencerelerden en az 60 cm uzaklıkta bulunur ve havalandırma çıkışlarına yakın yerleştirilmez.

f) Gereksiz ultraviyole ve infrared radyasyondan korunmak için uygun lambalar, mercekler ve filtreler kullanılır. Işık sistemi yenidoğanın cildini en iyi şekilde gösterebilecek, yansıma ve

gölgeleme yapmayacak biçimde tesis edilir. Yenidoğanın gelişmekte olan retinasının ışıktan zarar görmesini engelleyici düzenlemeler yapılır.

g) Serviste yenidoğan bakım ve diğer destek bölümlerinin yakın olduğu alanlarda görevli personel ile yenidoğanın gereksinimlerini ayrı karşılayabilecek nitelikte, çoklu ışıklandırma düzenlemeleri yapılır.

ğ) Arka plandaki devamlı ve geçici gürültünün, izolasyon odaları dahil, yenidoğan yataklarının bulunduğu alanda saatte ortalama 50-55 dB'i, en fazla olarak da 70 dB'i geçmemesi sağlanır.

h) (Değişik:RG-22/3/2017-30015) Doğum salonu, ameliyathane gibi doğum yapılan alanlarda bir radyan ısıtıcılı servo kontrollü açık yataktan oluşan, yeterli neonatal resusitasyon alanı ve resusitasyon için gerekli donanımı bulunan bir bölüm oluşturulur. Buralarda görevli tüm hekim, hemşire ve ebelerin Neonatal Resusitasyon (NRP) eğitimi almaları sağlanır.

ı) Yenidoğan cerrahi yoğun bakım servisleri de bu Tebliğin yenidoğan yoğun bakım servislerine ilişkin hükümlerine tabidir.

Güvenlik önlemleri

MADDE 13 – (1) Yoğun bakım servislerinde hastanın, hasta yakınlarının ve çalışanların emniyetini sağlamak için sağlık tesisi yönetimlerince aşağıdaki güvenlik önlemlerinin alınması zorunludur.

a) Servis giriş ve çıkışları mümkün olduğunca en az sayıda planlanır. Kontrol noktaları servis girişine yakın ve görülebilecek şekilde yapılandırılır.

b) Günün her saatinde görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin servise girmesi kontrollü geçiş özelliği olan kapılar konarak engellenir ve gerektiğinde girişlerin yeterli sayıda güvenlik kamerası ile izlenmesi sağlanır.

c) Güvenlik önlemleri alınırken görevli personel, hasta, hasta yakını, aile ve bebeklerin rahatlığı ve mahremiyetinin korunması esastır.

ç) Tüm elektrik çıkışları ortak bir zemine monte edilir. Kabul edilebilir kaçak miktarının, koruyucu uygulama standartlarına ve donanım kalitesi standartlarına uygun olması sağlanır. Personel muhtemel elektrik tehlikeleri konusunda bilgilendirilir.

d) Yangından korunma mevzuatı çerçevesinde gerekli önlemler alınır. Yoğun bakım servisleri hastaların acil ve afet durumlarında kolaylıkla ve süratle tahliye edilmesine imkân verecek katlarda yapılandırılır.

SORU: Yoğun bakımlarda hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri, günlük takip ve tedavileri kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 49

BÖLÜM ADI : YOĞUN BAKIM

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

YB.8.1. Hastanın hekim tarafından yapılan tıbbi değerlendirmeleri ve günlük takipleri kayıt altına alınmalıdır.

YB.8.2. Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım Şekli, verilif süresi, dozu, hastanın yatif yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planı içeren order verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Yoğun bakım hastalarının günlük tıbbi değerlendirmeleri ve takip kayıtları randomize seçilen hasta dosyaları ya da bilgisayardaki kayıtlar üzerinden değerlendirilir.

Her hastaya günlük olarak, hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım Şekli, verilif süresi, dozu, hastanın yatif yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaç bilgilerini içeren order verilmelidir. SBYS üzerinden verilen orderların çıktısı alınmalı ve bu çıktılar order veren hekim tarafından ıslak imza ile imzalanarak kaşelenmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YöNETMELİğİ

Madde 71: Hastaların kurumda saptanan bütün müşahedeleri(gözlem)ve yapılan bütün muayeneleri (klinik, fizik, Şimik, bakteriyolojik) sonuç ve bulgularla, tedavi ve günlük değişiklikler yazılır.

Madde 72 –

Hasta yatağına yatırıldıktan sonra en kısa süre içinde ilgili tabipler tarafından muayenesi ve gerekli laboratuvar tetkikleri yapılarak bulguları dosyasına işlenir. Gerekli tedavi Şekli tespit edilerek tabelasına kaydedilir. MŐahedesi ilgili tabipler tarafından 24 saat içinde tamamlanır. Tabiplerden başka kimse müşahede alamaz. Müşahedeler okunaklı ayrıntılı olarak yazılır. Müşahedelerin vaktinde usulüne uygun alınıp alınmadığını hastane baştabipleri kontrol eder.

DOĞUMHANE HİZMETLERİ

SORU: Doğumhane ile ilgili düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 50
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.1.1. Travay ünitesinde kolay ulaşılabilen lavabo, tuvalet ve banyo bulunmalıdır.

D.1.2. Travay odalarında ve hastaların kullandığı tüm banyo ve tuvaletlerde (ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalı ve işlevsel olmalıdır.

D.1.3. Doğum odalarında monitör ve yatak başı tıbbi gaz sistemleri olmalıdır.

D.1.4. Doğum odasında doğum masasının yönü kapı girişinden görülebilecek şekilde olmamalıdır.

D.1.5. Bekleme alanı, hasta yakınlarının oturabileceği şekilde düzenlenmelidir. Hasta yakının bekleme alanı/odasında hasta yakınlarının hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenlemeler (görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı) bulunmalıdır.

D.1.6. Doğumhanede oftalmoskop, vakum, intrauterin balon, transport kuvözü, bebek ısıtıcısı, bebek aspiratörü, laringoskop, bebek entübasyon tüpleri, balon-valf maske sistemi ve radyan ısıtıcılı servo kontrollü açık yatak gibi gerekli ekipmanlar bulunmalı ve çalışır durumda olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından; travay odasında kolay ulaşılabilen lavabo, tuvalet ve banyo düzenlemesinin (travay odası içinde bulunmalı, bulunmuyorsa doğum salonu içinde en yakın yerde) olup olmadığı değerlendirilir.

Travay odalarında ve hastaların kullandığı banyo ve tuvaletlerde(ortak kullanılan banyo ve tuvaletler dahil) hemşire çağrı sistemi bulunmalıdır. Yatak başında ve banyo/tuvaletlerde bulunan hemşire çağrı sistemine hastanın kolay erişimi sağlanmalı, çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir.

Doğum odalarında monitörün ve yatak başı tıbbi gaz sistemlerinin olup olmadığı, çalışıp çalışmadığı kontrol edilmelidir.

Doğum odasındaki doğum masasının yönünün kapı girişinden görülmeyecek şekilde konumlandırılmış olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Doğumhaneye alınan hasta yakınları için bir bekleme alanı oluşturulmalı ve hastalarıyla ilgili bilgi alabilmelerini sağlayacak düzenleme yapılmalıdır. (Hasta hakkındaki genel bilgiler görevlendirilmiş personel veya bilgilendirme ekranı ile yapılabilir.)

Gözlemciler tarafından; doğumhanede bulunması gereken malzemelerin olup olmadığı ve çalışır durumda olduğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK: Doğum öncesi ve Doğum sonrası Bakım Yönetim Rehberleri

SORU: Tıbbi değerlendirmeler, takip ve tedaviler kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 51
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.2.1. Her doğum eylemi partograf ile izlenmelidir. Doğum eylemi gerçekleşinceye kadar takip bilgileri kayıt edilmelidir.

D.2.2. Doğum sonrası bebeğin ve annenin değerlendirmesi yapılmalıdır. (Doğum sonrası anne, bebek bakım ve izlemi bakanlıkça yayımlanan "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberine" ve "Bebek ve Çocuk İzlem Protokollerine" göre yapılmalıdır.)

D.2.3. Bebeğe ve anneye verilen order; hekimin adı soyadı, tarihi, imzası, ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve bakım planını içermelidir.

D.2.4. Yenidoğan bebeğe;

- K vit enjeksiyonu,
- Göz bakımı,
- Göbek bakımı,
- Hepatit B 1.doz aşısı yapılmalı ve aşı kartı düzenlenmelidir.

AÇIKLAMA:

Her doğum eylemi partograf ile izlenmeli ve doğum eylemi gerçekleşinceye kadar takip bilgileri kayıt edilmelidir. Gözlemci tarafından bu kayıtlar hasta dosyasından incelenmelidir.

Doğumhanede, Bakanlıkça yayımlanan "Doğum Sonu Bakım Yönetim Rehberi" ve "Bebek ve Çocuk İzlem Protokolleri" bulunmalı, anne ve bebek değerlendirmesi hasta dosyasından kayıtları incelenerek yapılmalıdır.

Gözlemci; örnek seçilen hasta dosyalarından hekim orderlarındaki bilgilerde (ilaç ismi, ilaçların kullanım şekli, veriliş süresi, dozu, hastanın yatış yapılmadan önce kullandığı ve kullanmaya devam edeceği ilaçlar ve hekim adı soyadı, kaşesi) eksiklik olup olmadığını değerlendirmelidir. Elektronik ortamda verilen order çıktıları (e-imza kullanılması haricinde) günlük olarak alınarak imzalanmalı ve kaşelenmelidir. Günlük bakım planı değerlendirmeleri de tarih ve saat belirtilerek yazılmalı, kayıtlar incelenmelidir.

Yenidoğan bebeğe; K vit, göz bakımı, göbek bakımı, Hepatit B. 1.doz aşısı yapılmalı ve yapıldığına dair kayıtları incelenmelidir.

KAYNAK:

2015/02 SAYILI GENELGE- Partograf Kullanımı

Doğum öncesi ve Doğum sonrası Bakım Yönetim Rehberleri

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA
USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ

SORU: Doğumhaneye alınan her hastaya kimlik tanımlayıcı kullanılıyor mu?

SIRA : 52

BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.3.1. Doğumhaneye alınan her hastaya kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır. Kimlik tanımlayıcı ad/soyad, protokol numarası ve doğum tarihini (gün/ay/yıl) içermeli okunaklı ve matbu şekilde düzenlenmiş olmalıdır.

D.3.2. Kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır. Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcı bileklik kullanılmalıdır.

D.3.3. Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı bileklik ile değiştirilmelidir.

D.3.4. Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı-soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır.

SORU: Doğumhanede acil obstetrik hastaya yönelik ("Acil Obstetrik Bakım Yönetim Rehberi"ne göre) gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 53

BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.4.1. Doğumhanede acil obstetrik hastaya (preeklampsi-eklampsi, uterin atoni, gebelikte travma, düşük, omuz distosi, vs) yaklaşımı içeren gerekli düzenlemeler ve yönetim rehberleri hazırlanmış olmalıdır.

D.4.2. Doğumhanede çalışan sağlık personeline "Obstetrik Problemleri Çözme Yaklaşımı" ile ilgili eğitimler verilmelidir.

D.4.3 Doğum salonunda görevli hekim, hemşire ve ebelere Neonatal Resüsitasyon eğitimi verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gebelik, doğum eylemi ve lohusalık esnasındaki komplikasyonlar, gelişmekte olan ülkelerde üreme yaşındaki kadınlar arasında önde gelen ölüm ve sakatlık nedenidir. Bu kapsamda anne ve bebek ölümleri azaltmak amacıyla tüm jinekoloji ve obstetrik hekimlerinin aldıkları acil obstetrik bakım eğitimi doğrultusunda acil obstetrik hastaya yaklaşımda gerekli alt yapı oluşturulmalı, tüm tıbbi malzemeler hazır bulundurulmalıdır. Ayrıca doğumhanede çalışan sağlık personellerinin bu hastalara yaklaşımda "obstetrik acil problemleri çözme yaklaşımı" başlığı altında tüm acil durumlarla ilgili olarak gerekli eğitimi almaları sağlanmalı ve desteklenmelidir. Acil obstetrik hastalara yaklaşımda akış şemaları tablo halinde acil müdahalenin yapıldığı yerlere asılmalıdır.

Doğum salonunda çalışan görevli hekim, hemşire ve ebelere “Neonatal Resüsitasyon Eğitiminin” verilip verilmediğine dair kayıtlar incelenmelidir. (NRP eğitimi almayan çalışanlar için bir eğitim programı yapılmış olmalıdır.)

KAYNAK:

SAĞLIK BAKANLIĞI ACİL OBSTETRİK BAKIM YÖNETİM REHBERİ

SORU: Sağlık tesisinde gerçekleşen doğumların takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 54
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.5.1 Sağlık tesisinde görev yapan her bir kadın doğum uzmanının gerçekleştirdiği primer sezaryen oranı aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

D.5.2. Sağlık tesisinde görev yapan her bir ebinin gerçekleştirdiği doğum sayısı SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde gerçekleşen primer sezaryen sayısı, toplam doğum sayısı ve primer sezaryen oranı SBYS' de izlenebilmelidir. Doğum istatistikleri, en az aşağıda yer alan tablodaki verileri içerecek şekilde SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Doğum İstatistikleri Takip Tablosu									
Hekim Adı Soyadı	OCAK			ŞUBAT			YILLIK TOPLAM		
	Primer Sezaryen Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Primer Sezaryen Oranı	Primer Sezaryen Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Primer Sezaryen Oranı	Primer Sezaryen Sayısı	Toplam Doğum Sayısı	Primer Sezaryen Oranı
X HEKİM									
Y HEKİM									
.....									
SAĞLIK TESİSİ TOPLAM									

Sağlık tesisinde görev yapan her bir ebenin gerçekleştirdiği doğum sayısı SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Ebe Başına Düşen Normal Doğum Oranı Takip Tablosu									
Ebe Adı Soyadı	OCAK			ŞUBAT			YILLIK DEĞER		
	Sağlık Tesisinde Gerçekleşen Toplam Normal Doğum Sayısı	Ebenin Gerçekleştirdiği Normal Doğum Sayısı	Ebe Başına Düşen Normal Doğum Oranı	Sağlık Tesisinde Gerçekleşen Toplam Normal Doğum Sayısı	Ebenin Gerçekleştirdiği Normal Doğum Sayısı	Ebe Başına Düşen Normal Doğum Oranı	Sağlık Tesisinde Gerçekleşen Toplam Normal Doğum Sayısı	Ebenin Gerçekleştirdiği Normal Doğum Sayısı	Ebe Başına Düşen Normal Doğum Oranı
.....									
.....									
.....									

Gözlemciler, SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup oluşturulmadığını, aylık olarak doğum istatistiklerinin takip edilip edilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde doğum sonrası kalış sürelerinin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 55
BÖLÜM ADI : DOĞUMHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

D.6.1. Her bir normal doğum için "doğum gerçekleşme zamanı" ile "hasta taburcu zamanı" ve gerçekleşen her bir sezaryen için "sezaryen gerçekleşme zamanı" ile "hasta taburcu zamanı" SBYS tarafından kayıt altına alınabilmelidir.

D.6.2. Sağlık tesisinde doğum sonrası kalış sürelerinin analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde doğum yapan hastaların kalış süreleri SBYS' de izlenebilmelidir. Doğum sonrası annenin takibi, eğitimi ve yenidoğanın takibi açısından hastaların normal doğum sonrası 24 saat, sezaryen doğum sonrası ise 48 saatten önce taburcu edilmemeleri önem taşımaktadır. Sağlık tesisi tarafından doğum sonrası kalış süreleri, en az aşağıda yer alan tablodaki verileri içerecek şekilde SBYS üzerinde oluşturulacak olan “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

----- Ayı Doğum Sayıları ve Doğum Sonrası Kalış Süreleri				
Hekim Adı Soyadı	Normal Doğum Sayısı	Normal Doğum Sonrası 24 Saatten Önce Taburcu Olan Hasta Sayısı	Sezaryen Doğum Sayısı	Sezaryen ile Doğum Sonrası 48 Saatten Önce Taburcu Olan Hasta Sayısı
X HEKİM				
Y HEKİM				
Z HEKİM				
.....				
TOPLAM				

Gözlemciler, SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı” nın oluşturulup oluşturulmadığını, aylık olarak doğum sonrası kalış sürelerinin takip edilip edilmediğini değerlendirmelidir.

AMELİYATHANE HİZMETLERİ

SORU: Ameliyathane giriş/çıkış koşulları uygun şekilde düzenlenmiş mi?

SIRA : 56
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

- A.1.1.** Personel ve hasta giriş/çıkışı ayrı olarak düzenlenmelidir.
A.1.2. Personel girişinin genel kullanım alanları ile doğrudan bağlantısı engellenerek kontrollü geçişi sağlanmalıdır.
A.1.3. Hastanın ameliyathaneye geliş ve gidişi sağlık personeli eşliğinde olmalıdır.
A.1.4. Lokal ameliyathane için gelen hastalar da, transfer ve ameliyathane giriş/çıkış kurallarına uymalıdır.
A.1.5. Lokal anestezi alacak hasta da dâhil olmak üzere, hastalar ameliyathaneye uygun kıyafet ile gelmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemci ameliyathanede hasta ve personel için ayrı girişler olup olmadığını değerlendirmelidir. Girişler ortak kapıdan yapılıyor ise olumsuz olarak değerlendirilir. Ameliyathane personel girişinin yetkisi olmayan kişilerin geçmesine izin vermeyecek şekilde kartlı ya da şifreli kontrollü geçişi sağlanmış olmalıdır. Hastaların ameliyathane ve servise transferinin sağlık personeli eşliğinde yapılıp yapılmadığı ameliyathane girişinde, servislerde gözlemlenir ve transfer kayıtları değerlendirilir. Lokal anestezi ile ameliyat olacak hastaların servise yatışı yapıldıktan sonra serviste ameliyat öncesi hazırlığı tamamlanıp ameliyathane kıyafetleri giymiş olarak sedye veya tekerlekli sandalye ile bir sağlık personeli eşliğinde ameliyathaneye transferi sağlanmalıdır. Lokal hastaların ameliyathaneye girişleri hasta girişinden yapılmalıdır. Lokal hastaların ameliyathaneye gündelik kıyafetleri ile geldikleri gözlemlendiğinde olumsuz olarak değerlendirilir.

SORU: Ameliyathanede uygun fiziki koşullar oluşturulmuş mu?

SIRA : 57
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

- A.2.1.** Ameliyathanenin steril alan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır.
A.2.2. Alt yapı ve donanımı oluşturulmuş uyandırma odası olmalıdır.

A.2.3. Ameliyathane personelinin dinlenme odaları steril alan dışında bulunmalıdır.

A.2.4. Steril alanda, yarı-steril alandan geçiş dışında dışarı açılan hiçbir kapı, pencere vb. unsur bulunmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Ameliyathanenin duvar ve tavan yüzeyleri pürüzsüz, gözeneksiz, zemine parçacık dökülmeyecek, kolay temizlenebilir, dezenfekte edilebilir nitelikte, derzsiz malzeme ile kaplanmış olmalıdır. Duvar yüzeylerinde hareketli cihaz ve eşyaların çarpmasına karşı koruma yapılmalıdır. Zemin yüzeylerinin kolay kırılmaz, yüzeyi mat ve kaymayı engelleyen sık temizlemeye uygun ve mikroorganizma üremesini en aza indirgeyebilen, kimyasallara gerek duyulmadan kolayca temizlenebilen antistatik özellikte malzeme kullanılıp kullanılmadığı gözlenmelidir.

Gözlemciler tarafından uyandırma odasının altyapı ve donanımı (medikal gaz sistemleri, monitor, aspiratör, perde/paravan, mayi askısı, defibrilatör, laringoskop, entübasyon tüpleri, maske, ambu vb. tıbbi sarf malzemeleri olup olmadığını) değerlendirilir. Uyandırma odası temiz veya steril alan içerisinde olmalıdır. Ameliyathane içindeki personel dinlenme odalarının steril alanda bulunması durumunda olumsuz değerlendirilir. Ameliyathanelerin steril alanında temiz alandan hasta ve personel geçişi dışında dışarı açılan başka bir kapı, pencere bulunmamalıdır. Steril alana; asansör, yangın çıkış kapısı, ameliyathane deposu, kafeterya, dinlenme odası, sterilizasyon ünitesinin kirli alanı açılmamalıdır. Yangın çıkış kapısı mevcudiyetinde kapının uygunsuz kullanımını önleyecek önlemler alınmalıdır. Sterilizasyon ünitesinin steril malzeme deposu bir pencere şeklinde açılabilir. Penceresi olan ameliyathanelerin pencerelerinin açılmaz ve ameliyathane içine partikül girişine engel olacak özellikte olması durumunda olumlu değerlendirilecektir.

SORU: Ameliyathanede hasta bilgilendirmesi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 58
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.3.1. Ameliyathane bekleme alanında bulunan hasta bilgilendirme ekranında ameliyata alınan hastanın durumuna ait bilgilendirme yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde hasta yakınlarının ameliyattaki hastaları hakkında bilgi alabilmeleri için bekleme alanı veya odası oluşturulmalıdır. Bu alanlarda bilgilendirme ekranı aracılığı ile bilgilendirme yapılmalıdır. Bilgilendirme ekranının çalışır durumda olduğu ve hangi bilgilerin olduğu kontrol edilmelidir. Diğer sağlık tesislerinde bilgilendirme, bilgilendirme ekranı veya bir personel aracılığı ile mahremiyete dikkat edilerek de yapılabilir.

Hasta yakınlarına ameliyattaki hastanın durumu hakkında bilgilendirme; ameliyathane bekleme alanında bulunan bilgilendirme ekranından aşağıdaki şekilde yapılmalıdır.

Örnek,

HASTA ADI	HASTANIN DURUMU
.....	Ameliyatta
.....	Uyandırma odasında
.....	Servise alındı

SORU: Sağlık tesisinde gerçekleşen ameliyatlara ile ilgili verilerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 59
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.4.1. Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E grubu ameliyat sayısı" aylık olarak takip edilmelidir.

A.4.2. Sağlık tesisinde bulunan ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı aylık olarak takip edilmelidir.

A.4.3. Ameliyat listeleri bir gün önce hazırlanarak ameliyathaneye mesai saati bitimine kadar bildirilmelidir

A.4.4. Ameliyat randevuları SBYS üzerinden verilmeli ve her cerrahi branş için ameliyat bekleyen hastaların listesi SBYS üzerinden izlenebilir olmalıdır.

A.4.5. Ameliyatı ertelenen ve iptal edilen hastaların analizi yapılmalıdır.

A.4.6. Her bir ameliyat masasında yapılan ameliyatlara başlangıç ve bitişleri ile ameliyat aralarındaki vakalar arası bekleme süreleri (temizlik vb.) SBYS’ de izlenebilmeli, kayıt altına alınarak, aylık olarak takip edilmelidir

A.4.7. Analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan her bir cerrahın yaptığı "A, B, C, D, E grubu ameliyat sayısı", ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı aşağıdaki tablo baz alınarak SBYS üzerinden oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmeli ve ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı hesaplanmalıdır.

Hekim Başına Düşen Ameliyat Grubu ve Sayıları Takip Formu

Hekim Başına Düşen Ameliyat Grubu ve Sayıları Takip Formu																
Cerrahi Klinikler/ Branşlar	Hekim Adı Soyadı	OCAK					ŞUBAT					YILLIK TOPLAM				
		Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı	Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı	Ameliyat Grubu*				Toplam Ameliyat Sayısı
		A	B	C	D ve E		A	B	C	D ve E		A	B	C	D ve E	
A Kliniği / Branş	X Hekim															
A Kliniği / Branş	Y Hekim															
A Kliniği / Branş Toplam																
B Kliniği / Branş	Z Hekim															
B Kliniği / Branş	Q Hekim															
B Kliniği / Branş Toplam																
.....															
.....															
.....															
GENEL TOPLAM (A KLİNİĞİ+B KLİNİĞİ+.....)																
TOPLAM** AMELİYAT MASASI BAŞINA DÜŞEN AMELİYAT SAYISI																

*Ameliyat grupları Tıbbi İşlemler Yönergesi ekinde bulunan "Girişimsel İşlemler Listesi"ne göre tanımlanmalıdır.

**Ameliyat masası başına düşen ameliyat sayısı; ilgili ayda toplam ameliyat sayısının sağlık tesisi toplam ameliyat masa sayısına bölünmesiyle hesaplanır.

Ameliyathanelerin işleyişini düzenlemek ve elektif vakaların bir düzen içerisinde alınmasını sağlamak amacıyla ameliyat listeleri bir gün önce hazırlanarak, idare onayını takiben ameliyathaneye mesai saati bitimine kadar bildirilmelidir. Gün içerisinde eklenen elektif vaka olduğunda ek liste hazırlanarak idareye ve ameliyathane sorumlusuna bildirilmelidir. Gün içerisinde alınmış acil vakalar ise mesai bitiminde liste ile sağlık tesisi idaresine bildirilmelidir. Hastane yönetimi tarafından her hekimin yaptığı liste dışı vakaların (acil-elektif) tüm ameliyat sayılarına oranı takip edilmelidir.

Sağlık tesisinde manuel yapılan ameliyat randevu kayıtları kaldırılarak, randevu kayıtları SBYS üzerinden elektronik defter kaydı ile yapılmalıdır. Her cerrahi branş için ameliyat bekleyen hastaların listesi SBYS üzerinden izlenebilir olmalıdır.

Preop hazırlığı tamamlanamaması, cerrahi malzemenin temin edilememesi vb. ameliyatın ertelenme veya iptal edilme nedenlerinin analizi yapılmalıdır.

Kliniklere ait ameliyathane masalarının etkin kullanılması için ameliyathanelerde anestezi başlangıç ve bitiş saatleri ile vakalar arası bekleme süreleri (temizlik vb.) tespiti, ameliyat masası başına düşen günlük ortalama ameliyat sayısı takip edilmelidir. Bu sürelerin kaydı SBYS üzerinden mümkünse barkod okuma şeklinde yapılmalıdır.

Aşağıda verilen tablodaki verilerin analizleri yapılarak kayıt altına alınmalı, Yönetim tarafından değerlendirilerek, gerekli tedbirler alınmalıdır. Örneğin düşük verimlilikte çalışan kliniklere ait ameliyat masaları yoğun şekilde çalışan kliniklerin kullanımına açılabilir.

Ameliyat Salonları Takip Tablosu									
Vakalar	Ameliyat Salonu 1			Ameliyat Salonu 2			Ameliyat Salonu 3		
	Başlangıç Saati*	Bitiş Saati**	Bekleme Süresi (Dk) ***	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (Dk)	Başlangıç Saati	Bitiş Saati	Bekleme Süresi (Dk)
1. Vaka	08:15	08:45	-			-			-
2. Vaka	09:25	12:05	40						
3. Vaka									
.....									
.....									
.....									

*Başlangıç saati olarak anestezi başlangıç zamanı alınmalıdır.

**Bitiş saati olarak anestezi bitiş zamanı alınmalıdır.

***1. vakanın bitiş saati ile 2. vakanın başlangıç saati arasındaki fark bekleme süresi olarak değerlendirilmelidir.

Gözlemciler, SBYS’de Yönetici Takip Ekranı”nın oluşturulup-oluşturulmadığını, aylık olarak ameliyathaneye ait yukarıdaki unsurlarda geçen istatistiklerin takip edilip-edilmediğini değerlendirmelidir.

SORU: Anesteziye ait formlar uygun şekilde dolduruluyor mu?

SIRA : 60

BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.5.1. Hasta ameliyat öncesi anestezi uzmanı tarafından muayene edilmeli ve anestezi pre-op değerlendirme formu doldurulmalıdır.

A.5.2. Anestezi güvenlik kontrol listesi doldurulmalıdır.

A.5.3. Anestezi uygulaması sırasında, hastanın fizyolojik durumu izlenerek, izlem sonuçları anestezi kayıt formuna yazılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ameliyata alınacak her hastanın (acil hastalar hariç) birkaç gün önce anestezi uzmanı tarafından anestezi ve cerrahi riskinin değerlendirilerek, anestezi değerlendirme formunun doldurulması gereklidir. Gözlemciler bu unsurun karşılanma durumunu cerrahi servislerde ve ameliyathanedeki hasta dosyalarında değerlendirirler.

Gözlemciler ameliyat odalarında ve uyandırma odalarında bulunan hasta dosyalarında anestezi pre-op değerlendirme formunun ve anestezi kayıt formunun uygun olarak doldurulduğunu değerlendirmelidir.

SORU: Hastanın ameliyathaneden çıkmadan önce ilgili cerrah tarafından gerekli kayıtları düzenlenmiş mi?

SIRA : 61

BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.6.1. Ameliyathanede hekimin post operatif bakım, tedavi planı ve ameliyat notunu yazması için uygun alanda yeterli sayıda bilgisayar bulundurulmalıdır.

A.6.2. Post operatif bakım ve tedavi planı hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.

A.6.3. Post operatif ameliyat notu hasta ameliyattan çıktıktan sonra ve ilgili birime nakledilmeden önce ilgili cerrah tarafından yazılmalı; tarih ve saat belirtilmelidir.

A.6.4. Ameliyat notlarının SBYS'den tarih, branş ve uzman hekime göre alınabilmesine yönelik düzenleme yapılmalıdır. Uygun olmayan ameliyat notlarının analizi yapılarak gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ameliyathanede cerrahın post operatif bakım ve tedavi planı ile ameliyat notunu yazabilmesi amacıyla yeterli sayıda bilgisayar bulundurulmalıdır.

Gözlemciler post operatif bakım ve tedavi planı ile ameliyat notunun yazılıp yazılmadığını uyandırma odasında bulunan hastaların dosyalarında ve servislerde post-op ameliyattan yeni çıkan hasta dosyalarında değerlendirmelidir. Post-operatif bakım ve tedavi planı ile ameliyat notu hasta ilgili birime nakledilmeden önce, ilgili cerrah tarafından tarih ve saat belirtilerek yazılmış olmalıdır.

Ameliyat notları SBYS'den tarihe, branşa veya kişiye göre sistemden alınabilmeli ve uygun olmayan ameliyat notlarının analizi yapılmalıdır. Gerektiğinde iyileştirme çalışmaları

başlatılmalıdır. Gözlemci ameliyat notlarının uygun şekilde yazılıp yazılmadığını servis ve arşiv saha ziyaretinde hasta dosyaları üzerinden incelemelidir.

SORU: Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili düzenleme mevcut mu?

SIRA : 62
BÖLÜM ADI : AMELİYATHANE HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

A.7.1. Ameliyathaneden patoloji laboratuvarına materyallerin transferi ile ilgili yazılı düzenleme oluşturulmalıdır.

A.7.2. Biyopsi ve doku materyali kapalı saklama kapları ve uygun solüsyon içinde taşınmalıdır. Saklama kabı üzerinde hasta bilgilerini içeren barkod bulunmalıdır.

A.7.3. Patoloji laboratuvarına gönderilen materyallerin teslim tutanakları (defter, form vb.) teslim eden ve teslim alan personelin imzası ile kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Patoloji materyallerinin patoloji laboratuvarına transferinin nasıl olması gerektiği her aşaması ayrıntılı olacak şekilde yazılı düzenleme ile tanımlanmalıdır (materyalin ameliyathanede kime teslim edeceği ve nerede toplanacağı, ameliyathaneden kim tarafından kime teslim edileceği, patoloji laboratuvarı farklı bir binada ise transferinin nasıl yapılacağı vb.). Gözlemci yazılı düzenlemedeki bu hususların uygulanıp uygulanmadığını kontrol etmelidir.

Ameliyathanede patoloji materyallerinin toplandığı alanda varsa saklama kaplarının üzerindeki bilgiler gözlemci tarafından kontrol etmelidir. Gözlem sırasında patoloji materyalinin bulunmaması durumunda ameliyathane personelinden süreç sorgulanmalıdır.

Hasta bilgileri, ön/kesin tanı, patoloji materyalinin alındığı bölge, ameliyathaneden teslim eden ve transferi yapacak olan personelin teslim aldığına dair imzasının tarih ve saatin bulunduğu teslim tutanakları (defter, form vb.) gözlemciler tarafından incelenmelidir

STERİLİZASYON

SORU : Sterilizasyon hizmetleri uygun fiziki koşullarda yapılıyor mu?

SIRA : 63

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.1.1. Malzeme akış yönü kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olmalı, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanlar olmak üzere şekillendirilmelidir.

ST.1.2. Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonu yapılmalıdır.

ST.1.3. Malzemelerin paketlenmesi temiz alanda yapılmalıdır.

ST.1.4. Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlenmeleri ayrı alanlarda yapılmalıdır.

ST.1.5. Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır.

ST.1.6. Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sterilizasyon ünitesinin fiziki yapısı incelenerek, değerlendirilecek unsurların karşılanıp karşılanmadığı incelenmelidir.

Sterilizasyon ünitesinde, kirli, temiz, steril depolama ve destek alanların olup olmadığı, malzeme akış yönünün kirli alandan temiz alana, temiz alandan steril alana doğru ve tek yönlü olup olmadığı gözlenmelidir.

Kirli alanda malzemelerin ön temizliği ve dekontaminasyonun yapılıp yapılmadığı gözlenmelidir. Dekontaminasyon alanı, diğer alanlarından fiziki olarak ayrılmalı ve girişi ayrı bir servis koridorundan olmalıdır

Malzeme paketlenme işleminin temiz alanda yapılıp yapılmadığı, dekontamine olmuş, temiz alet ve malzemelerin kontrol ve bakımlarının, sterilizasyon için paketlenme işlemlerinin ve steril olmak üzere paketlenmiş malzemelerin bu alanda bulunup bulunmadığı gözlenmelidir. Steril olacak alet ve malzemelerin bekletilmesi, yüklenmesi, bu alanda yapılmalı ve buharlı sterilizatörler de bu alanda olmalıdır. Alan içerisinde hidrojen peroksit ve etilen oksit sterilizatörleri için ayrı bölmelerin olup olmadığı görülmelidir.

Cerrahi aletler ve tekstil malzemelerinin paketlenmelerinin ayrı bir alanda yapılıp yapılmadığı gözlenmelidir. Tekstil malzemelerinin paketlenmelerinin MSÜ dışında bir alanda olması tercih edilir. MSÜ içinde yer alacaksa özel havalandırılmalı ayrı bölmede planlanmalıdır.

Tekstiller paketlenmeden önce yırtık, delik, tiftiklenme, inceleme, hav birikintisi vb. yönünden kontrol edilmelidir.

Kirli ve steril malzeme giriş çıkışı ayrı alanlardan yapılmalıdır. Fiziki alanın yetersiz olduğu sağlık tesislerinde kirli ve steril malzemeler için ayrı ayrı kapalı taşıma kutu/araç kullanılması durumunda olumlu olarak değerlendirilir.

Tüm yüzeyler pürüzsüz, gözeneksiz, kolay temizlenebilir, yıkamaya dayanıklı ve dezenfekte edilebilir nitelikte olmalıdır.

SORU : Steril edilen malzemeler uygun şekilde muhafaza ediliyor mu?

SIRA : 64

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.2.1. Muhafaza alanı toz, nem, haşerat ve yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olmalıdır. Sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, sıcaklık 22 dereceyi, nem %60'ı aşmamalıdır.

ST.2.2. Sterilizasyon ünitesi deposu, ameliyathane ana deposu vb. bölümlerde, steril malzemeler raflarda; zeminden 30 cm yukarıda, tavadan 50 cm aşağıda ve duvardan 5 cm önde depolanmalıdır.

ST.2.3. Steril malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibi ile kullanılmalı, depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme bulunmamalıdır.

ST.2.4. Steril malzemelerin üzerinde sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi, malzemenin içeriği ile ilgili bilgiler olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Steril depolama alanı, sterilizasyon alanına bitişik ve tek işlevi steril ve temiz malzemelerin saklanması olan ayrı, kapalı ve girişi sınırlandırılmış bir bölümde bulunmalıdır. Steril malzemelerin depolanması, steril depolama alanı dışında acil servis, poliklinik vb. gibi alanlarda da olabilir. Gözlemci tarafından hem steril depo alanının hem de diğer steril malzemelerin depolandığı alanların toz, nem, haşerat, yüksek sıcaklık ve rutubete karşı iyi havalandırılabilen özelliklerde olup olmadığı değerlendirilmelidir.

Ameliyathane ve steril depo alanında sıcaklık ve nem değerleri günlük çizelgelerle takip edilmeli, sıcaklık 22 dereceyi, nem %60'ı aşmamalıdır. Gözlem sırasında sıcaklık ve nem değerleri çizelge karşılaştırılarak kontrol edilmelidir.

Steril malzeme rafları yerden 30 cm yukarıda ve tavadan 50 cm aşağıda, hava sirkülasyonu için duvardan 5 cm önde konumlandırılmalıdır.

Steril malzemeler ıslanma riskine karşı lavabo altında depolanmamalıdır, ıslanan steril malzeme kontamine kabul edilmelidir.

Kullanımda ilk steril edilip depolanan malzemeler "ilk giren ilk çıkar" prensibine uygun olarak önce kullanılmalıdır. Depo ve kullanım alanlarında son kullanım tarihi geçmiş steril malzeme görüldüğünde olumsuz olarak değerlendirilmelidir.

Steril malzemeler arasından örnek alınarak üzerindeki barkotta sterilizasyon tarihi, sterilizasyonu yapan cihaz, hangi döngüde yapıldığı, son kullanma tarihi ile ilgili bilgilerin olup olmadığı kontrol edilmelidir.

SORU: Sterilizasyon işlemi indikatörler ile kontrol edilerek kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 65

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.3.1. İşleme girmiş ve girmemiş paketlerin birbirinden ayrılabilmesi için her paket üzerinde maruziyet bantları olmalıdır.

ST.3.2. Bowie&Dick testi her gün bir kez işlemlere başlamadan önce yapılmalıdır. Sonucu kayıt altına alınmalıdır.

ST.3.3. Vakum kaçak Testi 1 mbar/dak in altında olduğunda en az haftada bir kez, 1 - 1,3 mbar/dak. arasında olduğunda her gün yapılmalı ve sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

ST.3.4. Biyolojik indikatörler en az haftada bir kez, vücuda implante edilecek cihazların sterilizasyon işleminde ise her yükte kullanılmalıdır. Sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

ST.3.5. Her pakette kimyasal indikatörler kullanılmalıdır.

ST.3.6. Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilmelidir. Sterilizasyon ünitesi tarafından analizleri yapılarak gereken önlemler alınmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Maruziyet bantları sterilizasyon işleminin etkinliği hakkında bilgi vermezler, yalnızca bohçanın sterilizasyon işlemine tabi tutulup tutulmadığını gösterirler. Aynı zamanda bohçayı kapalı tutmak ve tespit etmek için kullanılırlar. Steril olmayan malzemenin steril olan malzeme ile karışmasını önler. İşleme girmiş ve girmemiş bohçaların birbirinden ayrılabilmesi için her bohça üzerinde maruziyet bantlarının kontrolü yapılmalıdır.

Vakumlu buhar sterilizatörlerde doymuş buharın, steril edilmesi planlanan yüke hızlı ve düzgün bir şekilde girip girmediği, sterilizatörün hücredeki havayı çıkarma ve havanın yeniden girmesini önleme kabiliyeti bu yöntemle test edilebilir. Bowie&Dick test paketi, sterilizatör boşken en alt rafa hava tahliye valfi veya vakum pompasına en yakın yere konur. Program bitiminde test yaprağı kontrol edilir ve herhangi bir sorun yoksa tüm çizgilerin homojen görünümde referans renge dönmesi beklenir. Günlük test sonuçlarının kayıtları kontrol edilmelidir.

Vakum kaçak Testi buhar sterilizatörlerde vakum kaçığı 1.3 milibar/dk.dan fazla olmamalıdır. Haftada bir kez yapılır. Sınır değere yakın bulunursa daha sık yapılabilir. Buhar sterilizatör cihazına ait Bowie& Dick ve vakum kaçığı çizelgesinin kayıtları incelenmelidir.

Otoklavlara ve DAC cihazlarına rutin olarak en az haftada bir, ideal olarak her gün, biyolojik indikatör uygulaması yapılır. Sonuçları kayıt altına alınarak saklanır. İmplant uygulaması yapılan sağlık tesislerinde, implant materyalleri buharlı basınç ile sterilizasyon yapılacak ise her yükte biyolojik indikatör kullanılmalıdır.

Örnekleme seçilen paketlerde kimyasal indikatörler kontrol edilmelidir. Düzenli bakım, onarım ve kalibrasyonu yapılan buhar sterilizatörlerde, Bowie&Dick testi ve vakum kaçak testleri ve yük kontrol testleri olumlu olmak ve paket üzerinde sınıf 1 indikatör bulunmak koşulu ile özellikle küçük paketlerde (1-2 solid alet veya 5-10 spanç ya da ped içeren sterilizasyon poşetleri gibi...) her paket içinde kimyasal indikatör bulunması zorunlu değildir.

Kullanıcılar tarafından malzemelerin sterilizasyonu ile ilgili uygunsuzluklar kayıt altına alınarak sterilizasyon ünitesine bildirilip bildirilmediği, sterilizasyon ünitesi tarafından bildirimlerin analizleri yapılarak gereken önlemlerin alınıp alınmadığı, kayıtlar üzerinden ve çalışanlardan bilgi alınarak değerlendirilmelidir.

SORU: Sağlık tesisi genelinde farklı branşlarda muayene ve girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu ile ilgili düzenleme yapıyor mu?

SIRA : 66

BÖLÜM ADI : STERİLİZASYON HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

ST.4.1. Muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu yapılmalıdır.

ST.4.2. Acil servis, ameliyathane, yoğun bakım, doğumhane, servislerde vb. kullanılan Laringoskop bladelerinin ve çoklu kullanımlı ambuların her kullanımdan sonra temizliği ve dezenfeksiyonu sağlanmalıdır.

ST.4.3. Kullanılan dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihleri bulunmalıdır.

ST.4.4. Yüksek düzey dezenfektan solüsyonları etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmeli ve kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

KBB, Genel Cerrahi, Göz, Diş, Kadın Doğum, Üroloji vb. polikliniklerde, endoskopi, bronkoskopi vb. işlemlerin yapıldığı ünitelerde ve doğumhane, ameliyathane gibi muayene ve/veya girişimsel işlemlerde kullanılan alet ve cihazların dezenfeksiyonu gerektiğinde sterilizasyonu yapılmalıdır.

Resüsitasyon odası ve ilgili bölümlerde bulunan acil müdahale setlerindeki laringoskop bladelerinin ve çoklu kullanımlı ambuların her kullanımdan sonra temizliği ve dezenfeksiyonunun

yapılıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Kullanılan dezenfektan solüsyonların üzerinde hazırlanma ve son kullanma tarihlerinin bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir.

Kadın doğum, ameliyathane, endoskopi, bronkoskopi vb. ünitelerde kullanılan yüksek düzey dezenfektan solüsyonların etkinlik indikatörleri ile kontrol edilip, kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir.

Özellikle genel cerrahi ve üroloji ameliyathanelerinde kullanılan cerrahi malzemelerin dezenfeksiyonu amacı ile yüksek düzey dezenfektan solüsyonlar kullanılmaktadır. Bu solüsyonların bazıları her gün değiştirilirken, bazı solüsyonlar prospektüsünde belirtilen sürelerde kullanılabilir. Hazırlanan solüsyonların üzerinde son kullanma tarihi belirtilmelidir. Yüksek düzey dezenfektanların bir kısmı nötralize edilerek kanalizasyon sistemine boşaltılabilirken, bir kısmı tehlikeli madde özelliğinde olup nötralize edilemez. Bu durumda tehlikeli atık kapsamında bertarafı sorgulanmalıdır.

Solüsyonların etkinliği her gün ve gün içerisinde 10 kullanımdan sonra olmak üzere etkinlik indikatörleri ile kontrol edilmelidir. Kontrollerin kayıtları tutulmalıdır. Gözlemciler bu kayıtları görmelidirler.

GENEL DEĞERLENDİRME

SORU: Sağlık tesisindeki hizmet birimleri ile periyodik değerlendirme toplantıları yapıyor mu?

SIRA : 67
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.1.1. Sağlık tesisi üst yönetimi; ilgili meslek ve hizmet grupları ile ayrı ayrı olmak üzere yılda iki kez periyodik değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

GD.1.2. Sağlık tesisinde üst yönetim kendi arasında ve kendilerine bağlı birimlerin sorumluları ile en az ayda bir kez periyodik değerlendirme toplantıları yapmalı ve toplantı sonuçları kayıt altına alınmalıdır.

GD.1.3. Toplantıda belirlenen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde üst yönetim tarafından aşağıda belirtilen gruplarla ayrı ayrı olmak üzere yılda iki kez değerlendirme toplantısı yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Bu gruplar; klinik eğitim ve idari sorumluları, eğitim sorumluları, eğitim görevlileri, başasistanlar, uzman hekimler, asistanlar, değişik birimlerde çalışan pratisyen hekimler, diş hekimleri, eczacılar, cerrahi ve dahili klinik servis sorumlu hemşireleri, yoğun bakım sorumlu hemşireleri, ameliyathane sorumlu hemşireleri, laboratuvar sağlık tekniker/teknisyenleri (biyokimya, kan merkezi, radyoloji, mikrobiyoloji ve patoloji vb.), diyetisyen ve/veya mutfak personeli, hasta bakıcı grubu, hasta karşılama yönlendirme personeli, güvenlik personeli, maaş/döner sermaye personeli, satın alma birimi personeli, hasta kayıt ve bilgi işlem personeli, hasta ve çalışan hakları birimi ve sosyal hizmet birimi, verimlilik ve kalite birimleri vb. birimleri kapsamalıdır.

Hastane üst yönetiminin kendi arasında yapmış olduğu toplantıların gündemi aşağıdaki başlıklarda gerçekleştirilebilir:

- Tıbbi, idari ve mali süreçlerle ilgili çalışmalar,
- İdari süreçlerin gözden geçirilmesi, sorunlar ve çözüm yolları,
- Mali hedefler ile ilgili değerlendirme, mali süreçlerin gözden geçirilmesi, sorunlar ve çözüm yolları,
- Değerlendirme sonuçlarının incelenmesi (ruhsat, seviyelendirme, verimlilik değerlendirmeleri vb.),
- Performans ve Kalite göstergelerinin sonuçları

Hastane Yönetimi kendilerine bağlı birim sorumluları ile:

- Sağlık tesisinde başhekim ile başhekim yardımcıları,
 - Başhekim ile hastane müdürleri ve müdür yardımcıları,
 - Sağlık bakım hizmetleri müdürü ile süpervizör ve klinik sorumlu hemşireleri,
 - İdari ve mali işler müdürü ile destek ve kalite müdürü kendilerine bağlı birim sorumluları ile;
- en az ayda bir kez değerlendirme toplantısı yapmalı ve toplantı tutanak ile kayıt altına alınmalıdır.

Toplantıda tespit edilen uygunsuzluklara yönelik iyileştirme çalışmaları başlatılmalı ve takip edilmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde bulunan her bir branş için “İzleme ve Değerlendirme Kriterleri” oluşturulmuş mu?

SIRA : 68
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.2.1. Sağlık tesisinde bulunan her bir branş için “İzleme ve Değerlendirme Kriterleri” oluşturulmalıdır.

GD.2.2. Tüm branşların değerlendirmesi yılda en az iki kez olmak üzere bir plan dahilinde gerçekleştirilmeli, kayıt altına alınmalı ve gerekli ise iyileştirici çalışmalar başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

İzleme ve Değerlendirme Kriterlerinin amacı; sağlık hizmeti sunumunda kaynak ve faaliyetleri izlemek, etkin, verimli, kaliteli, zamanında ve hatasız hizmet verilmesini sağlamak, hizmet verilen grubun beklenti ve ihtiyaçlarını karşılamak, çalışan ve hasta memnuniyetini arttırmak ve yeni bir bakış açısı kazandırabilmektir.

Öncelikle tüm branşların idari sorumlusu ve sorumlu hemşire/laborant vb. ile ekip oluşturulmalıdır. Bu ekipler belirlenen zamanda, ön hazırlık yaparak ilgili birimlerin nasıl çalıştığı, verileri, güncel sonuçları gösteren performansları, hedefler ve iyileştirme uygulamaları belirlenip (planlama, örgütleme, yöneltme, koordine ve kontrol etme) süreç yönetimi oluşturulmalıdır. Hastane yönetimi tarafından eğitim görevlileri ile yapılan periyodik değerlendirme toplantısında belirlenen hedefler, çalışanları ile paylaşılmalıdır. Toplantıda çalışanların hastane yönetiminden beklenti ve önerileri alınmalı, birimle ilgili problemler periyodik değerlendirme toplantısında sunulmak üzere raporlanmalıdır. Bu raporlar gözlemciler tarafından incelenmelidir. Tüm branşların ilk değerlendirmesi rehberin yayımlanma tarihini takip

eden ilk üç ay içinde tamamlanarak, yılda en az iki kez olmak üzere bir plan dahilinde takip edilmelidir.

Değerlendirme parametreleri; idari hizmetler, kalite yönetim sistemi uygulamaları, hemşirelik hizmetleri, poliklinik, mali durum, eczacılık hizmetleri ve otelcilik hizmetlerini kapsamalıdır. Değerlendirme parametreleri standart olmayıp sağlık tesisinde bulunan her bir servis/klinik ve ünitenin özelliğine göre başhekim ile klinik/servis eğitim ve idari sorumlusunca belirlenmelidir. Gözlemciler tarafından izleme ve değerlendirme kriterleri ile ilgili gösterge kartı ve hedef değer takibi istenmemeli, sadece güncel verilerle ilgili değerlendirme yapıp yapılmadığı sorgulanmalıdır.

Örnek “İzleme ve Değerlendirme Kriterleri” aşağıda belirtilmiştir.

İzleme ve Değerlendirme Kriterleri	
Eğitim ve Araştırma Hastaneleri	Diğer Sağlık Tesisleri
İdari Hizmetlerle İlgili Kriterler	
Ameliyat sayıları	Ameliyat sayıları
Ameliyat türleri	Ameliyat türleri
Özellikli cihazların kullanım oranları	Özellikli cihazların kullanım oranları
Asistan eğitimlerinin ve asistan karnelerinin değerlendirilmesi	
Uzmanların asistan eğitimine katılım oranları	
Konsültasyon karşılama süreleri, klinikten istenen ve klinikçe istenen konsültasyon sayıları, konsültasyon sürecinde karşılaşılan sorunlar	Konsültasyon karşılama süreleri, servisten istenen ve servis tarafından istenen konsültasyon sayıları, konsültasyon sürecinde karşılaşılan sorunlar
Kliniğin diğer kliniklerle ilişkisinde karşılaşılan sorunlar	Servisin diğer servislerle ilişkisinde karşılaşılan sorunlar
Yoğun bakımlarda hasta yatış sürelerini kısaltmak için yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hastaların kliniklere sevkini kolaylaştırıcı önlemlerin alınması	Yoğun bakımlarda hasta yatış sürelerini kısaltmak için yoğun bakım ihtiyacı kalmayan hastaların servislere sevkini kolaylaştırıcı önlemlerin alınması
Yatak doluluk oranları	Yatak doluluk oranları
Klinik enfeksiyon oranları	Servis enfeksiyon oranları
Kan ve kan ürünleri kullanım miktarları, uygun şekilde kullanımı	Kan ve kan ürünleri kullanım miktarları, uygun şekilde kullanımı
Radyoloji, nükleer tıp klinikleri ile vb. laboratuvarlar için randevu ve sonuç verme sürelerinin takip edilmesi	Radyoloji, nükleer tıp laboratuvarları ile vb. laboratuvarlar için randevu ve sonuç verme sürelerinin takip edilmesi

Klinikle ilgili ramak kala, olumsuz olay, kaza ve İSG kapsamında yapılan bildirimler	Servisle ilgili ramak kala, olumsuz olay, kaza ve İSG kapsamında yapılan bildirimler
Ameliyat kararı verilen hastaların bekleme süreleri (gün)	Ameliyat kararı verilen hastaların bekleme süreleri (gün)
Ameliyat öncesi hazırlık süreçleri ve bu nedenle iptal edilen ve/veya ertelenen vaka sayıları	Ameliyat öncesi hazırlık süreçleri ve bu nedenle iptal edilen ve/veya ertelenen vaka sayıları
Klinikte uygulanan girişimsel işlemler, ameliyatlara, muayene ve tetkik sayıları, bunlar nedeniyle oluşan komplikasyonların klinik içi analizi	Serviste uygulanan girişimsel işlemler, ameliyatlara, muayene ve tetkik sayıları, bunlar nedeniyle oluşan komplikasyonların analizi
Girişimsel işlem, ameliyat, muayene ve tetkiklerin uygulanması konusunda klinik içi dağılımda denge unsurunun değerlendirilmesi	Girişimsel işlem, ameliyat, muayene ve tetkiklerin uygulanması konusunda servisteki dağılımda denge unsurunun değerlendirilmesi
Rasyonların düzenlenmesi	Rasyonların düzenlenmesi
Klinik çalışanlarının gelişimlerini artıracak hizmet içi ve kişisel eğitimler	Servis çalışanlarının gelişimlerini artıracak hizmet içi ve kişisel eğitimler
Kadın doğum klinikleri için sezaryen oranlarının takibi	Kadın doğum servisleri için sezaryen oranlarının takibi
Klinikte yapılan tadilat ve tamirat işleri dolayısı ile oluşabilecek olası durumların tartışılması ve ilgili birimlerle iletişim	Serviste yapılan tadilat ve tamirat işleri dolayısı ile oluşabilecek olası durumların tartışılması ve ilgili birimlerle iletişim
Klinik özelinde poliklinik, yatan hasta, ameliyathane veya klinikte uygulanan işlemlere ait hemşire, doktor ve diğer personelin kullandığı SBYS ekranlarının kullanıcı dostu olması için çalışmaların yapılması	Servis özelinde poliklinik, yatan hasta, ameliyathane veya klinikte uygulanan işlemlere ait hemşire, doktor ve diğer personelin kullandığı SBYS ekranlarının kullanıcı dostu olması için çalışmaların yapılması
Hasta eğitimlerinin düzenlenmesi	Hasta eğitimlerinin düzenlenmesi
Nöbet defterlerinin eksiksiz doldurulması	Nöbet defterlerinin eksiksiz doldurulması
Kalite Yönetim Sistemi İle İlgili Kriterler	
Kliniğin öz değerlendirme sonuçları (Verimlilik standartları, SKS uygulamaları vb.)	Servisin öz değerlendirme sonuçları (Verimlilik standartları, SKS uygulamaları vb.)
Hasta dosyaları muhteviyatının tam olacak şekilde doğru ve eksiksiz doldurulmasının sağlanması	Hasta dosyaları muhteviyatının tam olacak şekilde doğru ve eksiksiz doldurulmasının sağlanması
Klinik çalışan, ayaktan ve yatan hasta memnuniyeti	Servis çalışan, ayaktan ve yatan hasta memnuniyeti
Yazılı, sözlü ve elektronik ortamda (SABİM, BİMER vb.) yapılan hasta şikâyetleri ve bilgi edinme kapsamında istenen bilgilerin cevaplandırılmasında olan gecikmeler	Yazılı, sözlü ve elektronik ortamda (SABİM, BİMER vb.) yapılan hasta şikâyetleri ve bilgi edinme kapsamında istenen bilgilerin cevaplandırılmasında olan gecikmeler
Klinikle ilgili açılmış olan toplam iyileştirici faaliyetler, gerçekleştirilen ve gerçekleştirilemeyen iyileştirici faaliyetler	Servisle ilgili açılmış olan toplam iyileştirici faaliyetler, gerçekleştirilen ve gerçekleştirilemeyen iyileştirici faaliyetler

Hemşirelik Hizmetleri İle İlgili Kriterler	
Hemşire başına düşen hasta sayısı	Hemşire başına düşen hasta sayısı
Fazla mesailer	Fazla mesailer
Depoların minimum maksimum malzeme sayıları	Depoların minimum maksimum malzeme sayıları
Tıbbi sarf malzemesi ve cihaz ihtiyaçlarının belirlenmesi	Tıbbi sarf malzemesi ve cihaz ihtiyaçlarının belirlenmesi
Cihaz envanter kayıtları ve eksiklikleri	Cihaz envanter kayıtları ve eksiklikleri
Cihaz kalibrasyonlarının ve arızalarının takibi	Cihaz kalibrasyonlarının ve arızalarının takibi
Refakatçi, ziyaretçi konuları	Refakatçi, ziyaretçi konuları
Klinikler arası hasta nakil süreci	Servisler arası hasta nakil süreci
Klinikler arası cihaz transferleri ve kayıtları	Servisler arası cihaz transferleri ve kayıtları
Poliklinik Hizmetleri İle İlgili Kriterler	
Poliklinik muayene ve alt birimlerin ilk işleme başlama saatleri, poliklinik geç açılma raporları, poliklinik günlük hasta sayısının takibi, yeni poliklinik ihtiyacının tespiti	Poliklinik muayene ve alt birimlerin ilk işleme başlama saatleri, poliklinik geç açılma raporları, poliklinik günlük hasta sayısının takibi, yeni poliklinik ihtiyacının tespiti
Poliklinik bekleme süreleri	Poliklinik bekleme süreleri
E-reçete oranları ve akılcı antibiyotik kullanımı	E-reçete oranları ve akılcı antibiyotik kullanımı
Kliniğin gerçekleştirdiği işlemler (EEG,EKO, Endoskopi, SFT vb...) için verilen randevu süreleri, işlem sonrası sonuç verme sürelerinin değerlendirilmesi	Servisin gerçekleştirdiği işlemler (EEG, EKO, Endoskopi, SFT vb...) için verilen randevu süreleri, işlem sonrası sonuç verme sürelerinin değerlendirilmesi
MHRS oranları, kapalı cetvel tanımlama oranı ve randevu saatine uyumun değerlendirilmesi	MHRS oranları, kapalı cetvel tanımlama oranı ve randevu saatine uyumun değerlendirilmesi
Mali Durum İle İlgili Kriterler (Hastane İdari ve Mali İşler Müdürlüğünden gereken verilerin temini ile)	
Kliniğin mali yapısı ve trend	Servisin mali yapısı ve trend
Gelir-gider ve maliyet oranları (tüm gelire oranı)	Gelir-gider ve maliyet oranları (tüm gelire oranı)
Kesilmeyen fatura, kaçaklar ve nedenleri	Kesilmeyen fatura, kaçaklar ve nedenleri
Ayaktan ve yatan hasta sayıları ve trend	Ayaktan ve yatan hasta sayıları ve trend
Cihaz, malzeme ve tıbbi sarf şartnameleri	Cihaz, malzeme ve tıbbi sarf şartnameleri
Otelcilik Hizmetleri İle İlgili Kriterler	
Kliniğin atık yönetimi (evsel atık, tıbbi atık, tehlikeli atık miktarları ve ayrıştırma süreci)	Servisin atık yönetimi (evsel atık, tıbbi atık, tehlikeli atık miktarları ve ayrıştırma süreci)

Kliniğin temizlik kayıt formları, temizlik personelinin yeterliliği	Servisin temizlik kayıt formları, temizlik personelinin yeterliliği
Klinikte kullanılan yatak, tıbbi cihaz, muayene sedyesi, refakatçi koltukları, çarşafklar, yemek servisinde kullanılan malzemeler vb. temizlik işlemleri	Serviste kullanılan yatak, tıbbi cihaz, muayene sedyesi, refakatçi koltukları, çarşafklar, yemek servisinde kullanılan malzemeler vb. temizlik işlemleri
Kliniğin temizliği için kullanılan kimyasalların muhafazası, temizlik malzemelerinin depolanması, temizlik sırasında güvenliğe yönelik önlemler (kaygan zemin tabela kullanımı)	Servisin temizliği için kullanılan kimyasalların muhafazası, temizlik malzemelerinin depolanması, temizlik sırasında güvenliğe yönelik önlemler (kaygan zemin tabela kullanımı)
Hastane idaresince gerçekleştirilen bina turu sonucunda klinikle ilgili yapılan tespitler (alt yapı, sivil savunma, hasta odalarındaki demirbaşların yeterliliği ve durumu vb. yönünden değerlendirme)	Hastane idaresince gerçekleştirilen bina turu sonucunda klinikle ilgili yapılan tespitler (alt yapı, sivil savunma, hasta odalarındaki demirbaşların yeterliliği ve durumu vb. yönünden değerlendirme)
Kat krokileri, yönlendirme tabelaları, yangın tedbirleri	Kat krokileri, yönlendirme tabelaları, yangın tedbirleri
Eczacılık Hizmetleri İle İlgili Kriterler	
İlaç orderlarının zamanında ve uygun yapılması	İlaç orderlarının zamanında ve uygun yapılması
Kullanılmayan veya az kullanılan sarf malzemeler ve ilaçlar	Kullanılmayan veya az kullanılan sarf malzemeler ve ilaçlar
Geri ilaç iadeleri	Geri ilaç iadeleri
Klinikte kullanılan ilaçların temini, muhafazası, acil ilaçların miad ve miktar kontrolü, ilaç kullanımı sırasında yaşanan problemler ve bildirim	Serviste kullanılan ilaçların temini, muhafazası, acil ilaçların miad ve miktar kontrolü, ilaç kullanımı sırasında yaşanan problemler ve bildirim
İhtiyaç, ihale ve mal muayene komisyonuna katılım	İhtiyaç, ihale ve mal muayene komisyonuna katılım

SORU: Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda “sağlık tesisinin hizmet sunumunun değerlendirmesi” yapıyor mu?

SIRA : 69
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.3.1.Sağlık tesisinde mesai dışı zamanlarda hizmet sunumu değerlendirilmesi; yönetim veya yönetimin uygun gördüğü yönetimi temsil niteliğine sahip kişiler tarafından; üç ayda bir (en az bir değerlendirme haftasonu ve diğeri ise hafta içi acil servis yoğunluğunun fazla olduğu akşam saatlerinde olmak üzere) yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır.

GD.3.2. Hizmet sunumu değerlendirmesi sırasında tespit edilen sorunlar ve eksiklikler ile ilgili iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin mesai dışı zamanlarda hizmet sunumunun değerlendirmesi, yönetim veya yönetimi temsil yetkisine sahip kişi/kişiler tarafından, en az bir değerlendirme haftasonu ve diğeri ise hafta içi acil servis yoğunluğunun fazla olduğu akşam saatlerinde olmak üzere en az 3 ayda bir yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. Mesai dışı değerlendirme 24 saat esaslı çalışan tüm bölümlerden örneklemler alınarak yapılmalıdır. Gözlemci tarafından değerlendirmenin yapılıp yapılmadığı sorgulanmalıdır. Hizmet sunumu değerlendirmesi sırasında tespit edilen sorunlar ve eksiklikler ile ilgili iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

SORU: Çalışanların motivasyon düzeyini, memnuniyet oranını ve kurumsal aidiyetini arttırıcı faaliyetler düzenleniyor mu?

SIRA : 70
BÖLÜM ADI : GENEL DEğERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEğERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.4.1. Sağlık tesisinde çalışanların memnuniyeti ve motivasyonunu arttırmak, kurum kültürünü yerleştirmek, kurumsal aidiyet duygusunu geliştirmek için üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini arttırıcı çalışmalar yapılmalıdır.

GD.4.2. Sağlık tesisi çalışanlarına memnuniyet anketleri yapılmalı, öneri ve şikayetleri yönetim tarafından değerlendirilmeli, gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

GD.4.3. Sağlık tesisinde görev yapan personele ait giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanları oluşturulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görev yapan personelin memnuniyeti ve motivasyonunu arttırmak amacıyla aşağıda yer alan örneklemlerdeki gibi düzenlemeler yapılmalıdır. Sağlık tesisi bu amaçla başka düzenlemeler de yapabilir.

a) alışanlara önemli günlerde kutlama mesajları gönderilmelidir.

Örneğin,

DOğUM GÜNÜ: Sayın yeni yaşınızın sağlık, mutluluk ve başarılarınızın devamını getirmesi dileklerimizle. Hastanesi

DAVETLİSİNİZ: 11 Eylül Pazartesi saat 15:00 te Konferans Salonunda yapılacak Eğitim Yılı Açılış Töreni ve Kokteyline davetlisiniz. Başhekim

BRANŞ/ MESLEK GÜNÜ: Sayın Dünya Biyologlar Gününüzü kutlar sağlık ve mutluluklar dileriz. Hastanesi.

KURUMA BAŞLAMA: Sayın Hoşgeldiniz. Hastanesi Ailesine katılımınızı kutlar, sağlık ve mutluluklar dileriz. Hastanesi.

KURUMDAN AYRILMA ve EMEKLİLİK: Sayın Hastanemize yaptığınız katkılar için teşekkür eder, sağlık ve mutluluklar dileriz.Hastanesi.

- b) Emekli olan ve 25 yılını dolduran personele üst yönetim tarafından “teşekkür belgesi”/ “teşekkür plaketi” düzenlenmesi,
- c) Çalışanların görev tanımına ve niteliklerine (mezuniyet, deneyim ve sertifika) uygun yerlerde hizmet vermesinin sağlanması,
- d) Uzman hekim odaları, asistan odaları, hemşire odaları vb. personel odalarının donanımlı ve konforlu olmasının sağlanması,
- e) Engelli personel için engeline uygun işlerde çalıştırılması ve engeline uygun fiziksel düzenlemeler yapılması,
- f) Beyaz kod verildiğinde üst yöneticinin adli sürece dahil olması, ilgili çalışanı ile bizzat ilgilenmesi ve süreci takip etmesi,
- g) Sosyal alanların (kafeterya, okuma salonu, kütüphane, mescit, kreş vb.) oluşturulmasının sağlanması,
- h) Çalışma alanlarının rahat çalışmaya engel olmayacak şekilde düzenlenmesi,
- i) Ağır hastalık ve vefat durumlarında personelin üst yönetim tarafından aranması veya ziyaret gerçekleştirilmesi,
- j) Personele kantinde elverdiği ölçüde indirim sağlanması,
- k) Çalışanların eğitim ihtiyaçlarının belirlenmesi ve eğitimde fırsat eşitliğinin sağlanması,
- l) Personelin iletişim ve yönetsel yetkinliklerinin artırılmasına yönelik eğitimlerin düzenlenmesi,
- m) Asistanların, kendi branşlarında düzenlenen “Kış Okulu” türü eğitim toplantılarına katılımlarının teşvik edilmesi,
- n) Asistan eğitiminde çeşitli nedenlerle eksikliği olan eğitimlerin rotasyonlarla tamamlanmasının sağlanması,
- o) Üst yönetim ile çalışanlar arasındaki iletişim ve işbirliğini artırıcı çalışmalar (birim toplantıları, yemek organizasyonları, sportif faaliyetler, geziler vb.) ile çalışanların bir araya gelmelerinin sağlanması,

Sağlık tesisinde mümkün olduğu ölçüde bu düzenlemeler uygulanmalıdır.

Sağlık tesisinin çalışan memnuniyetini belirlemeye ve ölçmeye yönelik yapmış oldukları anket çalışmaları incelenmelidir. Çalışanlar için talep ve öneri kutuları bulunmalı, sayısının yeterliliği ve bunların görülebilir alanlarda olup olmadığı incelenmelidir. Ayrıca çalışan önerilerinin

alınabileceği web/iletişim adresleri oluşturulmalıdır. Sağlık tesisi yönetiminin belirli periyotlarda görüş ve öneriler doğrultusunda yapmış olduğu iyileştirmeler değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisinde çalışan görevli personel için tüm bölümlerde (acil servis, servis, eczane vb.) giyinme ve dinlenme odaları bulunmalı ve dinlenme odalarında asgari olarak; el yıkama lavabosu, buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.), televizyon, telefon, kişiye özel eşya dolabı ve mahremiyete uygun giyinme alanlarının bulunup bulunmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

KAMU HASTANELERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ 27.12.2017 TARİHLİ E.87307621-419-1761 SAYILI ÇALIŞAN MOTİVASYONU İLE İLGİLİ YAZI.

12.11.2014 TARİHLİ “ DİNLENME ODALARI “ İLE İLGİLİ YAZI

Sağlık tesislerimizde daha kaliteli, etkin ve verimli hizmet sunulması; çalışan personelin moral ve motivasyonunun yüksek olmasına, ihtiyaç ve beklentilerinin en iyi şekilde karşılanmasına, fiziki ortam ve çalışma koşullarının iyileştirilmesi ile doğru orantılıdır. İyi hizmet sunulması sadece yeterli personelin mevcut olması ile değil işini ve çalıştığı ortamı seven, güler yüzlü ve çalışmaya istekli personel ile mümkün olacaktır. Sağlık personeli çalıştığı ortamda ne kadar mutlu ve huzurlu olursa; çalıştığı kuruma olan bağlılığı, yaptığı işlerdeki başarısı ve buna bağlı olarak hasta ve hasta yakınlarının memnuniyeti de bir o kadar artacaktır.

Bu bağlamda; sağlık personelimizin taleplerinin karşılanması ve uygun dinlenme odalarının oluşturulması planlanmaktadır. Bu kapsamda; tercihen gün ışığı alan dinlenme odalarının oluşturulması ve bu alanlarda asgari olarak; el yıkama lavabosu, mini buzdolabı, oturma alanları (sandalye, koltuk, sehpa vb.) ve televizyon bulunmasının sağlanması ayrıca kişiye özel eşyaların muhafazası için çalışanlara dolap tahsis edilmesi, mahremiyete uygun giyinme alanlarının oluşturulması gerekmektedir.

SORU: Sağlık tesisinde sertifikalı çalışan personel sayısının takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 71

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.5.1. Hizmet verilen birim/ünitelerde (yoğun bakım, acil servis, ameliyathane, palyatif bakım, hemodiyaliz, evde sağlık birimi vb.) sertifikalı olan toplam sağlık hizmetleri sınıfı personel sayısının ilgili birimlerde çalışan toplam personel sayısına oranı SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

GD.5.2. Enfeksiyon Kontrol hemşiresi, “Enfeksiyon Kontrol Hemşireliği Sertifikalı Eğitim Programı”na katılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde hizmet birim ve ünitelerinde çalışan personelin sertifikasyon durumları aşağıdaki tabloda belirtilen şekilde SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Sağlık tesisinde hizmet birim/ünitelerde (yoğun bakım, acil servis, ameliyathane, palyatif bakım, hemodiyaliz, evde sağlık birimi vb.) çalışan personelin sertifikasyon planlaması ve oranı gözlemciler tarafından incelenmelidir.

..... Yılı Hizmet Birim/Üniteleri Sertifikasyon Durumu*			
Birim/Üniteler	Çalışan Personel Sayısı	Görev Yaptığı Alan ile İlgili Sertifikalı Personel Sayısı	Sertifikalı Çalışan Personel Oranı
Yoğun Bakım			
Acil Servis			
Ameliyathane			
Palyatif Bakım			
Hemodiyaliz			
.....			
.....			
TOPLAM			

*Sağlık tesisi bünyesinde, yalnızca hizmet verilen alanlar ile ilgili sertifikalı personel sayısı takip edilmelidir. Tablodaki çalışan personel sayısı sütununa; ilgili birim/ünitede çalışan hemşire sayısı/ebe (hemşire yetkisine sahip)/sağlık memuru (toplum sağlığı) sayısı vb. Görev yaptığı alan ile ilgili sertifikalı personel sayısı sütununa ise; ilgili birim/ünitede çalışan Sağlık Bakanlığı Sertifika Programları kapsamında verilen sertifikaya sahip toplam hemşire sayısı vb. belirtilmelidir. Sertifikalı çalışan personel oranı, görev yaptığı alan ile ilgili sertifikalı personel sayısının ilgili birim/ünitede çalışan personel sayısına bölünmesiyle bulunur.

Gözlemciler, SBYS’de “Yönetici Takip Ekranı” nın oluşturulup oluşturulmadığını, hizmet birim ve ünitelerinde sertifikasyon durumunun takip edilip edilmediğini değerlendirmelidir.

Gözlemciler, sağlık tesisinde görevli Enfeksiyon Kontrol Hemşiresinin, sertifikalı eğitim programına katılmış olma durumunu değerlendirmelidir. Sertifikasyon programına başvuru yapılmış olması durumunda olumlu olarak değerlendirme yapılmalıdır.

KAYNAK:

YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI ENFEKSİYON KONTROL YÖNETMELİĞİ

Enfeksiyon kontrol hemşiresi

Madde 13 — Başhemşirelik tarafından, tercihen yüksek okul mezunu, bilgisayar kullanmayı bilen ve Bakanlık tarafından onaylanmış enfeksiyon kontrol hemşireliği sertifikasına sahip hemşireler arasından seçilir ve enfeksiyon kontrol komitesine bağlı olarak çalışır.

SORU: Sağlık tesisinde eğitimle ilgili gerekli düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 72
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.6.1. Eğitim birimi oluşturulmalı ve sorumluları belirlenmelidir.

GD.6.2. Kuruma yeni başlayan personele bir hafta içinde genel uyum eğitimleri verilmelidir.

GD.6.3. Çalışanlara verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları olmalıdır.

GD.6.4. Sağlık tesisinde yıllık hizmet içi eğitim planı yapılmalı ve eğitimler plana uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

GD.6.5. Sağlık tesisinde CPR eğitimi CPR sertifikasyon eğitimini almış personel veya anesteziyoloji ve reanimasyon/yoğun bakım/kardiyoloji uzman hekimlerince verilmelidir.

GD.6.6. Eğitim kliniklerinde konsey/vaka/makale/bilimsel tartışma vb. toplantılar yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. (Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir)

GD.6.7. Hastane genelinde düzenlenen bilimsel toplantıların kayıtları tutulmalıdır (Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir)

GD.6.8. Asistan hekimlerin rotasyon planları belirlenmeli, rotasyon zamanı ilgili kişilere (rotasyona gidecek asistan hekim, klinik idari sorumlusuna ve gidilecek kliniğin idari sorumlusuna) SMS vb. yöntemler ile bildirilmelidir. (Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir)

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde eğitim birimi oluşturulmalı, sorumluları belirlenmeli, görevlendirme yazıları ilgili kişilere tebliğ/tebellüğ edilmelidir.

Sağlık tesisinde herhangi bir bölüme en son gelen personel ismi kayıt edilerek bu personele verilen genel ve bölüm uyum eğitiminin kayıtları incelenmelidir. Genel uyum eğitimleri; sağlık tesisinin fiziki yapısı, hizmet verilen bölümler, yönetim kadrosu, çalışma koşulları, izinler, hastane ulaşımı, hastane iletişim bilgilerini içermelidir. Bölüm uyum eğitimleri bölüm yönetici ve çalışanları, bölümün faaliyet ve işleyişi, bölümün fiziki yapısı, mesleki kategorilere göre görev ve sorumlulukları, bölümle ilgili yazılı düzenlemeleri, SBYS eğitimini, bölümde kullanılan tıbbi cihaz bilgilerini içermelidir. Eğitimlerin ilgili personelin başlangıç tarihinden itibaren bir hafta içinde yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilmelidir. Bölüm uyum eğitimleri sağlık personelinin ve diğer personelin bölüm değişikliklerinde bölüme uygun kriterlere göre yenilenmelidir.

Sağlık tesisinde hizmet içi eğitimlere yönelik yıllık eğitim planı oluşturulmalı ve eğitimler plana uygun olarak verilmelidir. Değerlendirme sırasında randomize olarak seçilen personelin aldıkları eğitim konu başlıkları ve zamanları not edilerek, verilen eğitimin kayıtları ile karşılaştırılmalıdır. Sağlık tesisinde CPR eğitimi CPR sertifikasyon eğitimini almış personel veya anesteziyoloji ve reanimasyon/yoğun bakım/kardiyoloji uzman hekimlerince verilmeli, gözlemci tarafından verilen eğitimlerin kayıtlarından eğitimlerin kimler tarafından verildiği değerlendirilmelidir.

Eğitim kliniklerinde konsey/vaka/makale/bilimsel tartışma vb. toplantılar yapılmalı ve kayıt altına alınmalıdır. (Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde değerlendirilecektir).

Konsey/vaka/makale/bilimsel tartışma vb. toplantılar için;

- a. Yıllık/dönemsel toplantı planlaması yapılmalıdır.
- b. Toplantı katılım listesi hastane yönetimi/ilgili eğitim birimi ile paylaşılmalıdır.
- c. İdareyi ilgilendiren bir tespit yapıldığında gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.
- d. Eğitim koordinatörlüğü tarafından yılda iki kez bu toplantıların uygun yapılıp yapılmadığının kontrolleri yapılmalıdır.

Gözlemciler tarafından Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde düzenlenen bilimsel toplantıların kayıtları değerlendirilmelidir.

Eğitim ve Araştırma Hastanelerinde asistan hekimlerin rotasyon planları belirlenmelidir. Rotasyona gidecek asistan hekime, asistanın klinik idari sorumlusuna ve rotasyona gidilecek kliniğin idari sorumlusuna SMS vb. yöntemler ile aşağıda belirtilen şekilde bilgilendirme yapılmalıdır.

Rotasyon tarihinden 15 gün önce;

Rotasyona Gidecek Asistan Hekime: Sayın Dr..... , 01.11.18 tarihinden itibaren 1 ay süreyle Ortopedi Ve Travmalotoji Kliniğinde eğitim rotasyonunuz başlayacaktır. Bilgilerinize EAH

Asistanın Klinik İdari Sorumlusuna: Sayın....., Kliniğiniz Asistanı Dr..... , 01.11.18 tarihinden itibaren 1 ay süreyle Ortopedi ve Travmalotoji Kliniğinde eğitim rotasyonuna başlayacaktır. Bilgilerinize. EAH

Rotasyona Gidilecek Kliniğin İdari Sorumlusuna: Sayın, Asistan Dr..... , 01.11.18 tarihinden itibaren 1 ay süreyle kliniğinizde eğitim rotasyonuna başlayacaktır. Bilgilerinize. EAH

KAYNAK:

SAĞLIK BAKANLIĞI HİZMET İÇİ EĞİTİM YÖNETMELİĞİ (11/12/2009)

Eğitimin Esasları

Hizmet içi eğitimin hedefleri

MADDE 5 - (1) Hizmet içi eğitimin hedefi, Devlet Memurları Eğitimi Genel Planı'nda ve kalkınma planlarında eğitim için öngörülen amaçlar doğrultusunda;

- a) Personelin, bilgisini ve verimliliğini artırarak yetişmesini sağlamak, hizmete ilgisini en yüksek düzeye çıkarmak ve daha üst seviyedeki görevlere hazırlamak,
- b) Personeli ödevleri, görevleri, yetki ve sorumlulukları konusunda geliştirmek,
- c) Yönetimde ve uygulamada verimlilik ve etkinliğin artırılmasını sağlamak,
- ç) Personeli, bilimsel ve teknolojik imkânları üst düzeyde kullanabilir duruma getirmek,
- d) Hizmetlerin tam ve zamanında kullanıcılara ulaşımını sağlayacak eğitimi vermek,
- e) Yurt dışına gidecek personeli, Bakanlığın hedefleri doğrultusunda ihtiyaç duyulan alanlara yönlendirmek,
- f) İnsan kaynakları planlaması doğrultusunda, Bakanlığın ihtiyacı olan nitelikli insan gücünü yetiştirmek ve aldığı hizmet içi eğitim doğrultusunda değerlendirilmesini sağlamak,
- g) Göreve yeni başlayan personelin uyum eğitimlerinin yapılmasını sağlamaktır.
- Hizmet içi eğitimin ilkeleri MADDE 6 - (1) Hizmet içi eğitimde belirlenen hedeflere ulaşabilmek için uyulacak ilkeler;
- a) Bu Yönetmelik hükümlerine göre eğitim görevlileri ve eğitime tabi tutulacak personelin eğitime katılmaktan sorumlu olması,
- b) Hizmet içi eğitimden yararlanmada öncelikler esas alınarak tüm personelin belirlenen hizmet içi eğitim ihtiyacına göre eğitim etkinliklerine katılması,
- c) Gerektiğinde ilgili kurum ve kuruluşlarla eğitimde iş birliği sağlanması, bilgi, belge, araç gereç ve eğitici değişiminin yapılması,
- ç) Eğitimin, millî kalkınma hedeflerine uygun plan ve programlara dayalı olarak Bakanlığın amaçları, görevleri, yetkileri, sorumlulukları ve ihtiyaçları doğrultusunda bir plan ve programa dayalı olarak düzenlenmesi,
- d) Eğitimin etkinlik, tutumluluk ve verimlilik ilkelerine uygun olarak yürütülmesi ve sürekli olması,
- e) Eğitim yapılacak ortamların eğitimin gereklerine göre düzenlenmesi ve donatılması,
- f) Her amirin birimindeki personelinin eğitiminden ve yetiştirilmesinden sorumlu olmasının sağlanması,
- g) Hizmet içi eğitim planı ve programları ile eğitim faaliyetlerinin Bakanlık birimlerinin asli görevlerini aksatmayacak biçimde düzenlenmesi,
- ğ) Eğitime tabi tutulan Bakanlık personelinin eğitimde kazandırılan niteliklere ve eğitime gönderilme amacına uygun görevlerde istihdam edilmesi,
- h) Eğitimden beklenen sonuçlara ulaşıp ulaşılmadığının belirlenmesi için eğitim çalışmalarını sırasında ve bitiminde değerlendirme yapılmasıdır.

SORU : İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili düzenleme ve çalışmalar yapılıyor mu?

SIRA : 73
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.7.1. İş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu oluşturulmalı, kurul üyelerinin mevzuata uygun görevlendirmeleri olmalıdır.

GD.7.2. İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu her ay toplanmalı ve toplantı kayıtları olmalıdır.

GD.7.3. Çalışanlara mevzuata uygun iş sağlığı ve güvenliğini ilgilendiren konularla ilgili yılda en az on altı saat olmak üzere eğitimler verilmeli ve eğitimlerin kayıtları olmalıdır.

GD.7.4. Çalışma ortamının ve çalışanların sağlık ve güvenliğini sağlama, sürdürme ve geliştirme amacı ile iş sağlığı ve güvenliği yönünden en geç iki yılda bir risk değerlendirmesi yapılmalı ve kayıtları bulunmalıdır.

GD.7.5. Bölüm bazında belirlenen riskler ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personele yönelik sağlık tarama programı hazırlanmalı, bu program doğrultusunda sağlık taramaları yapılmalıdır. Sağlık tarama sonuçlarının kayıtları olmalıdır.

GD.7.6. Sağlık tarama zamanı yaklaşan personele SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme yapılmalıdır.

GD.7.7. Hastane personeli, yapılan sağlık tarama testlerinin sonuçları hakkında (varsa işyeri hekimi tarafından) bilgilendirilmeli, düzenlenecek belgelerde bilgilendirildiğine dair imzası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kurulan İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu görevlendirme kayıtları incelenmelidir.

İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu;

- İşveren veya işveren vekili,
- İş güvenliği uzmanı
- İşyeri hekimi,
- İnsan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir personel,
- Bulunması halinde sivil savunma uzmanı,
- Çalışan temsilcisinden oluşur.

“Yataklı sağlık tesisleri İş Sağlığı ve Güvenliğine İlişkin İşyeri Tehlike Sınıfları Tebliği”ne göre çok tehlikeli sınıfta yer almaktadır.

Çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulu en geç ayda bir kez toplanmalıdır. Gözlemci tarafından İş Sağlığı ve Güvenliği Kurulunun toplantı kayıtları incelenmelidir.

Çalışanlara iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili konularda, yılda toplam 16 saat olmak üzere verilen eğitimlerin kayıtları incelenmelidir. Eğitim süreleri hastanenin işleyişi ve vardiya sistemi gözönünde bulundurularak 4 er saatlik dilimler halinde düzenlenebilir.

Sağlık tesisinin tüm çalışma alanlarını kapsayan risk değerlendirme kayıtları incelenmelidir. Bölüm bazında belirlenen risklere yönelik ve uzman hekimlerin görüşleri doğrultusunda tüm personel için hazırlanan sağlık tarama programı ve sağlık tarama sonuçlarının kayıtları incelenmelidir.

Sağlık tarama zamanın yaklaşan personele aşağıda örneği verilen SMS vb. yöntemler ile bilgilendirme yapılmalıdır.

Örnek:

“Sayın, 06.11.2018 tarihinde iş sağlığı ve güvenliği kapsamında sağlık tarama randevunuz bulunmaktadır. H blok 1. Katta bulunan ilgili bölüme başvurmanız önemle rica olunur.”

Hastane personeli, yapılan sağlık tarama testlerinin sonuçları hakkında (varsa işyeri hekimi tarafından) bilgilendirilmeli, düzenlenecek belgelerde bilgilendirildiğine dair imzası bulunmalıdır.

KAYNAK:

6331 sayılı İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KANUNU (20/6/2012)

İş sağlığı ve güvenliği kurulu

MADDE 22 – (1) Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur. İşveren, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun kurul kararlarını uygular.

(2) Altı aydan fazla süren asıl işveren-alt işveren ilişkisinin bulunduğu hallerde;

a) Asıl işveren ve alt işveren tarafından ayrı ayrı kurul oluşturulmuş ise, faaliyetlerin yürütülmesi ve kararların uygulanması konusunda iş birliği ve koordinasyon asıl işverence sağlanır.

b) Asıl işveren tarafından kurul oluşturulmuş ise, kurul oluşturması gerekmeyen alt işveren, koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

c) İşyerinde kurul oluşturması gerekmeyen asıl işveren, alt işverenin oluşturduğu kurula iş birliği ve koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

) Kurul oluşturması gerekmeyen asıl işveren ve alt işverenin toplam çalışan sayısı elliden fazla ise, koordinasyonu asıl işverence yapılmak kaydıyla, asıl işveren ve alt işveren tarafından birlikte bir kurul oluşturulur.

(3) Aynı alışma alanında birden fazla işverenin bulunması ve bu işverenlerce birden fazla kurulun oluşturulması hâlinde işverenler, birbirlerinin çalışmalarını etkileyebilecek kurul kararları hakkında diğer işverenleri bilgilendirir.

İş sağlığı ve güvenliğinin koordinasyonu

MADDE 23 – (1) Aynı alışma alanını birden fazla işverenin paylaşması durumunda işverenler; iş hijyeni ile iş sağlığı ve güvenliği önlemlerinin uygulanmasında iş birliği yapar, yapılan işin yapısı göz önüne alınarak mesleki risklerin önlenmesi ve bu risklerden korunulması çalışmalarını koordinasyon içinde yapar, birbirlerini ve çalışan temsilcilerini bu riskler konusunda bilgilendirir.

İşverenin genel yükümlülüğü

MADDE 4 – (1) İşveren, alışanların işle ilgili sağlık ve güvenliğini sağlamakla yükümlü olup bu çerçevede;

c) Risk değerlendirmesi yapar veya yaptırır.

Risk değerlendirmesi, kontrol, ölçüm ve araştırma

MADDE 10 – (1) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği yönünden risk değerlendirmesi yapmak veya yaptırarakla yükümlüdür. Risk değerlendirmesi yapılırken aşağıdaki hususlar dikkate alınır:

a) Belirli risklerden etkilenecek çalışanların durumu.

b) Kullanılacak iş ekipmanı ile kimyasal madde ve müstahzarların seçimi.

c) İşyerinin tertip ve düzeni.

) Genç, yaşlı, engelli, gebe veya emziren çalışanlar gibi özel politika gerektiren gruplar ile kadın çalışanların durumu.

(2) İşveren, yapılacak risk değerlendirmesi sonucu alınacak iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri ile kullanılması gereken koruyucu donanım veya ekipmanı belirler.

(3) İşyerinde uygulanacak iş sağlığı ve güvenliği tedbirleri, çalışma şekilleri ve üretim yöntemleri; çalışanların sağlık ve güvenlik yönünden korunma düzeyini yükseltecek ve işyerinin idari yapılanmasının her kademesinde uygulanabilir nitelikte olmalıdır.

(4) İşveren, iş sağlığı ve güvenliği yönünden çalışma ortamına ve çalışanların bu ortamda maruz kaldığı risklerin belirlenmesine yönelik gerekli kontrol, ölçüm, inceleme ve araştırmaların yapılmasını sağlar.

Sağlık gözetimi

MADDE 15 – (1) İşveren;

a) Çalışanların işyerinde maruz kalacakları sağlık ve güvenlik risklerini dikkate alarak sağlık gözetimine tabi tutulmalarını sağlar.

b) Aşağıdaki hallerde çalışanların sağlık muayenelerinin yapılmasını sağlamak zorundadır:

1) İşe girişlerinde.

2) İş değişikliğinde.

3) İş kazası, meslek hastalığı veya sağlık nedeniyle tekrarlanan işten uzaklaşmalarından sonra işe dönüşlerinde talep etmeleri hâlinde.

4) İşin devamı süresince, çalışanın ve işin niteliği ile işyerinin tehlike sınıfına göre Bakanlıkça belirlenen düzenli aralıklarla.

İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ KURULLARI HAKKINDA YÖNETMELİK (2013)

İKİNCİ BÖLÜM

Genel Hükümler

İşverenin yükümlülüğü

MADDE 4 – (1) Elli ve daha fazla çalışanın bulunduğu ve altı aydan fazla süren sürekli işlerin yapıldığı işyerlerinde işveren, iş sağlığı ve güvenliği ile ilgili çalışmalarda bulunmak üzere kurul oluşturur.

(2) Altı aydan fazla süren asıl işveren-alt işveren ilişkisinin bulunduğu hallerde;

a) Asıl işveren alt işverenin çalışan sayıları ayrı ayrı elli ve daha fazla ise asıl işveren ve alt işveren ayrı ayrı kurul kurar. İş sağlığı ve güvenliği faaliyetlerinin yürütülmesi ve kurullarca alınan kararların uygulanması konusunda işbirliği ve koordinasyon asıl işverence sağlanır.

b) Bir işyerinde sadece asıl işverenin çalışan sayısı elli ve daha fazla ise bu durumda kurul asıl işverence kurulur. Kurul oluşturma yükümlülüğü bulunmayan alt işveren, kurul tarafından alınan kararların uygulanması ile ilgili olarak koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

c) Alt işverenin çalışan sayısı elli ve daha fazla, asıl işverenin çalışan sayısı ellinin altında ise işyerinde kurul alt işverence oluşturulur. Asıl işveren alt işverenin oluşturduğu kurula işbirliği ve koordinasyonu sağlamak üzere vekâleten yetkili bir temsilci atar.

ç) Asıl işveren ve alt işverenin çalışan sayıları ayrı ayrı ellinin altında ve toplam çalışan sayısı elliden fazla bulunduğu durumlarda ise koordinasyon asıl işverence yapılmak kaydıyla, asıl işveren ve alt işveren tarafından birlikte bir kurul oluşturulur. Kurulun oluşumunda üyeler 6 ncı maddeye göre her iki işverenin ortak kararı ile atanır.

(3) Asıl işveren alt işveren ilişkisi bulunmayan ve aynı çalışma alanında birden fazla işverenin bulunması ve bu işverenlerce birden fazla kurulun oluşturulması hâlinde işverenler, birbirlerinin çalışmalarını etkileyebilecek kurul kararları hakkında diğer işverenleri bilgilendirir.

(4) İşverenler, iş sağlığı ve güvenliği mevzuatına uygun kurul kararlarını uygular.

Kurulun oluşumu

MADDE 6 – (1) Kurul aşağıda belirtilen kişilerden oluşur:

- a) İşveren veya işveren vekili,
- b) İş güvenliği uzmanı,
- c) İşyeri hekimi,
- ç) İnsan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir kişi,
- d) Bulunması halinde sivil savunma uzmanı,
- e) Bulunması halinde formen, ustabaşı veya usta,
- f) Çalışan temsilcisi, işyerinde birden çok çalışan temsilcisi olması halinde baş temsilci.

(2) Kurulun başkanı işveren veya işveren vekili, kurulun sekreteri ise iş güvenliği uzmanıdır. İş güvenliği uzmanının tam zamanlı çalışma zorunluluğu olmayan işyerlerinde ise kurul sekreteryası; insan kaynakları, personel, sosyal işler veya idari ve mali işleri yürütmekle görevli bir kişi tarafından yürütülür.

(3) Bu maddenin birinci fıkrasının (b), (c), (ç) ve (d) bentlerinde gösterilen üyeler işveren veya işveren vekili tarafından atanırlar.

(4) Birden fazla iş güvenliği uzmanı ve işyeri hekiminin bulunduğu işyerlerinde işveren tarafından görevlendirme yapılır. İş güvenliği uzmanının görevlendirilmesinde o işyerinin tehlike sınıfına uygun uzmanlar arasından birisi görevlendirilir.

(5) Bu maddenin birinci fıkrasının (e) bendinde belirtilen üye o işyerindeki formen, ustabaşı veya ustaların yarısından fazlasının katılacağı toplantıda açık oyla seçilir. Seçimle belirlenmemesi halinde işveren tarafından atanır.

(6) Bu maddenin birinci fıkrasının (e) ve (f) bentlerinde sözü geçen kurul üyelerinin aynı usullerle yedekleri seçilir.

(7) 4 üncü maddenin ikinci fıkrasının (ç) bendine göre kurulacak kurullarda üyeler ve kurul sekreteri asıl işveren ve alt işveren tarafından ortak kararla atanır.

ÇALIŞANLARIN İŞ SAĞLIĞI VE GÜVENLİĞİ EĞİTİMLERİNİN USUL VE ESASLARI HAKKINDA YÖNETMELİK(15 Mayıs 2013)

MADDE 6 – (1) İşveren, çalışanlarına asgari Ek-1’de belirtilen konuları içerecek şekilde iş sağlığı ve güvenliği eğitimlerinin verilmesini sağlar.

(2) İşveren, çalışan fiilen çalışmaya başlamadan önce, çalışanın yapacağı iş ve işyerine özgü riskler ile korunma tedbirlerini içeren konularda öncelikli olarak eğitilmesini sağlar.

(3) Çalışma yeri veya iş değişikliği, iş ekipmanının değişmesi, yeni teknoloji uygulanması gibi durumlar nedeniyle ortaya çıkacak risklerle ilgili eğitimler ayrıca verilir.

(4) Birinci fıkraya göre verilen eğitimler, değişen ve ortaya çıkan yeni riskler de dikkate alınarak aşağıda belirtilen düzenli aralıklarla tekrarlanır:

- a) Çok tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde yılda en az bir defa.
- b) Tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde iki yılda en az bir defa.
- c) Az tehlikeli sınıfta yer alan işyerlerinde üç yılda en az bir defa.

(5) İş kazası geçiren veya meslek hastalığına yakalanan çalışana işe dönüşünde çalışmaya başlamadan önce, kazanın veya meslek hastalığının sebepleri, korunma yolları ve güvenli çalışma yöntemleri ile ilgili ilave eğitim verilir.

(6) Herhangi bir sebeple altı aydan fazla süreyle işten uzak kalanlara, tekrar işe başlatılmadan önce bilgi yenileme eğitimi verilir. Eğitim süreleri ve konuları

Eğitim süreleri ve konuları

MADDE 11 – (1) Çalışanlara verilecek eğitimler, çalışanların işe girişlerinde ve işin devamı süresince belirlenen periyotlar içinde;

- a) Az tehlikeli işyerleri için en az sekiz saat,
- b) Tehlikeli işyerleri için en az on iki saat,

c) Çok tehlikeli işyerleri için en az on altı saat olarak her çalışan için düzenlenir. (2) Birinci fıkrada belirtilen eğitim sürelerinin Ek-1'de yer alan konulara göre dağıtımında işyerinde yürütülen faaliyetler esas alınır. (3) Eğitim sürelerinin bütün olarak değerlendirilmesi esas olmakla birlikte dört saat ve katları şeklinde işyerindeki vardiya ve benzeri iş programları da dikkate alınarak farklı zaman dilimlerinde de değerlendirilebilir.

SORU: Sağlık tesisinde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmuş mu?

SIRA : 74
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.8.1. İlgili bölümlerde güvenliği sağlamak amacıyla kamera takip sistemi kurulmalıdır.

GD.8.2. Kamera sisteminin görüş alanları hasta ve personel mahremiyeti göz önüne alınarak hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.

GD.8.3. Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde hasta mahremiyetine dikkat edilerek hasta ve çalışan güvenliği için kamera sistemi bulunmalıdır.

Gözlemciler tarafından kamera sisteminin hasta ve personel mahremiyetini ihlal etmeyecek şekilde kurulup kurulmadığı değerlendirilmelidir. Görüş alanları hastanın muayene ve tedavi edildiği alanların dışındaki alanları kapsamalıdır.

Gözlemciler değerlendirme gününden 2 ay önceki tarihe ait kamera kayıtlarını inceleyerek değerlendirmelidir.

KAYNAK:

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE ACİL SERVİS HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ;

Acil servislerde güvenlik önlemleri:

MADDE 10:(1) Acil servislerde hasta, hasta yakınları ve çalışanların güvenliği için sağlık tesisi yönetimlerince gerekli önlemlerin alınması zorunludur. Acil servislerde güvenlik, resmi kolluk kuvveti veya özel güvenlik personeli vasıtası ile ve yeterli sayıda güvenlik kamerası desteği ile sağlanır. Tıbbi işlemlerin gerçekleştirildiği alanlar ile cerrahi müdahale, ameliyathane, yoğun bakım gibi kritik birimlere görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin girmesi ilgisine göre açılma özelliği olan kapılar konulmak suretiyle engellenir. Görevli personel, hasta, hasta yakını, ziyaretçi, ambulans, hasta nakil aracı veya sedye ile getirilen acil hastaların alındığı girişler

gerekli idari ve teknik önlemler alınarak kontrol altında tutulur. Acil servisle bağlantılı otopark alanlarında da yeterli ışıklandırma, gözetleme kameraları ve güvenlik personeli ile gerekli güvenlik önlemleri alınır. Güvenlik kamera kayıtları en az 2 ay süre ile saklanmalıdır.

YATAKLI SAĞLIK TESİSLERİNDE YOĞUN BAKIM HİZMETLERİNİN UYGULAMA USUL VE ESASLARI HAKKINDA TEBLİĞ:

MADDE 13: b)Günün her saatinde görevli personel dışında ilgisi olmayan kişilerin servise girmesi kontrollü geçiş özelliği olan kapılar konarak engellenir ve gerektiğinde girişlerin yeterli sayıda güvenlik kamerası ile izlenmesi sağlanır.

SORU: Sağlık tesisinde acil afet yönetimine ait düzenleme var mı?

SIRA : 75
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.9.1. Sağlık tesisinde oluşturulan HAP komisyonu her yılın başında hastanenin güncel yıllık Hastane Afet ve Acil Durum Planını hazırlamalıdır. Planlar İl Sağlık Müdürlüğü tarafından onaylanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin Hastane Afet ve Acil Durum Planının güncel olup olmadığı incelenmelidir. Hastanenin farklı kampüslerde yer alan ek binaları söz konusu olduğunda her bir bina için ayrı HAP hazırlanmalıdır. Hastane Afet ve Acil Durum Planı Valilik Onayı için İl Sağlık Müdürlüğüne gönderilmelidir.

KAYNAK:

HASTANE AFET VE ACİL DURUM PLANLARI (HAP) UYGULAMA YÖNETMELİĞİ (20 Mart 2015)

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM

Hastane Afet ve Acil Durum Planlarının Güncellenmesi ve Tatbikatlar

Hastane afet ve acil durum planlarının güncellenmesi

MADDE 14 –(1) HAP yılda bir kez, hastane bünyesinde oluşturulacak, Plan Hazırlama Komisyonu tarafından güncellenir. Güncellenen planlar incelenmek üzere inceleme makamına gönderilir. İncelenen HAP her yıl 1 şubat tarihine kadar İl Sağlık Müdürlüğüne üst yazı ile CD'ye kaydedilmiş olarak 11 inci maddede yer alan hususlar göz önüne alınarak onaylanmak üzere gönderilir. Hastanelerin personel birimleri her türlü personel değişikliğini HAP ofisi/birimi/temsilciliğine bildirmek zorundadır. Bildirilen değişiklikler eğer HAP şemasındaki idari görevlere ilişkinse HAP' da anında değişiklik yapılır. Söz konusu değişiklik ekipler içinde ise ve stratejik bir görev değilse temmuz ve şubat aylarına kadar tamamlanarak toplu

olarak HAP'a yansıtılır. Yapılan güncellemeler bu tarihlerde, değişiklik ve güncelleme kayıt çizelgesine işlenerek İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilir.

(3) Yıl içerisinde herhangi bir olay yaşanması durumunda, edinilen tecrübeler ve ihtiyaca göre komisyon tarafından HAP gözden geçirilir ve 1 Şubat tarihi beklenmeden güncellenir. Yapılan her türlü güncelleme, değişiklik ve güncelleme kayıt çizelgesine işlenerek İl Sağlık Müdürlüğüne bildirilir.

SORU: Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygunluğu değerlendirilmiş mi?

SIRA : 76
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.10.1. Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu bulunmalıdır.

GD.10.2. Sağlık tesisi yönetimi tarafından değerlendirme raporunda olumsuz bulunan koşullar ile ilgili çalışmalar başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin Yangın Yönetmeliği'ne uygun olup olmadığına dair ilgili İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporu incelenmelidir

Sağlık tesisinin İtfaiye Müdürlüğü'nden alınan değerlendirme raporunda belirtilen uygunsuzluklar ile ilgili çalışmaların yapılıp yapılmadığı değerlendirilir.

SORU: Bilgi Yönetim Sistemi ile ilgili düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 77
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.11.1. Bilgi güvenliğinden sorumlu bir ekip oluşturulmalıdır.

GD.11.2. Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme yapılmalıdır.

GD.11.3. Sağlık tesisinde Sağlık Bilgi Yönetim Sistemi (SBYS) üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılmalı ve uygulanmalıdır. Yetki ve erişim, hastaneye yeni gelen ve ayrılan çalışanları da kapsamalıdır.

GD.11.4. Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (SBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) "Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.

GD.11.5. Sağlık tesisinde 657 sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personele "Bilgi Güvenliği Farkındalık Bildirgesi" tebliğ edilmeli, kuruma ait gizli bilgilere erişim ihtiyacı olan diğer personel ile "Personel Gizlilik Sözleşmesi" yapılmalıdır.

GD.11.6. Bilgi güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına eğitim verilmeli, kayıtları tutulmalı ve SBYS uygulamaları ve güncelleştirmeleri hakkında çalışanlara bilgilendirme yapılmalıdır.

GD.11.7. Bilgi güvenliği ile ilgili risklerin planlaması yapılmalıdır.

GD.11.8. SBYS üzerindeki verilerin yedeklemesi yapılmalıdır.

GD.11.9. SBYS'ye izinsiz erişimler engellenmelidir.

GD.11.10. SBYS kesinti süreleri, nedenleri ve arıza durumları kayıt altına alınmalı ve gerekli ise iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

GD.11.11. SBYS' de parola güvenliğine yönelik düzenleme yapılmalıdır.

GD.11.12. SBYS üzerinde Teknik Servis Yönetim Modülü oluşturulmalı, arıza ve tamirlere ilişkin süreçlerin yönetimi bu modül üzerinden yapılmalıdır.

GD.11.13. SBYS üzerinde oluşturulan "Personel Yönetim Modülü"nde çalışan personelin TC. kimlik numarası, unvanı, çalıştığı birim, varsa sertifikası, iletişim bilgileri (telefon, mail vb.) güncel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde bilgi güvenliğini sağlamak amacıyla bir ekip oluşturulmalıdır. Bu ekip, üst yönetiminden bir yöneticinin başkanlığında en az 6 ayda bir toplanmalıdır.

Toplantılar bilgi güvenliği kapsamında en az aşağıdaki konuları içerecek şekilde planlanmalıdır.

- Mevcut durum tespitleri (SBYS kesinti süreleri, nedenleri vb.),
- Risklerin planlanması ve analizi,
- Tanımlı kullanıcılar için yapılan yetki değişikliklerinin izlenmesi vb,
- SBYS'ler üzerinden hastalara ve çalışanlara hangi SMS lerin atıldığı, hangi SMS lerin ulaştığı vb. logların analizi.

Ekip tarafından gerekli görülürse iyileştirici faaliyet çalışmaları başlatılmalıdır.

Sunucuların güvenliğini sağlamaya yönelik fiziksel düzenleme en az aşağıdaki parametreleri içerecek şekilde yapılmalıdır:

- Sunucular fiziksel olarak korunmuş sistem odalarında bulunmalıdır.
- Yükseltilmiş zemin üzerinde konumlandırılmalı ve tavan asma tavan olmalıdır.
- Yetkili olmayan kişilerin girişini engelleyecek şekilde düzenleme yapılmalıdır.
- Su, yangın, elektrik kesintileri gibi acil durumlara yönelik önlemler alınmış olmalıdır.
- Klima yedeği ile bulunmalıdır.
- Sıcaklık ve nem kontrolleri "Veri Merkezi Kullanılabilirlik TIER 1 Seviyesi"ne göre: Sıcaklık; 18-22 °C, nem ise; %45- %70 aralığında olmalı ve ölçümler kayıt altına alınmalıdır.
- Sunucu odalarında mümkünse pencere olmamalı, var ise pencere açılabilir nitelikte olmamalı ve film ile kaplı olmalıdır.
- Sunucu odalarında duman dedektörleri; yükseltilmiş zeminin olduğu odalarda zeminin altına, alçaltılmış tavanın olduğu odalarda tavanın üstüne yerleştirmeli ve bunların kontrolleri düzenli olarak yapılarak kayıt altına alınmalıdır.
- Sunucu odalarında güvenlik kamerası bulunmalıdır.

Sağlık tesisinde SBYS üzerinde, hasta bilgilerine ilgisiz ve yetkisiz kişilerin erişimini engelleyecek düzenlemeler ile bilgisayar kullanıcılarının hangi alanlara ulaşabileceğine dair yetki tanımlaması yapılıp yapılmadığı ve uygulama ile örtüşüp örtüşmediği değerlendirilmelidir. Hastaneye yeni gelen çalışana yetki tanımlamasının yapılıp yapılmadığı incelenmelidir. Sağlık Hizmetleri Sınıfı dışındaki meslek grubundakiler tarafından SBYS üzerinde hasta bilgilerinin görülmesi konusunda kısıtlama bulunmalıdır.

Hastaneden ayrılan bir personelin yetki tanımlaması ve sisteme giriş yapıp yapamadığı sorgulanmalıdır.

Veri paylaşımı yapılan firmalar ile (SBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları gibi) "Kurumsal Gizlilik Sözleşmesi" yapılma durumu değerlendirilmelidir. Yapılan sözleşme, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan asgari şartları içermelidir.

T.C. Sağlık Bakanlığı bünyesinde görev yapan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personelin, hizmetin ifası esnasında veya herhangi bir gerekçeyle vâkıf oldukları, kuruma ait gizli kalması gereken bilgilerin, gizliliğinin sağlanması ve ifşa edilmemesi için uyulması gereken kuralları tanımlandığı bildirge personele tebliğ edilmelidir. Bildirge, Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan asgari şartları içermelidir. Kuruma ait gizli bilgilere erişim ihtiyacı olan 657 Sayılı Devlet Memurları Kanununa tabi personel haricindeki diğer personeller ile (SBYS, Laboratuvar hizmet alımları, Görüntüleme hizmet alımları, danışman, firma personeli gibi) Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü tarafından yayımlanmış "Personel Gizlilik Sözleşmesi" nin yapılma durumu değerlendirilmelidir. Sözleşmenin fotokopilerinin de görülmesi yeterlidir.

Bilgi güvenliği ve mahremiyetine yönelik sağlık tesisi çalışanlarına eğitim verildiğine dair kayıtlar incelenmelidir. SBYS uygulamaları ve güncelleştirmeleri hakkında çalışanlara bilgilendirme yapılmalıdır.

Bilgi güvenliği ile ilgili riskler;

Web sitesinin hacklenme durumu, yedekleme sırasında sorunlar çıkarsa nasıl geri döneceği, yazılım ve donanımla ilgili sorunlar, bilgi güvenliği ve mahremiyeti, kullanıcı hataları, veri kaybı, alım süresi ve doluluk yüzdesi göz önüne alınarak serverların kapasite planlaması, yedekleme işlemi için yeterli sayı ve kapasitede yedek üniteler gibi yedekleme kapasitesi artış gereksinimi vb konular ile SBYS' ne giriş yapma imkânı olmadığında kimin, hangi kayıtları, nereye, kaydedeceği ve sonrasına yönelik eylem planının nasıl olacağı ve çalışanların konu hakkındaki bilgilendirilmesini içerir.

Bu risklerin nasıl yönetilmesi gerektiği ile ilgili planlama yapılmalıdır.

SBYS üzerindeki verilerin yedeklemesi aşağıda belirtilen hususlar göz önünde bulundurularak yapılmalıdır.

- Yedekleme sadece sorumlu personel tarafından yapılmalıdır.
- Bilgi sistemlerinde oluşabilecek hatalar karşısında; sistemlerin kesinti sürelerini ve olası bilgi kayıplarını en az düzeye indirmek için, sistemler üzerindeki konfigürasyon, sistem bilgileri ve kurumsal veriler günde en az 3 defa yedeklenmeli ve bu işlem için sistemin yoğun olmadığı zamanlar seçilmelidir.
- Yedekler, SBYS' nin bulunduğu sunucu dışında bir ortama alınmalıdır. Verinin operasyonel ortamda online olarak aynı disk sisteminde farklı disk volümlerinde ve offline olarak manyetik kartuş, harici bellek, DVD, disk, CD vb. ortamda yedekleri alınmalıdır. Taşınabilir ortamlar (harici bellek, manyetik kartuş, DVD veya CD) fiziksel olarak bilgi işlem

odalarından farklı odalarda veya binalarda saklanmalıdır. Yedek ünitelerin saklanacağı ortamların fiziksel uygunluğu ve güvenliği sağlanmalıdır.

- Yedekleme ortamlarının ve yedeklenmiş verinin düzenli periyotlarda test edilmesi ve acil durumlarda kullanılması gerektiğinde güvenilir olması için yılda bir kez "veri kurtarma testi" yapılmalı gerekli ise iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

SBYS'ye izinsiz erişimlerin engellenmesi için asgari şu çalışmalar yapılmalıdır:

- Dış ortamdan iç ortama hangi durumda kimler tarafından erişim yapılacağı belirlenmelidir. Erişim yetkisi verilen kişi haricinde erişim sağlanmamalıdır. Erişimin ne zaman, kimin tarafından, ne için, hangi alanda yapıldığı gibi bilgiler kayıt altına alınmalıdır.
- Her bilgisayara merkezi sunucu tarafından kontrol edilebilen antivirüs yazılımı kurulmalı ve bu yazılım kullanıcılar tarafından pasif hale getirilmemelidir.
- Sunucular güvenlik duvarının arkasında bulunmalıdır.
- Koruma amaçlı kullanılan yazılımlar güncel olmalıdır.

SBYS kesinti süreleri, nedenleri ve arıza durumları kayıt altına alınma durumu ve iyileştirme çalışmaları gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

SBYS ekranı üzerinde yapılan kontrolde;

- Parola en az 8 karakterden oluşmalıdır.
- Harflerin yanı sıra rakam ve "? , @ , ! , # , % , + , - , * , %" gibi özel karakterler içermelidir.
- Büyük ve küçük harfler bir arada kullanılmalıdır.
- Yukarıda yazılan kurallara aykırı parola oluşturduğunda sistem kabul etmemeli ve parola için değişim süresi belirlenmeli ve bu süreye uyum gösterilmelidir.

SBYS, bilgi işleme ilgili (network, donanım, office dosyaları, antivirüs taraması vb.) ve diğer arızalara (elektrik, su, teçhizat, tesisat vb.) ilişkin süreçlerin izlenebilmesi SBYS üzerinden yapılmalıdır. Hastane mevcut arızalarını tanımlayarak her arıza için mevcut personel, hastane büyüklüğü, cihaz sayısı ve çeşitliliği gibi faktörleri göz önünde bulundurarak arızaların giderilmesi için hedef süre belirlemelidir. Kullanıcının arıza kaydı oluşturduğu, arıza kaydının ilgili birim tarafından alındığı ve çözüme ulaştığı tarih saat ve talebi takip eden kişi sistemden izlenebilmelidir. Hastanenin belirlemiş olduğu hedefler, uyum durumu hastane yönetimi tarafından incelenmelidir. Biyomedikal cihaz arıza bildirim olduğunda, biyomedikal depoya bu bilgi sistem üzerinden aktarılmalı ve cihaz arızalı/pasif olarak gözükmelidir.

SBYS üzerinde oluşturulan Personel Yönetim Modülünde; Çalışan personelin TC. kimlik numarası, unvanı, çalıştığı birim, varsa sertifikası, iletişim bilgilerinin (telefon , mail vb.) güncel ve doğru olup olmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

T.C. Sağlık Bakanlığı Sağlık Bilgi Sistemleri Genel Müdürlüğü Bilgi Güvenliği Politikaları Yönergesi ve Kılavuzu-2014

Kişisel Sağlık Verilerinin İşlenmesi ve Mahremiyetinin Sağlanması Hakkında Yönetmelik-20 Ekim 2016 Sayı : 29863

SORU: Sağlık tesisinin web sitesinde verilen hizmetler hakkında bilgi veriliyor mu?

SIRA : 78
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.12.1. Sağlık tesisinin web sitesindeki bilgileri güncel olmalıdır.

GD.12.2. Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinlikleri web sitesinde paylaşılmalıdır.

GD.12.3. Kurum sosyal medyasında, etik ve kamu kuralları dahilinde hizmet birimleri ve amaca uygun olay ve etkinlikler paylaşılmalı ve son paylaşım tarihleri kontrol edilmelidir.

GD.12.4. Hastane web sitesinde en sık ziyaret edilen sayfalar analiz edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Gözlemci tarafından aşağıda belirtilen bilgilerin web sayfasında olup olmadığı ve güncelliği değerlendirilmelidir. Sağlık tesisinin web sayfasında;

- Kurumsal bilgiler, yöneticilerin özgeçmişleri,
- Hastanenin hizmet verdiği bölüm ve branşlar ve özellikli ve farklı hizmetlerin tanıtımı,
- Hekim aylık ve günlük çalışma listesi,
- Hekim isim, unvan ve özgeçmişleri,
- Poliklinik muayene başlama ve bitiş saatleri,
- Randevu alma bilgileri,
- Tetkik sonuçlarına ulaşım alanı,
- Çalışanların, hasta ve yakınlarının önerilerini bildirebileceği alan,
- Ziyaret saatleri ve ziyaretçilerin uyması gereken kurallar,
- Hastaneye ulaşım ve iletişim bilgileri,
- En sık girilen sayfalar linki (e-devlet, MHRS, Sağlık Bakanlığı, nöbetçi eczaneler vb.)
- Site içi arama motoru olmalıdır.

Hastane yönetimi tarafından web sayfasında yapılan paylaşımların tarihi belirli aralıklarla kontrol edilmeli, güncel olmayan paylaşımlar kaldırılmalıdır.

Gözlemciler tarafından web sitesinde en son paylaşılan iki haberin paylaşım tarihlerine bakılmalıdır.

Sağlık Bakanlığının koruyucu sağlık ve sağlığın geliştirilmesine yönelik etkinlikleri paylaşılmalıdır. Örneğin ağız ve diş sağlığı, el hijyeni, obezite ile mücadele, akılcı ilaç kullanımı, evde sağlık hizmetleri, beslenme ve diyet vb. konularda bilgilendirme yapılmalıdır.

Hastane web sitesinde en sık ziyaret edilen sayfalar analiz edilmelidir.

SORU: Arşivin fiziki koşulları ve işleyişine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 79
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.13.1. Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı tedbirler alınmalıdır.

GD.13.2. Arşivde dosya yerleşim planı olmalıdır.

GD.13.3. Yangın söndürme cihazları yangın talimatı çerçevesinde çalışır durumda bulundurulmalı ve kolay erişilebilir olmalıdır.

GD.13.4. Arşive kabul edilen dosyaların teslim alındığına dair kayıtlar tutulmalı ve dosyaların arşive yerleştirilmesi uygun şekilde yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Arşivde yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı alınan tedbirler incelenmelidir. Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır.

Arşivde bulunan dosyaların arşiv planına uygun yerleştirilip yerleştirilmediği değerlendirilmelidir.

Yangın söndürme cihazlarının periyodik kontrolleri yapılmalı ve kolay erişilebilir alanda bulundurulmalıdır.

Arşive kabul edilen dosyaların arşiv kayıtlarının ve muhafazasının uygun şekilde yapıldığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

ARŞİV HİZMETLERİ HAKKINDA YÖNETMELİK(16.5.1988/19816 Ek ve Değişiklikler: 1)18.8.2001/24487 RG, 22.2.2005/25735 RG)

Koruma Yükümlülüğü

Madde 4 - Mükellefler, ellerinde bulundurdukları ve Genel Müdürlüğe teslim etmedikleri arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut aslı düzenleri içerisinde tasnif edip saklamakla yükümlüdürler.

Madde 11- Birim Arşivine Verilecek Malzemenin Ayrımı ve Hazırlanması

Madde 12-Uygunluk Kontrolü

Madde 13-Malzemenin Birim Arşivine Devri

Madde 15-Malzemenin Birim Arşivinde Tasnifi ve Yerleştirilmesi

Madde17- Birim Arşivinden yararlanma(Birimlerce, gerektiğinde, görülmek veya incelenmek üzere, ancak dışarıya çıkarılmamak kaydıyla, birim arşivinden dosya alınabilir. Birim arşivinden alınan dosya inceleme sonunda geri verilir.)

Arşivlerden Yararlanma

Madde 9 - Genel Müdürlüğün yetki ve sorumluluğuna geçmiş veya henüz geçmemiş olan arşiv malzemesinin aslı hiç bir sebep ve suretle, arşivlerden veya buldukları yerlerden dışarıya verilemez.

Arşiv Hizmetleri Hakkında Yönetmelik/Arşiv Malzemesi ile Arşivlik Malzemenin Korunması, Birim ve Kurum Arşivlerinde Saklanması, Gizliliği ve Yararlanma, Koruma Yükümlülüğü

Madde 5-Kurum, elinde bulundurduğu ve Devlet Arşivleri Genel Müdürlüğüne teslim etmediği arşiv malzemesi ile arşivlik malzemeyi her türlü zararlı tesir ve unsurlardan korumak, mevcut asli düzenleri içerisinde tasnif edip, saklamakla yükümlüdür. Kurum, arşiv malzemesi ve arşivlik malzemenin korunması ile ilgili olarak;

- a) Yangın, hırsızlık, rutubet, su baskını, toz ve her türlü hayvan ve haşeratin tahriplerine karşı gerekli tedbirlerin alınmasından,
- b) Yangına karşı, yangın söndürme cihazlarının yangın talimatı çerçevesinde daimi çalışır durumda bulundurulmasından,
- c) Arşivin her bölümünde uygun yerlerde higrometre bulundurmak suretiyle, rutubetin %50-60 arasında tutulmasından,
- d) Fazla rutubeti önlemek için, rutubet emici cihaz veya kimyevi maddelerin kullanılmasından,
- e) Yılda en az bir defa mikroorganizmalara karşı koruyucu tedbir olarak arşiv depolarının dezenfekte edilmesinden,
- f) Işık ve havalandırma tertibatının elverişli bir şekilde düzenlenmesinden,
- g) Isının mümkün olduğu kadar sabit (kâğıt malzeme için 12-15 derece arasında) tutulmasından, Sorumludur.

Gözlemci arşiv bölümünün yazılı düzenlemede bulunan bilgilerinin uygulandığını kontrol etmelidir.

Birim ve Kurum Arşivleri Madde 5 - Mükellefler, belirli bir süre saklayacakları arşivlik malzeme için "Birim Arşivleri", daha uzun bir süre saklayacakları arşiv malzemesi veya arşivlik malzeme için "Kurum Arşivleri"ni kurarlar. Mükellefler elinde bulunan arşivlik malzeme birim arşivlerinde 1-5 yıl süre ile; arşiv malzemesi ise, kurum arşivlerinde 10-14 yıl süre ile saklanır.

SORU: Hizmet sunulan alanlarda hasta mahremiyetine yönelik düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 80
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.14.1. Acil servis, poliklinikler, bebek emzirme, kan alma, servis, yoğun bakım, doğumhane, görüntüleme vb. alanlarda hastanın fiziksel, tıbbi, sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemeler yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Gözlemciler tarafından değerlendirme yapılan (acil servis, poliklinikler, bebek emzirme, kan alma, servis, yoğun bakım, doğumhane, görüntüleme vb.) alanlarda hastanın fiziksel, tıbbi,

sosyal, psikolojik ve bilgi mahremiyetini sağlamaya yönelik düzenlemelerin yapılıp yapılmadığı değerlendirilmelidir.

Gözlemciler,

Fiziksel mahremiyetin korunmasına yönelik düzenlemelerde; sağlık tesisine muayene, tetkik, girişimsel işlem için başvuran tüm hastalarda, her türlü sağlık hizmeti sırasında, ilgili sağlık çalışanı ve hasta yakını (hastanın onayı dahilinde) dışındaki kişilerin ortamda bulunması engellenmeli, hasta muayenesi paravan veya perde arkasında, üçüncü kişilerin görmesi engellenerek yapılmalı, muayene odasında veya girişim alanında sağlık personeli dışında kişi olmamalı, polikliniklerde, uygulama alanlarında, hasta odalarında kontrolsüz girişlerin önlenmesi gereken durumlarda kapının dışarıdan açılması engellenmelidir.

Tıbbi mahremiyetin korunmasına yönelik düzenlemeler, hastanın bedeni üzerinden yapılan tüm uygulamalarda (ameliyat, girişim, görüntüleme vb.) hasta mahremiyetine saygı gösterilmeli, tıbben bölgenin hazırlanması gereken durumlarda, olması gereken sağlık personeli dışındakiler bu ortamda bulunmamalıdır.

Bilgi mahremiyetinin korunmasına yönelik, hasta dosyalarının hasta başlarında veya hemşire deskinde gelişigüzel atılmış şekilde bulunup bulunmadığı, hasta ve yakınlarına bilgi vermekle yükümlü olan sağlık personelinin bilgilendirme kuralları hakkındaki farkındalık düzeyi personelle karşılıklı görüşülerek ve gözlem yapılarak değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

HASTA HAKLARI YÖNETMELİĞİ- (SON GÜNCELLEME 2014)

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM Hasta Haklarının Korunması Mahremiyete Saygı Gösterilmesi

Madde 21- Hastanın, mahremiyetine saygı gösterilmesi esastır. Hasta mahremiyetinin korunmasını açıkça talep de edebilir. Her türlü tıbbi müdahale, hastanın mahremiyetine saygı gösterilmek suretiyle icra edilir.

Mahremiyete saygı gösterilmesi ve bunu istemek hakkı;

a) Hastanın, sağlık durumu ile ilgili tıbbi değerlendirmelerin gizlilik içerisinde yürütülmesini,
b) Muayenenin, teşhisin, tedavinin ve hasta ile doğrudan teması gerektiren diğer işlemlerin makul bir gizlilik ortamında gerçekleştirilmesini,

c) Tıbben sakınca olmayan hallerde yanında bir yakınının bulunmasına izin verilmesini,

d) Tedavisi ile doğrudan ilgili olmayan kimselerin, tıbbi müdahale sırasında bulunmamasını,

e) Hastalığın mahiyeti gerektirmedikçe hastanın şahsi ve ailevi hayatına müdahale edilmemesini,

f) Sağlık harcamalarının kaynağının gizli tutulmasını, kapsar.

Ölüm olayı, mahremiyetin bozulması hakkını vermez.

Eğitim verilen sağlık kurum ve kuruluşlarında, hastanın tedavisi ile doğrudan ilgili olmayanların tıbbi müdahale sırasında bulunması gerekli ise; önceden veya tedavi sırasında bunun için hastanın ayrıca rızası alınır.

HASTA MAHREMİYETİNE SAYGI GÖSTERİLMESİ KONULU GENELGE 2016/10

SORU: Hasta memnuniyetine yönelik düzenleme ve analizler yapılıyor mu?

SIRA : 81

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.15.1 Sağlık tesisinde, hasta ve yakınları için talep ve önerilerini bildirecekleri düzenlemeler yapılmalı, talep ve öneriler yönetim tarafından değerlendirilmeli, analizleri yapılarak gerekirse iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde, hasta ve yakınları için talep ve önerilerini bildirecekleri düzenlemeler yapılmalıdır. Bu düzenlemeler; hasta ve yakınları için oluşturulan talep ve öneri kutuları, hastane web sayfasına, hastane mailine ve varsa hastanenin sosyal medya hesaplarına gelen bildirimler şeklinde olabilir.

Gözlemciler tarafından talep ve öneri kutularının sayısının yeterliliği ve bunların görülebilir alanlarda olup olmadığı incelenmelidir.

Hastane mailine, hastane web sayfasında bulunan iletişim alanına ve varsa sosyal medya hesaplarına gelen mesajların ve verilen cevapların kaydı tutulmalıdır.

Periyodik olarak alınan talep ve önerilerin analizi yapılmalı, taleplerin en çok hangi birim, klinik, personel vb. yapıldığı ve nedenleri değerlendirilerek, gerektiğinde iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

SORU: Hastalara kimlik doğrulaması yapılıyor mu?

SIRA : 82

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.16.1. Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır.

GD.16.2. Doğumhaneden bebeğin servis hemşiresine teslimi, doğum ebesi refakatinde kimlik doğrulama yapılarak "Bebek Teslim Formu" ile kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisine kabulünden itibaren yapılacak tüm işlemlerde (hasta kayıt, muayene, tetkik, tanı, tedavi vb.) hastalara kimlik doğrulaması yapılmalıdır. Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hastalarda kullanılacak kimlik doğrulama tanımlayıcılarının ayrı ayrı belirlenip belirlenmediği gözlemci tarafından sorgulanmalıdır. Hasta kayıt kabul birimlerinde her türlü yapılacak işlem öncesi, laboratuvar testleri için numune alınırken, laboratuvar sonucu manuel yazılacak hasta raporlarında, tetkik sonuçlarının hastaya verilmesi sırasında, radyoloji, endoskopi, anjiyo gibi her türlü girişimsel ve cerrahi işlem öncesi, ilaç uygulamaları öncesi, girişimsel işlemler öncesi (NG

uygulama, sonda takma), hasta transferi (iç/ dış) öncesi, kan ve kan ürünlerinin kullanımı ve transfüzyonu öncesi, tedavi prosedürlerinin uygulaması öncesi vb. durumlarda hasta kimliğinin doğrulanıp doğrulanmadığı sorgulanmalı ve gözlem esnasında ziyaret edilen bölümlerde uygulamanın yapılıp yapılmadığı gözlenmelidir. Hasta doğrulamada tanımlayıcı olarak hasta bilekliği kullanılıyor ise yatışı yapılan her hastada beyaz, alerjik hastalarda ise sadece kırmızı renkli bileklik kullanılmalı ve hasta ad soyad, protokol numarası ve doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgilerini içerdiği, okunaklı ve matbu şekilde düzenlendiği değerlendirilmelidir. Annedeki beyaz kimlik tanımlayıcı bebeğin cinsiyetine göre belirlenen kimlik tanımlayıcı ile değiştirilmelidir. Aynı seri numaralı anne-bebek kimlik tanımlayıcısı (bebeğin cinsiyetine göre: kız bebeklere pembe, erkek bebeklere mavi kimlik tanımlayıcı) kullanılmalıdır. Bebeğin kimlik tanımlayıcısında; annenin adı soyadı, bebeğin doğum tarihi (gün/ay/yıl) bilgileri ve anne veya bebeğin protokol numarası bulunmalıdır. Çoğul gebeliklerde anneye her bebek için ayrı kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır (İkiz gebelikte annede her iki bebeğe ait iki kimlik tanımlayıcı kullanılmalıdır).

Doğumhaneden bebeğin servis hemşiresine teslimi sırasında doğum ebisi refakatinde kimlik doğrulama yapılarak "Bebek Teslim Formu" ile teslim edilip edilmediği gözlemlenmeli, kayıtlar değerlendirilmelidir.

SORU: Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için yeterli sedye ve tekerlekli sandalye mevcut mu?

SIRA : 83
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.17.1. Yaşlı ve yürüyemeyen hastalar için ilgili bölümlerde hasta sayısı göz önünde bulundurularak, yeterli sayıda ve uygun niteliklerde sedye ve tekerlekli sandalye bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Acil servis, poliklinikler ve servislerde bulunan sedye ve tekerlekli sandalye sayılarının yeterli olup olmadığına göre değerlendirilmelidir. Değerlendirmede hasta sayısı göz önünde bulundurulmalıdır. Sedyelerin tekerlekleri, yan korkulukları, sabitleme kemeri, frenlerinin çalışıp çalışmadığı, tekerlekli sandalyelerin tekerleklerinin bozuk olup olmadığı, ayak basma yerlerinin sağlam olup olmadığı gibi özellikleri incelenmelidir.

SORU: Sağlık tesisinde mevzuata uygun Atık Yönetim Planı oluşturulmuş mu?

SIRA : 84
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.18.1. Sağlık tesisinde mevzuata uygun Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü tarafından onaylanmış Atık Yönetim Planı hazırlanmalı ve tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapılmalıdır.

GD.18.2. Sağlık tesisi günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarını Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) veya MOTAT sistemi ile günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tarafından mevzuata uygun hazırlanan Çevre ve Şehircilik İl Müdürlüğü tarafından onaylanmış Atık Yönetim Planı ve ilgili belediye ile yapılan protokol görülmelidir. Eğer sağlık tesisi tarafından bulunduğumuz yılı da kapsayan daha önceden hazırlanmış Endüstriyel Atık Yönetim Planı hazırlanmış ise olumlu olarak değerlendirilmelidir.

Sağlık tesisleri atık yönetimi planı içerisinde ya da ayrı olarak tıbbi atık yönetim planını da hazırlamak zorundadır. Tıbbi atık yönetim planı için sadece sağlık tesisi yönetiminin onayı yeterlidir.

Üretilen tıbbi atığın teslimi sırasında oluşturulan Ulusal Atık Taşıma Formu (UATF) veya MOTAT sistemi ya da günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu görülmelidir. MOTAT (Mobil atık takip) sistemi kullanan sağlık tesislerinde bu sistem üzerinden kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

ATIK YÖNETİMİ YÖNETMELİĞİ-2015

5. Madde o) Bu Yönetmelik veya diğer hukuki düzenlemeler ile atık yönetim planını hazırlama yükümlülüğü verilen gerçek ve/veya tüzel kişi, atık yönetim planını hazırlayarak sunmak ve onaylatmak/uygun görüş almakla yükümlüdür.

6. Madde i) UATF'lerin kullanımına ve atıkların taşınmasına ilişkin usul ve esasları belirlemekle,

9. Madde c) Ürettiği atıklara ve atıkların önlenmesi ile azaltılmasına yönelik olarak hazırlamakla yükümlü olduğu atık yönetim planını hazırlayarak il müdürlüğüne sunmakla ve onay almakla,

h) UATF kullanımı zorunlu olan atıklar için UATF kullanarak atık işleme tesislerine göndermekle ve ilgili iş ve işlemlere uymakla yükümlüdür.

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ 2017

5. Madde h) Tıbbi atık taşıma araçlarının atık taşıma lisansı alması, tıbbi atıkların işleme tesislerine lisanslı araçlar ile taşınması ve taşıma esnasında UATF kullanılması zorunludur.

9. Madde b) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapmakla c) Tıbbi atıkların ayrı toplanması, sağlık kuruluşu içinde ve geçici depolanması ile bir kaza anında alınacak tedbirleri içeren tıbbi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamakla f) Günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarını UATF düzenleyerek, günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmekle yükümlüdür.

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017)

Sağlık kuruluşlarının yükümlülükleri MADDE 9 – (1) Sağlık kuruluşları; a) Atıkları kaynağında en aza indirecek sistemi kurmakla, b) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması ve bertarafı amacıyla ilgili belediye ile protokol yapmakla, c) Tıbbi atıkların ayrı toplanması, sağlık kuruluşu içinde taşınması ve geçici depolanması ile bir kaza anında alınacak tedbirleri içeren tıbbi atık yönetim planını hazırlamak ve uygulamakla,

Tıbbi atıkların işleme tesislerine taşınması (8) Tıbbi atıklar, UATF doldurularak lisanslı taşıma aracına teslim edilir. Günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları, tıbbi atıklarını tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak taşıma aracına ya da en yakın veya en uygun tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine teslim etmek zorundadır. (9) Günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları istedikleri takdirde UATF kullanabilirler. Tıbbi atıkların en yakın veya en uygun tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine teslim edilmesi durumunda UATF'nin atık üreticisi bölümünün doldurularak teslim edilmesi zorunludur.

Tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu MADDE 28 – (1) Günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üreten sağlık kuruluşlarından tıbbi atıkların alınması sırasında; tıbbi atıkların taşıyıcıya verildiğinin, taşıyıcı tarafından teslim alındığının ve taşıyıcı tarafından da bertaraf tesisine verildiğinin belgelenmesi amacıyla sağlık kuruluşu ile taşıyıcı/bertaraf eden kurum/kuruluş arasında tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu düzenlenir. Bu belge/makbuz üzerinde tıbbi atığı üreten sağlık kuruluşunun ismi, adresi, sorumlu kişinin ismi ve irtibat telefonu, tarih, tıbbi atığın kodu ve miktarı, taşıyıcı kurum/kuruluşun ismi, şoförün ismi, aracın plakası, lisans numarası ve tıbbi atık işleme tesisi ile ilgili bilgiler bulunur. (2) Tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu üç nüsha olarak hazırlanır; bir nüshası tıbbi atık üreticisi sağlık kuruluşunda, ikinci nüshası taşıma işlemi yapan kurum/kuruluşta, üçüncü nüshası ise atık işleme tesisi işletmecisi kurum/kuruluşta kalır ve ilgili görevliler tarafından imzalanır. (3) Tıbbi atıkların taşınması sırasında kullanılan bu belgelerin/makbuzların en az üç yıl süre ile muhafaza edilmesi ve inceleme ve denetim sırasında ilgili tüm taraflarca denetim elemanlarına gösterilmesi zorunludur.

BEŞİNCİ BÖLÜM Diğer Hususlar Tıbbi atık yönetim planı MADDE 22 – (1) Sağlık kuruluşları; a) Bu Yönetmelik gereği hazırlamaları gereken tıbbi atık yönetim planında; tıbbi atıkların kaynağında ayrı toplanması ve biriktirilmesi, atıkların toplanması ve taşınmasında kullanılacak ekipman ve araçlar, atık miktarları, toplama sıklığı, toplama rotası, geçici depolama sistemleri, toplama ekipmanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu, kaza anında alınacak önlemler ve yapılacak işlemler, bu atıkların yönetiminden sorumlu personel ve eğitimleri başta olmak üzere detaylı bilgilere yer vermek, b) Tıbbi atık yönetim planını her yıl güncellemek, zorundadır.

ATIKLARIN KARAYOLUNDA TAŞINMASINA İLİŞKİN TEBLİĞ

MADDE 4

t) Mobil atık takip (MoTAT) sistemi: Her bir taşıma işlemine ilişkin bilgilerin kaynağında kayıt altına alınması, atık taşıma firma ve araçların lisanslandırılması, atık yüklü araçların seyir halindeyken izlenmesi ve atık taşıma işlemlerinin etkin bir şekilde denetlenmesi amacıyla hazırlanan çevrimiçi sistemi, Atık üreticisinin yükümlülükleri

MADDE 8 – (1) Atık üreticisinin yükümlülükleri aşağıda belirtilmiştir.

a) Bakanlığın çevrimiçi uygulamalarının yer aldığı sisteme kayıt olmak.

b) Faaliyeti sonucu oluşan atığa ait UATF'nin ilgili bölümünü bu Tebliğin ek-5'inde yer alan esaslar doğrultusunda doldurmak, onaylamak ve uyuşmazlık durumunda bağlı oldukları il müdürlüğüne durumu bildirmek.

c) Atık taşıma lisansı olmayan veya lisans süresi biten firmalar ve araçlar ile taşıma işlemi yapmamak, bu firma/araçların tespit edilmesi durumunda il müdürlüğüne bilgi vermek.

ç) Basılı UATF'leri il müdürlüğünden temin etmek.

d) Atık işleme tesisinin atığı kabul etmemesi durumunda, taşıyıcıyı başka bir tesise yönlendirmek veya taşıyıcının atığı geri getirmesini sağlayarak, uygun bir tesiste atığın işlenmesini sağlamak.

SORU: Atık yönetimi kapsamında kaynağında ayrıştırma işlemi uygun yapıyor mu?

SIRA : 85
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.19.1. Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Atıklar; Belediye Atığı (Evsel ve diğer), Ambalaj atık, Tıbbi Atık (Enfeksiyöz ve Kesici-Delici), Patolojik Tıbbi Atık, Tehlikeli Atık ve Radyoaktif Atık olmak üzere birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrıştırılarak ayrı toplanmalıdır.

a) Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı; orijinal orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılmalıdır.

b) Patolojik atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, dolduktan sonra kesinlikle açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.

c) Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanmalıdır. Kesici-Delici atık kapları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları kapatılıp ve kırmızı plastik torbalara konulmalıdır. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmamalı, açılmamalı, boşaltılmamalı ve geri kazanılmamalıdır.

d) Kırık cam, ampul, kırılmış cam tüp gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek ancak mikroorganizmalarla ve kanla kontamine olmayan atıklar, plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atığı olarak toplanmalıdır.

e) Tıbbi atık torbaları en fazla ¾ oranında doldurulmalı, ağızları sıkıca bağlanmalı ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanmalıdır. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılmamalı, torbasından çıkarılmamalı, boşaltılmamalı ve başka bir kaba aktarılmamalıdır.

Servisler, ameliyathane, yoğun bakım, laboratuvarlar, acil vb. birimlerde evsel atık, ambalaj atığı, tıbbi atık, patolojik tıbbi atık toplama kutuları/kovaları ve kesici/delici alet kutularının uygun şekilde olup olmadığı görülmelidir. İçeriklerine bakılarak uygun ayrıştırma yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Örneğin, evsel atık içerisinde kontamine (kan bulaşmış) eldiven görülmesi, kesici delici alet kutusunda boş flakon görülmesi gibi yanlış ayrıştırma yapıyorsa olumsuz değerlendirilmelidir. Toplama ekipmanları (atık kovaları) atığın niteliğine uygun ve atığın oluştuğu kaynağa en yakın noktada bulundurulmalıdır.

Tıbbi atıkların toplandığı kırmızı renkli torbalar, kapaklı, pedalla açılabilen kovalarda toplanmalıdır. Kovalar pedallı değil ise, kapağı yoksa, içerisinde kırmızı renkli standarda uygun torba yok ise olumsuz olarak değerlendirilir.

Patolojik atık cerrahi girişim, otopsi, anatomi veya patoloji çalışması sonucu ortaya çıkan dokuları, organları, vücut parçalarını, vücut sıvılarını ve fetüsü içerir. Herhangi bir kimyasalla muamele görmemiş kan torbaları ve kan yedekleri dahil vücut parçaları ve organları tıbbi atık kabul edilir. Patolojik tıbbi atıklar, üzerinde siyah renkli "Uluslararası Biyotehlike" amblemi ile siyah renkli "DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK" ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Ameliyathane ve patoloji laboratuvarlarında bu unsur değerlendirilecektir. Kapların ve içeriğinin standarda uygun olup olmadığı kontrol edilecektir.

Kesici-delici atıklar; enjektör ve diğer tüm tıbbi girişim iğneleri, lanset, kapiller tüp, bistüri, bıçak, serum seti iğnesi, cerrahi sütür iğneleri, biyopsi iğneleri, intraket, kırık cam, kırılmış ilaç ampulleri, lam, lamel, kırılmış cam tüp ve petri kapları gibi batma, delme, sıyrık ve yaralanmalara neden olabilecek atıkları içerir. Değerlendirme esnasında kesici-delici atık kutularının içeriği kontrol edilmelidir. Kesici-delici atık kutusunda yukarıda tanımlanan atıklar dışında; örneğin enjektörün plastik piston kısmı, boş cam flakon, vb. görüldüğünde olumsuz değerlendirilir.

Sağlık tesisinde ambalaj atıkları (kontamine olmamış serum şişeleri, plastik ambalaj kapları, kartonlar, boş ilaç kutuları vb.) plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutularda ve üzerine "Ambalaj Atığı" ibaresi yazılarak, ambalaj atığı olarak toplanmalıdır.

Gözlemciler bu unsuru atık depolarında torbaları göreyerek değerlendirebilecekleri gibi sağlık tesisinin çeşitli birimlerinde tıbbi atık kovalarının doluluğunu gözlemleyerek de kontrol edebilirler. Bir tıbbi atık kovası ağızına kadar dolu ise olumsuz olarak değerlendirilir.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017)

Genel ilkeler MADDE 5 – (1) Tıbbi atıkların yönetimine ilişkin ilkeler şunlardır; a) Tıbbi atıkların çevreye ve insan sağlığına zarar verecek şekilde doğrudan veya dolaylı olarak alıcı ortama verilmesi yasaktır. b) Tıbbi atıkların, tehlikeli, tehlikesiz, belediye veya ambalaj atıkları gibi diğer atıklar ile karıştırılmaması esastır. c) Tıbbi atıkların, kaynağında diğer atıklardan ayrı olarak toplanması, geçici depolanması, taşınması ve bertarafı esastır. ç) Tıbbi atıkların neden olduğu çevresel kirlenme ve bozulmadan kaynaklanan zararlardan dolayı tıbbi atığın toplanması, taşınması, geçici depolanması ve bertarafı faaliyetlerinde bulunanlar müteselsilen sorumludurlar. e) Sağlık kuruluşları, atıklarının toplanması, taşınması, sterilizasyonu ve bertarafı için gerekli harcamaları karşılamakla yükümlüdür.

ç) Tıbbi, tehlikeli, tehlikesiz, ambalaj, belediye atıkları ve diğer atıkları birbiriyle karıştırmadan kaynağında ayrı toplamakla, d) Herhangi bir kimyasalla muamele görmüş patolojik atıkları diğer tıbbi atıklardan ayrı toplamakla, e) Tıbbi atıkları toplarken teknik özellikleri bu Yönetmelikte belirtilen torbaları ve kapları kullanmakla, f) Günlük 1 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atıklarını UATF düzenleyerek, günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise tıbbi atık alındı belgesi/makbuzu kullanarak teslim etmekle, g) Ayrı toplanan tıbbi atıkları sadece bu iş için tahsis edilmiş kapaklı konteyner/kap/kova ile tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine taşımakla, ğ) Günlük 50 kilogramdan fazla tıbbi atık üretmesi durumunda tıbbi atık geçici deposu tesis etmekle, günlük 50 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda geçici tıbbi atık konteyneri bulundurmamakla, günlük 1 kilografa kadar tıbbi atık üretmesi durumunda ise en yakın veya en uygun tıbbi atık geçici deposuna/konteynerine götürmek veya bu atıkları tıbbi atık toplama aracına vermekle, h) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelini periyodik olarak eğitmekle/eğitimi sağlamakla, ı) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelini başışıklamakla, en fazla altı ayda bir sağlık kontrolünden geçirmek ve diğer koruyucu tedbirleri almakla, i) Tıbbi atıkların yönetimiyle görevli personelin özel koruyucu giysilerini ve ekipmanlarını temin etmek ve kullanılmasını sağlamakla, j) Tıbbi atıkların toplanması, taşınması, sterilizasyonu ve bertarafı için gereken harcamaları karşılamakla, k) Oluşan tıbbi atık miktarı ile ilgili bilgileri düzenli olarak kayıt altına almakla, l) Atık beyan formunu bir önceki yıla ait bilgileri içerecek şekilde her yıl Ocak ayından başlamak üzere en geç Mart ayı sonuna kadar Bakanlıkça hazırlanan çevrimiçi uygulamaları kullanarak doldurmak, onaylamak ve form çıktısının bir nüshasını beş yıl boyunca saklamakla, yükümlüdürler.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Atıkların Ayrılması, Toplanması, Taşınması ve Geçici Depolanması
Tıbbi atıkların ayrılması ve toplanması **MADDE 10 – (1)** Tıbbi atıklar, başta doktor, hemşire, ebe, veteriner, diş hekimi, laboratuvar teknik elemanı olmak üzere ilgili sağlık personeli tarafından oluşumları sırasında kaynağında diğer atıklar ile karıştırılmadan ayrı olarak biriktirilir. Toplama ekipmanı, atığın niteliğine uygun ve atığın oluştuğu kaynağa en yakın noktada bulundurulur. Tıbbi atıklar hiçbir suretle belediye atıkları, ambalaj atıkları, tehlikeli atıklar ve benzeri diğer atıklar ile karıştırılamaz.

ÜÇÜNCÜ BÖLÜM Tıbbi Atıkların Ayrılması, Toplanması, Taşınması ve Geçici Depolanması
Tıbbi atıkların ayrılması ve toplanması

(2) Tıbbi atıkların toplanmasında; yırtılmaya, delinmeye, patlamaya ve taşımaya dayanıklı, orta yoğunluklu polietilen hammaddeden sızdırmaz, çift taban dikişli ve körüksüz olarak üretilen, çift kat kalınlığı 100 mikron olan, en az 10 kilogram kaldırma kapasiteli, üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresini taşıyan kırmızı renkli plastik torbalar kullanılır. Torbalar en fazla $\frac{3}{4}$ oranında doldurulur, ağızları sıkıca bağlanır ve gerekli görüldüğü hallerde her bir torba yine aynı özelliklere sahip diğer bir torbaya konularak kesin sızdırmazlık sağlanır. Bu torbalar hiçbir şekilde geri kazanılamaz ve tekrar kullanılamaz. Tıbbi atık torbalarının içeriği hiçbir suretle sıkıştırılamaz, tıbbi atıklar torbasından çıkarılamaz, boşaltılamaz ve başka bir kaba aktarılamaz.

(3) Patolojik atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! PATOLOJİK TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan kırmızı renkli plastik biriktirme kapları içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, dolduktan sonra kesinlikle açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz. Herhangi bir kimyasalla muamele görmemiş kan torbaları ve kan yedekleri dâhil vücut parçaları ve organları ikinci fıkrada belirtilen tıbbi atık torbalarında toplanabilir. (4) Kesici ve delici özelliği olan atıklar diğer tıbbi atıklardan ayrı olarak delinmeye,

yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, açılması ve karıştırılması mümkün olmayan, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harflerle yazılmış “DİKKAT! KESİCİ ve DELİCİ TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan plastik veya aynı özelliklere sahip lamine kartondan yapılmış kutu veya konteynerler içinde toplanır. Bu biriktirme kapları, en fazla ¾ oranında doldurulur, ağızları kapatılır ve tıbbi atık torbalarına konur. Kesici-delici atık kapları dolduktan sonra kesinlikle sıkıştırılmaz, açılmaz, boşaltılamaz ve geri kazanılamaz. (5) Sıvı tıbbi atıklar da uygun emici maddeler ile yoğunlaştırılarak tıbbi atık torbalarına konulur. (6) Tıbbi atık torbaları biriktirme süresince tıbbi atık kabı ya da kovası içerisinde muhafaza edilir. Tıbbi atık kabı ya da kovasının delinmeye, yırtılmaya, kırılmaya ve patlamaya dayanıklı, su geçirmez ve sızdırmaz, üzerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi taşıyan turuncu renkli plastik malzemedan yapılmış olması zorunludur. (7) Yeni torba ve kapların kullanıma hazır olarak atığın kaynağında veya en yakın alanda bulundurulması sağlanır. Tıbbi atıkların sağlık kuruluşu içinde taşınması

Diğer atıklar MADDE 25 – (1) Sağlık kuruluşları, faaliyetleri sonucunda oluşabilecek tıbbi atıklar haricinde belediye atıkları, tehlikeli atıklar, tehlikesiz atıklar, ambalaj atıkları ve diğer geri kazanılabilen atıklar ve benzeri tüm atıklarının yönetiminde Bakanlıkça belirlenen esaslara uymak zorundadır. (2) Radyoaktif atıklar, Türkiye Atom Enerjisi Kurumu mevzuatı hükümlerine göre yönetilir.

SORU: Tıbbi atıkların ünite içinde taşınma işlemi uygun yapıyor mu?

SIRA : 86
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.20.1. Tıbbi atık torbaları ve patolojik atık biriktirme kapları ünite içinde tekerlekli, kapaklı, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemedan yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış araçlar ile toplanmalı ve taşınmalıdır.

GD.20.2. Tıbbi atıklar ile evsel nitelikli atıklar aynı araca yüklenerek birlikte taşınmamalıdır. Atık taşıma araçları her gün düzenli olarak temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir. Ayrıca araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda atıklar güvenli olarak boşaltılmalı, dökülen sıvılar uygun emiciler ile emildikten sonra taşıma aracı ivedilikle dezenfekte edilmelidir.

GD.20.3. Tıbbi atıkların toplanması ile ilgili personele ait özel giysiler ve koruyucu ekipman (Tıbbi atık taşıma eldiveni, koruyucu gözlük, maske, çizme ve yedeği olan özel koruyucu turuncu renkli elbise) bulundurulmalı ve temiz olmalıdır. Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçları geçici atık deposuna yakın bir yerde bulundurulmalıdır.

GD.20.4. Tıbbi atık taşıma personeline tıbbi atık yönetimi ile ilgili eğitim verilmeli ve eğitimin alındığına dair kayıtlar olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tıbbi atıkların ünite içinde taşınmasında kullanılan araçlar turuncu renkli olmalı ve üzerinde “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile “Dikkat! Tıbbi Atık” ibaresi bulunmalıdır. Tıbbi atık taşıma aracının temizliği, dezenfeksiyonu ve standartlara uygun olup olmadığı değerlendirilir. Taşıma sırasında torbaların sıkıştırılarak doldurulmadığı gözlemlenmeli ya da gözlenemiyorsa bu işle görevli atık taşıma personelinin konuya ilişkin bilgisi sorgulanmalıdır. Ünite içinde uygulanan toplama programı ve atık taşıma araçlarının izleyeceği güzergah, hastaların tedavi olduğu yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenmelidir. Atık torbaları asla elde taşınmamalıdır. Tıbbi atıklar ve evsel nitelikli atıklar için ayrı taşıma araçlarının bulunup bulunmadığı kontrol edilmelidir. Atık taşıma araçlarının rutin temizliğinin ve araçların içinde herhangi bir torbanın patlaması veya dökülmesi durumunda temizlik ve dezenfeksiyonun nasıl yapıldığı konusunda görevli personelden bilgi alınmalıdır.

Temizlik ekipmanları, koruyucu giysiler, atık torbaları ve taşıma araçlarının geçici atık deposuna yakın bir yerde görevli personelin kolaylıkla ulaşabileceği alanlarda bulunup bulunmadığı gözlemciler tarafından kontrol edilmelidir.

Gözlemciler enfeksiyon hemşiresine ya da atık taşıma personeline atıkların taşındığı güzergahları sorarak ya da mümkünse gözleyerek değerlendirmelidir.

Atık taşıma personeline, özel giysiler ve koruyucu ekipmanların yeterli olup olmadığı, bu giysilerin temizliğini nasıl yaptığı, nerede üstünü değiştirdiği ve giysilerini nerede muhafaza ettiği sorulmalıdır.

Tıbbi atık taşıma personelinin bilgi düzeyi sorularla ölçülmeli, eğitimleri sorulmalı ve eğitim kayıtları görülmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017)

MADDE 11 – (1) Tıbbi atık torbaları, sağlık kuruluşu içinde bu iş için eğitilmiş personel tarafından paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, yükleme-boşaltma esnasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarları olmayan, yüklenmesi, boşaltılması, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay ve sadece bu iş için ayrılmış kapaklı konteyner/kap/kova ile toplanır ve taşınır. Tıbbi atıkların sağlık kuruluşu içinde taşınmasında kullanılan konteyner/kap/kova turuncu renkli olur, üzerlerinde siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur. (2) Tıbbi atık torbaları ağızları sıkıca bağlanarak sıkıştırılmadan kapaklı konteyner/kap/kova ile taşınır. Atık torbaları ve patolojik atık biriktirme kapları asla elde taşınmaz. Toplama ve taşıma işlemi sırasında vücut ile temastan kaçınılır. Taşıma işlemi sırasında atık bacaları ve yürüyen şeritler kullanılamaz. Patolojik atık biriktirme kapları tekerlekli tıbbi atık taşıma araçları ile taşınır. (3) Tıbbi atıklar ile diğer atıklar aynı araca yüklenemez ve taşınmaz. (4) Tıbbi atık konteyner/kap/kovaları her gün düzenli olarak temizlenir ve dezenfekte edilir. Herhangi bir torbanın yırtılması, patlaması veya dökülme durumunda atıklar güvenli olarak yeni bir torbaya boşaltılır ve konteyner/kap/kova ivedilikle dezenfekte edilir. (5) Tıbbi atıkları sağlık kuruluşu içinde toplayarak tıbbi atık geçici deposuna taşımakla görevlendirilen personelin, taşıma sırasında 27 nci maddede belirtilen turuncu renkli özel kıyafeti giymesi, koruyucu ekipmanları kullanması zorunludur. (6) Sağlık kuruluşu içinde uygulanacak tıbbi atık toplama programında, atık taşıma araçlarının/atık taşıyan personelin izleyeceği güzergâh, hastaların tedavi olduğu

yerler ile diğer temiz alanlardan, insan ve hasta trafiğinin yoğun olduğu bölgelerden mümkün olduğunca uzak olacak şekilde belirlenir.

**SORU: Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapılıyor mu?
(GÜNLÜK 50 KG'DAN FAZLA TIBBİ ATIK ÜRETEK VE/VEYA TIBBİ ATIĞI +4
°C'DE 2 GÜNDEN FAZLA BEKLETEN SAĞLIK TESİSLERİNDE
DEĞERLENDİRİLECEKTİR.)**

SIRA : 87
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 21

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.21.1. Depo hacmi sağlık tesisinin en az iki günlük , +4°C soğutulması durumunda ise en fazla bir haftalık atığını alabilecek boyutta olmalıdır. Tıbbi atık deposunun yeterli bir aydınlatma ve soğutulmayan depolarda pasif havalandırma sistemi bulunmalı, sıcak bölgelerde depo özel olarak soğutulmalı ve tıbbi atığın 1 haftaya kadar bekletilmesi durumunda ısı takip çizelgesi doldurulmalıdır.

GD.21.2. Tıbbi atık depo kapıları dışarıya doğru açılmalı veya sürgülü yapılmalı, kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulmalıdır. Tıbbi atıkların konulduğu bölmenin kapısı turuncu renge boyanmalı, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyoteknik” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunmalıdır.

GD.21.3. Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılmalı, depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmamalıdır. Tıbbi atık deposunun temizlik ve dezenfeksiyonu yapıldıktan sonra temizlik ve dezenfeksiyon takip çizelgesi doldurulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi günlük 50 kg' dan fazla tıbbi atık üretiyorsa ya da 50 kg' dan az üretse dahi tıbbi atığı 2 günden fazla bekletmek zorunda kalıyor ise +4 °C'de muhafaza etmesi gerekmektedir. Tıbbi atığı 1 hafta bekletmek zorunda ise tıbbi atık deposu 1 haftalık atığını alacak kapasitede olmalıdır. Tıbbi atık depolarının tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanmalıdır.

Tıbbi atık deposu yeterli aydınlatılmalıdır. Soğutulmayan depolarda pasif havalandırmanın olup olmadığı değerlendirilmelidir. Havalandırma penceresi/deliği böcek ve hayvan girişine izin vermeyecek şekilde kapatılmış olmalıdır. Sıcak bölgelerde ve tıbbi atığın 2 günden fazla bekletilmesi durumunda depo özel olarak soğutulmalıdır. Soğutulan depolarda ısı takip çizelgesi sabah, öğle ve akşam olmak üzere doldurulmalı, gözlem sırasında kontrol edilmelidir.

Tıbbi atık depo kapılarının dışarıya doğru açıldığı veya sürgülü olduğu, kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulduğu kontrol edilmelidir. Depo ve kapısı içeriye herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde olmalıdır. Tıbbi atık kapısının turuncu renkte olduğu, üzerinde görülebilecek

şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunduğu kontrol edilmelidir.

Değerlendirme sırasında depo içerisinde su musluğu, ızgaralı drenaj sistemi bulunması durumunda olumsuz olarak değerlendirilmelidir. Depo, atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenip, dezenfekte edilmeli ve gerekirse ilaçlanmalıdır.

Depo dışına temizlik ve dezenfeksiyonun yapıldığına dair takip çizelgesi bulundurulmalı, gözlemciler tarafından kontrol edilmelidir. Temizlik ve dezenfeksiyonun nasıl yapıldığı görevli personele sorulmalıdır.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017 ÇARŞAMBA)

Sağlık kuruluşunda tıbbi atıkların geçici depolanması MADDE 12 – (1) Tıbbi atıklar, tıbbi atık işleme tesisine taşınmadan önce 48 saatten fazla olmamak üzere tıbbi atık geçici deposu veya konteynerinde bekletilebilir. (2) Tıbbi atık geçici deposu içindeki sıcaklığın +4 °C olması ve kapasitenin uygun olması koşuluyla bekleme süresi bir haftaya kadar uzatılabilir. (3) Günlük 1 kilograma kadar tıbbi atık üreten sağlık kuruluşlarında tıbbi atıklar, biriktirildiği kapaklı konteyner/kap/kovanın içerisinde 48 saatten fazla olmamak üzere bekletilebilir. Bu atıkların ilgili belediyenin tıbbi atık toplama ve taşıma aracı tarafından alınması sağlanır veya en yakında ya da en uygun bulunan tıbbi atık geçici deposu veya konteynerine atık üreticisi tarafından kapaklı konteyner/kap/kova ile götürülür. Tıbbi atıklar, tıbbi atık toplama aracı gelmeden önce kesinlikle dışarıya bırakılamaz, diğer atıklar ile karıştırılamaz ve belediye atıklarının toplandığı konteynerlere konulamaz. Bu sağlık kuruluşları, tıbbi atıklarını taşıma aracına teslim etmemeleri durumunda, atıklarının geçici depolanması konusunda en yakında veya en uygun bulunan tıbbi atık geçici deposu veya konteynerin ait olduğu sağlık kuruluşu ile anlaşma yapmak ve bu anlaşmayı ibraz ederek belediye ile protokol yapmakla yükümlüdür. Bu sağlık kuruluşları için 11 inci maddenin beşinci fıkrasındaki koşullar aranmaz. (4) Günlük 50 kilogramdan az tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları istedikleri takdirde tıbbi atık geçici deposu tesis edebilirler. (5) Çevresel riskler nedeniyle il müdürlüğünün gerekli görmesi durumunda günlük 50 kilogramdan az tıbbi atık üreten sağlık kuruluşları tıbbi atık geçici deposu tesis etmek zorundadır.

Tıbbi atık geçici deposunun özellikleri MADDE 13 – (1) Tıbbi atık geçici deposunun özellikleri şunlardır: a) Deponun hacmi en az iki günlük atığı alabilecek boyutlarda olur. b) Deponun hacmi, 12 nci maddenin ikinci fıkrasının uygulanması durumunda en az bir haftalık atığı alabilecek boyutta olur. c) Deponun tabanı ve duvarları sağlam, geçirimsiz, mikroorganizma ve kir tutmayan, temizlenmesi ve dezenfeksiyonu kolay bir malzeme ile kaplanır. Depolarda yeterli aydınlatma bulunur. ç) Soğutulmayan depolarda pasif havalandırma sistemi bulunur. d) Deponun kapısı turuncu renkli olur ya da turuncu renge boyanır, üzerinde görülebilecek şekilde ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur. Kapı daima temiz ve boyanmış durumda olur. e) Depo kapısı dışarıya doğru açılır veya sürmeli yapılır. f) Depo kapısı kullanımları dışında daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin girmelerine izin verilmez. g) Depo ve kapısı, içeriye herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde tesis edilir. ğ) Deponun içi ve kapıları görevli personelin rahatlıkla çalışabileceği, atıkların kolaylıkla boşaltılabileceği, depolanabileceği ve yüklenebileceği boyutlarda tesis edilir. h) Depo, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinin yakınlıkta tesis edilmez. ı) Deponun temizliği ve dezenfeksiyonu uygun dezenfektan kullanılarak yapılır. Depoda ızgaralı drenaj sistemi ve su musluğu bulunmaz. i) Depo, atıkların boşaltılmasını müteakiben temizlenir, dezenfekte edilir ve gerekirse ilaçlanır. Tıbbi atık içeren bir torbanın yırtılması veya boşalması sonucu dökülen atıklar uygun ekipman ile toplandıktan, sıvı atıklar ise uygun emici malzeme ile yoğunlaştırıldıktan sonra tekrar tıbbi atık torbasına konulur ve kullanılan ekipman ile birlikte depo derhal dezenfekte edilir. j) Temizlik malzemeleri, özel giysi ve koruyucu ekipmanlar, tıbbi atık torbaları, kapları, kovaları ve konteynerler depoya yakın yerlerde bulundurulur.

Temizlik ve dezenfeksiyon talimatı ile takip çizelgesi depo dışına görülebilecek şekilde asılır. k) Depo, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka maksatla kullanılmaz.

**SORU: Tıbbi atık yönetimi kapsamında geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu?
(GÜNLÜK 50 KG'DAN AZ TIBBİ ATIK ÜRETEN VE TIBBİ ATIĞI 2 GÜNDEN FAZLA
BEKLETMEYEN SAĞLIK TESİSLERİNDE DEĞERLENDİRİLECEKTİR)**

SIRA : 88
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 22

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.22.1. Tıbbi Atık Konteynerları ünitenin en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta ve sayıda, hacmi en az 0.8 m³, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olmalı ve başka maksatla kullanılmamalıdır.

GD.22.2. Tıbbi Atık Konteynerlarının iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermemeli; dış yüzeyleri turuncu renkte olmalı, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli “Uluslararası Biyotehlike” amblemi ile siyah harfler ile yazılmış “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunmalıdır.

GD.22.3. Tıbbi Atık Konteynerları, daima temiz ve boyanmış durumda olmalı, atıkların boşaltılmasını müteakiben her gün veya konteynerın içinde torbanın patlaması veya dökülmesi gibi herhangi bir kaza durumunda hemen temizlenmeli ve dezenfekte edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Günlük 50 kg' dan az tıbbi atık üreten ve tıbbi atığını 2 günden fazla bekletmeyen sağlık tesislerinde geçici depolama işlemi için depo yoksa konteyner bulundurulmalıdır. Konteynerler en az 0.8 m³ hacminde, paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmalı, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir ve 2 günlük tıbbi atığını alabilecek boyutta/sayıda olmalıdır.

Tıbbi atık torbaları doğrudan tıbbi atık taşıma aracına yüklenebileceği gibi kapaklı plastik veya metal kap/kova/konteynerler içinde atık taşıma aracına yüklenebilir. Taşımanın bu şekilde yapılması durumunda kap/kova/konteynerler tıbbi atıkların boşaltılmasını müteakip temizlenir ve dezenfekte edilir. Gözlemci tıbbi atığın kovalarda biriktirilip bu şekilde taşıma araçlarına yüklendiğini ve sonrasında temizlik ve dezenfeksiyonları yapıldıktan sonra kullanıldığını gözlemlerse olumlu olarak değerlendirmelidir.

Tıbbi atık konteynerlerinin bulunduğu alan değerlendirilmelidir. Tıbbi Atık Konteynerları kullanıldıkları ünitenin bulunduğu parsel sınırları içinde ve mutlaka bina dışında bulunmalıdır.

Konteynerlerin kilitli olup olmadığı, başka amaçla kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmelidir.

Gözlemciler konteynerların standartlara uygun olup olmadığını değerlendirmelidir.

Konteynerlar kontrol edilerek, sorumlu personelden temizlik ve dezenfeksiyonun nasıl yapıldığı hakkında bilgi edinilmelidir.

KAYNAK:

TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ (5 Ocak 2017 ÇARŞAMBA)

Konteynerlerin tıbbi atık geçici deposu olarak kullanılması MADDE 14 – (1) Tıbbi atıkları geçici depolamak amacıyla kullanılacak konteynerlerin aşağıdaki teknik özellikleri haiz olması zorunludur: a) Hacmi en az 0.8 m³ , paslanmaz metal, plastik veya benzeri malzemeden yapılmış, tekerlekli, kapaklı, kapakları kilitlenebilir olur. b) Kapaklar, konteynerin içine herhangi bir hayvan girmeyecek şekilde üretilir. c) Konteynerlerin iç yüzeyleri yükleme-boşaltma sırasında torbaların hasarlanmasına veya delinmesine yol açabilecek keskin kenarlar ve dik köşeler içermez. Kesişen yüzeyler yumuşak dönüşlerle birbirine birleşir. ç) Konteynerlerin dış yüzeyleri turuncu renkli olur, üzerlerinde görülebilecek uygun büyüklükte ve siyah renkli “Uluslararası Biyoteknik” amblemi ile siyah renkli “DİKKAT! TIBBİ ATIK” ibaresi bulunur. d) Konteynerler sağlık kuruluşunun en az iki günlük tıbbi atığını alabilecek sayıda olur. e) Konteynerler, kullanıldıkları sağlık kuruluşunun bulunduğu parsel sınırları içinde; doğrudan güneş almayan, sağlık kuruluşu giriş-çıkışı ve kaldırım gibi yoğun insan ve hasta trafiğinin olduğu yerler ile gıda depolama, hazırlama ve satış yerlerinden uzağa yerleştirilir. f) Konteynerlerin kapakları daima kapalı ve kilitli tutulur, yetkili olmayan kişilerin açmasına izin verilmez. g) Konteynerler, atıkların boşaltılmasını müteakiben veya herhangi bir kazadan hemen sonra temizlenir ve dezenfekte edilir. Temizlik ve dezenfeksiyon uygun dezenfektan kullanılarak yapılır. ğ) Konteynerler, tıbbi atıkların geçici depolanması dışında başka maksatla kullanılmaz.

Tıbbi atıkların işleme tesislerine taşınması (4) Tıbbi atık torbaları doğrudan tıbbi atık taşıma aracına yüklenebileceği gibi kapaklı plastik veya metal kap/kova/konteynerler içinde atık taşıma aracına yüklenebilir. Taşımanın bu şekilde yapılması durumunda kap/kova/konteynerler tıbbi atıkların boşaltılmasını müteakip temizlenir ve dezenfekte edilir.

SORU: Evsel atık geçici depolama işlemi uygun yapıyor mu?

(Yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynere koyan tesisler için bu sorunun 1. ve 2. unsurları muaftır)

SIRA : 89

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 23

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.23.1. Evsel atık deposunun kapısında görülebilecek şekilde siyah renkle “Evsel Atık Deposu” ibaresi bulunmalı, deponun zemini, tavanı, duvarı kırık ve çatlak olmamalı, yeterli aydınlatma olmalı ve deponun pasif havalandırma sistemi bulunmalıdır.

GD.23.2. Evsel atık deposunda atıkların tamamen boşaltılmasını müteakiben zemini, tavanı ve duvarı temizlenmelidir. Temizlik için, depo içinde veya yakınında basınçlı su musluğu ve suyun gidebileceği kanalizasyona bağlı ızgaralı drenaj sistemi bulunmalıdır.

GD.23.3. Cam, plastik, kağıt, metal gibi ambalaj atıklar, kaynağında ayrı ve üzerinde "Ambalaj Atığı" veya "Kağıt Atık", "Plastik Atık", "Cam Atık" ibaresi yazılı plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Belediye tarafından toplanacak olan evsel atıklar, bir depoda toplanıyorsa bu unsurlar değerlendirilecektir. Depo standartlara uygun değil ise olumsuz olarak değerlendirilecektir.

Depoların temizliği basınçlı su ile yapılmalı ve suyun kanalizasyona bağlantısı ızgaralı drenaj sistemi ile olmalıdır. Zeminde sızıntı gözlenen, kötü kokulu depolar olumsuz olarak değerlendirilir. Yeraltı çöp konteyner sistemi bulunan / evsel atığı konteynere koyan tesisler muaftır.

Sağlık tesisinde kontamine olmamış ambalaj (cam, plastik, metal, kağıt vb.) atıkları plastik veya su geçirmeyen kartondan yapılmış kutular içinde toplanarak üzerine "Ambalaj Atığı" veya "Kağıt Atık", "Plastik Atık", "Cam Atık" ibaresi yazılarak toplanmalıdır. Ambalaj atıkları evsel atık deposunda ya da uygun bir depo alanında toplanmalıdır.

SORU: Tehlikeli atıkların yönetimi uygun yapıyor mu?

SIRA : 90

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 24

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.24.1. Sitotoksik, sitostatik, kemoterapi ilaçları ve bu ilaçlarla kontamine olmuş atıklar,

Tehlikeli madde içeren ya da tehlikeli maddelerden oluşan kimyasallar (Ksilen, formaldehit, gluteraldehit vb.)

Tehlikeli madde kalıntıları içeren veya tehlikeli maddelerle kontamine olmuş ambalajlar, Tehlikeli maddeler içeren ya da tehlikeli maddeler ile kontamine olmuş ahşap, Cam ve plastikler,

Amalgam atıkları,

Kartuş ve tonerler,

Floresan ve diğer civa içeren atıklar,

Tehlikeli maddeler ile kirlenmiş emiciler, filtre malzemeleri, temizleme bezleri, koruyucu giysi,

Elektrik ve elektronik ekipman atıkları,

Eski aküler,

Tehlikeli maddelerle kontamine olmuş metal atıkları,

Yağ katran ve diğer maddeler içeren kablolar,

Kullanılmış (mum) parafin ve yağlar,

Röntgen banyo suları ve piller,

Laboratuvarda ortaya çıkan doku boyama sıvısı (hematoksilen, eozinboyaları), Etilen oksit kartuşları gibi Atık Yönetimi Yönetmeliği Ek-4 atık listesinde yer alan diğer tehlikeli atıklar, diğer atıklardan kaynağında ayrı toplanmalıdır.

GD.24.2. Laboratuvarda doku boyama işlemi için özel lavabo ayrılmalı, burada çıkan atık sıvı kanalizasyona gitmeyecek şekilde bidon vb. kapta toplanarak tehlikeli atık kapsamında değerlendirilmelidir.

GD.24.3. Tehlikeli atıklar, tesis ve binalardan uzakta beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip), emniyetli uygun depo içerisinde, geçici olarak muhafaza edilmeli ve taşınabilir yangın söndürme tüpü olmalıdır.

GD.24.4. Tehlikeli atık kaplarının üzerinde tehlikeli atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunmalı, birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde depolanmalıdır.

GD.24.5. Geçici depolanan tehlikeli atıklar Ulusal Atık Taşıma Formu veya MOTAT sistemi ile lisanslı taşıma/bertaraf firmasına teslim edilmelidir.

GD.24.6. Her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) bir önceki yılın atık beyanı (Tıbbi, Tehlikeli, Bitkisel Atıklar) yapılmalı ve beyan 5 yıl saklanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tehlikeli atıkların ayrıştırılmasının doğru yapıp yapılmadığı servislerde, laboratuvarda, dış polikliniklerinde, kemoterapi merkezlerinde, görüntüleme ve tehlikeli atık depolarında gözlenmelidir. Ameliyathenede inhalasyon anesteziplerinin (sevorane vb.) şişelerinin nasıl bertaraf edildiği sorgulanmalıdır. Kemoterapi yapılan merkezlerde kemoterapi ilaçları ve flakonları, uygulanan serumlar, serum setleri, enjektörler tehlike atık olarak değerlendirilmelidir. Laboratuvarda ve sağlık tesisinin genelinde kullanılan ve şüpheli tehlikeli atık olabileceği düşünülen sıvıların analizlerinin yaptırılıp, Atık Yönetimi Yönetmeliği EK-4 ' de verilen listede belirtilen konsantrasyonların üzerinde ise tehlikeli atık kabul edilip depolanmalı ve bertarafı o şekilde yapılmalıdır. Tehlikeli atıklar uygun kaplarda toplanmalıdır. Sıvı atıklar için varil, katı ve taşınabilir hafif atıklar için ise; üzerinde görülebilecek büyüklükte ve her iki yüzünde “DİKKAT! TEHLİKELİ ATIK” ibaresini taşıyan, sağlam plastik torbalar kullanılmalıdır.

Laboratuvarlarda boyama işlemleri için ayrılan lavabo su giderinin bir bidonda toplanıp tehlikeli atık olarak depolandığı ve kanalizasyona karışmadığı gözlenmelidir.

Tehlikeli atık depo alanları tesis ve binalardan uzakta, beton saha üzerine yerleştirilmiş sağlam, sızdırmaz (zemin ve çatı izolasyonuna sahip) olmalıdır. Tel örgü ile çevrilmiş, üstü açık depolama alanları olumsuz olarak değerlendirilir. Depo yakınında yangın söndürme tüpü bulunmalıdır.

Depoda toplanmış olan tehlikeli atık kaplarının üzerinde atığın çeşidi, kaynağı, miktarı ve depoya giriş tarihi ile ilgili bilgiler açık olarak yazılmalıdır. Kırılabilir nitelikteki tehlikeli atıklar, depoda kırılmayacak şekilde depolanmalıdır. Örneğin, floresan lambalar arasına uygun malzeme (yumuşak malzeme) konularak (karton kutuda) muhafaza edilebilir. Tehlikeli atıklar depo içerisinde çapraz reaksiyona sebep olmayacak şekilde ve ağzı kapalı depolanmalıdır.

Örneğin, oksitleyici madde ile yanıcı madde birbirinden uzakta muhafaza edilmeli. Tehlikeli atık kaplarının üzerinde EWC kodlaması yapılmalı ve depo içerisinde farklı alanlarda depolanmalıdır. EWC kodları duvarda yazılı olmalı ve tehlikeli atık kapları koduna uygun yerde depo içerisinde yer değiştirmeden depolanmalıdır.

Tehlikeli atıklar, UATF Formu veya MoTAT (Mobil Tehlikeli Atık Takip Sistemi) üzerinden doldurulmalıdır.

Sağlık tesisi bir önceki yılın atık beyanını (Tıbbi, Tehlikeli, Bitkisel Atıklar) her yıl ocak ve mart ayları arasında Tehlikeli Atık Beyan Sistemine (TABS) giriş yapmalı ve bu bilgileri 5 yıl süre ile saklamalı ve kayıtlar görülmelidir.

KAYNAK:

Atıkların Yönetimi Yönetmeliği

9. Madde atık üreticisi,

b) Atıkların ayrı toplamak ve geçici depolamakla

ğ) Atık beyan formunu bir önceki yıla ait bilgileri içerecek şekilde her yıl Ocak ayı itibariyle başlamak üzere en geç Mart ayı sonuna kadar Bakanlıkça hazırlanan çevrimiçi uygulamalar kullanarak doldurmak, onaylamak, çıktısını almak ve beş yıl boyunca bir nüshasını saklamakla, askeri birlik ve kurumlar ise yazılı olarak belirtilen sürede Millî Savunma Bakanlığı ve Genelkurmay Başkanlığınca Bakanlığa göndermek ve beş yıl boyunca bir nüshasını saklamakla,

h) UATF kullanımı zorunlu olan atıklar için UATF kullanarak atık işleme tesislerine göndermekle ve ilgili iş ve işlemlere uymakla,

i) Ürettikleri atıkların toplanması, taşınması ve geçici depolanması gibi işlemlerden sorumlu olan çalışanlarının eğitimini sağlamakla, sağlık ve güvenlik ile ilgili her türlü tedbiri almakla,

Atıkların Yönetimi Yönetmeliği

13. Madde (2) ve (3) fıkra

(2) Özelliğine göre sınıflandırılarak geçici depolanan atığın üzerinde tehlikeli ya da tehlikesiz atık ibaresi, atık kodu, depolanan atık miktarı ve depolama tarihi bulunur.

(3) Atıklar birbirleriyle reaksiyona girmeyecek şekilde geçici depolanır.

Atıkların Yönetimi Yönetmeliği Eki Ek-4'teki Atık Listesinde altı haneli atık kodunun yanında yıldız (*) işareti bulunan atıklar (Tehlikeli Atıklar)

Atık Yönetimi Yönetmeliğinde 23/03/2017 tarihli yapılan değişiklikle aylık 1.000 Kg üzerinde tehlikeli atık çıkaran kurumlar depolama izni almalıdır.((5) Ayda bin kilogramdan daha az tehlikeli atık üreten atık üreticilerinin, tehlikeli atıklarını geçici olarak depoladığı/depolayacağı alanları/konteynerleri geçici depolama izninden muaftır. Ayda bin kilogram veya daha fazla tehlikeli atık üreten atık üreticileri tehlikeli atıklarını geçici depoladığı alanları/konteynerleri için il müdürlüğünden geçici depolama izni alır.

SORU: Atıklar birim bazında tartılıyor mu?

SIRA : 91

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 25

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.25.1. Tehlikeli ve tıbbi atık torbalarında karışıklığa sebep olmayacak şekilde, hangi birimden geldiğini belirten etiket bulunmalı, tehlikeli ve tıbbi atıklar birim bazında (birimde veya atık deposunda) tartılmalı, tartı sonucu, Sağlık Bilgi Yönetim Sisteminde (SBYS) oluşturulan "Atık Modülüne" kaydedilmelidir.

GD.25.2. Atıkların miktarlarının birim bazında dönemsel analizleri yapılmalıdır. Analiz sonuçları değerlendirilerek gerekli iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde tıbbi atık miktarının azaltılması, takibi ve atığın depolanması sırasında (kesici delici alet vb. nedeniyle) oluşabilecek yaralanmaların hangi birimden kaynaklandığını tespit etmek amacıyla uygulanmaktadır. Sağlık tesisinin aylık analizlerini ve atığın azaltılmasına yönelik alınacak tedbirlerin belirlenmesini sağlayacaktır. Etiketle atığın çıktığı birim, kg, tartıldığı tarih ve saati gibi bilgiler yer almalıdır. Modülde tıbbi ve tehlikeli atık miktarı (EWC koduna göre sınıflandırılarak) ayrı girilmelidir. Tıbbi atık torbasında bulunan etiket ile SBYS Atık Modülündeki kayıtlar karşılaştırılmalıdır.

Birim bazında yapılan ölçümlerden elde edilen sonuçların analizleri yapılarak gerekli önlemlerin alındığına ve gerektiğinde eğitimlerin verildiğine dair kayıtları gözlemciler incelemelidir.

SORU: Sağlık tesisinde Teşhisle İlişki Gruplar (TİG) birimine ait düzenleme ve veri analizleri yapılıyor mu?

SIRA : 92

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 26

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.26.1. Klinik kodlayıcılar TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun olan ve olmayan hasta dosyalarının analizini yapmalıdır.

GD.26.2. Klinikler/servislerde aylık taburcu olan hasta sayısı ve TİG veri sistemine kaydedilen hasta sayısı takip edilmelidir.

GD.26.3. Sağlık tesisi yönetimi tarafından yapılan analizler SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile değerlendirilmelidir.

AÇIKLAMA:

TİG birimine kliniklerden teslim edilen dosyalar standartlara ve klinik kodlamaya uygun olarak hazırlanmalıdır. Gelen dosyaların içeriği klinik kodlayıcılar tarafından aşağıdaki kurallara göre kontrol edilmelidir:

- a) Ana tanı ve ek tanıların anlaşılır şekilde belirtilmesi
- b) Ana tanı ve ek tanı ile ilişkili cerrahi veya diğer işlemlerin okunaklı, anlaşılır olarak ifade edilmesi
- c) Cerrahi operasyon bilgisinin belirtilmesi (operasyonun açıklaması, operasyon süresi (bir anestezi altında yapılan operasyonların ayrı ayrı süresi ve toplam süre), operasyon ekibinde yer alan personel branşları ve sayıları (uzman hekim sayısı, anestezi uzmanı sayısı, anestezi teknisyeni sayısı ve diğer sağlık personeli sayısı), ASA ve Anestezi bilgileri)
- d) Hasta dosyasının içeriğinin tam olması(patoloji, görüntüleme hizmetleri, laboratuvar hizmetleri sonuç raporu vb.)

Klinik kodlayıcılar aşağıdaki tabloya uygun şekilde TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun olan ve olmayan dosyaların analizini yapmalıdır.

TİG Birimine Gelen Dosyaların Uygunluk Analizi			
YIL:		DÖNEM*:	
Klinikler	TİG Birimine Gelen Dosya Sayısı	TİG Standartlarına ve Klinik Kodlamaya Uygun Dosya Sayısı	TİG Standartlarına ve Klinik Kodlamaya Uygun Dosya Oranı
Kadın Doğum			
Çocuk Cerrahi			
Üroloji			
.....			
.....			
Toplam			

**Bu tablo 3'er aylık dönemler halinde takip edilecektir.*

Gözlemciler sağlık tesisinde 3'er aylık periyodlarla yukarıdaki şekilde analizlerin yapıp yapılmadığını değerlendirmelidir.

Klinikler/servislerde aylık taburcu olan hasta sayısı ve TİG veri sistemine kaydedilen hasta sayıları takip edilmelidir. Bu analizler en az aşağıdaki tabloda yer alan verileri içeren "Yönetici Takip Ekranı" ile yönetim tarafından takip edilmelidir.

TİG Hasta Dosya Sayıları Takip Tablosu									
	OCAK			ŞUBAT			MART		
Klinikler	Taburcu Olan Hasta Sayısı	TİG Veri Sistemine Kaydedilen Hasta Sayısı	Oran	Taburcu Olan Hasta Sayısı	TİG Veri Sistemine Kaydedilen Hasta Sayısı	Oran	Taburcu Olan Hasta Sayısı	TİG Veri Sistemine Kaydedilen Hasta Sayısı	Oran
Kadın Doğum									
Çocuk Cerrahi									
Üroloji									
.....									
.....									
Toplam									

Gözlemciler yukarıdaki tabloya göre hasta dosya sayılarının analizinin yapıp yapılmadığını değerlendirmelidir.

Sağlık tesisi yönetimi tarafından yapılan analizler değerlendirilerek, gerekli durumlarda iyileştirme çalışmaları yapılmalıdır.

Gözlemciler;

“TİG Birimine Gelen Dosyaların Uygunluk Analizi Tablosu” nda TİG standartlarına ve klinik kodlamaya uygun dosya oranı düşük olan ve “TİG Hasta Dosya Sayıları Takip Tablosu”nda TİG veri sistemine kaydedilen hasta oranı %90’ın altında olan klinikler/servisler için sağlık tesisi yönetiminin yaptığı iyileştirme faaliyetlerini değerlendirmelidir.

SORU: Kan ve kan bileşenlerinin etkin kullanımına yönelik düzenleme yapıyor mu?

SIRA : 93
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 27

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.27.1. Sağlık tesisinde uygulanacak tam kan ve eritrosit konsantrasi cross-match sayısının transfüzyon sayısına oranı takip edilmelidir.

GD.27.2. Kan ve kan bileşenleri imha oranları takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kliniklerin kullanacakları sayıda kan ve kan bileşenlerini kan merkezinden istemelerini sağlamak ve gereksiz cross-match sayısını azaltmak için kliniklerin cross-match sayısının transfüzyon sayısına oranları aşağıda örneği verilen tablo ile takip edilmelidir.

Tam Kan ve Eritrosit Konsantresi Cross-Match/Transfüzyon Oranı Takip Tablosu						
YIL:			AY:			
Birim/Üniteler	TAM KAN			ERİTROSİT KONSANTRESİ		
	Cross-Match Sayısı	Transfüzyon Sayısı	Cross-Match Sayısının Transfüzyon Sayısına oranı	Cross-Match Sayısı	Transfüzyon Sayısı	Cross-Match Sayısının Transfüzyon Sayısına oranı
Yoğun Bakım						
Acil Servis						
Ameliyathane						
Palyatif Bakım						
Hemodiyaliz						
Ortopedi Kliniği						
.....						
.....						
.....						
TOPLAM						

Sağlık tesisinde kan ve kan bileşenleri imha oranları aşağıda örneği verilen tablo ile takip edilmelidir.

Kan ve Kan Bileşenleri Tüketim Verileri Tablosu																
Kan ve Kan Bileşen Türü	OCAK				ŞUBAT							YILLIK TOPLAM			
	Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*	Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*	Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*	Kullanılan Ürün Sayısı	İmha Edilen Ürün Sayısı	Toplam Ürün Sayısı	İmha Oranı*
Tam Kan (TK)																
Eritrosit Konsantresi (EK) Tam kandan																
Havuzlanmış Trombosit konsantresi (TK)																
Taze Donmuş Plazma (TDP) Tam Kandan																
Trombosit Konsantresi (TK) Aferez																
Kriyopresipitat																

TOPLAM

**İmha oranı, imha edilen ürün sayısının toplam ürün sayısına oranını ifade eder.*

KAYNAK:

Ulusal Kan ve Kan Bileşenleri Hazırlama, Kullanım ve Kalite Güvencesi Rehberi 2016

SORU: Verimlilik gözlemcisi bilgi notunda bulunan TSİM verileri ile sağlık tesisi verileri uyumlu mu?

SIRA : 94

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 28

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.28.1. Verimlilik gözlemcisi bilgi notunda bulunan TSİM verileri ile sağlık tesisi verileri uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Verimlilik gözlemcisi tarafından “Verimlilik gözlemcisi bilgi notunda” bulunan TSİM verileri ile sağlık tesisindeki verilerin uyumlu olup olmadığı rastgele seçilen 10 örnek ile değerlendirilmelidir. Gözlemci bilgi notunda bulunan;

Sağlık tesisinin;

- Yatak Sayısı
- Yatak Doluluk Oranı
- Cihaz Sayıları
- Personel Sayıları
- Toplam ve Acil Muayene Sayısı
- Yoğun Bakım Bilgileri
- Doğum Sayıları
- Acil Servis Hizmet Bilgileri vb. bilgilerinin uyumlu olup olmadığı değerlendirilmelidir.

SORU: Fazla mesai, nöbet ücreti vb. işlemlere esas çalışma listelerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 95

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 29

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.29.1. Mesai ve nöbet takip sistemi SBYS üzerinden oluşturulmalı, personel çalışma listeleri (nöbet, fazla mesai gibi işlemler dahil) bu ekrandan takip edilmelidir.

GD.29.2. Personel nöbet ve fazla mesai ücretleri aylık tablolar halinde takip edilmeli, normalden sapmalar analiz edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Personel çalışma listelerinin hazırlanması, nöbet, fazla mesai gibi işlemler için bu listenin kullanılması SBYS üzerinden yapılmalıdır. Sistem dinamik yapıda olmalıdır. Mesai ve nöbet takip sistemi oluşturulmalıdır. Sistem üzerinden mesai ve nöbet sayıları kontrol edilebilmelidir. İzin, rapor, nöbet ve fazla mesai dökümünün maaş tahakkuk dosyası için imzaya sunulan kısmı bu ekrandan çekilebilmelidir. Aynı zamanda SBYS'nin döner sermaye işlemleri modülünden personel hareketlerine ulaşılabilir. Personel çalışma listeleri, adaletli ve verimli olması yönünden yönetim tarafından değerlendirilmelidir. Haftalık zorunlu çalışma sürelerinin tamamlanması sağlanmalı, bu süreyi aşan durumlar fazla mesai olarak değerlendirilmelidir. Ameliyata giren personel ile ameliyat defterindeki ameliyat ekibine ait kayıtlar arasında doğrulama yapılmalıdır.

SORU: Sağlık tesisinde faturaların ve gelirlerin takibi ve analizi uygun olarak yapıyor mu?

SIRA : 96

BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 30

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.30.1. SBYS sistemi üzerinden kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.

GD.30.2. SBYS sistemi üzerinden kesilen fatura tutarları branş bazında aylık olarak takip edilmelidir.

GD.30.3. Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak takip edilmelidir.

GD.30.4. Sağlık tesisinde yerleşim mekanına (merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri vb.) göre kesilen faturaların aylık takibi yapılmalıdır.(Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde değerlendirilecektir)

GD.30.5. Sağlık tesisinde ayaktan ve yatan hasta gelirlerinin takibi (klinik, yoğun bakım, acil servis vb) aylık olarak yapılmalıdır.

GD.30.6. Analiz sonuçları yönetim tarafından SBYS'de oluşturulacak "Yönetici Takip Ekranı" ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Her bir branşın kesilen-kesilmeyen/kesilemeyen fatura tutarları en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde “Yönetici Takip Ekranı” ile aylık olarak takip edilmelidir.

Hizmetin Yapıldığı Aylara Göre Kesilen-Kesilmeyen/Kesilemeyen Fatura Tutarları Dağılımı								
	Ocak		Şubat			Yıl Toplamı	
	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen	Kesilen	Kesilmeyen/ Kesilemeyen
Çocuk Kardiyoloji								
Çocuk Gastroentroloji								
Çocuk Cerrahi								
Hematoloji- Onkoloji								
Jinekoloji								
Yoğun Bakım								
....								
....								
....								
....								
TOPLAM								

Yönetim tarafından klinik bazında en yüksek ve en düşük hizmet tutarı/fatura tutarı olan hasta dosyalarının 10 tanesi seçilerek, faturalandırma esasları açısından uygunluk durumu incelenmelidir. Kliniklerde faturalandırma ile ilgili bir sorun tespit edilmişse gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır.

Tahsil edilemeyen fatura tutarlarının hangi kurumlara ait olduğu aylık olarak en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde takip edilerek, bu sorunun nedenleri ve çözümlerine yönelik çalışmalar yapılmalıdır.

Tahsil Edilemeyen Fatura Tutarlarının Aylara Göre Dağılımı					
	Ocak	Şubat	Mart	Yıl Toplamı
SGK (Emekli Sandığı, BAĞ-KUR, 60/G İsteğe Tabi Sigortası Olanlar, 18 Yaş Altı Sosyal Güvenlik Kapsamındaki Hastalar vb.)					
Banka Sandıkları					
Ücretli Hasta					
Sağlık Turizmi					

Irak Uyruklu Hastalar					
Suriye Uyruklu Hastalar (Geçici Koruma)					
.....					
TOPLAM					

Ek yerleşim mekanı olan sağlık tesislerinde; merkez bina, ek bina, semt poliklinikleri, TRSM gibi yerleşim mekanına göre kesilen faturalarının aylık takibini en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde yapılıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Yerleşim Mekanları Fatura Takibi						
	Ocak	Şubat	Mart	Yıl Toplamı
Merkez Bina						
..... Ek Bina						
.... Semt Polikliniği						
.....						
.....						
TOPLAM						

Sağlık tesisinde gelirlerin takibinin en az aşağıdaki tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde aylık olarak yapılıp yapılmadığı gözlemci tarafından değerlendirilmelidir.

Gelir Takibi Tablosu												
	Ocak			Şubat					Yıl Toplamı		
	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam	Ayaktan	Yatan	Toplam
Çocuk Kardiyoloji												
Çocuk Gastroentroloji												
Çocuk Cerrahi												
Hematoloji- Onkoloji												
Jinekoloji												
Yoğun Bakım												
.....												

Sağlık tesisinde yıllık olarak adli sürece dahil olmuş davaların yoğunlaştığı alanların analizi yapılmalı, gerektiğinde hastane süreçleri ile ilgili düzenlemeler yapılmalıdır.

Gözlemci tarafından dava dosyaları gizlilik esas dosyalar olduğundan içeriği sorgulanmamalı, sadece ilgili yöneticiden bu davaların hangi alanlarda yoğunlaştığına dair bilgi alınmalı ve gerekli düzenleme faaliyetlerinin kaydı istenmelidir.

SORU: Dijital hastane geçiş süreci ile ilgili asgari düzenlemeler yapılıyor mu?

SIRA : 99
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 33

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.33.1 Görevli hekim poliklinik hizmet sürecinde hastalara ait tıbbi bilgilere SBYS ekranında bulunan e-Nabız butonu üzerinden erişim sağlayabilmelidir.

GD.33.2 e-Nabız butonu SBSGM tarafından yayımlanan standartlara uygun olmalıdır.

GD.33.3 Hastalara ait görüntüleme verilerine PACS üzerinden erişim sağlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hekimlerin muayene ekranından e-Nabız sistemine giriş yapabilmeleri için e-Nabıza ait güncel logonun yer aldığı buton olmalıdır. Hekim bu butona tıklayarak sisteme giriş yapmalı ve poliklinikte muayene esnasında hastaların tüm sağlık geçmişine erişim sağlayabilmelidir.

e-Nabız butonu, SBSGM tarafından Sağlık Bilgi Yönetim Sistemlerine (SBYS) 06.02.2018 tarihli ve E.613 sayılı yazı ile gönderilen aşağıdaki talimatlara uygun şekilde dizayn edilmiş olmalıdır.

-e-Nabız butonu e-Nabız sistemine ait güncel logo olmalıdır.

-Buton hekimlerin ilk anda görebileceği alanda bulunmalıdır.

-Butonun üzerine gelindiğinde “Hastanın sağlık geçmişini görüntülemek için tıklayınız.” ibaresi yer almalıdır.

Hekimler polikliniklerde ve servislerde hastalarına ait tüm görüntüleme verilerine kullandıkları SBYS üzerinden erişim sağlayabilmelidirler.

SORU: Sağlık tesisinde yapılan özellikli tıbbi işlemlerin sayısı takip ediliyor mu?

SIRA : 100
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME

BÖLÜM SIRA NO : 34

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.34.1. Sağlık tesisinde yapılan özellikli tıbbi işlemlerin sayısı yönetim tarafından aylık olarak takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

“Tıbbi İşlemler Yönergesi Ek-3 Özellikli Tıbbi İşlemler Listesi”nde bulunan işlemlerin ve sağlık tesisinde yapılanların sayısının aylık olarak takip edilip edilmediği gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

Özellikli Tıbbi İşlemler ve Sayıları Takip Tablosu							
İşlem Kodu	Özellikli İşlemler*	Ocak	Şubat	Mart	Nisan	...	Toplam
619.980	İntrauterin cerrahi						
701.006	Doğumsal kalp hastalıklarında perkütan balon anjioplasti, yenidoğan, preoperatif veya post-operatif						
...	...						
...	...						
....						

**Tıbbi işlemler yönergesi Ek-3 Özellikli Tıbbi İşlemler Listesinde bulunan işlemlerdir.*

SORU: Sağlık tesisinden yapılan sevklerin takibi ve analizi yapılıyor mu?

SIRA : 101
BÖLÜM ADI : GENEL DEĞERLENDİRME
BÖLÜM SIRA NO : 35

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

GD.35.1. Sağlık tesisinde il içi ve il dışı yapılan sevkler yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde il içi ve il dışı yapılan sevkler takip edilmelidir.

Sevk edilen her hasta için SBYS’de;

- Sevk eden birim (Acil servis, poliklinik, yoğun bakım, yataklı servisler için),
- Sevk eden branş,
- Sevk eden hekim,
- Sevk edilen il,
- Sevk edilen hastane,
- Sevk edilen branş,
- Sevk nedeni,
- Sevke neden tanı kodu ve adı,
- Sevk yöntemi bilgileri kayıt altına alınmalıdır.

Sevk Eden Birim: Acil servis, yoğun bakım, klinik, poliklinik olarak değerlendirilmelidir.

Sevk Nedenleri:

- 1) Hastanede Özellikli Biriminin Olmaması: Diyaliz Merkezi, Kemoterapi merkezi, El Cerrahisi Birimi, Nükleer Tıp Merkezi, Yanık Ünitesi/Merkezi, Kemik iliği ve Organ nakli, Onkoloji Merkezi, KVC Merkezi, Patoloji ve Diğer Laboratuvar vb. birimlerin olmaması nedeniyle yapılan sevkler.
- 2) Hastanede Testin (Laboratuvar tetkiki) Yapılmaması: Hastanede ilgili testin yapılamaması nedeniyle sevkler.
- 3) Hekimin İzinli/Raporlu/ Geçici Görevde Olması: İlgili branş uzmanının hastanede aktif çalışıyor olmasına rağmen ilgili zamanda izinli/raporlu olması nedeniyle sevkler. İlgili branş hekimin geçici görevle başka sağlık tesisinde çalışıyor olması durumunda da bu alan seçilmelidir.
- 4) İlgili Branş Hekiminin Bulunmaması: Hastanede ilgili branş uzmanının bulunmaması.
- 5) Hastanede Görüntüleme/Diğer Cihazların Bulunmaması: Hastanede ilgili görüntüleme cihazının (USG, BT, MR, EMG, EEG, ERCP, ESWT, ENDOSKOPİ, vb.) bulunmaması nedeniyle sevkler.
- 6) Yoğun Bakım Yatak Doluluğu: İlgili yoğun bakım ünitesinin doluluğu nedeniyle sevkler.
- 7) Klinik Yatak Doluluğu: İlgili klinik (yataklı servis) doluluğu nedeniyle sevkler. Yanık Ünitesi gibi özellikli birimler nedeniyle sevkler bu alana kaydedilmemelidir.
- 8) Diyaliz Kemoterapi Gibi Özellikli Birimin Doluluğu: Diyaliz Merkezi, Kemoterapi Merkezi, El Cerrahisi Birimi, Nükleer Tıp Merkezi, Yanık Ünitesi/Merkezi, Kemik iliği ve Organ nakli, Onkoloji Merkezi, KVC Merkezi vb. birimlerin hastanede yer almasına rağmen kapasite doluluğu nedeniyle sevkler.
- 9) İlgili Yoğun Bakımın Bulunmaması: İlgili yoğun bakım ünitesinin hastane bünyesinde yer almaması nedeniyle sevkler.

10) İlgili Kliniğin Bulunmaması: İlgili kliniğin bulunmaması nedeniyle sevkler. Yanık Ünitesi gibi özellikli birimlerin bulunmaması nedeniyle yapılan sevkler bu alana kaydedilmemelidir.

11) Takipli Hasta: İlgili hastanın ilgili sağlık tesisinde takipli / kontrol hastası olması nedeniyle sevkler.

12) Diğer: Yukarıda yer alan sevk nedenleri dışında kalan durumlarda bu seçenek altında değerlendirilmelidir.

Sevk Yöntemi: Sevk edilen hastanın sevk edildiği sağlık tesisine hangi yöntemle ulaştığını ifade eder.

- Kara Ambulansı
- Hava Ambulansı
- Kendi İmkanları ile

Sevke Neden Tanı Kodu ve Açıklaması: Sevk edilen hastanın hangi hastalık nedeniyle sevk edildiğini ifade eden ICD-10 tanı kodu ve adı da veri tablosunda yer almalıdır.

Sağlık tesisinde il içi ve il dışı yapılan sevkler yönetim tarafından aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Yönetici takip ekranında en az aşağıda tabloda yer alan bilgileri içerecek şekilde oluşturulmalıdır.

Sağlık Tesisinden Yapılan Sevklerin Takip Tablosu			
YIL:.....	Sağlık Tesisi Değerleri		
Takip Edilecek Sevk Kriterleri*	OCAK	ŞUBAT	YILLIK TOPLAM
Toplam Sevk Sayısı			
Toplam İl İçi Sevk Sayısı			
Toplam İl Dışı Sevk Sayısı			
Muayene Başına Toplam Sevk Sayısı			
Muayene Başına İl Dışı Sevk Sayısı			
Muayene Başına İl İçi Sevk Sayısı			
Toplam Sevk İçindeki İl Dışı Sevk Oranı (%)			

*Toplam Sevk Sayısı : Sağlık tesisinin ilgili aydaki toplam resmi sevk sayısı.

Toplam İl İçi Sevk Sayısı: Sağlık tesisinin ilgili aydaki il içine yapmış olduğu Toplam resmi sevk sayısı.

Toplam İl Dışı Sevk Sayısı: Sağlık tesisinin ilgili aydaki il dışına yapmış olduğu toplam resmi sevk sayısı.

Muayene Başına Toplam Sevk Sayısı (1.000 Muayene başına): Toplam Sevk Sayısı X 1.000 / Toplam Muayene Sayısı

Muayene Başına İl Dışı Sevk Sayısı (1.000 Muayene başına): Toplam İl Dışı Sevk Sayısı X 1.000 / Toplam Muayene Sayısı

Muayene Başına İl İçi Sevk Sayısı (1.000 Muayene başına): $\text{Toplam İl İçi Sevk Sayısı} \times 1.000 / \text{Toplam Muayene Sayısı}$
Toplam Sevk İçindeki İl Dışı Sevk Oranı (%): $\text{Toplam İl Dışı Sevk Sayısı} \times 100 / \text{Toplam Sevk Sayısı}$

En Fazla Sevk Edilen İlk 5 Neden					
YIL:.....			AY:.....		
İL İÇİ			İL DIŞI		
Sıra No	Sevk Nedeni	Vaka Sayısı	Sıra No	Sevk Nedeni	Vaka Sayısı
1			1		
2			2		
3			3		
4			4		
5			5		

En Fazla Sevk Edilen İlk 5 Tanı							
YIL:.....				AY:.....			
İL İÇİ				İL DIŞI			
Sıra No	Tanı Kodu *	Tanı Adı	Vaka Sayısı	Sıra No	Tanı Kodu *	Tanı Adı	Vaka Sayısı
1				1			
2				2			
3				3			
4				4			
5				5			

*ICD-10 ana konu ve tanı adı yazılacak, ilgili koda ait alt kırılım bu tabloda belirtilmeyecektir.

Gözlemciler tarafından yukarıda belirtilen 3 adet “Yönetici Takip Ekranı”nın SBYS’de oluşturulup oluşturulmadığı değerlendirilmelidir.

ECZACILIK HİZMETLERİ

SORU: Eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesisinde eczacılar nöbet tutuyor mu?

SIRA : 102
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.1.1. Hastane eczanesinde aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan sağlık tesislerinde eczacılar nöbet tutmalıdır.

AÇIKLAMA:

Aktif çalışan eczacı sayısı 4 ve daha fazla olan kurumlarda eczacılar nöbet tutmalıdır.

KAYNAK:

13.01.1983 TARİH VE 17927 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:

MADDE 45 : Eczacı nöbetleri: Baş eczacı dâhil bilfiil eczanede görevli dört eczacı bulunan kurumlarda eczacı nöbeti tutturulur. Beş ve daha fazla eczacı bulunan kurumlarda baş eczacı nöbete girmez. Kurumun iş hacmine, acil vak'a durumuna ve eczacı adedine göre kaç eczacının nöbete kalacağına baştabip karar verir.

MADDE 38 (Değişik: 1/4/2005-2005/8720 K.) : Hastane baştabipleri, sağlık hizmetlerinin sürekliliği ve kesintiye uğramaması amacıyla personel sayısını da dikkate alarak vardiya ve nöbet gibi hizmetlerde farklı çalışma saatleri belirleyebilir.

SORU: Oral ilaçların hazırlanması uygun şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 103
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.2.1. Tabletlerde doz ayarlamasının yapılması veya yutulamayan tabletlerin toz haline getirilmesi için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet kesme ve ezme aparatları kullanılmalıdır. İlgili tüm servislerde güncel ezilebilir/bölünebilir ilaç listeleri bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Doz ayarlamasının tam yapılması amacıyla (yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde) bölünmesi gereken tabletler için tablet kesme aparatı bulunması gerekmektedir. Yarım kalan tabletler saklama koşullarına uygun olarak saklanmalı, bölündükten sonra stabilite sorunu olan (neme duyarlılık vb.) tabletlerin imhası uygun şekilde yapılmalıdır.

Yutulamayan tabletleri toz haline getirmek için yoğun bakım, servisler, eczane vb. bölümlerde tablet ezme aparatı bulunması gerekmektedir.

Eczacılar tarafından hastanede bulunan katı oral dozaj formları hakkında kırılabilirlik ve ezilebilirlik sınıflandırması yapılmalı, kırılmayan ve/veya ezilemeyen oral dozaj formları hakkında servisler bilgilendirilmeli, kırılma veya ezilme sonrasında yarım kalan dozu saklanamayacak olan ilaçlar için gerekli uyarı yapılmalıdır.

Hastanede bulunan katı oral dozaj formları için hazırlanan kırılabilir ve ezilebilir ilaç listeleri kontrol edilir ve güncel olup olmadıklarına bakılır. Kırılabilme ve ezilebilme konusunda hata yapılan, hatalı uygulama yapılma ihtimali yüksek olan, hatalı uygulama yapıldığında hasta sağlığında ciddi tehlikelere neden olabilen katı oral dozaj formları için hazırlanan kırılmayan ve/veya ezilemeyen ilaç listeleri kontrol edilir. İlgili listelerin güncelliği sağlık tesisinde kullanılan ilaçlar ile karşılaştırma yapılması suretiyle kontrol edilir.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

SORU: Yatan hastalara ilaç uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) konusunda bilgi veriliyor mu?

SIRA : 104
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.3.1. Yatan hastalara eczacı tarafından özel kullanımı olan (özel bilgi gerektiren) uygulama aparatları (Ör. İnhaler uygulama aparatları gibi) hakkında bilgi verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Yatan hastalara hasta uyumunun artırılması ve istenilen tedavi etkinliğinin sağlanması amacıyla özel kullanımı olan uygulama aparatları hakkında eczacı tarafından mesai saatleri içerisinde bilgi verilmelidir.

Verilen eğitimin hasta tarafından daha kolay anlaşılabilir olması için görsel eğitim öğeleri kullanılmalı ve geri bildirim yoluyla verilen bilginin anlaşılıp anlaşılmadığı teyit edilmelidir.

Verilen eğitimlerin kayıtları tutulmalıdır. Kayıtlarda eğitimi veren eczacının adı, hasta adı soyadı, hastanın protokol numarası, tarih, eğitim verilen konu vb. bilgiler yer almalıdır. Kayıtlar ve görsel eğitim öğeleri kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

13.01.1983 TARİH VE 17927 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ:

Madde 13 – Servis hizmetleri uzman, uzmanlık eğitimi görenler, hemşire ile eczacı, diyetisyen, fizyoterapist, psikolog gibi branşla ilgili diğer meslek mensupları tarafından birlikte yürütülen bir ekip çalışması olup, hastaya en iyi koşullarda, güvenilir araçlarla isabetli teşhisi koyarak, bakımının ve en kısa zamanda tedavisinin sağlanmasını, eğitim hastanelerinde ayrıca servis içi hasta başı eğitimlerini de gerçekleştirmeyi amaçlar. Bu ekibe kimlerin dahil edileceği dalın özelliğine göre ilgili şef veya uzmanın teklifi, baştabibin tasvibiyle saptanır.

SORU: Soğuk zincire tabi olan ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Soğuk Zincire Tabi İlaçlarının Yönetim Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 105
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.4.1. Soğuk zincire tabi ilaçların güncel listesi çalışma alanlarında tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.

EH.4.2. Tedarikçi firma; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi ilaçlar soğuk zincir indikatörlü etiket veya sıcaklık kaydedici dijital dereceler gibi teknolojilerle teslim etmelidir, teslim edilene kadar geçen süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını belgelendirmelidir.

EH.4.3. Soğuk zincire tabi ilaçlar; hastane eczanesinde soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında gerçek zamanlı uyarı veren (sesli, görsel ve mesaj yoluyla) dijital dereceler/sistemler gibi teknolojiler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp depo sorumlusu tarafından elektronik olarak arşivlenmelidir.

EH.4.4. Soğuk zincire tabi ilaçlar; sağlık tesisi içinde soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde uygun şartlarda transfer edilmelidir. Soğuk zincire tabi ilaçların transferi sırasında, uyarı veren dijital derece/indikatörlü etiket gibi teknolojiler kullanılmalıdır.

EH.4.5. Sağlık tesisinin stok fazlası, ihtiyaç fazlası olarak gönderdiği veya kabul ettiği soğuk zincire tabi ilaçların transferi, soğuk zincir indikatörlü etiket veya dijital derece gibi teknolojilerle yapılmalıdır.

EH.4.6. Sağlık tesisleri arasında soğuk zincire tabi ilaç transferi kargo firması aracılığı ile gerçekleştiriliyorsa firma kaynaklı soğuk zincirin kırılması durumunda kamu zararının oluşmaması için, kargo firması ile yapılacak anlaşmada zararın firmaya rücu edileceği belirtilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun olarak yönetilmelidir.

Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşlemlerin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Sağlık tesisinde bulunan soğuk zincire tabi ilaçların listelerine bakılmalı ve listelerin güncelliği kontrol edilmelidir. Bu listedeki soğuk zincire tabi ilaçlardan 3 tanesi örneklem usulü ile seçilip mevcut depolama alanlarındaki durumu incelenerek muhafazasının uygunluğu kontrol edilmelidir.

Laboratuvarda bulunan kitlerin uygun şartlarda muhafaza edilip edilmediği kontrol edilmelidir. Eczanede soğuk zincire tabi ilaçların muhafaza edildiği dolapların sıcaklığının; gerçek zamanlı olarak uyarı veren (görsel, işitsel, mesaj, elektronik posta vb.) ve veri aktarımı sağlanabilen dijital dereceler/sistemler ile takip edilip edilmediği sorgulanmalıdır.

Tedarikçi firma tarafından; uhdesinde kalan soğuk zincire tabi olan ilaçların sevkiyatı sırasında, mal kabulünde ve medikal depo personeli teslim alıncaya kadar olan süreçte soğuk zincirin kırılıp kırılmadığını gösteren indikatörlü etiket veya dijital dereceler gibi teknolojilerin kullanılıp kullanılmadığı kontrol edilmeli, söz konusu süreçte soğuk zincirinin kırılmadığını gösteren belgeler incelenmelidir.

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar bulunmuyor ise bu sorudan MUAF tutulacaktır.

Dijital dereceler/sistemler gibi teknolojiler ile belirli periyotlarla alınan ve elektronik olarak arşivlenen raporlar incelenmelidir.

Başka bir sağlık tesisine soğuk zincire tabi ilaçların gönderimi veya başka sağlık tesisinden soğuk zincire tabi ilaçların alımı uygun muhafaza kaplarında soğuk zincir indikatörlü etiket veya dijital dereceler gibi teknolojilerle yapılmalıdır. Sağlık tesisinin soğuk zincire tabi ilaç alım/gönderimi yapıp yapmadığı MKYS'den kontrol edilmelidir.

Kargo firması aracılığıyla yapılan ilaç gönderimi veya alımı sırasında firmadan kaynaklanan sebeplerden dolayı soğuk zincirde kırılma gerçekleşirse; zararın kargo firmasına rücu edileceği maddesi firma ile yapılan anlaşmada sorgulanmalıdır.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.

e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Eczane Deposunda Bulundurulmuş Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

7- Eczane deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilaçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin

belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalajlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır. Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalajında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşmaya kadar uyulmalıdır. 24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilaçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.

SORU: Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına uygun yapıyor mu?

SIRA : 106
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.5.1. Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçların listesi hazırlanmalı ve listelerin güncel halleri kullanımda olmalıdır. Hastane eczanesinde hatayı önlemek amacıyla farklı raflarda muhafaza edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde görünüşü, okunuşu ve yazılışı benzer ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

Yazılışı, okunuşu ve görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar için listeler oluşturulmalı, çalışma alanlarında ve depolarda bulundurulmalıdır. Listelerin güncelliği kontrol edilmelidir.

İlaç depolanmasında raf yerleşimi yazılışı, okunuşu ve görünüşü birbirine benzeyen ilaçlar yan yana, alt alta ve yakın yerleşimde olmayacak şekilde düzenlenmelidir. Özellikle aynı ilacın farklı doz ve formlarına dikkat edilmelidir.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK:

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

SORU: Sağlık tesisinde ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler konusunda; sağlık personellerine eczacı tarafından eğitim verilmiş mi? (Sağlık tesisinde eczacının olmadığı durumlarda İl Sağlık Müdürlüğünde veya bağlı sağlık tesislerinde çalışan eczacı tarafından eğitim verilmelidir.)

SIRA : 107
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.6.1. İlaç ve tıbbi sarf malzemeler konusunda sağlık tesisinde ilgili sağlık personeline eczacı tarafından eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır. Aşgari olarak aşağıda belirtilen konularda eğitim verilmelidir;

- *Akılcı ilaç kullanımı,
- *İlaçların stabilitesi,
- *İlaç geçimsizliği,
- *İlaç-ilaç etkileşimi, ilaç-besin etkileşimi,
- *Yüksek riskli ilaçlar ve kullanımında dikkat edilmesi gereken hususlar,
- *Tehlikeli ilaçların güvenli uygulamaları,
- *İlaçlarda advers etki ve advers etki bildirimleri,
- *Bölünebilir ve ezilebilir ilaçlar,
- *Pediatriye güvenli ilaç uygulamaları,
- *Gebelik ve laktasyonda ilaç uygulamaları,
- *Geriatride güvenli ilaç uygulamaları,
- *Tıbbi sarf malzemelerinde olumsuz olay ve olumsuz olay bildirimleri,
- *İlaç hazırlama teknikleri,
- *Özel saklama koşullarına sahip ilaçlar (soğuk zincire tabi ilaçlar, ışıktan korunması gereken ilaçlar, vb.),
- *Nütrisyonel destek tedavisi ve nütrisyonel destek ürünleri,
- *İlaç ve tıbbi sarf malzeme depolama koşulları,
- *Akılcı antibiyotik kullanımı.

EH.6.2. Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi malzeme depo sorumluluk alanlarında çalışan personele eczacı tarafından ilaç - tıbbi sarf malzeme güvenliği ve yönetimi konusunda eğitim planı hazırlanarak eğitim verilmeli, eğitimlerin dokümanları ve kayıtları olmalıdır.

EH.6.3. Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknisyenliği sertifikası olan personel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaç ve tıbbi malzemelerle ilgili sağlık tesisinde tüm sağlık personeline eczacı tarafından verilen eğitim için eğitim dokümanları, eğitim kayıtları ve yıllık eğitim programı incelenmelidir.

Gebelik ve laktasyonda ilaç uygulamaları, pediatriye güvenli ilaç uygulamaları, geriatride güvenli ilaç uygulamaları, nütrisyonel destek tedavisi ve nütrisyonel destek ürünleri konularında eğitimler hastane özelliklerine istinaden kontrol edilir.

Servis eczanelerinde, depolarda, ilaç hazırlama ve satın alma süreçlerinde görevli eczacı dışındaki personele verilen eğitimlerin dokümanları ve eğitim kayıtları incelenmelidir.

Eczanede hastabaşı ilaç hazırlamada görevli personel en az lise mezunu, sağlık personeli ve tercihen eczane teknisyenliği sertifikası olan personel olmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMÎ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

İlaçlar ve Eczacı Depolarında Bulundurulacak Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZACI DEPOLARI VE ECZACI DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

Personel: 2- Eczacı depolarında çalışacak yardımcı personel, kendilerine verilen görevle bağdaşan bir eğitim almış olmalıdır. Ayrıca görevi süresince ilaç, depolama, saklama ve dağıtım konularında eğitime tabi tutulmalı ve eğitim uygun aralıklarla tekrarlanmalıdır. Bu eğitimler, eczacı depoları ile ilgili meslek kuruluşlarınca verilmeli, kayıtları tutulmalı ve teftişe açık olarak saklanmalıdır.

SORU: İlaçlarda advers etki bildirimini ile ilgili sorumlu belirlenmiş mi ve advers etki bildirimini Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapıyor mu?

SIRA : 108

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.7.1. Sağlık tesisindeki ilaç güvenliğinin sağlanması için farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir. Farmakovijilans sorumlusu Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu (TİTCK) tarafından ilgili konuda düzenlenen "Online Eğitimi" tamamlayarak katılım belgesi almış olmalıdır. Advers etki bildirimine Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisindeki farmakovijilans sorumlusu belirlenmelidir ve ilgili kişiye görevlendirmesi tebliğ edilmiş olmalıdır. Farmakovijilans sorumlusu TİTCK'ya bildirilmeli ve ilgili konuda düzenlenen "Online Eğitimi" tamamlayarak katılım belgesi almış olmalıdır. Sağlık tesisinde ilaç kullanımı ve uygulamalarından görevli sağlık personeli farmakovijilans sorumlusunu bilmelidir.

Advers etki bildirimini Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Advers Etki Bildirimi Talimatına uygun yapılmalıdır. TİTCK'ya advers etki bildirimlerinin Advers Etki Bildirimi Talimatı doğrultusunda yapılıp yapılmadığı sorgulanmalı ve yapılmış bildirimlere bakılmalıdır.

KAYNAK:

BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;

MADDE 9: Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1 Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.

MADDE 13: Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM'ne bildirirler.

SORU: SBYS' de ilaç ve tıbbi sarf malzeme yönetimine yönelik düzenlemeler oluşturulmuş mu?

SIRA : 109

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.8.1. İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşim tablosu hazırlanmalıdır ve SBYS' ye entegre edilmelidir.

EH.8.2. Albümin kullanım ikazları SBYS'ye entegre edilmelidir. Albumin değeri 2,5 g/dL'nin üzerinde ise yapılan istem sistem tarafından engellenmelidir.

EH.8.3. Hasta ilaçlarının talep ve onay süreci SBYS'de SUT EK-4/E de bahsi geçen Sistemik Antimikrobik ve Diğer İlaçların Reçeteleme Kuralları Listesi'ne göre yapılmalıdır ve SBYS'ye entegre edilmelidir. (Enfeksiyon Hastalıkları Uzmanı (EHU) onayı istenen ilaçlar listesi hazırlanmalıdır ve SBYS'ye entegre edilmelidir.)

EH.8.4. Nutrisyonel desteğe ihtiyacı olduğu tarama testleriyle belirlenmiş hastaların nutrisyon destek tedavilerinin düzenlenmesine ilişkin algoritma oluşturulmalı ve SBYS'ye entegre edilmelidir.

EH.8.5. Gebelik ve emzirme döneminde kullanılmayacak ilaçlar listesi hazırlanıp SBYS' ye entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır.

EH.8.6. Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar ve varsa yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar SBYS eczane modülünde görülmelidir

EH.8.7. Dar terapötik aralıklı ilaç listesi (Örn. varfarin, teofilin, fenitoin, digoksin, vankomisin, aminoglikozitler vb.) oluşturulmalı ve SBYS' ye entegre edilmelidir.

EH.8.8. Kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için SBYS uyarı vermelidir.

EH.8.9. SBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülmelidir.

EH.8.10. SBYS eczane modülünde hastane eczanesinden servise çıkılan ilaç/tıbbi sarf malzemeleri için hekim bazlı sınıflandırma yapılarak rapor alınabilmelidir.

EH.8.11. İlaçların günlük kullanılabilir maksimum dozları sistemde belirlenmeli ve doz aşımı olması durumunda onay ekranında eczacıya uyarı vermelidir.

EH.8.12. SBYS eczane modülünde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin hastane/servis/özellikli birimler için günlere/aylara göre; order sayısı, etken madde bazlı order ortalama ilaç sayısı, etken madde bazlı ilaç order edilme oranı, vb. bilgiler görülebilmeli ve tüketim bilgilerine göre servis/özellikli birimler karşılaştırılabilir.

EH.8.13. SBYS eczane modülünde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin her servis/özellikli birim için iade sayısı, iade edilen ilaç sayısı, iade sayısının istem sayısına oranı, bu verilerin ortalaması vb. bilgiler görülebilmeli ve servisler/özellikli birimler arasında karşılaştırma yapılabilir.

EH.8.14. SBYS'de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Sistem özellikli birimlerden yapılan toplu istemlerde ilgili değerler göz önüne alınarak yönlendirme yapılmalıdır.

EH.8.15. SBYS'de son 2 ayda tüketimi olmayan veya tüketimi az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler tespit edilebilmeli ve rapor alınabilmelidir. Bu ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin tüketilmeme sebepleri araştırılmalı ve gerekli önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaç-ilaç ve ilaç-besin etkileşimleri tablosu hazırlanmış olmalı ve çalışma alanlarında bulunmalıdır. Hekim order düzenleme ve hemşire ilaç uygulama ekranlarında SBYS'ye entegre edilmiş olan tablolar ışığında order içeriğine göre etkileşim uyarısı bulunmalıdır.

Albümin kullanımına ilişkin algoritma düzenlenmiş olmalı ve SBYS'ye entegre edilmelidir. Hekim order düzenleme ekranında hekim tarafından albümin kullanımı öngörüldüğünde ilgili algoritma doğrultusunda kullanım sağlanmalı, gereği halinde laboratuvar parametrelerine eczacının ulaşımı sağlanmalıdır.

EHU onaylı antibiyotikler listelenmeli ve SBYS'ye entegre edilmelidir. İlgili listede yer alan ilaçlar ile ilgili uyarı, ilacı yazan hekim order ekranına geldiğinde, EHU onayı veren hekim ekranına yansıtılmalı, EHU onayı veren hekim SBYS'de onay verildikten sonra eczacı order karşılama ekranına düşmelidir.

Klinik Nütrisyon Komitesi tarafından nütrisyon destek tedavisinin optimal şekilde uygulanabilmesi için algoritma oluşturulmalıdır. Algoritmada şu basamaklar yer almalıdır: Hastanın hastaneye başvurduğu andan itibaren (poliklinik, acil servis, evde bakım hizmetleri ve yatan hasta) malnütrisyon riskinin belirlenmesi için tarama testi (Erişkin hastalar için NRS 2002, Geriatrik hastalar için MNA; Pediyatrik hastalar için Gomez veya Waterlow tarama testleri) ve nütrisyon destek tedavisine ihtiyacı olduğu saptanan hastalar için uygun kalori hesaplama formülleri (Harris-Benedict, Schofield vb. formüller) SBYS'ye entegre edilmiş olmalı, ilgili hekim veya diyetisyen tarafından gerekli nütrisyonel değerlendirmenin yapılması sağlanmalıdır. Hastanede yatış süresi boyunca özellikle cerrahi, onkoloji, nöroloji ve yoğun bakım hastalarında iyatrojenik malnütrisyon ihtimaline karşın ve hastaların değişebilen kalori ve protein gereksinimleri nedeniyle haftada bir kez SBYS'de tarama testi tekrarı konusunda hekim order ekranında uyarı mesajı vermelidir. Kalori ve protein ihtiyacının belirlenmesinden sonra uygulama yolu ve kullanılacak solüsyon ile farmakonütrientlerin seçimi hakkında SBYS'de yönlendirme yer almalıdır. İhtiyaç duyulduğu takdirde klinik nütrisyon komitesinden ve nütrisyon destek ekibinden konsültasyon istenebilmelidir.

Gebelik ve emzirme döneminde kullanılmaması gereken ilaçlar listesi hazırlanıp SBYS'e entegre edilmeli ve uyarı veren sistem oluşturulmalıdır. Uyarı sistemi risk grubuna dahil hastalarda etkin olmalıdır. Gereksiz uyarılar ile hekimlerde uyarı yorgunluğu oluşturulmamalıdır.

Hastanın hastaneye yatış esnasında beraberinde getirdiği ilaçlar ve yatış öncesindeki son 24 saat içerisinde kullanmış olduğu bilinen ilaçlar serviste ilgili personel tarafından sisteme girilmeli, eczacının ilaç etkileşimlerini kontrol edebilmesi için SBYS eczane modülünde görülmelidir.

Dar terapötik aralıklı ilaçların kan konsantrasyonlarının izlenmesi ve yorumlanması ile optimum etkinlik ve minimum toksisiteyi sağlamak amacıyla Sağlık tesisinde kullanılan dar terapötik aralıklı ilaçlar belirlenip, dar terapötik aralıklı ilaç listesi yapılmalı ve liste SBYS entegre edilmelidir. İlaç kan konsantrasyonlarının takip edilebilmesi için laboratuvar bulgularının SBYS ekranının eczane modülünde görülmesi gerekmektedir.

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miatları SBYS'ye doğru girilmeli ve kullanım süresi 6 ay kalan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler için SBYS eczane modülünde uyarı vermelidir.

Stok kontrolünün etkin yapılabilmesi için SBYS eczane modülünde özellikli birimlerin (acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok miktarları ve tutarları görülebilmelidir.

Bu işleyişlerin uygun şekilde yapılıp, yapılmadığı kontrol edilmelidir. Sistem üzerinden bahsi geçen ilaçlardan oluşan order yolu ile uyarı ve engellemeler kontrol edilmelidir.

SBYS hekim bazlı ilaç ve tıbbi sarf malzeme tüketim analiz raporu sunmalıdır.

SBYS'de ilaçların günlük kullanılacak maksimum dozları belirlenmeli, hekim tarafından yapılan istemlerde doz aşımı bulunması durumunda sistem uyarı vermelidir.

SBYS eczane modülünde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin hastane/servis/özellikli birimler için günlere/ aylara göre; order sayısı, etken madde bazlı order ortalama ilaç sayısı, etken madde bazlı ilaç order edilme oranı, vb. bilgiler görülebilmeli ve tüketim bilgilerine göre servis/özellikli birimler karşılaştırılabilir.

SBYS eczane modülünde ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin her servis/özellikli birim için iade sayısı, iade edilen ilaç sayısı, iade sayısının istem sayısına oranı, bu verilerin ortalaması vb. bilgiler görülebilmeli ve servisler/özellikli birimler arasında karşılaştırma yapılabilir.

SBYS'de özellikli birimler için geçmiş tüketim verileri göz önüne alınarak 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzemesi tüketim miktarları belirlenmelidir. Sistem özellikli birimlerin medikal depo/eczaneden yaptığı toplu istemlerde ilgili birimlerin mevcut stokları göz önünde bulundurularak belirlenen 5 günlük ilaç ve tıbbi sarf malzeme miktarının aşılması durumunda istem karşılama ekranında onaylama yapan personele uyarı vermelidir.

Tüketimi olmayan veya tüketimi az olan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin analizi yapılır. Bu kapsamda Başhekimlik aracılığı ile ilgili ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin alınması talebinde bulunulan klinikle/branşla irtibata geçilerek alınma talebine istinaden neden kullanılmadığı sorgulanır ve yazılı olarak belgelendirilir. İlgili ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin kullanımı veya başka bir kuruma devri sağlanır. Bulundurulması zorunlu veya acil kullanıma konu olan ilaç ve tıbbi sarf malzemeler bu kapsamda değerlendirilmez.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 6 (c) : İlacın farmakolojik etkisinin devamlılığı ile emniyeti, etkinliği ve maliyeti bakımından gözetimini sağlar.

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

26.08.2016 Tarih ve 80981279-809.99-E.99-804 Sayılı Türkiye Kamu Hastaneleri Kurumu Yazı

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018

Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

SORU: Kısmi doza konu olan ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına uygun olarak yapılıyor mu?

SIRA : 110

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.9.1. Kısmi doza konu olan ilaçlar belirlenmelidir. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak özellikli birimlerden gelen Sağlık Tesisi İçi Kısmi Doz İlaç Bildirim Formları hastane eczanesinde toplanmalıdır.

EH.9.2. Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla ilaçlar aseptik ortamda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimata" uygun olarak hazırlanmalıdır. (Çocuk Hastalıkları Hastanesi, Kadın Doğum ve Çocuk Hastalıkları Hastanesi Onkoloji Hastaneleri ve belirtilen branşlarda hizmet veren ek binalarda değerlendirilir.)

AÇIKLAMA:

Kısmi doza konu olan ilaçlar yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

Kısmi doza konu olan ilaçlar belirlenmeli ve kullanımları durumunda eczaneye bildirim, ilgili talimata uygun olarak Sağlık Tesisi İçerisinde Kısmi Doz İlaç Bildirim Formları ile yapılmalıdır.

Servislerde kullanılmayan ilaç dozunun israfının, dozlama hatasının ve enfeksiyon riskinin önlenmesi amacıyla hazırlanan ilaçlar aseptik ortamda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Aseptik Koşulda İlaç Hazırlama Sürecinin Yönetimine Dair Talimatına" uygun olarak hazırlanıp hazırlanmadığı kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

1.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

Eczacının görev ve yetkileri;

MADDE 6 (d) : İlaç kullanımına bağlı sorunlar hakkında hastaları bilgilendirir ve çıkan sorunların bildirimini yapılmasına ilişkin faaliyetleri yürütür.

MADDE 7 (a) : Hastanın ilaçlarını, ilaç uygulanmasında kullanılan araçları ve tıbbi cihaz ve malzemeleri güvenli ve etkin bir şekilde kullanılabilmesine yardımcı olur, bunlar hakkında yeterli bilgi ve kavrayışa sahip olmasını sağlar.

2.SAĞLIK BAKANLIĞI STRATEJİK PLAN 2013-2017

Stratejik Amaç 2 : Koruyucu ve temel sağlık hizmetlerinin etkili kullanımını sağlamak

3.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018

Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

4.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARIN YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar "ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı" şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

5.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

SORU: İlaç hazırlama ünitelerinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmış mı?

SIRA : 111
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.10.1. Eczacı tarafından özellikli birimlerde (Acil, yoğun bakım, ameliyathane vs) ve servislerde kullanılmak üzere ilaç geçimsizliği listesi hazırlanmalıdır. Hazırlanan listeler güncel tutulmalıdır. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalı, geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler bilinmelidir.

AÇIKLAMA:

İlaç hazırlama ünitelerinde birbirine karıştırılmaması gereken ilaçlar ile ilgili gerekli önlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun alınmalıdır.

Eczacı tarafından hazırlanan ilaç geçimsizliği listesi ilgili birim ve servislerde bulundurulup bulundurulmadığı ve ilaçlar hazırlanırken ilgili talimata uyuluyor mu kontrol edilmelidir. Listelerin güncelliği kontrol edilmelidir.

İlaç geçimsizlikleri ile ilgili yatan hasta servislerinde, acil servislerde, yoğun bakımlarda çalışan sağlık personelinin ulaşabileceği bölgelerde görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanlarının bulunup, bulunmadığına bakılmalıdır.

Geçimsizlik tespit edildiği durumlarda gerçekleştirilecek işlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK:

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

SORU: Sitotoksik ilaçlar uygun ortamda hazırlanıyor mu?

SIRA : 112
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.11.1. Antineoplastik ilaçlar eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

EH.11.2. Antineoplastik ilaçların hazırlandığı üniteler asgari olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 05.12.2016 tarih ve 80981279 - 809.99 - E.99-1179 sayılı "Kemoterapi İlaç Hazırlama Üniteleri" konulu yazıda belirtilen standartları taşımaktadır.

EH.11.3 Antineoplastik ilaçların depolanması ve transferi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

EH.11.4. Antineoplastik ilaçların hazırlanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

EH.11.5. Antineoplastik ilaçların uygulanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

EH.11.6. Hazırlama ortamında ilaç dökülmesi ya da kazalar gibi acil durumlarda yapılması gereken işlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

EH.11.7. Kemoterapi ünitesinde çalışan personel, çalışan güvenliğini tehdit etmeyecek uygun ortamda ve kişisel koruyucu ekipman kullanarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda çalışmalıdır.

EH.11.8. Antineoplastik ilaçların atık yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Antineoplastik ilaçların sağlık tesisinde yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kemoterapi Ünitesi ve Kemoterapi İlaçların Sunumuna İlişkin Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır. Kontroller ilgili talimat doğrultusunda yapılmalıdır.

Antineoplastik ilaçların hazırlandığı üniteler asgari olarak Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan 05.12.2016 tarih ve 80981279 - 809.99 - E.99-1179 sayılı "Kemoterapi İlaç Hazırlama Üniteleri" konulu yazıda belirtilen standartları taşıyıp taşımadığı kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

TKHK STOK TAKİP VE ANALİZ DAİRE BAŞKANLIĞI TARAFINDAN YAYIMLANAN 05.12.2016 TARİH VE 80981279 - 809.99 - E.99-1179 SAYILI "KEMOTERAPİ İLAÇ HAZIRLAMA ÜNİTELERİ" KONULU YAZI

TC SAĞLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
ANTİNEOPLASTİK (SİTOTOKSİK) İLAÇLARLA GÜVENLİ ÇALIŞMA REHBERİ

1.1. İlaç Hazırlama Ortamı;

1.1.1 Sitotoksik ilaçlar Biyolojik Güvenlik Kabinin olduğu, penceresi olan, aydınlık, başka bir amaçla kullanılmayan ayrı bir odada hazırlanmalıdır.

1.1.2. Hazırlama ortamı dışarıya açık, havalandırması olan bir yer olmalıdır.

1.1.3. Sitotoksik ilaçlar, büyük miktarlarda sitotoksik ilaç tedavisi uygulayan ünite ve hastanelerde, merkezi sitotoksik ilaç hazırlama birimlerinde dikey hava akımlı kabinlerde eczacı ya da bu alanda eğitilmiş hemşireler tarafından hazırlanmalıdır. Daha küçük merkezlerde ise korunma önlemleri şu şekilde derecelendirilmelidir.

1.1.3.a. İleri Düzey Korunma Önlemleri: Tüm sitotoksiklerin belli bir merkezde hazırlandığı laminar dikey akımlı kabinin bulunduğu ideal bir ortam (merkezi ilaç hazırlama birimi).

1.1.3.b. Orta düzey Korunma Önlemleri: Personelin bir siperle korunduğu çalışma ortamını içeren izole bir oda.

1.1.3.c. Minimal Düzey Korunma Önlemleri: Personelin kişisel koruyucu önlemleri (gömlek, maske, gözlük, eldiven) maksimum düzeyde alarak korunduğu havalandırılmalı bir oda.

1.1.4. Kabini olmayan özel klinikler ve evde ilaç uygulamalarında ilaç, merkezi ilaç hazırlama birimlerinin bulunduğu sağlık kurumlarında hazırlandıktan sonra, gerekli önlemler alınarak uygulanmalıdır.

1.1.5. Diğer sağlık personelinin ortamla temasını en aza indirmek ve ilaç hazırlayan personelin dikkatinin dağılmasını önlemek için dış ortamla temasın az olacağı biçimde düzenlenmelidir. Bunun için diafon sistemi kurulabilir.

1.1.6. Hazırlık alanında yeme, içme, sigara içme, ciklet çiğneme ve makyaj yapma gibi sindirim yoluyla maruziyeti arttıracak işlemlerden kaçınılmalıdır ve hiçbir şekilde yiyecek bulundurulmamalıdır.

1.1.7. Hazırlama ortamı depo ya da başka amaçlarla kullanılmamalıdır.

1.1.8. Hazırlama ortamında ilaç dökülmesi ya da kazalar gibi acil durumlarda yapılması gereken işlemler, çalışanların görebileceği bir yere asılmalıdır

1.2. Biyolojik Güvenlik Kabini;

1.2.1. İlaç hazırlığı havayı dışarı veren ve geriye hava dönüşü olmayan Sınıf 2 Tip B Biyolojik Güvenlik Kabini ya da Sınıf 3 kabinde hazırlanmalıdır. Kabinlerin özellikleri Ek 2’de verilmiştir.

1.2.2. Kabinlerin bakım sözleşmeleri, kabinin yeri değiştiğinde, teknik sorun çıktığında ve her 6 ayda bir, teknik bakımı yapılacak şekilde düzenlenmelidir. 1.2.3. Kabinler 24 saat çalışır durumda olmalıdır.

1.2.4. Kabinlerin temizliği imalatçının önerilerine göre ya da konu ile ilgili eğitim almış kişiler tarafından yapılmalıdır.

1.2.5. Yüzeyler su ve deterjanla temizlenmelidir.

1.2.6. Yüzey temizliğinde kuvaterner amonyumlu temizleyiciler, alkol ve germisidal preparatlar kullanılmamalıdır. HEPA (high-efficiency particulate air) filtrelerinde risk oluşturması nedeni ile sprey temizleyiciler kullanılmamalıdır.

1.2.7. Temizlik sırasında, dökülmelerde kullanılanlara benzer kişisel koruyucu araçlar giyilmelidir (Bölüm 5’e bakınız.).

1.3. Kişisel Koruyucu Araçlar;

1.3.1. İlaç hazırlığında kemoterapi eldiveni, gömleği, yüzü ve gözü koruyacak kemoterapi maskesi ve koruyucu gözlük kullanılmalıdır. Kişisel koruyucu araçların özellikleri Ek 2’de verilmiştir.

1.3.2. İlaçların hazırlanması sırasında kullanılan tüm önlük, eldiven ve ilaçla kontamine olmuş araç gereçler “atıkların yok edilmesi” (Bölüm 3) başlığı altında belirtildiği gibi yok edilmelidir.

SORU: TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması uygun koşullarda yapıyor mu?

SIRA : 113
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.12.1. TPN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

EH.12.2. Enteral ve parenteral beslenme ürün listesi hazırlanmalı ve güncel tutulmalıdır.

EH.12.3. TPN Dolum ünitesi (compounder) hazırlama bölümü özellikleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.12.4. TPN Solüsyonu istemlerin kabulü, hazırlama bölümünde dolunun yapılması ve teslimatı Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.

EH.12.5. TPN Ünitesi mikrobiyolojik kontrolleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun yapılmalıdır.

EH.12.6. TPN hazırlama sürecinde stabilite ve geçimlilik Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.12.7. TPN solüsyonların servis/ünitede saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.12.8. TPN Solüsyonu ile ilaç etkileşimleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

EH.12.9. Hazırlama bölümünün temizliği temiz oda dolum öncesi dezenfeksiyonu ve temiz oda haftalık dezenfeksiyonu Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

-AÇIKLAMA:

TPN Dolum ünitelerinde (compounder) solüsyon hazırlanması, depolanması ve saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimata" uygun olmalıdır.

İşlemlerin talimat doğrultusunda yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Deneyimli eczacılar tarafından dolum ünitesinde hazırlanan tüm solüsyonlar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri yönünden; ayrıca solüsyonla eş zamanlı kullanılacak ilaçlarla etkileşimi ve stabilite açısından değerlendirilmelidir.

Dolum ünitesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "TPN Ünitesi ve Solüsyonlarına Yönelik Talimatı" nda yer alan standartları sağlamalıdır.

KAYNAK:

**SAĞLIK BAKANLIĞI TEDAVİ HİZMETLERİ GENEL MÜDÜRLÜĞÜ
TOTAL PARENTERAL NÜTRİSYON İÇİN GÜVENLİ UYGULAMALAR REHBERİ
(2010/44)**

“Ayrıca, söz konusu rehber hakkında tüm klinisyenlerin bilgilendirilmesi, rehberine uygun çalışmalarının sağlanması, merkezlerin büyüklük hasta profili ve yapısına göre nütrisyon ekiplerinin kurulması gerekmektedir. PN solüsyonlarını ünitelerinde kendileri hazırlayan merkezlerin, deneyimli eczacıları nütrisyon destek ekiplerine dahil etmeleri önemlidir. Dolum ünitesinde hazırlanan tüm solüsyonlar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri yönünden mutlaka bir eczacı tarafından değerlendirilmeli ve bir sağlık teknisyeni tarafından eczacı gözetiminde hazırlanmalıdır. TPN hazırlama ekibine konuya ilişkin eğitim verilmeli ve eğitimin sürekliliği sağlanmalıdır. Ayrıca bu ekip, klinikte TPN uygulayan ekibe eğitim vermelidir.”

Total Parenteral Nütrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi 2010 (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

“PN torbalarını, dolum ünitelerinde kendileri hazırlayan merkezlerin, deneyimli klinik eczacıları nütrisyon destek ekiplerine dahil etmeleri ve tüm dolum işlemleri için özel dizayn edilmiş, laminar hava akımlı temiz odalar oluşturması gerekir. Dolum ünitelerinde hazırlanan tüm torbalar, dozları, uyumlulukları ve geçimlilikleri (majistral ilaç uygulamaları kapsamına girdiği için) yönünden mutlaka bir eczacı tarafından değerlendirilmelidir.”

**PARENTERAL NÜTRİSYON İÇİN GÜVENLİ UYGULAMALARA YÖNELİK ÖNERİLER
BİRİNCİ BÖLÜM: DOLUM ÜNİTELERİ**

1. Hazırlama Bölümünün Özellikleri:

1.1. Kontaminasyonu önlemek için PN solüsyonları, EudraLex Volum-4/Annex-1 (Avrupa Birliği Steril Tıbbi Ürünlerin üretim Kuralları) ve ISO 14644-1 de yer aldığı şekilde, havasındaki partikül konsantrasyonu kontrol edilebilen, partiküllerin oda içine girişi ve odada bulunmasını minimale indirecek şekilde yapılmış; ayrıca gereğinde nem, ısı, basınç gibi diğer parametrelerin de ayarlanabildiği temiz odalarda hazırlanmalıdır.

1.2. PN hazırlama odaları asgari Class C hava sınıflamasına, PN hazırlama ve doldurma kabinleri ise laminar hava (Laminar Air Flow) altında Class A sınıflamasına sahip olmalıdır.

1.3. Havalandırma ve iklimlendirme (H.V.A.C.) sistemi kapsamında bulunan filtreler (torba, panel, HEPA) düzenli aralıklarla kontrol edilmelidir.

1.4. H.V.A.C. sistemlerinin kurulum, teslim alınma ve kullanımları süresince validasyonu yapılarak sistemin doğruluk, güvenilirlik ve tekrarlanabilirliğinin kanıtlanması sağlanmalıdır.

1.5. H.V.A.C. validasyonu, hazırlanacak bir plan doğrultusunda yapılması gereken D.Q. (Design), I.Q. (Installation), O.Q. (Operation), P.Q. (Performance Qualification) çalışmalarını kapsamalıdır.

1.6. H.V.A.C. sistemi validasyon çalışmalarından sonra düzenli olarak, sistemin fiziksel ve mikrobiyolojik kontrolleri yapılarak performans kalitesinin yeterliliği izlenmelidir. Bu kapsamda yapılacak kontrollerde periyodik olarak, HEPA filtre sızdırmazlık testi (D.O.P.test), hava hızı, hava değişim sayısı, hava akış yönü (smoke test), yeniden temizlenme zamanı (recovery time),

partikül sayımı (at rest - in operation), oda sınıflaması, basınç farkları, sıcaklık, nem parametreleri izlenmelidir.

1.7. Validasyon tercihen akredite bağımsız bir firma tarafından yapılmalıdır.

1.8. PN solüsyonları eczacıların denetim ve sorumluluğunda hazırlanmalıdır.

1.9. Personel girişi için air-lock (hava kilidi) ve malzeme geçişi için HEPA filtreli materyal “pass box” bölümlerini içermelidir.

1.10. Hazırlama bölümünde alkol bazlı bir el antiseptiği bulundurulmalıdır.

1.11. Hazırlama bölümünde hazırlama ve depolama ile ilgili kurallar yazılı olarak bulundurulmalıdır.

1.12. Hazırlama alanına gereksiz giriş ve çıkışlar engellenmelidir.

1.13. Hazırlama alanında yemek yenmemeli, içecek ve sigara içilmemelidir.

1.14. Temiz odanın klima sistemi asla tümüyle kapatılmamalıdır. Temiz odada işlem yapılmayan zamanlarda bile yavaşlatılmış olarak çalıştırılmalıdır.

2. Dolum Cihazının Bakımı:

2.1. Bir önceki günden kalan ve kullanılmış tüm solüsyonlar ve transfer setleri atılmalıdır. Setler günlük değiştirilmeli, kontamine olursa anında değiştirilmelidir.

2.2. Otomatik karıştırıcı uygun antiseptik solüsyonlarla kapsamlı bir şekilde temizlenmelidir.

2.3. Dolum cihazı talimatlara göre kalibre edilmelidir.

2.4. Otomatik dolum cihazlarının çalışmasının verimli olmasını sağlamak için PN ürünlerini üreten firmalardan ürünleri ile ilgili bilgi alınmalı ve önerilere uyulmalıdır.

2.5. Günlük kayıtlara uygun veriler kaydedilmeli ve imzalanmalıdır.

3. Hazırlama Bölümünde Dolumun Yapılması:

3.1. Kayıt tutulması işlemleri hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.

3.2. PN torbaları günlük olarak hazırlanmalıdır.

3.3. Solüsyonların ambalajlarından çıkarılması gibi partikül oluşturabilecek işlemler hazırlama alanı dışında yapılmalıdır.

3.4. Tek kullanımlık olan PN torbası ve setleri ikinci kez kullanılmamalıdır.

3.5. Hazırlanan torba üzerine yapıştırılan etikete tarih, saat, hasta ismi, PN içeriği mutlaka yazılmalıdır.

3.6. Şüpheli durumlar tespit edildiğinde, torba klipsi kapatılmalı ve dolum sonrası mikrobiyolojik kültür alınmalıdır. Mikrobiyolojik kültür örnekleri kültür çizelgelerine kayıt edilmelidir.

3.7. Torbalarda problem olduğunda (delinme, içerikle ilgili karışıklık v.b.) derhal işlem durdurulmalı ve işlem basamakları yeniden kontrol edilerek tekrar dolum yapılmalıdır.

4. Hazırlama Bölümünün Temizliği:

4.1. Temizlik ve dezenfeksiyon işlemi temizden kirliye doğru yapılmalıdır. Sırasıyla önce kabinin tavanı, iç yan yüzeyleri, arka yüzeyleri, masa üstü ve alt kısmı temizlenmelidir. Bu işlem her gün bir kez tekrarlanmalıdır.

4.2. Kabin içi temizlik kabinin özelliğine uygun dezenfektan ile yapılmalıdır.

4.3. Kabin her kullanımdan sonra temizlenmelidir. Temizlik odada PN doldurulmadığı dönemde yapılmalıdır.

4.4. Hazırlama ünitesinin temizliği her gün sabah yapılmalıdır. Gün içerisinde yer yüzeylerinde kirlenme olduğunda işlem tekrarlanmalıdır.

4.5. Laminar hava akım başlıklarının filtreleri üretici firma önerileri doğrultusunda, partikül sayım sonuçları dikkate alınarak uygun aralıklarla değiştirilmelidir.

4.6. Temiz alana girecek tüm malzemelerin (cam, metal, PVC torbalar gibi) yüzeyi alana alınmadan önce temizlenmelidir.

BEŞİNCİ BÖLÜM: PN İLE İLAÇ ETKİLEŞİMİ

1. PN'un kompleks yapısı ve ilaç, besin ögesi etkileşiminin potansiyel riski nedeni ile PN torbalarına ilaç katılmamalıdır.
2. PN ile birlikte ilaç verilmesi kaçınılmaz ise, ilacın PN ile uyumluluğu ve geçimliliğinden emin olunmalıdır.
3. Verilecek ilacın geçimliliği ile ilgili hiçbir bilgi yoksa, kesinlikle ayrı damar yolundan verilmelidir.
4. Geçimlilik ile ilgili bilgiler kullanılan ilacın konsantrasyonu dikkate alınarak değerlendirilmelidir.
5. PN'a vitaminler ve eser elementler eklenirken çökelme ve parçalanmayı engellemek için önce fosfor ve arkasından kalsiyum eklenmelidir. Eser elementler ve fosfat eklendiğinde torba 24 saat içinde kullanılmalıdır.
6. Etkinliği azalacağı için PN'ye insülin eklenmemelidir.
7. Servis ortamında PN torbasına ilaç eklenmemelidir.
8. Zorunluluk olduğunda PN torbasına bir ilaç eklerken aşağıdaki durumlar göz önünde tutulmalıdır:
 - 8.1. PN formülasyonunun emülsiyon karakterinin değişebileceği,
 - 8.2. İlacın, torba materyali (EVA, PVC, polyolefin gibi) ile reaksiyona girebileceği,
 - 8.3. Bazı besin öğelerinin reaksiyonu (oksidasyon gibi) ile ilacın aktivitesini kaybedebileceği,
 - 8.4. Bileşenlerle reaksiyona girmesi (çökelti, radikal oluşumu gibi) sonucu toksisiteye neden olabileceği.

YEDİNCİ BÖLÜM: STABİLİTE ve GEÇİMLİLİK

1. Hepsi bir arada karışıma en son lipid eklenmelidir. Elektrolitler ve eser elementler asla doğrudan lipid emülsiyonlarının içine (dolumdaki başlangıç maddesi olarak veya çok bölmeli torbalarda lipid bölmesine) karıştırılmamalıdır.
2. Pulmoner arter embolisi riskini azaltmak amacıyla, lipid emülsiyonunda çapı 6 µm'den büyük partikül olmamalıdır.
3. pH 5.0'ın altına düştüğünde lipid emülsiyonunun stabilitesi bozulacağından, bu konuda dikkatli olunmalıdır.
4. Çoklu-doymamış esansiyel yağ asitleri peroksidasyonla oksidatif strese ve toksisiteye neden olabilir. Oksijen, eser elementler, ısı ve güneş ışığına maruziyet ile peroksidasyon önemli ölçüde artabilir. Tokoferol olumlu etkisi vardır. Daha az hava geçiren çok katlı torba kullanmak, ışıktan korumak, buzdolabında saklamak, eser elementleri infüzyondan hemen önce ilave etmek, torbalara kılıf geçirmek ve sarı veya turuncu uygulama setlerini kullanmak ile peroksidasyon azaltılabilir.
5. Amino asit solüsyonları, mekanik bariyer, tamponlama kapasitesi ve elektrolitlerin çökelti oluşumuna karşı koruyucu etki göstermektedirler. Bu nedenle karışıma ilk olarak amino asitler eklenmelidir.
6. Çökelti oluşmasını engellemek amacıyla, artı 2 değerlikli katyonlar amino asit solüsyonlarının içine eklenmelidir.
7. Kalsiyumun ile fosfatın molar konsantrasyonlarının çarpımı 72'yi ($Ca^{++} \text{ mmol/L} \times P \text{ mmol/L} < 72$) geçiyorsa, inorganik fosfat ve kalsiyum stabilitesi bozulacağından, buna dikkat edilmelidir. Eğer yüksek miktarlarda kalsiyum ve fosfat alımına gereksinim varsa, organik fosfat tuzları (glukoz-1-fosfat veya fosfat gliserol gibi) kullanılmalıdır.
8. Vitaminler hepsi bir arada karışımlara infüzyondan hemen önce ilave edilmelidir.

9. Uzun tatiller nedeniyle hastaların torbalarını tatil öncesinden hazırlamak zorunda kalan ünitelerde;

9.1. PN torbaları en fazla altı günlük hazırlanmalıdır.

9.2. Hazırlandıktan bir/daha fazla gün sonra verilecek torbalara servislerde yapılacak eklemelerin, infüzyondan hemen önce ve aseptik kurallara uyularak yapılması gerekir.

10. İlaçların karışıma ilave edilmesi veya karışımla beraber aynı uygulama setinden verilmesi sonucu geçimsizlik ve stabilite problemleri görülebilmektedir. Bu nedenle, zorunlu durumlar dışında (uyumluluk listeleri güncel hazırlanmış olsa bile) aynı setten verilmemelidir.

11. Dolumu tamamlanan her bir PN torbası, büyük partiküllerin oluşması açısından kuvvetli ışık altında ve koyu renkli bir zemin üzerinde detaylı bir şekilde değerlendirilmelidir.

Total Parenteral Nutrisyon İçin Güvenli Uygulamalar Rehberi 2010 (Sağlık Bakanlığı Tedavi Hizmetleri Genel Müdürlüğü)

İKİNCİ BÖLÜM: DEPOLAMA, SAKLAMA VE TAŞIMA İÇİN ÖNERİLER

1. Depolama ve saklama:

1.1. PN hazırlanmasında ve uygulanmasında kullanılan solüsyon, ilaç, araç-gereç ve ekipmanlar üretici önerisine göre depolanmalıdır.

1.2. Soğutucuların sıcaklıkları monitörize edilmelidir.

1.3. İlaç ve malzemeler yerden yüksek raflarda saklanmalıdır.

1.4. Kullanım öncesi her ürünün kutusu hasar ve son kullanım süresi açısından incelenmelidir.

1.5. Son kullanma tarihi geçen ilaçlar ve malzemeler aktif depolama alanlarından kaldırılmalıdır.

2. Taşıma:

2.1. Hazırlama bölümünde dolumu tamamlanan PN solüsyonları kapaklı ve kilitli arabalara yerleştirilerek kliniklere gönderilmelidir.

2.2. Hazırlanan torbalar imza karşılığında teslim edilmelidir.

DÖRDÜNCÜ BÖLÜM:

TESLİM ALINAN PN TORBALARININ SERVİS/ÜNİTEDE SAKLANMASI

1. Servise gelen PN torbaları imza ile teslim alınmalıdır.

2. PN torbaları, asepsisi bozulmadığı sürece, buzdolabı rafında artı 4°C’de altı gün saklanabilir. Mikrobiyolojik kontrol yapılamayan durumlarda torbalar oda sıcaklığında 24 saatten daha uzun süre saklanmamalıdır (Hazır ticari ürünlerde üretici firma önerilerine göre saklama koşulları değişiklik gösterebilir).

3. PN torbasına herhangi bir girişim yapıldığında torbanın saklanma ömrü oda sıcaklığında 24 saattir.

4. PN torbasına serum seti takılmış ise veya torbaya 24 saat içinde çökecek ilaç (eser element, fosfor vb.) eklenmiş ise torba 24 saat içerisinde kullanılmalıdır.

5. Hazır ticari ürünler açıldıktan sonra 24 saat içinde kullanılmalıdır.

SORU: Yüksek riskli ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapıyor mu?

SIRA : 114

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.13.1. Yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı, ihtiyaç doğrultusunda güncellenmeli ve tüm kullanım alanlarında bulunmalıdır. Diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmelidir. Yüksek riskli ilaçların muhafaza edileceği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Yüksek riskli ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapılmalıdır. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır.

Eczacı tarafından yüksek riskli ilaç listesi hazırlanmalı ve kullanım alanlarında bulundurulmalıdır.

Yüksek riskli ilaçlar diğer ilaçlardan farklı alanlarda muhafaza edilir, bu ilaçların bulunduğu alan tabela ile belirtilir.

İlaçların muhafaza edildiği alanlar dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzeme iadeleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına uygun yapılıyor mu?

SIRA : 115

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.14.1. SBYS üzerinden, servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaç ve tıbbi sarf malzemeler; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından hasta bazlı olarak, iade formu doldurularak hastane eczanesine iade edilmeli ve formlar karşılıklı imzalanıp saklanmalıdır. Hasta başına iade işlemi SBYS eczane modülünde gerçekleştiriliyorsa, iade bilgilerini içeren form çıktı olarak alınıp, karşılıklı imzalanmalıdır.

EH.14.2. Sağlık tesisinde ilaç ve tıbbi sarf malzeme iade oranları düşürmek için gerekli önlemler alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

SBYS üzerinden servislerden istemi yapılan hasta tabelalarındaki ilaçlar; hasta taburcu olduğunda, ex olduğunda, başka kuruma sevk edildiğinde veya lüzum halindekiler

kullanılmadığı zaman 24 saat içinde ilgili birim sorumlusu tarafından ilaç iade formu doldurularak ilgili talimat doğrultusunda işlemler yapılarak eczaneye iade edilmelidir.

Söz konusu talimat servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İade işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Eczaneye gelen iade formlarından son 5 işlem ve geçmişe dönük 5 örneklem seçilerek, iade edilen ilaçların, SBYS üzerinden hasta orderinde olup, olmadığı kontrol edilir.

24 saat içinde belirtilen sebeplerle kullanılmayan ilaçlar, servis veya birim sorumlusu tarafından eczaneye iade formlarla teslim edilmezse sağlık tesisi yönetimi tarafından gerekli tedbirler alınmalıdır.

SBYSden alınacak ilaç ve tıbbi sarf malzeme iade oranları doğrultusunda iş gücü kaybının engellenmesi ve kamu zararının oluşmasının önlenmesi amacıyla ilgili servis/özellikli birimler belirlenir. Bu servis/özellikli birimlerin iade sebepleri incelenerek iade oranlarının düşürülmesi için gerekli iş ve işlemler ilgili sorumlular ve yöneticiler ile yürütülür.

KAYNAK:

1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018

Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

2.YATAKLI TEDAVİ KURUMLARI İŞLETME YÖNETMELİĞİ :

I – Başeczacının Görev ve Yetkileri :

b) Eczane ile ecza deposunda bulunan bütün ilaçların, alet ve malzemenin iyi bir şekilde muhafazasından ve usulü dairesinde sarf edilmesinden, depoya giren çıkan ilaçların depo memuru tarafından gelir gider defterleri ile depo defterine düzenli olarak işlenmesinden sorumludur. Depo memuru bulunmayan kurumlarda bu hizmeti mevcut eczacılardan birisine; oda yoksa eczacı teknisyeni veya bu işi yapabilecek diğer bir görevliye yaptırır.

S – Hemşirelerin Görev ve Yetkileri :

e) Kendilerine teslim edilen demirbaş eşya ile alet, ilaç vesair malzemeyi iyi bir şekilde saklamaya ve bunları yerine göre kullanmaya ve ilgili tabipler tarafından istendiği zaman hazır bulundurmaya, bunların dikkatsizlik ve israf suretiyle boşa gitmelerini önlemek zorundadırlar. Bu gibi şeylerin kasten veya dikkatsizlik nedeniyle kaybindan sorumludurlar.

SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası, kırılması ve kaybolması durumunda yapılacak iş ve işlemler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan talimatlara uygun yapılıyor mu?

SIRA : 116

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.15.1. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

EH.15.2. İlaçların ve tıbbi sarf malzemelerinin kırılması, kaybolması durumunda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

AÇIKLAMA:

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İmha işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işlem üzerinden kontrol edilmelidir.

Sağlık tesisinde kullanılan tüm ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinin kırılması, kaybolması durumunda Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir. Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşlemlerin uygun olarak yapılıp yapılmadığı son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işlem üzerinden kontrol edilmelidir.

Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtildikten sonra Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına istinaden "Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma" ile Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

KAYNAK:

1.T.C. ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI 22.07.2005 TARİH VE 25883 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN TIBBİ ATIKLARIN KONTROLÜ YÖNETMELİĞİ :

3. BÖLÜM - Atıkların Ünite İçinde Ayrılması, Toplanması ve Taşınması;

MADDE 10 : Üniteler, EK-2’de belirtilen atıkların kaynağında ayrı toplanması ve biriktirilmesi, atıkların toplanması ve taşınmasında kullanılacak ekipman ve araçlar, atık miktarları, toplama sıklığı, geçici depolama sistemleri, toplama ekipmanlarının temizliği ve dezenfeksiyonu, kaza anında alınacak önlemler ve yapılacak işlemler, bu atıkların yönetiminden sorumlu personel ve eğitimleri başta olmak üzere detaylı bilgileri içeren Ünite İçi Atık Yönetim Planı’nı hazırlamak ve uygulamak zorundadır.

2.T.C. ÇEVRE VE ŞEHİRCİLİK BAKANLIĞI 02.04.2015 tarih ve 29314 Sayılı RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ATIK YÖNETİMİ YÖNETMELİĞİ

1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

c) Miadı geçen ürünlerin, sağlık tesisleri ilaç sorumlusu bilgisi dahilinde il sağlık müdürlüğüne imha için tesliminden, taşınır kontrol yetkilisi sorumludur.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARIN YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

3.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

TAŞINIR MAL YÖNETMELİĞİ Kullanılmaz hale gelme, yok olma veya sayım noksanı nedeniyle çıkış: MADDE 27-

(1) Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılmaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşının ölmesi halinde, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

SORU: Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yapıyor mu?

SIRA : 117
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.16.1. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalıdır.

EH.16.2. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kırılması, kaybolması veya miadının geçmesi durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.

EH.16.3. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçların kullanılmayan kısmi dozları takip edilmelidir. Kullanılmayan doz kalması durumunda Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına uygun hareket edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaç yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun şekilde yapılmalıdır.

Söz konusu talimatlar servislerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. İşleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

Sağlık tesisindeki tüm narkotik ve psikotrop ilaçlar kilitli alanlarda bulundurulmalıdır. Medikal depo ve eczanede ilgili ilaçlar metal/çelik dolaplarda kilitli halde muhafaza edilmelidir.

KAYNAK:

1.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır. b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir. c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir. d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır. e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczaneye, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır. g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

2.TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARININ YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya

da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

3.12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

SORU: İlaçların hastane eczanesinden çıkışı Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun yapıyor mu?

SIRA : 118
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

EH.17.1. İlaçlar hastane eczanesinde her hasta için ayrı olacak şekilde paketlenmiş olmalıdır.

EH.17.2. Paket üzerinde ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi, servis ve hasta bilgisi belirtilmiş olmalıdır.

EH.17.3. Hasta bazlı ilaç hazırlama alan ve koşulları oluşturulmalıdır.

EH.17.4. Majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır. (Majistral ilaç hazırlanmıyorsa bu kriter muafır.)

EH.17.5. Hasta adına hazırlanmış ilaçlar servislerden gelen sağlık personeline teslim edilirken kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaçların eczanedan çıkışının Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Hasta Bazlı İlaç Çıkış Talimatına uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

İlaçlar hasta bazında karşılandıktan sonra her hasta için kilitli şeffaf poşet içine konulmak suretiyle ayrı ayrı paketlenmiş olduğu gözlemlenmelidir. Servislerde rastgele seçilen ilaçların hasta bazlı ambalajlarında saklanıp saklanmadığı kontrol edilmelidir. Sağlık tesisleri her iki şartı da sağlamalıdır.

Hasta bazlı ilaç paketlerinin üzerinde ilgili servisin adı, ilaçların adı, dozu, son kullanma tarihi ve hasta bilgisi belirtilmiş olması aranmalıdır. (İsmi aynı olan hastalara ilişkin karışıklığı önlenmesi ve doğru hastaya doğru ilacın gittiğinden emin olunması için gerekli tedbirler alınır.)

İlaç hazırlama alanları; hasta bazlı ilaç paketlerinin hazırlanabileceği karışıklığa sebep olmayacak genişlikte olmalıdır. Servis veya birimlerden gelen sorumlu hemşirenin / hemşirenin ilaçları teslim alacağı alanlar eczanede hasta bazlı ilaç hazırlama alanlarından ayrı olmalıdır.

E1 Hastane rolündeki sağlık tesisleri muaf tutulur.

Sağlık tesisinde majistral ilaçlar kodekse uygun şartlarda ve oranlarda çalışılarak, ilgili ilaçlar ayrı bir bölümde hazırlanmalıdır. Bu işlem için kullanılan terazi, havan, erlenmayer, beher, spatül, huni, steril enjektör vb. malzemeler ilgili mevzuat hükümlerince düzenli olarak kontrol edilmelidir. Hazırlanan majistralin kullanım şekline göre etiketleme yapılmalıdır (Majistral ilaç hazırlanmıyorsa bu kriter muaf tutulmalıdır).

İlaçların eczaneden çıkışlarına dair kayıtları kontrol edilir.

Yapılan çıkışa dair düzenlenen belge eczanede ilaçları teslim almaya gelen servis sorumlu hemşiresi tarafından veya sorumlu tarafından görevlendirilen hemşire/sağlık personeli (teknisyen vb.) tarafından imzalanıp, eczaneden teslim alınmalıdır.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

13.1.3.2.Eczaneden ilaç verilmesi;

a) İlaçların günlük hasta bazlı verilmesi esastır. Ancak, ameliyathanede, yoğun bakım ve acil serviste ilaçların birimin aciliyetine binaen yedekli verilmesi gerekebilir.

b) Talimatlara yazılan ilaçlar otomasyon sistemine, otomasyon sistemi yoksa yatan hasta ilaç talep defterine (hastanın adı, protokolü, doktoru, ilaçları ve ilaçların miktarı) yazılarak talep edilir. Talep edilen ilaçlar, eczacı tarafından veya eczacı gözetiminde eczacı teknisyeni tarafından hazırlanır. Hazırlanan ilaçlar servis hemşiresine imza karşılığı teslim edilir. Bu evrak sağlık tesisinin büyüklüğüne göre sağlık tesisi bazında veya servisler bazında dosyalanır.

SORU: Sağlık Tesisinde ilaç yönetimi uygun olarak yapılıyor mu?

(Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)

SIRA : 119

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.18.1. Benzer görünüşe, okunuşa ve yazılışa sahip ilaçlar ile aynı ilacın farklı dozlarının muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Benzer Görünüşe, Okunuşa ve Yazılışa Sahip İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun olarak yapılmalıdır.

EH.18.2. Yüksek riskli ilaçların listesi bulunmalı, diğer ilaçlardan farklı bir alanda muhafaza edilmeli ve bu alan dikkat çekmek amacı ile kırmızı renkle belirginleştirilmelidir. Yüksek riskli ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Yüksek Riskli İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun yönetilmelidir.

EH.18.3. Narkotik (Kırmızı) ve Psikotrop (Yeşil) ilaçlara erişim kısıtlanarak uygun şekilde saklanmalı ve bu ilaçların devir teslim tutanakları kayıt altına alınmalıdır. Narkotik ve Psikotrop ilaçların yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Narkotik ve Psikotrop İlaçların Hastane İçerisinde Kullanımı, Saklama, İadesi ve İmhası" uygun olarak gerçekleştirilmelidir.

EH.18.4. İlaçların kırılması ve kaybolması durumunda yapılacaklar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaçların Kırılması ve Kaybolması Durumunda Yapılacaklar İle İlgili Talimat" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

EH.18.5. Tüm ilaçların kullanılmayan dozları (kısmi dozları) takip edilmelidir. Kullanılmayan doz (kısmi doz) kalması durumunda yapılacaklar ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Kısmi Doz İlaçların Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

EH.18.6. Hastalarda ilaç kullanımına bağlı olarak gelişen advers etkilerin bildirimini yapılacakları farmakovijilans sorumlusu bilinmelidir. Advers etki bildirimini Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Advers Etki Bildirimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

EH.18.7. İlgili birimlerde soğuk zincire tabi ilaçların güncel listesi bulundurulmalı ve bu ilaçların muhafazası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

EH.18.8. İlaç geçimsizlikleri ile ilgili Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç Geçimsizliği Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

EH.18.9. İlaç deposundan; ilgili birimlere verilen ilaç ve farmakolojik ürünler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

EH.18.10. İlaçların; ilgili birimlerde bulunan ve SBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Miktar ve Miat Kontrol Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

EH.18.11. İlgili birimlerden hastane eczanesine ilaç iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

EH.18.12. Işıktan korunması gereken ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimat" doğrultusunda muhafaza edilmelidir.

EH.18.13. Yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, şuruplar vb. farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı ve açıldıktan sonra tüketim süresi bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir.

Hasta ve ilaç güvenliği açısından yarı-katı preparatlar (Örn. Pomat, krem), oftalmik preparatlar, süspansiyonlar, şuruplar vb. (insülin kalem) gibi farmasötik formu olan ilaçlar açıldıktan sonra ilaç üzerinde açılış tarihi, ilacın adı, açıldıktan sonra tüketim süresi ve saklama koşulu bilgilerinin yer aldığı bir etiket olmalıdır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE 7 (c) : İlaç sunumunun hatasız, reçete edilme amacına uygun, hastanın gereksinimleri ile uyumlu ve güvenli olmasını sağlar.

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ :

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması,

f) Yeşil ve kırmızı reçeteler ile bu reçetelerle verilebilen ilaçlar, sağlık tesisleri de emniyetli bir depoda ve sürekli kilitli dolaplarda saklanır.

13.1.5.Yeşil ve Kırmızı Reçetelerin Temini ve Dağıtılması:

a) Yeşil ve kırmızı reçetelerin yıllık ihtiyaç miktarları, sağlık tesisi idaresine tesisin ilaç sorumlusu tarafından bildirilir. Kırtasiye deposunca sağlık müdürlüğünden teslim alınan reçeteler belli aralıklarla eczaneye aktarılır. Talep sağlık tesisleri ilaç sorumlusu tarafından yapılır.

b) Sağlık tesisi ilaç sorumlusunun görevlendireceği bir eczacı tarafından talepte bulunan hekimlere reçeteler, tutanak karşılığı teslim edilir. Reçete kullanılınca üçüncü nüshası hekim tarafından eczaneye teslim edilir. Eczacı tarafından reçeteler, 5 sene eczanede saklanılır. 5 yılı dolan reçeteler yılsonunda eczacı ve sağlık tesisi ilaç sorumlusunun imzaladığı tutanakla sağlık müdürlüğüne gönderilmek üzere idareye teslim edilir.

c) Yeşil ve kırmızı reçeteler ve bu reçetelere ait ilaçlar sağlık tesisleri eczanesince güvenli odalarda, kilitli dolaplarda saklanır. Bu reçeteye mahsus ilaçların günlük ilaç verme bölümüne ne kadar çıkartılacağı, sağlık tesisi ilaç sorumlusu tarafından belirlenir.

d) Günlük ilaç verme bölümünde de bu ilaçlar kilitli dolaplarda saklanmak zorundadır.

e) İlaçlar direkt hastanın hemşiresine teslim edilir. Hastanın hemşiresi ilgili ilaçları aldığını belirtir evrakı imzalar, bu evrak kırmızı reçete teslim dosyasında saklanır.

f) Yarım kalmış narkotik ilaçlar hekim, eczacı ve hemşire imzası ile tutanak altına alınarak imhası gerçekleştirilir. Bir nüshası eczanece, diğer nüshası servis sorumlu hemşiresince dosyalanır.

g) Hastaya kullanılmayıp iade edilen ilaçlar, hastanın hemşiresinin iade sebebini belirttiği tutanak ile eczaneye aynı gün geri iade edilir. Kayıtlar düzeltilerek (geri alınarak) bu tutanak evrakı, servislerden geri iade edilen ilaçlar dosyasında saklanır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU YARIM DOZ İLAÇLARININ YÖNETİMİ HAKKINDA YAZI 17/07/2014

Bölnünebilir dozlardaki ilaçların üzerine açılış saatlerinin ve tarihlerinin yazılması ve her ilacın özelliğine göre uygun koşullarda saklanması, servislerde miadı dolan, saklama koşulları açısından sulandırıldıktan, açıldıktan ya da hazırlandıktan sonra saklanması uygun olmayan ya da saklama süresi dolan yarım doz ilaçların imhası ile ilgili olarak imha tutanakları düzenlemek suretiyle imha prosedürünün başlatılması gerekir.

Sağlık tesislerinde imha işleminin adımları yazılı talimat haline getirilmelidir.

İmha edilen yarım dozlar “ilacın adı, fiyatı, imha edilen doz miktarı” şeklinde sağlık tesisleri bazında istatistiklerinin tutularak, üç aylık periyotlar halinde takip eden ayın ilk haftasında hastane.eczacılığı@saglik.gov.tr adresine, genel sekreterlikler bünyesinde görevlendirilecek Hastane Eczacılığı Hizmetlerinden sorumlu Eczacı tarafından gönderilmesi gerekmektedir.

BEŞERİ TIBBİ ÜRÜNLERİN GÜVENLİĞİNİN İZLENMESİ VE DEĞERLENDİRİLMESİ HAKKINDA YÖNETMELİK :

Sağlık Kurum ve Kuruluşlarının Sorumlulukları;

MADDE 9 : Üniversite hastaneleri, diğer eğitim ve araştırma hastaneleri ile 27.3.2002 tarihli ve 24708 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan Özel Hastaneler Yönetmeliğinde belirtilen A-1 Grubu Özel Hastaneler, ürün advers etkilerinin en doğru şekilde ve en kısa zamanda Bakanlığa bildirilmesini sağlamak amacıyla, kuruluş içi farmakovijilans sistemini kurar ve bu Yönetmeliğe göre faaliyet gösterirler; bunun ile ilgili standart farmakovijilans çalışma yöntemlerini hazırlarlar ve uygulamaya koyarlar.

MADDE 13 : Sağlık mesleği mensupları, ürün kullanımı ile ortaya çıkan ve ürüne bağlı olabileceği düşünülen ciddi ve beklenmeyen advers etkileri, doğrudan veya görev yaptıkları sağlık kuruluşlarındaki farmakovijilans irtibat noktası aracılığı ile on beş gün içinde TÜFAM’ne bildirirler.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ:

13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci

d) Soğuk zincire tabi ürünler, buzdolaplarında veya soğuk hava depolarında depolanır.

e) İlaç depolarında kullanılan kontrol cihazlarının (ısı, nem) kalibrasyonları yapılır. Bu depoların ve diğer depoların sıcaklık ve nem kontrolleri her gün sabah ve akşam olarak iki defa yapılır ve kayıt altına alınır.

İlaçlar ve Eczada Deposunda Bulundurulanan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan "ECZADA DEPOLARI VE ECZADA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

7- Eczada deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

23- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilaçlar ve immünolojik ürünler uygun soğutma sistemleri içinde sevk edilmelidir. Soğuk zincire tâbi ürünlerin nakli sırasında bu ürünlerin

belirtilen sıcaklık dereceleri arasında saklanmalarını sağlamak için gerekli tedbirler mutlaka alınmalıdır. Sevk araçlarında nakliye süresine ve miktara bağlı olarak soğuk kabinler, soğutma dolapları, ısı yalıtımlı özel kaplar, amaca uygun başka sistem ve cihazlar bulunmalıdır. Bunların, ürünleri istenen sıcaklık aralığında muhafaza etmesi güvenceye alınmalıdır. Sevk ambalajlarının üzerinde saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır. Ürün ihraç ediliyor ise, saklama şartları açık ve silinemeyecek şekilde ve gönderilen ülkede anlaşılacak dilde yazılmış olmalıdır.

Soğuk zincirin tam uygulanması için ürünün ambalajında belirtilen hususlara, soğukta saklanacak ürünün fiilen tüketildiği noktaya ulaşınca kadar uyulmalıdır.

24- Kontrollü olarak soğukta saklanması gereken ilaçlar ve immünolojik ürünler (aşı ve saire) için kullanılacak soğuk zincir gereci içinde ürünün muhafaza edilebileceği azamî süre (gün/saat), gereç üzerine silinemeyecek şekilde yazılmış olmalıdır.

SORU : Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzeme yönetimi mevzuata uygun yapıyor mu? (Acil servis, yoğun bakım, doğumhane, ameliyathane, servisler vb. birimlerde değerlendirilecektir.)

SIRA : 120
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.19.1. Tıbbi sarf deposundan; ilgili birim ve servislere verilen tıbbi sarf malzemeler Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

EH.19.2. Tıbbi sarf malzemelerinin; ilgili birimlerde bulunan ve SBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır. İlgili birimlerde sorumlu hemşiresi tarafından rutin olarak miat ve miktar kontrolleri yapılmalıdır.

EH.19.3. Tıbbi sarf malzemelerinin ilgili birim ve servislerden tıbbi sarf deposuna iadesi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İade Talimatına" uygun yapılmalıdır.

EH.19.4. Hastalara tedavileri sırasında uygulanan tıbbi sarf malzemelerden kaynaklanan beklenmeyen etki ile karşılaşılması durumunda bildirim yapılacak materyovijilans sorumlusu bilinmelidir. Bildirimler Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Olumsuz Olay Bildirim Talimatı" doğrultusunda yapılmalıdır. Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.

EH.19.5. Revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler bulunmalıdır. (Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesisleri bu kriterden muaftır.)

AÇIKLAMA:

Söz konusu unsurlara ilişkin işlemler ilgili talimatlar doğrultusunda değerlendirilmelidir. Servis ve özellikli birimlerde bulunan tıbbi sarf malzeme sayısı SBYS tarafından geçmiş tüketim verileri doğrultusunda hesaplanan 5 günlük stok miktarı düzeyinde olup olmadığı kontrol edilir. Servis ve özellikli birimlerde bulunan fiili tıbbi sarf malzeme sayısı ve miadı SBYS’de görülen sayı ve miad ile uyumlu olup olmadığı örneklem usulü kontrol edilir. Sağlık tesisinde revizyon operasyonları sonrası hastalardan çıkarılan vücuda yerleştirilebilir aktif tıbbi cihazların (Kalp pili, beyin pili vs) ve implantların bertarafına ilişkin yazılı düzenlemeler incelenmelidir. Revizyon ameliyatları yapılmayan sağlık tesislerinde muafır. Sağlık tesisinde bulunan tıbbi sarf malzeme materyovijilans sorumlusunun bilinip bilinmediği sorgulanır. Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili sağlık personeli bilgisi değerlendirilir. Farkındalık sağlamak için ilgili birim ve servislerde görsel ve bilgilendirme dokümanları aranır.

KAYNAK:

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapılıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara “İade Edilen” kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde “Ambarlar Arası Devir” işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete’ de YAYIMLANAN “TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLAR HAKKINDA TEBLİĞ’in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen “Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları” kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:

a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı,

cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.

c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirim konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.

ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.

d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.

e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

SORU: Hastane Eczanesinden ilgili birimlere (servis, yoğun bakım vb.) gelen ilaçlar, tedavi odasında her hasta için ayrı olacak şekilde muhafaza ediliyor mu?

SIRA : 121

BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ

BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.20.1. Hastane Eczanesinden hasta bazlı çıkışı yapılan ilaçlar ilgili birimlerde hasta bazlı olarak muhafaza edilmelidir.

EH.20.2. İlaçlar kullanımı esnasında hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kaplarda verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Servislerde ilaç hazırlama ve ilaç muhafaza alanları incelenerek; hasta bazlı olarak eczaneden teslim alınan ilaçların servislerde hasta bazlı olarak saklanıp saklanmadığı ,tedavi esnasında da hastaya özel, hastanın kimlik tanımlayıcı bilgilerini içeren kapalı kapların kullanılıp kullanılmadığı değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ
13.1.3.2.Eczaneden ilaç verilmesi;

a) İlaçların günlük hasta bazlı verilmesi esastır.

b) Talimatlara yazılan ilaçlar otomasyon sistemine, otomasyon sistemi yoksa yatan hasta ilaç talep defterine (hastanın adı, protokolü, doktoru, ilaçları ve ilaçların miktarı) yazılarak talep edilir. Talep edilen ilaçlar, eczacı tarafından veya eczacı gözetiminde eczacı teknisyeni tarafından hazırlanır. Hazırlanan ilaçlar servis hemşiresine imza karşılığı teslim edilir. Bu evrak sağlık tesisinin büyüklüğüne göre sağlık tesisi bazında veya servisler bazında dosyalanır.

SORU: Acil müdahale seti kullanıma hazır durumda bulunuyor mu? (Servis, Doğumhane, Yoğun bakım ve varsa Acil servis resüstasyon odası dışında bulunan acil müdahale setlerinde değerlendirilecektir)

SIRA : 122
BÖLÜM ADI : ECZACILIK HİZMETLERİ
BÖLÜM SIRA NO : 21

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

EH.21.1. Acil müdahale seti kolay ulaşılabilecek konumda, içinde bulunan cihazlar (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kullanıma hazır olmalı ve günlük kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

EH.21.2. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaçların ve sarf malzemelerin (entübasyon tüpü, NG sonda vb.) kontrol listesi hazırlanmalı, miktar ve miat kontrolleri yapılarak kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Bu soru ve unsurlar; Servis, Doğumhane, Yoğun bakım ve varsa Resüstasyon odası dışında bulunan acil müdahale setlerinde değerlendirilecektir. Acil servislerde, acil servisin büyüklüğüne, resüsitasyon odasının ve müşahade odalarının yakınlığına, müracaat eden hasta sayısına göre acil servis sorumlu hekiminin kararı ile resüsitasyon odası dışında bulunan acil müdahale seti bulunuyorsa değerlendirilmelidir.

Acil müdahale setinde bulunan cihazların (laringoskop, defibrilatör, aspiratör vb.) kolay ulaşılabilir olup olmadığı (ilgili alanda tüm çalışanların yerini bildiği, rahatlıkla ulaşabileceği bir yerde olmalı), kullanıma hazır olup olmadığı (çalışır durumda hazır bulunmalı) ve günlük kontrollerinin yapılarak kayıt altına alınıp alınmadığı değerlendirilir. Değerlendirme esnasında ambunun çalışıp çalışmadığı, defibrilatörün şarjının olup olmadığı, laringoskop setinin lambasının çalışıp çalışmadığı, aspiratörün vakumlama yapıp yapmadığı test edilmelidir. Acil müdahale setleri ilaç güvenliği açısından, hasta ve yakınlarının ulaşabileceği servis, doğumhane koridoru gibi alanlarda bulunmamalıdır.

Acil müdahale setlerinde bulunan ilaç ve sarf malzemelere ait kontrol listeleri oluşturularak, miktar ve miat takiplerinin kayıt altına alınıp alınmadığı, listede belirtilen ilaç ve sarf malzemelerin acil müdahale setinde bulunup bulunmadığı gözlemlenmelidir. Acil müdahale setinde bulunması gereken ilaç ve sarf malzemelerin listesi sorumlu hekimi tarafından belirlenmelidir.

Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken malzemeler:

Laringoskop seti ve yedek pilleri (çocuk ve erişkin için),
Balon-valf-maske sistemi (çocuk ve erişkin için),
Değişik boylarda maske,
Oksijen hortumu ve maskeleri,
Entübasyon tüpü (çocuk ve erişkin boyları),
Yardımcı hava yolu araçları (çocuk ve erişkin için değişik boylarda airway),
Enjektörler ve intraketler,
Aspirasyon Sondası (çocuk ve erişkin için değişik boylarda)
Nazogastrik Sonda (çocuk ve erişkin için değişik boylarda)
Kişisel koruyucu ekipmanlar
EKG elektrodları ve tüp tespit malzemeleri bulunmalıdır.

Ameliyathane, yoğun bakım ve diyaliz gibi özellikli birimlerdeki acil müdahale arabasında ayrıca defibrilatör ve aspiratör de bulunmalıdır. Diğer bölümlerde ise acil müdahale setine, defibrilatöre ve aspiratöre kolaylıkla ulaşılabilir.

Acil müdahale seti veya acil arabasında bulunması gereken ilaçlar

Parenteral replasman sıvıları: %0.9 NaCl, Ringer laktat,

Temel ve İleri kardiyak yaşam desteği ile ilgili diğer ajanlar

- Vazokonstrüktör ajanlar – Adrenalin (IV)
- Parasempatolitik ajanlar – Atropin sulfat (IV)

Sodyum bikarbonat (IV)

Antiarritmik ilaçlar:

- Sodyum kanal blokerleri – Grup 1b örn, Lidokain %2 (IV)
- Potasyum kanal blokerleri: örn, Amiodaron (IV)
- Kalsiyum kanal blokerleri – örn: Diltiazem (IV),
- Beta-blokerler: - örn, Metoprolol (IV), Esmolol (IV)
- Antihipertansif ajanlar – ACE inhibitörleri (kaptopril)
- Diüretikler – Furosemid
- Vazodilatör ajanlar - Nitrogliserin (IV, SL, PO),

Vazopressörler - Direkt etkili – Dobutamine, Miks etkililer – Dopamin

Antiemetikler – Metoklopramid (IV/IM)

H₂ reseptör blokerleri – Ranitidin, Famotidin

Proton pompa inhibitörleri – Omeprazol, vb.

Adrenal glikokortikoidler – Metil prednizolon (IV), Deksametazon (IV)

Antihistaminikler (IV)

MEDİKAL DEPO

SORU : Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA : 123
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.1.1. Tüm Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin mevzuata uygun organizasyon yapısı bulunmalıdır. Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev dağılımları yapılmalı ve görev tanımlamaları belli olmalıdır. Görev tanımları ilgili personele tebliğ edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Medikal Depo Hizmetlerine ilişkin İl Sağlık Müdürlüğü'nün ilgili sorumluları ve sağlık tesisi bünyesindeki ilgili sorumlularını gösterir organizasyon şeması hazırlanmalı ve görevlilerin görev tanımları belirlenmelidir.

Medikal depo kapsamında çalışan personelin görev tanımları belirlenmiş olmalı ve ilgili personele tebliğ edilmelidir.

KAYNAK:

2 KASIM 2011 TARİH VE 28103 SAYILI RESMİ GAZETE YAYIMLANAN SAĞLIK BAKANLIĞI VE BAĞLI KURULUŞLARININ TEŞKİLAT VE GÖREVLERİ HAKKINDA KANUN HÜKMÜNDE KARARNAME

MADDE 9 (ğ) : Tehlikeli kimyasal ve biyolojik maddelere bağlı sağlık tehditlerine yönelik hazırlık ve cevap geliştirilmesi amacıyla gerekli organizasyonu sağlamak.

SORU: MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan temel ilaç listesi ve sarf malzeme listesi oluşturulmuş mu?

SIRA : 124
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.2.1. Sağlık hizmeti sunumunda gerekli olan, MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre temel ilaç ve sarf malzeme listeleri bulunmalıdır. İhaleler temel ilaç ve sarf malzeme listesinden hazırlanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Eczanede; MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre hazırlanmış temel ilaç listelerine bakılmalıdır. İlaç İhaleleri temel ilaç listeleri baz alınarak hazırlanmalıdır.

Tıbbi sarf deposunda; MKYS'de tanımlanan sınıflandırmaya göre hazırlanmış temel sarf malzeme listelerine bakılmalıdır. Tıbbi sarf malzeme ihaleleri temel sarf malzeme listeleri doğrultusunda hazırlanmalıdır.

KAYNAK:

TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE:

MADDE 2.2. Temel Malzeme Listelerinin Oluşturulması;

a) Bendi Stok Yönetim Birimince Birlik Temel Malzeme Listeleri (ilaç, tıbbi sarf, laboratuvar, kırtasiye gibi) oluşturulur.

b) Sağlık tesisleri de ihtiyaç duydukları taşınırın Birlik Temel Malzeme listelerine eklenmesini teklif eder. Bu tekliflerin Stok Yönetim Birimince alternatif ürünler de göz önünde bulundurulurken değerlendirilmesi ile Birlik Temel Malzeme Listeleri güncellenir.

c) Bu listeler bu Genelgenin yürürlüğe girdiği tarihten itibaren en geç 3 ay içinde oluşturulur.

d) Temel Malzeme Listeleri münferit talepler dikkate alınmadan en sık karşılaşılan vakalar göz önünde bulundurulurken hazırlanmalı, böylece etkin stok yönetimi için malzeme çeşidi en alt seviyede tutulmalıdır.

e) Bu listeler haricindeki talepler, gerekçenin açıklandığı resmi belgeler ile kayıt altına alınarak mümkün mertebe ihtiyaç sebebinin gösteren verilerle desteklenmeli, fayda maliyet analizi ile değerlendirildikten sonra karara bağlanmalıdır.

f) Birlik Temel Malzeme Listelerine yeni eklenen ve ilk defa satın alınacak malzemeler için azami stok miktarını geçmeyecek şekilde 60 gün yetecek miktarda alım yapılması uygun olacaktır.

SORU: Faturada TİTUBB (Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası)/ÜTS barkodu ve etiket adı, seri/lot numaraları, SUT kodu mevcut mu?

SIRA : 125
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.3.1. Medikal malzemelerin faturalarında TİTUBB/ÜTS barkodu ve etiket adı, seri/lot numaraları, geri ödeme listesinde bulunuyorsa SUT kodu bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Son girilen medikal malzeme faturalarından rastgele 10 örnek seçilip, istenen veriler kontrol edilir.

KAYNAK :

TC ÇALIŞMA SOSYAL GÜVENLİK BAKANLIĞI SAĞLIK UYGULAMA TEBLİĞİ 2014 Stok Kurumca bedeli karşılanan tıbbi malzemelerin, Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Ulusal Bilgi Bankası (TİTUBB) kayıt/bildirim işlemi tamamlanmış olmalıdır.

SORU: Tıbbi sarf malzemelerde beklenmeyen etkilerin ve hatalı ürünlerin takibi, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Olumsuz Olay Bildirim Talimatına uygun yapıyor mu?

SIRA : 126
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.4.1. Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirim için materyovijilans sorumlusu belirlenmelidir.

MD.4.2. Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar hakkında ilgili sağlık personeline (doktor, eczacı, hemşire, vb.) eğitim verilmelidir. Bir malzemeden kaynaklanan olumsuz olayın meydana gelmesi durumunda yapılacak olumsuz olay bildirim işlemi bilinmelidir.

MD.4.3. Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olaylar ile ilgili görsel uyarı ve bilgilendirme dokümanları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklı meydana gelebilecek olumsuz olayların bildirim için materyovijilans sorumlusu belirlenmeli ve gözlemci tarafından sağlık tesisindeki çalışanlara materyovijilans sorumlusunun kim olduğu sorularak, materyovijilans sorumlusunun biliniyor bilinmediği hakkında bilgi edinilmelidir.

İlgili sağlık personeline (doktor, eczacı, hemşire vb.) TİTCK'nın yayınladığı görsel ve yazılı dokümanlar kullanılarak eğitim verilmelidir. İlgili görsel dokümanlara <https://www.youtube.com/watch?v=EqDBoytF5Rc> adresinden ulaşılabilir. Sağlık personelinin en az %60'ına eğitim verilip verilmediği kontrol edilmelidir.

Tıbbi sarf malzemelerinden kaynaklanan olumsuz olayların bildirimlerinin TİTCK'ya Olumsuz Olay Bildirim Talimatı doğrultusunda yapıp yapılmadığı sorgulanmalı ve yapılmış bildirimlere bakılmalıdır.

Tıbbi sarf malzemelerinde meydana gelebilecek olumsuz olaylarda farkındalığın artırılması için ilgili servis ve birimlerde çalışan sağlık personelinin ulaşabileceği bölgelerde (SBYS giriş/açılış/duyuru ekranında, dinlenme ve çalışma alanlarında, vb alanlarda) TİTCK tarafından yayınlanmış görsel ve yazılı bilgilendirme dokümanlarının bulunup, bulunmadığına bakılmalıdır.

KAYNAK:

Genel Sekreterliklerimiz ve bağlı Sağlık Tesislerine temin edilen tıbbi malzemelere ilişkin Hatalı Ürün Bildirimlerinin 14/07/2010 tarih ve 27641 sayılı Resmi Gazete' de YAYIMLANAN "TIBBİ CİHAZLAR UYARI SİSTEMİNE İLİŞKİN USUL VE ESASLARHAKKINDA TEBLİĞ'in 2.Bölüm 8.Maddesinde belirtilen "Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları" kapsamında yapılması gerekmektedir.

Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları

MADDE 8 – (1) Uygulayıcıların/operatörlerin ve kullanıcıların sorumlulukları şunlardır:

a) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, uyarı sistemi kapsamında oluşan olumsuz olayları, Bakanlığa bildirmekle yükümlüdür.

b) Sağlık kuruluşu yöneticileri, sağlık çalışanları, cihazın bakım, onarım ve kalibrasyonunu yapanlar ve ilgili diğer personel, uyarı sistemi sürecinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişiler ve Bakanlık ile işbirliği yapmakla sorumludur.

c) Sağlık kurum ve kuruluşları, bünyelerinde görev yapan tüm personeli olumsuz olay bildirimini konusunda bilgilendirir ve bu Tebliğ kapsamındaki sorumluluklarını yerine getirmeleri için gerekli tedbirleri alır.

ç) Sağlık kurum ve kuruluşları, olumsuz olaylarla ilgili işlemleri takip etmekle sorumlu personeli belirler ve iletişim bilgilerini elektronik ortamda Bakanlığa bildirir. Söz konusu bilgilerde meydana gelen değişiklikler Bakanlığa derhal bildirilir.

d) Tıbbi cihaz uyarı sistemi kapsamında, bir olumsuz olay olduğunda, olaya tanık olan uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, bu olayı bir tutanak ile Bakanlığa bildirir. Tutanakta ilgili cihazın markası, modeli, imalatçı ve/veya ithalatçı, seri/lot numaralarına ait bilgiler bulunur.

e) Uygulayıcılar/operatörler ve kullanıcılar, olaya neden olan ya da olması muhtemel olan cihazları, varsa depo stokları ile birlikte muhafaza eder. Adli soruşturma ve kovuşturma işlemlerine halel getirmeksizin, inceleme amacıyla talep edildiğinde Bakanlığa ve/veya Bakanlığın bilgisi dâhilinde imalatçı, yetkili temsilci, ithalatçı, cihazın piyasaya arzından sorumlu gerçek veya tüzel kişilere gönderir.

SORU: Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılıyor mu?

SIRA : 127
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.5.1. Mal kabul işlemlerinden önce muayene süreci uygun şekilde tamamlanmalıdır. Mal kabul sırasında sayımı depo sorumlusu yapmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tüm medikal depo malzemelerinin muayene ve mal kabul işlemleri Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Mal Kabul Talimatına göre yapılmalıdır.

Medikal malzemeler, tedarikçi firma tarafından depolara teslim edilmedikçe muayene işlemlerinin başlamaması gerekmektedir. Muayene işlemlerinin nasıl yapıldığı sorgulanmalıdır.

Depolara gelen medikal malzemeler tedarikçi firma yetkilisinin iştiraki ve depo sorumlusu tarafından sayılıp, muayene-kabul komisyon üyeleri tarafından kontrol edilip, edilmediği sorgulanmalıdır.

KAYNAK:

19/12/2002 TARİHLİ VE 24968 SAYILI RESMÎ GAZETE'DE YAYIMLANAN MAL ALIMLARI DENETİM MUAYENE VE KABUL İŞLEMLERİNE DAİR YÖNETMELİKTE DEĞİŞİKLİK YAPILMASINA DAİR YÖNETMELİK

MADDE 1 : Satın alınan mal yüklenici tarafından idareye teslim edilmedikçe muayene ve kabul işlemleri yapılamaz.

MADDE 2 : Yetkili makam tarafından biri başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişi ile yedek üyelerden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur.

SORU: İlaç ve Tıbbi Sarf Malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenmiş mi?

SIRA : 128
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.6.1. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, SBYS sistemine girişi yapılmalıdır. Stok seviyesi, minimum ve kritik stok seviyesine geldiğinde SBYS sistemi uyarı vermelidir.

MD.6.2. Sağlık tesisi özelinde kritik öneme sahip ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin belirlenen stok seviyelerinin altına düşmesi durumunda, depo sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime SMS ile bildirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum, maksimum ve kritik stok seviyeleri belirlenip, belirlenmediği SBYS sisteminden kontrol edilmelidir.

Medikal depolarda, ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin minimum ve kritik stok seviyesine düştüğünde, SBYS sisteminin uyarı verip vermediği (renkli, görsel, SMS vb.) kontrol edilmelidir.

SBYS'de minimum, kritik ve maksimum stok seviyeleri, tam farmasötik eşdeğer olan yani aynı jenerik koda sahip ilaçların için barkod düzeyinde değil jenerik düzeyinde hesaplanmalıdır.

SBYS, sağlık tesisinin ihtiyaçları doğrultusunda belirleyeceği (kritik öneme sahip) ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin stok seviyelerinin kritik stok seviyesinin altına düşmesi durumunda ilgili depo sorumlusuna, minimum stok seviyesinin altına düşmesi durumunda depo sorumlusuna ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime SMS ile bildirilmelidir. Örneğin;

Sağlık tesisi tarafından kritik öneme sahip olarak belirlenen isimli ilacın stok seviyeleri aşağıdaki sayıda belirlenmiş olsun.

Minumum stok seviyesi: 46 adet

Kritik stok seviyesi: 69 adet

Maksimum stok seviyesi: 150 adet
Bu belirlenmiş seviyeler doğrultusunda;

Stok durum SMS bildirimi – Depo sorumlusuna
STOK BİLGİ - ilaç stok mevcudu kritik stok seviyesi olan 69 adet
altına düşmüştür.

Stok durum SMS bildirimi – Depo sorumlusu ve ilgili Başhekim Yardımcısı/Başhekime
STOK BİLGİ - ilaç stok mevcudu minimum stok seviyesi olan 46 adet
altına düşmüştür.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STRATEJİK PLAN 2014-2018

Stratejik Amaç 3 : Döner sermayeli işletmeler olarak faaliyet gösteren Sağlık Tesislerinde mali sürdürülebilirliğin sağlanabilmesi için kaynakların etkin ve verimli kullanılması

SORU: Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında mı?

SIRA : 129
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.7.1. Medikal depoda stok düzeyi iki ayın (60 gün) altında olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde, Taşınır Kontrol Yetkilisi ile birlikte MKYS verilerine bakılarak ilaç ve tıbbi sarf malzeme stok düzeyi ortalaması 60 gün veya altında olup, olmadığı kontrol edilmedir. İlaç veya tıbbi sarf malzeme stok gün düzeylerinden birinin 60 günün üzerinde olması durumunda soru olumsuz olarak değerlendirilir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013/09 SAYILI GENELGE:

1.2 Maddesinin a) Bendi İşbu Genelge ile Birlikler ve bağlı Sağlık Tesisleri için Azami Stok Miktarı 60 (altmış) gün yetecek stok miktarı olarak yeniden belirlenmiştir.

SORU: Medikal depodan ilgili birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılıyor mu?

SIRA : 130
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.8.1. Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere ilaç ve farmakolojik ürünlerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.

MD.8.2. Medikal depodan; Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteler vb.) birimlere tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda olmalıdır.

MD.8.3. Medikal depolarında yapılan (giriş, toplu çıkış, devir (stok, ihtiyaç fazlası) vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

MD.8.4. Eczacı tarafından Taşınır Mal Yönetmeliğinde belirtilen miktarda, ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerde belirli aralıklarla stok miktarları kontrol edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Acil Servis, Yoğun Bakım, Ameliyathane, Anestezi, Özellikli (Kemoterapi ünitesi, Nükleer Tıp, TPN Üniteleri vb...) birimlere ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin çıkışı Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme Deposundan Özellikli Birimlere Çıkış Talimatına" uygun yapılmalıdır. Söz konusu talimatlar özellikli birimlerde, eczane ve ilaç depolarında bulunmalı ve uygulanmalıdır. Toplu çıkış işleminin talimat doğrultusunda yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Özellikli birimlere yapılan toplu çıkıştaki tıbbi sarf malzeme sayısı SBYS tarafından geçmiş tüketim verileri doğrultusunda hesaplanan 5 günlük stok miktarı düzeyinde fazla olup olmadığı kontrol edilir. Yapılan toplu çıkışlara dair MKYS'den alınan taşınır işlem fişleri, ilaçların birim sorumlusuna (sağlık çalışanı) eczane deposunda teslimatı esnasında işlemi gerçekleştiren TKY ve teslim alan birim sorumlusu tarafından imzalanmak suretiyle dosyalanmalıdır. Bu dosyaların uygunluğuna bakılmalıdır. Sağlık tesisindeki ilaç ve tıbbi sarf malzeme çıkışı yapılan birimlerin, stok miktarları eczacı tarafından en az üç ayda bir kontrol edilmelidir. Kontrollerde fiili stok miktarı ile SBYS'de görülen stok miktarı arasında uyumsuzluk tespit edilmesi durumunda rapor tutularak başhekime konu ile ilgili bilgi verilmelidir. Yapılan stok miktarı kontrolleri kayıt altına alınmalıdır. Bu kayıtlar gözlemci tarafından incelenmelidir.

KAYNAK:

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI) 4. Stok Yönetimine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Sağlık Tesisi ambarlarından tüketim birimi olmayan birimlere kesinlikle toplu malzeme çıkışı yapılmayacak ve stok tutulmayacak olup acil servis, yoğun bakım ameliyathane, gibi özellikli birimlerde Hastane Yöneticisinin uygun görüşü ile en fazla 5 (beş) gün yetecek miktarda stok bulundurulabilecektir. Bu şekilde özellikli birimlerin sayısı ve bu birimlere verilebilecek malzeme çeşidi sınırlı tutularak, sık sık yapılan kontrollerle bu malzemelerin saklama şekli, miatları, tüketilip tüketilmeme durumları ve tüketildiler ise hasta üzerine düşümlerinin yapıp yapılmadığı denetlenmeli, kullanılmayan malzemelerin ana ambara “İade Edilen” kayıt türü ile iadeleri yapılarak kullanılamaz hale gelmeleri önlenmelidir. Sağlık Tesisinin personel, işlem yoğunluğu ve yerleşim şartlarına göre bu özellikli birimler için MKYS üzerinde ayrı ambar tanımlanıp, bu ambardan sorumlu taşınır kayıt ve kontrol yetkilisi görevlendirilmesi suretiyle (mevcut taşınır kayıt ve kontrol yetkililerinden birisi de olabilir) yine 5 günlük ihtiyacı aşmayacak şekilde “Ambarlar Arası Devir” işlem türü ile ana ambardan malzeme çıkışı yapılması ile işlem tesis edilmesi yoluna da gidilebilir.

SORU: Sağlık tesisi bünyesinde “İhtiyaç Tespit Komisyonu” kurulmuş mu?

SIRA : 131
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.9.1. Sağlık tesisi bünyesinde “İhtiyaç Tespit Komisyonu” kurulmalı ve ihtiyaç belirlemede gerekli işlemleri yerine getirmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi bünyesinde Başhekim tarafından İhtiyaç Tespit Komisyonunun kurulup kurulmadığı ve komisyonda görev alan personele görevlerinin tebliğ edilip edilmediği kontrol edilir. Geçmişe yönelik işlemlerde İhtiyaç Tespit Komisyon kararları aranır.

KAYNAK:

TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE: 2. İHTİYAÇ TESPİT VE PLANLAMA İŞLEMLERİ

2.1 Stok Yönetim Birimi ve İhtiyaç Tespit Komisyonları b) İhtiyaç Planlama işlemleri için Genel Sekreterlik ile irtibatlı çalışmak üzere Sağlık Tesisleri bünyesinde “**İhtiyaç Tespit Komisyonları**” kurulacaktır. c) Sağlık Tesisi İhtiyaç Tespit Komisyonları; Hastane Yöneticisi veya görevlendireceği kişinin başkanlığında, Başhekim, Sağlık Bakım Hizmetleri Müdürü, İdari ve Mali Hizmetler Müdürü veya bunları temsilen yardımcıları ile Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkililerinden oluşturulur. Ayrıca bu komisyonlara ihtiyacın niteliğine göre (mal veya hizmet) ilgili teknik veya uzman personel de katılabilir.

SORU: MKYS Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı aktif olarak kullanılıyor mu? Girilen veriler geçmiş tüketim miktarları ile uyumlu mu?

SIRA : 132
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.10.1. Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları Taşınır Kayıt Yetkilisi tarafından MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri ekranı" üzerinden sisteme girilecek veya bazı malzemeler için otomatik olarak belirlenmesi sağlanacaktır. Yıllık İhtiyaç Miktarları bir önceki yıl ve yıl içindeki tüketimler ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak gerçekçi bir şekilde belirlenecektir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde yıllık ihtiyaçların MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri" ekranına girişinin yapılıp yapılmadığı, yıllık ihtiyaç girişi yapılmışsa girilen değerlerin uygunluğu kontrol edilir.

Yıllık İhtiyaç Miktarlarının, bir önceki yıl ve ilgili yıl içindeki tüketimleri ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak belirlenip belirlenmediği kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

TKHK STOK YÖNETİMİ GENELGE 2013/9 SAYILI GENELGE:

1-STOK YÖNETİMİ UYGULAMALARI

1.2. Azami Stok Miktarının Belirlenmesi

a) İşbu Genelge ile Birlikler ve bağlı Sağlık Tesisleri için Azami Stok Miktarı 60 (altmış) gün yetecek stok miktarı olarak yeniden belirlenmiştir.

b) Azami Stok Miktarı ilgili malzeme için günlük ortalama talep hızının 60 (altmış) ile çarpımı suretiyle elde edilir.

c) Taşınırlara ait yıllık ihtiyaç miktarları Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri tarafından MKYS'de yer alan "Yıllık İhtiyaç Giriş İşlemleri Ekranı" üzerinden sisteme girilecek veya bazı malzemeler için otomatik olarak belirlenmesi sağlanacaktır.

d) Yıllık ihtiyaç miktarları bir önceki yıl ve yıl içindeki tüketimler ile hizmet kapasitesindeki artış ve azalışlar da göz önüne alınarak gerçekçi bir şekilde belirlenecektir.

e) MKYS'de yıllık ihtiyacı girilmeyen malzemelerin yıllık ihtiyaç miktarları sistem tarafından otomatik olarak 1 (bir) olarak kabul edilecektir. Dolayısıyla fiili stok, stok fazlası modülüne sistem tarafından otomatik olarak yansıtılacaktır.

f) Farmasötik eşdeğer kabul edilen jenerik ilaçlara bağlı ticari müstahzarlar bir arada değerlendirilerek yıllık ihtiyaç miktarları belirlenecektir.

SORU: İhaleler için yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısına dikkat ediliyor mu?

SIRA : 133
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.11.1. Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, ihale idari sözleşmelerinde yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının belirlenmesi (örneğin 12 aylık sözleşmede en fazla 8 sipariş) ve tedarikçinin uhdesinde kalan tüm ürünlerin siparişlerinin birleştirilmesine gayret edilerek kargo maliyetlerinin en aza indirgenmesi sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından 19 Ekim 2016 tarihinde yayımlanan 31899314 barkod sayılı "Stok Tasarruf Eylem Planı" konulu yazıya uygun hareket edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, ihale idari sözleşmelerinde yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının belirlenmesi (örneğin 12 aylık sözleşmede en fazla 8 sipariş) ve tedarikçinin uhdesinde kalan tüm ürünlerin siparişlerinin birleştirilmesine gayret edilerek kargo maliyetlerinin en aza indirgenmesi sağlanmalıdır. Sağlık Bakanlığı tarafından 19 Ekim 2016 tarihinde yayımlanan 31899314 barkod sayılı "Stok Tasarruf Eylem Planı" konulu yazıya uygun hareket edilmelidir. Sağlık tesislerinde etkin stok yönetimi ile sipariş çekerken azami 2 aylık stok düzeyini dikkate alarak ürün talep edilmesi, yıl içinde çekilecek maksimum sipariş sayısının 8'i geçip geçmediği kontrol edilmelidir. Sağlık tesisinde 19 Ekim 2016 tarihinden sonra yapılan ihalelerde değerlendirilecektir.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STOK TAKİP VE ANALİZ DAİRE BAŞKANLIĞI 19 EKİM 2016 TARİH VE 31899314 BARKODLU "STOK TASARRUF EYLEM PLANI" KONULU YAZI

SORU: İş eksilişi yapılan ihaleler için Tedarik Paylaşım Platformu üzerinden İş Eksiliş Belgesi alınmış mı?

SIRA : 134
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.12.1. Birlik stok uzmanları tarafından mevcut ihalelere ait iş eksiltme kalemleri belirlenir. Belirlenen kalemler TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenir. Yükleme

takiben en az 30 gün içinde talep gelmeyen kalemler için sistemden iş eksiltme yapılabileceğine dair bir belge alınır. Belge yazdırılmadığı sürece ilgili kalem ilanda kalır ve sistem kullanıcıları tarafından görülmeye devam eder. Belge yazdırılmadan iş eksiltme yapılamaz.

AÇIKLAMA:

İşlemlerin ilgili mevzuatlara uygun olarak yapılıp yapılmadığı kontrol edilir. Birlik stok uzmanları tarafından mevcut ihalelere ait iş eksiltme kalemleri belirlenmelidir. Belirlenen kalemler TPP sisteminde bulunan ihale işlemleri bölümüne yüklenmelidir. Yükleme takiben en az 30 gün içinde talep gelmeyen kalemler için sistemden iş eksiltme yapılabileceğine dair bir belge alınmalıdır. Belge yazdırılmadığı sürece ilgili kalem ilanda kalır ve sistem kullanıcıları tarafından görülmeye devam eder. Belge yazdırılmadan iş eksiltme yapılamaz.

KAYNAK:

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU STOK TAKİP VE ANALİZ DAİRE BAŞKANLIĞI TEDARİK PAYLAŞIM PLATFORMU KILAVUZU

SORU: Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin yönetimi uygun şekilde gerçekleştiriliyor mu?

SIRA : 135
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.13.1. Tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır. Tehlikeli maddelerin üzerinde tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketler bulunmalıdır.

MD.13.2. Tehlikeli maddelerin depolanması ve taşınması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

MD.13.3. Tehlikeli maddelerin dökülmesi, saçılması ve maruz kalınması durumunda yapılacaklar bilinmeli, Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun hareket edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Tehlikeli maddelerin yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Tehlikeli Madde Yönetimi Talimatına" uygun gerçekleştirilmelidir.

Medikal depolarda bulunan tehlikeli maddelerin listesi tercihen duvara monte PVC kitap şeklinde olmalıdır.

Malzeme kayıtlarında tehlikeli maddenin ismi, markası, etken maddesi, son kullanma tarihi bulunan listelerin hazırlanıp, hazırlanmadığı kontrol edilir.

Tehlikeli maddelerin kullanım şekli, temas halinde yapılacaklar, saklama koşulları, güvenli taşıma şekli, dökülmesi ve tehlikeli maddelere maruz kalınması durumunda yapılacakların,

talimata uygun olarak yapıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Dökülme seti bulunup bulunmadığı sorulmalıdır.

Tehlikeli maddelerin depolarda muhafazasının uygun koşullarda yapıp, yapılmadığı kontrol edilir. Örneğin; Eter, alkol vb. patlayıcı ve yanıcı malzemeler yan yana depolanmamalıdır.

Tehlikeli maddelerin depolardaki yerlerinin tehlikeli madde sınıfını gösteren etiketlerle belirlenip, belirlenmediği kontrol edilmedir.

KAYNAK:

ÇEVRE BAKANLIĞI 20/04/2001 TARİH VE 24379 SAYILI TEHLİKELİ KİMYASALLAR YÖNETMELİĞİ;

MADDE 29 : Zararlı kimyasal madde ve ürünleri; özellikleri, depolamaları ve diğer şekillerdeki iştigalleri sırasında arz edebilecekleri tehlikenin cinsine göre Ek-VIII'de verilen sınıflara ayrılmıştır. Zararlı kimyasal madde ve ürünlerini üretenler, çevre ve insan sağlığına zarar vermeyecek şekilde depolama yapmakla yükümlüdür. Bu maddelerin kötü amaçlı veya sorumsuz kişilerin eline geçmemesi ve amaç dışında kullanılmaması için gerekli önlemler, işletme müdürü, serbest bölgelerde serbest bölge müdürleri tarafından alınır.

Zararlı kimyasal madde ve ürünlerinin bulunduğu depolar, depolanan maddenin oluşturabileceği zararlar göz önüne alınarak, gerekli ısı, izolasyon, yıldırımdan koruma, havalandırma, alarm, yangın söndürme, gibi sistemler ile donatılır ve amacına uygun malzemelerle inşa edilir.

Depolara ve bunların yakınına, depolanan madde veya ürünlerinin yükleme, boşaltma ve kullanımları sırasında ortaya çıkabilecek tehlikeler ve bu tehlikelere karşı korunma önlemleri ile ilgili uyarı işaretleri ve yazıları asılır.

Zararlı kimyasal madde ve ürünleri, ilaç, hayvan ilacı, gıda maddesi, hayvan yemi ve bunların katkı maddeleri ile aynı depolara konulamaz.

Ek-IV'de verilen işaretlerden korozif, az zehirli ve tahriş edici özelliği ile etiketlenmiş olan madde ve ürünlerin depolanmasında, insan ve çevre sağlığı açısından işletmede gerekli yerlerde uyarı levhaları bulundurulur.

Ek-IV'de verilen işaretlerden çok zehirli özelliği ile etiketlenmiş olan madde ve ürünler kilitli mekanlarda depolanır. Bunların depolanması ile sorumlu kişiler, işletme müdürü ve konu ile ilgili personel dışındaki kişilerin bu maddelerle iştigalini önlemek için gerekli önlemleri almakla yükümlüdür.

SORU: Medikal depolar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 136
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.14.1. Duvar ve tavanlar temizlenebilir, rutubet önleyici ve dayanıklı malzemeyle kaplanmış, boyanmış olmalıdır. Boruların (atık su, kalorifer vb.) yalıtımı yapılmış olmalıdır.

MD.14.2. Depo ve raflarda bulunan malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

MD.14.3. Medikal depo alanları yeterli havalandırmaya sahip olmalı ve yeterli iklimlendirme sağlanmalıdır.

MD.14.4. Medikal depo, sağlık tesisinin ihtiyacını karşılayacak yeterlilikte fiziki yapıya sahip olmalı ve depo alanlarında yerleşim planı bulunmalıdır.

MD.14.5. Medikal depoların temizliği, depo sorumlusunun belirlediği temizlik kurallarına göre temizlik personeli tarafından günlük olarak yapılmalıdır. Temizlik formları depo sorumlusunda bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Medikal depolar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Medikal Depo Fiziki Standartları Talimatına uygun fiziki koşullara sahip olmalı ve istenilen şartları sağlamalıdır.

Medikal depo fiziki şartları değerlendirilmelidir.

Yer, duvar ve tavanlar boyanmış olmalı, rutubete karşı önlem alınmalıdır.

Depolardan geçen atık su boruları mutlak suretle açıkta görülmeyecek şekilde kapatılmalı ve yalıtımı sağlanmış olmalıdır. Yalnızca yalıtım yapılmış olması yeterli değildir. Herhangi bir patlama halinde kamu zararı oluşmaması için gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

Depoda bulunan malzemelerin duvar ve zeminle teması bulunmamalıdır. Palet veya rafa yerleştirilmiş şekilde yerle teması kesilmeli, duvara yaslanmayacak şekilde boşluk bırakılmalıdır. Raf sistemi kurulmuş olan depolarda rafların devrilmesini önlemek, çalışan güvenliğini sağlamak ve kamu malına gelebilecek zararı önlemek için rafların birbirine ve duvara monte edilmiş olması gerekmektedir.

Depo belirli aralıklarla haşerelere karşı ilaçlanmalı ve kontrolü idare tarafından yapılmalıdır. Özellikle zemin ve zemin altında bulunan depolarda kemirgen hayvanların girişini engelleyecek tedbirlerin alınmış olması gerekmektedir.

Depo görevlisinin malzeme giriş ve çıkışlarında hata yapma olasılığını önlemek için medikal depolar belirtilen güçte aydınlatma aparatlarıyla aydınlatılmalı, özellikle kör noktalara dikkat edilmelidir. Aydınlatma için çekilen kabloların, kaçak sonucu yangın çıkma ihtimaline karşın topraklanması ve açıkta kablo bulundurulmaması gerekmektedir.

Medikal depo sorumlusu, depo temizlik kurallarını ve temizleme sıklığını belirlemeli, idare tarafından görevlendirilen temizlik personelini deponun fiziki şartları açısından bilgilendirmelidir. Çalışan güvenliği konusunda yanıcı ve yakıcı malzemelerin bulunduğu depoların temizliği esnasında gerekli güvenlik önlemler idare tarafından alınmalıdır. Medikal depo sorumlusu temizlik ve bakım formlarını doldurarak arşivlemeli, gereği halinde hastane idaresine bilgi vermelidir.

Medikal depoda bulunan malzemelerin güvenli depolanmasının sağlanması ve bozulma sonucunda kamu zararı oluşmaması için (örneğin, oda sıcaklığı ve %60-70 bağıl nem gibi saklama koşulları belirlenmiş ilaçların uygun koşullarda saklanmaması durumunda aktivite kaybına uğraması gibi.) depoların iklimlendirilmiş olması gerekmektedir. Yeterli havalandırma alanları oluşturulmalı, hırsızlığa karşı güvenlik önlemleri idare tarafından alınmalıdır.

Medikal depo sorumluları tarafından depo planı oluşturulmalı, malzeme teslimatında ilgili alanlara yerleşimi sağlanmalıdır. Yer değişikliği yapılması halinde liste güncellenmeli ve güncel listeler belirli alanlarda asılı olmalıdır.

Medikal depo yapılacak alan; sağlık tesisinde bulunan malzeme çeşidi, kaplayacakları hacim, istif miktarı gibi kriterler göz önünde bulundurulmak suretiyle seçilmeli, gerekli düzenlemeler yapılmalıdır. Medikal depo sorumlusunun çalışma odası olmalı, verimli çalışma için gerekli imkanlar sağlanmış olmalıdır.

Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

20.10.1999 Tarih 23852 Sayılı Resmi Gazete ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK

MADDE 15- Ecza deposunun, 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde, ürünlerin uygun şartlarda muhafaza edilmelerini ve dağıtılmalarını garanti edecek yeterli ve uygun bina ve alanlara, ekipmana, fiziki yapılanmaya ve bu Kılavuz'da yer alan diğer hususlara uygun halde olmasını sağlamak mecburîdir.

MADDE 16- Ecza deposu, geri çekme işlemlerinin uygun ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlayacak şartları ve 4 üncü maddenin (v) bendinde belirtilen Yönetmelik hükümlerine uygun ve 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde "acil geri çekme plâni" nı haiz olması gerekir.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

2- Kabul ve kontrol, depolama, zararlıların kontrolü, temizlik ve onarım, saklama şartlarının kaydedilmesi, stokların ve sevkiyata hazır ürünlerin güvenliği, kayıtlar, sipariş kayıtları, iade ürünler, geri çekme plâni, iade ürünler için uygulanacak işlemler gibi ürünün kalitesini veya dağıtım aktivitelerini etkileyecek bütün işlemler ve usuller yazılı prosedürler hâlinde belirlenmelidir. Bu prosedürlere dair belgeler, kalite sisteminden sorumlu kişi tarafından tarihli ve imzalı olarak onaylanmalıdır.

5- Binalar ve ekipman, ürünlerin gerektiği şekilde saklanması ve dağıtımı için uygun ve yeterli nitelikte olmalıdır. Yangına karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. Ürünlerin uygun şartlarda saklanması için öngörülen hususlar, uygun aletler ve cihazlar ile izlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır. Ecza deposunun idari bölümü, mal kabul ve sevk bölümü, depolama, red mallar, karantina ana bölümlerinden ve gerekli diğer bölümlerden oluşan şekilde kabul ve sevk işlemlerinin rahatça yapılabilmesini sağlamak üzere yeterli alana sahip olarak ve depoda bulunan bütün ürünlerin uygun sekil ve şartlarda saklanmasını ve dağıtımını emniyete alacak tarzda tasarlanmış olmalıdır. Depo alanlarının yer, duvar ve tavanları su geçirmez, kolay temizlenebilir ve dayanıklı malzemedan yapılmış olmalıdır.

6- Mal teslim alma ve sevk etme yerleri, depolama alanlarından ayrılmış olmalıdır. Boşaltma ve yükleme süresince ürünler kötü hava şartlarından korunmalıdır.

7- Ecza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

9- Kabul kısmı, boşaltma sırasında ürünleri kötü hava şartlarından koruyacak şekilde olmalıdır. Kabul alanı, depo alanlarından ayrı olmalıdır. Kabul sırasında kapların zarar görüp görmediği ve alınan malın sipariş ile aynı olup olmadığı ve raf ömrü kontrol edilir.

10- Özel saklama tedbirleri gerektiren ürünler (meselâ narkotikler, özel saklama şartlarında saklanacak ürünlerdir) kabul sırasında derhal tanımlanmalı; yazılı talimatlarda ve ilgili mevzuatta belirlenen şekilde depolanmalıdır.

13- Depolama alanları, temiz ve çöpten, tozdan ve zararlılardan arındırılmış olmalıdır. Kırılmayı, dökülmeyi, mikroorganizmalar ile bulaşmayı ve çapraz bulaşmayı önleyecek yeterli ve etkili metotlar uygulanmalıdır.

14- Görevlilerin ve yetkililerin dışındaki kişilerin depolama alanlarına girişi önlenmelidir.

15- Uyuşturucu, psikotrop ilâçlar, canlı mikroorganizma içeren ilâçlar ve toksik ilâç ve maddelerin depolandığı yerler, ana depodan ve bir birlerinden ayrılmış olmalı ve kilit altında tutulmalıdır. Bu bölümlerde malların giriş ve çıkış işlemleri, mes'ul müdürün veya kalite güvencesi sorumlusunun veya bunların her ikisinin denetiminde yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

SORU: Depoların güvenliği sağlanmak amacıyla gerekli düzenlemeler yapılmış mı?

SIRA : 137
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR :

MD.15.1. Hırsızlık için gerekli tedbirler alınmalıdır.

MD.15.2. Medikal depo/eczaneye erişim kısıtlanmış olmalıdır.

MD.15.3. Yangın tehlikesi için gerekli tedbirler alınmalıdır.

MD.15.4. Deprem, su basması ve sel felaketlerine karşı gerekli düzenlemeler yapılmalıdır.

MD.15.5. Elektriğe bağlı yaşanacak olumsuzluklara karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. (Elektrik kablosu gibi açıkta aktif kaynak bırakmamak vb.)

AÇIKLAMA:

Eczane ve depolama alanlarının yüksek riskli alanlar olması nedeniyle depoların güvenliği ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskleri azaltılmalıdır. Hırsızlık için medikal depoların kapıları sağlam olmalı, gerekli kamera sistemleri, güvenlik personeli gibi önlemler alınmalıdır.

İlaç ve tıbbi sarf malzeme güvenliği için eczane ve medikal depolara erişim kısıtlanmış olmalı, ilgili birim personeli dışında kişilerin girişini engelleyecek şekilde kartlı, şifreli vb. sistemler kullanılmalıdır.

Yangın tehlikesi için merkezi söndürme sistemleri, yangın tüpleri (yangın tüplerinin kontrol tarihlerine bakılmalıdır) gibi önlemler alınmalıdır.

Su basmaları, sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır.

Deprem riskine karşı malzemelerin sabitlenmesini sağlayacak montaj işlemleri yapılmalıdır.

Elektriksel güvenlik açısından prizler kırık olmamalı, kabloları açıkta, güvenlik riski oluşturacak şekilde bulunmamalıdır. Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

20.10.1999 Tarih 23852 Sayılı Resmî Gazete ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK

MADDE 15- Ecza deposunun, 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde, ürünlerin uygun şartlarda muhafaza edilmelerini ve dağıtılmalarını garanti edecek yeterli ve uygun bina ve alanlara, ekipmana, fiziki yapılanmaya ve bu Kılavuz'da yer alan diğer hususlara uygun halde olmasını sağlamak mecburîdir.

MADDE 16- Ecza deposu, geri çekme işlemlerinin uygun ve etkili bir şekilde gerçekleştirilebilmesini sağlayacak şartları ve 4 üncü maddenin (v) bendinde belirtilen Yönetmelik hükümlerine uygun ve 26 ncı maddeye göre yürürlüğe konulan Kılavuz'da düzenlenen şekilde "acil geri çekme plânı" nı haiz olması gerekir.

İlaçlar ve Ecza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete' de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

2- Kabul ve kontrol, depolama, zararlıların kontrolü, temizlik ve onarım, saklama şartlarının kaydedilmesi, stokların ve sevkiyata hazır ürünlerin güvenliği, kayıtlar, sipariş kayıtları, iade ürünler, geri çekme plânı, iade ürünler için uygulanacak işlemler gibi ürünün kalitesini veya dağıtım aktivitelerini etkileyecek bütün işlemler ve usuller yazılı prosedürler hâlinde belirlenmelidir. Bu prosedürlere dair belgeler, kalite sisteminden sorumlu kişi tarafından tarihli ve imzalı olarak onaylanmalıdır.

5- Binalar ve ekipman, ürünlerin gerektiği şekilde saklanması ve dağıtımı için uygun ve yeterli nitelikte olmalıdır. Yangına karşı gerekli tedbirler alınmalıdır. Ürünlerin uygun şartlarda saklanması için öngörülen hususlar, uygun aletler ve cihazlar ile izlenmeli ve kayıtları tutulmalıdır. Ecza deposunun idari bölümü, mal kabul ve sevk bölümü, depolama, red mallar, karantina ana bölümlerinden ve gerekli diğer bölümlerden oluşan şekilde kabul ve sevk işlemlerinin rahatça yapılabilmesini sağlamak üzere yeterli alana sahip olarak ve depoda bulunan bütün ürünlerin uygun sekil ve şartlarda saklanmasını ve dağıtımını emniyete alacak tarzda tasarlanmış olmalıdır. Depo alanlarının yer, duvar ve tavanları su geçirmez, kolay temizlenebilir ve dayanıklı malzemeden yapılmış olmalıdır.

14- Görevlilerin ve yetkililerin dışındaki kişilerin depolama alanlarına girişi önlenmelidir.

15- Uyuşturucu, psikotrop ilâçlar, canlı mikroorganizma içeren ilâçlar ve toksik ilâç ve maddelerin depolandığı yerler, ana depodan ve birbirlerinden ayrılmış olmalı ve kilit altında tutulmalıdır. Bu bölümlerde malların giriş ve çıkış işlemleri, mes'ul müdürün veya kalite güvencesi sorumlusunun veya bunların her ikisinin denetiminde yapılmalı ve kayıtları tutulmalıdır.

21- Sevk sırasında aşağıdaki hususlara uyulacaktır:

- a) Tanınma işaretleri ve yazılar yok olmamalıdır.
- b) Sevkiyat yapılan ürün, diğerlerine bulaştırılmamalı, diğer ürünler veya materyal ile bulaşmayacak durumda olmalıdır.
- c) Dökülme, kırılma ve hırsızlığa karşı yeterli tedbirler alınmalıdır.
- d) Sevkiyatı yapılan ürünlerin güvenliği sağlanmalı, kabul edilemeyecek derecede sıcaklığa, soğuğa, ışığa, neme veya diğer istenmeyen etkilere veya mikroorganizma veya zararlılara veya zararlılara maruz kalmaları önlenmelidir.

SORU: Medikal depolarda ilaç ve tıbbi sarf malzemeler uygun koşullarda saklanıyor mu?

SIRA : 138
BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.16.1. Medikal depolarda/eczanede ilaç ve tıbbi sarf malzemeleri uygun sıcaklıkta ve nem koşullarında saklanmalıdır.

MD.16.2. Medikal depolarda, sıcaklık ve nem referans değerler aralığında bulunmaması halinde, ilgili yetkiliye uyarı veren (sesli, görsel, mesaj ve elektronik posta) veri aktarımı yapabilen dijital derece/sistemler yoluyla gerçek zamanlı olarak bilgilendirme yapılmalıdır. Dijital derece/sistemlerden rapor alınabilmeli ve elektronik olarak arşivlenmelidir.

MD.16.3. Soğuk zincire tabi ilaçlar ve tıbbi sarf malzemeler, soğuk zincirin kırılmasını engelleyecek şekilde Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatı" doğrultusunda uygun şartlarda muhafaza edilmelidir. Muhafaza sırasında uyarı veren dijital dereceler kullanılmalıdır. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir. (Soğuk zincire tabi ilaç veya tıbbi sarf malzeme bulunmayan depolar muaf tutulacaktır.)

MD.16.4. Işıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır. Listeler güncel tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaçlar ve tıbbi sarf malzemelerin (laboratuvar kitleri dahil) saklama koşulları göz önünde bulundurulmak suretiyle gruplandırılarak depolanmalı ve gerekli saklama koşulları sağlanmalıdır (oda sıcaklığı ve bağıl nem vb.). İlaç, tıbbi sarf malzeme ve hasta güvenliği açısından, ilaçların ve tıbbi sarf malzemelerin depolama süresi boyunca uygun ortamda saklandığından emin olunması için sıcaklık ve nem değerlerinin kritik seviyenin üstüne çıkması veya altına inmesi halinde gerek buzdolabı gerekse oda şartlarında anlık uyarı veren (görsel, işitsel, mesaj, elektronik posta vb.) ve dijital veri aktarımı sağlanabilen dijital dereceler/sistemlerle takip

edilmelidir. Dijital aktarımı sağlayan teknolojiler ile belirli periyotlarda rapor alınıp elektronik olarak arşivlenmelidir.

Edinilen kayıtların referans değerler aralığında bulunmaması halinde bozulma tespit edilirse, depo sorumlusu hastane idaresine bilgi vermeli ve yasal işlemler yapılmalıdır. İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin imhası Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "İlaç ve Tıbbi Sarf Malzeme İmha Talimatı" doğrultusunda gerçekleştirilmelidir.

Sağlık tesisinde soğuk zincire tabi ilaçlar Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan "Soğuk Zincir İlaçlarının Yönetim Talimatına" uygun olarak yönetilmelidir.

Tüm medikal depolarda ışıktan korunması gereken ilaç ve tıbbi malzeme listesi hazırlanarak saklanması Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Işıktan Korunması Gereken İlaçlarla İlgili Talimatına uygun yapılmalıdır. Listelerin güncelliği kontrol edilmelidir.

Bu işleyişlerin uygunluğu kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

İlaçlar ve Eczza Deposunda Bulundurulan Ürünler İle İlgili İyi Dağıtım Ve Muhafaza Uygulamaları Kılavuzu (20 Ekim 1999 tarih ve 23852 sayılı Resmî Gazete’ de yayımlanan "ECZA DEPOLARI VE ECZA DEPOLARINDA BULUNDURULAN ÜRÜNLER HAKKINDA YÖNETMELİK" in 26 ncı maddesi gereğince yürürlüğe konulmuştur.

T.C SAĞLIK BAKANLIĞI ilaç ve Eczacılık Genel Müdürlüğü Genelgesi Sayı:48196 Tarih: 22 Ekim 1999)

7- Eczza deposunda bulunan bütün aletler ve ekipman çalışır durumda olmalı, izleyici alet ve cihazlar kalibre edilmelidir.

11- Tıbbî farmasötik ürünler, tıbbî malzeme, kozmetikler ve benzerleri gibi çeşitli ürün türleri birbirinden ayrı yerlerde depolanır. Her bir ürün, ışıktan, nemden ve sıcaklıktan kaynaklanabilecek zararları önlemek üzere, imalâtçısının belirlenen şartlar altında bulundurulur. Sıcaklık ve nem periyodik olarak izlenir; kaydedilir ve bu kayıtlar düzenli olarak gözden geçirilir.

12- Özel sıcaklıkta saklama öngörülen durumlarda, depolama alanları, istenen şartların dışına çıktığını belirten sıcaklık kaydediciler veya diğer cihazlar ile donatılmalıdır. Bu nitelikteki alanların her yerinde öngörülen şartların sağlandığını gösterecek yeterli cihazlar bulunmalıdır.

SORU: İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miat yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan “Miktar ve Miat Kontrol Talimatına” uygun olarak yapıyor mu? (ilaç, tıbbi sarf malzemeler vb.)

SIRA : 139

BÖLÜM ADI : MEDİKAL DEPO

BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MD.17.1. Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır.

MD.17.2. Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede (Teknik şartnamede) kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir.

MD.17.3. Miat yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miat Uzatımı Çıkış" işlem türü ile yüklenici firmaya çıkışı yapılmalıdır. Yükleniciden gelen uzun miadlı malzemelerde "Miat Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınmalıdır.

MD.17.4. Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerin fiili miktarı ve miadı ile SBYS üzerinde görülen miat ve miktarları uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

İlaç ve tıbbi sarf malzemelerin miktar ve miat yönetimi Sağlık Bakanlığı tarafından yayımlanan Miktar ve Miat Kontrol Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

Tedarikçi firma ile yapılan teknik şartnamelere bakılmalıdır. Genel sekterlik veya bağlı sağlık tesisleri ile tedarikçi firma ile imzalanan teknik şartnamede kullanım süresi 3 ay kalan tüm medikal malzemelerin bildirimleri yapılmalıdır, bu bildirimler doğrultusunda kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan tüm medikal malzemeler fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmeden değiştirilmelidir ibaresi olmalıdır.

Miat yenileme yapılırken tüm medikal malzemeler MKYS üzerinden "Miat Uzatımı Çıkış" işlem türü ile tedarikçi firmaya çıkışı yapıldığı ve tedarikçi firmadan gelen uzun miadlı malzemelerde "Miat Uzatımı Giriş" işlemi ile kayıtlara alınıp alınmadığı kontrol edilmelidir.

3 çeşit ilaç ve tıbbi sarf malzeme depolarda ve çalışma alanlarında son kullanım tarihlerine bakılıp, miktarları sayılmalı, SBYS-MKYS üzerinden de kontrol edilmelidir. Son kullanma tarihi yakın olan medikal malzemelerin çalışma alanlarında olmasına dikkat edilmelidir.

Medikal depoda bulunan ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinden 3 örnek alınır fiili miktar ve miadları SBYS’de görülen miktar ve miadlarla karşılaştırılır. Aynı zamanda SBYS’de görülen ilaç ve tıbbi sarf malzemelerinden 3 örnek alınır miat ve miktarları medikal depodaki fiili miktar ve miadlar ile karşılaştırılır.

KAYNAK:

12.04.2014 TARİH VE 28970 SAYILI RESMİ GAZETEDE YAYIMLANAN ECZACILAR VE ECZANELER HAKKINDA YÖNETMELİK :

MADDE : 7 (d) : İlaçların kullanımı, saklanması ve imhası ile ilgili potansiyel zararlılık risklerine karşı hasta, toplum ve çevre bilinci oluşturulmasını sağlar ve sorunların çözümünde aktif görev alır.

TÜRKİYE KAMU HASTANELERİ KURUMU 2013 TIBBİ HİZMETLER SUNUM REHBERİ: 13.1.Eczane Hizmetleri Sunum Süreci13.1.2. Muayene Kabulü Yapılmış İlaçların İlaç Deposuna Alınması, b) İlaç depolarında görevlendirilmiş kişiler; ilaçların evsafına uygun olarak alınması, depolara yerleştirilmesi, miatlarının kontrolü, miadı yaklaşan ve azalan ürünlerin belirlenmesi işlerini yaparlar ve ilgili kayıtları tutarlar. Miadı azalan ürünlerin, ürünleri getiren firma ile görüşülerek değiştirilmesi, daha önce firma tarafından değiştirilmiş ve kullanılamayacak ürünlerin başka sağlık tesisine sevkinden sorumludurlar.

TKHK 2013/09 SAYILI GENELGE (STOK YÖNETİMİ VE TAŞINIR MAL UYGULAMALARI)

6. Taşınır İşlemlerine İlişkin Diğer Hususlar;

c) Taşınır Mal Yönetmeliğinin 27 inci maddesinin 5 inci fıkrasında; “Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır” şeklinde yer alan hükme istinaden değiştirilecek taşınırlar MKYS üzerinde “Miat Uzatımı Çıkış” işlem türü ile kayıttan düşülür. Çıkış birimi olarak iadenin yapıldığı ilgili firma adı seçilir. İade edilen taşınır yerine alınan uzun miadlı taşınır ise “Miat Uzatımı Giriş” işlemi ile kayıtlara alınır.

TEKNİK HİZMETLER

Soru: Jeneratörlerin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA : 140
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH 1.1. Bağlı bulunulan ilin enerji dağıtım şirketinden alınmış geçici veya kesin kabul belgesi olmalıdır.

TH 1.2. Jeneratörlerin günlük kontrol ve periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalı, arızada kalma sürelerini gösteren kayıtlar tutulmalıdır.

AÇIKLAMA :

Sağlık tesislerinde aktif olarak kullanılan jeneratörlerin ilgili yönetmeliğine göre; bağlı bulunulan ilin enerji dağıtım şirketi tarafından düzenlenmiş geçici ya da kesin kabul belgesi olmalıdır. Geçici kabul komisyonunca belirlenmiş eksik, noksan, hata vb. işlemler tamamlanmalıdır. Jeneratörlerin, günlük kontrolleri ve periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı, bu bakımlar için düzenlenmiş teknik servis formları dosyalanmalıdır. Arızada kaldığı süreler ise kayıt altına alınmalıdır.

KAYNAK:

02.09.1988 tarih ve 19917 sayılı Elektrik Enerjisi İmdat Grupları ve Otoproduktör Tesisleri Ruhsat Yönetmeliği
30.12.2014 tarih ve 29221 sayılı Elektrik Tesisleri Proje Yönetmeliği
06.11.2015 tarihli ve 29524 sayılı Elektrik Üretim Tesisleri Kabul Yönetmeliği

Soru: İklimlendirme ve klima sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapılıyor mu?

SIRA : 141
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.2.1. Periyodik dönemlerde iklimlendirme ve klima sistemlerine yapılmış bakımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

İklimlendirme ve klima sistemleri, kuruldukları ortamdaki havanın optimum sıcaklık ve neme sahip olmasını sağlamalı, havanın içinde bulunan bakteri ve kirli havayı filtrelerinde süzerek daha sağlıklı bir ortam oluşturmaktadır. İklimlendirme ve klima sistemlerine; periyodik

dönemlerde, klima gazı, filtre değişimi vb. bakımlar yapılmalı ve düzenlenen teknik servis formları dosyalanmalıdır.

KAYNAK:

05.12.2008 tarih ve 27075 sayılı Binalarda Enerji Performansı Yönetmeliği

27.10.2011 tarih ve 28097 sayılı Enerji Kaynaklarının ve Enerjinin Kullanımında Verimliliğin Artırılmasına Dair Yönetmelik

Soru: Asansörlerin güvenli kullanımına yönelik, gerekli düzenlemeler sağlanmış mı?

SIRA : 142

BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER

BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.3.1. Yeni veya mevcut asansörlerin, belediye veya belediye sınırları dışında kalanlar için il özel idaresi tarafından onaylanmış tescil belgesi olmalıdır.

TH.3.2. Yılda en az bir kez Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının yetkilendirmiş olduğu ve ilgili idarenin (belediye – il özel idaresi) protokol imzaladığı akreditasyon belgeli A tipi muayene kuruluşuna yaptırılmış güncel tarihli uygunluk belgesi bulunmalıdır.

TH.3.3. Uygunluk belgesinde belirtilen güncel tarihli bilgi etiketleri, kabin içerisinde rahatlıkla görülebilecek bir şekilde yapıştırılmış olmalıdır.

TH.3.4. Asansörlerin günlük kontrol ve periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalı, arızada kalma sürelerini gösteren kayıtlar tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Yeni asansörler piyasaya arz edildiği tarih itibarıyla otuz gün içerisinde monte eden firma tarafından, bir defaya mahsus olmak üzere ilgili idareye (belediye – il özel idaresi) tescil ettirilir. Tescilden önce asansörün, ilk periyodik kontrolünün yapılmış ve yeşil bilgi etiketinin yapıştırılmış olması gerekmektedir. Uygun görülen tescil başvurusu neticesinde, onaylı tescil belgesi ilgili idare tarafından düzenlenir ve asansör monte edene sunulur. Mevcut asansörler ise; A tipi muayene kuruluşu tarafından tespiti yapıp güvenlik seviyesi artırıldıktan sonra, bir defaya mahsus olmak üzere ilgili idare tarafından tescil edilir. Sağlık tesisi yönetimi, mevcut asansörün güvenlik seviyesinin TS EN 81-80 standardına göre artırıldığını ispatlayan ve yeşil etiket almış periyodik kontrol raporuyla, ilgili idareye 30 gün içerisinde başvurur. Mevcut asansörün tescil belgesi, ilgili idare tarafından düzenlenir ve bina sorumlusuna sunulur. Mevcut asansörlerin uygunluk kontrolü, yılda en az bir kez Bilim, Sanayi ve Teknoloji Bakanlığının yetkilendirmiş olduğu ve ilgili idarenin (belediye – il özel idaresi) protokol imzaladığı akreditasyon belgeli A tipi muayene kuruluşu tarafından yapılmış olmalıdır. Bu kontrol sonucu verilen; yeşil (kusursuz), mavi (hafif kusurlu), sarı (kusurlu) ve kırmızı (güvensiz) renkli güncel tarihli bilgi etiketleri asansör kabinlerinin görünen kısımlarına yapıştırılmalıdır. Kırmızı renkli

bilgi etiketi iliştirilen asansörün kullanımına izin verilmez ve bu asansörün en fazla otuz gün içerisinde güvenli hale getirilmesi, sarı renkli bilgi etiketi iliştirilmiş olan asansördeki uygunsuzlukların ise en fazla altmış gün içerisinde giderilmesi sağlık tesisi yönetimi tarafından sağlanır. Bu sürelerin, A tipi muayene kuruluşu tarafından takip ve kontrolü yapılır. Takip ve kontrol neticesinde güvenli hale getirilmediği belirlenen asansörler, ilgili idare tarafından mühürlenerek hizmetten men edilir. Mavi renkli bilgi etiketi iliştirilmiş olan asansörlerde belirlenen uygunsuzlukların ise, bir sonraki periyodik kontrole kadar giderilmesi sağlık tesisi yönetimi tarafından sağlanmalıdır. Asansörlere bakım- onarım sözleşmesi gereğince yetkili servisleri tarafından periyodik bakımları yapılmalı ve düzenlenen bakım formları dosyalanmalıdır. Arızada kaldığı süreler ise kayıt altına alınmalıdır. Asansörü bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

24.06.2015 tarih ve 29396 sayılı Asansör İşletme, Bakım ve Periyodik Kontrol Yönetmeliği
27.01.2016 tarih ve 29606 sayılı Asansör Piyasa Gözetimi ve Denetimi Yönetmeliği

Soru: Sağlık tesisinde medikal gaz, elektrik, su, iletişim vb. giderlerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 143
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.4.1. Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir.

TH.4.2. “Enerji Tüketim Takip Modülüne” elektrik, su, yakıt vb. faturalarının veri girişleri, görevlendirilmiş personel tarafından düzenli olarak yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin medikal gaz, elektrik, su, yakıt, tıbbi atık, haberleşme, kira vb. giderleri aylık olarak aşağıdaki tabloya uygun şekilde SBYS’de oluşturulacak “Yönetici Takip Ekranı” ile takip edilmelidir. Yönetim tarafından analizi yapılarak, tasarruf yapılabilecek alanlar için düzenlemeler yapılmalıdır.

Sağlık tesislerimizde kullanılan elektrik, doğalgaz ve su giderlerinin takibi, verilerin değerlendirilmesi, yapılan analizlerin etkin olması, gerekli önlemlerin alınması ve yakıt dönüşüm finansman çalışmalarının etkin yapılabilmesi için fatura girişlerinin ilk ve son endeks dönemlerine göre; MKYS/Enerji Tüketim Takip Modülüne eksiksiz, doğru ve zamanında yapılması gerekmektedir. Sağlık tesislerinde sisteme fatura girişi yapacak kişinin belirlenmiş ve sistemdeki iletişim bilgilerinin güncel olması gerekmektedir. MKYS/Enerji Tüketim Takip

Modülü/İletişim Bilgileri sekmesindeki bilgilerin güncelliği ve sorgulama neticesinde fatura kayıt bilgilerinin düzenli olarak girişlerinin yapıp yapılmadığı kontrol edilir.

..... Yılı Gider Takip Tablosu						
GİDER TÜRÜ	OCAK	ŞUBAT	MART	TOPLAM
Medikal gaz						
Elektrik						
Su						
Yakıt						
Tıbbi atık						
İletişim (Telefon, internet vb.)						
Kira						
.....						
TOPLAM						

KAYNAK:

01.08.2013 tarih ve 5454.3278 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Enerji Tüketim Takip Modülü Veri Girişleri Hk. Yazısı

İlgi (a) ve (b) yazılarımızda Sağlık tesislerinin, elektrik, doğalgaz ve su giderlerinin takibi ve verilerin değerlendirilmesi, yapılan analizlerin etkin olması, elektrik ve su konusunda iller arasında oluşabilecek fiyat farklılıklarının tespit edilerek gerekli önlemlerin alınmasının sağlanması, yakıt dönüşümünün finansman çalışmalarını etkin yapılabilmesi için TKHK'nın web uygulamaları içerisinde yer alan Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi içerisindeki Enerji Tüketim Takip Modülü'ne veri girişlerinin eksiksiz, doğru ve zamanında yapılması gerektiği belirtilmektedir.

29.04.2014 tarih ve 20145514.143/840 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Enerji Tüketim Takip Modülü Veri Girişleri Hk. Yazısı

Sağlık kuruluşlarının elektrik, doğalgaz ve su giderleri Verimlilik Karnesi İdari Kriterler Grubunda yer alan İ-12 ve İ-AD-08 kodlu "Enerji Sarfıyatı" gösterge puanlarına göre de analiz edilmektedir. Bu bağlamda elektrik, doğalgaz ve su gider analizlerinin sağlıklı yapılabilmesi için Kurumumuz web uygulamalarında yer alan Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi "MKYS" içerisindeki Enerji Takip Modülü'ne sağlık kuruluşlarımız tarafından veri girişlerinin zamanında ve doğru yapılması önem arz etmektedir.

Enerji Tüketim Takip Modülüne veri girişi ve modülün işletilmesi ile ilgili iş ve işlemler için Tıbbi Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı Tıbbi Cihaz ve Yatırım Planlama Daire Başkanlığı ile iletişime geçilmesi, söz konusu modüle zamanında, doğru ve güvenilir bir şekilde veri girişlerinin yapılması için Genel Sekreterliğinize bağlı sağlık kuruluşlarının bilgilendirilmesi ve takibinin tarafınızca titizlikle yürütülmesi hususunda;

Soru: Kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapıyor mu?

SIRA : 144
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.5.1. Ameliyathane, yoğun bakım, acil servis, görüntüleme merkezleri vb. hizmet alanlarını besleyen UPS'lerin günlük kontrol ve periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalı, arızada kalma sürelerini gösteren kayıtlar tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde bulunan ameliyathane, yoğun bakım, acil servis, görüntüleme merkezleri gibi hizmet alanlarında bulunan yaşam destek cihazları ile görüntüleme cihazları elektrik dalgalanmaları ve şebeke kesintilerine karşı korunmalıdır. Bu koruma için kullanılacak olan kesintisiz güç kaynaklarının (UPS), bakım-onarım sözleşmesinde belirtilen dönemlerde, bakımları yapılmalı ve bakım formları saklanmalıdır. UPS odaları aşırı sıcak ise, akülerin uzun ömürlü olması, verimli çalışması ve patlamaması açısından gerekli soğutma işlemleri (klima vb.) yapılmalıdır. UPS'lerin günlük kontrolleri ve periyodik dönemlerde bakımları yapılmalı, bu bakımlar için düzenlenmiş teknik servis formları dosyalanmalıdır. Arızada kaldığı süreler ise kayıt altına alınmalıdır.

Soru : Merkezi gaz sistemlerinin, bakım ve kontrolleri düzenli olarak yapıyor mu?

SIRA : 145
BÖLÜM ADI : TEKNİK HİZMETLER
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

TH.6.1. Medikal gazların, basınç ve akış kontrolleri günlük olarak yapılmalı ve değerler kayıt altına alınmalıdır.

TH.6.2. Medikal gaz merkezlerinde, olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren aktif alarm sistemleri bulunmalıdır.

TH.6.3. Merkez ve kat kontrol panolarının; periyodik dönemlere ait bakım formları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık hizmeti sunumunun aksamaması için; oksijen, azot, vakum ve medikal havanın basınç (bar) değerleri günlük olarak kontrol edilmeli, gözlemlenen değerler kayıt altına alınmalıdır. Gaz

merkezlerinde, olumsuz durumlarda işitsel ve görsel uyarı veren alarm sistemlerinin aktif olarak çalışması gerekmektedir. Merkezi gaz sistemi ve kat kontrol panolarına yapılan bakım ve onarımlara ait teknik servis formları bulunmalıdır.

Merkezi gaz sistemi bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

AYNIYAT DEPO

Soru: Ayniyat depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi'nden alınıyor mu?

SIRA : 146
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.1.1. Ayniyat depolarında yapılan (giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS'den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

AÇIKLAMA :

SBYS'de yapılan ve entegrasyon ile MKYS'ye gönderilen işlem hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda SBYS veri ve evraklarının resmi geçerliliği olmadığından, ayniyat depolarında yapılan tüm işlemlere ait taşınır işlem fişlerinin, MKYS sisteminden alınması ve imzalı olarak dosyalanması gerekmektedir. Satınalma giriş fişlerinin teslim eden kısmı, ilgili firma yetkilisi tarafından imzalanamıyor ise, muayene komisyon başkanı tarafından imzalanmalıdır. Son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait taşınır işlem fişleri kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

Kamu idarelerince yapılabilecek düzenlemeler ile defter ve belgelerin elektronik ortamda tutulması MADDE 11

(1) Taşınırın tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak defter, belge ve cetvellerin elektronik ortamda tutulması ve düzenlenmesi esastır.

(2) Kamu idareleri, bu Yönetmelikte belirlenen esas ve usullere bağlı kalmak ve Bakanlığın uygun görüşünü almak koşuluyla özel düzenleme yapabilir ve gereken hallerde bu Yönetmelikte yer alan defter, belge ve cetveller yanında başka defter, belge ve cetveller de kullanabilirler.

(3) Elektronik ortamda düzenlenen defter, belge ve cetvellerde gerekli görülmesi halinde ilave sütun ve satır açılabilir.

Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği

Merkezî yönetim kapsamındaki kamu idarelerinde malî işlemlerin gerçekleştirilmesi ve muhasebeleştirilmesi kapsamında, harcamalarda ödeme belgesine bağlanacak kanıtlayıcı belgeleri (taşınır işlem fişi vb.) ve bunlardan bu yönetmelikte düzenlenmesi gerekenlerin şekil ve türlerini belirtmektedir.

Soru: Ayniyat dayanlı taşınır depolarında yapılan H.E.K. ve Kullanılmaz Hale Gelme/Yok Olma işlemleri yönetmeliklere uygun yapıyor mu?

SIRA : 147
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.2.1. Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.

AD.2.2. Hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemi yapılacak taşınırlar için, durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

AD.2.3. Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, Makina ve Kimya Endüstrisi Kurumu (MKEK) veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.

AD.2.4. Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

AD.2.5. Hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe ise, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne; döner sermaye ise kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Ekonomik ömrünü tamamlamış veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından değerlendirilir. Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlar için düzenlenen durum tespit raporuna istinaden, kayıttan düşme teklif onay tutanağı komisyon tarafından imzalanır ve harcama yetkilisi onayına sunulur. Onaya istinaden, taşınırlar “**Hurdaya Ayırma**” işlemi ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Kayıtlardan çıkartılan taşınırların teslim alınması için, MKEK veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne müracaat edilir. MKEK ve Milli Emlak Müdürlüğü tarafından altı ay içinde teslim alınmayan hurdaların satışı, 2886 Devlet İhale Kanunu'na göre yapılabilir. Hurdaları teslim alan kurum ya da firma yetkilisine, taşınır işlem fişinin teslim alan kısmı imzalatılır.

Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılmaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtildikten sonra Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına istinaden “**Kullanılmaz Hale Gelme/Yok Olma**” ile Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

Yapılan hurda veya kullanılmaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe ise, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne;

döner sermaye ise kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

Taşıtların hurda onayı, 237 Sayılı Taşıt Kanunu'na göre bakanlık onayına tabidir. Türk Bayrağı ve resmi mühür gibi özellikli taşınırların H.E.K işlemleri ise; ilgili kanun ve yönetmeliklere göre yapılır. Yıl içinde yapılmış hurda işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

Kullanılmaz hale gelme, yok olma veya sayım noksanı nedeniyle çıkış: MADDE 27-

(1) Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

(2) Eskimiş, solmuş, yırtılmış ve kullanılamayacak duruma gelmiş bayrakların Türk Bayrağı Tüzüğü'nün 38 inci maddesi uyarınca çıkarılan Eskimiş, Solmuş, Yırtılmış ve Kullanılamayacak Duruma Gelmiş Bayrakların Yok Edilmesi Usul ve Esaslarını Gösterir Yönetmelik hükümleri gereğince ilgili yerlere teslim edilmesinde de birinci fıkra hükmü uygulanır.

(3) Birinci ve ikinci fıkralarda belirtilen hallerde kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtilir ve 5 inci madde hükmüne göre işlem yapılır.

(4) Garanti veya sigorta taahhütnamesi kapsamında yenisi ile değiştirilmek üzere yüklenicisine iade edilen taşınırlar Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

(5) Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

Hurdaya ayırma nedeniyle çıkış: MADDE 28 –

(1) Ekonomik ömrünü tamamlamış olan veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmemekle hizmet dışı bırakılması gerektiği ilgililer veya özel mevzuatı çerçevesinde oluşturulan komisyon tarafından bildirilen taşınırlar, biri işin uzmanı olmak kaydıyla harcama yetkilisinin belirleyeceği en az üç kişiden oluşan komisyon tarafından değerlendirilir. Yeterli sayı veya nitelikte personel bulunmaması halinde komisyonlar diğer kamu idarelerinden talep edilecek üyelerin katılımıyla oluşturulabilir.

(2) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda hurdaya ayrılması uygun görülmeyen taşınırlar hakkındaki gerekçeli karar harcama yetkilisine bildirilir.

(3) Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilenler için ise Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı düzenlenir.

(4) Hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlar harcama yetkilisinin onayı ile kayıtlardan çıkarılır.

(5) Birinci fıkraya göre harcama yetkilisince oluşturulacak komisyon tarafından ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayı ile imha edilir. İmha, komisyon veya komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir. İmha işleminde özel mevzuat hükümleri öncelikle dikkate alınır.

(6) Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınırlar Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağının bir nüshası bağlanır.

(7) İlgili mevzuatı gereğince, kasko sigortası yaptırılmış taşıt ve iş makineleri ile ekipmanın risk sonrası hurdaya ayrılarak kayıtlardan çıkarılması durumunda hurdası, kasko sigortası genel şartlarına dayanılarak sigorta şirketine verilebilir. Bu durumda rizikonun gerçekleşmesi anındaki gerçeğe uygun değeri sigorta şirketinden tahsil edilir.

Soru: Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene komisyonlarında, taşınır kayıt yetkilisi bulunuyor mu?

SIRA : 148
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.3.1 Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene kabul ve hizmeti ifa komisyonlarında, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi üye olarak bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Mal alımlarında bir başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç kişiden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur. Muayene ve kabul komisyonu, öncelikle bu malı kullanacak birimlerde çalışan görevlilerden oluşturulmalıdır. Ayniyat depolarına girişi yapılacak taşınırların muayene kabul, hizmeti ifa vb. işlemlerinde, ayniyat depolarından sorumlu taşınır kayıt yetkilisi komisyon üyesi olarak bulunmalıdır. Muayenesi yapılan son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme muayene kabul ve hizmeti ifa tutanakları kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı Resmi Gazetede Yayımlanan Mal Alımları Denetim Muayene ve Kabul İşlemlerine Dair Yönetmelik Madde 6- Yetkili makam tarafından biri başkan, biri işin uzmanı olmak üzere en az üç veya daha fazla tek sayıda kişi ile yedek üyelerden oluşan muayene ve kabul komisyonları kurulur. Ancak, ilgili idarede yeterli sayıda veya işin özelliğine uygun nitelikte uzman personel bulunmaması durumunda, 4734 sayılı Kanuna tabi idarelerden uzman personel görevlendirilebilir. Ara denetimi gerçekleştiren personel muayene kabul komisyonlarında görevlendirilebilir. Ancak, muayene ve kabul komisyonlarında görevlendirilen personelin tamamı ara denetimi gerçekleştiren personelden oluşturulamaz. Özellikleri dolayısıyla kısa sürede nitelikleri değişebilen veya günlük teslimat konu olan malların muayene ve kabul işlemlerinin etkin bir şekilde yürütülebilmesi için idareler, muayene ve kabul komisyonunu öncelikle bu malı kullanacak birimlerde çalışan görevlilerden kurarlar.

Soru: Taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA : 149
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.4.1. Sağlık tesisinin tüm depolarında (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) görevli taşınır kayıt yetkililerine; Taşınır Mal Yönetmeliği, MKYS iş ve işlemleri hakkındaki eğitimler, her yıl İl Sağlık Müdürlüklerinde görevli İl Konsolide Yetkilisi tarafından verilmiş olmalıdır.

AD.4.2. Eğitim planı oluşturulmalı, plana uygun eğitimler gerçekleştirilmeli, eğitim içeriği hakkında dokümanlar ile katılımcı kayıtları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin tüm depolarında görevli taşınır kayıt yetkililerine; depo yönetimi, MKYS kullanıcı ve Taşınır Mal Yönetmeliği'ne uygun yapacağı iş ve işlemler hakkındaki eğitimler, her yıl en az bir kez İl Sağlık Müdürlüklerinde görevli İl Konsolide Yetkilisi tarafından verilmelidir. Verilen eğitimlerin planı ve içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, taşınırıcıların bu eğitimleri aldığına dair kayıtlar tutulmalıdır.

Soru: Ayniyat depoların yönetimine ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA : 150
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.5.1. Ayniyat depoların yönetimine ilişkin mevzuata uygun oluşturulacak organizasyon yapısında sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Sağlık Bakanlığı dahilinde ulaşılabilecek iletişim kanalları belirlenmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde depo sorumluluk alanlarının oluşturulması ve ayniyat depolarından sorumlu Taşınır Kayıt Yetkililerinin gerekli durumlarda kimler ile iletişime geçeceği belirlenmelidir. Sağlık tesisindeki idari amirine ve taşınır kontrol yetkilisine, İl Sağlık Müdürlüğü'ndeki konsolide yetkilisi ve stok yönetimine, Sağlık Bakanlığı'ndaki bölge ve il sorumlularına ilişkin iletişim kanalları ve bilgilerinin yer aldığı bir organizasyon yapısı dökümanla edilmiş olmalıdır.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan bağış ve hibe işlemleri, ilgili yönetmeliğe göre yapılıyor mu?

SIRA : 151
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.6.1. Ayniyat, biyomedikal ve medikal depolara yapılacak bağışlar için; bağış yapacak kişinin yazdığı ve bağışın niteliğini belirten dilekçesi olmalıdır.

AD.6.2. Dilekçeye istinaden, yapılacak bağışın kabul edildiğine dair başhekimin onay yazısı olmalıdır.

AD.6.3. Fiyatı belgelendirilmemiş (fatura vb.) bağışlar için, değer tespit komisyonu tarafından tutarlar belirlenmiş olmalıdır.

AD.6.4. Bağış yapılan malzemeler için düzenlenen taşınır işlem fişleri, ilgili muhasebe birimine ve bir nüshası da bağışı yapan kişiye gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Bağış yapacak kişinin hastane yöneticiliğine yazdığı, yapacağı bağışın nitelik ve miktarını belirten dilekçesi ilgi tutularak, MKYS giriş kaydı için başhekimden onay alınmalıdır. Onay yazısına alınan tarih/sayı giriş işleminin dayanağı kabul edilir. Yapılan bağışın fiyatını belirten belge (fatura vb.) yok ise; en az 3 kişiden oluşan değer tespit komisyonu tarafından taşınırların tutarı belirlenmiş olmalıdır. Bağış yapılacak taşınırlar teslim alındığında, “**Bağış ve Yardım**” işlemi ile kayıtlara alınır. Taşınır işlem fişinin bir nüshası üst yazı ile bağış ve yardımı edene, diğer nüshası ise ilgili muhasebe birimine gönderilir.

Yıl içinde yapılmış bağış ve hibe işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

Bağış ve yardım yoluyla edinilen taşınırların girişi: MADDE 16 –

(1) Kanunun 40 ıncı maddesi ile diğer mevzuat çerçevesinde bağış ve yardım olarak edinilen taşınırlar teslim alındığında, taşınır kayıt yetkilisi tarafından Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlara alınır. Fişin birinci nüshası bağış ve yardım edene verilir veya gönderilir.

5018 Kamu Mali Yönetimi ve Kontrol Kanunu Madde 40- Bağış ve Yardımlar:

Herhangi bir gerçek veya tüzel kişi tarafından, kamu hizmetinin karşılığı olarak veya kamu hizmetleriyle ilişkilendirilerek bağış veya yardım toplanamaz, benzeri adlar altında tahsilat yapılamaz. Kamu idarelerine yapılan her türlü bağış ve yardımlar gelir kaydedilir. Nakdi olmayan bağış ve yardımlar, ilgili mevzuatına göre değerlemeye tâbi tutularak kayıtlara alınır.

Soru: Sağlık tesisi depolarında yapılan tüketimlerin çıkış bildirimleri, ilgili dönemlerde muhasebe birimlerine gönderiliyor mu?

SIRA : 152
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.7.1. Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan döner sermaye tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, birer aylık dönemlerde ayın altısına kadar üst yazı ile ilgili saymanlıklara gönderilmelidir.

AD.7.2. Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan genel bütçe tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, üçer aylık dönemlerde ayın altısına kadar üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüklerine gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan her türlü giriş, çıkış devir, tüketim vb. işlemler için düzenlenen tüketim çıkış bildirimlerinin ayın altısına kadar, ilgili muhasebe birimlerine gönderilmesi mecburidir. Döner sermaye tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi, muhasebe işlem fişi veya üst yazı ile birlikte her ay sonu ilgili saymanlığa, genel bütçe tüketim çıkış bildirimlerinin onaylı listesi (tüketim çıkışı yapılmış ise) üçer aylık (mart-haziran-eylül-aralık sonu) dönemlerde üst yazı ile ilgili defterdarlık/malmüdürlüğü'ne gönderilmiş olmalıdır. Döner sermaye tüketimlerinin saymanlıklar tarafından TDMS'ye, genel bütçe tüketimlerinin ise defterdarlık veya mal müdürlükleri tarafından KBS'ye işlenmesi zorunludur.

KAYNAK:

Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi: MADDE 30 –

(1) Taşınır kayıt yetkilileri tarafından, kamu idarelerinin muhasebe kayıtlarında ilgili stok ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırlardan; satınalma suretiyle edinilenlerin giriş işlemleri ile değer artırıcı harcamalar için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde, muhasebe birimine gönderilir. Diğer şekillerde edinilen taşınırların girişleri ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırların çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin birer nüshasının, düzenleme tarihini takip eden en geç on gün içinde ve her durumda malî yıl sona ermeden önce muhasebe birimine gönderilmesi zorunludur. Ancak aynı muhasebe biriminden hizmet alan, aynı kamu idaresinin harcama birimleri arasında yapılan taşınır devirlerinde, devreden harcama birimince düzenlenen Taşınır İşlem Fişi muhasebe birimine gönderilmez. (2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı"nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.

Soru: Ayniyat demirbaş depolarda kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların, taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) mevcut mu?

SIRA : 153
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.8.1. Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimmet) işlemleri, MKYS'de güncel olarak yapılmış olmalıdır.

AD.8.2. Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmeli, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası dosyada diğer nüshası da zimmet sahibinde bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Ayniyat dayanıklı taşınırlar, taşınır istek belgesi ile talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınırlar, taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) düzenlenerek ve karşılıklı imza ile kullanıma verilir. Taşınır teslim belgesinde malzemenin cinsi, miktarı, taşınır kodu belirtilmelidir. Fişin bir nüshası ayniyat dosyasında saklanır, diğer nüshası ise zimmet sahibine verilir. Oda, salon, servis gibi ortak alanlara verilen taşınırlar, istek yapan birim yetkilisinin veya ortak kullanım alanı sorumlusunun imzası alınarak teslim edilir. Kişi veya ortak kullanıma verilen ayniyat dayanıklı taşınırların MKYS'deki kişi kullanıma verme (zimmet) bilgileri ile zimmet sahiplerine verilen teslim belgelerindeki bilgiler uyumlu ve güncel olmalıdır. Son yapılan 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

Dayanıklı taşınırların kullanıma verilmesi: MADDE 23 –

(1) Tesis, taşıt ve iş makineleri haricindeki dayanıklı taşınırlar Taşınır İstek Belgesi düzenlenmek suretiyle talep edilir. Talep edilen dayanıklı taşınırlar 6/A örnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenerek kullanıma verilir.

(2) Kara taşıt ve iş makinelerinin yetkili makamın onayına istinaden yönetiminden sorumlu görevliye veya kullanıcıya verilmesinde ise 6 örnek numaralı Taşınır Teslim Belgesi düzenlenir.

(3) Kara taşıtlarının dışındaki taşıtların sorumluya veya kullanıcılarına devir ve teslimine ilişkin usul ve düzenlenecek belgeler kamu idarelerince ayrıca belirlenir.

(4) Taşınır Teslim Belgesine dayanılarak Dayanıklı Taşınırlar Defterine gerekli kayıtlar yapılır. Fişin birinci nüshası dosyasında saklanır. İkinci nüshası Taşınır Teslim Belgesiyle taşınır teslim edilen görevlilere verilir.

(5) Taşınırlar; oda, büro, bölüm, geçit, salon, atölye, garaj ve servis gibi ortak kullanım alanlarına Dayanıklı Taşınırlar Listesi düzenlenmek ve istek yapan birim yetkilisinin ve/veya varsa ortak kullanım alanı sorumlusunun imzası alınmak suretiyle verilir.

Sorumluluk: MADDE 5 –

(3) Kamu idarelerine ait taşınırların muhafazası ile görevli olan veya kendilerine kullanılmak üzere taşınır teslim edilen kamu görevlileri bu taşınırları en iyi şekilde muhafaza etmek, gerekli bakım ve onarımlarını yapmak veya yaptırmak, veriliş amacına uygun bir şekilde kullanmak ve görevin sona ermesi veya görevden ayrılma halinde iade etmek zorundadırlar.

(4) Kamu görevlilerinin kullanımına verilen dayanıklı taşınırlar, kullanıcıları tarafından başkasına devredilemez. Kullanıcılarının görevden ayrılması halinde söz konusu taşınırların ambara iade edilmesi zorunludur. Bu şekilde teslim yapılmadan personelin kurumla ilişkisi kesilmez.

(5) Taşınırların muhafazasından ve yönetilmesinden sorumlu olanların, gerekli tedbirlerin alınmaması veya özenin gösterilmemesi nedeniyle taşınırın kullanılmaz hale gelmesi veya yok olması sonucunda sebep oldukları kamu zararları hakkında, 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

(6) Kullanılmak üzere kendilerine taşınır teslim edilen kamu görevlilerinin kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik ya da dikkatsizlikleri nedeniyle oluşan kamu zararı, değer tespit komisyonu tarafından tespit edilecek gerçeğe uygun değer üzerinden, ilgili mevzuat hükümleri uygulanmak suretiyle tahsil edilir. Ortak kullanım alanına tahsis edilen dayanıklı taşınırlarda meydana gelen kamu zararı ise zararın oluşmasında kasıt, kusur veya ihmali olanlardan tahsil edilir.

Soru: Tüm depolarda yapılan işlemlerin (giriş, çıkış vb.) MKYS/TDMS ve MKYS/KBS hesap uyumlulukları sağlanıyor mu?

SIRA : 154
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.9.1. Saymanlıklara bildiri yapılan döner sermaye hesaplarının, aylık olarak MKYS/TDMS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.

AD.9.2. Defterdarlık veya mal müdürlüğü'ne bildiri yapılan genel bütçe hesaplarının, üçer aylık dönemlerde MKYS/KBS hesap uyumluluğu sağlanmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş, çıkış devir, tüketim vb. işlemler için düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, belirtilen sürelerde muhasebe birimlerine gönderilmesi mecburidir. Döner sermaye işlemlerinin saymanlıklar tarafından TDMS'ye, genel bütçe işlemlerinin ise; defterdarlık ya da mal müdürlükleri tarafından KBS'ye ilgili dönemlerde işlenmesi zorunludur. Muhasebe birimleri tarafından bildirimlerin ilgili hesaplara doğru şekilde işlenip işlenmediğinin kontrolü için, MKYS/TDMS hesap karşılaştırmaları her ay, MKYS/KBS hesap karşılaştırmaları

ise üçer aylık dönemlerde taşınır kayıt yetkilileri tarafından yapılmalıdır. İlgili dönemlere II. düzey detay kodu itibarıyla kaydedilmeyen işlemler için, bağlı bulunulan muhasebe birimi ile irtibata geçilip, gerekli kayıtların yapılması sağlanmalıdır.

KAYNAK:

Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi: MADDE 30 –

(2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı'nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılan tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında, ambarlar arası devir işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?

SIRA : 155
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.10.1. Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan ambarlar arası devir çıkış ve giriş işlemlerinde, taşınır kodu, miktar ve tutar farkı olmamalıdır.

AÇIKLAMA:

MKYS'de yapılan malzeme sınıflandırma ya da kod değişikliği çalışmalarından dolayı; ayniyat depo hesap kodlarından çıkartılan taşınırların ilgili ambarlara devredilmesi ya da diğer ambarlardan devri yapılan taşınırların ayniyat depolara girişinin yapılması gerekmektedir. Ambarlar arası devredilecek taşınırlar belirlendikten sonra "**Devir-Ambarlar Arası Devir**" çıkış işlemi ile ilgili ambarına gönderilir. Devri yapılan taşınırlar sistem üzerinden yeni ambarına "**Devir-Ambarlar Arası Devir**" giriş işlemi ile kod, miktar ya da tutar değiştirmeden alınır. İlgili hesaplarda ambarlar arası devir farkı oluşmaması için, ambarlar arası devir çıkış ve devir giriş işlemleri için düzenlenen taşınır işlem fişlerinde miktar, tutar ve taşınır kodları birebir aynı olmalıdır. Ambarlar arası taşınır devirlerinde taşınır işlem fişleri muhasebe birimine gönderilmez. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiyeye Düşenleri Getir ekranından ambarlar arası devir işlem farkı kontrolü yapılır. Ambarlar arası devir farkı var ise; MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından detayına bakılarak hatalı işlemin düzeltilmesi sağlanır.

Yıl içinde yapılmış ambarlar arası devir işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

Devir suretiyle çıkış: MADDE 24 – (1) Kamu idarelerince 31 inci madde hükümlerine göre bedelsiz olarak devredilen taşınırların çıkışı Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek yapılır. Fişin bir nüshası taşınırın devredildiği idareye verilir. Devir alan idareden alınan Fiş, düzenlenen Fişin ekine bağlanır.(2) Aynı kamu idaresinin muhtelif harcama birimlerinin ambarları arasında devredilen taşınırlar için de Taşınır İşlem Fişi düzenlenir ve Fişin birinci nüshası devredilen harcama biriminin taşınır kayıt yetkilisine verilir.(3) Aynı harcama biriminin ambarları arasındaki taşınır devirlerinde de Taşınır İşlem Fişi düzenlenir, ancak bu Fişler muhasebe birimine gönderilmez.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında, düzeltme işlemleri farklarının kontrolü yapılıyor mu?

SIRA : 156
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.11.1. Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan düzeltme çıkış ve giriş işlemlerinde, istisnai durumlar dışında tutar ve miktar farkı olmamalıdır.

AD.11.2. Tüketim malzemelerinin ve genel bütçe kaynaklı demirbaşların 2. düzey hesap kodlarında yapılmış düzeltme işlemlerinin taşınır işlem fişleri üst yazı ile, döner sermaye kaynaklı demirbaşların 2. düzey hesap kodlarında yapılmış düzeltme işlemlerinin taşınır işlem fişleri ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi depolarında pasif kodlarda kayıtlı taşınırlar ile daha önceden girişi yapılmış taşınırın kodu, birim fiyatı veya miktarı sehven hatalı olarak kaydedilmiş ise; hatanın fark edildiği tarihte, hataya ilişkin hususların nedenleri belirtilerek harcama yetkilisinden onay alınmalıdır. Alınan onaya istinaden taşınırlar, “Düzeltilme” çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, doğru taşınır kodu, miktar ve tutar ile “Düzeltilme” giriş işlemi yapılarak yeniden kayıtlara alınır. Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltme işlemi (2. düzey hesap kodu, fiyat ve miktar da değişiklik yapıldı ise) genel bütçe kaynaklı ise taşınır işlem fişleri üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne; döner sermaye kaynaklı ise taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilir. 2. düzey hesap kodu, fiyat ve miktar da değişiklik yapılmadı ise, taşınır işlem fişlerinin muhasebe birimine gönderilmesine gerek yoktur. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş-Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiyeye Düşenleri Getir ekranından düzeltme işlem farkı kontrolü yapılır. Düzeltme farkı var ise; MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından detayına bakılarak hatalı işlemin düzeltilmesi sağlanır.

Yıl içinde yapılmış düzeltme işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

Kayıt hatalarının düzeltilmesi: MADDE 39 – (1) Taşınırın kodunda, birim maliyet bedelinde veya miktarında hata yapılması durumunda, harcama yetkilisinin onayı üzerine düzenlenecek yeni Taşınır İşlem Fişiyle hatalı kaydın çıkış işlemi yapılır. Daha sonra düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle de doğru verinin girişi yapılmak suretiyle hata düzeltilir. Muhasebe kayıtlarını etkileyen düzeltmelere ilişkin Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası muhasebe birimine gönderilir. (2) Mahsup dönemi sonuna kadar tespit edilen kayıt hataları, ilgili olduğu yılın hesaplarına; daha sonra tespit edilen kayıt hataları ise cari yıl hesaplarına mâledilerek düzeltilir.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında stoğu eksiye düşen malzemelerin kontrolü yapılıyor mu?

SIRA : 157
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.12.1. Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan işlemler sonucunda, eksi stoğa düşen malzeme bulunmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Tüm depolardaki taşınırların stok kontrolleri, taşınır kayıt yetkilisi tarafından düzenli olarak yapılmalıdır. Depolardaki mevcut taşınırların, SBYS’de yapılan işlemlerin entegrasyonla MKYS’ye gönderilmesi esnasındaki hatalardan dolayı ya da MKYS’de yapılan işlem hataları sonucunda eksi (-) stoğa düşüp düşmediği takip edilmelidir. MKYS/Malzeme İşlemleri/Giriş–Çıkış Rakamları/Ambarlar Arası Devir, Düzeltme, Stoğu Eksiye Düşenleri Getir ekranından, eksi stoğa düşen malzemelerin kontrolü yapılır. Stoğu eksiye düşen malzemeler mevcut ise; MKYS/Dönemsel İşlemler/Stoğu Eksiye Düşenler Listesi’nden malzemelerin detayları incelenerek düzeltilmesi sağlanır.

Soru: Sağlık tesisinin tüm depolarında yapılan giriş işlemlerinin, MKYS’de depo kayıtları oluşturulmuş mu?

SIRA : 158
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.13.1. Tüm depolarda (ayniyat, biyomedikal, medikal vb.) yapılan giriş işlemlerinde, taşınırların stoğa yansması için depo kayıtları oluşturulmuş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

SBYS’de yapılan ve entegrasyonla MKYS’ye gönderilen ya da doğrudan MKYS’de yapılan her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulması gerekmektedir. Depo kayıtları oluşturulmayan giriş işlemlerindeki malzemeler depo stoklarına yansımamaktadır. Her türlü giriş işlemlerinde depo kayıtlarının oluşturulup oluşturulmadığının kontrolü, MKYS/Giriş ve Çıkış Fişleri Listeleme ekranından yapılarak depo kayıtları oluşturulmalıdır.

Soru: MKYS'de kayıtlı miktarlar ile depodaki fiili stoklar birbiri ile uyumlu mu?

SIRA : 159
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.14.1. MKYS ayniyat depolarında kayıtlı stok miktarları ile, ayniyat depolardaki fiili stok miktarları birbiri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Taşınır kayıt yetkililerinin; belli dönemlerde depolarında gerekli sayım işlemlerini gerçekleştirmek, sayımda belirlenen noksan ve fazlalıkları kayıt altına alarak sistemde kayıtlı stok ile fiili stok sayılarını uygun hale getirmek görev ve sorumlulukları arasındadır. Ayrıca taşınır kayıt yetkililerinin görevlerinden ayrılmasında, yılsonlarında ve harcama yetkilisinin gerekli gördüğü durum ve zamanlarda depo sayımları yapılmalıdır. MKYS ayniyat depoda kayıtlı stok miktarları ile ayniyat depoda örneklem usulü seçilen 5 değişik taşınırın fiili stok miktarlarının uyumluluğu karşılaştırılmalıdır.

KAYNAK:

Taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri: MADDE 6–

(4) Taşınır kayıt yetkililerinin görev ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

a) Harcama birimince edinilen taşınırlardan muayene ve kabulü yapılanları cins ve niteliklerine göre sayarak, tartarak, ölçerek teslim almak, doğrudan tüketilmeyen ve kullanıma verilmeyen taşınırları sorumluluğundaki ambarlarda muhafaza etmek.

e) Ambarlarda çalınma veya olağanüstü nedenlerden dolayı meydana gelen azalmaları harcama yetkilisine bildirmek.

f) Ambar sayımını ve stok kontrolünü yapmak, harcama yetkilisince belirlenen asgari stok seviyesinin altına düşen taşınırları harcama yetkilisine bildirmek.

g) Kullanımda bulunan dayanıklı taşınırları buldukları yerde kontrol etmek, sayımlarını yapmak ve yaptırmak.

ı) Ambarlarında kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlikleri nedeniyle meydana gelen kayıp ve noksanlıklardan sorumlu olmak.

Sayım ve sayım sonrası yapılacak işlemler: MADDE 32 –

(1) Kamu idarelerine ait taşınırların, taşınır kayıt yetkililerinin görevlerinden ayrılmasında, yılsonlarında ve harcama yetkilisinin gerekli gördüğü durum ve zamanlarda sayımı yapılır.

(2) Taşınır sayımları, harcama yetkilisince, kendisinin veya görevlendireceği bir kişinin başkanlığında taşınır kayıt yetkilisinin de katılımıyla, en az üç kişiden oluşturulan sayım kurulu tarafından yapılır.

(7) Sayım kurulunca, taşınırların fiili miktarlarının kayıtlı miktarlardan eksik oluşunun tespit edilmesi halinde Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi; fazla olduğunun tespit edilmesi halinde ise Taşınır İşlem Fişi düzenlettirilerek, defter kayıtlarının sayım sonuçlarıyla uygunluğu sağlanır.

(8) Düzenlenen giriş ve çıkış belgelerinin bir örneği, muhasebe kayıtlarının yapılması için muhasebe birimine gönderilir.

Soru: Özellikli sağlık araçlarındaki tıbbi donanımların ilgili depoya kaydı yapıldıktan sonra, sağlık aracının ilk kayıtlı değeri düzeltilerek MKYS'de yeniden kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 160
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.15.1. Sağlık tesisi başhekiminden, düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için onay alınmalı, sağlık araçlarındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarları, komisyon tarafından belirlenmiş olmalıdır.

AD.15.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırların, düzeltme giriş işlemi ile belirlenen tutar kadar ilgili depoya kaydı yapılmış olmalıdır.

AD.15.3. Sağlık aracı düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarı kadar, aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile ayniyat depoda yeniden kayıt altına alınmalı ve taşınır işlem fişleri ilgili muhasebe birimine gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Klinik mühendislik hizmetleri kapsamında özellikli sağlık araçlarındaki donanımların kayıt altına alınması gerektiği belirtilmiştir. Bu bağlamda taşıtlar ile biyomedikal dayanıklı taşınırların, sağlık tesisi başhekiminden düzeltme işlemleri ve değer tespit komisyonu kurulması için alınacak onaydan sonra, ayrı ayrı kayıt altına alınması uygun olacaktır. Daha önceden tek kalemde girişi yapılan özellikli sağlık araçlarındaki donanımların, komisyon marifeti ile edinim yılları dikkate alınarak değerleri belirlendikten sonra, biyomedikal dayanıklı taşınır deposuna kaydının yapılmış olması gerekmektedir. Özellikli sağlık aracı ise; düzeltme çıkış işlemi ile kayıtlardan çıkartıldıktan sonra, girişi yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırların tutarı kadar aracın daha önceki kayıtlı bedelinden düşüm yapılarak, düzeltme giriş işlemi ile yeniden ayniyat depoda kayıt altına alınmalıdır. Düzeltme işlemlerinden sonra ayniyat depoya girişi yapılan araç ile biyomedikal depoya girişi yapılan tıbbi donanım tutar toplamalarının, düzeltme işleminden önceki aracın tutarı ile eşit olmalıdır. Düzeltme çıkış ve giriş işlemlerine ait taşınır işlem fişleri ilgili muhasebe birimine gönderilmelidir.

Özellikli sağlık aracı bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

13.01.2015 tarih ve 80981279/5458.17 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı

İlgi (b) yazı ile Genel Sekreterliklerimize bağlı sağlık tesisleri ve özellikli sağlık araçlarında bulunan bahse konu donanımlara ait veri girişlerinin ivedilikle tamamlanması gerektiği bildirilmiş ve veri giriş oranları yayınlanmıştır.

31.03.2015 tarih ve 80981279/809.99/160 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Biyomedikal/ Ayniyat Depo Taşınır Veri Girişleri Hk. Yazısı

254-01 Karayolu Taşıtları Grubu kodu altında bulunan özellikli sağlık araçları ile bu araçların içindeki biyomedikal donanımların ayrı ayrı kayıt altına alınması uygun olacağından (MKYS) Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemine daha önceden tek kalemde girişi yapılan özellikli sağlık araçlarının, Taşınır Mal Yönetmeliğinin 13 üncü maddesinde belirtilen hükümler çerçevesinde; Fiyat Tespit Komisyonu marifeti ile araç içi biyomedikal donanımların değerleri belirlenerek, biyomedikal dayanıklı taşınır depoya "Düzeltilme" giriş ile veri girişi sağlanmıştır. Daha sonra söz konusu özellikli sağlık araçlarının önceki toplam taşıt bedelinden, araç içi biyomedikal donanımlar için belirlenen değer düşürüldükten sonraki kalan değer için ayniyat dayanıklı taşınır depoya "Düzeltilme" çıkış ve "Düzeltilme" giriş işlemi ile yeniden kayıt altına alınacaktır. İlgili saymanlığa giriş/çıkış taşınır işlem fişleri gönderilecektir. Yeni alınacak özellikli sağlık araçlarında ise; taşıt bedeli ile taşıt içi biyomedikal dayanıklı taşınırların bedelleri, düzenlenen faturada ayrı ayrı belirtmeli ve MKYS kayıtlarının yapılması gerekmektedir.

Soru: Sağlık tesisi bünyesinde kullanılan taşıtların Ulaşım Araçları Ekranına veri girişleri yapıyor mu?

SIRA : 161
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.16.1. Ayniyat demirbaş depoda kayıtlı araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Demirbaş Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.

AD.16.2. Hizmet alımı sözleşmesinde belirtilen araçların, MKYS/Ulaşım Araçları/Hizmet Alım Ekranı'na veri girişleri yapılmış olmalıdır.

AD.16.3. Maliye Bakanlığı TBS'ye (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) genel bütçe ve döner sermaye kaynaklı araçların girişini yapacak personel görevlendirilmeli ve defterdarlık/malmüdürlüğünden TBS giriş şifresi alınmış olmalıdır.

AD.16.4. MKYS/Ulaşım araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet alımı araç verileri ile Maliye Bakanlığı TBS (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) verileri uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde kullanılan demirbaş araçlar ile hizmet ve taşıma amaçlı kiralanan araçların kontrolünün sağlanması, kullanım türlerine göre sınıflandırılması, gerekli analizlerin yapılabilmesi için, MKYS Ulaşım Araçları ekranına; ruhsat ve hizmet alımı sözleşme bilgilerine uygun olarak, araç bilgileri ve teknik özelliklerinin girişinin yapılmış olması gerekmektedir. Ayrıca sağlık tesisi bünyesinde kullanılan genel bütçe ve döner sermaye kaynaklı edinilen demirbaş ve hizmet alımı araç verilerinin de, bağlı bulunulan defterdarlık veya mal müdürlüğünden alınacak şifre ile Maliye Bakanlığı TBS'ye (Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi) veri girişlerinin yapılması gerekmektedir. MKYS Ulaşım Araçları ekranına girişi yapılmış demirbaş ve hizmet aracı verileri ile Maliye Bakanlığı Kamu Harcama ve Muhasebe Bilişim Sistemi (KBS)/Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi'ndeki (TBS) verilerle uyumlu olmalıdır.

Demirbaş ya da hizmet alımı aracı bulunmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

20.03.2015 tarih ve 36385208.949.5461/524 sayılı TKHK Mali Hizmetler Kurum Başkan Yardımcılığı'nın Taşıtların MKYS Ulaşım Araçları Ekranına Tanımlanması Hk. Yazısı

Kurumumuz Kamu Hastaneleri Birlikleri ve bağlı sağlık tesislerinin envanter (demirbaş) kayıtlarında bulunan araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların kontrolünün sağlanması, kullanım türlerine göre sınıflandırılması daha iyi kontrol, analiz ve ölçülebilir duruma gelmesi amacıyla taşıtların künye tasarımı çalışması tamamlanmıştır. Bu konuda, Malzeme Kaynakları Yönetim Sisteminde (MKYS) "Ulaşım Araçları" ile "Demirbaş ve Hizmet Alımı" ekranları bilgi girişine açılmış olup, söz konusu ekranlara Karayolu Taşıtlar Grubu 254-01 taşınır hesap kodunda bulunan demirbaş envanterindeki araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların; araç türü, marka model, motor hacmi, kilometre, yakıt türü, hizmet amacı, bulunduğu yer, hizmet alım ve garanti, trafiğe çıkış tarihi, muayene, sigorta yılı gibi bilgiler ve teknik özelliklerinin girişinin yapılması gerekmektedir. Bu bağlamda, Genel Sekreterlik ve bağlı sağlık tesisinin envanter kayıtlarında bulunan araçlar ile hizmet amaçlı kiralanan araçların, özelliklerinin ruhsat bilgilerine uygun şekilde yazımız ekinde yer alan MKYS Ulaşım Araçları Kılavuzu'nda belirtilen talimatlar doğrultusunda girişleri yapılmalıdır.

30.05.2016 tarih ve 74892797-220.06.02-10101 sayılı Maliye Bakanlığı Muhasebat Genel Müdürlüğü'nün Kamu Taşıtları Yönetim Bilgi Sistemi (TBS) Hk. Yazısı

5018 sayılı Kanun kapsamındaki kamu idareleri ile 16 Eylül 2015 tarihli ve 29477 sayılı Resmî Gazetede yayımlanan "Genel Yönetim Malî İstatistikleri" konulu Muhasebat Genel Müdürlüğü Genel Tebliği (Sıra No: 46) ekinde yer alan diğer kurumların, taşıt yönetimi sürecinde kaynaklarını etkili, ekonomik ve verimli kullanmasını sağlamak amacıyla, taşıt envanterinin çıkarılması, takibinin yapılması ile maliyetlerini izlemek üzere karar mercilerine etkili karar desteğinin verilmesi hedeflenmektedir. Bu bağlamda; söz konusu Sistemi kullanacak kamu idaresi personelinin yetkilendirilmesi gerekmekte olup; a) Raporlama ve konsolidasyon işlemlerini yapmak üzere "Taşıt Kurum Kullanıcısı", b) Taşıtlara ilişkin veri giriş işlemleri için "Taşıt Veri Giriş Görevlisi", rolleri belirlenmiştir. Bu çerçevede; KBS üzerinde (www.kbs.gov.tr/TBS) yer alan TBS'de, taşıt sahibi harcama birimlerince gerekli verilerin girilmesi ve kurum bazında raporlamaların yapılabilmesi amacıyla görev yapacak personelin belirlenmesi gerekmektedir. Bu amaçla genel yönetim kapsamındaki kamu idarelerinden; merkezi yönetim kapsamında olanlar kendi muhasebe birimlerine, mahalli idareler ile adı geçen Tebliğ ekinde yer alan diğer kurumlar mali istatistik yönünden ilişkili oldukları muhasebe birimlerine, sosyal güvenlik kurumları ise defterdarlık muhasebe müdürlüklerine resmi yazıyla başvurmak suretiyle, Sistemi kullanacak personelin yetkilendirilmesini sağlamaları ve veri girişlerini 31.07.2016 tarihine kadar tamamlamaları gerekmektedir.

Soru: Ayniyat dayanıklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin depo devirleri yapılmış mı?

SIRA : 162
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.17.1. Ayniyat dayanıklı taşınır depoda kayıtlı olan ancak, şuan ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin, uygun depolara devirleri yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinin ayniyat dayanıklı taşınır deposunda kayıtlı olan ancak şuan kod değişikliklerinden dolayı ayniyat dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin (sedyeler, yataklar, tekerlekli sandalyeler, tıbbi cihazlar, cihazlara ait yedek parçalar, cerrahi el aletleri vb.), ambarlar arası devir veya düzeltme işlemi ile uygun depolara devirlerinin yapılmış olması gerekmektedir. Karar Destek Sistemleri (İş Zekası)/Kumanda Tabloları/Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi/Dayanıklı Taşınır Sorgulama ekranından, ilgili parametreler doldurularak ayniyat dayanıklı taşınır depoda bulunmaması gereken malzemelerin kontrolü yapılmalıdır.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında Konulu Genel Yazı Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden gerçekleştirilecek olan detay kayıt bilgi girişleri ve etiketleme faaliyetleri mevcut durumda stok kaydı bulunan ve tedarik edilen tüm dayanıklı taşınırlar için uygulanacaktır. Anılan faaliyetlerin sürdürülebilirliği önem arz etmektedir. Bu faaliyetler kapsamında kayıt dışı olan dayanıklı taşınırlar, Taşınır Mal Yönetmeliğinin ilgili maddelerinde (1-12-18) yer alan hükümlere istinaden Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından kayıt altına alınacaktır. Yine bu faaliyetler kapsamında sarf niteliğinde (150 taşınır hesap kodlarında) kayıt altına alınmış olan biyomedikal tür ve tanım listelerinde yer alan kayıtların ve/veya hatalı kayıtların bulunması durumunda ise Taşınır Mal Yönetmeliği'nin 27. Maddesinin hükümlerine istinaden Taşınır Kayıt ve Kontrol Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından düzeltme kayıtları yapılacaktır.

Soru: Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde, taşınır bilgilerini gösteren etiketler mevcut mu?

SIRA : 163
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.18.1. Ayniyat dayanıklı taşınırların üzerinde; taşınırın adı, sicil veya künye numaralarını gösteren güncel etiketler bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilmek zorundadır. Ayniyat demirbaş depo envanterinde kayıtlı bulunan ve taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) ile kullanıma verilen taşınırların üzerinde, MKYS’de kayıtlı malzeme adı, sicil veya künye numaralarını gösteren etiketler mevcut olmalıdır.

KAYNAK:

Dayanıklı taşınırların numaralanması: MADDE 36 –

(1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.

(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur.

Soru: Ayniyat depo alanları uygun fiziki koşullara sahip mi?

SIRA : 164
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.19.1. Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.

AD.19.2. Malzemelerin, duvar ve zemin ile teması bulunmamalı, raf sistemleri, devrilmeye karşı sabitlenmiş olmalıdır.

AD.19.3. Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.

AD.19.4. Hastane ihtiyacını karşılayacak yeterliliğe sahip olmalıdır.

AD.19.5. Güncel malzeme yerleşim listesi ve krokiler bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Malzeme güvenliğini etkileyecek depo alanları fiziki koşullarının uygun olması gerekmektedir. Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz olmalıdır. Atık su ve kalorifer gibi boruların görülmeyecek şekilde kapatılarak yalıtımı sağlanmalıdır. Taşınırların nemlenme ve ıslanmaya karşı, duvar ve zeminle teması bulunmamalıdır. Rafların devrilmeye karşı, birbiri ile ve duvara sabitlenmiş olması gerekmektedir. Kapı ve pencere camları kırık olmamalı, sineklik vb. gibi önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır. Depolar, hastane ihtiyacını karşılayacak

büyüklik ve yeterlilikte olmalıdır. Malzeme karışıklığının önlenmesi için, güncel malzeme yerleşim listesi ve depo raf krokileri bulunmalıdır.

KAYNAK:

Sorumluluk: MADDE 5 –

(1) Harcama yetkilileri taşınırların etkili, ekonomik, verimli ve hukuka uygun olarak edinilmesinden, kullanılmasından, kontrolünden, kayıtlarının bu Yönetmelikte belirtilen esas ve usullere göre saydam ve erişilebilir şekilde tutulmasını sağlamaktan sorumludur. Harcama yetkilileri taşınır kayıtlarının bu Yönetmelik hükümlerine uygun olarak tutulması ve taşınır mal yönetim hesabının hazırlanması sorumluluğunu taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri aracılığıyla yerine getirir.

(2) Harcama yetkilileri, taşınırlara ilişkin işlem ve kayıtların usule uygun olarak yapılıp yapılmadığını kontrol etmeye veya ettirmeye; kasıt, kusur veya ihmal sonucu kırılan, bozulan veya kaybolan taşınırların ilgililerden tazmini için gerekli işlemleri yapmaya veya yaptırmaya yetkilidir.

(5) Taşınırların muhafazasından ve yönetilmesinden sorumlu olanların, gerekli tedbirlerin alınmaması veya özenin gösterilmemesi nedeniyle taşınırların kullanılmaz hale gelmesi veya yok olması sonucunda sebep oldukları kamu zararları hakkında, 27/9/2006 tarihli ve 2006/11058 sayılı Bakanlar Kurulu Kararı ile yürürlüğe konulan Kamu Zararlarının Tahsiline İlişkin Usul ve Esaslar Hakkında Yönetmelik hükümleri uygulanır.

Soru: Depoların güvenliği için, gerekli önlemler alınmış mı?

SIRA : 165
BÖLÜM ADI : AYNİYAT DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

AD.20.1. Hırsızlığa karşı (kamera, demir parmaklık vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

AD.20.2. Yangın tehlikesine karşı (yangın söndürme sistemi, yangın tüpleri vb.) gerekli tedbirler alınmış olmalıdır.

AD.20.3. Su basması ve sel felaketlerine karşı (logar, bariyer, tahliye kanalı vb.) gerekli düzenlemeler yapılmış olmalıdır.

AD.20.4. Elektriğe bağlı yaşanacak tehlikelere karşı, priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.

AÇIKLAMA :

Depolama alanlarının yüksek riskli alanlar olması nedeniyle, depoların güvenliği sağlanmalı ve olağanüstü durumlarda meydana gelebilecek riskler azaltılmalıdır. Hırsızlık için gerekli kamera sistemleri ve demir parmaklık vb. gibi önlemler alınmalıdır. Yangın tehlikesine karşı merkezi

söndürme sistemleri, yangın tüpleri gibi önlemler bulunmalıdır. Su basması ve sel felaketlerine karşı bariyer, logar, tahliye kanalları gibi önlemler alınmalıdır. Elektriksel güvenlik açısından priz ve anahtarlar kırık, kablolar açıkta olmamalıdır.

KAYNAK:

Taşınır kayıt yetkilileri ve taşınır kontrol yetkilileri: MADDE 6 –

(4) Taşınır kayıt yetkililerinin görev ve sorumlulukları aşağıda belirtilmiştir.

d) Taşınırın yangına, ıslanmaya, bozulmaya, çalınmaya ve benzeri tehlikelere karşı korunması için gerekli tedbirleri almak ve alınmasını sağlamak.

e) Ambarlarda çalınma veya olağanüstü nedenlerden dolayı meydana gelen azalmaları harcama yetkilisine bildirmek.

1) Ambarlarında kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlikleri nedeniyle meydana gelen kayıp ve noksanlıklardan sorumlu olmak.

KLİNİK MÜHENDİSLİK

SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumluluk alanlarında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi (KTS)'nde KMBYS olarak aktif mi?

SIRA : 166
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.1.1. Klinik Mühendislik Hizmetleri görev ve sorumlulukları alanında kullanılan yazılımlar Kayıt Tescil Sistemi'nde KMBYS olarak aktif olmalıdır. (Yazılım sadece arıza bildirim amacıyla kullanılıyorsa sağlık tesisi bu sorudan muaf tutulacaktır)

KM.1.2. KMBYS üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.

KM.1.3. KMBYS hizmet alımlarının kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Klinik Mühendislik Hizmetleri kapsamında bakım, onarım, kalibrasyon hizmetlerinin takibi, envanter yönetimi alanlarının tamamında kullanılan yazılımların uygunluk belgesi kontrolü esastır. Mükerrer kayıtların önlenmesi, iş yükünün azaltılması ve kontrollü bilgi akışının sağlanabilmesi için KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) uygunluğu sağlanmalıdır.

Klinik Mühendislik Hizmetleri kapsamında bakım, onarım, kalibrasyon hizmetlerinin takibi, envanter yönetimi alanlarının tamamında kullanılmayan, sadece arıza bildirim amacıyla kullanılan yazılım/bilgi yönetim sistemleri bu sorudan muaf tutulmalıdır.

Bakılacak unsur kontrol edilirken kayittescil.saglik.gov.tr adresinin diğer yazılımlar kısmında ilgili yazılımın KMBYS alanında aktif olup olmadığı kontrol edilir.

KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) üzerinden düzenlenen istem belgelerinde bulunan malzeme tanımı MKYS Malzeme Tanımı ile uyumlu olmalıdır.

Sağlık tesisinde KMBYS (Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemi) kullanılması durumunda kontrol teşkilatında en az 1 klinik mühendislik hizmetleri personeli bulunmalıdır.

KAYNAK:

20.09.2013 tarih ve 809 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri konulu genel yazı, 29.11.2013 tarih ve 4608 sayılı Klinik Mühendislik Bilgi Yönetim Sistemleri Entegrasyon Başvuruları konulu genel yazı.

07.07.2015 tarih ve 11756578 sayılı Sağlık Bilgi Sistemleri konulu 2015/17 Genelgesi.

13.08.2015 tarih ve 12658043 sayılı Sağlık Bilgi Yönetim Sistemleri Klinik Mühendislik Hizmetleri Yönetimsel Uygunluk Değerlendirmesi Hakkında konulu yazı.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS’ de yer alan bilgilerin olduğu kare kodu içeren etiket mevcut mu?

SIRA : 167
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.2.1. Kullanıma verilen tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların üzerinde, MKYS de yer alan bilgilerin olduğu kare kod içeren etiket olmalıdır.

KM.2.2. Dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan kare kod içeren etiketler, kare kod etiket okutucular ile okutulduğunda gelen bilgiler dayanıklı taşınır bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Her biyomedikal dayanıklı taşınıra MKYS üzerinden tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka bilgilerinin sisteme girilmesi ile birlikte tekil bir künye numarası atanır. Künye numarası oluşturulan dayanıklı taşınırlarla ilgili bu bilgilerin ve künye numarasının bulunduğu kare kod oluşturulur. Bu kare kodun üzerinde bulunduğu etiket, ilgili dayanıklı taşınırın üzerinde bulunmalıdır. Bu etiketlerin içerdiği bilgiler cihaz bilgileri ile uyumlu olmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Dayanıklı taşınırların numaralanması

MADDE 36 – (1) Giriş kaydı yapılan dayanıklı taşınırlara, taşınır kayıt yetkilisi tarafından bir sicil numarası verilir. Bu numara yazma, kazıma, damga vurma veya etiket yapıştırma suretiyle taşınırın üzerinde kalıcı olacak şekilde belirtilir. Fiziki veya kullanım özellikleri nedeniyle numaralandırılması mümkün olmayan taşınırlara bu işlem uygulanmaz.

(2) Sicil numarası üç grup rakamdan oluşur. Birinci grup rakam, taşınırın Dayanıklı Taşınırlar Defterinde ayrıntılı izlenmek üzere kaydedildiği taşınır kodundan; ikinci grup rakam, taşınırın giriş kaydedildiği yılın son iki rakamından; üçüncü grup rakam ise taşınıra verilen giriş sıra numarasından oluşur.”

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

“Biyomedikal Depo Yönetimi

1. Depo kaydı yapılmamış veya zimmet işlemi uygulanmamış biyomedikal dayanıklı taşınırların sağlık hizmet sunumunda kullanılması, devredilmesi, teknik hizmete ve emanete verilmesi engellenmeli; bu taşınırların klinik, servis, ameliyathane gibi sağlık hizmet sunum alanlarında kullanımından önce depo kaydı ve zimmet işlemi yapılmalıdır.
2. Envanterde kayıtlı veya hizmet alımı yoluyla edinilen biyomedikal dayanıklı taşınırların, görünür en az bir yüzeyine, MKYS künye numarası ve kare kodunun yer aldığı etiket iliştilmelidir.
3. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar üzerinde bulunan etiketlerin yıpranması, bozulması, okunamaz hale gelmesi gibi durumlarda etiketler yenilenmelidir.
4. Biyomedikal depo kapsamındaki malzemelerin kullanımı, muhafazası, koruyucu bakımı ve teknik servis faaliyetleri ile ilgili eğitimler planlanmalı ve gerçekleştirilmelidir.”

SORU: MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 168
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.3.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özellikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların, MKYS' de Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

KM.3.2. Evde sağlık kapsamında hastaya kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olmalıdır.

KM.3.3. Biyomedikal Taşınır Kayıt Yetkilisine zimmetli, aktif kullanımda biyomedikal dayanıklı taşınır olmamalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların doğru ve etkin yönetiminin sağlanması için tekil terminoloji ile kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu tekil terminolojinin sağlanması için Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden girilen veri girişleri (tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka bilgileri) doğru şekilde yapılmalıdır.

Evde sağlık kapsamında hastaya kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi Dayanıklı Taşınırlar konulu genel yazının Ek Cihaz Durum Açıklamaları kısmında yer aldığı şekilde “evde sağlık” olmalıdır.

Biyomedikal Taşınır Kayıt Yetkilisine zimmetli, aktif olarak kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınır olmamalıdır.

KAYNAK:

07.03.2017 tarih ve 40872357 barkod numaralı Dayanıklı Taşınırlar konulu genel yazı

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

SORU: MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen veri girişleri doğru şekilde yapılıyor mu?

SIRA : 169
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.4.1. Sağlık tesislerinde kullanım yerlerinde (acil, poliklinik, laboratuvar, servis, ameliyathane, yoğun bakım, görüntüleme, sterilizasyon, özelliikli üniteler, ilaç hazırlama üniteleri) bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS' de Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı üzerinden girilen idari ve teknik veri girişleri doğru şekilde yapılmalıdır.

KM.4.2. MKYS Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı' ndaki veriler ile TSİM' e kayıtlı Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi'nde detayı belirtilen 14 farklı biyomedikal cihazın verileri uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde bulunan hizmet alım biyomedikal dayanıklı taşınırların doğru ve etkin yönetiminin sağlanması için tekil terminoloji ile kayıt altına alınması gerekmektedir. Bu tekil terminolojinin sağlanması için Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım üzerinden girilen veri girişleri (hizmet türü-tür-tanım-kullanım yeri-branş-marka-model-seri no-üretim yılı-tedarik türü-sözleşme tarihi- tedarikçi vergi no- sorumlu kurum personeli) doğru şekilde yapılmalıdır.

MKYS Hizmet Alım Ekranı' ndaki cihaz veri girişleri ile TSİM deki aşağıda belirtilen biyomedikal cihaz sayılarının uyumlu olması gerekmektedir.

S.NO	TSİM ADI
1	Konvansiyonel Röntgen, Dijital Röntgen, Seyyar Röntgen
2	USG, Doppler USG, Ekokardiyografi
3	Bilgisayarlı Tomografi
4	MR
5	Kemik Dansitometre
6	Mamografi
7	Anjiyografi
8	Kemoterapi Hazırlama Cihazı

9	Lineer Accelerator
10	CT Simülatör
11	Brakiterapi
12	Gamma Kamera
13	SPECT-CT
14	PET-CT/PET

SORU: Tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim tutanakları uygun şekilde düzenleniyor mu?

SIRA : 170

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.5.1. Hizmet alımı haricinde bir yolla temin edilen biyomedikal dayanıklı taşınırların muayene - kabul ve teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

KM.5.2. Temin edilen biyomedikal tüketim malzemelerinin teslim tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

KM.5.3. Sahibi olunan biyomedikal dayanıklı taşınırlara uygulanan biyomedikal teknik hizmetlerin (bakım, onarım, metroloji, kurulum gibi) hizmeti ifa tutanaklarında en az bir Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi komisyon üyesi olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim personeli ve/veya Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilisi, tedarik edilen malzemenin sağlık tesisi içerisindeki yönetimini sağlayacak olan ve biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile tüketim malzemeleri hakkında teknik bilgiye sahip olan personeldir. Bu personelin tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine yönelik muayene - kabul, hizmeti ifa ve teslim işlemleri sırasında görevlendirilmesi gerekmektedir. Son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme muayene kabul ve hizmeti ifa tutanakları kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan hizmet alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan mal alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

19.12.2002 tarih ve 24968 sayılı resmi gazetede yayınlanan danışmanlık alımları muayene ve kabul yönetmeliği,

04.03.2009 tarih ve 27159 sayılı resmi gazetede yayınlanan yapım işleri muayene ve kabul yönetmeliği

“Muayene ve kabul komisyonlarının kuruluşu

Madde 5- Muayene ve kabul komisyonları, yetkili makam tarafından, biri başkan olmak üzere en az üç (3) kişiden oluşturulur. Hizmetin önemi ve özelliği dikkate alınarak komisyonun üye sayısı, toplam sayı tek olmak üzere yeteri kadar arttırılabilir.

Bu komisyonlarda görevlendirilecek olanların tamamının danışmanlık konusu hizmetin uzmanı olması zorunludur. Ancak, ilgili idarede yeterli sayıda veya hizmetin özelliğine uygun nitelikte uzman personel bulunmaması durumunda, 4734 sayılı Kanuna tabi idarelerden uzman personel görevlendirilebilir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik kullanıcı ve teknik personel eğitimleri veriliyor mu?

SIRA : 171
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.6.1. Sağlık tesislerinde kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanıcı eğitimi verildiğine dair kayıtlar ilgili birimlerde / eğitim birimlerinde bulunmalıdır.

KM.6.2. Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele verilen teknik servis eğitimlerinin dokümanları bulunmalı, katılımcılara ait kayıtlar ilgili birimde olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinin Eğitim Birimleri ve Klinik Mühendislik Birimlerinin birlikte organize ettiği kullanıcı eğitimleri düzenlenmelidir. Bu eğitimler biyomedikal dayanıklı taşınır kullanıcılarının değişmesi durumunda ve yeni işe başlayışlarda tekrarlanmalıdır. Yeni tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait eğitimler ise firma tarafından da verilebilir. Eğitim kayıtları eğitim alan personelde, eğitim biriminde ve klinik mühendislik biriminde bulunmalıdır. Klinik Mühendislik Birimleri ayrıca bu eğitimlere ait eğitim dokümanlarını da bulundurmalıdır.

Sağlık tesisi tarafından tedarik edilen biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik servis eğitimleri ilgili firma tarafından Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde çalışan personele

verilmelidir. Bu eğitime ait kayıtlar ve dokümanlar Klinik Mühendislik Hizmetleri Biriminde bulunmalıdır.

KAYNAK:

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik hizmetleri hakkında konulu genel yazı.

“D. 1. İnsan Kaynakları Yönetim Faaliyetleri

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi, insan kaynakları yönetim faaliyetleri kapsamında sözleşmeli ve kadrolu teknik personelin (mühendis, tekniker, teknisyen), kullanıcıların (sağlık personeli, sağlık destek personeli gibi) biyomedikal cihazlar ile ilgili eğitim planlamalarını, iş emri yönetimi ve personel performans değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirir.”

SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA : 172

BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.7.1. İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.

KM.7.2. İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik hizmetleri sorumlularına ulusal standartlar ve diğer mer'i mevzuatlar hakkında eğitim verilmelidir.

AÇIKLAMA:

İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik birim sorumlularına Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri Kılavuzu, Tıbbi cihazların Test, Kontrol ve Kalibrasyonu Hakkındaki Yönetmelik hakkında eğitim verilmelidir.

İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından, sağlık tesislerindeki Klinik Mühendislik Hizmetleri birim sorumlularına ISO 9001, TS 17020, TS 17025, TS 13703, TS 12426 teknik servis standartları, tıbbi cihaz satış reklam ve tanıtım yönetmeliği, tıbbi cihaz yönetmeliği, tıbbi cihazların mkys kayıtları ve titubb/üts tebliği hakkında eğitim verilmelidir.

KAYNAK:

06.12.2016 tarih ve 1196 sayılı Uluslararası Standartlara Erişim Yetkisi Hakkında konulu genel yazı.

“Sağlık tesislerimizde yürütülen hizmetlere yönelik, metroloji faaliyetleri, teknik hizmetler, kalite sistemleri, bilişim sistemleri gibi birçok alanda kullanılan uluslar arası standartların

edinimine ihtiyaç duyulmaktadır. Dünya Bankası finansman desteği ile Kurumumuz tarafından yürütülen “Kamu Hastanelerinde Yenilikçi Sağlık Yönetimi Projesi” kapsamında Türk Standartları Enstitüsü (TSE) tarafından yayımlanan standartlara erişim yetkisi edinilmiştir.

Tedarik Planlama, Stok ve Lojistik Yönetimi Daire Başkanlığı’ nın koordinasyonunda İl Sağlık Müdürlüklerinde görevli Klinik Mühendislik Hizmetleri Birim Sorumlularına erişim yetkisi tanımlanmıştır. Buna göre Birim Sorumlularının MKYS kullanıcı adı ve şifresi ile <http://sbu2.saglik.gov.tr/spp/> internet adresinden giriş yaparak standart talebinde ve standart erişiminde bulunabileceklerdir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınıyor mu?

SIRA : 173
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.8.1. Demirbaş niteliğindeki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

KM.8.2. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait aktif, pasif, arızalı durumu MKYS’ de güncel olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde kullanılan tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların cihaz bazlı arıza bildirimleri, arızada kalma süreleri ve yapılan onarım işlemleri ile ilgili evraklar tutulmalıdır.

Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızalı olma durumlarına yönelik bilgiler MKYS’ de güncel olmalıdır.

KAYNAK:

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı.

“C. Biyomedikal Teknoloji Yönetimi Faaliyetleri

Biyomedikal teknolojilerin temelinde yer alan ve üç kısımdan oluşan biyomedikal teknolojilerin mevzuat ve uluslararası standartlar çerçevesinde sürdürülebilir yönetim faaliyetlerini kapsar. Biyomedikal teknoloji yönetimi faaliyetleri kapsamındaki çalışma alanları;

- a. Dayanıklı taşınır niteliğindeki tıbbi cihaz ve biyomedikal teknolojiler
- b. Biyomedikal teknoloji kaynaklı tıbbi ve tehlikeli atık oluşturan cihaz ve sistemler
- c. Biyomedikal teknolojilerin sürdürülebilir hizmet sağlamaları için kullanılan tıbbi gaz sistemleridir.

Biyomedikal teknoloji yönetim faaliyetleri kapsamında yerine getirileceği destek sağlayacağı ana faaliyetler sekiz başlıkta listelenmiştir. Bu faaliyetler kurumun ve/veya Kamu Hastaneleri Birliğinin uygun gördüğü strateji ve program çerçevesinde gerçekleştirilir.

- a. Devir faaliyetleri
- b. Stok kontrol faaliyetleri
- c. HEK ve kaynak geliştirme faaliyetleri
- d. Envanter kontrol ve yönetim faaliyetleri
- e. Tıbbi atık kontrol ve yönetim faaliyetleri
- f. Periyodik performans, verimlilik analiz faaliyetleri
- g. Tıbbi gaz sistemleri kontrol ve yönetim faaliyetleri
- h. Piyasa gözetim, geri çekme ve risk yönetim faaliyetleri
- i. Teknoloji parkı yönetim ve performans raporlama faaliyetleri”

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

SORU: Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler sözleşmelerde mevcut mu?

SIRA : 174
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.9.1. Sözleşme (bakım, onarım vb.) kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ve bu çalışma süresinin altına düştüğü durumlarda uygulanacak madde/maddeler sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) bulunmalıdır.

KM.9.2. Satın alınan biyomedikal dayanıklı taşınırların garanti sözleşmelerinde %95 aktif çalışma (uptime) süreleri ile ilgili hükümler bulunmalıdır.

KM.9.3. Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif, pasif ve arızada kalma süreleri kayıt altına alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Aktif çalışma süresi, bir cihazın belirli bir periyotta toplam kullanılabilceği süreden arızada kaldığı sürenin çıkartılmasıyla elde edilir. Sözleşme kapsamındaki biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif çalışma süresinin toplam süreye oranı %95 olmalıdır. Bu oranın belirlenebilmesi için her biyomedikal dayanıklı taşınırların arızada kaldığı süre yazılım/bilgi yönetim sistemleri üzerinde veya matbu formda kayıt altına alınmalıdır.

Hizmet alım ve teknik hizmet sözleşmesi olan biyomedikal dayanıklı taşınırlarda aktif çalışma süresi oranının %95'in altında olması durumunda tedarikçilere sözleşme hükümlerince yaptırım uygulanır. %95 in altına düştüğü durumlarda uygulanacak madde/maddeler sözleşme dokümanlarında (idari veya teknik şartnamede) bulunmalıdır.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

“Performans ve Verimlilik Yönetimi

1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların aktif çalışabilirlik süresi takip edilmelidir.”

SORU: Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatı kullanılıyor mu?

SIRA : 175
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.10.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırların arızalanması durumunda Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Arıza Bildirim ve Müdahale Süreç Talimatına uygun işlem yapılmalıdır ve kullanıcılar bu konuda bilgilendirilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır kullanılamaz durumda olduğunda (arızalandığında, çalıştırılmadığında vb.) ilgili birimdeki kullanıcının yapması gerekenlerle ilgili yazılı bir düzenleme, bir iş akışı bulunmalıdır. Bu düzenlemelerde ilgili personelin önce elektrik prizi kontrolü, cihazın çalıştırılıp çalıştırılmadığının kontrolü gibi teknik servise haber vermeden önce yapması gerekenler, sonrasında problemin devam etmesi halinde iletişime geçmesi gereken birim bilgileri bulunmalıdır.

SORU: Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman mevcut mu?

SIRA : 176
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.11.1. Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi tarafından evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanımına yönelik broşür, kitapçık, kullanım kılavuzu vb. yazılı doküman ilgili servislerde bulunmalıdır. Biyomedikal dayanıklı taşınırlar bu kapsamda hastalara kullanıma verileceği durumlarda kullanıcılar bilgilendirilmeli ve bu yazılı dokümanlar kullanıcılara verilmelidir. Evde sağlık hizmetleri kapsamında hastalara biyomedikal dayanıklı taşınır vermeyen sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik periyodik teknik hizmetlerin uygulanmasına ilişkin biyomedikal tür bazlı yıllık plan mevcut mu?

SIRA : 177
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.12.1. Periyodik bakım yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

KM.12.2. Ölçümlemeye (metroloji) tabi biyomedikal dayanıklı taşınırlar için söz konusu işlemleri ile ilgili yıllık plan yapılmış olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Periyodik teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırların söz konusu işlemler ile ilgili yıllık planları yapılmalıdır.

SORU: Biyomedikal teknik hizmetlere ait faturaların veri girişleri Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi Ekranında yapılıyor mu?

SIRA : 178
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.13.1. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olmalıdır.

KM.13.2. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan biyomedikal cihaz bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

KM.13.3. Biyomedikal teknik hizmetlere ait fatura içeriği Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan ödeme bilgileriyle uyumlu olmalıdır.

KM.13.4. Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.01 “Bakım Onarım Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

KM.13.5. Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen "Arıza Sonrası Ölçümleme Hizmeti ve Periyodik Ölçümleme Hizmeti "toplam işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.02 “ Ölçümleme Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Teknik hizmet alım süreci, bir prosedür çerçevesinde, tekil terminoloji ile hizmet yeterliliğinin sağlandığı bir süreç olmalıdır. Bu kapsamda biyomedikal dayanıklı taşınırlar için alınan tüm teknik hizmetlere ait fatura içeriklerinin Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetimi ekranında yer alan teknik hizmet türleriyle uyumlu olması gerekmektedir.

Teknik hizmet faturaları teknik hizmet alınan dayanıklı taşınıra ne tür bir teknik hizmet alındığını, ilgili cihaz / cihazların künye numarası bilgisini, işlem başı fiyatlandırmayı içermelidir. Faturada bulunan bu bilgiler Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranına eksiksiz kaydedilmelidir.

Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranına bakım/onarım/kurulum/söküm/yükseltme gibi işlemler için girilen toplam işlem tutarı ile TDMS 740.06.16.02.01 “Bakım Onarım Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranına girilen ölçümleme giderlerinin toplam işlem tutarı ile 740.06.16.02.02 “ Ölçümleme Giderleri” hesap kodu ile eşit olmalıdır.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı
“2. Biyomedikal Teknik Hizmet Yönetim Ekranı

Biyomedikal teknoloji niteliğindeki cihaz ve sistemlere yönelik tedarik edilen teknik hizmetlere ait bilgiler Biyomedikal Teknik Hizmet Ekranı üzerinden sisteme girilecektir. Bu teknik hizmetler 6 ana başlıkta toplanmış ve sistem üzerinden farklı varyasyonları ile 26 hizmet sınıfında tanımlanmıştır.

1. Bakım hizmetleri
2. Onarım hizmetleri
3. Ölçümleme hizmetleri
4. Kurulum / söküm hizmetleri
5. Yenileme hizmetleri
6. Bilgi yönetim hizmetleri

Böylece biyomedikal dayanıklı taşınıra uygulanan tüm teknik faaliyetler kayıt altına alınacak ve teknik hizmetlere bağlı gizli maliyetler kontrol altına alınmış olacaktır.”

SORU: Teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numaraları teknik servis formlarında yer alıyor mu?

SIRA : 179
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.14.1. Teknik servis formlarında teknik hizmet uygulanan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.

KM.14.2. Ölçümleme (metroloji) raporlarında ölçümleme yapılan biyomedikal dayanıklı taşınırlara ait künye numarası bulunmalıdır.

AÇIKLAMA :

Her bir biyomedikal dayanıklı taşınıra uygulanan teknik hizmet MKYS' den her bir biyomedikal dayanıklı taşınır için tekil üretilen künye numaraları ile takip edilir. Bu biyomedikal dayanıklı taşınırlara yapılan teknik hizmetin takip ve analizinin yapılabilmesi için ölçümleme raporları ve servis formları üzerinde müdahalenin yapıldığı biyomedikal dayanıklı taşınırın künye numarası yer almalıdır. Son 5 işlem ve örnekleme usulü seçilen geçmişe dönük 5 işlemin teknik hizmet formları kontrol edilmelidir.

SORU: Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere sağlık tesisi ilgili personeli tarafından refakat ediliyor mu?

SIRA : 180
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.15.1. Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere klinik mühendislik hizmetleri birim personeli tarafından refakat edildiğine ilişkin kayıtlar bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisi dışından alınan biyomedikal teknik hizmet faaliyetleri süresince hizmeti sunan kişilere kurum personeli tarafından refakat edilmelidir. Refakat edecek personel tercihen teknik hizmet personeli olmalıdır. Ancak sağlık tesisinin yeterli personeli olmaması durumunda ilgili cihazın zimmetli olduğu kişi, cihazın bulunduğu servisin sorumlu sağlık personeli gibi kişiler refakat edebilir. Kurum personelinin hizmeti sunan kişilere refakat ettiğine ilişkin rapor/form üzerinde kayıt altına alma imkânı bulunmaması durumunda ise hizmeti sunan kişiler ve ilgili kurum personelinin imzalarının bulunduğu tutanaklar düzenlenmelidir.

SORU: Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri kapsamında yapılan işlemler mevzuata uygun yapılıyor mu?

SIRA : 181
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.16.1. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri (standart, parametre, rapor ve etiket içerikleri) mevzuata uygun olmalıdır.

KM.16.2. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemlerini gerçekleştiren personel niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

KM.16.3. Sağlık tesislerinde bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırın ölçümleme işlemleri kapsamında kullanılan referans cihazların (kalibratör, fantom, analizör gibi) niteliği mevzuata uygun olmalıdır.

AÇIKLAMA :

Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri sonucunda düzenlenen her rapor ve etiket kılavuzun Ek-1’inde belirtilen format ve gereklerine uygun olmalıdır. Ayrıca biyomedikal metroloji faaliyetleri kapsamında çalıştırılan personel mevzuata uygun nitelikte olmalı, bu kapsamda hizmet sağlayan referans donanımlar standartlara uygun olmalıdır.

KAYNAK:

27.10.2014 tarih ve 519 sayılı Biyomedikal Metroloji Faaliyetleri konulu genel yazı.

SORU: Validasyon Hizmeti kapsamında yapılan işlemler aşağıda belirtilen standartlara uygun yapılıyor mu?

SIRA : 182
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.17.1. Ameliyathane validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında partikül ölçümü, fark basınç ölçümü, sıcaklık-nem ölçümü, hava değişim sayısı ve filtre sızdırmazlık testleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, olması gereken temiz oda sınıfı (asgari ISO Class 7 sınıfında olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmelidir.

KM.17.2. Yoğun Bakım validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında partikül ölçümü, fark basınç ölçümü, sıcaklık-nem ölçümü, hava değişim sayısı ve filtre sızdırmazlık testleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, olması gereken temiz oda sınıfı (3. ve 4. düzey yoğun bakımlar asgari ISO Class 8 ve üzeri sınıfında olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmelidir. İlgili ölçümler 3. ve 4. düzey yoğun bakımlarda aranacak olup bütün izole odaların (solunum ve temas) ölçümü yapılmalıdır.

KM.17.3. Sterilizasyon ünitesindeki steril alanlarda validasyon ölçümleri yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu alanda filtre sızdırmazlık, partikül ölçümü, hava değişim sayısı, fark basınç ve sıcaklık-nem ölçümleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, hava akış yönü (hava akış yönü steril alandan kirli alana doğru olmalıdır) raporda belirtilmelidir.

KM.17.4. Özellikli Ünitelerin (Kemoterapi ilaç hazırlama, TPN solisyon hazırlama vb.) validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak ilgili özellikli ünite hizmetini sağlayan firmadan bağımsız bir kuruluş tarafından yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Bu testler kapsamında partikül ölçümü, fark basınç ölçümü, sıcaklık-nem ölçümü, hava değişim sayısı ve filtre sızdırmazlık testleri yapılmalıdır. İlgili ölçüm sonuçları, ölçüm yapılan mahalin alan ve hacim olarak ölçümleri, oda krokisi, olması gereken temiz oda sınıfı (hazırlama odaları asgari ISO Class 7 sınıflamasına, hazırlama ve doldurma kabinleri ise laminar hava (Laminar Air Flow) altında ISO Class 5 sınıflamasına sahip olmalıdır), hava akış yönü raporda belirtilmelidir.

KM.17.5. Hepa filtre kullanılan alanlarda filtre sızdırmazlık testi ve partikül ölçüm sonuçlarına göre filtre değişimi yapılmalıdır. Filtre sızdırmazlık testi ve görsel muayenesinde sorun olmayan filtrelerin değişimi yapılmamalıdır.

KM.17.6. Validasyon ölçümleri yapan referans donanımlar ilgili standart ve mevzuatlara uygun olmalıdır. Validasyon raporlarında cihazların marka, model ve seri numarası bilgileri ile güncel kalibrasyon sertifikaları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Validasyon Hizmetleri kapsamında yukarıda belirtilen alanların validasyonları yaptırılmalıdır. Özellikli Ünitelerin (Kemoterapi ilaç hazırlama, TPN solisyon hazırlama vb.) validasyon işlemleri TS EN 14644/ DIN 1946-4 standartlarına uygun olarak ilgili özellikli ünite hizmetini sağlayan firmadan bağımsız bir kuruluş tarafından yılda en az 1 kez yapılmalıdır. Validasyon işleminde kullanılan validatörlerin marka, model ve seri numarası bilgileri ile güncel kalibrasyon sertifikaları bulunmalıdır.

SORU: Biyomedikal insan kaynakları sistemine veri girişi yapıyor mu?

SIRA : 183
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 18

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.18.1. Klinik Mühendislik Hizmetleri personelinin (hizmet alım personeli de dahil olmak üzere) verileri Biyomedikal İnsan Kaynakları Sistemine girilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde Klinik Mühendislik Hizmetleri alanında çalışan (kadrolu, hizmet alım) personelinin Biyomedikal İnsan Kaynakları Yönetim Platformu üzerinden veri girişlerinin yapılması gerekmektedir.

KAYNAK:

30.01.2017 tarih ve 38218639 barkod numaralı Klinik Mühendislik Hizmetleri İnsan Kaynağı Çalışması konulu genel yazı.

SORU: Klinik Mühendislik Hizmetleri'ne ilişkin organizasyon yapısı ve iletişim kanalları belirlenmiş mi?

SIRA : 184
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 19

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.19.1. Klinik Mühendislik Hizmetleri'ne ilişkin mevzuata uygun oluşturulacak organizasyon yapısında sağlık tesisi, İl Sağlık Müdürlüğü ve Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü dahilinde iletişim kanalları bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde Klinik Mühendislik Hizmetleri alanında çalışan personellerden sorumlu olarak görev yapan Klinik Mühendislik Hizmetleri Sorumlusu; öncelikle varsa teknik hizmetler sınıfında biyomedikal/tıp branşında mühendis unvanına sahip olmalı veya biyomedikal/tıp branşında tekniker unvanındaki personel olmalıdır. Bu niteliklerde personel bulunmaması durumunda tıbbi cihaz yönetimi alanında görev yapmış tekniker/teknisyen unvanında personel görevlendirilir.

İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Uzman/Sorumlu personel; Teknik Hizmetler Sınıfında biyomedikal/tıp mühendisliği branşında mühendis unvanına sahip olmalı veya biyomedikal/tıp branşında tekniker unvanında en az lisans düzeyinde yüksek öğrenim diplomasına sahip ve tercihen Kamu Hastaneleri Birliği Genel Sekreterliklerinde görev yapmış olmalıdır. İl Sağlık Müdürlüğü ve bağlı sağlık tesislerinde bu niteliklerde personel bulunmaması durumunda tıbbi cihaz yönetimi veya sağlık tesislerinde klinik mühendislik alanında en az 2 yıl

deneyime sahip mühendis veya en az 3 yıl deneyime sahip tekniker unvanında teknik hizmetler sınıfı uzman personel görevlendirilir.

Sağlık tesisinde görevli sorumlunun, İl Sağlık Müdürlüğü ve Kamu Hastaneler Genel Müdürlüğü ile olan koordinasyonun ve iletişiminin daha kolay yürütülmesi için organizasyon şeması olmalıdır.

KAYNAK:

20.02.2018 tarih ve 632255049 barkod numaralı Tıbbi Cihaz ve İlaç Birimleri Hk. konulu genel yazı.

SORU: Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi uygun fiziki koşullara sahip mi? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muaftır.)

SIRA : 185
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK
BÖLÜM SIRA NO : 20

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.20.1. Duvar ve tavanlar boyanmış, zeminler temiz, varsa borular (atık su, kalorifer vb.) yalıtılmış olmalıdır.

KM.20.2. Haşerelere karşı önlemler alınmalı ve düzenli olarak ilaçlanmalıdır.

KM.20.3. Atölyede yeterli aydınlatma ve havalandırma sistemi olmalı, yangın tüpü bulunmalıdır.

KM.20.4. Atölye çalışma tezgahı yanmaz, yüzeyi antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.

KM.20.5. Atölye zemini PVC esaslı antistatik malzeme ile kaplı olmalıdır.

KM.20.6. Atölyede Verimlilik Yerinde Değerlendirme Rehberi' nde belirtilen teçhizatların olması gerekmektedir. (A1 genel, A2 genel, A1 dal, A2 dal ve B grubu sağlık tesisleri için teçhizat listesi aşağıda yer almaktadır.)

KM.20.7. Atölye içerisinde el yıkama lavabosu bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Teknik Servis Hizmeti veren (bakım, onarım vb.) sağlık tesislerinde Biyomedikal Teknik Servis Atölyelerinin belli fiziki koşullara sahip olması gerekmektedir. Atölyede çalışan personelin hizmeti sunumunda, gün ışığından maksimum faydalanması ve gerektiğinde yeterli derecede yapay aydınlatmaya sahip olması gerekmektedir.

Atölye koşullarının temiz hava ile havalandırılması mümkün değilse yapay havalandırılması gerekmektedir. Ayrıca herhangi bir yangın riski durumunda kullanılması amacıyla yangın tüpü bulunmalıdır.

Atölye çalışma tezgahının yanmaz, yüzeyi antistatik malzemeden yapılmış olması gerekmektedir.

Zemin kaplama malzemesinin kolay temizlenebilir, antistatik ve PVC esaslı malzemeler ile kaplanması gerekmektedir.

Biyomedikal Teknik Servis Hizmetinin verilebilmesi için atölyede aşağıdaki teçhizatların tamamının bulunması gerekmektedir.

Tıbbi cihazlardan bulaşan yağ, kir gibi lekelerin temizlenmesi ve hijyenin sağlanması için atölye içerisinde el yıkama lavabosu bulunmalıdır.

BİYOMEDİKAL TEKNİK SERVİS ATÖLYESİ TEÇHİZAT LİSTESİ (A1 GENEL, A2 GENEL, A1 DAL, A2 DAL)

S.NO	MALZEME ADI	S.NO	MALZEME ADI
1	ALLEN TAKIMI ALTI KÖŞELİ	24	KONTROL KALEMİ
2	ALLEN TAKIMI YUVARLAK UÇLU	25	KURBAĞACIK ANAHTAR
3	ANTİSTATİK BİLEKLİK	26	LOKMA SETİ KARBÜRATÖR
4	AVOMETRE	27	MAKET BIÇAĞI
5	AYARLI AC GÜÇ KAYNAĞI	28	MENGENE
6	AYARLI DC GÜÇ KAYNAĞI	29	PENS AMPERMETRE
7	BÜYÜTEÇLİ IŞIKLI STAND	30	PENSE AYARLI STANDART 180 MM KOMBİNE İZOLELİ
8	CIMBIZ SETİ (DÜZ VE EĞRİ)	31	PENSE ELEKTRONİKÇİ 100 MM
9	ÇEKİÇ	32	SEGMAN PENSESİ DIŞ (DÜZ VE EĞİR)
10	ÇEKMECELİ HIRDAVAT KUTUSU	33	SEGMAN PENSESİ İÇ (DÜZ VE EĞİR)
11	DİJİTAL MULTİMETRE	34	SICAK HAVA TABANCASI
12	EĞE SETİ	35	SİLİKON TABANCASI
13	ELEKTRONİK KART ARIZA TESPİT CİHAZI	36	STANDART FORT PENSE
14	EMİCİ ÜFLEYİCİ KOMPRESÖR	37	ŞARJLI TORNAVİDA
15	HAVŞA TAKIMI	38	T TİPİ TORKS ALLEN ANAHTAR TAKIMI
16	HİLTİ MATKAP	39	TAKIM ÇANTASI
17	ISI AYARLI SICAK HAVA ÜFLEMELİ DİJİTAL LEHİMLEME İSTASYONU	40	TEL FIRÇA
18	KABLO SIYIRMA PENSESİ	41	TORNAVİDA SETİ (DÜZ VE YILDIZ)
19	KALEM HAVYA	42	TORNAVİDA SETİ BİTS UÇLU
20	KARGABURUN ELEKTRONİKÇİ 120 MM (DÜZ VE EĞRİ)	43	TORNAVİDA SETİ ELEKTRONİKÇİ TİP (DÜZ VE YILDIZ)
21	KARGABURUN STANDART 160 MM (DÜZ VE EĞRİ)	44	TORNAVİDA SETİ LOKMA UÇLU

22	KESKİ ELEKTRONİKÇİ 115 (±5) MM	45	TORNAVİDA TAKIMI TORKS
23	KESKİ STANDART 140 MM	46	TORNAVİDA TOPAÇ (DÜZ VE YILDIZ)

BİYOMEDİKAL TEKNİK SERVİS ATÖLYESİ TEÇHİZAT LİSTESİ (B GRUBU)

S.NO	MALZEME ADI	S.NO	MALZEME ADI
1	ALLEN TAKIMI ALTI KÖŞELİ	23	LOKMA SETİ KARBÜRATÖR
2	ALLEN TAKIMI YUVARLAK UÇLU	24	MAKET BIÇAĞI
3	ANTİSTATİK BİLEKLİK	25	MENGENE
4	AVOMETRE	26	PENSE AMPERMETRE
5	AYARLI DC GÜÇ KAYNAĞI	27	PENSE AYARLI STANDART 180 MM KOMBİNE İZOLELİ
6	BÜYÜTEÇLİ IŞIKLI STAND	28	PENSE ELEKTRONİKÇİ 100 MM
7	CIMBIZ SETİ (DÜZ VE EĞRİ)	29	SEGMAN PENSESİ DIŞ (DÜZ VE EĞİR)
8	ÇEKİÇ	30	SEGMAN PENSESİ İÇ (DÜZ VE EĞİR)
9	ÇEKMECELİ HIRDAVAT KUTUSU	31	SICAK HAVA TABANCASI
10	DİJİTAL MULTİMETRE	32	SİLİKON TABANCASI
11	EĞE SETİ	33	STANDART FORT PENSE
12	EMİCİ ÜFLEYİCİ KOMPRESÖR	34	ŞARJLI TORNAVİDA
13	HİLTİ MATKAP	35	T TİPİ TORKS ALLEN ANAHTAR TAKIMI
14	ISI AYARLI SICAK HAVA ÜFLEMELİ DİJİTAL LEHİMLEME İSTASYONU	36	TAKIM ÇANTASI
15	KABLO SIYIRMA PENSESİ	37	TEL FIRÇA
16	KALEM HAVYA	38	TORNAVİDA SETİ (DÜZ VE YILDIZ)
17	KARGABURUN ELEKTRONİKÇİ 120 MM (DÜZ VE EĞRİ)	39	TORNAVİDA SETİ BITS UÇLU
18	KARGABURUN STANDART 160 MM (DÜZ VE EĞRİ)	40	TORNAVİDA SETİ ELEKTRONİKÇİ TİP (DÜZ VE YILDIZ)
19	KESKİ ELEKTRONİKÇİ 115 (±5) MM	41	TORNAVİDA SETİ LOKMA UÇLU
20	KESKİ STANDART 140 MM	42	TORNAVİDA TAKIMI TORKS
21	KONTROL KALEMİ	43	TORNAVİDA TOPAÇ (DÜZ VE YILDIZ)
22	KURBAĞACIK ANAHTAR		

SORU: Biyomedikal Teknik Servis Atölyesi faaliyet raporu hazırlanmış mı? (Biyomedikal Teknik Servis hizmeti olmayan sağlık tesisleri sorudan muafır.)

SIRA : 186
BÖLÜM ADI : KLİNİK MÜHENDİSLİK

BÖLÜM SIRA NO : 21

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

KM.21.1. Atölye tarafından bakım / onarımı yapılan cihazların listesi biyomedikal tür bazlı hazırlanmalıdır.

KM.21.2. Bakım / onarımı yapılan cihazların sayısı, bakım /onarımını yapan personelin bilgisinin olduğu aylık faaliyet raporu hazırlanmalı, üçer aylık süreçlerde faaliyet raporları harcama yetkilisine sunulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Teknik Servis Hizmeti veren (bakım, onarım vb) sağlık tesislerinde Biyomedikal Teknik Servis Atölyesinin bakım onarım yaptığı cihaz listesi biyomedikal tür bazlı olarak hazırlanmalıdır.

Bakım, onarımı yapılan cihazların ve yedek parça/aksesuar sayılarının olduğu, işlemi yapan personelin belirtildiği aylık faaliyet raporu hazırlanmalıdır. Hazırlanan aylık faaliyet raporları üçer aylık dönemlerde harcama yetkilisine sunulmalıdır.

BIYOMEDİKAL DEPO

SORU: Biyomedikal depolarında yapılan işlemlerin taşınır işlem fişleri, Malzeme Kaynakları Yönetim Sistemi' nden alınıyor mu?

SIRA : 187
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.1.1. Biyomedikal depolarında yapılan (giriş, çıkış, devir, hurda, zimmet vb.) işlemlerin taşınır işlem fişleri MKYS' den alınmış olmalı, teslim eden ve alan kısımları imzalı olarak dosyalanmalıdır.

AÇIKLAMA:

SBYS' de yapılan ve entegrasyon ile MKYS' ye gönderilen işlem hatalarını görebilmek, ayrıca denetim, soruşturma, bağlı muhasebe birimlerine hesap verme gibi aşamalarda SBYS veri ve evraklarının resmi geçerliliği olmadığından, biyomedikal depolarında yapılan tüm işlemlere ait taşınır işlem fişlerinin, MKYS sisteminden alınması ve imzalı olarak dosyalanması gerekmektedir. Satın alma giriş fişlerinin teslim eden kısmı, ilgili firma yetkilisi tarafından imzalanamıyorsa muayene komisyon başkanı tarafından imzalanmalıdır. Son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait taşınır işlem fişleri kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

Kamu idarelerince yapılabilecek düzenlemeler ile defter ve belgelerin elektronik ortamda tutulması MADDE 11 – (1) Taşınırın tüm giriş ve çıkış kayıtları ile kullanılacak defter, belge ve cetvellerin elektronik ortamda tutulması ve düzenlenmesi esastır. (2) Kamu idareleri, bu Yönetmelikte belirlenen esas ve usullere bağlı kalmak ve Bakanlığın uygun görüşünü almak koşuluyla özel düzenleme yapabilir ve gereken hallerde bu Yönetmelikte yer alan defter, belge ve cetveller yanında başka defter, belge ve cetveller de kullanabilirler. (3) (Ek: 14/3/2016-2016/8646 K.) Elektronik ortamda düzenlenen defter, belge ve cetvellerde gerekli görülmesi halinde ilave sütun ve satır açılabilir.

Maliye Bakanlığı Merkezi Yönetim Harcama Belgeleri Yönetmeliği

Merkezî yönetim kapsamındaki kamu idarelerinde malî işlemlerin gerçekleştirilmesi ve muhasebeleştirilmesi kapsamında, harcamalarda ödeme belgesine bağlanacak kanıtlayıcı belgeleri (taşınır işlem fişi vb.) ve bunlardan bu yönetmelikte düzenlenmesi gerekenlerin şekil ve türlerini belirtmektedir.

SORU: Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkilileri mevzuata uygun şekilde görevlendirilmiş mi?

SIRA : 188
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.2.1. Görevlendirilen Biyomedikal Depo Taşınır kayıt Yetkilileri teknik hizmetler sınıfından olmalıdır. (A1 genel, A2 genel ve B grubu sağlık tesisleri için geçerlidir.)

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Depolar ile ilgili işlemler teknik bilgi gerektirdiğinden bu depolardan sorumlu Taşınır Kayıt Yetkilileri teknik hizmetler sınıfı personeli olmalıdır. A1 genel, A2 genel ve B kurum rolündeki sağlık tesisleri haricindeki sağlık tesisleri personel yeterliliği ve yetkinliği göz önünde bulundurularak bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

“Sağlık Tesislerinde Depo Rolüne Göre TKKY Nitelikleri

Sorumluluk Alanı: Biyomedikal (Tüketim/Dayanıklı) Depo

Her iki depo içinde tercihen Biyomedikal Mühendisi / Teknikeri / Teknisyeni, Elektrik-Elektronik Mühendisi / Teknikeri / Teknisyeni, Elektrik Haberleşme Mühendisi / Teknikeri / Teknisyeni, Tıp Mühendisliği, Tıp Elektronik bölümü mezunları olmalıdır.”

SORU: Taşınır kayıt yetkililerine verilen eğitimlere yönelik; eğitim planı, içeriği ve katılımcılar hakkında dokümanlar mevcut mu?

SIRA : 189
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.3.1. Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma (tür, tanım, taşınır kod gibi) ve biyomedikal dayanıklı taşınırlara yönelik teknik bilgi verilmelidir.

BD.3.2. Biyomedikal Depo Taşınır Kayıt Yetkililerine İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi tarafından klinik mühendislik ekranlarının kullanımına yönelik teknik bilgi verilmelidir.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal dayanıklı taşınırların tanıtıldığı, biyomedikal depo taşınır kayıt yetkililerinin malzeme bilgisinin geliştirildiği teknik eğitimler İl Sağlık Müdürlüğü Biyomedikal Mühendislik Birimi tarafından yıllık plan içerisinde, periyodik olarak düzenlenmelidir.

Ayrıca Klinik Mühendislik alanına özel kullanılan Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetim Ekranı, Teknik Hizmet Yönetim Ekranları hakkında ve Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranları hakkında da eğitimlerinin verilmesi gerekmektedir.

Bu eğitimler İl Sağlık Müdürlüğü bünyesinde bulunan Biyomedikal Mühendislik Hizmetleri Birimi sorumlusu ya da çalışanları tarafından verilebilir. Eğitimler her bir Taşınır kayıt Yetkilisi' ne yılda en az bir kere olmak üzere verilmelidir. Eğitimler mevzuat ve uygulamada yapılan güncellemelerde tekrar edilmelidir.

KAYNAK:

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı

“D. 1. İnsan Kaynakları Yönetim Faaliyetleri

Klinik Mühendislik Hizmetleri Birimi, insan kaynakları yönetim faaliyetleri kapsamında sözleşmeli ve kadrolu teknik personelin (mühendis, tekniker, teknisyen), kullanıcıların (sağlık personeli, sağlık destek personeli gibi) biyomedikal cihazlar ile ilgili eğitim planlamalarını, iş emri yönetimi ve personel performans değerlendirme faaliyetlerini gerçekleştirir.”

SORU: İstatistik biriminin biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile ilgili tuttuğu veriler ve biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu mu?

SIRA : 190
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.4.1. İstatistik birimi tarafından TSİM Uygulama Rehberi'nde belirtildiği şekilde kaydedilen (heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemi başlatılmış cihazlar dışındaki) biyomedikal dayanıklı taşınırlar ile MKYS' deki (aktif ve pasif toplam) biyomedikal dayanıklı taşınır depo kayıtları birbiri ile uyumlu olmalıdır. ((MKYS'de cihazın durumu hek sürecinde olanların verileri TSİM sayılarına dahil edilmeyecektir)

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinin mevcut biyomedikal dayanıklı taşınır verilerini bildirdiği iki farklı bilgi yönetim sistemi mevcuttur. Temel Sağlık İstatistikleri Modülü'ne (TSİM) dayanıklı taşınır verileri istatistik birimleri tarafından bildirilirken, MKYS dayanıklı taşınır verileri Taşınır Kayıt Yetkilisi tarafından girilir. TSİM üzerinden ulaşılan biyomedikal dayanıklı taşınırların özellikleri ve sayılarının depo kayıtlarını içeren MKYS bilgileri ile doğrulanması gereklidir.

Burada dikkat edilmesi gereken husus TSİM üzerinden girilen cihaz sayısı Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü tarafından yayınlanan TSİM uygulama rehberinde belirtildiği gibi "Hastanede bulunan tüm cihaz bilgileri (Ameliyathane dahil) bu alanlara girilmelidir. Ancak heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemleri başlatılmış cihazların veri girişleri yapılmamalıdır. MKYS'de ise cihazların aktif, pasif ve arızada olma durumları takip edilir, ancak tüm hepsi depo kayıtlarında mevcuttur. Yani kontrol edilirken MKYS'de bulunan aktif ve pasif cihaz sayıları ile TSİM'de kayıtlı cihaz sayılarının tutarlı olması beklenmektedir. TSİM ve MKYS cihaz sayılarının kontrolünde aşağıdaki TSİM cihaz başlıklarından en az 3 (üç) tanesi örneklem olarak kontrol edilecektir:

S.NO	TSİM ADI	S.NO	TSİM ADI
1	Konvansiyonel Röntgen, Dijital Röntgen,	19	NST
2	USG, Doppler USG, Ekokardiyografi	20	Odiometre
3	Bilgisayarlı Tomografi	21	Otorefraktometre
4	MR	22	Spirometre
5	Kemik Dansitometre	23	Krioterapi Cihazı
6	Mamografi	24	Kemoterapi Hazırlama Cihazı
7	Anjiyografi	25	Puva
8	Ameliyat Mikroskobu	26	Fototerapi Cihazı
9	Defibrilatör	27	Lineer Accelerator
10	EEG	28	CT Simülatör
11	Eforlu EKG	29	Cyberknife
12	Tansiyon Holter, Ritim Holter	30	Brakiterapi
13	EMG	31	Gamma Kamera
14	ESWL	32	SPECT-CT
15	ESWT	33	PET-CT/PET
16	Faco	34	Tomoterapi
17	Laser Excimer	35	Tiroid Uptake Cihazı
18	Kalp Akciğer Pompası		

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınır Hakkında konulu genel yazı

“1.1 Dayanıklı Taşınır Bilgileri Modülü

Bu veri girişlerinde 253-03-04, 253-03-05, 253-03-06, 253-03-08, 255-01-05 hesap kodları ve maddi olmayan duran varlıkların yer aldığı 267 hesap kodlarında yer alan biyomedikal dayanıklı taşınırların verilerinin girilmesine öncelik verilecektir. Modül içerisinde yer alan “Biyomedikal Teknoloji Türü” ve “Biyomedikal Teknoloji Tanımı” içerisinde tanımlanmış taşınırların Kamu Hastane Birliklerinde, birliklere bağlı sağlık tesislerinde, özellikli sağlık araçlarında, sağlık tesislerine bağlı tüm depo ve ambarlarda bulunan cihaz, ekipman ve sistemlerin dayanıklı taşınır niteliğinde takibi için devirler ilgili depo sorumlusu Taşınır Kayıt Yetkililerince gerçekleştirilir.” Haziran 2016 Sağlık Hizmetleri Genel Müdürlüğü TSİM Uygulama Rehberi

“1.8. Görüntüleme ve Diğer Tıbbi Cihazlar Sekmesi

Hastanede bulunan tüm cihaz bilgileri (Ameliyathane dahil) bu alanlara girilmelidir. Ancak heke ayrılmış ya da tamamen kullanım dışında olduğundan hek işlemleri başlatılmış cihazlar bu alana eklenmemelidir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmış mı?

SIRA : 191
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.5.1. Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

BD.5.2. Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depo kapsamındaki hesap kodlarında kayıtlı olan ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin uygun depolara devirleri yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğindeki demirbaşların sorumluluk alanındaki taşınır hesap koduna sahip olan, ancak biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğinde olmayan demirbaşların (yemek masaları, etajerler gibi) uygun depolara devredilmesi “Depo Devirleri ve Malzeme Düzeltme İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmalıdır.

Sağlık tesislerinde biyomedikal dayanıklı taşınır niteliğindeki demirbaşların sorumluluk alanındaki taşınır hesap koduna sahip olan, ancak tüketim malzemesi niteliğinde olan malzemelerin (röntgen tüpü, endoskopi teleskobu gibi) uygun depoya devredilmesi “Depo Devirleri ve Malzeme Düzeltme İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

29.11.2013 tarih ve 4605 sayılı Dayanıklı Taşınırlar Hakkında konulu genel yazı

“Dayanıklı Taşınır Envanter Yönetimi Ekranı üzerinden gerçekleştirilecek olan detay kayıt bilgi girişleri ve etiketleme faaliyetleri mevcut durumda stok kaydı bulunan ve tedarik edilen tüm dayanıklı taşınırlar için uygulanacaktır. Anılan faaliyetlerin sürdürülebilirliği önem arz etmektedir.

Bu faaliyetler kapsamında kayıt dışı olan dayanıklı taşınırlar, Taşınır Mal Yönetmeliğinin ilgi maddelerinde (1. 12. 18.) yer alan hükümlere istinaden Taşınır kayıt Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından kayıt altına alınacaktır. Yine bu faaliyetler kapsamında sarf niteliğinde (150 taşınır hesap kodlarında) kayıt altına alınmış olan biyomedikal tür ve tanım listelerinde yer alan kayıtların ve/veya hatalı kayıtların bulunması durumunda ise Taşınır Mal Yönetmeliği'nin 27. Maddesinin hükümlerine istinaden Taşınır kayıt Yetkilileri (demirbaş ambar sorumluları) tarafından düzeltme kayıtları yapılacaktır.”

SORU: Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların depo kaydı mevcut mu?

SIRA : 192
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.6.1. Özellikli sağlık araçlarında bulunan biyomedikal dayanıklı taşınırların kullanım yeri bilgisi “Özellikli Sağlık Aracı olmalıdır.”

AÇIKLAMA:

Özellikli sağlık araçlarının (acil müdahale arabası, hasta nakil ambulansı, ambulans uçak, ambulans motor, paletli ambulans, evde sağlık aracı gibi) tek kalemde taşıt olarak kayıt altına alınmaması; biyomedikal dayanıklı taşınırların ayrı, taşıtların ayrı kayıt altına alınması gereklidir.

Sağlık araçları 254-01 Karayolları Taşıtları Grubu altında kayıt altına alınmaktadır. Sağlık tesisinin depo kayıtlarında özellikli sağlık araçlarının bulunup bulunmadığı bu kod üzerinden bakılabilir. Sağlık aracı olmayan sağlık tesisleri bu sorudan muaf olacaktır. Eğer özellikli sağlık aracında kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınır var ise MKYS’de kullanım yeri “özellikli sağlık aracı” olarak kaydedilmiş olması gerekmektedir.

Bu işlemler “Özellikli Sağlık Araçlarındaki Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların Depo Kayıt Talimatına” göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Taşınırların kaydı

MADDE 12 – (1) Kamu idarelerince bütün taşınırların ve bunlara ilişkin işlemlerin kayıt altına alınması esastır. Taşınır kayıtları, yönetim hesabı verilmesine esas olacak şekilde tutulur. Her bir kaydın belgeye dayanması şarttır.”

SORU: Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Depolarında Yapılan H.E.K ve Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma işlemleri, yönetmeliklere uygun yapıyor mu?

SIRA : 193
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 7
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.7.1. HEK'e ayrılması için hazırlanan teknik raporda biyomedikal dayanıklı taşınırların künye numaraları belirtilmeli ve işlemler Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların HEK'e Ayrılması Talimatına uygun olarak yapılmalıdır.

BD.7.2. Sağlık tesisi yöneticisinden, yapılacak her hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemleri ve komisyon kurulması için onay alınmış olmalıdır.

BD.7.3. Hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi yapılacak taşınırlar için, durum tespit raporu ile kayıttan düşme teklif onay tutanakları düzenlenmiş, komisyon tarafından imzalanmış ve harcama yetkilisi tarafından onaylanmış olmalıdır.

BD.7.4. Hurdaya ayrılmış taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne resmi yazı yazılmış olmalıdır.

BD.7.5. Düzenlenen taşınır işlem fişlerinin, teslim eden ve teslim alan kısımları imzalı olmalıdır.

BD.7.6. Hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe ise, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne; döner sermaye ise kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesisinde biyomedikal dayanıklı taşınırların H.E.K işlemlerinde, Kamu Hastaneleri Genel Müdürlüğü Klinik Mühendislik Yönetim Birimi tarafından yayınlanan “Biyomedikal Dayanıklı Taşınırların H.E.K'e Ayrılması Talimatı” iş akışı kullanılmalıdır.

Ekonomik ömrünü tamamlamış veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmeyen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından değerlendirilir. Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilen taşınırlar için düzenlenen durum tespit raporuna istinaden, kayıttan düşme teklif onay tutanağı komisyon tarafından imzalanır ve harcama yetkilisi onayına sunulur. Onaya istinaden, taşınırlar “**Hurdaya Ayırma**” işlemi ile taşınır işlem fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Kayıtlardan çıkartılan taşınırların teslim alınması için, MKE veya Milli Emlak Müdürlüğü'ne müracaat edilir. MKE ve Milli Emlak Müdürlüğü tarafından altı ay içinde teslim alınmayan hurdaların satışı, 2886 Devlet

İhale Kanunu'na göre yapılabilir. Hurdaları teslim alan kurum ya da firma yetkilisine, taşınır işlem fişinin teslim alan kısmı imzalatılır.

Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, harcama yetkilisinin onayına istinaden komisyon tarafından kasıt, kusur, ihmal veya tedbirsizlik olup olmadığı araştırılarak sonuçları ayrı bir tutanakta belirtildikten sonra Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına istinaden **“Kullanılamaz Hale Gelme/Yok Olma”** ile Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

Yapılan hurda veya kullanılamaz hale gelme/yok olma işlemi genel bütçe ise, kayıttan düşme teklif onay tutanağı ve taşınır işlem fişi üst yazı ile ilgili defterdarlık veya mal müdürlüğüne; döner sermaye ise kayıttan düşme teklif onay tutanağı, taşınır işlem fişi ve amortisman çıkış belgesi muhasebe işlem fişi (MİF) ekinde ilgili saymanlığa gönderilmiş olmalıdır.

Yıl içinde yapılmış hurda işlemi yok ise, sağlık tesisleri bu sorudan muaf tutulacaktır.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

Kullanılmaz hale gelme, yok olma veya sayım noksanı nedeniyle çıkış:

MADDE 27 – (1) Tüketim malzemelerinin özelliklerinde, ağırlıklarında veya miktarlarında meydana gelen değişimler nedeniyle oluşan fireler, sayımda noksan çıkan taşınırlar, çalınma, kaybolma gibi nedenlerle yok olan taşınırlar ya da yıpranma, kırılma veya bozulma gibi nedenlerle kullanılamaz hale gelen taşınırlar ile canlı taşınırın ölmesi halinde, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı ve Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır.

(4) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Garanti veya sigorta taahhünamesi kapsamında yenisi ile değiştirilmek üzere yüklenicisine iade edilen taşınırlar Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

(5) (Ek: 8/10/2012-2012/3832 K.) Kamu idaresi ile yüklenici arasında imzalanan mal alımına ilişkin sözleşmede hüküm bulunması ve fiyat farkı veya ek bir maliyet talep edilmemesi kaydıyla; kullanım süresi dolan veya dolmak üzere olan taşınırlardan daha uzun miadlı olanlarla değiştirilenler, Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağına dayanılarak düzenlenecek Taşınır İşlem Fişiyle kayıtlardan çıkarılır ve yenisi kayıtlara alınır.

Hurdaya ayırma nedeniyle çıkış:

MADDE 28 – (1) (Değişik: 14/3/2016-2016/8646 K.) Ekonomik ömrünü tamamlamış olan veya tamamlamadığı halde teknik ve fiziki nedenlerle kullanılmasında yarar görülmemekle hizmet dışı

birakılması gerektiği ilgililer veya özel mevzuatı çerçevesinde oluşturulan komisyon tarafından bildirilen taşınırlar, biri işin uzmanı olmak kaydıyla harcama yetkilisinin belirleyeceği en az üç kişiden oluşan komisyon tarafından değerlendirilir. Yeterli sayı veya nitelikte personel bulunmaması halinde komisyonlar diğer kamu idarelerinden talep edilecek üyelerin katılımıyla oluşturulabilir.

(2) Komisyonca yapılan değerlendirme sonucunda hurdaya ayrılması uygun görülmeyen taşınırlar hakkındaki gerekçeli karar harcama yetkilisine bildirilir.

(3) Komisyonca hurdaya ayrılmasına karar verilenler için ise Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağı düzenlenir.

(5) Birinci fıkraya göre harcama yetkilisince oluşturulacak komisyon tarafından ekonomik değerinin olmadığı veya teknik, sağlık, güvenlik ve benzeri nedenlerle imha edilmesinin şart olduğuna karar verilen taşınırlar, harcama yetkilisinin onayı ile imha edilir. İmha, komisyon veya komisyonun gözetiminde uzman kişiler tarafından yapılır. Bu işleme ilişkin ayrıca bir imha tutanağı düzenlenir. İmha işlemi özel mevzuat hükümleri öncelikle dikkate alınır.

(6) Hurdaya ayrılan veya imha edilen taşınırlar Taşınır İşlem Fişi düzenlenerek kayıtlardan çıkarılır. Fişin ekine Kayıttan Düşme Teklif ve Onay Tutanağının bir nüshası bağlanır.

SORU: Sağlık Tesisi tarafından kullanılan yazılımların depo kaydı mevcut mu?

SIRA : 194
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.8.1. Satın alınan yazılımların 267-01 altında ilgili 2. Düzey Taşınır Kodunda depo kaydı olmalıdır.

BD.8.2. Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında kaydı olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde mal olarak edinilen, süreli olmayan, lisansı ömür boyu satın alınan yazılımların (bilgi yönetim sistemleri, cihaz yazılımları, PACS, Office programları gibi) Biyomedikal Depolarda biyomedikal tanımlarına uygun olarak malzeme kaydının bulunması gerekmektedir. MKYS de 267-01 koduna kaydedilen bu malzemelerin ödemelerinin de TDMS 267.01 “Bilgisayar Yazılımları” hesap kodundan yapılması gerekmektedir. Bu yazılımların satın alma işlemleri ve depo kayıtlarının doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ilgili dönemin iş zekası ve TDMS verileri karşılaştırılarak kontrol edilebilir.

Hizmet alımı yapılan veya süreli olarak edinilen yazılımların Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranında biyomedikal tanımlarına uygun olarak veri girişinin yapılmış olması gerekmektedir.

Hizmet alımı yapılan bu yazılımların satın alma işlemleri ve veri girişlerinin doğru şekilde yapılıp yapılmadığı ilgili dönemin Dayanıklı Taşınır Hizmet Alım Ekranı girişleri ve TDMS verileri karşılaştırılarak kontrol edilebilir.

KAYNAK:

13.12.2013 tarih ve 809.05 sayılı 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar konulu genel yazı

“Başkanlığımızca yayımlanarak yürürlüğe giren 29.11.2013 tarih ve 4605 tarihli “Dayanıklı Taşınır” hakkındaki yazımız ile Kurumumuz bünyesinde gerçekleştirilen biyomedikal dayanıklı taşınır sınıflandırma kapsamında; 26 Maddi Olmayan Duran Varlıkların alt kodundaki 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların (Bilgisayar yazılımları, işletim yazılımları, tıbbi cihaz programları ve kullanılacak amaca göre geliştirilen uygulama programları vb.) satın alma ve çıkışlarının düzenli olarak takibinin yapılabilmesi ve birlikteliğin sağlanabilmesi gerekmektedir.

Bu nedenle yukarıda bahsedilen 267 Diğer Maddi Olmayan Duran Varlıklar hesap kodunda takip edilen yazılımların her türlü hareketi (giriş, çıkış, amortisman ve tükenme payı hesaplamaları) 01.01.2014 tarihinden itibaren tedarik edilecek olan yazılımlar için; bundan böyle (MKYS) Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi üzerinden yapılarak MKYS Klinik Mühendislik Ekranı ile Amortisman Hesaplama Ekranına yansıtılacaktır.

MKYS Sistemi Amortisman Hesaplama Ekranı üzerinden çıkartılan amortisman cetvelleri ilgili Saymanlıklara bildirilecek ancak giriş / çıkış (satın alma; HEK vb.) hareketleri ilgili mevzuatı gereğince taşınır hesaplarında görünmeyeceğinden dolayı da; Harcama Birimi Taşınır Yönetim Dönemi Hesabı Cetvellerine yansımayacaktır.”

SORU: Biyomedikal tüketim malzemesi istem belgelerinde istenilen malzemenin tanımı ve kullanılacağı taşınıra ait künye bilgisi mevcut mu?

SIRA : 195
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.9.1. Biyomedikal tüketim malzemesi istemi yapılırken, yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde malzemenin kullanılacağı dayanıklı taşınım ait künye bilgisinin doldurulacağı alan bulunmalıdır ve bu alan istem yapan personel tarafından doldurulmuş olmalıdır.

BD.9.2. İstem belgesinde bulunan malzeme tanımı MKYS Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal tüketim malzemelerinin kontrollü çıkışı için yedek parça, sarf, aksesuar gibi tüketim malzemelerinin kullanılacağı cihaz bilgisinin doldurulacağı alan istem belgelerinde bulunmalıdır.

Yazılım üzerinden düzenlenen ve/veya matbu formdaki istem belgelerinde bulunan künye bilgisi için ayrılmış alanın istem yapan personel (hemşire, doktor gibi) tarafından doldurulmuş olması gerekmektedir. Bu alanın istemi yapan personel tarafından dolduruluyor olması veri doğruluğu açısından önem arz etmekte olup, istem yapıldıktan sonra depo sorumlusu tarafından kesinlikle doldurulmamalıdır. Biyomedikal tüketim malzemelerinin istem belgelerinde talep edilen malzemenin tanımı depo kayıtlarına uygun olarak belirtilmelidir. (Örneğin manşon olarak değil, “tansiyon aleti manşonu çift hortumlu yetişkin” şeklinde olmalıdır.)

Son 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait tüketim talep formları kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

28.04.2014 tarih ve 0532 sayılı Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Hakkında konulu genel yazı “Etkin depo yönetiminin gerçekleştirilebilmesi, klinik mühendislik hizmetlerinin sürdürülebilirliği ve etkin maliyet kontrolünün sağlanabilmesi için sınıflandırılmış bu biyomedikal tüketim malzemelerinde kontrollü çıkış işlemlerinin uygulanması gerekmektedir. Bu amaçla, MKYS üzerinden Malzeme İşlemleri Ekranından gerçekleştirilen çıkış işlemlerinde bu sınıflandırma sistemi üzerinden giriş yapılan ürünler için düzenlemeye gidilmiştir.

Bu düzenleme ile biyomedikal dayanıklı taşınırlara bağlı olarak harcanan, niteliği “Yedek Parça”, “Aksesuar” ve “Sarf” olan ürünlerin çıkış işlemlerinde ürünlerin kullanılacağı dayanıklı taşınırların belirtilmesi zorunlu alan olarak eklenmiştir. Her tüketim malzemesi çıkış işlemi sırasında ilgi (a) yazımız kapsamında daha önce veri girişi yapılmış, künye numarası atanmış bir biyomedikal dayanıklı taşınır ile eşleştirilecektir. Ancak; biyomedikal tüketim deposunda kayıt altına alınmış ve niteliği “Cihaz” veya “Ortak Sarf” olan ürünler için herhangi bir eşleştirme işlemi uygulanmayacaktır.

Biyomedikal Tüketim Deposu Taşınır kayıt Yetkililerinin çıkış yapacakları malzemeleri doğru dayanıklı taşınırlara eşleyebilmeleri için sağlık tesislerinde malzeme istemi amacıyla kullanılan formlar, yazılım sistemleri, istem belgeleri üzerinde malzemelerin kullanılacağı cihazların künye numarası, demirbaş sicil numarası, marka-model-seri no bilgisi tanımlayıcı verilerinin yer alması gerekmektedir. İlgili yazılımlar ve formlar bu kapsamda düzenlenecektir.”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırların ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan tanımlamalar depo kayıtlarına uygun mu?

SIRA : 196
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 10
DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.10.1. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinin satın alma süreçlerinde kullanılan malzeme isimleri ile MKYS tanımları aynı olmalıdır.

BD.10.2. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede), tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin TİTUBB / ÜTS kayıtlarının olması ile ilgili madde bulunmalıdır.

BD.10.3. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait sözleşmelerde (idari veya teknik şartnamede) tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin ilgili mevzuata atıf yapılarak kullanım amacı ile ilgili madde bulunmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde satın alma süreçleri bir prosedür çerçevesinde, tekil terminoloji ile ürün güvenliğinin sağlandığı bir süreç olmalıdır. Böylece talep edilen malzeme ile edinilen malzemenin uygunluğu resmi beyana dayandırılabilir.

Malzemelere ait istem belgelerinde, ihtiyaç tespit komisyonlarında, şartnamelerde, alım yöntemine göre teklif mektubu ve ya ihale ilanlarında depo kayıtlarına uygun isimler ile anılmaları gerekmektedir.

07.06.2011 tarih ve 27957 sayılı Resmi Gazete’ de yayınlanan Tıbbi Cihaz Yönetmeliği’nde tıbbi cihaz tanımı yapılmıştır. Bu yönetmeliğe göre tıbbi cihaz kapsamında bulunan tüm ürünlerin sağlık tesislerine temini sırasında TİTUBB barkod bilgisinin aranması zorunludur. Bir malzemenin tıbbi cihaz olup olmadığı TİTUBB sorgulama ekranından emsal ürünlerin TİTUBB kaydının olup olmadığına bakılarak belirlenebilir. ÜTS sisteminin açılmasından sonraki süreçte tıbbi cihazların barkod bilgileri yeni sisteme kaydedilmektedir. Bundan dolayı tıbbi cihaz kapsamındaki malzemelerin kayıtları kontrol edilirken TİTUBB/ÜTS barkod sorgulama sayfaları kullanılmalıdır.

Alıma çıkılmadan önceki süreçte ilgili malzemenin tıbbi cihaz kapsamında olup olmadığı belirlendikten sonra tıbbi cihaz olan malzemelerin şartnamelerinde TİTUBB / ÜTS kaydının olması ve ürüne ait TİTUBB / ÜTS barkodu bilgisinin ibraz edilmesi gerektiği bildirilmelidir.

KAYNAK:

17.01.2014 tarih ve 11651 sayılı TKKY Depo Sorumluluk Alanları Hakkında konulu genel yazı.

“Depo Sorumluluk Alanına Göre Taşınır ve MKYS Sınıflandırma Kodları;

2. Sorumluluk Alanı: Biyomedikal Depo

Sınıflandırma Kodu: MKYS sisteminde UBB barkodu veri doğrulaması yapılarak, sistemde bulunan Biyomedikal Tüketim Malzemesi Sınıflandırma Kodu ile malzeme girişi yapılabilecektir.”

07.08.2017 tarih ve 50181604 sayılı Tıbbi Cihazların MKYS Malzeme Girişleri Hakkında konulu yazı.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun mu?

SIRA : 197
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.11.1. Biyomedikal dayanıklı taşınırlara ve tüketim malzemelerine ait fatura içeriği depo kayıtlarına uygun olmalıdır.

BD.11.2. Biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerine ait faturalarda TİTUBB / ÜTS barkod bilgisi bulunmalı, barkod bilgisi ile biyomedikal depo kayıtlarındaki cihaz bilgileri birbiri ile uyumlu olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tedarik edilen dayanıklı taşınırlara ait fatura içerikleri Biyomedikal Dayanıklı Taşınır Sınıflandırma Sistemi ile tüketim malzemelerine ait fatura içerikleri ise Biyomedikal Tüketim Malzemeleri Sınıflandırma Sistemi ile uyumlu olmalıdır. Bu uyum incelenirken malzemelere ait giriş TİF'leri ile faturalarda bulunan malzeme adı kısımları karşılaştırılabilir. Aynı zamanda faturalarda TİTUBB /ÜTS barkod numarası bulunmalıdır.

Tıbbi Cihazların MKYS Malzeme Girişleri Hakkında konulu yazıda belirtildiği gibi biyomedikal dayanıklı taşınır ve tüketim malzemelerinde Malzeme Kaynakları Yönetimi Sistemi (MKYS) üzerinden belirli cihazlarda Küresel Ürün Numarası girişleri Genel Müdürlüğümüz tarafından emsal ürünler ve mer'i mevzuatlar çerçevesinde zorunlu hale getirilmiştir.

Tedarikçisi tarafından UBB Kapsam Dışı olduğu belirtilen malzemeler olması durumunda; 11.01.2017 tarihli ve 2017/1 sayılı "Tıbbi Cihazlarla İlgili Mal ve Hizmet Alımı İşlemleri" konulu genelgenin 2.5 maddesi gereğince satın alma süreci tamamlanmadan malzemenin imalatçı veya ithalatçısı tarafından Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumundan görüş alınarak Genel Müdürlüğümüze bilgi verilecektir.

Son 5 ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 fatura kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

17.01.2014 tarih ve 11651 sayılı TKKY Depo Sorumluluk Alanları Hakkında konulu genel yazı.
"Depo Sorumluluk Alanına Göre Taşınır ve MKYS Sınıflandırma Kodları;
2. Sorumluluk Alanı: Biyomedikal Depo
Sınıflandırma Kodu: MKYS sisteminde UBB barkodu veri doğrulaması yapılarak, sistemde bulunan Biyomedikal Tüketim Malzemesi Sınıflandırma Kodu ile malzeme girişi yapılabilecektir."
07.08.2017 tarih ve 50181604 sayılı Tıbbi Cihazların MKYS Malzeme Girişleri Hakkında konulu yazı.

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır lar sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri yapılıyor mu?

SIRA : 198
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.12.1. Biyomedikal dayanıklı taşınır lar teknik hizmet kapsamında sağlık tesisi dışına çıkarıldığında, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet çıkışı yapılmalı, emanet çıkışı yapılan dayanıklı taşınıra ait çıkış TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

BD.12.2. Biyomedikal dayanıklı taşınır lar sağlık tesisine geri iade edildiğinde, MKYS “Malzeme İşlemleri” modülünden emanet iade işlemi yapılmalı, emanet iade işlemi yapılan taşınıra ait giriş TİF’i dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal dayanıklı taşınırların teknik hizmet (bakım, onarım, ölçümleme gibi) uygulanması amacıyla sağlık tesisi dışına çıkarılması ve tekrar sağlık tesisine iadesine ilişkin MKYS üzerinden emanet çıkışı ve emanet iade işlemleri “Emanet İşlemleri Algoritmasına” göre yapılmış olmalıdır. Bu işlemler sonrası oluşturulan Taşınır İşlem Fişleri, biyomedikal dayanıklı taşınırın sağlık tesisinden çıkışı ve girişi sırasında biyomedikal dayanıklı taşınırı teslim eden ve teslim alan tarafından imzalanmalıdır. Teknik hizmet uygulaması amacıyla yapılan emanet çıkışlarında teslim alan kişi firma personeli değil kargo firması çalışanı ise aynı zamanda tutanak tutularak çıkış TİF’i 2 nüsha halinde firmaya iletilmelidir.

KAYNAK:

01.07.2015 tarih ve 80981279/849.99/498 sayılı Stok Uygulamalarına Yönelik Rehber Hakkında resmi yazı

Stok ve Taşınır Mal Yönetimi Hastane Eczacılığı ve Klinik Mühendislik Hizmetlerine İlişkin Uygulama Usul ve Esasları Hakkında Rehber

Klinik Mühendislik Hizmetleri ve Biyomedikal Depo Yönetimi Faaliyetleri

“MKYS Veri Girişleri ve Veri Doğruluğu

8. Biyomedikal dayanıklı taşınırların adli vakalarda, evde sağlık hizmetleri bünyesinde veya bakım, onarım, metroloji gibi biyomedikal teknik hizmetler kapsamında sağlık tesisi dışına çıkması durumunda “Emanet Çıkış” ve sonrasında “Emanetten İade Al” işlemleri gerçekleştirilmelidir.”

SORU: Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılan iş ve işlemler “PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına” uygun yapılıyor mu?

SIRA : 199
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.13.1. Biyomedikal Depo kapsamındaki tıbbi cihaz ve tüketim malzemeleriyle ilgili olumsuz olayların takibi için Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu görevlendirilmiş olmalı ve Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.

BD.13.2. Biyomedikal Materyovijilans Sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında verilen eğitimin içeriği hakkında dokümanlar bulunmalı, katılımcıların kayıtları olmalıdır.

BD.13.3. Biyomedikal Depolar kapsamında Piyasa Gözetimi ve Denetimi (PGD) Uyarı Sistemine yönelik yapılacak iş ve işlemlerle ilgili yazılı bir talimat mevcut olmalı, yapılan iş ve işlemler talimata uygun yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Biyomedikal Depo kapsamında takip edilen tıbbi cihazlar ve tıbbi cihazlara bağlı biyomedikal tüketim malzemeleriyle ilgili olumsuz olayları takip etmesi için sağlık tesislerinde bir Biyomedikal Materyovijilans sorumlusu görevlendirilmiş olmalıdır. Bu kişi biyomedikal depo kapsamındaki ürünlerin olumsuz olayları takip sürecinden sorumludur. (medikal depo kapsamındaki ürünlerin olumsuz olay takip sürecinden sorumlu değildir)

Görevlendirilen Biyomedikal Materyovijilans sorumlusu tarafından cihaz kullanıcılarına materyovijilans alanında eğitim verilmelidir.

Depoların (Dayanıklı Taşınır ve Tüketim) yönetim alanları içerisinde bulunan tıbbi cihazlar ile ilgili uygunsuz olay bildirimlerinin Türkiye İlaç ve Tıbbi Cihaz Kurumu'na yapılması gerekmektedir. Bu iş ve işlemlerin “PGD ve Olumsuz Olay Bildirim Talimatına” göre yapılmalıdır.

KAYNAK:

25.06.2007 tarih ve 26563 sayılı resmi gazetede yayınlanan Sağlık Bakanlığınca Yapılacak Piyasa Gözetimi ve Denetiminin Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

19.07.2013 tarih ve 3161 sayılı Klinik Mühendislik Hizmetleri Hakkında konulu genel yazı

“C. Biyomedikal Teknoloji Yönetimi Faaliyetleri

Biyomedikal teknolojilerin temelinde yer alan ve üç kısımdan oluşan biyomedikal teknolojilerin mevzuat ve uluslararası standartlar çerçevesinde sürdürülebilir yönetim faaliyetlerini kapsar. Biyomedikal teknoloji yönetimi faaliyetleri kapsamındaki çalışma alanları;

- a. Dayanıklı taşınır niteliğindeki tıbbi cihaz ve biyomedikal teknolojiler
- b. Biyomedikal teknoloji kaynaklı tıbbi ve tehlikeli atık oluşturan cihaz ve sistemler
- c. Biyomedikal teknolojilerin sürdürülebilir hizmet sağlamaları için kullanılan tıbbi gaz sistemleridir.

Biyomedikal teknoloji yönetim faaliyetleri kapsamında yerine getirileceği destek sağlayacağı ana faaliyetler sekiz başlıkta listelenmiştir. Bu faaliyetler kurumun ve/veya Kamu Hastaneleri Birliğinin uygun gördüğü strateji ve program çerçevesinde gerçekleştirilir.

- a. Devir faaliyetleri
- b. Stok kontrol faaliyetleri
- c. HEK ve kaynak geliştirme faaliyetleri
- d. Envanter kontrol ve yönetim faaliyetleri
- e. Tıbbi atık kontrol ve yönetim faaliyetleri
- f. Periyodik performans, verimlilik analiz faaliyetleri
- g. Tıbbi gaz sistemleri kontrol ve yönetim faaliyetleri
- h. Piyasa gözetim, geri çekme ve risk yönetim faaliyetleri
- i. Teknoloji parkı yönetim ve performans raporlama faaliyetleri”

SORU: Biyomedikal dayanıklı taşınır depo kapsamında kişi veya ortak kullanıma verilen demirbaşların taşınır teslim belgesi (zimet fişi) mevcut mu?

SIRA : 200
BÖLÜM ADI : BİYOMEDİKAL DEPO
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

BD.14.1. Kişi veya ortak kullanıma verilen dayanıklı taşınırların kullanıma verme (zimet) işlemleri güncel olarak yapılmış olmalıdır.

BD.14.2. Kullanıma verilen dayanıklı taşınırlar için, iki nüsha taşınır teslim belgesi düzenlenmiş olmalı, karşılıklı imzalandıktan sonra bir nüshası zimet sahibine teslim edilmelidir.

BD.14.3. Sağlık tesislerinde aktif olarak kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların zimetleri yapılmış olmalıdır.

BD.14.4. Kullanım yeri bilgisi "evde sağlık" olan biyomedikal dayanıklı taşınırlar için Kullanıma Verme - Hasta Evde Bakım işlem türüyle yapılmış Taşınır Teslim Belgesi (zimet fişi) düzenlenmiş olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık hizmeti sunumunda kullanılan biyomedikal dayanıklı taşınırların sorunsuz kullanımını sağlamak için bu ürünlerin ilgili kullanıcıya veya kullanan birime zimetli olması gerekmektedir. Kişi veya ortak kullanıma verilen biyomedikal dayanıklı taşınırların MKYS’ deki

kişi kullanıma verme (zimmet) bilgileri ile zimmet sahiplerine verilen teslim belgelerindeki bilgiler uyumlu ve güncel olmalıdır.

Son yapılan 5 işlem ve örnekleme usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait taşınır teslim belgesi (zimmet fişi) kontrol edilmelidir.

Sağlık tesislerinde aktif durumdaki tüm biyomedikal dayanıklı taşınırların zimmetleri yapılmış olmalıdır.

MKYS' deki kullanım yeri bilgilerinin güncel olması gerekmektedir. Evde sağlık kapsamında hastaya kullanım amacıyla verilen biyomedikal dayanıklı taşınırlar için düzenlenen taşınır teslim belgesinde MKYS' deki Kullanıma Verme – Hasta Evde Bakım işlem türü kullanılmış olmalıdır.

KAYNAK:

18.01.2007 tarih ve 26407 sayılı Taşınır Mal Yönetmeliği

“Belge ve cetveller

MADDE 10 – (1) Taşınır işlemlerinde, işlem türüne göre aşağıda belirtilen belge ve cetveller kullanılır.

b) Zimmet Fişi (Örnek: 6; 6/A): Taşınır Kod Listesinin (B) bölümünde gösterilen kara taşıtları ve iş makinelerinin bunları sürekli olarak kullanacak personele verilmesinde 6 örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenir. Bu Fişi, vardiya usulü çalışılan yerlerde kullanılan kara taşıtları ve iş makineleri için işyerinde koordinasyonu sağlayan sorumlu yönetici adına düzenlenir. Demirbaş, makine ve cihazların kullanıma verilmesinde ise 6/A örnek numaralı Zimmet Fişi düzenlenir. “

07.03.2017 tarih ve 40872357 barkod numaralı Dayanıklđ Taşınırlar konulu genel yazı

MUHASEBE VE BÜTÇE UYGULAMALARI

SORU: Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13'ne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılıyor mu?

SIRA : 201
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 1

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.1.1. Performansa dayalı ek ödemeler ayın 13'ne kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tek Düzen Muhasebe Sistemi/İlgili Sağlık Tesisi/Yardımcı Defter üzerinden 740.08.02 Sabit Dışı Ek Ödeme hesap kodu muhasebeleştirme kontrolleri yapılmalıdır. Hastane idaresi tarafından yapılan bu kontroller sonucu hastane dışı faktörler dışında performansa dayalı ek ödemelerin gecikme, ödenmeme gibi benzeri aksaklıkların takibi yapılarak engellenmelidir.

KAYNAK:

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği

SORU: Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15'ne kadar tahakkuklaştırılıp Muhasebe Birimine ulaştırılıyor mu?

SIRA : 202
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 2

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.2.1. Nöbet, icap ve fazla mesai ücretleri en geç ayın 15' ine kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tek Düzen Muhasebe Sistemi/İlgili Sağlık Tesisi/Yardımcı Defter üzerinden 740.02.01.05 Ek Çalışma Karşılıkları (Nöbet ve İcap Ücretleri) ile 740.03.01.05 Sözleşmeli Personel Ek Çalışma Karşılıkla hesap kodu muhasebeleştirme kontrolleri yapılmalıdır. TDMS (Tek Düzen Muhasebe Sistemi) üzerinden kontrolleri gerçekleştirilen ek çalışma karşılıklarının zamanında muhasebeleşmesi ve hastane dışı faktörler dışında ödemelerin mümkün olduğunca maaşla birlikte yapılması için hastane idaresi tarafından gerekli tedbir ve kontrollerin sağlanması gerekmektedir.

Nöbet, icap ve fazla mesai ücretlerinin en geç ayın 15' ine kadar tahakkuklaştırılıp muhasebe birimine ulaştırılma durumu gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği

SORU: Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5'ine kadar muhasebe birimine gönderiliyor mu?

SIRA : 203
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 3

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.3.1 Hizmet alımı tahakkuk kayıtları her ayın 5'ine kadar muhasebe birimine gönderilmelidir.

AÇIKLAMA:

696 KHK ile kadroya alınan taşeron haricindeki, hizmet ödemelerinin zamanında ödenmesi hastane idaresi tarafından sağlanmalıdır.

Tek Düzen Muhasebe Sistemi/İlgili Sağlık Tesisi/Yardımcı Defter üzerinden

- 740.06.06 Yemek Hizmeti Alım Giderler
- 740.06.10 Görüntüleme Hizmeti Alım Giderleri
- 740.06.11 Labaratuvar Hizmeti Alım Giderler
- 740.06.23 Diş Protez ve Ortez Hizmeti Alım Giderler
- 740.06.21 Teknik Destek Hizmeti Alım Giderler

hesap kodu muhasebeleştirme kontrolleri yapılmalıdır.

KAYNAK:

- Strateji Geliştirme Başkanlığının 2010/29 sayılı genelgesi
- Strateji Geliştirme Başkanlığının 27/04/2011 tarih ve 4344 sayılı yazı
- TKHK 24/12/2013 tarih ve 4915/949 sayılı yazıları

SORU: 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınıyor mu?

SIRA : 204
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 4

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.4.1. 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onayları Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınmalıdır.

AÇIKLAMA:

Mal alımlarında; MKYS (Malzeme Kaynak Yönetim Sistemi) girişleri ile Analitik Bütçe Sistemine girilen onayların birbirini tutması gerekmektedir. Hizmet alımlarında ve yapım işlerinde dosya bazlı kontroller yapılmalıdır. Analitik Bütçe Sisteminden 21/f ve 22/d doğrudan temin onaylarının alınmasıyla hem satın alma evrağı için referans numarası oluşturulması ve bu satınalma yöntemlerinde bütçelerinin oto kontrolü sağlanması gerekmektedir. 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin onaylarının Analitik Bütçe Sistemi üzerinden alınma durumu gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

KAYNAK:

İl Sağlık Müdürlükleri Bütçe Çağrısı ve Uygulamaları

SORU: 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılıyor mu?

SIRA : 205
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 5

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.5.1. 21/f ve 22/d yöntemiyle yapılan doğrudan teminlerin limit takipleri ve kısıtlamaları yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinde doğrudan teminle yapılan alım yöntemlerinde 4734 sayılı kanuna uygun bir şekilde takip ve kontrolü yapılmalı, % 10 Doğrudan temin limit takibinin yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir.

KAYNAK:

4734 sayılı Kanunun 62 nci maddesinin (1) bendi gereğince %10 limitlerinin aşılması gerekmektedir.

SORU: Alacak takipleri düzenli olarak yapılıyor mu? Tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmış mı?

SIRA : 206
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 6

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.6.1. Alacak takipleri düzenli olarak yapılmalı ve tahsil edilemeyen alacaklar ile ilgili yasal takip başlatılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Tek Düzen Muhasebe Sistemi içerisindeki alacak kayıtlarının incelenmesi ve vadesi geçmiş alacakların yasal takibinin yapılıp yapılmadığı kontrol edilmelidir. Alacak kayıtlarının incelenerek vadesi geçmiş alacaklar için alacak takibi başlatılarak yasal faiziyle birlikte tahsil edilmesi sağlanmalıdır.

KAYNAK:

- 6183 sayılı Amme alacaklarının tahsil usulu hakkındaki kanun ve 3095 sayılı Kanuni Faiz ve Temerrüt Faizine İlişkin Kanun hükümlerle bunlara uygulanacak yıllık parasal sınırlarda yer alan faiz oranlarının uygulanması gerekmektedir.
- Türk Borçlar Kanunu

SORU: SGK tarafından ilaç ve malzeme kesintilerinin takibi yapılıyor mu?

SIRA : 207
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 7

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.7.1. SGK tarafından ilaç ve malzeme kesintilerinin takibi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Listeler Bakanlık tarafından Analitik Bütçe Sistemine yüklenmektedir. SGK tarafından yapılan ilaç ve malzeme kesintilerinin hastanede yapılan hangi yanlış uygulamalardan kaynaklandığının tespiti yapılarak gerekli iyileştirme çalışmaları başlatılmalıdır. (Analitik Bütçe/SGK Kesinti Listesi sekmesinden kontrolleri yapılmalıdır)

KAYNAK:

Analitik Bütçe Sistemi

SORU: Temlikler ve icra takibi yapılıyor mu?

SIRA : 208
BÖLÜM ADI : Muhasabe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 8

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.8.1 Temlikler ve icra takibi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Temliklerin TDMS sisteminden ilgili firmalara ödemesi ve takibi temlik eden ve edilen firmaların gereken borç sorgulamalarının yapılması sağlandıktan sonra hak edişinin ödenmesini gerçekleştirmek. Firma icra takiplerinin hassasiyetle takip edilmesi ve üzerinde icra olan firmaların kaynaktan kesinti yapılarak ilgili icra dairelerine ödenmesi gerekmektedir. Dosya üzerinden takibi yapılmalıdır.

KAYNAK:

6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tehsil Usulu Hakkındaki Kanun

SORU: Kişi ve iş avansları takip ediliyor mu?

SIRA :209
BÖLÜM ADI : Muhasabe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 9

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.9.1. Kişi ve iş avansları takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık tesislerinin açmış olduğu personel ve iş avanslarındaki (3 Aylık) yasal sınırı takip etmesi ve bu konuda hassasiyetin sağlanması gerekmektedir. Avansların 1 aylık süreleri aşmamasının kontrolü sağlanmalıdır. İş avanslarındaki yasal sınıra ve yılsonu dönem kapatmalarda da bu konulara dikkat edilmesi gerekmektedir.

KAYNAK:

6183 Sayılı Amme Alacaklarının Tahsil Usulu Hakkındaki Kanun,
Ön Ödeme Usul ve Esasları Hakkında Genel Tebliğ

SORU: TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim ediliyor mu?

SIRA : 210
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 10

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.10.1. TDMS Ön Muhasebe Modülünden evrak girişi yapıldıktan sonra ıslak imzalı evraklar 3 iş günü içerisinde muhasebe birimine teslim edilmelidir.

AÇIKLAMA:

TDMS ön muhasebe programından gerçek fiş onayı verilen evrakların hastanede bekletilmeden Muhasebe saymanlığına iletilmesi gerekmektedir. Böylelikle ödemelerin zamanında yapılması sağlanacaktır.

KAYNAK:

Döner Sermayeli İşletmeler Bütçe ve Muhasebe Yönetmeliği

SORU: TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılıp yükleniyor mu?

SIRA : 211
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 11

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.11.1. TDMS Ön Muhasebe Modülüne ödemeye esas belgeler taratılarak yüklenmelidir.

AÇIKLAMA:

TDMS ye eksik belge girişinin engellenmesi ve ödemeye esas kanıtlayıcı belgelerin sisteme düzgün ve usulüne uygun bir şekilde yüklenmesi gerekmektedir. Ön Muhasebe Modülüne girilen fişler kontrol edilmelidir

SORU: Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip ediliyor mu?

SIRA : 212
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 12

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.12.1. Belirli bir süreye bağlanan sözleşmeler için yapılan taahhütler takip edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Sağlık Tesislerinde taahhütlerin takibinin yapılabildiği bir sistemin bulunup bulunmadığı takip edilmelidir. Sağlık Tesislerin yapılan hak ediş ödemelerinde sözleşme bedelinin aşılması konusunda gereken tedbirler alınmalıdır.

KAYNAK:

4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu

SORU: Vezne kontrolleri periyodik olarak yapılıyor mu?

SIRA : 213
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 13

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.13.1. Vezne kontrolleri periyodik olarak yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

SBYS’de yapılan girişler alındı belgeleri ile uyum olmalı ve bunların TDMS ye aktarımı düzenli bir şekilde kanuni süreler içinde Muhasebe Yetkilisi mutemeti tarafından yapılmalıdır. Hastane Veznelerinde oluşabilecek zarar ve açıklar takip edilerek ödemelerin kontrol altında tutulması gerekmektedir.

KAYNAK:

Muhasebe Yetkilisi Mutemetlerinin Görevlendirilmeleri, Yetkileri, Denetimi ve Çalışma Usul ve Esasları Hakkında Yönetmelik

SORU: İhale Komisyonlarında üyeler zamanında görevlendiriliyor mu? Komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim ediliyor mu?

SIRA : 214
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 14

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.14.1 İhale Komisyonlarında üyeler zamanında görevlendirilmeli, komisyon üyelerine 4734 sayılı kanunda belirtilen süre içerisinde ihale dokümanları teslim edilmelidir.

AÇIKLAMA:

Hastane İdaresi tarafından yapılan tüm ihalelerde görevlendirme ve yazışmalar 4734 uygun süre ve zamanlarda olmalıdır. Hastane İdaresi tarafından dosyadan takibi sağlanmalıdır.

KAYNAK:

4734 sayılı kamu ihale kanunu

SORU: 4734 sayılı kanun kapsamında yapılan ve iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılması durumunda %'lik orana riayet edilmiş mi? Ayrıca bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) kayıtları düzgün tutulmuş mu?

SIRA : 215
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 15

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.15.1. 4734 sayılı kanun kapsamında yapılan ve iş artışı ve iş eksilişi öngörülen ihalelere ait sözleşmelerde iş artışı veya iş eksilişi yapılması durumunda %'lik orana riayet edilmeli ve bu işlemlere ilişkin EKAP (Elektronik Kamu Alımları Platformu) kayıtları düzgün tutulmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastane idareleri tarafından ihalelerde yapılması planlanan iş artışı yada eksilişlerinin zamanında planlanarak; birim fiyat kontrollerinin yapılması, yüzdeler dilimlerin doğruluğu ile birlikte firmaların kestiği faturaların bu dilim ve birim fiyata (toplam sözleşmeye) uygun olması gerekmektedir.

Sağlık tesislerinde yapılan ihalelerde Hastane idaresi iş artışı ve eksilişi yapılan mal ya da hizmetlerin usulüne uygun olmasını kontrol etmelidir.

KAYNAK:

4734 Sayılı Kamu İhale Kanunu

SORU: Sağlık tesislerinde yönetimin uygun gördüğü bazı ameliyat ve girişimsel işlemler için maliyet analizi yapılıyor mu?

SIRA : 216
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 16

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.16.1. Sağlık tesisleri yönetimi tarafından uygun görülen ameliyat ve girişimsel işlemler için; bu ameliyatlar ve girişimsel işlemlerde kullanılan malzeme ve sarfların giderleri ve miktarları aylık olarak takip edilmeli ve maliyet analizi yapılmalıdır.

AÇIKLAMA:

Hastane yönetimi tarafından maliyet analizine yönelik çalışmaların yapılıp yapılmadığı gözlemciler tarafından değerlendirilmelidir.

Soru: Döner sermaye kaynaklı satınalma, devir, hibe vb. giriş işlem TİF'leri en geç 10 gün içerisinde muhasebeleştiriliyor mu?

SIRA : 217
BÖLÜM ADI : Muhasebe ve Bütçe Uygulamaları
BÖLÜM SIRA NO : 17

DEĞERLENDİRİLECEK UNSURLAR:

MBU.17.1. Muayene kabul tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır.

MBU.17.2. TDMS performans tablosunda, taşınır muhasebeleştirme gün süresi 10 günün altında olmalıdır.

AÇIKLAMA:

Satınalma yöntemi ile edinilen taşınırlar için düzenlenen muayene kabul işlemi tarihinden itibaren en geç 10 gün içerisinde, taşınır işlem fişi ve muhasebe işlem fişi (MİF) düzenlenmiş olmalıdır. Ayrıca çıkış, devir, hurda gibi yıl içinde yapılmış tüm işlem tiflerinin, mali yıl sona ermeden saymanlıklara bildirimini yapılmış olması gerekmektedir. Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin gönderilen taşınır işlem fişlerini ilgili hesaplara kaydetmek zorundadır. Son yapılan 5 işlem ve örneklem usulü seçilen geçmişe dönük 5 işleme ait fatura, muayene kabul tutanağı, taşınır işlem fişi ve ödeme emri belgesi tarihlerinin uygunluğu kontrol edilir. Ayrıca TDMS/Raporlar/Performans Tabloları/Taşınır ve Hizmet Muhasebeleştirme Gün Süresi ekranından; taşınır muhasebeleştirme gün süresinin 10 günün altında olup olmadığının kontrolü yapılmalıdır.

KAYNAK:

Taşınır giriş ve çıkış işlemlerinin muhasebe birimine bildirilmesi: MADDE 30 – (1) Taşınır kayıt yetkilileri tarafından, kamu idarelerinin muhasebe kayıtlarında ilgili stok ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırlardan; satınalma suretiyle edinilenlerin giriş işlemleri ile değer artırıcı harcamalar için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin bir nüshası ödeme emri belgesi ekinde, muhasebe birimine gönderilir. Diğer şekillerde edinilen taşınırların girişleri ve maddi duran varlık hesaplarında izlenen taşınırların çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişlerinin birer nüshasının, düzenleme tarihini takip eden en geç on gün içinde ve her durumda malî yıl sona ermeden önce muhasebe birimine gönderilmesi zorunludur. Ancak aynı muhasebe

biriminden hizmet alan, aynı kamu idaresinin harcama birimleri arasında yapılan taşınır devirlerinde, devreden harcama birimince düzenlenen Taşınır İşlem Fişi muhasebe birimine gönderilmez.(2) Muhasebe kayıtlarında "150-İlk Madde ve Malzemeler Hesabı"nda izlenen tüketim malzemelerinin çıkışları için düzenlenen Taşınır İşlem Fişleri muhasebe birimine gönderilmez. Bunların yerine, genel bütçe kapsamındaki kamu idarelerinde üç aylık dönemler itibarıyla, diğer idarelerde ise üç ayı geçmemek üzere üst yöneticiler tarafından belirlenen sürede kullanılmış tüketim malzemelerinin taşınır II nci düzey detay kodu bazında düzenlenen onaylı bir listesi, en geç ilgili dönemin son iş günü mesai bitimine kadar muhasebe birimine gönderilir.

(3) Muhasebe yetkilileri, taşınır giriş ve çıkış işlemlerine ilişkin olarak kendilerine gönderilen Taşınır İşlem Fişlerinde gösterilen tutarları II nci düzey detay kodu itibarıyla ilgili hesaplara kaydeder.